

Les fils du périnée (les autres sont en catgut) sont laissés une dizaine de jours en place.

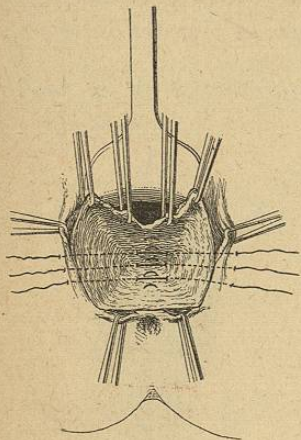


Fig. 881.

Procédé de Lawson-Tait-Pozzi.  
Dédoublément. Sutures.

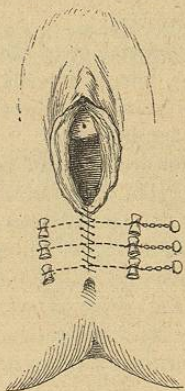


Fig. 882.

Procédé de Lawson-Tait-Pozzi.  
Sutures profondes et superficielles.

La malade ne doit commencer à se lever qu'au bout de trois semaines.

## VAGIN

**Colporrphies.** — La colporraphie postérieure est toujours combinée à une périnéorrhaphie, et nous l'avons déjà étudiée<sup>1</sup>.

**Colporraphie antérieure.** — La colporraphie sur la paroi antérieure, vésico-urétrale, du vagin se fait par les procédés d'avivement que nous avons décrits pour le prolapsus de la paroi vaginale postérieure<sup>2</sup>. La forme de l'avivement représente

<sup>1</sup> Voy. p. 408.

<sup>2</sup> Voy. p. 409.

un ovale plus ou moins allongé suivant l'étendue de la procidence (fig. 883).

La suture à un seul plan est largement suffisante.

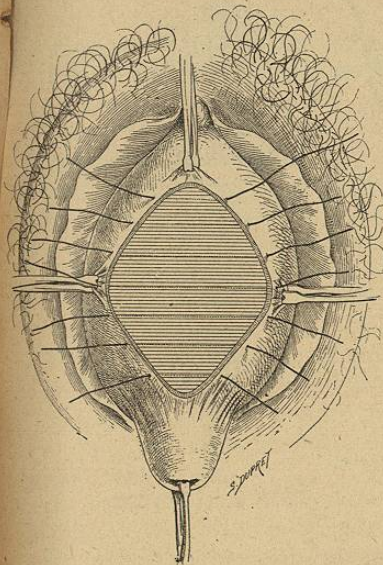


Fig. 883.

Colporraphie antérieure.  
Procédé de Hégar.

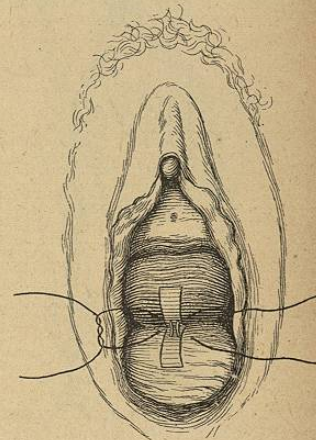


Fig. 884.

Cloisonnement du vagin  
(L. LE FORT).

**Cloisonnement du vagin (LE FORT).** — L'utérus prolabé étant réduit, on marque par deux petites incisions le point où les parois vaginales se mettent en contact à l'entrée du vagin.

L'utérus sorti, on dispose deux surfaces d'avivement sur les parois antérieure et postérieure du vagin (fig. 884). Chaque bande a 1 centimètre et demi de largeur. L'avivement est fait au bistouri ou aux ciseaux.

On place ensuite les sutures. Des fils sont disposés en U

(fig. 884) et placés comme l'indique la figure 885. Les fils serrés, les deux surfaces sont accolées.

