

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 complètement. 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 illusoire.

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 con-

sécuteur 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'Outreput, 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 complètement. 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'in-

dicateur. 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, 4 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 40 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 siège 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 succès; 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 que 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 :

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

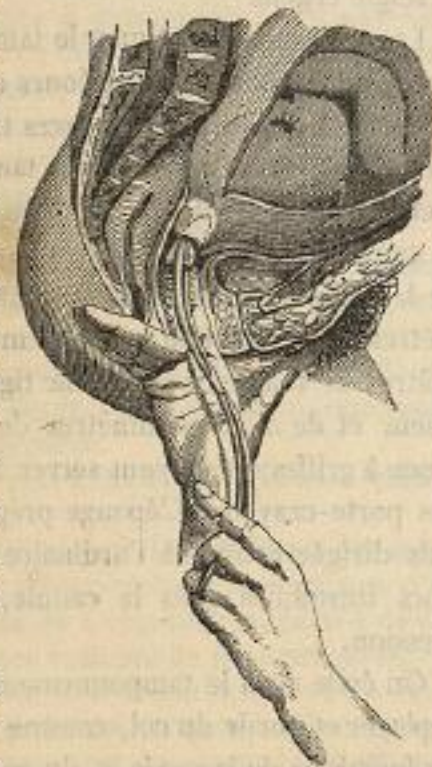


FIG. 145. — Procédé de Kluge.

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 vingt-quatre heures, les douleurs n'étaient pas régulièrement établies, si la dilatation du col n'était pas commencée, on renouvelerait 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 Braun ou l'éponge préparée, et, aussitôt que la dilatation du col est suffisante, il y introduit son dilateur, qu'il conduit sur une sonde dont l'extrémité entre dans une petite poche destinée à cet usage. La portion centrale de ce dilateur 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 dilateur 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 parait 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 siège 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

réussi six fois, ce procédé est tellement inoffensif, qu'il est à désirer qu'on l'essaye encore.

Procédé de Krause. — Ce professeur recommande de se servir d'une algalie flexible qu'on doit introduire dans l'utérus à une profondeur de 20 à 25 centimètres, et laisser en place jusqu'à ce que l'effet soit obtenu. Ce procédé a donné de bons résultats à Gröningue; il est donc à désirer que sa valeur soit vérifiée et comparée à celle du dilatateur intra-utérin.

Dilatateur intra-utérin. — J'ai proposé à mon tour un nouvel instrument que j'ai nommé *dilatateur intra-utérin*. Voici sur quel principe il repose: introduire dans le col et faire pénétrer au-dessus de l'orifice interne un tube de caoutchouc du volume d'une plume d'oie, qui se gonfle à son extrémité utérine et forme une vessie de la grosseur d'une noix, quand on y pousse une injection. Cet appareil est laissé en place jusqu'à ce qu'il soit expulsé par les contractions utérines.

La première observation fut publiée dans la *Gazette des hôpitaux* du 9 janvier 1862. Je me servais à cette époque d'une sonde métallique de moyenne grosseur, que je coiffais à son extrémité par un tube élastique de 4 centimètres de long. Un robinet placé près du pavillon du dilatateur et une seringue à injections complétaient l'appareil, qui est représenté dans le catalogue que M. Charrière a publié à l'occasion de l'Exposition de Londres. On comprendra facilement l'usage de cet instrument: quand il s'agit de provoquer l'accouchement, on introduit le dilatateur dans le col jusqu'à ce que la partie dilatée, c'est-à-dire celle qui est recouverte de caoutchouc, ait dépassé l'orifice interne et pénétré dans la cavité même du corps de l'utérus; à ce moment, on pousse une injection d'eau tiède dans la sonde, le caoutchouc se dilate en boule, le robinet est fermé et l'instrument tient en place sans aucun bandage, l'orifice interne empêchant la sortie de la sphère dilatée qui couronne l'instrument.

