

leur pouvoir éclairant), plates pour la paroi antérieure. Enfin, surtout au cours d'une opération, on peut y joindre l'emploi d'un ou de deux écarteurs latéraux (fig. 76), véritables valves plus étroites et montées sur des manches assez longs pour ne pas gêner le chirurgien.

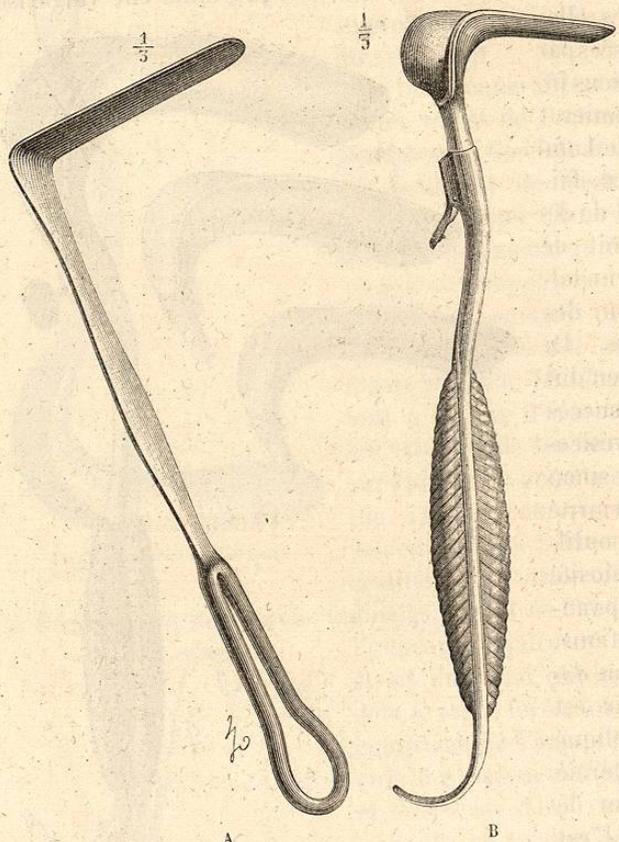


Fig. 76.
A. Écarteur vaginal. — B. Valve plate et courte de Simon.

Cathétérisme
utérin.

utérine, en y introduisant un instrument. Mais ce n'est qu'après les travaux de Huguier en France, de Simpson en Angleterre, de Kiwisch en Allemagne, que ce moyen d'exploration s'est généralisé. On en a même abusé dans le moment de la première vogue, et Scanzoni a eu raison de réagir contre ces excès.

Les modèles d'hystéromètres ont été multipliés, sans utilité réelle; le plus simple (fig. 77) est le meilleur. Il se réduit à une simple tige métallique graduée, terminée en haut par un petit bouton, en bas par une sorte de spatule qui permet à la fois de le saisir et de l'orienter. L'instrument doit offrir une certaine rigidité, mais être cependant

flexible pour pouvoir recevoir et garder les diverses courbures qu'on peut avoir à lui imprimer; l'argent et le cuivre purs conviennent particulièrement à cet effet: les hystéromètres inflexibles en melchior doivent être rejetés. Il faut aussi proscrire les *coulants* destinés à marquer le point où l'instrument affleure au col de l'utérus; il suffit, pour s'en rendre compte et lire ensuite la graduation, de saisir à ce niveau l'instrument avec une pince à mors plats. Le professeur Trélat faisait glisser sur la tige une sorte de spatule cannelée à son extrémité, qui est ingénieuse et commode.

Il ne faut jamais sonder l'utérus sans avoir acquis, au préalable, par la palpation bi-manuelle, des notions sur sa position: on serait exposé sans cela à des tâtonnements ou à des violences fâcheuses. Il suffit, au contraire, de courber le bec de l'instrument dans le sens voulu et de porter le manche dans le sens inverse pour pénétrer facilement dans sa cavité quand il y a flexion de l'organe.

On a inventé des *hystéromètres flexibles*, munis ou non de cadrans, qui ne me paraissent pas sensiblement préférables à une simple bougie en gomme à laquelle il est bon d'avoir recours lorsqu'une tige rigide ne peut y pénétrer, vu les courbures ou sinuosités de la cavité¹.

