4 — Exploration pendant le sommeil chloroformique

Lorsqu'à l'aide des moyens d'investigation ci-dessus décrits on n'a pu édifier un diagnostic assez ferme, et qu'il s'agit cependant de mettre en œuvre une thérapeutique appropriée aux résultats acquis, il est bon de renouveler l'exploration pendant le sommeil anesthésique. Dans ces conditions, après avoir vidé le rectum et la vessie et avoir placé la femme dans le décubitus dorsal, les membres inférieurs fléchis, on peut se rendre un compte très exact de l'état de la cavité abdominale et du plancher du bassin.

Dans certains cas où la masse utérine ne pouvait être saisie bien nettement entre les deux mains exploratrices, soit en raison

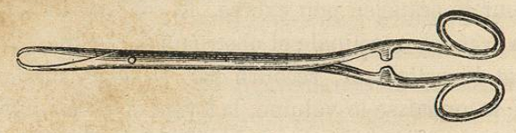

Fig. 13. — Pince à mors (23 cent. de long).

d'une tumeur voisine, soit à cause de l'épaisseur de la paroi abdominale, j'ai réussi souvent à poser mon diagnostic en faisant progresser le doigt latéralement à la matrice. Pendant que la main hypogastrique rapproche et fixe l'organe, je glisse mon doigt, en déprimant la voûte vaginale, le long de la paroi latérale du col, et j'atteins ainsi presque toujours l'isthme et le corps utérin lui-même. Cette manœuvre reste-t-elle insuffisante, il faut suivre le conseil de *Hegar* (1). On saisit la portion vaginale avec une pince à mors (fig. 13); on l'attire vers l'entrée du vagin et on la fait maintenir par un aide. Pendant ce temps le doigt explorateur et la main appliquée sur l'abdomen examinent l'utérus et constatent ses rapports avec les organes voisins. Un pareil déplacement de l'utérus est toujours accompagné de douleurs assez considérables; il ne

(1) *Volkmann's Samml. Klin. Vortr.* 105.

faut donc employer ce procédé que pendant le sommeil chloroformique.

Lorsqu'il s'agit de tumeurs intra-abdominales ou de néoformations péri-utérines, qu'elles soient facilement ou non accessibles au palper abdominal, le même procédé, c'est-à-dire l'abaissement de la matrice, servira pour rechercher la mobilité de ces tumeurs et leurs relations avec l'utérus. Les résultats acquis seront d'autant plus précis qu'on aura mis à profit le déplacement, par les mains d'un aide, de la masse néoplasique, tel que le recommande *Schultze* (1).

Je prône le procédé de *Hegar*, en raison de mon expérience personnelle. Je ne puis assez répéter cependant, en parlant des diverses méthodes d'exploration, ***qu'il faut toujours agir avec la plus grande prudence.*** Malgré les précautions les plus minutieuses, il peut encore arriver qu'on provoque des lésions donnant lieu à des symptômes aigus. Les tumeurs peuvent se rompre et déverser leur contenu dans la cavité abdominale — accident qui du reste n'est pas nécessairement fatal; — il peut se produire encore des hémorrhagies graves et, dans ces cas, une intervention énergique seule sauve la malade du collapsus. J'aurai l'occasion d'insister, à propos des tumeurs de l'ovaire et des maladies des trompes de Fallope, sur les accidents consécutifs, dans les cas de néoplasmes, à ce genre d'exploration.

5 — Cathétérisme utérin

Contrairement à une coutume considérée, hier encore, comme indispensable, je ne me sers plus de la sonde utérine que dans des cas très rares. L'exploration combinée nous renseigne suffisamment sur la position, la conformation et la consistance de la matrice, c'est-à-dire sur les points que nous nous croyions jadis obligés de déterminer à l'aide de l'hystéromètre. Je n'emploie plus aujourd'hui cet instrument que pour me rendre un compte mathématiquement exact de la forme et de la profondeur du canal utérin, de la longueur respective du col et du corps, pour consta-

(1) *Wiener med. Blätter*, 1879, nos 44, 45.

ter la position du conduit utérin lui-même, l'épaisseur des parois et le contenu éventuel de la cavité de l'organe, ainsi que les altérations possibles de sa muqueuse. Je fais enfin usage de la sonde lorsque j'entreprends la réduction de déviations utérines.

