

Si le kyste est situé très haut, l'extirpation totale, et même la résection, peuvent être assez difficiles, étant donnée l'abondance de l'hémorrhagie. On se contentera donc le plus souvent, en pareil cas, de l'*incision simple*, suivie de curettage et de tamponnement à la gaze iodoformée.

Si le kyste a un prolongement élevé et si l'on suppose qu'il pénètre dans le ligament large (kyste wolffien), on excisera la partie inférieure saillante, on curettera le reste et on tamponnera à la gaze (Chalot).

2° Opérations pour tumeurs solides du vagin.

L'extirpation des tumeurs *circonscrites* (sessiles, interstitielles ou pédiculées) n'offre rien de particulier.

Les tumeurs *diffuses* sont généralement de nature maligne et, dans ce cas, les tentatives de *cure radicale* n'offrent guère de chances de succès. On devra se contenter, le plus souvent, d'une *extirpation partielle* destinée à faciliter les pansements.

VII. — OPÉRATIONS POUR ATRÉSIE DU VAGIN

1° Atrésie inférieure et limitée.

Lorsque l'atrésie siège immédiatement au-dessus de l'hymen et qu'elle est constituée par une cloison peu épaisse, on y pratique une incision transversale ou cruciale, ou bien, on l'excise (Voir : *Opérations sur l'hymen*, liv. II, chap. 1).

2° Atrésie très étendue ou absence du vagin.

L'intervention est, en ce cas, beaucoup plus difficile et consiste à créer un *vagin artificiel*.

La malade étant dans la position de la taille, on introduit un cathéter dans la vessie et deux doigts dans le rectum; on trace une incision transversale, rectiligne ou à concavité antérieure (Picqué), qui divise les téguments à égale distance de l'urèthre et de l'anus. Puis, avec un doigt ou une spatule, et à petits coups de bistouri, en combinant prudemment la dilacération et la dissection, on se fraye pas à pas une voie entre la vessie et le rectum, en se guidant constamment sur la sonde vésicale et les doigts rectaux. On est d'autant plus exposé à blesser la vessie, l'intestin ou le péritoine que l'on gagne davantage en profondeur.

On se trouve bientôt en présence de l'une des conditions suivantes :

L'atrésie n'est que partielle et on arrive dans un cul-de-sac vaginal vide.

Ou bien, il y a hémato-colpos et l'on perçoit la poche remplie de sang : en ce cas, on y pratique d'abord une ponction, puis une incision quand on suppose l'évacuation à peu près complète.

Enfin, il peut y avoir absence totale du vagin, avec ou sans utérus. Dans ce cas, on s'arrête à 6 ou 8 centimètres de profondeur, après avoir élargi autant que possible, dans le sens transversal, le conduit qu'on a créé. On peut s'en tenir là ; mais mieux vaut, comme l'a fait Picqué (1), revêtir de tégument le vagin artificiel, au moyen d'une *autoplastie par glissement*. On fait passer, par les extrémités de l'incision transversale du début, deux débridements latéraux en H ; on dissèque, d'une part, la muqueuse vestibulaire ; de l'autre, la peau de la région inter-vulvo-anale ; enfin, l'on fait glisser les deux lambeaux ainsi obtenus sur les parois correspondantes du vagin artificiel et on les y maintient par des sutures. Un tamponnement à la gaze iodoformée est maintenu jusqu'à cicatrisation complète. Que l'on pratique ou non l'autoplastie, le résultat opératoire se maintient difficilement. Pour assurer autant que possible la perméabilité du conduit, on viendra en aide au coït en conseillant la dilatation fréquente à l'aide des doigts, des bougies d'Hégar ou de pessaires à air.

CHAPITRE III

OPÉRATIONS SUR L'UTÉRUS

I. — RÉDUCTION MANUELLE ET INSTRUMENTALE DES DÉPLACEMENTS UTÉRINS

1° Réduction du prolapsus.

Dans les cas récents, rien n'est plus facile que de réduire l'utérus prolapsé à l'aide d'une simple pression de bas en haut, ou d'un taxis méthodique agissant de la périphérie au centre, suivant le degré de la lésion. Dans les cas anciens, pour triompher de l'engorgement par stase et des rétractions ligamentaires, il faut préalablement soumettre la malade au repos, aux injections

(1) Picqué, *Annales de gynécologie*, février 1890, p. 124.

chaudes, au massage, pendant plusieurs jours; et encore, à la suite de ces différentes manœuvres, la réduction complète n'est-elle pas toujours possible.

2° Réduction des rétrodéviations.

La réduction des rétrodéviations se fait, soit dans le décubitus dorsal, soit, en cas de difficulté, dans le décubitus genu-pectoral



Fig. 215. — Réduction manuelle de la rétrodéviabilité mobile. Procédé de Scholtze : 1^{er} temps.

qui supprime la pression abdominale et pourrait même, de ce fait, suffire à redresser l'organe, soit à lui seul, soit à l'aide d'une simple dépression de la fourchette par une valve ou un doigt. Martin n'admet pas ce mécanisme de *reposition spontanée aérienne* (Courty) et, pour lui, la réduction de l'*utérus rétrodévié* ne peut se faire dans la position genu-pectoral, en l'absence d'une action directe de la main ou du cathéter, que par la tension digitale ou instrumentale de la paroi vaginale postérieure.

A. Réduction manuelle.

a. **Rétrodéviabilité mobile.** — PROCÉDÉ DE SCHOLTZE. — Avec deux doigts introduits dans le rectum ou le vagin, on soulève l'utérus, sous le contrôle de l'autre main placée sur l'abdomen (fig. 215). Lorsque le corps de l'organe a été remonté jusqu'au détroit supé-

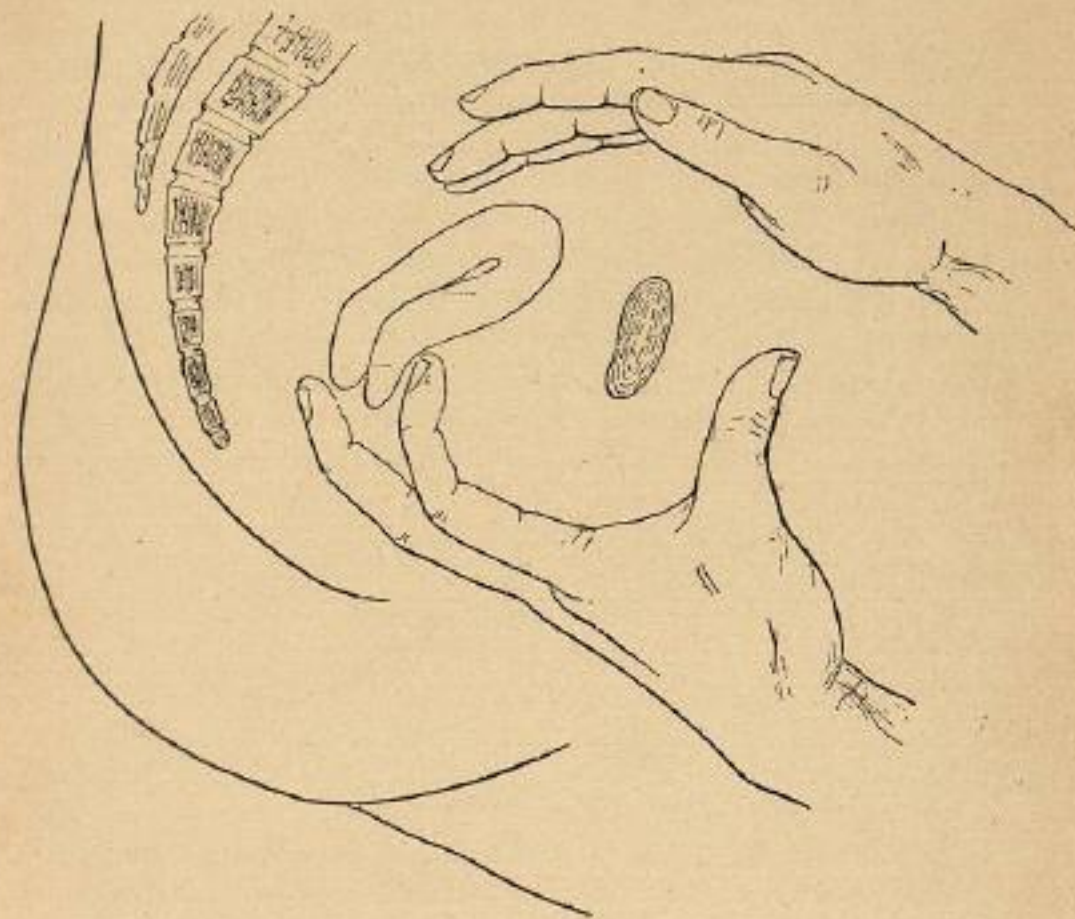


Fig. 216. — Réduction manuelle de la rétrodéviabilité mobile. Procédé de Scholtze : 2^e temps.

rieur, manœuvre qui peut être facilitée par l'un des doigts vaginaux repoussant le col en arrière, le fond est saisi par la main hypogastrique qui l'amène doucement en avant (fig. 216).