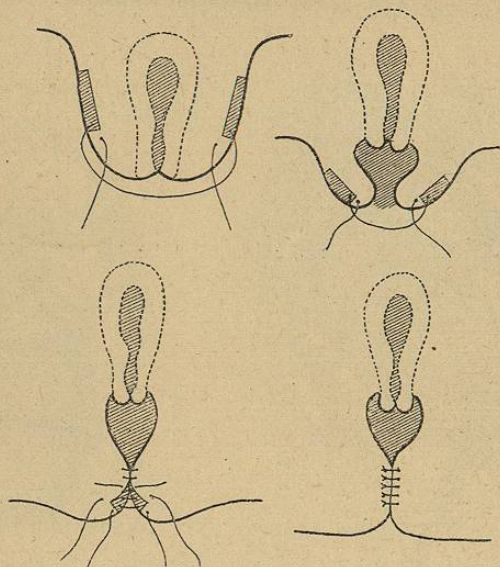


Fig. 885.

Cloisonnement du vagin (L. LE FORT). Schéma (MALGAIGNE et LE FORT).

**Colpotomie.** — La malade placée dans la position gynécologique, le vagin nettoyé comme d'habitude, on place une large et courte valve vaginale postérieure. On saisit la lèvre postérieure du col avec une solide pince à traction et on fait soulever par un aide le col contre le pubis (fig. 886).

Le cul-de-sac vaginal postérieur bien exposé à la vue, on incise transversalement, à la base du col, la muqueuse vaginale, sur la largeur du col (fig. 886), et on ouvre le cul-de-sac péritonéal accolé à la paroi vaginale.

Tantôt la collection purulente est ainsi ouverte du premier

coup, tantôt on n'a ouvert que le cul-de-sac de Douglas. Le doigt suivant la face postérieure de l'utérus peut alors rencontrer la collection purulente qu'il faut ouvrir. Il arrive quelquefois que l'ouverture du cul-de-sac donne issue à du liquide séreux, et ce n'est qu'ensuite qu'on ouvre l'abcès.

Une main placée sur l'hypogastre permet de se rendre compte, par le palper bimanuel, de la situation et du volume de la poche à ouvrir. Pour pratiquer cette ouverture, on fait fixer la poche par la main d'un aide placée à l'hypogastre, ou on la fixe soi-même, et, avec un clamp ordinaire, droit ou légèrement courbé, on effondre la paroi juste contre l'utérus. Lorsque l'instrument a pénétré et que le pus s'écoule, on écarte largement les mors de la pince que l'on retire. On agrandit ainsi l'ouverture sans inciser.

On s'assure que la poche ouverte est unique, qu'il n'existe pas de cloison à déchirer du doigt, et on draine. Un drain en croix, dont on écrase dans une pince les branches latérales

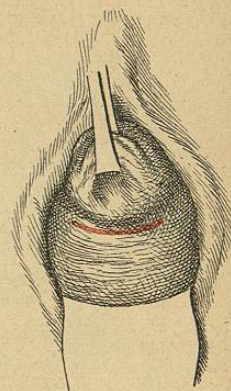


Fig. 886.

Colpotomie postérieure.  
Tracé de l'incision.

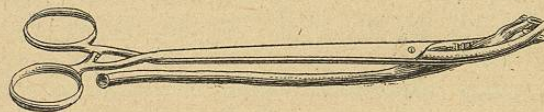


Fig. 887.

Prise du drain en croix avec une pince.

(fig. 887), est poussé jusque dans la poche ouverte (fig. 888). On tamponne le vagin, autour du drain, avec de la gaze, et on place un pansement vulvaire maintenu par un bandage en T.

Le tamponnement est changé au bout de deux jours et le drainage longtemps maintenu.

**Fistules vaginales.** — *Fistules vésico et uréthro-vaginales.* — On peut opérer ces fistules par voie vaginale ou par voie sus-pubienne, après ouverture de la vessie<sup>1</sup>.

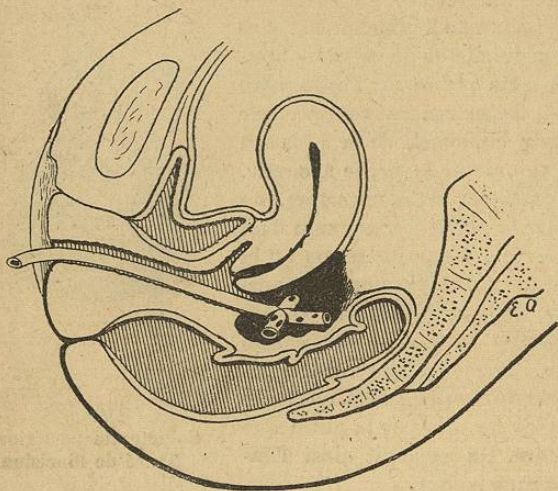


Fig. 888.