Je considère le cathéter comme un instrument de grande valeur, et dont l'emploi par une main exercée ne présente aucun danger. Ce serait une excellente chose que d'en apprendre le maniement, au cours des études gynécologiques, sur les femmes, nombreuses d'ailleurs, dont les organes génitaux ne présentent qu'un faible degré de sensibilité.

Le ***cathétérisme*** utérin est formellement ***contre-indiqué :***

1° ***Toutes les fois qu'on suppose la possibilité d'une grossesse.*** A ce point de vue, on ne saurait prendre trop de précautions. Nous ne pouvons éviter toute erreur qu'en nous rendant bien compte, ***avant toute manœuvre intra-utérine,*** de ***l'époque de la dernière période menstruelle,*** et en examinant bien les ***résultats fournis par le toucher combiné.*** Le cathétérisme d'un utérus gravide ne produit évidemment pas toujours l'avortement. Cependant ce dernier est la règle : et dans les cas douteux, il faut s'abstenir.

2° Il y a ***contre-indication*** encore tant que l'exploration combinée décèle de la ***sensibilité dans la région péri-utérine,*** c'est-à-dire tant qu'il existe des ***inflammations périmétriques ou paramétriques*** aiguës ou chroniques. A ce point de vue, il faut, avant tout cathétérisme, procéder à un examen des plus attentifs de la voûte vaginale postérieure, car bien souvent nous constatons ainsi des reliquats phlegmasiques dans les ligaments utéro-sacrés ou sur le plancher du cul-de-sac de Douglas, alors que les régions avoisinantes paraissent absolument saines.

Si nous négligeons ces reliquats, nous nous exposons à provoquer les récidives par l'emploi du cathétérisme. Les faits de ce genre ne sont pas rares. On les a attribués à la manœuvre opératoire elle-même, alors qu'il ne fallait les rapporter qu'à un défaut d'exploration antérieure à l'emploi de la sonde.

3° A mon avis, il ne faudrait pas se servir de l'hystéromètre ***dans les cas de processus inflammatoires récents de l'utérus lui-même; ni au cours ou au déclin des règles,*** sous peine

d'amener plus qu'une simple hémorrhagie limitée, comme cela a lieu, d'ailleurs, dans le cathétérisme de n'importe quel canal étroit et revêtu d'une muqueuse.

Il existe un grand nombre de sondes utérines aux formes les plus diverses, et pour la construction desquelles tous les métaux ont été mis à contribution. Je citerai, entre autres, celles de *Kiwisch* (1), de *Simpson* (2), de *Huguier* (3) et de *Sims* (4).

Parmi tous ces instruments, j'ai fait choix et je me sers uniquement de la sonde rigide de *E. Martin* (fig. 14); jusqu'à présent elle ne m'a jamais fait défaut, et j'ai exploré avec elle des milliers de matrices. Aussi n'éprouvé-je nullement le désir de la remplacer par quelque autre. Grâce à elle j'ai toujours pu déterminer d'une façon précise le trajet du canal cervical, la profondeur de l'utérus, et l'épaisseur de ses parois, en un mot tout ce qui a trait à la topographie de cet organe. Je ne veux pas pour cela déprécier les hystéromètres inventés depuis; je dis simplement que je ne me suis jamais trouvé dans la nécessité d'y avoir recours.

Fig. 14. — Sonde utérine de E. Martin. (20 cent. de long.)

