

S'abstenir semble un devoir en présence de pareils insuccès. Nous verrons qu'on a été moins malheureux dans l'ablation partielle, par l'abdomen, de matrices chargées de corps fibreux (Voy. *Ovariectomie.*)

PONCTION DE L'UTÉRUS.

La ponction de l'utérus est indiquée dans le cas d'occlusion du col déterminant la rétention des règles, ou pour une rétroversion irréductible dans l'état de grossesse. Cette opération est faite par le vagin ou par le rectum.

L'occlusion congénitale du col est très-rare : presque toujours l'orifice est fermé accidentellement.

Le premier soin du chirurgien sera de rechercher le col et d'en reconnaître l'orifice. S'il le trouve, il s'efforcera d'y introduire une sonde ordinaire. S'il n'en trouve aucune trace, il choisit pour opérer le point de l'utérus répondant à l'axe du vagin.

On a proposé différents instruments : le trocart droit ou courbe, le bistouri droit ou concave, le pharyngotome etc. Un trocart un peu long et légèrement courbe semble l'instrument le plus convenable ; on le conduit par le vagin, la pointe retirée dans la canule, jusqu'au point à traverser ; le poinçon est alors poussé en avant et enfoncé avec la canule. Après l'écoulement du liquide, on retire l'instrument en laissant dans l'utérus une sonde de gomme élastique, pour empêcher l'occlusion de la plaie.

Lorsque la rétroversion de l'utérus a persisté pendant les trois ou quatre premiers mois de la grossesse, il est parfois impossible d'en opérer la réduction. Pour prévenir les suites funestes d'un pareil état, la seule ressource consiste dans la provocation de l'avortement par l'écoulement des eaux de l'amnios.

Ici, comme dans le cas précédent, on devra toujours tenter de pénétrer dans l'utérus par l'ouverture du col. En cas d'insuccès, on suivra la méthode indiquée plus haut. Si l'on arrive difficilement à l'utérus par le vagin, et qu'au contraire la saillie de cet organe soit beaucoup plus prononcée du côté du rectum, la ponction serait faite par cette dernière voie.

Un trocart long et courbe, tel que celui de Fleurant, pour la ponction de la vessie, serait le plus convenable.

Si l'instrument s'engage dans le placenta ou le cordon, que le fœtus bouche l'orifice de la canule et empêche l'écoulement des eaux, un stylet sert à en dégager le bec. Après l'issue du liquide, on s'efforce de rendre à la matrice une position normale, et l'avortement arrive quelques jours après l'opération.

DÉBRIDEMENT DU COL DE L'UTÉRUS.

L'obliquité de l'orifice utérin en arrière, pendant que la tête du fœtus entraîne en bas et distend la paroi antérieure de la matrice ; la chute de cet organe hors de la vulve pendant la grossesse ; la non-dilatation de l'orifice au moment du travail ; ce même défaut de dilatation, dans le cas de situation normale de l'utérus, amenant des convulsions violentes ; l'état fibro-cartilagineux (Simpson) ou squirrheux du col ; enfin l'existence de calculs utérins (Louis), de certains polypes (Dupuytren), sont autant de causes qui ont nécessité l'utérotonomie du col.

Nous ne décrivons pas en détail tous les procédés dont cette opération a été l'objet ; dictés par diverses indications, ils ont nécessairement varié.

L'orifice utérin peut-il être atteint au moment du travail, la dilatation a-t-elle commencé, on emploie le bistouri boutonné, et on l'introduit de manière à faire l'incision de dedans en dehors en le retirant.

Des incisions multiples seraient préférables à une seule incision.

S'il s'agit d'un col squirrheux, Dugès veut qu'outre l'incision, l'opérateur excise en même temps toutes les parties malades.

Opérant pour extraire de la matrice un corps autre que le fœtus, Dupuytren portait la pointe d'un bistouri droit sur le point qui devait être la limite du débridement, et incisait de dehors en dedans jusqu'à l'orifice.

Lorsque, pressé par les circonstances, on se décide à l'incision de la paroi antérieure de l'utérus, on fait usage d'un bistouri convexe. Les couches musculaires sont divisées successivement avec une extrême précaution. Quand on a pénétré dans la matrice, l'index gauche sert de guide au bistouri boutonné, avec lequel on termine l'opération.

L'incision transversale a été plusieurs fois pratiquée avec succès.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL.

L'accouchement prématuré artificiel, soumis en Angleterre à une savante discussion médicale dans l'année 1756, fut pratiqué pour la première fois à Londres, peu de temps après cette célèbre consultation, par le docteur Macaulay.

Les anciens avaient déjà songé à provoquer l'avortement aux trois premiers mois de la grossesse, dans le cas d'étranglement du bassin. L'accouchement prématuré diffère essentiellement de ce pro-

cédé, car il conserve le fœtus au huitième ou au commencement du neuvième mois. En France, Baudelocque, M^{me} Lachapelle, avaient repoussé cette méthode, qui a trouvé en 1831, dans M. le professeur Stoltz, un partisan heureux et habile. En Allemagne, elle avait, au contraire, été accueillie avec faveur, et elle a été pratiquée plus de trois cents fois avec des succès nombreux.