Colpotomie postérieure. Drain en croix placé (J.-L. FAURE).

**Voie vaginale.** — Deux méthodes sont employées : l'avivement et le dédoublement, la seconde étant aujourd'hui la méthode de choix.

**Avivement** (Méthode américaine). — *Procédé de Sims.* — La vessie a été traitée pour la cystite, l'urètre dilaté s'il est besoin, le vagin assoupli et dilaté si des brides le rétrécissent ; alors seulement on peut entreprendre la cure de la fistule.

La vulve et le vagin sont préparés et nettoyés comme d'habitude.

<sup>1</sup> Le procédé de MICHAX, *voie ischio-rectale*, n'a été employé qu'une fois par son auteur, et est un procédé d'exception applicable à de très rares cas particuliers.

La malade placée dans la position ordinaire des opérations vaginales (position de la taille), le siège très relevé, on place sur la paroi vaginale des pinces à tractions qui attirent et exposent bien à la vue l'orifice anormal. Une large valve postérieure courte, une ou plusieurs valves étroites latérales convenablement disposées découvrent le champ opératoire.

On pratique alors, autour de la fistule, sur une largeur de 8 à 10 millimètres au moins à partir du bord fistuleux, un avivement suivant tout le pourtour de l'orifice. L'avivement, fait avec un bistouri ou des ciseaux, doit comprendre toute l'épaisseur de la muqueuse vaginale et le bord fistuleux, mais ne pas enlever la muqueuse vésicale. L'avivement bien fait partout, on s'assure encore qu'aucun point ne reste non cruenté (fig. 889).

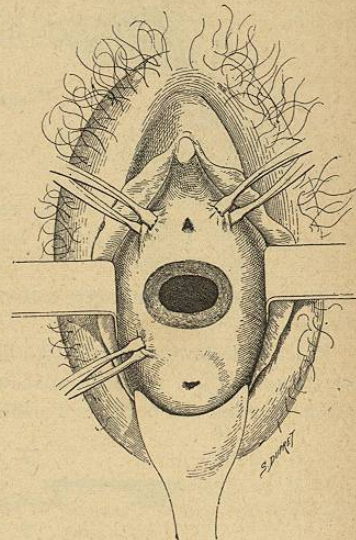


Fig. 889.

Fistule vésico-vaginale. Méthode américaine. Avivement.

Les sutures, placées avec l'aiguille courbe ordinaire ou des aiguilles montées sur pince, sont faites seulement sur l'avivement vaginal, sans points spéciaux sur le bord vésical. On emploie un fil non résorbable et ne se laissant pas infiltrer par les liquides, le fil d'argent fin ou le crin de Florence.

Chaque fil est passé à travers toute la surface cruentée, partant à quelques millimètres d'un bord, reparaissant au fond de la fistule sans prendre la muqueuse vésicale, et traversant l'autre surface avivée pour ressortir à quelques millimètres du bord opposé (fig. 890). Les fils doivent être assez rapprochés pour

ne laisser aucun écartement possible. On tord les fils d'argent, on noue les crins, sans serrer trop pour ne pas couper les tissus, mais assez pour bien affronter.

L'ensemble de la suture représente généralement une ligne

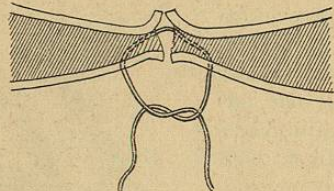


Fig. 890.

Fistule vésico-vaginale. Suture après l'avivement.

transversale, mais peut être aussi verticale, oblique ou en ligne brisée.

*Procédé de Braquehayé.* — Au lieu de supprimer la collerette de muqueuse qui siège au niveau de l'avivement, on la conserve attachée au bord de l'orifice anormal pour la renverser



Fig. 891.