Je ne puis me résoudre à donner à la sonde, à chaque exploration, une courbure correspondant à la conformation probable de l'utérus; cette manière de faire impliquerait que je suis fixé d'avance sur ce que je veux précisément rechercher à l'aide de l'instrument. D'autre part, l'influence exercée sur une tige métallique malléable, par le trajet parfois si bizarrement contourné du canal cervical, ne peut donner qu'une idée bien vague de ce trajet lui-même.

(1) *Kl. Vortr.* 1845.
(2) *Monthly Journal,* juin 1843, et *Obst. Memoires and Contributions,* 1855.
(3) *De l'hystérométrie.* Paris, 1855.
(4) *Loco citato,* 1866.

Emploi de l'instrument. — La malade se trouvant dans le décubitus dorsal, sur un lit quelconque, on introduit la sonde après avoir placé le doigt indicateur sur la lèvre postérieure du col, de façon à ce que le bec du cathéter glisse le long de la face palmaire du doigt et pénètre dans l'orifice du museau de tanche.

Dès que la sonde est arrivée dans le voisinage de l'orifice interne, il faut, en raison de la situation physiologique de l'utérus, abaisser fortement le manche de l'instrument, pour permettre à celui-ci de s'engager dans la cavité du corps. Rien que la manière dont pénétrera la sonde nous renseignera sur la direction et la conformation de cette cavité.

Dans le cas où des replis muqueux siégeant dans le conduit cervical mettraient obstacle au passage du cathéter, de simples mouvements de latéralité et de haut en bas, exécutés lentement et avec douceur, dégageraient l'instrument. La sonde et par conséquent l'utérus fixés d'une main, les doigts explorateurs de l'autre pourront, à travers la voûte vaginale, reconnaître l'épaisseur des parois de la matrice et les relations de l'organe avec les viscères avoisinants. En faisant mouvoir la sonde en différents sens dans l'intérieur du corps de l'utérus, on se renseignera sur le contenu de celui-ci ; enfin le doigt, introduit dans le vagin le long du cathéter, complétera les notions relatives à la longueur de l'utérus. Pour déterminer la longueur du canal cervical, on arrête la sonde au moment où son bec arrive au niveau de l'orifice interne, généralement reconnaissable à son étroitesse.

La sonde pénétrera de même dans l'utérus en rétroflexion, sans qu'il soit besoin d'un redressement préalable du corps de l'organe. Il est, d'ailleurs, facile de s'assurer de cette déviation. L'instrument s'engage dans le col comme à l'état normal, jusqu'au niveau de l'orifice interne ; à ce moment, en imprimant au manche un mouvement en arc de cercle, on change la direction de la sonde de façon que sa concavité regarde en arrière. Appuyée alors contre la symphyse pubienne, elle pénètre facilement dans la cavité utérine. Cette manœuvre rencontre d'autant moins de difficultés qu'on s'est assuré préalablement, par l'exploration combinée, de la position du corps de la matrice.

La sonde et les instruments analogues ont été employés non

seulement comme moyens de diagnostic, mais encore comme ***agents thérapeutiques,*** tantôt pour la dilatation du canal, tantôt pour le redressement des rétroflexions. Pour la dilatation, on fait usage de sondes à calibre progressivement croissant. Je ne me sers pas, pour ma part, de cette méthode, parce que j'obtiens les mêmes résultats par un procédé à mon avis bien plus simple. Je ne condamne pas absolument la réduction de la rétroflexion à l'aide du cathéter; j'y ai recours parfois (1). Cependant dans la plupart des cas, on peut rendre à l'utérus rétrofléchi sa position normale sans le secours de l'hystéromètre.

Lorsque l'étroitesse du vagin, la sensibilité et l'indocilité de la malade ou l'épaisseur des parois abdominales mettent obstacle à la réduction manuelle, l'instrument devient un adjuvant puissant. Cela est vrai surtout quand il s'agit d'établir si l'utérus est maintenu dans sa déviation par des brides cicatricielles ou des adhérences péritonéales, et si son redressement ne présentera pas de danger. J'insisterai, du reste, davantage sur cette question quand je traiterai des flexions utérines et de la périmétrite.