La position la plus favorable pour le cathétérisme est la *position dorso-sacrée*. On peut le pratiquer sans le secours du spéculum, en glissant la sonde sur la face palmaire de l'index qui est allé préalablement reconnaître l'orifice du museau de tanche. On pousse doucement l'instrument, et on n'oubliera pas qu'il y a presque toujours un temps d'arrêt et comme un défilé à la partie supérieure de la cavité cervicale. L'ongle appuyé sur l'instrument, au ras du museau de tanche, peut suffire à marquer la profondeur où il a pénétré.

Mais il vaut mieux faire le cathétérisme en se servant du spéculum, et même, pour peu qu'il soit difficile et que l'exploration ait une importance diagnostique particulière, on aura soin de *fixer* le col à l'aide d'une pince-érigne. C'est parfois le seul moyen d'arriver à l'orifice du museau de tanche, qui est comme luxé dans l'un ou l'autre cul-de-sac, en cas de déviation du corps;

¹ CAULET a fait construire un *hystéromètre flexible* plus simple que celui de ses devanciers et, par conséquent, préférable (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1887, p. 459); on peut toutefois facilement s'en passer.



Fig. 77.
Hystéromètre.

j'ajouterai qu'une légère traction sur le col, en redressant la cavité utérine, facilite considérablement l'exploration.

L'antisepsie la plus rigoureuse est indispensable quand on pratique le cathétérisme utérin : non seulement l'instrument dont on se sert doit être purifié comme il a été précédemment dit, mais même il est bon de le flamber après chaque examen, à une lampe à alcool. Une injection vaginale et un nettoyage antiseptique du col utérin avec un bâtonnet entouré d'ouate perméable est nécessaire *avant* l'introduction de la sonde. Les recherches de Winter¹ nous ont, en effet, appris que dans la moitié environ des cas le col utérin contient normalement des germes pathogènes qui y demeurent, pour ainsi dire, assoupiés et inactifs, doués d'une virulence très atténuée, ainsi que le démontrent les inoculations ; or ces germes n'ont été retrouvés par Winter dans la cavité utérine que lorsqu'un cathétérisme avait été fait auparavant. La sonde peut donc, à n'en pas douter, les transporter dans les parties supérieures des voies génitales qui normalement n'en contiennent jamais, et telle est l'origine des accidents de métrite, de salpingite et de périmétrite qu'on a pu observer après des cathétérismes utérins faits avec des instruments propres, mais à travers un col non préalablement purifié.

On ne saurait trop recommander aux jeunes médecins de ne jamais pratiquer le cathétérisme sans s'être assuré des deux points capitaux suivants : 1° L'état de vacuité de l'utérus, constaté par un interrogatoire minutieux et la palpation bi-manuelle ; dans le moindre doute, que ferait naître *un retard* même de quelques jours, l'abstention est de règle : de très nombreux avortements ont été provoqués par la sonde à une époque où on l'employait avec trop d'empressement ; 2° L'état antiseptique rigoureux de l'instrument ; les encoches qui marquent la graduation sont difficiles à nettoyer très exactement ; mieux vaudrait donc se servir d'instruments qui en fussent dépourvus, quitte à mesurer un peu moins commodément. On devra *flamber* l'instrument après l'avoir trempé dans l'eau phéniquée, immédiatement avant son introduction. Je connais plusieurs exemples lamentables de métrites et de salpingites (dont une suivie de mort) attribuables au cathétérisme explorateur, fait sans ces précautions minutieuses par des médecins renommés.

Le cathétérisme utérin permet d'acquérir des notions assez exactes sur la perméabilité du col, sur le diamètre longitudinal de l'utérus, sur son diamètre transversal, et enfin sur la direction de l'organe. À l'état normal, le cathéter ordinaire pénètre sans difficulté, sauf un petit ressaut au niveau de l'isthme. Il s'enfonce à une profondeur

¹ G. WINTER. *Die Microorganismen im Genitalcanal der gesunden Frau* (Zeitsch. f. Geb. und Gyn., 1888, Bd. XIV, Heft 2, p. 445).

qui varie entre 5 et 6 centimètres chez les nullipares, 6 et 7 chez les femmes ayant accouché.

L'étendue des mouvements latéraux qu'on peut lui faire exécuter est très limitée ; il est, pour ainsi dire, immobilisé entre les deux parois antérieure et postérieure. Quand le bec de la sonde est mobile et peut être tourné en divers sens, c'est que les diamètres transversal et antéro-postérieur sont accrus, que la cavité est plus grande qu'à l'état normal.

