car la terminaison de ces phénomènes nerveux est souvent instantanée ; et l'on ne devra recourir à l'opération que lorsque l'état de la malade le réclamera impérieusement.

4° *Maladies aiguës intercurrentes.* — La plupart des affections aiguës qui surviennent pendant la grossesse semblent recevoir une influence fâcheuse de l'avortement et de l'accouchement spontanés. Nous avons déjà dit que, dans le choléra, dans lequel l'accouchement et l'avortement provoqués ont été conseillés comme moyen thérapeutique, rien ne démontrait d'une manière concluante l'heureuse influence de l'expulsion du fœtus. Nous pensons donc que, dans l'état actuel de la science, le plus sage est de s'abstenir.

5° *Mort du fœtus dans les grossesses antérieures.* — Il est des femmes qui, parvenues au huitième ou neuvième mois d'une grossesse des plus heureuses, voient tout à coup les mouvements actifs diminuer et l'enfant succomber. Ce malheureux événement se reproduit chez quelques femmes pendant plusieurs grossesses successives, et l'on en a vu quelques-unes accoucher ainsi prématurément, et toujours d'un enfant mort, cinq et six fois de suite. Denman et plusieurs autres ont cru qu'en provoquant l'accouchement avant l'époque à laquelle avait succombé le fœtus dans les grossesses antérieures, on avait la chance d'obtenir des enfants vivants. Dans deux cas cités par l'auteur anglais, l'opération fut couronnée de succès. C'est donc une indication à ne pas rejeter complétement. Toutefois il est bon de faire remarquer, avec M. P. Dubois, que, malgré la terminaison fatale des grossesses précédentes, on peut toujours espérer, pour celle qu'on est chargé de diriger, une issue plus heureuse, et qu'il est par conséquent impossible d'établir sur ce point une règle invariable. C'est un de ces cas où la responsabilité du médecin est gravement engagée (voy. page 566).

6° Enfin, l'accouchement prématuré a été encore conseillé dans les cas de mort du fœtus et dans les grossesses tardives. De nos jours, et en France surtout, on ne croit plus aux prétendus accidents attribués par Mai et Fodéré à la mort du fœtus dans le sein de sa mère. On attend parce qu'on sait que la mère ne court aucun danger, et que la nature se débarrasse elle-même du fœtus mort sans qu'il soit besoin d'intervenir. Quant à la grossesse tardive, ses dangers ne sont pas moins illusoires.

ARTICLE II

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

Les procédés à l'aide desquels on s'est proposé de provoquer l'expulsion prématurée du fœtus sont assez nombreux; ils s'adressent tous à la contractilité utérine, qu'ils ont pour but de mettre en jeu jusqu'à ce que l'œuf soit expulsé. Nous les diviserons en trois classes : à la première appartiennent les médicaments qui, impressionnant d'abord l'organisation générale, ont pour effet consécutif d'exciter les contractions utérines; à la seconde se rattache l'excitation d'un organe, la mamelle, qui retentit par action réflexe sur la contractilité utérine; dans la troisième se rangent tous les moyens qui agissent mécaniquement et directement sur la matrice pour la faire entrer en action.

L'influence des moyens qui appartiennent à la première classe est trop incertaine pour qu'on puisse y recourir dans les cas où il faut agir promptement et sûrement; et quoique les bains, la saignée, les drastiques, etc., aient quelquefois été suivis de l'accouchement prématuré, il n'est aujourd'hui personne qui songe à les employer dans ce but. C'est à peine si l'ergot conserve encore quelques partisans; car si l'influence de ce dernier médicament n'est pas douteuse quand on se propose de rendre plus énergiques des contractions faibles et languissantes, rien ne prouve d'une manière décisive qu'il soit propre à faire naître des contractions qui n'existaient pas.

La seconde classe comprend les moyens capables d'exciter la matrice par action réflexe. Pour cela, on utilise l'étroite sympathie qui existe entre les mamelles et l'utérus ; on sait, en effet, que toute excitation portée sur l'un de ces organes est réfléchie sur l'autre. Cette remarque a conduit Friederich à proposer l'application de sinapismes et de vésicatoires volants sur les seins, pour provoquer les contractions utérines. Scanzoni reprit plus tard cette idée, il conseilla d'appliquer sur les mamelles des ventouses de caoutchouc, et fit connaître plusieurs cas de réussite ; mais il vit plusieurs fois survenir des accidents lipothymiques. Chiari, Kilian, Stohl, n'ont pas été heureux dans cette voie. C'est un moyen infidèle sur lequel il ne faut pas compter.