La direction que prend ce dilatateur, quand il est placé, est à peu près celle de l'utérus: on voit la tige métallique sortir du vagin en appuyant sur la commissure postérieure de la vulve et faire saillie en arrière des deux cuisses. Les femmes, gênées par cette espèce d'appendice caudal, ne peuvent ni se coucher sur le dos, ni s'asseoir, sans risquer de déplacer brusquement l'instrument; elles sont obligées de rester debout ou de se coucher sur le côté. C'était là un inconvénient réel que j'ai fait disparaître en modifiant le dilatateur de la façon suivante: j'ai fait couper la sonde à 5 centimètres au-dessous du caoutchouc; à l'extrémité de ce tronçon s'adaptent, d'une part, un manche mobile qu'on peut retirer quand l'instrument est appliqué, et, d'autre part, un tube de tissu flexible, qui traverse le vagin et se termine au dehors par un robinet sur lequel s'ajuste la seringue à injections. Avec un dilatateur ainsi modifié, les femmes peuvent prendre toutes les attitudes qui leur conviennent, rester couchées ou marcher dans leur chambre, sans aucune gêne et sans aucun danger. C'est ce dernier instrument que j'ai présenté à l'Académie de médecine au mois de novembre 1862; on en trouvera la figure dans le compte rendu de la *Gazette des hôpitaux* du même mois.

Aujourd'hui je me sers d'un instrument plus parfait et plus simple, quoiqu'il paraisse au premier abord assez compliqué dans sa construction. Il se compose de deux parties fondamentales: un tube de caoutchouc et un conducteur.

1° D'un tube de caoutchouc gros comme une plume d'oie, long de 30 centimètres, fermé à l'une de ses extrémités (fig. 146, B). Ce tube est épais et résistant dans la plus grande partie de son trajet (fig. 146, B); ses parois deviennent, au contraire, plus minces à son extrémité, sur une longueur de 3 à 4 centimètres au plus (fig. 146, b). Quand on pousse une injection dans ce tube, l'épaisseur inégale des parois fait que la partie amincie se dilate (fig. 148).

J'attache sur l'extrémité de ce tube (fig. 146) un ruban de fil de 50 centimètres

de longueur environ. Ce ruban doit être solide quoique assez fin; le meilleur que j'aie trouvé est celui que les femmes connaissent sous le nom de soutache en soie blanche. Quoi qu'on fasse, ce fil glisse facilement; c'est pour prévenir ce glissement que je me sers de deux grains de plomb soudés ensemble que je laisse tomber dans le tube au fond duquel ils pénètrent, et en faisant ma ligature j'ai soin de la faire tomber précisément au niveau de la rainure qui sépare les deux grains de plomb. De cette façon, le fil ne glisse jamais. A l'autre extrémité du tube est adaptée une douille à robinet (fig. 148, C), destinée à recevoir la canule d'une seringue à injections (seringue à hydrocèle).

2° D'un conducteur métallique, à extrémité mousse, creusé d'une gouttière dans toute sa longueur comme une sonde cannelée, courbé comme un hystéromètre (fig. 146, A). On en aura une assez bonne idée en le comparant à une sonde d'homme qu'on aurait fendue en deux parties dans toute sa longueur pour enlever la moitié convexe.

Ce conducteur est percé de part en part par trois yeux. Les deux premiers sont placés près de l'extrémité de cette sonde, à 4 centimètres l'un de l'autre, le troisième se trouve placé près du manche sur lequel le conducteur est fixé.

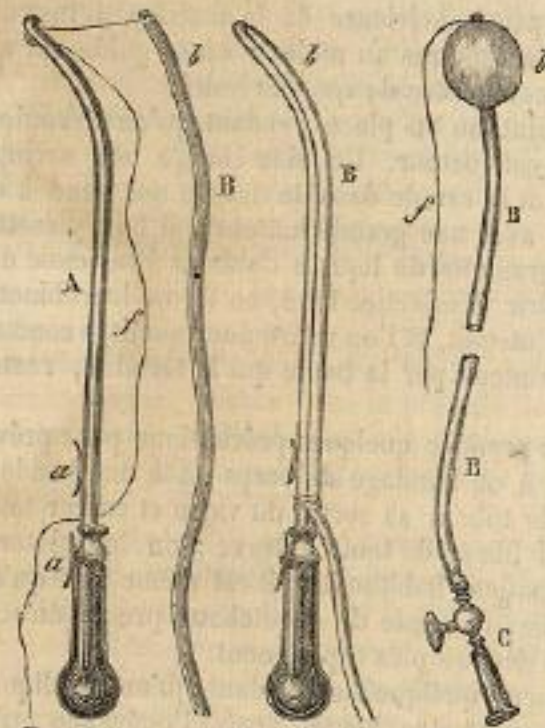


FIG. 146. FIG. 147. FIG. 148.

Dilatateur intra-utérin.