Peut-on fortuitement introduire la sonde dans la trompe ? C'est ainsi que nombre d'auteurs ont expliqué des cathétérismes où l'instrument s'est profondément enfoncé dans l'abdomen et où son extrémité a pu être sentie sous les téguments. Il faut, pour que cela soit possible, des circonstances qui se trouvent fort exceptionnellement réunies : la latéro-version de l'utérus amenant l'orifice de la trompe dans la prolongation de l'axe du col et l'élargissement anormal de l'orifice tubaire. C'est ce qui existait dans une observation de Bischoff, où le fait a été vérifié, la mort ayant succédé à l'ovariotomie¹. Dans la presque totalité des cas publiés comme de prétendus cathétérismes de la trompe, il est aisé de reconnaître qu'il s'agissait plutôt d'une perforation utérine ; celle-ci se produit souvent sans efforts exagérés, quand l'utérus est ramolli et aminci par une grossesse ou un avortement récent, et en même temps dévié ; la très grande bénignité de ces lésions a surpris la plupart de ceux qui en ont été témoins et leur a fait chercher une explication en apparence plus vraisemblable. Telle est cependant, à n'en pas douter, la signification qu'il faut donner aux deux faits récemment rapportés par Gönner (de Bâle)².

Notons enfin la possibilité de fausses routes permanentes, permettant l'introduction de la sonde, par un même trajet dans la cavité abdominale (fistules métrio-péritonéales). Ce sont, à la vérité, des curiosités anatomo-pathologiques avec lesquelles il n'y a guère à compter³.

Fixation et abaissement de l'utérus. — Je crois devoir classer cette manœuvre parmi les moyens d'exploration, non qu'elle puisse être employée comme telle isolément, mais parce qu'elle rend d'immenses services, associée aux autres procédés, pour faciliter l'examen.

¹ BISCHOFF. *Ueber das Eindringen der Uterussonde in eine Tuba*. (Corresp. Bl. f. Schweiz. Aerzte, n° 19.) Consulter sur ce sujet : PH. BIEDERT. *Ueber Sondirung der Tuba Fallopii und über Ursachen und Folgen der Tubenerweiterung* (Berlin. klin. Woch., 1877, n° 44, p. 602, et 42, p. 618).

² GÖNNER. *Zwei Fälle von Tubensondirung* (Arch. f. Gyn., 1887, Bd. XXX, Heft 1, p. 119).

³ LAWSON TAIT. *Utero-peritoneal fistula* (Lancet, 19 oct. 1872, p. 557, *ibid.* 9 janv. 1875, p. 44). — VALÉNTA. (Gratzer Naturforscherversammlung, 1875. Tagblatt, p. 116.)

Pénétration dans la trompe.

Perforations utérines.

Fausses routes.

Fixation et abaissement de l'utérus.

Hegar¹ a montré qu'il était possible d'explorer la totalité de la face postérieure de l'utérus et même d'en dépasser le fond, par le toucher rectal, à condition de saisir le col avec une pince et de légèrement abaisser l'organe.

J'ai indiqué plus haut tout le profit que le cathétérisme pouvait retirer de la simple fixation du col, sans abaissement proprement dit. Enfin nous allons voir que l'exploration directe de la cavité utérine est souvent facilitée par la même manœuvre.

Beaucoup de praticiens redoutent encore l'abaissement de l'utérus. On lui a attribué, avant la période antiseptique, nombre d'accidents qui n'étaient dus qu'à l'infection. Il est temps de réagir contre ce préjugé funeste. Rien n'est plus bénin que l'abaissement modéré de l'organe, quand on prend les précautions antiseptiques voulues : l'abaissement forcé même (et j'appelle ainsi celui grâce auquel le col est amené à la vulve, comme c'est nécessaire non pour l'exploration, mais pour certaines opérations) n'est nullement dangereux, s'il y a eu désinfection rigoureuse. Pour ma part, je pratique journellement dans mon service l'un ou l'autre, et je n'ai jamais observé d'accident quelconque qui pût leur être attribué. Il faut seulement