C'est donc seulement par les moyens de la troisième classe qui agissent directement sur l'œuf ou la matrice, qu'on peut provoquer sûrement les contractions utérines. Nous les diviserons en cinq catégories suivant le lieu même de leur application : A, excitation externe du corps de l'utérus ; B, excitation portée sur la périphérie du museau de tanche ; C, dilatation du col ; D, excitants placés entre les parois utérines et l'œuf ; E, perforation des membranes.

A. Excitation externe du corps de l'utérus.

Frictions sèches sur l'abdomen. — Les frictions souvent renouvelées sur la partie antérieure du ventre et sur le fond de la matrice, conseillées d'abord par le professeur d'Outrepont, et auxquelles Ritgen joignait l'excitation directe portée sur le col à l'aide d'un ou de plusieurs doigts introduits dans le vagin, constituent un procédé généralement abandonné. L'irritation qu'il produit est en effet trop faible et de trop courte durée pour déterminer sûrement un vrai travail.

Électricité. — L'emploi de l'électricité a été proposé et tenté sans résultat satisfaisant par Kilian et Schreiber. L'un des pôles d'une pile de Volta est mis en rapport avec le fond de l'utérus, l'autre avec la portion vaginale. On peut aussi se servir d'un appareil électro-magnétique ; M. P. Dubois a essayé la machine des frères Lebreton sans aucun succès. On avait fondé de grandes espérances sur l'emploi de l'électricité, mais l'expérience a bientôt démontré qu'il fallait y renoncer.

B. Excitation portée sur la périphérie du museau de tanche.

Ces agents comprennent les différents modes de tamponnement et les douches, soit avec de l'eau tiède, soit avec du gaz acide carbonique.

Procédé de Hüter. — Hüter introduit dans le vagin, jusqu'au col utérin, une vessie remplie d'eau ou de décoction de seigle ergoté, dans l'espérance que ce médicament pourrait transsuder par exosmose et aider à l'action mécanique de la vessie. Le professeur Busch remplaça la vessie de veau par une vessie de chien; il conseille de la retirer toutes les six heures pour laver le vagin par quelques injections. Ce procédé manque d'une force d'irritation suffisante, et dans la plupart des observations il fallut recourir à des moyens plus énergiques.

Procédé de Schœller. — Tout récemment, M. le docteur Schœller (de Berlin) vient de faire connaître une méthode, nouvelle quant au but qu'elle veut atteindre, mais bien ancienne pourtant dans la chirurgie obstétricale. Tous les accoucheurs, en effet, savent quelle est la principale objection faite à l'emploi du tampon, tant vanté par Leroux (de Dijon) contre les hémorrhagies utérines: eh bien, M. Schœller a eu l'idée de faire servir l'irritation qu'il détermine à la provocation de l'accouchement prématuré. On sait, en effet, que le plus souvent son application est suivie de contractions utérines. C'est en 1839 qu'il en fit le premier essai, et il réussit complétement. Depuis lors il a fait cinq opérations semblables, et quatre fois les enfants sont venus vivants. Voici d'ailleurs, d'après la traduction de M. Stoltz, comment il décrit l'opération (*Gazette médicale de Strasbourg*, janvier 1843):

On commence par vider le rectum et la vessie; puis on introduit dans le fond du vagin un tampon composé de plusieurs boules de charpie trempée dans l'huile ou cératée, et dont la première doit être garnie d'un ruban pour en faciliter l'extraction. On pourrait aussi se servir d'éponge préparée, mais il faudrait la maintenir en place par une éponge simple. Il n'est pas nécessaire que tout le vagin soit rempli; il y aurait même de l'inconvénient à le faire: on gênerait ainsi l'excrétion de l'urine et des matières fécales. Enfin, il est avantageux de commencer le soir lorsque la femme est couchée, parce qu'elle se tient plus tranquille pendant les premiers temps de l'action du tampon.