Pour monter le tube sur son conducteur, j'engage l'extrémité libre du fil dans l'œil le plus rapproché de l'extrémité du conducteur, en allant de la face cannelée à la face convexe; je le fais rentrer dans la cannelure par l'œil placé immédiatement au-dessous (fig. 146); il longe ensuite toute la gouttière et en ressort encore par l'œil placé près du manche. En tirant fortement sur le ruban, la tête du tube vient se loger dans l'extrémité du conducteur, et on la maintient dans ce rapport en arrêtant le fil sous un ressort destiné à cet usage (fig. 146, a).

Le corps du tube est enfin couché dans la gouttière, où on le fixe par quelques circulaires opérés avec la partie du fil qui restait encore disponible. On termine en assujettissant l'extrémité du ruban sous le ressort déjà indiqué (fig. 147). L'appareil tout monté n'est pas plus volumineux qu'une sonde ordinaire (fig. 147).

Quand je veux me servir de cet appareil, voici comment je procède : Quand le tube a été garni de son fil, je pousse dans son intérieur une injection d'essai, pour m'assurer qu'il ne présente aucune fissure. Cela fait, le tube est tenu verticalement, le robinet en haut, et celui-ci est ouvert. On voit d'abord sortir quelques bulles d'air : l'eau vient ensuite ; on la laisse s'écouler librement. Quand le tube a repris son volume ordinaire, il se trouve amorcé, c'est-à-dire que l'air en a été chassé, et je ferme le robinet pour empêcher qu'il n'y rentre. Je prends cette précaution pour qu'aucune bulle d'air ne soit projetée dans l'utérus, au cas où la vessie de caoutchouc viendrait à se rompre.

Le tube, ainsi amorcé, est ensuite monté sur son conducteur comme nous l'avons dit. Pour le lubrifier, on aura encore le soin de se servir de glycérine, car les corps gras altèrent le caoutchouc très-rapidement et font éclater l'appareil.

La femme étant placée en travers sur son lit, le siège élevé, débordant le matelas, les jambes maintenues écartées par deux aides, l'opérateur introduit deux doigts de la main gauche dans le vagin et applique l'extrémité de l'index sur l'orifice externe du museau de tanche. On fait glisser le dilatateur dans le vagin, en le tenant de la main droite ; son extrémité est dirigée dans le col, et, en abaissant le manche, elle pénètre ordinairement sans aucune difficulté dans l'utérus, en passant entre l'œuf et la paroi antérieure de la matrice. L'instrument doit dépasser l'orifice interne de 3 centimètres au moins ; on se guide sur un petit relief placé sur le conducteur à 4 centimètre de son extrémité.

L'instrument est maintenu en place pendant qu'on déroule les circulaires qui liaient le tube sur le conducteur. Un aide charge une seringue d'eau tiède, la purge d'air, et introduit la canule dans la douille qui pend à l'extérieur. L'injection doit être poussée avec une grande lenteur ; il faut y mettre assez de force, surtout au début. 50 grammes de liquide donnent à la vessie de caoutchouc le volume qu'elle doit acquérir. L'injection faite, on ferme le robinet, puis on dégage le fil du ressort qui le maintenait, et l'on retire doucement le conducteur, qui sort sans difficulté. Le tube, maintenu par la boule qui le termine, reste seul en place ; le fil pend à côté de lui.

Il ne reste plus qu'à prendre quelques précautions pour prévenir l'ouverture du robinet, que l'on fixe à un bandage de corps ou à une bande ; j'aime cependant mieux lier fortement le tube à sa sortie du vagin et retirer tout à fait le robinet ; les femmes sont ainsi libres de toute entrave ; on les laissera vaquer dans leur chambre à leurs occupations habituelles ; il est même bon qu'elles restent levées, car, dans cette attitude, la vessie de caoutchouc presse directement sur l'orifice interne et le travail se déclare plus rapidement.

Les douleurs naissent quelquefois pendant qu'on applique l'instrument ; en moyenne, c'est trois ou quatre heures après l'opération qu'elles apparaissent ; d'abord, peu intenses, elles deviennent peu à peu plus énergiques, se rapprochent comme dans l'accouchement naturel. Le col s'efface et s'entr'ouvre, et l'instrument tombe dans le vagin. Cette expulsion a lieu en moyenne en dix ou douze heures, quelquefois beaucoup plus tôt ou un peu plus tard. Je me réserve de donner ultérieurement le relevé de toutes les observations.