6 — Exploration de la surface interne de l'utérus.

La dilatation du canal cervical, portée jusqu'au point de permettre l'intromission du doigt dans l'intérieur de l'utérus, était d'un usage très fréquent, à l'époque où commencèrent les progrès de la gynécologie. On croyait ne pas pouvoir s'en passer lorsqu'on voulait examiner la cavité utérine, explorer sa muqueuse, la débarrasser de restes de tumeurs ou de néoplasmes et porter des médicaments sur la surface interne de l'organe. Aussi les indications de la dilatation devinrent, de ce chef, si nombreuses, qu'il ne faut pas s'étonner de la multiplicité des méthodes préconisées pour la pratiquer. On avait commencé par faire cette dilatation à l'aide d'instruments métalliques, d'après le procédé employé pour les rétrécissements de l'urètre. Sous les auspices de *Sir James Simpson* (2), entrèrent en scène, pour la dilatation utérine,

(1) Winckel. *Traité des mal. des femmes*, p. 355.
(2) *Monthly Journ. of med. sc.* 1844. *Edinb. med. Journ.* 1864.

des tentes formées de substances susceptibles de se gonfler en absorbant les liquides de l'organisme. L'éponge préparée, d'abord en honneur, céda bientôt la place aux tiges de laminaria digitata et aux crayons de tupelo. Plus récemment quelques chirurgiens préconisèrent de nouveau la dilatation avec des ***instruments en gomme*** et ***en métal,*** tandis que d'autres, rejetant cette méthode ou tout au moins la restreignant à des cas spéciaux, la remplaçaient par la ***discision sanglante du col.*** J'ai moi-même débuté par les éponges préparées et les tiges de laminaire ; mais j'y ai renoncé depuis des années. Je n'emploie pas davantage les instruments en métal ou en gomme ; car j'arrive le plus souvent à mon but sans opérer la dilatation. Dans les cas où elle s'impose, je préfère la discision. Aux mains peu exercées, cependant, je recommande l'usage de la laminaria.

Les ***cônes d'éponge*** préparée se trouvent partout et sont généralement soignés. Ils sont de désinfection facile et se gonflent rapidement. Par contre, dans les cas où le canal cervical est quelque peu tortueux, leur emploi devient moins commode en raison du gonflement rapide de leur sommet, de la prompte aspiration des liquides par leur bout ; en outre, quand le col est très rigide, leur introduction demeure bien souvent sans résultat.

La ***laminaria digitata*** absorbe les liquides plus lentement ; désinfectées et percées en leur centre, ses tiges sont d'un usage très répandu. Leur augmentation de volume est relativement moins considérable que celle des éponges et demande un temps plus long; mais leur action est bien plus énergique. Il arrive fréquemment qu'on parvienne, en juxtaposant plusieurs de ces tiges, à produire en une seule séance la dilatation des parties rétrécies. D'après mes observations personnelles, les crayons de tupelo s'imbibent plus rapidement que les tiges de laminaire, mais ils subissent un accroissement bien moindre.

Parmi les instruments métalliques, je ne citerai, outre ceux déjà anciens, de *Priestley, Scanzoni* et *Ellinger,* que le « Métranoicter » de *Schatz* (1). Les dilatateurs d'*Atthill,* de *Hegar* (2) et les

(1) *Arch. für Gynäk,* XVIII, p. 445.
(2) Kasprzik, *Allg. Wiener med. Zeitschr.* 1880, n° 12,

sondes en forme de massue de *Schultze* (1) et de *Fritsch* (2), sont construits à la façon des dilatateurs urétraux de *Simon.* Tous ces instruments ne peuvent agir qu'en déchirant le col. Dans les cas où il est nécessaire de fendre le tissu cervical, je préférerai toujours une surface de section nette et régulière à une plaie irrégulière et lacérée.