PROCÉDÉ DE KÜSTNER. — La manœuvre précédente exige, pour réussir, une grande souplesse de la paroi abdominale ou l'anesthésie chloroformique. Küstner conseille d'y joindre l'abaissement préalable du col qui commence la réduction.

b. **Rétrodéviation adhérente.** — S'il y a des adhérences péritonéales, Schultze les décolle indirectement, sous le chloroforme, à l'aide des doigts introduits, d'une part, dans le rectum, de l'autre, dans le vagin ou le col et agissant les uns à la rencontre des autres.

Nous avons déjà dit ce qu'il faut penser de ce procédé (voir : 1^{re} partie, liv. VIII, chap. m).

B. Réduction instrumentale.

Nous préférons, dans la plupart des cas, la réduction *instrumentale* à la réduction *manuelle*.

On a imaginé un grand nombre d'ingénieux *redresseurs* dont les plus connus sont ceux de Sims, de Jennison, d'Elliot, d'Emmet, de Trélat, de Miller. Le plus simple est une sonde épaisse et arrondie à son extrémité, inflexible, mais courbe, comme celle de Peaslee, ou très peu malléable, comme celle de Simon.

Nous nous servons aussi volontiers, dans les utérus dilatés, de la sonde de Doléris, qui offre une large surface d'action.

On introduit l'instrument sur les doigts, la courbure dirigée en arrière, jusqu'au fond de l'utérus ; puis on abaisse le manche en exécutant une sorte de tour de maître qui ramène la courbure de la tige en avant. On facilite, au besoin, ce mouvement, en appuyant sur le fond de l'utérus avec deux doigts introduits dans le vagin. Puis on continue à abaisser le manche, prudemment et sans violence, en tenant compte du degré de résistance des ligaments ou des adhérences et du chemin parcouru. Lorsque le fond de l'organe a été amené au niveau du détroit supérieur, la main qui suivait le mouvement à travers le cul-de-sac vaginal postérieur vient se placer sur l'abdomen pour achever la réduction.

Si l'on opère dans la position genu-pectorale, après avoir appliqué la valve de Sims et abaissé le col, on introduit la sonde avec sa courbure dirigée en arrière, puis on retourne doucement l'instrument en poussant l'utérus hors du bassin suivant la voie la plus facile. On retire alors l'instrument et on achève la réduction dans le décubitus dorsal (Schultze).

3^e Réduction de l'inversion

Comme nous l'avons déjà exposé, la réduction de l'inversion peut se faire à l'aide du *taxis manuel*, du *taxis instrumental*, d'ap-

pareils ou de pansements agissant par *pression continue*, ou enfin, par *pression continue associée au taxis*.

Nous n'avons à revenir ici que sur la première et la dernière de ces méthodes.

A. — Taxis manuel.

Il y a lieu de distinguer dans le *taxis manuel*, qui se fait avec ou sans l'aide du chloroforme, les manœuvres de *refoulement*, de *contre-pression* et de *libération*.

A. **Refoulement.** — Le *refoulement central* (Viardel) se fait avec une main disposée en cône et agissant sur le fond de l'organe.

Pour pratiquer le *refoulement latéral* (Denucé), on saisit à pleine main le globe utérin, de telle sorte que les quatre derniers doigts pressant à sa surface, au voisinage de l'une des cornes, le pouce puisse faire glisser la paroi de bas en haut, au point diamétralement opposé, grâce à la membrane séreuse qui la double.

Lusk a imaginé un procédé intermédiaire aux deux précédents : le *refoulement central* ayant été exercé jusqu'à production de plis qui s'opposent à sa continuation, on maintient la main en place pendant dix minutes, dans le but d'obtenir un relâchement, puis on retire le pouce de la cupule et l'on refoule les plis avec la fourche comprise entre le pouce et l'index.

Le *refoulement périphérique*, ou mieux *pediculaire*, est absolument semblable à la manœuvre utilisée pour les hernies intestinales et consiste à faire rentrer, les premiers, les segments de paroi utérine sortis les derniers.

B. **Contre-pression.** — Tandis que l'une des mains exerce le *refoulement*, l'autre pratique la *contre-pression*, soit en s'appuyant sur l'hypogastre, ce qui est le plus simple, soit en accrochant le col par l'intermédiaire de la paroi rectale ou vésicale (Tait), soit en le saisissant avec des pinces à griffes.

C. **Libération.** — Les manœuvres de libération, qui ont pour but de vaincre la résistance des fibres circulaires du col, consistent, soit en dilatation instrumentale de sa cavité, soit en incisions portant sur sa longueur (Courty, Barnes, Browne).

B. — Pression continue associée au taxis.

La pression continue associée au taxis a été pratiquée avec la bande d'Esmarch (Morey, de Boston).

Chassagny a eu l'idée ingénieuse de remplacer cet appareil par

trois ligatures indépendantes, formées de bandes ou de tubes en caoutchouc, placées à une certaine distance les unes des autres et se terminant par une boucle qui se défait facilement. Sous la pression de ces anses élastiques, l'utérus se réduit en une tige rigide qui se laisse repousser dans le col. Dès que la première ligature y est engagée, on la défait et l'on pousse la seconde, puis la troisième, que l'on défait de même, l'une après l'autre, à leur entrée dans le museau de tanche.

II. — PESSAIRES ET LEUR MODE D'EMPLOI

À part un petit nombre de cas peu accentués, d'origine récente, traumatique ou puerpérale, les déplacements génitaux ne peuvent être guéris par les pessaires. Ces appareils atténuent certainement les symptômes d'ordre mécanique, mais tendent à aggraver les lésions dont ceux-ci dépendent en distendant les parois vaginales et en provoquant ou ravivant l'inflammation.

Force est bien cependant de leur accorder quelque crédit, dans les cas où la malade ne veut ou ne peut se soumettre au traitement chirurgical.

Nous parlerons seulement des pessaires vaginaux qui n'agissent guère, en somme, qu'en provoquant la tension du vagin. Les uns le tendent en masse (pessaire de Gariel) (fig. 217), d'autres par un mécanisme de levier (pessaire genre Hodge) (fig. 218), d'autres circulairement (pessaire de Dumontpallier) (fig. 219).

Contre-indications. — Les principales contre-indications à l'emploi de ces appareils consistent : dans l'inflammation péri-utérine, qui rend le déplacement irréductible et le pessaire insupportable; dans les lésions profondes du périnée, qui enlèvent à l'appareil sa base d'action; dans les érosions vaginales, qui s'aggravaient rapidement à son contact.

Composition des pessaires. — Les pessaires sont faits de caoutchouc durci, de cellulose, d'aluminium, d'étain, de caoutchouc (sac à air de Gariel), de fil de cuivre recouvert de caoutchouc. Ces différentes substances, sauf la première, ont le grand inconvénient de s'incruster assez rapidement de sels calcaires, d'où lésions du vagin, enkystement de l'appareil. L'étain, le fil de cuivre recouvert de caoutchouc, ne servent ordinairement qu'à prendre la forme de l'appareil définitif. L'aluminium a pour lui sa légèreté. Schultz préfère le cellulose.

Choix des pessaires. — Pour bien choisir un pessaire, ou mieux,

pour le modeler convenablement, il faut tout d'abord se rendre compte de la longueur, de la laxité et de la courbure du vagin, de la profondeur des culs-de-sac, du poids de l'utérus.

Les substances les plus malléables sont : le cellulose, qui se ramollit après 3 minutes d'immersion dans l'eau bouillante et, en second lieu, le caoutchouc durci, qui arrive à s'assouplir après une malaxation



Fig. 217. — Pessaire à air de Gariel avec sa poire insufflatrice.

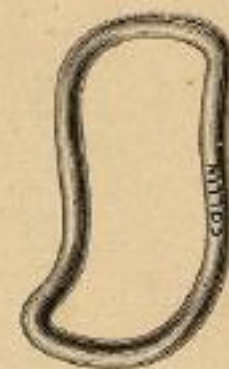


Fig. 218. — Pessaire-levier, genre Hodge (modèle de Smith).

assez prolongée dans l'huile ou aux approches d'une flamme (Munde).



Fig. 219. — Anneau pessaire de Dumontpallier.

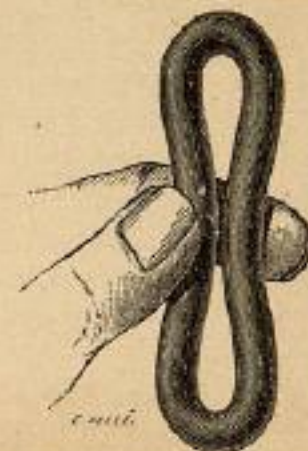


Fig. 220. — Manière de saisir le pessaire à anneau.

La branche inférieure d'un pessaire-levier ne doit pas descendre au-dessous du pubis. La branche supérieure, tout en atteignant le

fond des culs-de-sac, ne doit pas exercer de tiraillements prononcés ni peser sur l'isthme utérin par son extrémité.

Introduction et surveillance des pessaires. — On ne doit introduire un pessaire qu'après s'être assuré de la réduction du déplacement.