Au moment de l'expulsion du dilatateur, le col s'est effacé, déjà largement entr'ouvert ; les membranes hument à l'orifice. Le travail, dans la plupart des cas, continue sa marche, mais d'autres fois il se suspend. J'ai remarqué souvent qu'il suffisait de faire marcher les femmes et de laisser l'instrument dans le vagin, où il agit sans doute comme le colpeurynter de Braun, pour assurer la marche progressive des contractions. Quand, malgré ces précautions, le travail s'arrête, on est obligé de renouveler l'introduction du dilatateur et de lui donner un volume plus considérable.

Une seule fois, entre les mains de M. Depaul, ce moyen fut insuffisant : chaque

fois que l'instrument était expulsé de l'utérus dans le vagin, le travail s'arrêtait. M. Depaul fut obligé de rompre les membranes, et encore sa cliente n'accoucha que longtemps après. Je suis convaincu que dans cette circonstance on aurait eu un succès rapide en appliquant l'instrument de Barnes aussitôt après la sortie du dilatateur intra-utérin. Je crois même que l'association de ces deux instruments sera fort utile dans bon nombre de cas, par la rapidité qu'elle imprimera au travail, et qu'elle est destinée à réaliser un véritable progrès.

J'attribue l'efficacité du dilatateur à un mode d'action tout spécial, à la présence d'un corps étranger dans l'utérus, qui se contracte pour le chasser au dehors. Il agit aussi par le décollement des membranes ; mais cette dernière influence doit être moindre, puisqu'il résulte de quelques-unes de mes observations que le travail s'arrête quand l'instrument est trop tôt retiré, bien que le décollement des membranes ait été produit par son application.

J'ai réuni aujourd'hui un assez grand nombre d'observations : je suis en droit, les faits en main, de dire que l'opération ne présente aucune difficulté, je puis en prendre à témoin les docteurs Danyau, Depaul, Pajot, Blot, qui l'ont chacun plusieurs fois pratiquée avec succès. Elle est, en outre, complètement inoffensive pour la mère et l'enfant, elle donne des résultats plus certains et plus rapides qu'aucune autre. Un avantage non moins grand de cette opération, c'est son extrême simplicité comparée aux embarras qu'on rencontre dans l'emploi de l'éponge préparée et des douches utérines ; elle se termine, en outre, en une seule séance ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on a besoin d'y revenir ; l'instrument une fois appliqué, on n'a plus qu'à attendre le moment de l'accouchement.

A priori, on pouvait penser que ce procédé exposait à la rupture des membranes : il me suffira de dire que dans vingt cas elle n'a jamais été observée. Une autre objection plus fondée se présente : c'est la déchirure possible de la vessie de caoutchouc ; j'ai observé quatre fois cette rupture dans les dix premières observations recueillies ; mais depuis cette époque je me suis servi d'un dilatateur plus parfait, et je ne l'ai observée qu'une seule fois. On fait involontairement dans ce cas une injection intra-utérine, comme dans le procédé de Cohen ; aussi il n'en résulte ni douleur ni accident, et l'opération n'est interrompue que pendant le temps nécessaire pour monter sur le conducteur un tube de rechange qu'on fera bien d'avoir à sa disposition.

Le seul reproche important qu'on puisse adresser au dilatateur intra-utérin, c'est que son introduction dans l'utérus sera impossible, dans quelques cas rares, il est vrai, d'après ce que je peux prévoir. Si la tête est trop profondément engagée ou le col fortement dévié, le cathétérisme pourra présenter des difficultés insurmontables. C'est un reproche que j'accepte néanmoins, en faisant remarquer qu'il s'adresse également aux différents moyens de décollement, aux injections intra-utérines de Cohen et à tous les procédés de perforation des membranes.

E. Perforation des membranes.

Procédé ordinaire. — La perforation des membranes est certainement le procédé le plus sûr, et celui qui a dû d'abord se présenter à l'esprit ; aussi est-ce celui qu'a employé Macaulay lorsque, le premier, il eut l'occasion de juger par la pratique les conseils donnés en 1756 par les médecins les plus célèbres de Londres. La plupart des accoucheurs qui depuis ont pratiqué la même opération, ont aussi ponctionné l'œuf. Les modifications qu'ils ont proposées ne portent guère que sur la forme, la longueur, la courbure de l'instrument perforateur, et méritent à peine d'être notées : il est évident, en effet, que toute canule assez

recourbée pour s'accommoder à la courbe de l'axe pelvien, assez longue pour atteindre facilement le col (21 à 22 centimètres) et armée d'un trocart dont l'extrémité est cachée ou dépasse seulement de quelques millimètres l'extrémité de la canule, pourra toujours suffire. Les seules précautions à prendre consistent à diriger l'instrument de manière à éviter la lésion des parties de la mère, et à ne pousser le trocart sur aucune partie du fœtus.