L'effet de ce moyen se révèle bientôt par des douleurs dans le ventre et aux reins, et par une certaine tension de la matrice. Comme moyen accessoire, on peut alors faire des frictions répétées sur le fond de l'utérus. Comme les mucosités vaginales ne tardent pas à souiller le tampon et à répandre une mauvaise odeur, il est bon de le renouveler au moins une fois par jour, et deux fois même si la sensibilité des parties le permet. Avant d'en introduire un nouveau, on fait quelques injections dans le vagin. Lorsque le tampon a éveillé la contractilité de l'utérus et que l'orifice s'entr'ouvre, on peut le retirer. Si le travail n'est pas définitif, si les douleurs faiblissent et se ralentissent, il faut réappliquer le tampon, et faire avaler à la femme 50 centigrammes de seigle ergoté de demi-heure en demi-heure. On peut aussi ranimer les douleurs en dilatant l'orifice avec l'indicateur. On doit surtout se garder de rompre les membranes avant que la dilatation soit presque complète.

Malheureusement le tampon de Schœller est un moyen infidèle et douloureux. D'après les relevés d'Hoffmann, sur 20 cas, 12 fois seulement ce procédé réussit seul, 1 fois il fallut y joindre la dilatation du col, et 7 fois il n'y eut aucun résultat.

Procédé de Braün. — Braün (de Vienne) propose de remplacer le tampon de charpie de Schœller et la vessie animale de Hüter, par une poche de caoutchouc vulcanisé, de 5 à 10 centimètres de diamètre, munie d'un robinet. Cet instrument a reçu le nom de *colpeurynter*. Son emploi est des plus faciles, il se manie comme un pessaire à air de Gariel. Le colpeurynter est vidé et introduit dans le vagin, après quoi on le distend avec une injection d'eau tiède. La vessie de caoutchouc ne se détériore pas comme les vessies animales, et Braün lui reconnaît, en outre, l'avantage de ne distendre que l'extrémité supérieure du vagin sans comprimer l'extrémité inférieure.

Le colpeurynter, dit le professeur Stoltz, n'a été employé que cinq fois dans des cas de rétrécissement pelvien et douze fois dans des cas de maladie pendant la grossesse. Il s'est montré insuffisant dans les premiers, il a mieux réussi dans la seconde série des cas, probablement parce qu'il y avait déjà disposition au travail.

Douches utérines. — Enfin il est un procédé plus récent, mais qui a sur ceux qui précèdent des avantages incontestables; je veux parler de celui qui consiste à diriger sur le col utérin des douches d'eau chaude. C'est le professeur Kiwisch qui, le premier, a eu l'honneur de l'introduire dans la pratique obstétricale. L'appareil dont il se servait était tout simplement une boîte de fer-blanc munie d'un long tuyau garni d'un robinet, et dont l'extrémité, introduite dans le vagin, était dirigée sur le col utérin. La température de l'eau doit être de 34 à 35 degrés Réaumur, et le jet doit être fort et puissant.

La durée des injections doit être de douze à quinze minutes sans interruption.

M. P. Dubois a substitué à l'appareil de Kiwisch l'appareil du docteur Éguisier pour les irrigations et injections continues. Ce dernier, contenant 6 litres de liquide, suffit pour une seule douche d'un quart d'heure, et l'on n'a pas besoin de renouveler l'eau comme dans l'appareil de Kiwisch. En outre, il n'a pas besoin, comme celui-ci, d'être très-élevé, ce qui le rend beaucoup plus commode à manier. C'est la pompe Éguisier dont je me suis servi dans les trois cas dans lesquels j'ai employé des douches utérines. Malheureusement il est d'un prix très-élevé et assez difficile de se le procurer en province. Aussi est-il bon de se rappeler que tout réservoir pouvant contenir 8 à 10 litres d'eau, placé à sept ou huit pieds de hauteur et muni d'un tuyau flexible et suffisamment long, peut remplir le même but. Le tuyau est garni d'un robinet placé à 25 ou 30 centimètres de son extrémité libre. A cette extrémité s'adapte une canule de gomme élastique à orifice unique, ayant un millimètre de diamètre. En variant du reste le calibre de ces canules, on peut augmenter ou diminuer à volonté la force du jet.