On ne peut employer les dilatateurs en caoutchouc que lorsque l'orifice du col permet leur introduction ; comme cette condition n'est ordinairement réalisée qu'au moment où le doigt lui-même peut pénétrer, l'usage de ces instruments me paraît sans aucun avantage. Ils sont, de plus, fort coûteux et présentent cet inconvénient qu'au moment quelquefois le plus important les vessies crèvent. J'aurai l'occasion de revenir sur ma manière de faire dans les cas rares où je regarde comme indispensable l'introduction du doigt dans la cavité utérine; la plupart du temps cette manœuvre est inutile, et la sonde ou la curette suffisent.

Pour ***l'introduction des tentes,*** je faisais prendre jadis à la malade le décubitus latéral ; aujourd'hui j'y ai renoncé et j'ai adopté le décubitus dorsal. (Fig. 16.) Après désinfection préalable du vagin, on déprime la paroi postérieure de ce conduit à l'aide de la valve de *Simon;* on saisit le col avec une pince à mors ou une pince à pansement, et on attire à soi l'utérus aussi bas que possible, sans toutefois user de violence. On injecte dans la cavité utérine une solution légèrement antiseptique, et on fait pénétrer la tente dilatatrice dans le canal cervical, assez loin pour que son extrémité inférieure soit au niveau de l'orifice externe. Tous les fils et rubans dont a on l'habitude de garnir ces tentes, ne sont pour moi que des agents d'infection très dangereux ; je m'en débarrasse toujours. Je recouvre alors le col d'un tampon d'ouate, et, après enlèvement des pinces, je replace l'utérus dans sa situation normale.

Je retire la valve de Simon, et je mets la malade au lit. On laisse les éponges généralement de six à huit heures ; les tiges de laminaire demandent pour agir un temps plus long, environ dix heures. Au bout de ce laps de temps, je chloroformise la femme, je la fais

(1) *Monatschr. für ärztl. Polytechnik,* 1883, III.
(2) *Centralbl. f. Gyn.* 1880. n° 21. — *Wiener med. Bl.* 1883, n° 14 et suivants.

coucher sur une table, je retire le tampon d'ouate et la tente, et, après désinfection minutieuse, j'introduis immédiatement le doigt dans le canal dilaté.

Le crayon de tupelo et les autres substances dilatatrices s'emploient de la même manière. Mais, outre que la lenteur de leur action offre cet inconvénient qu'aux yeux des profanes on semble opérer deux fois, leur emploi a ceci de plus fâcheux que, plus que tout autre procédé, qui avec les mesures antiseptiques nécessaires mène toujours droit au but, il expose la femme aux risques d'une irritation intense et d'une infection septique. Cela est vrai surtout pour la dilatation par l'éponge préparée, quoique de nombreux perfectionnements aient diminué les dangers de cette méthode.

L'enlèvement de ces tentes offre parfois de grandes difficultés; en effet, les parties qui proéminent dans la cavité utérine acquièrent un volume plus considérable que celles qui, placées dans le canal cervical, sont enserrées par des tissus dont la dilatation est plus difficile. Dans ces conditions, les éponges se déchirent et les fibres des tiges de laminaire se dissocient lorsqu'on essaye de les retirer avec une pince à érignes quelconque. Il ne reste plus alors qu'à pratiquer la discision des parties rétrécies. J'ai appris, à la suite d'accidents de ce genre, à ne plus procéder à l'extraction des tiges de laminaria qu'avec une pince à pansement, à laquelle je fais subir des mouvements de torsion.

Si l'on a juxtaposé plusieurs de ces tiges, il arrive quelquefois que l'une d'entre elle glisse dans la cavité utérine. Je n'ai jamais vu cet accident avoir des suites fâcheuses ; car, la dilatation terminée, le doigt explorateur ramenait facilement la tige égarée.