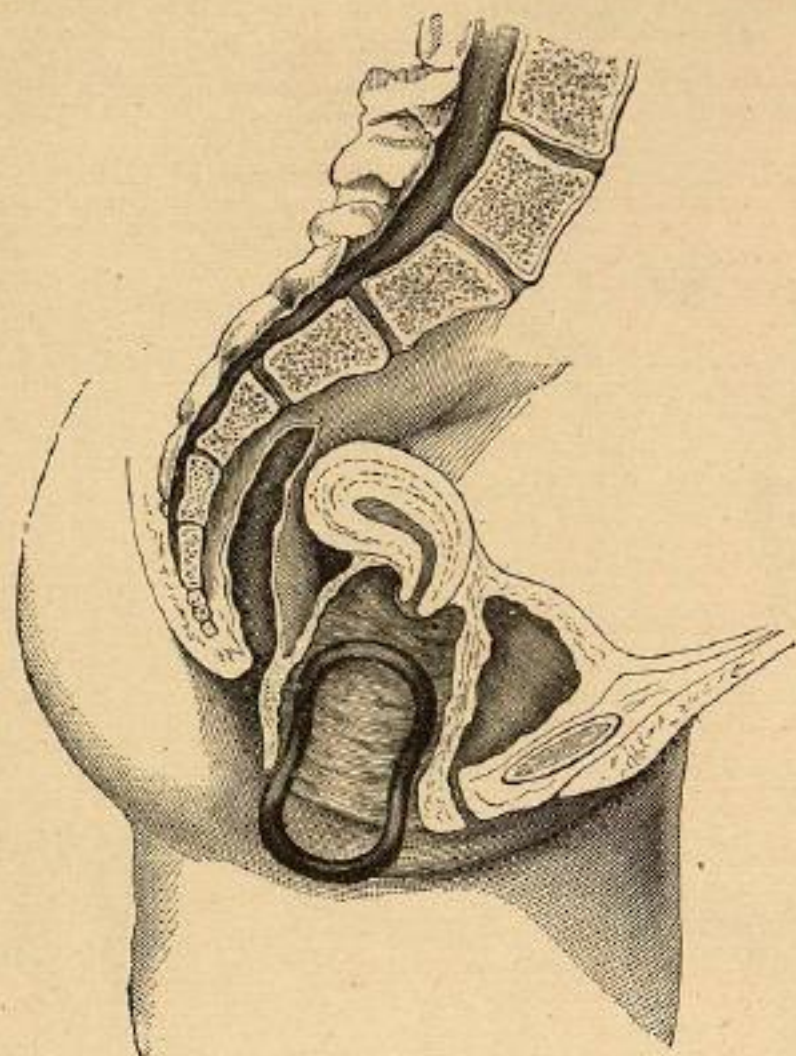


Fig. 221. — Introduction du pessaire de Smith : 1^{er} temps (Barnes).

L'appareil étant enduit de vaseline, on place la malade dans le décubitus latéral ou dans la position de la taille.

Pour introduire un pessaire-anneau, genre Dumontpallier, on commence par le plier en 8 de chiffre avec une pince à mors larges et forts, ou simplement, avec le pouce d'un côté, l'index et le médius de l'autre (fig. 220), puis on l'introduit dans le sens de la vulve et on le glisse dans le vagin. Lorsqu'il est arrivé au voisinage

du col, on l'abandonne peu à peu à son élasticité et l'on corrige sa position avec le doigt.

L'introduction d'un pessaire-levier, genre Hodge, est un peu plus délicate. L'appareil, tenu entre le pouce et l'index droit, étant



Fig. 222. — Introduction du pessaire de Smith : 2^e temps (Barnes).

présenté dans le sens de la vulve, est introduit peu à peu dans le vagin (fig. 221), tandis que la main gauche écarte d'abord les petites lèvres, puis déprime le périnée afin d'éviter toute pression sur le vestibule. L'instrument étant arrivé au niveau du museau de tanche (fig. 222), le procédé ordinaire consiste à lui imprimer un tour de spire qui le conduit dans le cul-de-sac postérieur (fig. 223).

On assure son contact aux points voulus en pressant avec l'index droit au-dessous de sa barre supérieure.

Mundé trouve la manœuvre suivante plus facile et plus sûre : l'instrument étant dirigé vers le cul-de-sac antérieur est arrêté au niveau du museau de tanche, puis obliqué légèrement et de telle

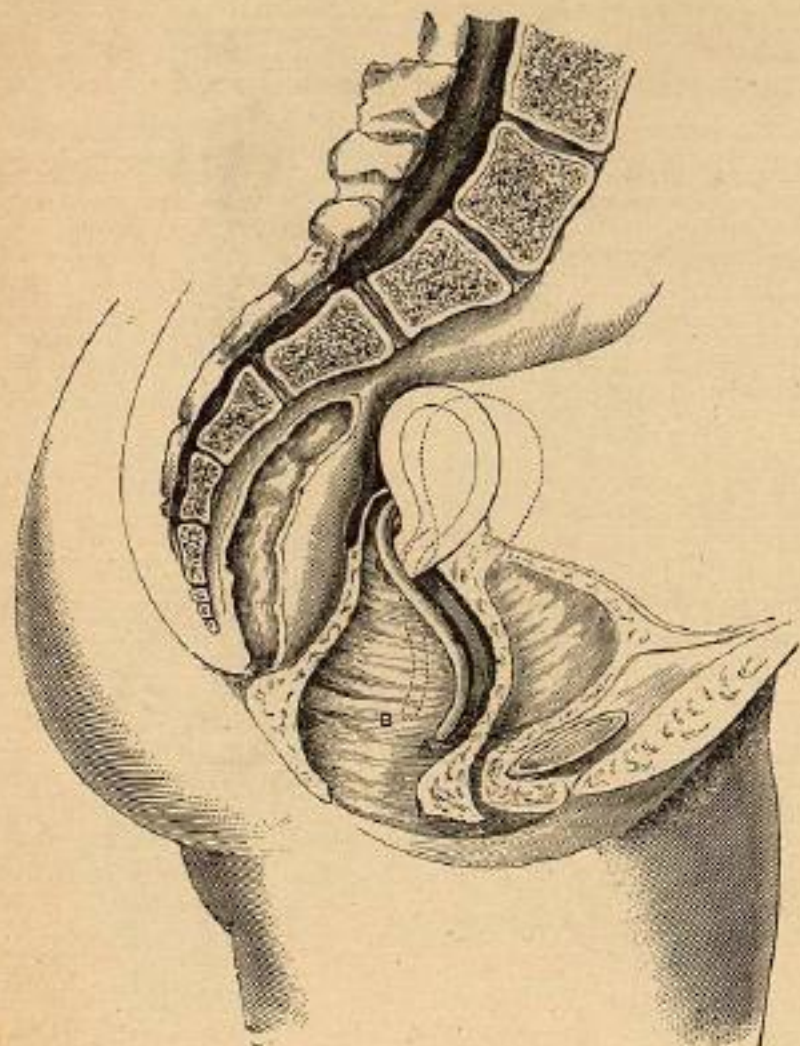


Fig. 222. — Introduction du pessaire de Smith: 3^e temps (Barnes).

sorte que sa branche antérieure regarde en avant et à droite de la malade, et sa branche postérieure en arrière et à gauche. L'opérateur, étant en arrière, glisse son index droit au-dessus du pessaire, accroche la barre supérieure et la fait passer dans le cul-de-sac postérieur par un mouvement de torsion. Il assure son contact au fond du cul-de-sac en ramenant la barre inférieure vers le périnée.

Le pessaire étant mis en place, il faut s'assurer qu'il n'a pas

tendance à se déplacer quand la malade est debout et qu'elle prend les positions les plus usuelles. Il convient de faire un nouvel examen à bref délai et de retirer de temps à autre l'instrument (plus ou moins souvent, suivant la matière dont il est composé), afin de le nettoyer.

Un pessaire ne doit pas occasionner de douleurs, ni même de gêne, au bout de quelques jours. Il ne doit pas empêcher le coït.

Il est nécessaire que la malade se maintienne l'intestin libre et qu'elle prenne tous les jours une injection vaginale antiseptique. En cas d'ulcérations du vagin, supprimer momentanément l'appareil. Au bout de quelques mois ou de plusieurs années, suivant les cas, essayer de l'enlever définitivement.

III. — PANSEMENTS UTÉRINS

1^o. — Pansements extra-cervicaux

A. Cautérisation ignée. — La *cautérisation ignée*, de même que la *cautérisation chimique*, n'est plus guère employée, à l'heure actuelle, que pour le traitement palliatif du cancer.

On la pratique ordinairement avec le thermo-cautère de Paquelin, en choisissant de préférence un cautère cylindro-conique d'un certain volume, qui garde bien la chaleur. Si l'on n'a pas sous la main de spéculum cylindrique en bois, en ivoire ou en caoutchouc durci, on peut fort bien se servir d'un spéculum métallique ordinaire, à condition de faire suivre chaque application du cautère d'un jet d'eau froide.

Pour les cautérisations de longue durée, Wilson a imaginé d'entourer la tige et le manche du thermo-cautère d'un fourreau métallique dans lequel passe un courant continu d'eau froide. La cautérisation terminée, on fait une large irrigation vaginale, puis un tamponnement serré avec de la gaze antiseptique si l'on a quelques raisons de craindre une hémorrhagie secondaire. On devra toujours éviter d'intéresser la muqueuse vaginale, surtout au niveau du cul-de-sac postérieur, voisin du péritoine.