Le siége de la femme est placé sur le bord du lit, qu'on a préalablement re-

couvert d'une toile cirée afin que l'eau qui a servi à la douche puisse, sans mouiller les vêtements ou le lit, tomber dans un vase qui doit le recevoir. L'index de la main gauche introduit jusqu'au col sert à diriger l'extrémité de la canule que l'accoucheur tient de la main droite.

Dans les cas ordinaires, il suffit de pratiquer deux ou trois injections par jour; mais si l'on est pressé d'obtenir un résultat, il faudrait les renouveler plus souvent.

Le nombre de douches nécessaires est du reste très-variable. Quelquefois les contractions se manifestent dès la troisième ou quatrième douche; dans une des observations qui me sont propres, ce fut après la seconde douche que se manifestèrent les premières douleurs; mais en général il en faut un beaucoup plus grand nombre. Dans les dix observations de Kiwisch, il fut obligé de les répéter quatre fois au moins et dix-huit fois au plus : la moyenne pour ces dix cas fut de dix douches.

La durée du temps écoulé depuis le commencement de l'opération jusqu'au moment de l'accouchement fut à peu près en moyenne de trois jours et demi. Dans un cas, il ne s'écoula que vingt heures; dans deux autres, l'accouchement se fit attendre sept jours.

Pour augmenter l'efficacité des douches utérines, il suffit de diriger l'extrémité de la canule sur l'ouverture du museau de tanche; l'eau est alors projetée directement dans l'intérieur du col utérin. M. Blot a même plusieurs fois introduit directement la canule dans le col, de manière que le jet d'eau pût arriver jusqu'aux membranes et les décoller; cette dernière modification du procédé de Kiwisch aurait pour avantage de provoquer très-rapidement le travail.

La méthode de Kiwisch a une efficacité incontestable; aussi jouit-elle d'une très-grande vogue. L'appareil à douches peut être facilement construit en tous lieux; les femmes se soumettent sans répugnance à une opération aussi simple, dont elles comprennent le mécanisme, et qui n'est point douloureuse.

Sur quatre-vingt-un cas cités par M. Stoltz, dans lesquels la douche vaginale fut employée pour provoquer le travail de l'accouchement, elle réussit seule dans soixante-huit; mais dans treize cas il fallut recourir à des moyens accessoires ou plus énergiques. La douche utérine a donc aussi quelques insuccès; mais on peut lui faire des reproches plus graves. Pour mon compte personnel, j'ai déjà eu l'occasion d'employer assez souvent les douches utérines, tant à la Maternité de Paris qu'à l'hôpital des Cliniques, et je ne partage pas l'enthousiasme qu'elles ont excité. C'est un moyen presque toujours lent, qui fatigue la patience de l'opérée et de l'opérateur, qui compromet quelquefois la réussite de l'opération, en retardant, outre mesure, le moment de l'accouchement. Ce n'est pas tout encore : les douches sont dangereuses, elles peuvent tuer rapidement, quoi qu'on ait dit de leur innocuité. Dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, j'ai rapporté l'observation d'une femme dont le vagin fut déchiré par une douche utérine, au niveau de son cul-de-sac postérieur, et je me suis assuré sur le cadavre qu'un pareil accident est très-possible avec un appareil puissant. J'ai rapporté aussi plusieurs cas de mort subite survenue pendant la durée même de la douche utérine, entre les mains de MM. Depaul, Salmon (de Chartres), Simpson, dont l'habileté ne peut être mise en doute. M. le professeur Depaul, en communiquant le fait qui lui est personnel à la Société de chirurgie, a cru pouvoir l'expliquer par l'introduction accidentelle de quelques bulles d'air dans les sinus utérins; je crois son

explication bonne, car dans tous ces cas malheureux les symptômes observés ont été ceux de l'introduction de l'air dans les veines. On conviendra qne de pareils malheurs doivent rendre les accoucheurs plus circonspects dans l'emploi des douches utérines.

Douches d'acide carbonique. — Scanzoni (de Wurtzbourg) a conseillé d'employer l'acide carbonique en douches, et de les porter sur le col de l'utérus au moyen d'un appareil approprié. Employé par son auteur, ce procédé n'est pas destiné à être vulgarisé.

