

faut pas négliger de commencer l'incision assez haut, à cause de la grande tendance de cette incision à se cicatriser, laquelle rendrait sans cela trop petite l'ouverture pratiquée.

Au reste la difficulté consiste précisément non pas dans la manière de pratiquer l'incision, qui s'apprend facilement par l'exercice, mais à empêcher sa cicatrisation. Dans ce but, Simpson introduisait journellement le doigt dans la plaie, qu'il finissait par cautériser avec le nitrate d'argent. On a inventé des dilateurs qu'on entre fermés et qu'on laisse ensuite se dilater grâce à leur ressort ; mais on craint avec raison l'irritation trop violente qu'ils produisent. La laminaire et l'éponge cirée ont eu bien plus de partisans, mais quel que soit l'emploi qu'en fasse journellement l'auteur, il ne peut assez recommander à ses élèves de ne jamais y avoir recours dès qu'il y a ulcération ou une plaie dans la cavité du col utérin, sous peine de voir des métrites, des périmétrites ou des péritonites, affections souvent terminées par la mort des opérées. En outre, dans aucun des autres cas où l'éponge cirée est indiquée, on ne doit la laisser plus de 10 heures consécutives. Précédemment le professeur Olshausen se contentait d'introduire le doigt les deux premiers jours, puis dès le troisième il avait recours à la sonde utérine, pour empêcher le coaptation de la plaie plus haut que le doigt ne peut pénétrer. Mais il y a renoncé, pensant que la sonde est encore trop irritante et peut produire trop facilement des inflammations, ainsi qu'il en a vu se produire. Il y préfère une cautérisation immédiate de la plaie avec la liqueur de perchlorure de fer ou avec le fer rouge, sauf à la répéter au bout de quelques jours.

S'il y a comme complication de l'ouverture trop petite du museau de tanche, une antéversion de l'utérus, l'incision bilatérale ne suffit pas, et l'on doit recourir à l'excision d'une portion triangulaire de la lèvre antérieure du col utérin.

Comme autres indications de l'incision bilatérale du dit col, on a parlé du catarrhe utérin intense sur un utérus vierge. L'opération est rationnelle, mais il faut la réduire aux cas les plus graves, puisqu'on ne peut méconnaître les dangers que fait courir cette opération ; puis les hémorrhagies dépendant de fibrômes sous-muqueux : mais ici il n'y a que Spiegelberg qui ait suivi en Allemagne l'exemple des Anglais et les résultats en sont trop douteux pour qu'il y ait lieu d'y avoir recours.

Quant à l'incision de l'orifice interne du canal (car jusqu'ici il n'a été question que de l'inférieur ou externe), Marion Sims n'a trouvé d'autre médecin pour la recommander après lui que Greenhalgh ; elle est dangereuse, et ne conduit généralement pas au but qu'on s'en propose dans les déviations utérines ; tandis que quelques abus qu'on ait pu faire de l'incision du col utérin, elle n'en est pas moins une opération chirurgicale dont la gynécologie ne peut se passer.