B. Application des topiques liquides. — L'application des *topiques liquides* est *temporaire* et consiste en *badiageonnages* avec des tampons montés sur pinces; ou *permanente*, et comporte alors un tamponnement à demeure (voir liv. II, chap. II).

S'il s'agit de topiques escharotiques ou cathérétiques, on prendra le soin de préserver le cul-de-sac postérieur à l'aide d'un tampon,

et il vaudra généralement mieux recourir à des spéculums inaltérables, en verre, en bois ou en ébonite.

C. Application des topiques pulvérulents. — Les topiques *pulvérulents* s'appliquent sur le col à l'aide d'un tampon placé à demeure ou secoué comme une houpe à poudre, ou mieux, avec un *insufflateur*. Pour que les appareils de ce genre, en général assez défectueux, remplissent leur but, il est nécessaire que la substance employée soit très sèche et finement pulvérisée.

2°. — Pansements intra-utérins.

Ces pansements exigent une certaine perméabilité du canal cervico-utérin qu'on réalise préalablement, s'il est nécessaire, par la dilatation rapide ou lente.

A. Badigeonnages intra-utérins. — Quand l'utérus est largement dilaté, les *badigeonnages intra-utérins* peuvent se faire avec un tampon monté sur une pince à pansement, une bandelette de gaze iodoformée appliquée sur les mors d'une pince longuette, ou encore, un écouvillon doux.

Quand l'utérus est peu perméable, on se sert des *applicateurs*

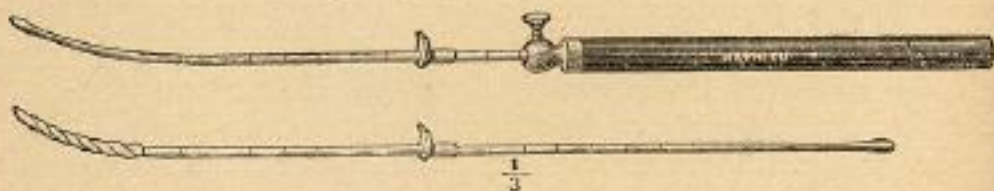


Fig. 224. — Applicateur pour pansements intra-utérins.

(fig. 224). Ce sont des tiges flexibles assez minces pour pouvoir être introduites dans la cavité utérine après avoir été garnies d'une couche d'ouate de plusieurs millimètres d'épaisseur. L'instrument de ce genre, le plus pratique, se compose d'une tige en laiton nickelé, c'est-à-dire malléable, un peu plus mince qu'un hystéromètre, munie d'un manche cylindrique ou en forme d'anneau, et terminée, à l'autre extrémité, sur une hauteur de 4 à 5 centimètres, par un pas de vis ou des encoches. On enroule en ce point une bandelette d'ouate après avoir mouillé la tige pour faciliter l'adhérence.

Il faut que cette garniture d'ouate ne soit ni trop mince, ni trop épaisse, ni trop tassée, ni trop lâche, qu'elle tapisse la tige sur une hauteur de 6 à 7 centimètres et recouvre très exactement son extrémité sans trop la dépasser. A défaut d'*applicateurs*, on peut se servir de petites tiges d'osier qu'on garnit d'encoches à l'une de leurs extrémités.

Avant d'employer l'applicateur, il est indispensable de se rendre compte, par le cathétérisme, de la direction et des dimensions de la cavité utérine, pour juger de la courbure à donner à l'instrument et de l'épaisseur d'ouate dont on peut l'entourer. Une fois qu'il est garni, on le plonge dans le topique liquide ou onctueux qui a été choisi et, après avoir essoré convenablement l'ouate, on le fait glisser dans l'utérus. Si le topique est caustique (chlorure de zinc *aa*, par ex.), il détermine généralement la contraction de l'organe sur le cylindre d'ouate et s'assure de lui-même une action suffisante. S'il est simplement cathérétique, antiseptique, il faut imprimer à la tige un mouvement de rotation ou de va-et-vient, pour bien imprégner tous les replis de la muqueuse.

S'il y a du catarrhe cervical, il faut tout d'abord débarrasser la muqueuse endo-cervicale du mucus très adhérent qui la recouvre et l'isole, soit en l'essuyant avec de l'ouate sèche, ou imprégnée d'une solution de bichromate de potasse à 1/8, soit en la lavant avec une solution de carbonate de soude à 1/100 (Schultze).

Si l'on veut éviter que l'ouate ne s'exprime dans le col au point d'y épuiser son action, il faut dilater la cavité cervicale si elle est étroite et introduire l'instrument d'emblée, jusqu'au fond de l'utérus, afin d'éviter la contraction de l'orifice interne.

Le badigeonnage une fois fait, on retire rapidement l'instrument. S'il est retenu par une contraction, on attend qu'elle ait cessé.

Ces applications sont parfois assez pénibles, surtout chez les nullipares et les nerveuses; mais la douleur dépend beaucoup moins de l'attrition de la muqueuse malade que de la contraction utérine; elle est beaucoup moindre quand on fait préalablement la dilatation progressive et ne survit guère au retrait de l'instrument.

B. Introduction des crayons médicamenteux. — Les *tentes solubles*, ou *crayons médicamenteux*, sont des bâtonnets cylindriques, composés d'un véhicule soluble, au moins en partie (gomme adragante, glycérine et poudre de guimauve, par ex.), auquel est incorporée une substance active, *caustique* (chlorure de zinc, sulfate de cuivre, etc.), ou *antiseptique* (iodoforme, salol, naphтол, ichtyol, etc.) (1). Ces bâtonnets s'introduisent de la même façon que les lamineuses (voir chap. III, n° 4).

(1) Crayons de Von Hacker:

Iodoforme pulvérisé.....	20 grammes.
Gomme arabique.....	} <i>aa</i> 2 grammes.
Glycérine.....	
Amidon.....	

F. s. a. des crayons du même calibre que les crayons ordinaires de nitrato d'argent.

C. **Injections intra-utérines.** — Les unes ont uniquement pour but une action *modificatrice*; ce sont des injections de faible volume ou même des *instillations*. Les autres visent en même temps à une

action *détersive et antiseptique*; ce sont des injections de grand volume, de véritables *irrigations*.

a. **INJECTIONS MODIFICATRICES.** — Les *injections modificatrices* se font ordinairement avec des seringues de faible capacité et pourvues d'une longue canule. La plus connue est celle de Braun. Le corps de pompe est en verre et d'une capacité de 3 centimètres cubes; la monture est en vulcanite; il en est de même de la canule qui se termine par une olive percée d'un trou très petit et à direction récurrente, de telle façon que le liquide ne puisse être projeté vers l'orifice des trompes (fig. 225).

Pour assurer le retour du liquide, on doit veiller à ce que cette canule puisse pénétrer librement dans la cavité utérine.

Enfin, s'il y a flexion de l'utérus, il est facile de la courber comme il convient après l'avoir ramollie dans l'eau bouillante.

Le col étant bien exposé, fixé et débarrassé de ses mucosités, un tampon est placé dans le cul-de-sac postérieur, ou bien l'on dirige sur l'orifice du museau de tanche une irrigation continue. L'instrument est chargé et expurgé d'air, puis l'on introduit la canule jusqu'au fond de l'utérus et on la retire plus ou moins vite tandis qu'on pousse l'injection.

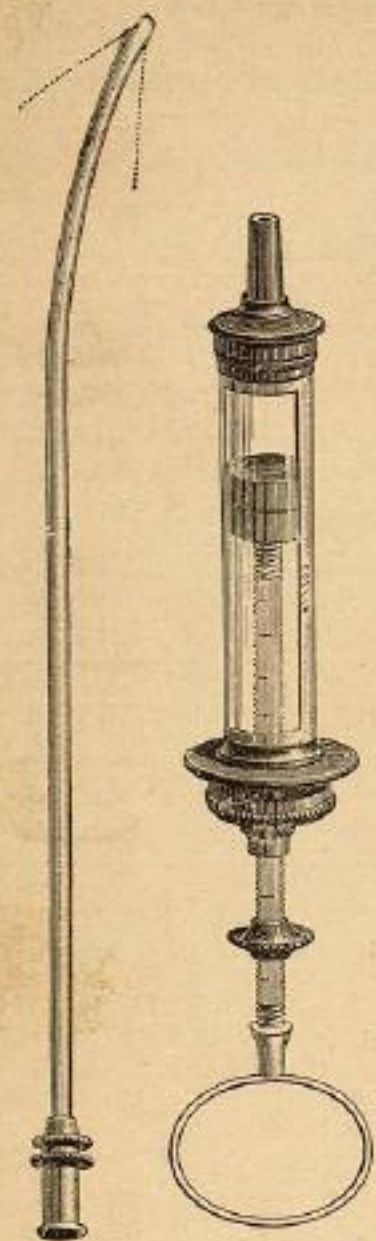


Fig. 225. — Seringue de Braun.