C. Dilatation du col.

Dilatation par l'éponge préparée. — Plusieurs accoucheurs ont cherché à solliciter les contractions utérines en maintenant dans l'intérieur du col un corps étranger qui pût à la fois agir comme irritant et comme dilatateur mécanique. Kluge doit être considéré comme l'auteur de la méthode par dilatation, et le procédé qu'il employait est encore généralement préféré. Il consiste, comme on le sait, à introduire dans l'intérieur du col un cône d'éponge préparée, et à l'y maintenir par le tamponnement vaginal jusqu'au moment où les douleurs se déclarent franchement. Voici la manière de pratiquer l'opération :

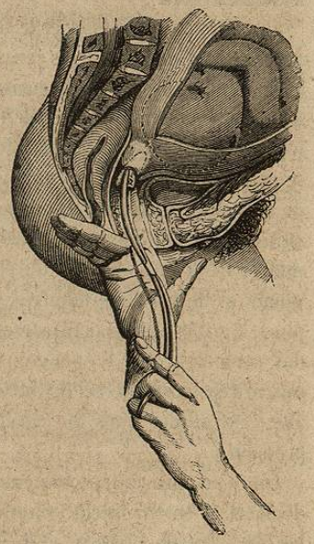

Fig. 145. — Procédé de Kluge.

Après avoir obtenu le consentement de la femme et pris l'avis de plusieurs confrères, quand cela est possible, l'accoucheur prépare la femme à l'opération en lui faisant prendre, pendant les jours qui précèdent le jour fixé, quelques injections vaginales émollientes et narcotiques : immédiatement avant l'opération, on vide la vessie et le rectum, on constate de nouveau le degré de rétrécissement du bassin, on cherche aussi à reconnaître la position du fœtus.

La femme étant placée à peu près dans la même position que pour l'application du forceps, l'opérateur s'assure d'abord de la position du col, qu'il ramène vers la ligne médiane dans le cas où il le trouve dévié : on pourrait, introduisant un spéculum plein (Dubois), chercher à embrasser le col dans son extrémité utérine; mais cela n'est pas toujours facile, surtout quand le col est un peu dirigé en avant : le doigt est en général un conducteur suffisant. Un cône d'éponge préparée, qui offre à peu près 5 centimètres de longueur et un centimètre et demi de diamètre à sa base, et qui est fixé par un cordonnet de 25 à 30 centimètres de longueur, est saisi par sa base avec une longue pince : on le dirige vers l'orifice de la matrice dans lequel on l'engage; on le pousse lentement dans le col, et on l'y fixe pendant cinq ou six minutes; puis après avoir retiré la pince et

le spéculum, on place dans le fond du vagin une grosse éponge ou des tampons de charpie destinés à y retenir la première éponge introduite. On soutient le tout avec un sous-cuisse ; la femme est replacée dans son lit.

Il est facile de comprendre le mode d'action du corps étranger introduit dans le col : en s'imbibant des sucs sécrétés à la face interne de l'orifice et à la partie supérieure du vagin, l'éponge préparée se dilate ; par cette dilatation, elle irrite le col en le forçant à se dilater, et cette irritation, réagissant sur les fibres du corps, détermine souvent, au bout de cinq à six heures, des contractions. Si, après ving-quatre heures, les douleurs n'étaient pas régulièrement établies, si la dilatation du col n'était pas commencée, on renouvellerait l'opération, en ayant soin, cette fois, d'introduire une éponge plus volumineuse que la première ; il est rare que cette seconde opération ne soit pas suivie d'un travail franchement déclaré. Si pourtant les contractions sont encore trop faibles ou trop éloignées, on peut employer les excitants locaux, tels que les frictions sur l'abdomen, titillations du col de l'utérus, mais surtout les excitants généraux, et de préférence le seigle ergoté.

La nécessité de pratiquer le tamponnement du vagin, et de maintenir le tampon pendant deux ou trois jours et quelquefois plus longtemps, devient pour la femme une cause de souffrances très-vives. Ayant été témoin des angoisses causées par le séjour prolongé du tampon, j'ai fait construire, en 1845, un instrument à l'aide duquel je maintiens l'éponge préparée dans l'intérieur du col. Il se compose : 1° d'une ceinture hypogastrique à la partie moyenne et antérieure de laquelle est fixée par une vis une tige métallique longue d'environ 20 centimètres et recourbée à son extrémité libre : celle-ci porte une canule de 4 centimètres de longueur ; 2° d'une tige de baleine, de 15 à 18 centimètres de longueur et de 4 à 5 millimètres de diamètre, portant à son extrémité une forte pince à griffes qu'on peut serrer à volonté à l'aide d'un anneau semblable à ceux des porte-crayons. L'éponge préparée est d'abord fixée dans la pince à griffes, puis dirigée comme à l'ordinaire dans l'intérieur du col : la tige de baleine est alors introduite dans la canule, et rendue immobile à l'aide d'une vis de pression.