Fistule vésico-vaginale. Procédé de Braquehayé.

en dedans, face cruentée en dehors, et la recouvrir par rapprochement des bords avivés. Voici les temps opératoires décrits par Braquehayé<sup>1</sup> :

Incision circulaire autour de la fistule passant à 7 millimètres au-dessus et à 12 millimètres au-dessous.

Dissection au bistouri et aux ciseaux courbes de l'ilot de muqueuse vaginale ainsi limité ; la dissection, commencée sur

<sup>1</sup> BRAQUEHAYÉ. XIII<sup>e</sup> Congrès de chirurgie, Paris, 1899, p. 659.

l'incision, va jusqu'à 2 ou 3 millimètres du rebord de la fistule (fig. 891).

La collerette disséquée, laissée ainsi adhérente au pourtour de l'orifice, est renversée de façon que la face muqueuse regarde la cavité vésicale, et la face cruentée la cavité vaginale. On suture la collerette renversée par un fil de catgut non perforant, disposé en bourse.

On réunit alors l'un à l'autre les deux bords de la surface avivée comme dans le procédé classique de l'avivement, enfouissant la collerette de la muqueuse vaginale.

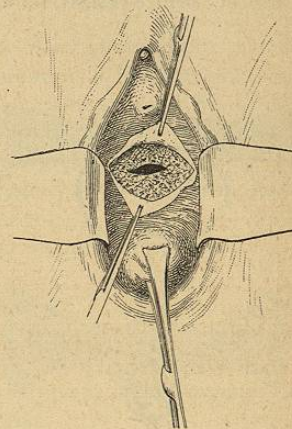


Fig. 892.

Fistule vésico-vaginale. Dédoublement. Dissection des lambeaux.

**Dédoublement** (Méthode française). — *Procédé de Ricard.* — La malade est préparée et placée comme pour l'avivement, la fistule est de même exposée à l'opérateur.

A l'union des muqueuses vésicale et vaginale, sur le pourtour de l'orifice de la fistule, on incise la muqueuse

vaginale. Fixant solidement avec une pince à griffes une des lèvres de l'incision, on prolonge celle-ci à droite et à gauche d'une longueur variable avec les dimensions de l'orifice. On coupe franchement la muqueuse vaginale, et on dissèque successivement chacune des lèvres de l'incision, l'inférieure puis la supérieure, décollant la muqueuse vaginale des tissus sous-jacents, dédoublant la paroi vésico-vaginale (fig. 892). La largeur des lambeaux dédoublés varie suivant l'étendue de l'orifice et la souplesse des tissus ; elle doit toujours être suffisante pour donner des lambeaux souples, très mobiles, et faciles à rapprocher l'un de l'autre, à accoler sans effort par leurs faces cruentées.

Le dédoublement terminé sur les deux lèvres de l'incision (fig. 893), on place les sutures. On emploie le fil d'argent fin ou le crin de Florence solide, une aiguille courbe ordinaire suffit à tous les cas. Chaque fil passe à la base des deux lambeaux de dédoublement, au ras du décollement (fig. 893 et 894). On ne place pas de fils sur l'orifice vésical, on dispose sur la plaie vaginale autant

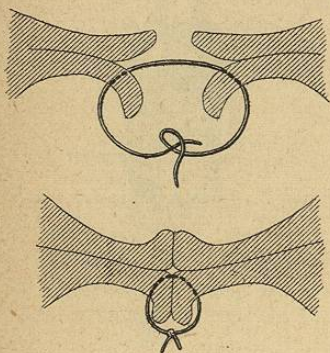


Fig. 893.  
Fistule vésico-vaginale. Procédé  
de dédoublement.

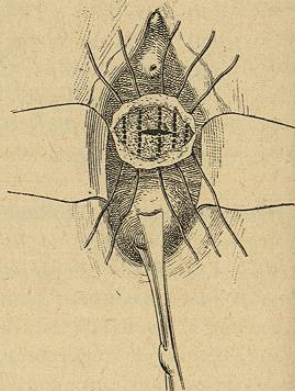


Fig. 894.  
Dédoublement. Sutures.

de points qu'il est nécessaire pour obtenir une occlusion complète.