Dans les utérus suffisamment dilatés, nous nous servons d'un appareil greffé sur la sonde à lavage de Bozemann-Fritsch (fig. 227). Au tube irrigateur qui traverse le manchon d'évacuation, nous avons accolé un autre conduit de dimensions moindres, se terminant, du côté du manche, par un ajutage auquel se visse une poire

en caoutchouc. Dans le but d'éviter l'action des caustiques, la surface de l'instrument est platinée et le tube irrigateur seul est muni d'un robinet. La poire en caoutchouc étant chargée du liquide modificateur et fixée à sa place, on ouvre le robinet irrigateur; quand l'utérus est bien expurgé du sang ou des mucosités, on ferme le robinet, puis l'on pousse l'injection caustique et on la fait immédiatement suivre d'un nouveau lavage.

Cet instrument permet de réduire autant qu'on veut le contact du liquide modificateur avec l'utérus et d'en éviter l'action sur le vagin.

b. **INJECTIONS DÉTERSIVES ET ANTISEPTIQUES.** — A la suite de l'accouchement ou de l'avortement, ces injections sont parfois suivies d'accidents toxiques ou septiques, de simples phénomènes d'irritation péritonéale, d'embolies, de troubles nerveux (Mangin) qui seraient dus au passage du liquide dans les sinus veineux de l'aire placentaire, ou dans le péritoine, par la trompe. En dehors de la période puerpérale, cette dernière voie peut seule être suivie; encore faut-il des conditions très particulières, telles que la dilatation de l'ostium uterinum ou l'existence de diverticules utérins déterminés par des fibromes sous-muqueux.

Pour éviter ces accidents, on se servira de sondes à double courant. De plus, en cas d'accouchement ou d'avortement récent: 1° On aura soin de ne pas élever l'appareil laveur au-delà de 40 centimètres, hauteur correspondant à la pression veineuse. Si, malgré cette précaution, il y a menace de rétention, en même temps qu'on suspend l'injection, il faut abaisser le récipient au-dessous du plan du lit. 2° Si l'on croit devoir recourir aux antiseptiques, il faut donner la préférence aux antiseptiques non toxiques: naphтол β à 0,40 par litre d'eau bouillie, par ex., s'il s'agit d'antisepsie préventive; sulfate de cuivre à 1/100, justement préconisé par Charpentier, s'il s'agit d'antisepsie curative. Si, malgré les faits nombreux d'intoxication grave ou mortelle qu'il a occasionnés dans ces circonstances, on croit devoir recourir au sublimé, au moins faut-il faire suivre son action d'un simple lavage aseptique. Ces précautions sont particulièrement nécessaires en cas d'altération des émonctoires (peau, rein, foie), ou de mauvais état général (anémie quantitative, état de collapsus).

Dans les différents modèles de sonde intra-utérine, le retour du liquide est assuré, soit par le simple écartement des branches, soit par des conduits spéciaux creusés dans l'épaisseur ou sur les parois latérales de l'instrument.

Le type des premières est la sonde de Doléris (fig. 226), formée

de deux branches creuses s'écartant grâce à l'action d'une vis mobile que l'on doit faire glisser au préalable jusqu'au voisinage du col. Deux orifices d'écoulement sont percés sur la face interne des bran-

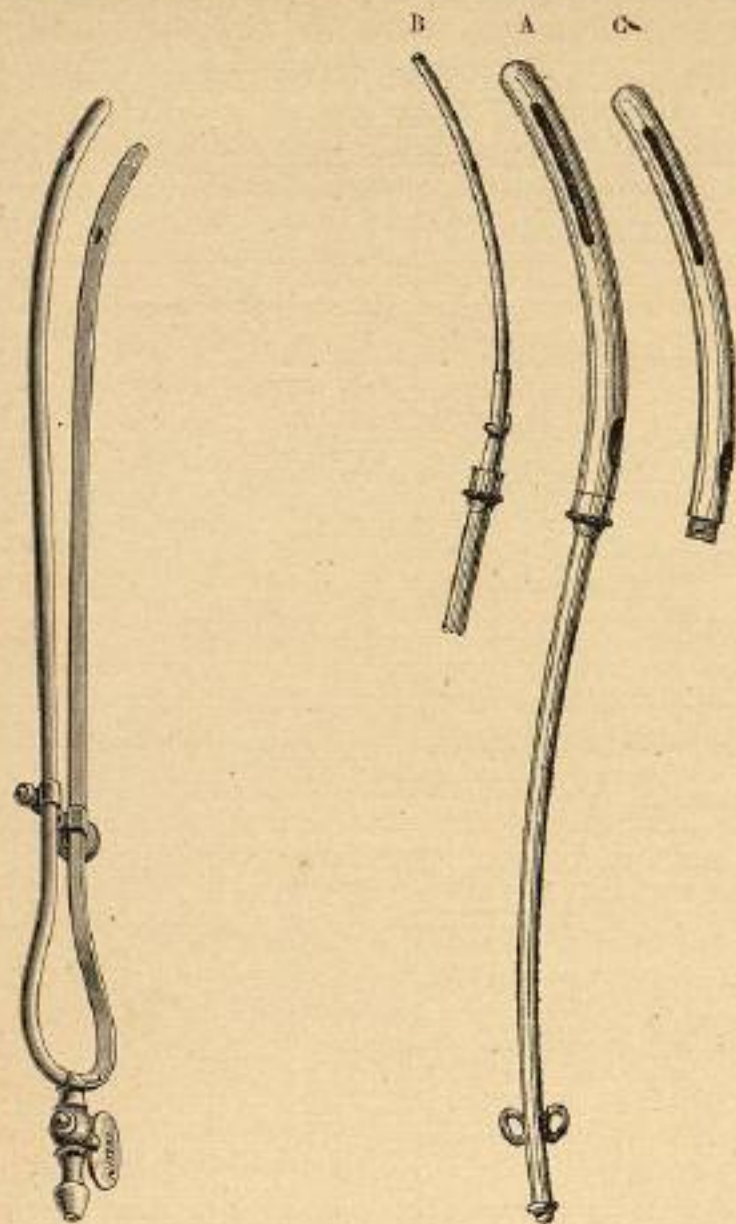


Fig. 226. — Sonde intra-utérine de Doléris. Fig. 227. — Sonde de Bozemann-Fritsch. — A, Sonde montée. — B, C, Les deux parties de la sonde démontée.

ches, à 1 centimètre environ de leur extrémité. Cette sonde a été modifiée de différentes façons : Pichevin, Gaches-Sarraute, ont eu surtout en vue la facilité du nettoyage. Dans une sonde construite par Mathieu, les branches s'engainent l'une dans l'autre à leur

extrémité ; d'autre part, à l'aide d'une vis à crémaillère, on obtient un écartement elliptique dont le plus grand axe transversal correspond à peu près à l'orifice interne, et un écoulement de liquide d'autant plus abondant que l'écartement est plus considérable, etc.

Les sondes de ce genre conviennent bien pour les utérus dilatés et, en général, pour toutes les irrigations cavitaires : poches d'hématocèle, de kyste, d'abcès salpingiens ou autres, etc.

La sonde de Bozemann-Fritsch passe facilement là où les précédentes ne sauraient être introduites (utérus modérément dilaté par l'inflammation) (fig. 227).

Dans la sonde de Budin, excellente pour les usages obstétricaux, le retour du liquide se fait par une simple gouttière creusée sur l'une des faces de l'instrument (fig. 228). Olivier se sert d'une sonde analogue, cannelée sur tout son pourtour.

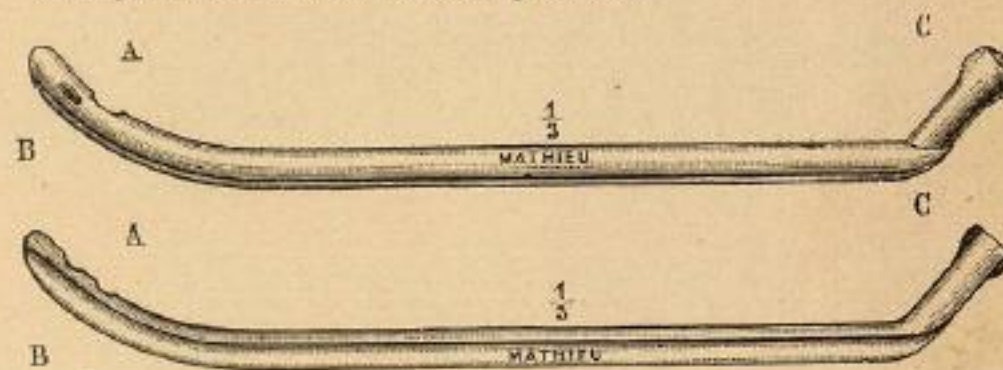


Fig. 228. — Sonde intra-utérine de Budin (Mathieu).

Schultze emploie un jeu de sondes de calibre progressif (la plus petite ne dépasse pas le volume d'un hystéromètre), à courant unique, simplement formées de tiges parfaitement cylindriques, lisses et creuses, munies d'orifices d'évacuation multiples et très petits. Ces sondes sont d'un maniement très facile et on peut les employer sans crainte, en dehors de la période puerpérale, pour peu que l'on choisisse parmi elles celle qui peut pénétrer sans frottement.

On introduit ces divers instruments comme le cathéter, soit en les guidant sur le doigt, soit en s'aidant du spéculum et de l'abaissement.