Nous l'avons déjà dit, ce procédé est le plus sûr, car l'écoulement du liquide amniotique amène nécessairement la rétraction des parois utérines, et plus tôt ou plus tard la manifestation des douleurs : nous pouvons ajouter qu'il est aussi plus facile et moins douloureux pour la mère que la plupart de ceux dont nous avons parlé ; mais il faut convenir qu'il compromet beaucoup plus l'existence du fœtus. L'écoulement partiel ou complet du liquide amniotique n'est pas en effet immédiatement suivi de l'apparition des premières douleurs : il faut quelquefois quarante et soixante heures pour que l'utérus, irrité de son contact trop longtemps prolongé avec les inégalités fœtales, commence à se contracter. Une fois le travail commencé, la période de dilatation du col marche avec une lenteur excessive, car au septième et au huitième mois les fibres du col n'ont pas encore subi complètement les modifications qui rendent au terme ordinaire cette dilatation facile. Vingt-quatre, trente-six heures, sont souvent encore nécessaires pour que le col présente une ouverture suffisante. Or, pendant tout ce temps, le fœtus n'est plus protégé par le liquide amniotique, et se trouve soumis directement à la pression des parois utérines contractées ; le cordon ombilical peut très-facilement être comprimé, et de cette compression résulte inévitablement l'interruption des rapports circulatoires nécessaires à l'entretien de la vie fœtale ; le placenta, enfin, peut lui-même être partiellement décollé par suite du retrait de la matrice. Tout ces dangers évidents avaient éloigné la plupart des accoucheurs de la perforation des membranes, lorsque M. Meissner (de Leipzig) a proposé une modification qui prévient heureusement les accidents que nous venons d'indiquer, et qui ne permet pas de renoncer, sans nouvel examen, à la ponction de l'œuf. Déjà on avait cherché les moyens de modérer, pour ainsi dire, l'écoulement du liquide amniotique, et de n'en laisser couler que la quantité nécessaire à la manifestation des douleurs, mais personne n'était encore arrivé au but que M. Meissner vient d'atteindre si heureusement. Voici en quoi consiste son procédé :

Procédé de Meissner. — Au lieu de ponctionner l'œuf à son extrémité inférieure, il le perce à sa partie la plus élevée, tout près du fond de l'utérus : il se sert à cet effet d'un instrument composé d'une canule et de deux mandrins. La canule d'argent, longue de 32 centimètres et demi et de 3 à 4 millimètres d'épaisseur, est courbée exactement comme une portion de cercle de 40 centimètres de diamètre. Au côté convexe de l'extrémité inférieure de cette canule se trouve un anneau destiné à faciliter le maniement de l'instrument et à indiquer la direction de sa courbure après qu'il a été introduit. A cette canule s'adaptent deux mandrins, dont l'un est terminé supérieurement par un bouton olivaire, l'autre par un trocart ; à leur extrémité inférieure se trouve un bouton plat pour servir de point d'arrêt. L'extrémité olivaire du premier mandrin ne doit dépasser

la canule que de 4 millimètres ; celle du second, terminée en trocart, doit faire une saillie d'au moins 1 centimètre. Le premier mandrin sert à faciliter l'introduction de la canule ; le second à faire la ponction.