On s'assure que la suture est hermétique en injectant, sans pression, dans la vessie, une solution très faible de permanganate de potasse dont la teinte rouge serait facile à percevoir dans le vagin.

Quelques opérateurs (QUÉNU, WALCHER, BERGER) placent sur l'orifice vésical une suture indépendante, au catgut, disposée en points séparés ou en bourse.

**Soins consécutifs.** — Le vagin est, après l'opération, tamponné avec de la gaze stérile. On place dans la vessie une sonde de

Pezzer. On maintient sur la vulve un pansement aseptique.

La malade est placée dans son lit, couchée sur le dos, les genoux pliés reposant sur un coussin. La sonde à demeure est adaptée à un tube de caoutchouc qui plonge dans un urinal; elle est maintenue constamment ouverte et son fonctionnement est attentivement surveillé. Si la sonde se bouche, on y pousse une injection d'eau stérilisée.

La sonde est changée tous les trois ou quatre jours, et maintenue à demeure jusqu'à deux jours après l'ablation des fils vaginaux. Cette pratique nous paraît préférable au cathétérisme intermittent, qui multiplie les risques de traumatisme et d'infection.

Le tamponnement vaginal est renouvelé au bout de deux jours et se fait de deux jours en deux jours jusqu'à l'ablation des fils qui a lieu du dixième au douzième jour.

La malade peut se lever au bout de quinze jours.

**Voie hypogastrique** (Trendelenburg). — La vessie est ouverte comme pour une cystotomie ordinaire<sup>1</sup>; et, comme il est impossible de la remplir d'eau stérilisée, il peut être utile de faire refouler la paroi vésicale, à travers la fistule vaginale, par un cathéter ou par le doigt d'un aide.

La vessie ouverte, on étale sa paroi avec des écarteurs comme pour l'ablation de tumeurs vésicales<sup>2</sup>, et on cherche l'orifice de la fistule. Un aide, refoulant la vessie par le vagin, diminue autant que possible la profondeur du champ opératoire.

La fistule est traitée par *avivement* simple ou par *dédoublement* (DUPLAY). Les deux méthodes opératoires sont exécutées par les mêmes procédés que dans l'opération par la voie vaginale; les difficultés étant grandement augmentées par la profondeur de la fistule et l'insuffisance de l'éclairage.

Les sutures sont faites, au catgut, à un ou deux plans suivant qu'on a employé l'avivement ou le dédoublement. Si on a dédoublé, il est bon de mettre une suture spéciale sur la paroi vaginale, puis une sur la paroi vésicale.

<sup>1</sup> Voy. p. 326, t. II.

<sup>2</sup> Voy. p. 333, t. II.

La fistule obturée, on ferme la vessie complètement avec une sonde urétrale à demeure, ou incomplètement avec drainage hypogastrique. Cette seconde façon de faire nous paraît préférable, la fistule hypogastrique s'oblitérant facilement ensuite, lorsqu'on enlève, après six à huit jours, les drains vésicaux.

**Fistules vésico-utérines.** — Ces fistules sont situées dans la partie supérieure du vagin, entamant le col, ou à l'intérieur du col; elles sont donc (Pozzi) juxta-cervicales ou intra-cervicales.

**Fistules juxta-cervicales.** — On peut opérer ces fistules par les mêmes procédés d'avivement ou de dédoublement que les fistules vaginales; l'avivement ou le dédoublement porte en haut sur la lèvre antérieure du col utérin.

Si ces procédés échouent, on peut employer le *décollement cervico-vésical*, suivi de suture indépendante de l'orifice vésical et de la plaie cervicale. On tamponne ensuite la plaie de décollement, la laissant réunir secondairement.

**Fistules intra-cervicales.** — Le traitement de ces fistules est entrepris par la voie vaginale ou par la voie hypogastrique.

**Voie vaginale.** — C'est le décollement utéro-vésical et la mobilisation de l'utérus qu'on utilise (JOBERT, FOLLET). Comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale, on incise le cul-de-sac vaginal antérieur, et on décolle la vessie du col utérin jusqu'au-dessus de la fistule. Le cul-de-sac péritonéal peut être ouvert dans cette manœuvre, on le ferme par des sutures.