D. Drainage de l'utérus. — On a conseillé, pour le drainage de la cavité utérine, des cylindres rigides en verre (Fehling), en métal (Sevastopoulo), en caoutchouc durci (Ahlfeld Miede, Schede, etc.), des mèches de verre pilé (Schwartz), des tubes de caoutchouc (Bonnaire, Verchère), des faisceaux de crins de Florence (Chéron), etc.

On se sert, le plus ordinairement, de la gaze iodoformée ou de

tubes en caoutchouc. Le *drainage à la gaze iodoformée* a été surtout recommandé par Fritsch. Après avoir fixé le col, on saisit une longue bandelette de gaze à l'aide d'une pince languette très étroite et courbe, ou bien on en coiffe, en la repliant plusieurs fois sur elle-même, un hystéromètre ordinaire, le *tasseur* de Skutsch ou un instrument similaire; puis on la porte jusqu'au fond de l'utérus et on la tasse jusqu'à l'orifice du col, mais très modérément, afin de permettre le libre écoulement des sécrétions. On laisse pendre son extrémité dans le vagin et on la renouvelle au bout d'un ou deux jours. Au second pansement, l'utérus est plus souple, plus perméable et admet aisément une bande plus volumineuse. La gaze peut être imprégnée de glycérine iodoformée, créosotée à 1/3, etc.

Si l'utérus est suffisamment dilaté, on peut y introduire un tube flexible de caoutchouc, en croix, perforé ou non de trous latéraux, et à travers lequel il sera possible de pratiquer des injections. Des tubes de gros calibre, construits sur le modèle de la sonde à demeure de Pezzer ou de Malécot, sont encore préférables (Verchère). Ils sont plus faciles à introduire et mieux tolérés.

IV. — FÉCONDATION ARTIFICIELLE

Pour pratiquer la fécondation artificielle, il faut :

1° Asepsier et alcaliniser le milieu vaginal par des injections appropriées ;

2° Recueillir le sperme émis dans le cul-de-sac vaginal avec un spéculum de Fergusson ou de Sims chauffé à la température du corps ;

3° Faire pénétrer quelques gouttes du sperme recueilli dans la cavité utérine. On peut se servir, à cet effet, des seringues de Rou-



Fig. 229. — Seringue de Pajot pour la fécondation artificielle.

baud, de Courty, de Braun, de Pajot (fig. 229) ou, plus simplement, de l'hystéromètre ou d'un applicateur entouré d'ouate aseptique. L'un ou l'autre de ces instruments, stérilisé par la chaleur et porté à la température du corps, est chargé du liquide séminal et introduit dans la cavité utérine suivant le manuel opératoire de l'hystérométrie. Un tampon aseptique constitue tout le pansement et la malade garde le repos pendant quelques heures.

V. — DILATATION DE L'UTÉRUS

1°. — Divulsion.

La divulsion, ou dilatation forcée, s'obtient au moyen d'instruments de modèles variés, mais dont le mécanisme est à peu près

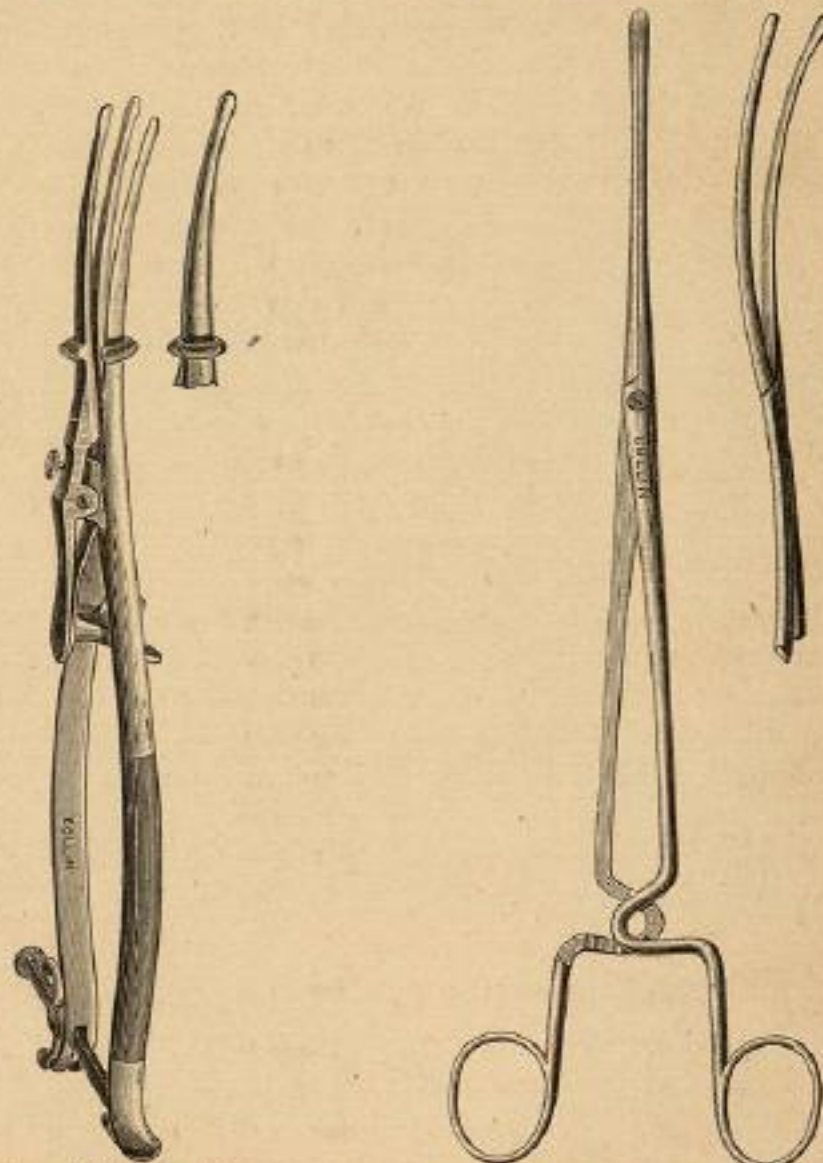


Fig. 230. — Dilatateur utérin à trois branches, de Sims.

Fig. 231. — Dilatateur utérin à deux branches, de Collin.

le même. Ils se composent essentiellement d'une ou plusieurs branches ou valves qui s'introduisent, rapprochées, dans le canal utérin et le dilatent en s'écartant sous l'action de leviers puissants.

Les modèles les plus nombreux sont à deux valves ou branches, arrondies sur leur face extérieure et à écartement parallèle ou divergent. Les plus connus sont ceux d'Ellinger, Pajot, Schultze, Siredey, Palmer, Ball, Collin (fig. 231), Mathieu, etc. Ceux de Huguier, Scanzoni, Sims (fig. 230), Bossi, sont à trois branches. Celui de Leblond est à quatre branches. Celui de Segond en compte un plus grand nombre encore et se trouve disposé, en même temps, pour l'irrigation intra-utérine, etc. (fig. 232).

Nous nous servons de préférence du dilateur de Sims, qui est très puissant et bien en main. Ses trois branches, légèrement incurvées, s'écartent en divergeant grâce à un mode particulier d'articulation; ce mouvement est commandé par la pression de la main sur les deux bras de levier qui servent en même temps de manches, ou mieux, par la mise en jeu d'une manivelle qui progresse sur un pas de vis. Le renflement circulaire qu'on ajoute parfois à 5 centimètres de l'extrémité des branches en limite beaucoup trop l'introduction.

Le col étant fixé et mis à découvert, on introduit l'instrument fermé dans l'utérus, à la profondeur voulue, et on l'ouvre lentement. Pour éviter qu'il ne dérape, en déchirant parfois les tissus, il est bon, en même temps qu'on maintient le col, d'abaisser le fond de l'utérus avec la main gauche appuyée sur l'hypogastre.

Il est bien difficile d'obtenir ainsi, en dehors de la période puerérale, une dilatation suffisante pour le passage du doigt.

De plus, la divulsion est douloureuse au point de provoquer parfois la syncope; elle peut produire des déchirures, surtout dans le cas de tumeur maligne; enfin, son action ne porte que sur des points limités. Aussi ne s'en sert-on guère que sous le chloroforme et pour faciliter rapidement le passage d'une tente ou d'un instrument dans l'utérus.

2°. — Dilatation rapide progressive.

Elle est basée sur la même méthode que la dilatation de l'urèthre chez l'homme et se fait au moyen de bougies de calibre gradué. Ces bougies sont en métal, en vulcanite ou en verre. Peaslee semble être le premier qui en ait fait construire (1870); les siennes étaient en acier et se sériaient au nombre de cinq. Hancks en réunit deux sur le même manche et porta la série à huit. Il a fait aussi construire des dilateurs creux et de forme olivaire, en caoutchouc durci, qui comportent dix numéros différents et peuvent se visser sur un même manche. Ces instruments ont pour but de

remplacer le ballon de Barnes dans les cas post-obstétricaux. Les dilateurs de Fritsch ressemblent à de longs cautères.