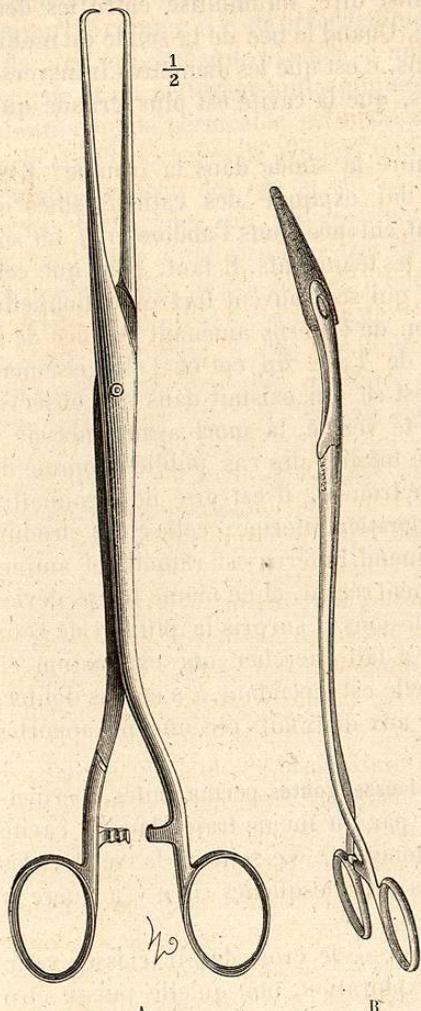


Fig. 78. — Pinces.

A. Pince-érigne (pince tire-balle américaine) servant à l'abaissement de l'utérus. — B. Pince porte-tente pour l'éponge préparée, la laminaire, etc.

se souvenir que cette manœuvre n'est innocente que s'il n'existe aucun signe aigu ou subaigu d'inflammation périmétritique.

Je crois qu'il est utile d'établir une distinction entre la fixation

¹ HEGAR et KALTENBACH. *Operative Gynäkologie*, 1874, p. 40.

simple et l'abaissement. Fixer l'utérus, c'est l'immobiliser, en l'attirant à peine, sans en distendre les ligaments; on l'abaisse, au contraire, en l'éloignant très sensiblement et avec un léger effort de son niveau normal. Or pour l'exploration il est rarement utile d'en venir là, ou, s'il le fallait, l'abaissement sera toujours très modéré.

La manière de procéder est très simple.

La malade étant en position dorso-sacrée, on va, soit directement en se guidant sur l'index, soit à travers un spéculum, saisir la lèvres antérieure du col. Une pince-érigne (qui n'est autre que la pince tire-balle américaine) est le meilleur des instruments de préhension (fig. 78, A) : elle ne fait que deux piqûres insignifiantes, qui ne causent aucun mal et qui saignent à peine. Ce n'est que lorsque l'abaissement doit être énergique et longtemps maintenu que des pinces de Museux sont nécessaires; il faut alors prendre soin qu'elles soient construites, d'après le modèle que je recommande, de façon que les griffes se croisent exactement, sans chevaucher l'une sur l'autre, comme cela existe dans les pinces du modèle dont on se sert habituellement. Grâce à cette particularité, le traumatisme est beaucoup moindre, et le chirurgien ne court pas le risque de se blesser en promenant son doigt sur la partie enclavée.

Dilatation artificielle du col et toucher intra-utérin. — Il est des cas, rares à la vérité, où l'exploration de la cavité utérine avec le doigt est nécessaire, pour assurer un diagnostic (ou comme préliminaire d'une intervention). Cette conception hardie appartient à Simpson¹. Divers moyens ont été proposés pour atteindre ce but.

Une remarque préliminaire est indispensable : le col n'est pas un orifice, c'est un canal ayant une ouverture supérieure sus-vaginale, une cavité en forme de défilé, et une ouverture externe. Or les conditions sont très différentes, selon la dilatation, et surtout la dilatabilité de ces diverses parties. Ce qu'il faut surtout considérer, c'est l'état de l'orifice interne et de la partie sus-vaginale du défilé cervical. Il est des cas où ils sont dilatés ou tout au moins ramollis et ne laissent plus subsister d'obstacle qu'au-dessous d'eux, au museau de tanche : comme par exemple dans certains corps fibreux ou polypes intra-utérins, après un avortement, etc. Ces cas diffèrent essentiellement de ceux où toute la longueur du col est rigide. Les mêmes moyens de dilatation ne peuvent pas être mis en parallèle, dans un cas comme dans l'autre.

Passons d'abord ces moyens en revue : j'en indiquerai ensuite les meilleures applications.

¹ J. Y. SIMPSON. *Monthly Journ. of med. Sciences*, 1844, p. 754.

Dilatation artificielle du col.