Chaque orifice, vésical et cervical, est avivé et suturé indépendamment. On tamponne ensuite la plaie de décollement.

Les soins post-opératoires sont semblables à ceux des fistules vaginales.

**Voie hypogastrique**<sup>1</sup>. — C'est la même opération que pour

<sup>1</sup> Fistule vésico-utérine, etc. LATOUCHE D'AUTUN, *Société de chirurgie de Paris* (rapport RICARD). — *Gazette des Hôpitaux*, 28 août 1897, p. 968.

les fistules vésico-vaginales<sup>1</sup>. Ici cependant, le dédoublement de la fistule est plus difficile qu'avec la paroi vaginale, et on doit se contenter d'un large avivement.

Il faut prendre grand soin d'éviter les orifices urétéraux en plaçant les points de suture.

**Fistules urétéro-vaginales et cervicales.** — L'oblitération de ces fistules s'obtient par *voie abdominale* ou par *voie vaginale*. Nous avons déjà étudié les procédés d'abouchement de l'uretère dans la vessie par voie abdominale (uretéro-cystostomie)<sup>2</sup>.

**Voie vaginale.** — La fistule entame l'uretère à son embouchure vésicale, elle est *uretéro-vésico-vaginale*; ou bien son orifice est éloigné de la vessie, elle est *uretéro-vaginale*.

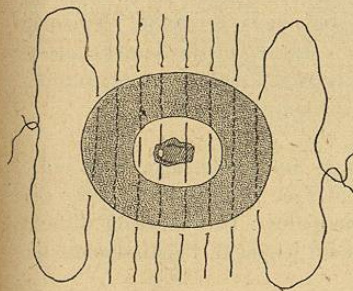


Fig. 895.

Fistule urétéro-vésico-vaginale.  
Voie vaginale. Avivement (M. SCHEDE).

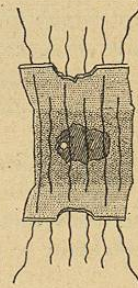


Fig. 896.

Fistule urétéro-vésico-vaginale.  
Voie vaginale. Dédoublement (Pozzi).

Dans quelques cas de ce dernier groupe, l'orifice étant tout près de la vessie, on peut transformer la fistule urétérale en une fistule urétéro-vésico-vaginale, en incisant le petit bout vésical de l'uretère sur une sonde placée par la vessie (à l'aide de la

<sup>1</sup> Voy. p. 427, t. II.

<sup>2</sup> Voy. p. 351, t. II.

cystoscopie ou par une incision vésico-vaginale près de la fistule). On emploie alors pour fermer cette fistule les procédés de fermeture du premier groupe. La fistule fermée, on oblitère par sutures l'incision vésico-vaginale qui a servi à placer la sonde, si on a employé ce moyen au lieu de la cystoscopie.

Les *fistules urétéro-vésico-vaginales*, ou celles que l'on a rendu telles, sont oblitérées par les mêmes procédés d'avivement ou de dédoublement que les fistules vésico-vaginales pures (fig. 895 et 896).

Les *fistules urétéro-vaginales* sont traitées par l'abouchement de l'orifice urétéral dans la vessie, c'est-à-dire par *urétéro-cystostomie vaginale* (MAYO). Voici la description que donne TURFIER<sup>1</sup> : Libérer l'urètre autour de l'orifice fistuleux, l'abaisser aussi loin que possible, le fendre dans l'étendue de un centimètre et y placer une sonde molle qui passera par la vessie et l'urètre. Introduire une sonde rigide dans la vessie, déprimer la paroi latérale pour chercher le point le plus facilement accessible à l'urètre libéré, l'ouvrir en triangle. Réunir par des sutures la muqueuse au catgut et la musculuse à la soie.

**Fistules recto-vaginales.** — Suivant le siège et les indications tirées de la solidité du périnée<sup>2</sup>, on peut oblitérer ces fistules par trois méthodes principales : l'oblitération directe par voie vaginale, le dédoublement périnéal, l'abaissement du rectum.