On évite ainsi le tamponnement, toujours si douloureux ; l'éponge ne peut se déplacer et sortir du col, comme cela arrive souvent dans le procédé de Kluge ; les fonctions de la vessie et du rectum ne sont gênées en rien. La malade n'est pas condamnée au repos absolu qu'on lui prescrit habituellement ; elle peut, sans inconvénient, se mouvoir dans son lit. C'est donc, à mon avis, une modification qui fait disparaître la plupart des inconvénients justement reprochés à ce procédé.

L'éponge préparée a pour avantage d'agir avec une grande douceur, d'être exempte de danger pour la mère et l'enfant : aussi cette méthode de dilatation était adoptée par tous les accoucheurs avant que la méthode de Kiwisch fût connue. Malheureusement, cette opération, si simple en apparence, présente, en réalité, d'assez grandes difficultés : le col est souvent si élevé, qu'il est difficile de le fixer avec les doigts, d'y faire pénétrer l'éponge, et dans un cas Kluge lui-

même, après des tentatives infructueuses, se vit contraint de renoncer à son procédé.

Un autre inconvénient de l'éponge, c'est d'agir parfois avec une très-grande lenteur, quelquefois même elle manque de la force d'excitation nécessaire pour déterminer des contractions utérines.

Le professeur Hoffmann a donné l'analyse de 70 observations qui ont fourni les résultats suivants : 56 fois l'éponge a suffi seule à provoquer définitivement l'accouchement, et l'on ne fut que rarement obligé d'en répéter l'emploi ; 7 fois elle a été employée concurremment avec d'autres procédés ; 7 fois elle est restée impuissante, mais alors même elle a opéré un commencement de dilatation très-favorable à la ponction des membranes. La durée du travail est indiquée dans le même nombre d'observations : 9 fois la durée du travail a été de vingt-quatre heures, 14 fois de quarante-huit heures, 10 fois de trois jours, 12 fois de trois à huit jours, 3 fois de neuf à treize jours.

Les résultats observés ont été très-favorables pour les enfants et leurs mères.

L'emploi de l'éponge préparée peut donc être comparé sans désavantage avec les douches utérines ; il a sur elles l'immense avantage de ne pas exposer à une mort subite.

Dilatateur de Busch. — Busch imagina un dilatateur à trois branches qui, lorsqu'il est fermé, présente le volume d'une pince à pansements ; son extrémité effilée pénètre facilement dans l'orifice utérin. Ce dilatateur est introduit dans le col à une profondeur de 15 millimètres seulement, puis ouvert à différentes reprises jusqu'à ce qu'il ait provoqué une contraction ou une douleur locale assez vive. L'instrument de Busch est beaucoup moins avantageux que l'éponge ; il agit d'une manière intermittente, ses valves en s'écartant n'agissent que sur des points limités ; il en résulte nécessairement des tiraillements douloureux.

Les résultats obtenus par ce procédé sont peu nombreux et peu encourageants. Hayn, il est vrai, prétend avoir obtenu des douleurs au bout de onze heures, mais Busch lui-même ne parvint à ce résultat qu'après trois jours, et dans deux cas après huit jours seulement de tentatives énergiques et pénibles. Ce procédé présente donc des inconvénients graves ; on ne devra l'employer que pour rendre plus facile l'introduction d'un cône d'éponge préparée.

Les dilatateurs de Meade et Krause ont la plus grande analogie avec celui de Busch, ils sont passibles des mêmes reproches.