On peut les diviser en deux classes :

1° Les procédés non sanglants, qui comprennent :

a, la dilatation lente par les substances turgescents ;

b, la divulsion ;

c, la dilatation immédiate progressive ;

2° Les procédés sanglants, comportant deux opérations d'importance différente :

a, le débridement de l'orifice externe ;

b, l'incision bilatérale totale du col.

(Aucun de ces procédés ne doit être mis en usage sans nécessité absolue, et toute exploration intra-utérine doit être regardée comme dangereuse, si l'on est en droit de supposer une suppuration récente, autour de l'utérus ou dans les annexes.)

Procédés
non sanglants.

Procédés non sanglants. — *a*. La dilatation lente par des substances turgescents se fait en introduisant dans le col des cônes de nature variable ; on a préconisé tour à tour les cônes d'éponge préparée, les tiges de laminaire, la racine de gentiane, l'ivoire décalcifié, les tiges de tupelo, etc.¹. Je ne m'arrêterai pas à discuter la valeur relative de ces agents ; le procès est jugé, me semble-t-il, définitivement, en faveur de la laminaire ; et sans absolument rejeter l'éponge préparée, rendue antiseptique, je crois cependant ses applications très restreintes. La laminaire, mise au besoin *en fagots*, suffit à presque tous les besoins.

Laminaire.

Cet excellent agent thérapeutique a été introduit en chirurgie par Sloan².

Voici comment on doit procéder pour l'employer, après l'avoir laissé, pour le désinfecter, séjourner dans l'éther iodoformé :

Le vagin est lavé avec soin ; la femme étant en position dorso-sacrée, le col est rendu accessible par un spéculum bivalve ou à l'aide de deux valves de Simon. Il est très avantageux de saisir alors la lèvre antérieure avec une pince-érigne et de maintenir ainsi le col fixé pendant qu'on y introduit la tige dilatatrice. On a pris soin préalablement de se rendre compte, par la palpation bi-manuelle et par le cathétérisme, de la position de l'utérus. On peut, au besoin, légèrement incurver la tige de laminaire, pour l'adapter à la courbure de la cavité qui devra la recevoir. La tige, bien vaselinée, est placée au bout d'une pince et introduite avec douceur. Il ne faut pas que son extrémité (à laquelle un fil doit être solidement attaché) disparaisse dans la cavité cervicale. On peut ainsi placer deux ou trois tiges en faisceau dans le col, si l'introduction d'une seule, d'un

¹ PORAK. *Dilatation de l'utérus à l'aide de tentes aseptiques, etc.* (Nouv. Arch. d'obst. et de gyn., juin, juillet, août 1887.)

² C. F. SLOAN. *Glasgow med. journ.*, oct. 1862, t. X, p. 281.

volume plus gros, est trop laborieuse ; il ne faut jamais user de violence pour les enfoncer. La pince fixatrice enlevée, on place sur le col un tampon de gaze iodoformée, puis on retire le spéculum.

Il faut dix heures environ pour que la laminaire se soit gonflée complètement. Quand on veut retirer les tiges, on n'a généralement qu'à tirer sur les fils qui les terminent. Il arrive parfois qu'on éprouve quelque difficulté, la dilatation s'étant faite *en sablier*