**Oblitération directe par voie vaginale.** — On peut employer le même procédé de *dédoublement* que pour les fistules vésico-vaginales. L'*avivement simple* est toujours insuffisant. En tous cas il est préférable ici de placer un plan de sutures sur la paroi rectale, en utilisant des points non perforants (fig. 897)

FRICTSCH, LE DENTU, ont aussi décrit des procédés d'*autoplastie par glissement*. FRITSCH (fig. 898) décrit, immédiatement au-dessus

<sup>1</sup> TURFIER. *Bull. de la Société de chirurgie de Paris*, 1895, p. 272.

<sup>2</sup> Voir *Thérapeutique chirurgicale*, RICARD et LAUNAY. Doïn, 1903, p. 724.

de la fistule, une incision courbe convexe en bas, et relève en le disséquant le lambeau de muqueuse vaginale circonscrit par cette incision. Au-dessous de la fistule, il décrit une seconde incision courbe convexe en bas, dont les extrémités rejoignent celles de la première. On excise la muqueuse comprise entre

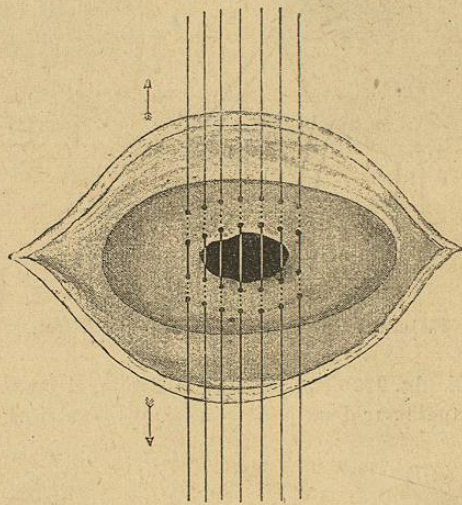


Fig. 897.

Fistule recto-vaginale. Dédoublement.

les deux incisions et comprenant la fistule ; puis on abaisse le lambeau pour le suturer au bord inférieur de la surface disséquée.

LE DENTU trace une incision courbe convexe en haut, passant à un centimètre au-dessus de la fistule, puis une seconde incision courbe passant au niveau du bord inférieur de la fistule, (ABC et AF'C de la fig. 899). On avive la muqueuse vaginale sur toute la surface comprise entre ces deux incisions. A partir de la seconde incision (AFC), on dissèque la muqueuse vaginale de haut en bas de façon à constituer un lambeau AF'C (fig. 900) dont la base

(D) se trouve à un centimètre au-dessous de la fistule. Sur la paroi rectale mise à nu, on enlève un lambeau trian-

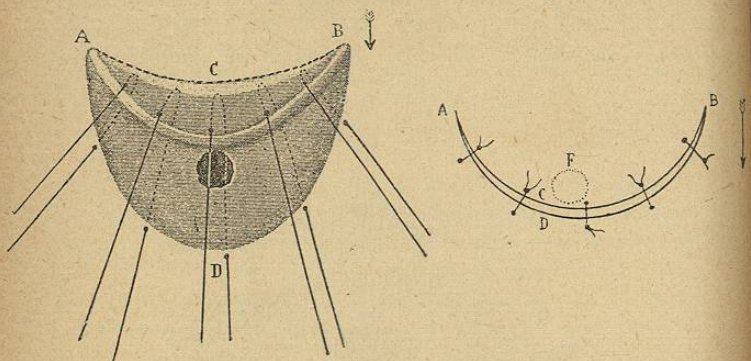


Fig. 898.

Fistule recto-vaginale. Procédé de Fritsch.

gulaire IFK (fig. 900) comprenant la fistule, et on mobilise le bord du triangle par deux petites incisions libératrices (fig. 901).

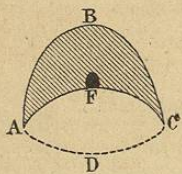


Fig. 899.

Fistule recto-vaginale. Procédé de Le Dentu.

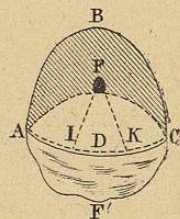


Fig. 900.

Procédé de Le Dentu.