M. Meissner procède à l'opération de la manière suivante : La femme est debout ; l'opérateur, à genoux devant elle, s'assure d'abord de la position du col. Si celui-ci est difficile à atteindre et porté fortement en arrière, la femme doit être assise sur le bord d'une chaise ou couché sur un canapé. Alors l'accoucheur dirige la canule armée du mandrin mousse sur la face palmaire de l'index, jusque dans la partie supérieure de la cavité du col, et la pousse jusqu'à ce qu'elle ait franchi l'orifice interne. Bien entendu que la convexité de la sonde est dirigée vers le sacrum. Lorsque l'extrémité de la canule a dépassé l'orifice interne, on la fait glisser avec facilité entre les parois utérines et les membranes jusqu'à la hauteur d'environ 27 centimètres au-dessus du col. Après s'être assuré que l'extrémité de la sonde n'appuie sur aucune partie du fœtus, on remplace le mandrin olivaire par le trocart, avec lequel on perce les membranes. On retire alors le trocart, on laisse écouler par la canule une cuillerée de liquide, et l'on en retire la canule elle-même. On peut, après cette opération, permettre à la femme de marcher ou de s'asseoir à volonté. Le liquide s'écoule goutte à goutte, lubrifie et prépare les voies. Au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, les douleurs se déclarent. En général, la dilatation s'opère promptement, les contractions sont énergiques, et l'accouchement est terminé en trente-six ou quarante-huit heures. Si le travail ne marche pas régulièrement, si la résistance offerte par le bassin rétréci est trop grande, M. Meissner intervient comme dans l'accouchement à terme.

Dans les quatorze premières observations recueillies par l'auteur, il est dit que la mère et l'enfant furent sauvés : certes, un pareil résultat, comparé à ceux obtenus par tous les autres procédés, mérite de fixer l'attention et doit encourager les praticiens à le mettre en usage.

L'introduction de la canule de Meissner expose au décollement partiel du placenta, et par conséquent rend possible la lésion d'un de ses vaisseaux. C'est ce qui arriva dans un cas observé par Kiwisch (de Wurzburg) : la canule ne put parvenir qu'à la hauteur de 13 centimètres, et après la ponction il ne s'écoula qu'un peu de sang et un peu de sérosité. N'ayant plus obtenu d'écoulement d'eau, on se décida, deux heures après, à la ponction de l'œuf par le procédé ordinaire... Pourquoi donc n'avoir pas dirigé la canule sur un autre point ?

M. Villeneuve (de Marseille) a substitué au double mandrin de Meissner un mandrin unique terminé en crochet pour saisir et rompre les membranes. Ce *perce-membranes* a tous les avantages du trocart et n'expose pas à blesser le fœtus.

Quel que soit l'instrument employé, la perforation des membranes sur un point élevé donne de bons résultats, puisque sur vingt-quatre observations enregistrées jusqu'à ce jour toutes les opérées furent sauvées et vingt-deux enfants naquirent vivants.

La méthode de Meissner est peu employée, probablement parce qu'on a été

retenu par la crainte de pénétrer aussi profondément dans la matrice, de blesser les parois utérines ou le fœtus, et à juste titre de décoller le placenta. Elle restera une opération exceptionnelle.

Appréciation.

Les moyens de provoquer l'accouchement prématuré sont, on le voit, extrêmement nombreux ; ils ont tous été employés avec des succès divers, qui tiennent non-seulement à la nature même du procédé mis en usage, mais encore à la grande différence d'excitabilité que présente l'utérus chez les femmes enceintes : tantôt la matrice se contracte sous l'influence de la cause la plus légère et tous les procédés réussissent à merveille ; tantôt, au contraire, elle reste inerte malgré l'emploi des stimulants les plus actifs, et les meilleurs procédés paraissent insuffisants.

La meilleure opération est celle qui donne les résultats les plus constants et les plus rapides, tout en sauvegardant le mieux la vie de la mère et de l'enfant. A moins d'indications spéciales fournies par la clinique, trois méthodes nous paraissent préférables aux autres : 1° décoller les membranes ; 2° dilatation du col ; 3° excitation de la périphérie du museau de tanche.

1° Nous emploierons de préférence le décoller des membranes toutes les fois que l'orifice interne pourra être franchi.

2° Nous aurons recours à la dilatation du col quand l'orifice interne offrira un obstacle insurmontable à l'introduction des instruments.

3° L'excitation de la périphérie du museau de tanche sera notre dernière ressource quand les deux méthodes précédentes seront impraticables.

Reste la comparaison à établir entre chacun des procédés que comprennent ces trois méthodes ; nous ne voulons pas rentrer dans l'étude de ce sujet que nous avons déjà traité en décrivant chaque procédé. Nous appellerons plus particulièrement l'attention sur le dilateur intra-utérin, la sonde à demeure de Krause, l'éponge préparée et les douches utérines.