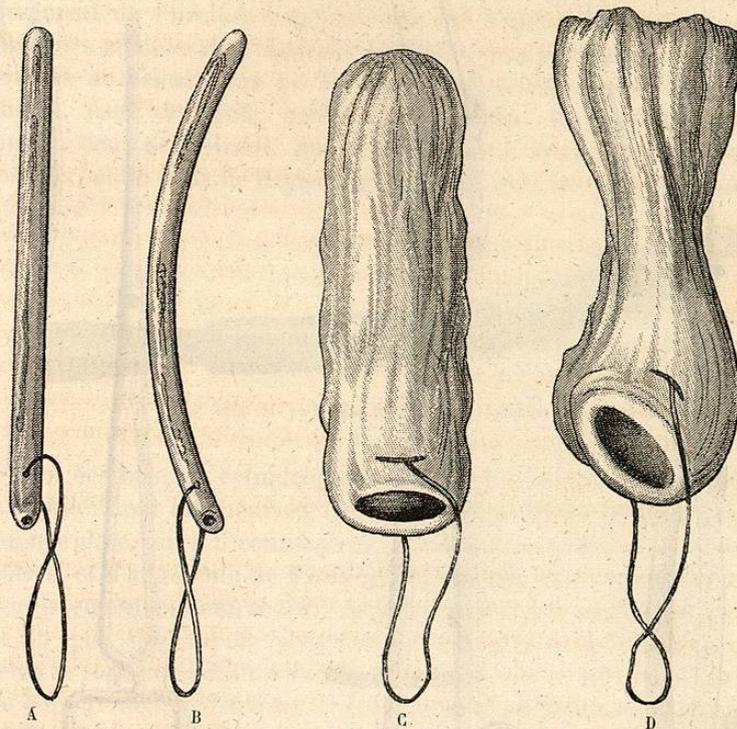


Fig. 79. — Tiges de laminaire avant (A B), et après leur emploi (C D). — On voit en D un étranglement produit par le col sur la tige dilatée.

(fig. 79, D). Il faut alors saisir l'extrémité avec une pince, et opérer des tractions combinées avec des mouvements de rotation, tandis que le doigt fournit un point d'appui à l'orifice cervical et tâche de dégager la tige dilatatrice.

Malgré toutes les précautions antiseptiques, il ne faut pas considérer la dilatation lente comme une manœuvre absolument inoffensive. On observe parfois à sa suite des symptômes de métrite aiguë, avec douleur intense et état fébrile marqué. Il faut donc en user avec plus de modération que ne le font certains praticiens. Je ne parle que pour mémoire du tétanos, qui a été observé, mais qui peut,

en somme, suivre une opération quelconque, et qui constitue ici, comme ailleurs, un accident aussi rare que redoutable.

Divulsion.

b. La **divulsion**, ou dilatation immédiate forcée, a donné naissance à divers instruments, faits à l'exemple de celui que Busch a proposé

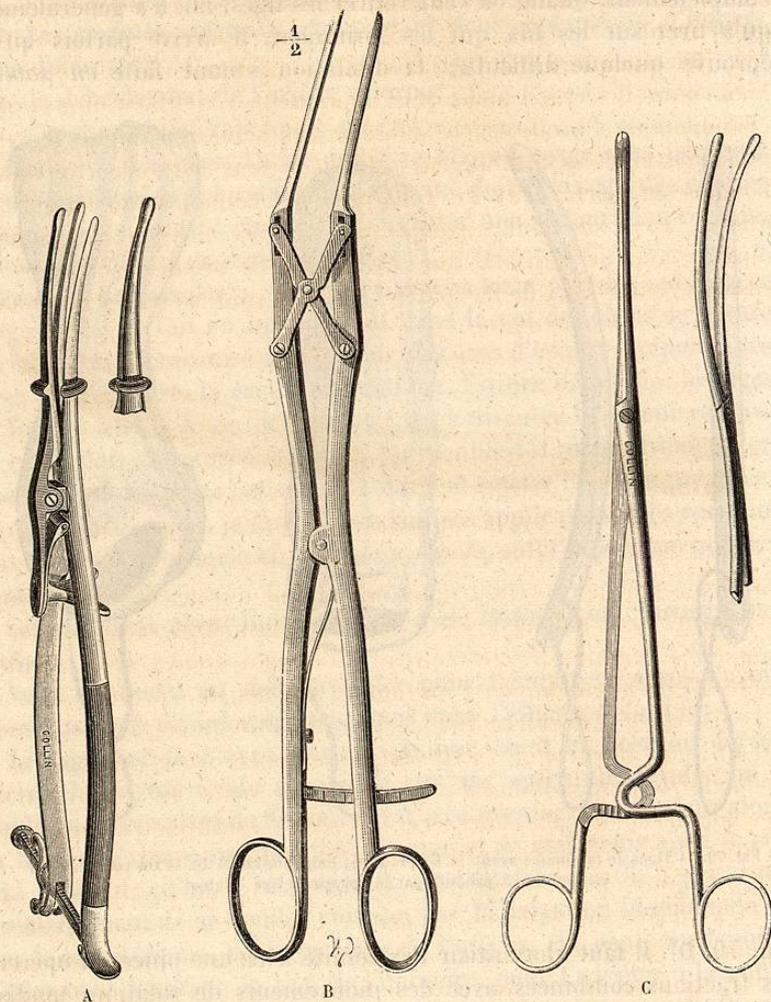


Fig. 80. — Dilatateurs du col.