On se sert surtout des bougies d'Hégar (fig. 233); elles sont pleines, parfaitement lisses, très légèrement courbes, cylindriques, et se terminent, d'un côté, par une extrémité faiblement conique,

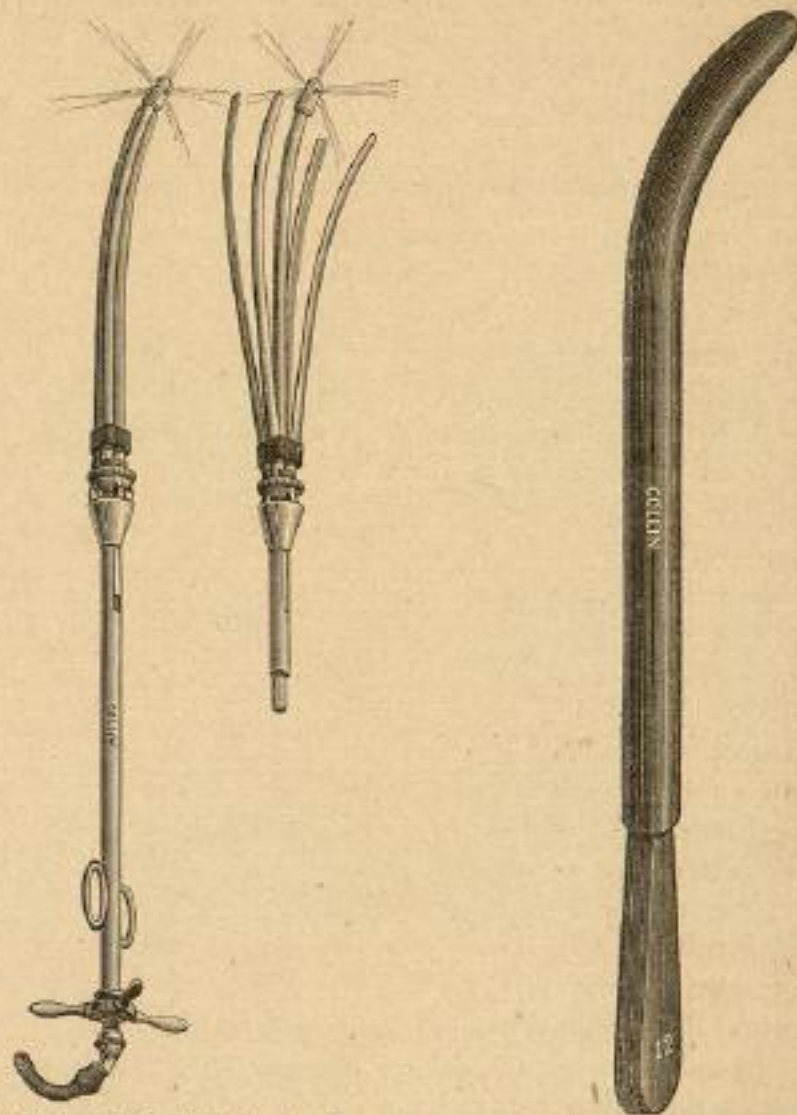


Fig. 232. — Sonde dilatatrice de Segond.

Fig. 233. — Bougie d'Hégar.

de l'autre, par un manche aplati en forme de spatule. On en fait en vulcanite, en verre, en aluminium, en cuivre, en acier nickelé. On peut les réunir deux par deux aux extrémités d'un même manche, pour en diminuer le nombre. Elles mesurent de 12 à 14 centimètres de longueur, et comportent vingt-six numéros et plus. La plus petite a un diamètre de 2 millimètres, et les

numéros suivants augmentent chacun de 1 millimètre sur celui qui le précède.

Ces tiges, étant lisses, sont faciles à aseptiser par immersion prolongée dans une solution de sublimé, si elles sont en caoutchouc durci; par ébullition ou flambage, si elles sont en verre ou en métal. Les bougies en vulcanite présentent l'avantage de devenir malléables dans l'eau bouillante et de garder, après immersion dans l'eau froide, la courbure qu'on leur a imprimée. On peut ainsi les adapter aux coudes de flexion qui compliquent si fréquemment les sténoses.

Après avoir fixé le col de l'utérus avec une pince à griffes et le fond avec une main posée à plat sur l'hypogastre, on enduit de vaseline la bougie dont on va se servir et on l'introduit comme l'hystéromètre, qui a dû indiquer la voie à suivre. On commence par introduire une sonde, de calibre tel, qu'elle passe à frottement doux: on la laisse un instant à demeure, puis on la retire et on la remplace aussi vite que possible par le numéro suivant.

On continue de même en sautant, entre temps, un numéro, si l'introduction est facile; dans le cas contraire, on suit rigoureusement la série.

Le temps exigé pour mener l'opération à bien varie nécessairement suivant la dilatabilité du col et le calibre qu'on veut obtenir.

Plusieurs séances sont parfois nécessaires.

Enfin, il faut ou non, suivant les cas, recourir à l'anesthésie.

Avec un utérus rigide, on peut obtenir en un quart d'heure une dilatation de 6 à 8 millimètres, suffisante pour faciliter l'écoulement menstruel ou le passage des spermatozoïdes; mais, pour atteindre l'ouverture nécessaire au passage du doigt, il faut au moins une heure et le secours du chloroforme. Dans la période post-obstétricale, on peut espérer ce dernier résultat en un temps trois ou quatre fois moindre.

En partant de ces données, la dilatation par les bougies semble surtout recommandable, en cas de sténoses et de flexions, pour compléter la dilatation commencée par la laminaire et pour la maintenir.

On peut rapprocher de ce procédé ceux de L. Tait et de Molesworth.

Le dilatateur à traction élastique, de Tait, se compose: 1° de quatre bougies coniques de calibre gradué et limitées par une collerette en relief, qu'on visse successivement sur un même support; 2° de fils élastiques qu'on fixe, d'une part, sur l'extrémité libre de la tige et, de l'autre, sur une ceinture. Dès que la bougie n° 1 est

entrée dans l'utérus jusqu'à la collerette, on la remplace par le n° 2, et ainsi de suite. La malade reste couchée et l'on obtiendrait ainsi, en vingt-quatre ou trente-six heures, sans danger et sans douleur, une dilatation très prononcée.

L'appareil de Molesworth n'est qu'un perfectionnement, ou une complication, des dilateurs en caoutchouc. Il se compose d'une série de quatre tubes de cette substance qu'on introduit avec un mandrin creux et malléable dont on se sert ensuite pour les remplir d'eau. Emmet a imaginé un instrument analogue.

3° Dilatation lente progressive.

Elle se fait au moyen de corps poreux et turgescibles auxquels on a donné le nom de *tentes utérines*. Simpson, dès 1844, avait employé l'éponge comprimée. Sloan, en 1862, préconisa la laminaire, qui fut bientôt adoptée par Simpson, Wilson, C. Braun et la majorité des gynécologues. On s'est encore servi de racine de gentiane (Winckel, 1867), de guimauve, d'écorce d'orme rugueux, d'ivoire décalcifiée, de tupelo (*Nyssa aquatica*, Sussdorf, 1877), etc.

De ces différentes substances, deux seulement sont d'un usage courant: la laminaire et l'éponge préparée (1).

A. Dilatation par la laminaire. — La malade étant dans le décubitus dorsal, on met le col à découvert au moyen de deux valves et on l'abaisse avec une pince-érigne fixée sur la lèvre antérieure.

La malade peut tenir elle-même cette pince si l'on n'a pas d'aide sous la main.

Sur les indications données par l'hystéromètre, on choisit une laminaire d'un calibre approprié, on modèle sa courbure suivant celle du trajet intra-utérin et on lui donne une longueur telle qu'elle doive déborder légèrement l'orifice externe, une fois mise en place. On la ramollit au besoin dans de l'eau chaude et aseptique et on l'enduit de vaseline, ou mieux, d'axonge phéniquée ou naphtholée. Le sublimé peut être inégalement réparti dans le corps gras et donner lieu à des accidents. On saisit ensuite la tige avec une pince à pansement, par une de ses extrémités, ou par le milieu si elle est trop flexible, et on la pousse doucement jusqu'au fond de l'utérus. Le col étant fortement relevé par la pince fixatrice, on bourre de tampons iodoformés le cul-de-sac vaginal postérieur et l'on recouvre l'orifice utérin, dirigé dès lors dans l'axe du conduit, avec un gros tampon, puis l'on achève le tamponnement du vagin.

(1) Pour la préparation des laminaires et des éponges, voir: livre I, chapitre 1.

En procédant de la sorte, on peut être sûr que la tige ne sortira pas trop tôt de l'utérus et ne viendra pas ulcérer la cloison recto-vaginale.

La force d'expansion des laminaires est considérable (200 livres par centimètre carré, M. Duncan). Elles mettent environ douze à dix-huit heures à atteindre leur maximum de turgescence.

Les sensations qu'elles provoquent sont très variables. Certaines malades, multipares ou peu nerveuses, éprouvent à peine une pesanteur, une douleur légère et sourde ; d'autres, surtout les nullipares atteintes de conicité du col et d'antéflexion, ont des coliques violentes accompagnées parfois de vomissements et de lipothymie.

En général, l'introduction de la première laminaire est suivie, au bout de une à quatre heures, de douleurs expulsives qui durent seulement quelques heures et sont suffisamment calmées par un lavement laudanisé, un cataplasme, ou un suppositoire à la morphine.

Les applications suivantes sont généralement beaucoup mieux supportées. Cependant, si on prolonge la dilatation au delà de trois ou quatre jours, les malades se plaignent souvent d'un *énervement* pénible.