Sphéno-siphon. — Schakenberg inventa un dilatateur tout différent des précédents. Son instrument, qui porte le nom de *sphéno-siphon*, se compose d'une seringue sur laquelle s'adapte une canule longue de 5 centimètres, percée de deux fenêtres latérales ; celle-ci est recouverte d'un sac résistant de peau préparée, qui, dans sa plus grande extension, a un diamètre de 4 à 5 centimètres. L'opérateur fait pénétrer doucement la canule dans l'intérieur du col, et quand elle est placée, il enfonce le piston qu'une vis de pression maintient en place. L'opération est alors terminée pour le premier jour et l'instrument est attaché à un bandage de corps. Le deuxième jour, on enfonce le piston plus profondément ; une plus grande quantité de liquide est alors poussée dans le sac et le gonfle. On continue de la même façon le troisième jour.

Le sphéno-siphon doit, comme l'éponge préparée qu'il est destiné à remplacer, dilater mécaniquement le col et provoquer les contractions utérines. Cet instrument est assez compliqué, gênant pour la malade ; il paraît être resté à l'état de simple proposition. On trouvera la figure qui le représente dans l'atlas de Busch.

Dilatateur de Barnes. — En 1862, le docteur Barnes a fait connaître un nouveau moyen de dilatation ; l'instrument qu'il emploie se compose d'une poche de caoutchouc, de la forme d'un violon, terminée par un tube allongé. Les dilatateurs du

docteur Barnes sont de trois grandeurs différentes ; le plus petit a 2 ou 3 centimètres de largeur. Aussi l'auteur de ce procédé commence par provoquer quelques contractions utérines par les douches utérines, le colpeurynter de Braün ou l'éponge préparée, et, aussitôt que la dilatation du col est suffisante, il y introduit son dilatateur, qu'il conduit sur une sonde dont l'extrémité entre dans une petite poche destinée à cet usage. La portion centrale de ce dilatateur doit mesurer toute la longueur du col, son extrémité supérieure dépasse l'orifice interne, tandis que l'extrémité inférieure fait saillie dans le vagin. La forme particulière de cet instrument a pour but de prévenir son glissement, car, lorsqu'il est distendu, sa partie centrale est cylindrique, tandis que ses deux extrémités se renflent en forme de champignon. L'instrument étant placé, on pousse avec une seringue une injection d'eau qui distend le caoutchouc ; le col subissant une pression de dedans en dehors, se dilate largement ; dès qu'il a cédé, on place un dilatateur plus volumineux, et bientôt l'orifice est assez grand pour qu'on puisse terminer l'accouchement par la version.

La méthode du docteur Barnes est complexe ; son instrument n'intervient que lorsque déjà le travail a été provoqué par d'autres moyens, mais il a pour but de l'accélérer ; aussi a-t-il intitulé son mémoire : *De la nouvelle méthode de provoquer l'accouchement prématuré à une heure déterminée.* Voici, d'ailleurs, comment s'exprime cet auteur : « Toutes les méthodes de provoquer l'accouchement sont » très-incertaines, vu le temps qu'elles mettent à produire le résultat que l'on a » en vue. Cette longueur du temps entraîne d'autres objections : pendant que » l'accoucheur est occupé pendant des heures et des jours à attendre l'expulsion » du contenu de l'utérus, la femme est torturée par ces délais et tourmentée par » la peur. Ses forces morales et physiques sont cruellement éprouvées, et quand » enfin le moment de l'accouchement arrive, le médecin peut être absent. Mère et » enfant sont ainsi exposés à un danger inutile.

» La position du médecin n'est pas plus digne d'envie : quand il a commencé » une opération qui doit provoquer le travail, il se trouve lié par une responsabilité » professionnelle et ses inquiétudes propres. Il est forcé de rester à la disposition » de la malade jusqu'à ce qu'elle soit délivrée ; il ne peut ainsi prendre d'autres » engagements. L'impossibilité du médecin d'être libre, et cela pour un temps » indéterminé, est un grave inconvénient, non-seulement pour lui-même, mais » encore pour ses autres clientes. La malade aussi bien que le médecin peuvent être » délivrés de toutes ces incertitudes, de tous ces inconvénients, par l'opération que » j'ai proposée et qui a été menée à bien dans plusieurs occasions. Le travail » peut être commencé à sa volonté et terminé suivant son désir, à une heure fixée » avec autant de précision que toute autre opération chirurgicale. En adoptant » cette nouvelle méthode, il peut prendre des engagements à quelque distance que » ce soit de son domicile, et finir son opération en une seule séance comme pour » l'opération de la taille. L'opération est faite avec le contrôle entier de l'opérateur, qui n'est plus l'esclave des circonstances et n'a pas à attendre avec anxiété » les efforts de la nature. Il est le maître de la position, et détermine d'avance, » en ayant en vue les exigences des cas, l'époque où la malade se trouvera hors » des dangers de l'accouchement, et il pourra lui annoncer avec confiance le terme » de son anxiété. » (Barnes.)