A. Dilatateur de Sims. — B. Dilatateur d'Ellinger. — C. Dilatateur de Collin.

dans un but obstétrical. Le dilateur à deux branches parallèles d'Ellinger est celui que je préfère. Schultze, Sims, etc., ont aussi fait construire des dilateurs spéciaux (fig. 80, A). Ces instruments ont tous, du reste, l'inconvénient de prendre leur point d'appui sur des parties limitées qui peuvent céder et se déchirer sous l'effort; on

ne saurait donc avec eux pousser très loin la dilatation, et seuls ils ne sauraient frayer un passage suffisant pour le doigt indicateur : je ne me sers, pour ma part, du dilateur d'Ellinger (fig. 80, B) que pour faciliter le passage de l'hystéromètre ou de la curette dans les cas de rétrécissement cervical. Il est alors très commode et suffit amplement.

c. **Dilatation immédiate progressive.** — Ce mode de dilatation est bien connu des chirurgiens qui l'appliquent à la dilatation du rétrécissement de l'urèthre avec la série des sondes Béniqué. Il existe plusieurs modèles de dilateurs gradués : ceux de Peaslee, véritables bougies en acier, ceux de Tait, qui sont coniques, au nombre de quatre, ceux de Hank, ovoïdes, au nombre de deux, en gomme durcie, ceux de Fritsch, qui ressemblent à de longs cautères en roseaux, enfin ceux de Hegar (fig. 81), qui sont les plus commodes.

Bougies dilatatrices.



Fig. 81. — Bougie dilatatrice de Hegar.

Ce sont des bougies cylindriques en gomme durcie, coniques à leur extrémité. Leur longueur est de 12 à 14 centimètres sans compter la poignée plate, qui a 5 centimètres. Le diamètre du n° 1 est de 2 millimètres, et il augmente de 1 millimètre par bougie (ce qui donne un accroissement circonferentiel de 3 millimètres); cet accroissement est un peu trop rapide pour les numéros élevés, et on fera bien (selon la recommandation de Hegar) d'avoir, pour les cas difficiles, des bougies dont le diamètre s'accroisse de 1/2 millimètre seulement.

Elles doivent être conservées dans la solution phéniquée forte et voici de quelle façon on doit s'en servir :

La malade étant endormie et dans la position dorso-sacrée (Hegar préfère la position de Sims), on abaisse la fourchette avec une courte valve, on saisit et on fixe avec une pince-érigne la lèvre antérieure du col, et on s'assure, par la palpation bi-manuelle et le cathétérisme, de l'exacte direction de l'utérus. On introduit ensuite une première bougie bien enduite de vaseline, d'un calibre tel qu'elle passe à frottement doux. Immédiatement après, on en passe une seconde, puis une troisième. Si l'on rencontre de la résistance, on laisse séjourner la bougie de une à trois minutes, et on reprend au besoin la précédente, une seconde fois.

Il est possible d'arriver très vite, en un quart d'heure, par exem-

ple, à dilater *un col naturellement ou artificiellement ramolli*, au point d'y pouvoir introduire l'index tout entier. Quand le col n'est pas ramolli, il faut, en général, une heure pour atteindre ce but, et parfois plus longtemps encore. Enfin, j'ajoute qu'on peut parfois être obligé de s'arrêter avant une dilatation suffisante, s'il y avait menace de déchirures. Il est donc extrêmement utile de ne procéder, quand on le peut, à l'emploi des bougies de Hegar que lorsque le col est déjà mou et dilatable. C'est ce qui a lieu dans les premiers temps qui suivent l'avortement ou l'accouchement, ou dans certains états morbides; c'est ce qu'il est toujours facile de produire en cas de besoin, artificiellement, par l'emploi de la laminaire.

Telle est, par suite, la manière de procéder que je recommande dans les cas où l'on aura à dilater un col rigide dans toute sa hauteur: on provoquera un commencement de dilatation et la dilatabilité des tissus par l'application d'une tige de laminaire, 10 ou 12 heures auparavant. Au moment où l'on retirera cette tige, on complètera la dilatation très rapidement, par les bougies de Hegar.

Procédés
sanglants de di-
latation.

Procédés sanglants de dilatation du col. — Il est telle circonstance où la dilatation rapide, par l'instrument tranchant, est indiquée, soit quand l'obstacle à vaincre pour parvenir à introduire le doigt est constitué par le seul orifice externe; soit quand, le col n'étant pas effacé, il y a urgence à ne pas perdre de temps; soit enfin quand le chirurgien est dépourvu de l'outillage spécial que réclame la dilatation non sanglante.