Il est certainement recommandable de maintenir les malades au lit ou sur une chaise longue, pendant toute la durée de la dilatation ; mais, confiants dans l'antisepsie, nous avons souvent agi tout autrement sans avoir eu à le regretter.

Quand, au bout de vingt-quatre heures, on enlève le tamponnement vaginal, la laminaire, lubrifiée par les sécrétions utérines et augmentée de volume dans tous les sens, sous forme d'un cylindre très régulier, s'échappe généralement d'elle-même. Dans le cas contraire, on l'extrait avec des pinces, et très facilement d'ailleurs, sauf, pourtant, dans deux cas :

1° La tige peut être *enclavée au-dessus de l'orifice externe*. Il faut alors dilater le museau de tanche avec les mors d'une pince à pansement, faire glisser ces mors, aussi haut que possible, entre les parois de l'utérus et la tige, et saisir celle-ci, comme une tête dans un forceps, en la repoussant légèrement en haut pour la désenclaver. Si cette manœuvre ne réussit pas, on peut recourir au débridement bilatéral du col.

2° Quand l'anneau musculaire de l'orifice interne n'a pas cédé à la dilatation, la tige se trouve *étranglée* à ce niveau, tout en étant dilatée au-dessus et au-dessous.

Dans ce cas, il faut la saisir aussi haut et aussi largement que

possible et l'extraire lentement, par un mouvement de torsion, en s'aidant de contre-pression sur le col.

L'extraction étant faite, il est bon de débarrasser la cavité utérine de ses sécrétions au moyen d'une injection ou d'un essuyage.

Une première laminaire assouplit les tissus de telle sorte qu'il est facile, dès le second jour, d'en introduire une beaucoup plus grosse ou plusieurs réunies en faisceau.

Puis l'on passe aux *éponges préparées*.

B. Dilatation par l'éponge préparée. — Après avoir choisi l'éponge, on la trempe dans l'éther iodoformé et l'on attend, avant de l'introduire, qu'elle soit bien sèche, surtout si l'éther, de préparation déjà ancienne, a pris une teinte brun foncé due à une certaine quantité d'iode libre. Autrement, indépendamment du *goût d'éther* qui poursuit parfois les malades pendant plusieurs heures, on court le risque de produire, sur le col et le vagin, des exulcérations douloureuses et assez longues à disparaître. L'éponge étant solidement saisie entre les mors d'une pince, ou l'enrobe d'axonge antiseptique et on l'introduit rapidement jusqu'au fond de l'utérus. Si l'on tâtonne, la tente, s'imprégnant rapidement des liquides qu'elle rencontre, se gonfle, perd sa rigidité et ne peut être employée.

On recommande généralement de ne point laisser les éponges plus de dix à douze heures dans l'utérus. Il est certain qu'au bout de ce temps elles ont acquis leur maximum d'expansion ; mais il n'y a nul inconvénient à les laisser séjourner davantage si elles sont rigoureusement désinfectées et si les sécrétions ne sont pas trop septiques.

On les extrait par un mouvement de vrille après les avoir saisies assez haut, dans l'intérieur du canal cervical, et en exerçant une contre-pression sur le col. De cette façon, on triomphe aisément des adhérences qu'elles ont pu contracter avec la muqueuse, et l'on risque moins de les déchirer ou de violenter les ligaments utérins.

L'éponge est à la fois un excellent moyen de dilatation et un très bon porte-topique. Elle distend très régulièrement la cavité utérine, étale la muqueuse en s'insinuant dans tous ses replis, la draine et la liquéfie en quelque sorte, à tel point, qu'après avoir constaté l'existence de fongosités épaisses, on est tout surpris de ne ramener, par le curetage, qu'une bouillie rosée, peu abondante, qui se mélange au sang. Enfin, c'est un bon moyen d'attente contre les hémorragies d'origine utérine. A ce point de vue, on obtient parfois, en dehors du résultat immédiat dû à la compression des surfaces saignantes, certains effets secondaires relevant probablement de la distension du muscle et de ses nerfs : ainsi, une

dilatation à l'éponge ou à la laminaire, cessée au moment des règles, pourra en diminuer notablement l'abondance.

La dilatation à l'éponge est généralement suffisante, au bout de trois ou quatre jours, pour l'exploration digitale. On peut, du reste, la compléter et la régulariser avec les derniers numéros des bougies d'Hégar. Lorsqu'on veut provoquer des modifications circulatoires et nutritives sur le tissu utérin ou sur les tissus voisins, on la prolonge durant huit à quinze jours.

Nous avons déjà envisagé ses indications et contre-indications (Voir : 1^{re} partie). Quant aux accidents qu'elle peut déterminer, en dehors de phénomènes réflexes et douloureux, assez rares ou très tolérables, ils se résument, en somme, dans l'infection; or, avec les précautions que nous avons indiquées, l'infection n'est pas à craindre.

C. Procédé de Vulliet. — Le procédé de Vulliet (1886) consiste à bourrer la cavité utérine de boulettes de coton, trempées préalablement dans une solution d'éther iodoformé puis séchées et fixées à un long fil. Ces boulettes, du volume d'un pois à celui d'une amande, sont introduites de la façon suivante : la malade est placée de préférence dans la position genu-pectorale; mais Vulliet admet aussi la position de la taille. Le col étant anesthésié à la cocaïne et déjà dilaté, si besoin est, par l'application préalable d'une laminaire ou de bougies, on engage un tampon dans le col et on le pousse au fond de l'utérus avec une sonde rigide; on continue de même jusqu'à obturation complète de la cavité utérine. Ce premier tamponnement reste à demeure durant deux jours et, au bout de ce temps, on lui en substitue un autre plus volumineux. Au bout de six à huit obturations successives, réparties en quinze à vingt jours, on obtient une dilatation telle que l'endoscopie de toute la cavité utérine devient possible.

Mais c'est là un mince avantage à côté des multiples reproches qu'on peut adresser à ce procédé, entre autres, la lenteur de son application et les souffrances qu'il provoque. On peut cependant l'utiliser pour l'hémostase et pour le pansement du cancer utérin.

VI. — CURETTAGE DE L'UTÉRUS (1)

A. Moment de l'opération. — A moins d'urgence, il vaut mieux ne pas opérer au moment même des règles ou à leur approche, mais, de préférence, une semaine environ après leur cessation.

(1) Voir, pour l'historique et l'exposé détaillé de l'opération, l'excellente revue de Pichesin, in *Gaz. des hôp.*, 3 avril 1890.

B. Soins préliminaires.

a. DILATATION PRÉALABLE. — La dilatation préalable est nécessaire toutes les fois que le canal utérin n'admet pas facilement le passage des instruments.

Quand nous pouvons attendre et que la malade s'y prête, nous préférons généralement, à la dilatation rapide par les divulseurs et les bougies, la dilatation lente par la laminaire et l'éponge, qui étale les tissus à abraser, les aseptise et prépare, ou même commence leur détachement.

b. ANESTHÉSIE. — Si la malade est courageuse, peu nerveuse, si l'utérus est suffisamment ouvert de lui-même et peu sensible, si les annexes ne sont pas enflammées, on peut se passer de l'anesthésie ou ne recourir qu'aux badigeonnages à la cocaïne. Mais, avec la narcose, on est beaucoup plus sûr de faire un curettage complet.

c. CHOIX DES AIDES ET DES INSTRUMENTS. — En dehors de l'aide chargé de l'anesthésie, un seul suffit, à la rigueur, si la malade, une fois placée dans la position sacro-dorsale, a les jambes maintenues par un appareil.

On réunira les instruments suivants : un dépresseur périnéal (valve de Sims ou de Simon), un écarteur, une pince à abaissement du col, un hystéromètre, une sonde à irrigation intra-utérine avec appareil laveur, une pince à pansement, un dilateur mécanique ou les bougies d'Hégar si la dilatation préalable n'a pas été faite, un ou deux écouvillons (fig. 234), enfin, des curettes (fig. 235, H). On

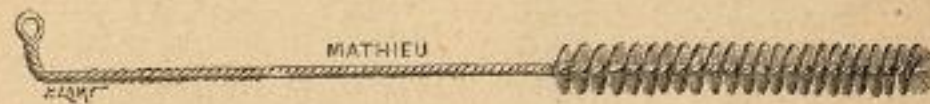


Fig. 234. — Ecouvillon de Doléris.

aura le choix entre des modèles très variés : curettes en forme de gouttière (Récamier, Roux, Martin, Pozzi) (fig. 235 : 2 et D), de cuiller (fig. 235 : 1) ou de cupule (Simon) (fig. 235 : A, B, C), de boucle plus ou moins allongée et incurvée (Sims) (fig. 235 : 3 et E, F, G), à manche flexible (Thomas, Sims, Simpson), etc.

Pour le curettage des muqueuses hyperplasiques, on se servira de préférence, sur les différentes faces de la paroi utérine, de curettes en cuiller ou en boucle assez large et, au niveau des cornes, d'une curette à boucle étroite, du modèle Sims, à tranchant perpendiculaire (fig. 235 : E). Pour le curettage obstétrical, les curettes en gouttières longues et larges sont celles qui conviennent géné-