Je me suis servi également, pendant le sommeil anesthésique, et la femme étant dans le décubitus dorsal, des dilatateurs en métal et en gomme ainsi que des instruments en forme de sonde. Il m'a toujours fallu employer une certaine violence ; et chaque fois j'ai été obligé de remédier par la suture à des déchirures produites par ces manœuvres.

Pour la ***discision du col,*** j'adopte le décubitus dorsal. (Fig. 16.) La ***ligature préalable des artères utérines*** (1) se fait plus ou

(1) Schroeder, *Zeitschrift für Geburtsh. und Frauenkrankheiten*, VI. P. 289.

moins facilement suivant que l'utérus est plus ou moins accessible. Pour lier ces vaisseaux, on refoule fortement l'utérus d'un côté, après avoir découvert, au moyen de la valve de *Simon*, le cul-de-sac du vagin, la femme étant endormie et couchée sur le dos. On s'assure de la position des artères, dont on sent généralement les battements, puis on enfonce une assez forte aiguille courbe à un travers de doigt environ du col et au niveau de sa limite antérieure. On fait ressortir cette aiguille, après qu'elle a embrassé le plus de tissu possible, en arrière, à travers la paroi vaginale, à peu près au niveau de la surface postérieure de la portion vaginale du col, et on serre fortement la ligature. Pour ne pas s'exposer à blesser le vagin par une constriction trop considérable, il faut avoir soin de rapprocher autant que possible les trous d'entrée et de sortie de l'aiguille. On opère de même du côté opposé, puis on saisit le col par sa lèvre antérieure et on l'attire en bas.

Je commence par le fendre avec un bistouri ordinaire jusqu'au point d'insertion du vagin, et je cherche à introduire le doigt dans l'utérus. Si la résistance des tissus est considérable, je pratique en haut, des deux côtés, et avec un bistouri boutonné, des débridements superficiels jusqu'à ce que le doigt puisse pénétrer dans l'utérus. Après avoir terminé mon exploration et mon nettoyage de l'organe, je ***suture la plaie.*** A cet effet, j'enfonce une aiguille à travers le col depuis le cul-de-sac jusqu'à l'orifice interne, passant d'abord à travers la paroi antérieure, puis de dedans en dehors à travers la paroi postérieure, et enfin à nouveau à travers le cul-de-sac pour ressortir dans le vagin. Les fils, étant ainsi placés de chaque côté au niveau de l'orifice interne, sont noués à cette place. La suture se continue de même de haut en bas jusqu'à réunion des lèvres du museau de tanche au niveau de la commissure. Il faut veiller, dans cette opération, à ne pas faire dépasser aux fils les limites de la plaie de la muqueuse cervicale, pour ne pas provoquer une coarctation du canal cervical.

Les résultats de la discision ne sont pas toujours favorables, de sorte que la méthode n'est pas à généraliser. Mes propres insuccès ont été la conséquence non pas tant de la discision elle-même, que des affections qui exigeaient cette opération. Il s'agissait de myômes utérins ramollis qui devaient être énucléés, ou

BIBLIOTECA

bien de débris placentaires qui avaient déjà occasionné une infection générale, ou encore d'états anémiques tels que les malades succombèrent, malgré l'absence de toute perte de sang, pendant la discision ou le curage de l'utérus. Dans ces cas, la dilatation progressive n'aurait pas été plus heureuse que la dilatation forcée. Je voudrais en tous cas poser comme condition de cette dernière, une certaine habileté à exécuter les sutures dans la profondeur du vagin, et au niveau de l'utérus. Sinon la méthode de dilatation qu'il faut adopter est celle qui consiste dans l'emploi des tiges de laminaria.