L'opération convient surtout dans les rétrécissements du bassin, dont le diamètre antéro-postérieur a moins de 0^m,095 et plus de 0^m,075.

Cette indication reconnue, et l'époque approximative où est parvenue la grossesse fixée, c'est au commencement du huitième mois que l'opération sera pratiquée, si le choix est libre.

Deux espèces de moyens peuvent être employés dans le but de provoquer les contractions utérines : les uns dynamiques, les autres mécaniques. Les premiers sont incertains : ce sont les abortifs, les saignées, le seigle ergoté etc.

Les moyens mécaniques se rattachent à plusieurs méthodes.

M. d'Outrepont a conseillé les frictions sur le fond de l'utérus, au travers de la paroi abdominale ; Ritgen, les frictions directes sur le col.

Le doigt, ou si cela est impossible, une algalie introduite par le col de l'utérus, ont servi à décoller les membranes de l'œuf (Hamilton).

La ponction des membranes s'exécute à l'aide d'un trocart courbe ou d'une sonde à dard. Les eaux s'écoulent, et vingt-quatre ou trente-six heures après, le travail commence (Macaulay).

Afin d'empêcher l'accouchement de se faire à sec, condition toujours fâcheuse, Hopkins a proposé de n'attaquer l'œuf que vers le fond de la matrice, à l'aide d'un trocart courbe d'une longueur suffisante ; mais ce procédé, perfectionné dans ces derniers temps par M. Villeneuve (de Marseille), n'a pas été adopté.

On pratique la dilatation du col en introduisant dans cet organe un corps étranger. On choisit de préférence un petit tampon d'éponge préparée (Kluge), long de 0^m,065 et de forme conique ; on en traverse la base avec un fil dont les bouts restent en dehors du vagin, et on le fait pénétrer soit avec la canule d'un trocart, soit à l'aide de pinces à longues branches. L'index gauche porté dans le vagin sert de guide. Le tampon étant engagé un peu au delà du col, l'instrument conducteur est retiré et remplacé par une grosse éponge destinée à maintenir la première.

Le tampon se dilate et est expulsé du col utérin au bout de quelque temps. On l'extrait et on en introduit un autre plus volumineux. Bientôt de véritables contractions commencent.

Mende conseille d'opérer la dilatation simplement à l'aide de pinces à pansement. On a annoncé que le simple tamponnement du vagin suffit à la provocation de l'accouchement.

La *douche utérine* (Kiwisch, 1846) rendue intermittente ou répétée toutes les six heures, pendant cinq minutes et plus, sur le col, avec de l'eau à une température de trente à trente-trois degrés, provoque les contractions de la matrice et l'expulsion du fœtus.

MM. Depaul, Simpson, Salmon etc. ont signalé des cas de mort, attribués par le premier de ces auteurs à l'introduction de l'air, mêlé à la douche, dans les sinus utérins que le décollement de l'œuf laisserait béants.

M. Tarnier a inventé une sonde en caoutchouc, terminée par une petite ampoule de même substance susceptible de distension et munie de l'autre côté d'un robinet. Cet instrument, appelé par l'auteur *dilatateur utérin*, est introduit dans l'intérieur et un peu au delà du col. Une injection, poussée avec une seringue à hydrocèle, distend et remplit l'ampoule intra-utérine, qui écarte et décolle doucement les membranes en les refoulant. On ferme le robinet, on retire le cathéter et la seringue, et l'instrument reste en place jusqu'au commencement des douleurs, qui marchent ensuite régulièrement. Si l'ampoule se vidait ou était rejetée dans le vagin, en raison de sa petitesse, on la remplacerait par une autre plus volumineuse. La femme peut se lever et marcher en attendant les douleurs.

Appréciation. Les frictions abdominales ou sur le col sont insuffisantes. Le décollement des membranes est quelquefois assez difficile à opérer. La ponction présente le danger de blesser le fœtus et la matrice. L'accouchement a lieu, mais l'époque en est variable.

Si le col était déjà dilaté, la ponction serait un moyen prompt et sûr.

Restent le tamponnement du vagin, dont les résultats sont incertains ; les douches utérines ; la dilatation à l'aide de l'éponge préparée, ingénieuse méthode, qui est peu dangereuse et a fourni de nombreux succès, et l'instrument de M. Tarnier.

SYMPHYSÉOTOMIE. — PUBIOTOMIE.

Fondée sur l'opinion ancienne du ramollissement des symphyses pendant la grossesse et de la mobilité des os du bassin, cette opération est pourtant de date récente.

Claude de Lacourvée la pratiqua, en 1655, sur le cadavre ; mais ce ne fut qu'en 1768 qu'un élève en médecine, Signault, en fit le