Débridement
de l'orifice.

a. **Débridement de l'orifice externe.** — Il suffira parfois de faire, de chaque côté de l'orifice, un débridement pour pénétrer dans la cavité du col, spontanément déjà agrandie (polypes intra-utérins, avortement, etc.). Alors, la méthode sanglante est la plus simple et la plus expéditive. Une valve de Simon déprimant la fourchette et le col étant fixé, on pourra avantageusement se servir de ciseaux à longs manches, dont on réglera l'emploi. Les lames des ciseaux du modèle ordinaire étant sujettes à glisser, on préférera les ciseaux de Küchenmeister, qui ne sont pas cependant indispensables (fig 82).

Une incision de 1 centimètre à 1 centimètre et demi de chaque côté suffira pour le passage de l'index; le doigt achèvera, au besoin, la dilatation lui-même. Après l'exploration et un lavage intra-utérin, on fermera les incisions au catgut.

Incision complète
du col.

b. **Incision bi-latérale complète du museau de tanche.** — Il s'agit là d'une véritable opération qu'on ne doit pas entreprendre si l'on n'a déjà acquis une assez grande habitude de la chirurgie utérine. Il est d'abord nécessaire de procéder à la ligature préliminaire des artères

utérines¹. La malade étant endormie et en position dorso-sacrée, la fourchette est abaissée avec une valve courte, et le vagin fortement déprimé d'un côté à l'aide d'un écarteur, tandis qu'une pince-érigne attire le col du côté opposé; l'on rend ainsi très accessible un des culs-de-sac latéraux. On l'explore avec l'index pour sentir les battements de l'artère utérine. Prenant alors une grosse aiguille fortement courbée (ou mieux une aiguille de Deschamps), munie d'un fil de soie, on pique le cul-de-sac à un travers de doigt en dehors du col, en ayant soin de ne pas dépasser en avant le niveau d'une ligne transversale qui serait tangente au col antérieurement, pour éviter l'uretère. On doit avec l'aiguille traverser la plus grande épaisseur

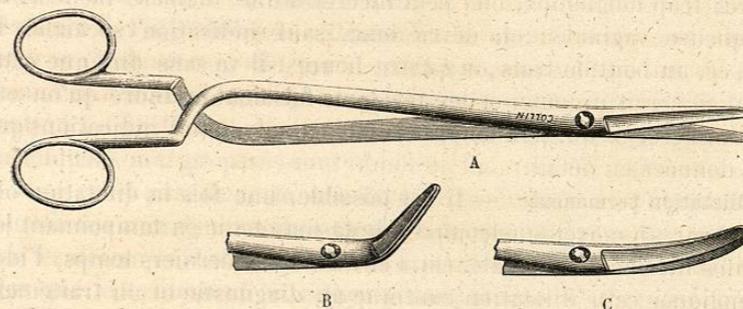


Fig. 82. — A. Ciseaux de Küchenmeister pour le débridement du col. — B. C. Becs coudé et courbé de forts ciseaux pouvant servir au même usage.

possible de tissus, puis la faire ressortir en arrière dans le vagin, le plus près possible de son point d'entrée et toujours à la même distance du col. En rapprochant ainsi l'orifice d'entrée et l'orifice de sortie de l'aiguille, on a pour but de comprendre dans l'anse du fil le moins de muqueuse vaginale possible. Ce fil est ensuite fortement lié. On procédera de même du côté opposé.

J'ai eu occasion de faire cette ligature préliminaire des artères utérines, et je puis assurer qu'elle est très efficace. Je crois pourtant que ce n'est pas le tronc même de l'artère utérine qu'on lie ainsi, mais bien ses branches inférieures; quoi qu'il en soit, le résultat chirurgical est excellent. On peut alors, sans crainte d'hémorragie, se servir du bistouri. Le col étant abaissé, on fait de chaque côté une incision allant jusqu'à l'insertion vaginale et l'on cherche, avec le doigt, à pénétrer dans la cavité utérine. Éprouve-t-on de la difficulté, on glissera dans le col, à plat sur la pulpe de l'index, un bistouri boutonné, et, le retournant, on scarifiera de chaque côté la face interne du col, jusqu'à ce que le doigt puisse passer.

¹ SCHRÖDER. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1881, Bd., VI, p. 29. — A. MARTIN. *Path. und Ther. der Frauenkr.*, 2^e édit., 1887, p. 26.