Vuillet de Genève (1) a recommandé un nouveau procédé de dilatation de l'utérus. Il rend la cavité utérine complètement accessible par l'introduction de tampons d'ouate iodoformée. *Landau* (2) de Berlin remplace la ouate par des bandes de gaze iodoformée. On introduit autant d'ouate que possible. L'utérus se dilate par suite, en 12 ou 24 heures, de telle façon que le premier tampon peut être remplacé par un tampon plus volumineux. Après un second laps de 24 heures, si ce second tampon ne suffit pas encore, on en introduit un troisième et un quatrième. De cette façon, après deux ou quatre fois 24 heures, l'utérus est complètement accessible, et on peut en explorer commodément la cavité par le toucher. Ce procédé agit, paraît-il, sûrement et sans suites fâcheuses. L'utérus se referme complètement en peu de jours.

Je ne possède aucune expérience personnelle de ce procédé de dilatation. Comme on peut le voir par ce qui va suivre, ce n'est que rarement que je reconnais la nécessité d'introduire le doigt dans la cavité de l'utérus. Aussi n'ai-je pas encore eu occasion d'employer le procédé de *Vuillet*. Il me paraît pourtant mériter qu'on en fasse l'essai.

L'ennemi, dans toute dilatation, ce sont les ***affections des annexes de l'utérus.*** Si l'on excepte les accidents infectieux, c'est à elles qu'il faut rapporter la plupart des insuccès de l'intervention et non au plus ou moins de lésions occasionnées par la dilatation elle-même. Autant que possible, avant de dilater, il faut s'assurer

(1) *Gaz. des Hôp.* 1886, oct. 124-125 et *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.* 1886, 10.
(2) *Ges. f. Geburtsh. u. Frauenkr.* 1887, octobre.

de l'absence de maladies des annexes, périmétrite, paramétrite, salpingite, ovarite, périovarite. Tant qu'il existe des traces de phlegmasies de ce genre, il faut essayer d'arriver au but sans dilatation préalable, et ne pratiquer cette dernière que lorsqu'il existe une indication vitale du côté de l'utérus.

Schultze (1) s'est efforcé de surmonter ces difficultés par l'emploi de son tampon d'épreuve qui renseignerait, dit-il, parfaitement sur l'opportunité ou l'inopportunité de la dilatation. De même que *Schroeder* (2) et *Winckel* (3), je ne puis reconnaître cette propriété au susdit tampon.

Si j'en crois mon expérience personnelle, il me semble que ***les indications de la dilatation sont très restreintes.*** Dans ces dernières années, ce n'est que lorsqu'il s'agissait de débarrasser l'utérus de grandes masses de tissu, de débris d'œuf, que cette opération m'a paru nécessaire. Au point de vue du diagnostic le râclage de la cavité utérine à l'aide de la curette m'a rendu des services suffisants, et cela dans des centaines de cas. De même la dilatation du canal cervical nécessitée par le curage a suffi pour mettre en pratique toutes les mesures thérapeutiques jugées convenables. Il n'y a pas longtemps encore, on considérait comme très dangereuse l'injection dans l'utérus d'un liquide quelconque si l'on n'avait au préalable pratiqué la dilatation. L'injection a-t-elle été précédée du curettage, l'orifice interne et tout le canal cervical ont acquis une largeur telle, que non seulement la pénétration des liquides ne rencontre aucun obstacle, qu'on emploie la seringue de *Braun* ou l'irrigateur ordinaire, mais que leur reflux même se fait sans difficulté. De sorte que l'on n'observe plus que rarement les coliques utérines et les autres phénomènes désagréables qui accompagnaient jadis ces injections.

Le ***curettage*** n'exige pas nécessairement l'anesthésie de la malade. Mais comme j'ai l'habitude, surtout dans ma pratique privée, d'éviter autant que possible à la femme toute sensation douloureuse, je me sers généralement du chloroforme. La femme est couchée, dans le décubitus dorsal, sur le bord de la table à opé-

(1) *Centralbl. für Gyn.*, 1880, nº 17.
(2) *Loc. cit.* Page 122.
(3) *Loc. cit.* Page 508.