Ce n'est pas tout que d'avoir réussi à provoquer l'accouchement avant terme, il faut encore donner une grande attention à l'enfant, dont le développement incomplet réclame des soins particuliers, d'autant plus nécessaires que la grossesse aura été interrompue à une époque moins avancée. Les enfants nés à terme s'élèvent au milieu des conditions ordinaires, mais il faut entourer les enfants nés avant terme de précautions exceptionnellement favorables ; de l'exécution de ces dernières dépend le succès : avec elles on réussit souvent, sans elles la vie des enfants est bientôt compromise.

Tous les enfants nés avant terme ont besoin d'être minutieusement protégés contre le froid : indépendamment du maillot ordinaire, on devra donc entourer leur corps, surtout la tête et les membres, d'une couche de coton cardé. Des bouteilles d'eau chaude seront en outre placées dans le berceau, pour qu'ils y trouvent une source permanente de chaleur artificielle. La chambre qui leur est réservée doit être maintenue à une température égale de 18 degrés environ. Si malgré ces précautions la circulation s'amointrit dans les téguments, si le tissu cellulaire sous-cutané s'infiltré, il faut prescrire des bains stimulants, à la tête desquels se rangent les bains de vin. De temps en temps les enfants seront déshabillés devant la flamme d'un feu assez vif ; on profitera de ce moment pour faire avec la main de douces frictions sur tout le corps.

L'alimentation n'est pas moins importante : l'allaitement par la mère ou par une nourrice est indispensable. Quand les enfants sont assez forts pour teter, il suffit de leur présenter souvent le sein ; mais, quand ils sont trop faibles ou trop engourdis, il faut y suppléer en faisant couler le lait de la nourrice dans une cuiller

à café et le leur faire avaler. On leur donne ainsi du lait douze ou quinze fois par jour ; dans les premiers jours on se contente de leur faire avaler deux ou trois cuillerées à café de lait à chaque reprise. On augmente ensuite progressivement la quantité jusqu'à ce que l'enfant soit assez fort pour teter lui-même. C'est à l'ensemble de tous ces soins qu'on doit la vie d'un très-grand nombre d'enfants nés avant terme ; leur omission est, au contraire, presque toujours une cause de mort.

CHAPITRE VII

DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ

L'accouchement prématuré artificiel nécessite, comme on vient de le voir, certaines dimensions dans les diamètres du bassin ; mais lorsque le rétrécissement est tel que le plus petit diamètre du bassin a moins de 5 centimètres et demi, il se présente une question du plus haut intérêt, c'est celle de l'avortement provoqué.

Lorsqu'une femme, enceinte de trois à quatre mois, porte un bassin tellement étroit qu'il ne permet pas d'espérer la possibilité de l'expulsion ou de l'extraction du fœtus viable, peut-on songer à provoquer l'avortement ? Cette question, déjà posée en 1768 par W. Cooper au docteur Hunter, fut, peu de temps après, résolue par l'affirmative par la plupart des praticiens anglais. L'opportunité de l'opération fut également acceptée en France par Fodéré (1813), Marc (1821), M. Velpeau (1829), et nous-même (en 1840), dans la première édition de cet ouvrage. En 1843, M. P. Dubois publia, dans la *Gazette médicale*, un article dans lequel, sans se prononcer d'une manière positive, il fait assez pressentir son opinion. A la même époque à peu près, M. Simonard (de Bruxelles) publia une dissertation dans laquelle, après avoir démontré la moralité de l'opération, il en précise les indications... Enfin, MM. Stoltz, Jacquemier, Chailly, ont adopté les principes des accoucheurs anglais.

Trop d'autorités imposantes se sont prononcées en faveur de l'avortement provoqué pour que nous nous arrétions à discuter les questions morales, religieuses et médico-légales qu'on a soulevées à propos de cette opération (1). Comme l'accouchement prématuré, elle a pris aujourd'hui droit de domicile dans la pratique obstétricale, et nous n'avons plus qu'à préciser ses indications et les moyens les plus prompts et les moins douloureux d'arriver au but.

1° Les rétrécissements extrêmes du bassin, ceux qui ne laissent à la femme, parvenue à son terme, que la triste alternative de l'opération césarienne ou de l'embryotomie, constituent l'indication la plus positive de provoquer l'avortement. Si, en effet, comme nous chercherons à le démontrer dans les chapitres

(1) Voyez, pour plus de détails, le rapport de M. Cazeaux à l'Académie de médecine et la discussion dont il a été suivi (*Bulletin de l'Académie et Union médicale*, 1852).