Nous ne partageons pas, sous plus d'un point de vue, la manière de voir du docteur Barnes, mais son instrument nous paraît appelé à rendre des services réels. Nous l'avons employé avec succès dans un cas d'avortement provoqué où la marche du travail traînait par trop en longueur ; son application a certainement hâté de beaucoup le moment de la délivrance.

D. Excitants placés entre les parois utérines et l'œuf.

Décollement des membranes. — On attribue cette opération à Hamilton, qui en 1800 aurait proposé de forcer le col avec le doigt, de franchir l'orifice interne et de décoller les membranes dans une aussi grande étendue que possible. Cet auteur avait en effet remarqué que, si l'œuf est largement décollé des parois utérines, son séjour dans la matrice ne saurait se prolonger et qu'il est bientôt expulsé. Mais son procédé est grossier, violent, souvent inapplicable, surtout chez les primipares : aussi a-t-il été bientôt abandonné.

Mampe, imité par Pfenniger, Billeter, Campbell, a pensé qu'on pourrait substituer au doigt un instrument plus facile à introduire : il proposa donc l'emploi d'une sonde élastique, arrondie à son extrémité pour prévenir la déchirure des membranes. Ce procédé doit être d'un emploi assez facile et exempt de tout danger pour la mère et l'enfant.

D'autres accoucheurs se sont servis, pour décoller les membranes, d'un cathéter de corne ou de métal.

En 1848, le professeur Lehmann (d'Amsterdam) conseilla d'introduire dans l'utérus une bougie de moyenne grosseur, qui doit pénétrer de 20 à 25 centimètres et qu'on retire aussitôt après une introduction. On renouvelle le cathétérisme jusqu'à ce que le travail soit franchement établi. L'auteur se propose d'atteindre avec cette méthode le double but de décoller l'œuf et d'exciter l'utérus. En 1852, il publia huit observations de réussite ; dans un cas, la sonde doit être introduite deux fois et trois fois dans un autre. La durée du travail fut d'un à cinq jours. L'accouchement fut heureux pour les mères et leurs enfants. Ce procédé a été adopté en Angleterre, où il est souvent employé encore aujourd'hui. Sa simplicité, sa facilité d'exécution, méritent qu'on le prenne en considération, mais il est loin de donner toujours des résultats aussi certains et aussi prompts que ceux observés par Lehmann.

Procédé de Cohen. — Doit-on attribuer plus de valeur à l'injection utérine que le docteur Cohen (de Hambourg) a tout récemment proposée pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel ? C'est à l'expérience à prononcer. Toutefois son procédé est si simple, il donne, d'après l'auteur, des résultats si prompts et s'accompagne de si peu de dangers, que nous croyons devoir le mentionner : « Je pratique, dit-il, les injections de la manière suivante : Je me sers d'une petite seringue, ordinairement d'étain, contenant 60 à 80 grammes d'eau de goudron, et dont la canule, longue de 20 à 22 centimètres, a de 3 à 5 millimètres de diamètre à son extrémité et présente une courbure semblable à celle d'une sonde de femme. Je fais coucher la malade à plat sur le dos, le siége élevé ; puis, glissant deux doigts jusqu'à la lèvre postérieure, je m'en sers pour guider la canule que j'introduis entre la paroi antérieure de l'utérus et l'œuf, et je la fais pénétrer de 5 centimètres dans l'utérus. C'est alors seulement que je commence l'injection : je la pousse doucement et avec lenteur, ayant soin de relever un peu la seringue pour éviter que l'ouverture ne s'applique sur la paroi utérine, et de varier au besoin la direction de l'instrument toutes les fois qu'il y a quelque obstacle à la sortie du liquide. La seringue est retirée peu à peu : dix minutes après la femme peut se lever et marcher ; si au bout de six heures il n'y a pas de signe de travail, on renouvelle l'injection... » Puisque M. Cohen a