Pour suturer, on remonte le lambeau AF'C au-devant de la surface cruentée, en accolant les parois rectale et vaginale par de larges sutures en U au fil d'argent ne pénétrant pas dans le rectum (fig. 902).

**Dédoublement périnéal.** — On emploie le procédé de péri-

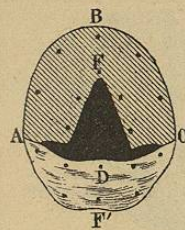


Fig. 901.

Procédé de Le Dentu.

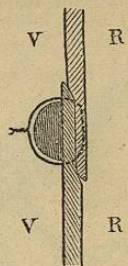


Fig. 902.

Procédé de Le Dentu.

néorrhaphie par dédoublement de LAWSON-TAIT<sup>1</sup>. Le dédoublement est poussé jusqu'au-dessus de la fistule, de façon à bien dégager les orifices vaginal et rectal (fig. 903). On suture indépendamment les orifices rectal et vaginal en prenant soin de placer sur la paroi rectale des fils non perforants. Puis, ou bien on suture complètement la plaie périnéale, ou bien on la laisse largement ouverte, tamponnée avec de la gaze.

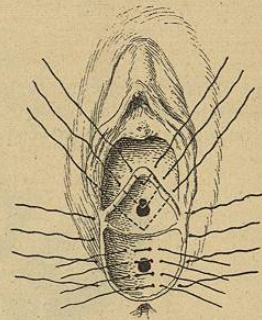


Fig. 903.

Fistule recto-vaginale. Dédoublement et sutures indépendantes.

**Abaissement du rectum** (SEGOND, G. MARCHANT). — P. SEGOND<sup>2</sup>, pour une fistule très élevée, commence par dilater fortement l'anus. Après avoir incisé circu-

lairement la muqueuse rectale à 2 ou 3 millimètres au-dessus

<sup>1</sup> Voy. p. 414, t. II.

<sup>2</sup> P. SEGOND. *Bull. de la Société de Chirurgie*, Paris, 1895. p. 173.



de sa jonction avec la peau, on dissèque le manchon muqueux sur toute la hauteur du sphincter.

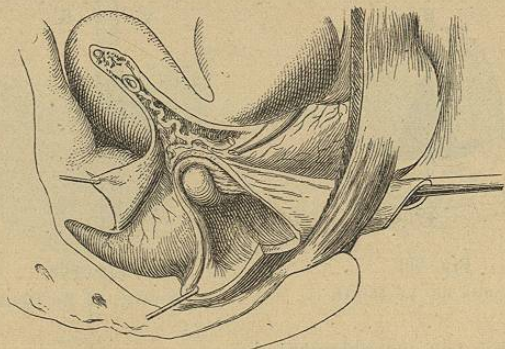


Fig. 904.

Coupe antéro-postérieure du bassin montrant l'obliquité du plan de résection du rectum dans l'abaissement pour cure d'une fistule recto-vaginale par le procédé de Segond (d'après FARABEUR).

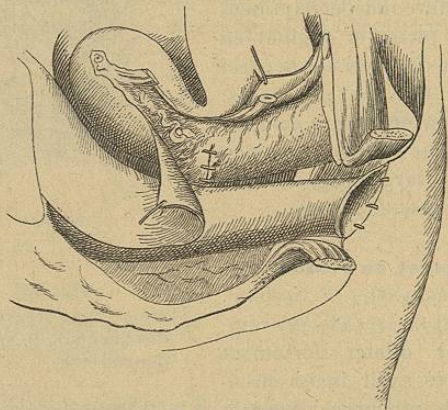


Fig. 905.

Abaissement du rectum pour la cure d'une fistule recto-vaginale par le procédé de Segond. Suture du rectum abaissé. Suture de l'orifice vaginal de la fistule (d'après FARABEUR).

Lorsque la zone sphinctérienne est dépassée, on saisit toute l'épaisseur de la paroi rectale, et, avec les doigts, on dédouble la cloison recto-vaginale jusqu'à la fistule. Prenant le bistouri un instant, on tranche le trajet fistuleux, séparant l'orifice rectal de l'orifice vaginal. On continue ensuite le décollement du rectum en refoulant peu à peu le péritoine.

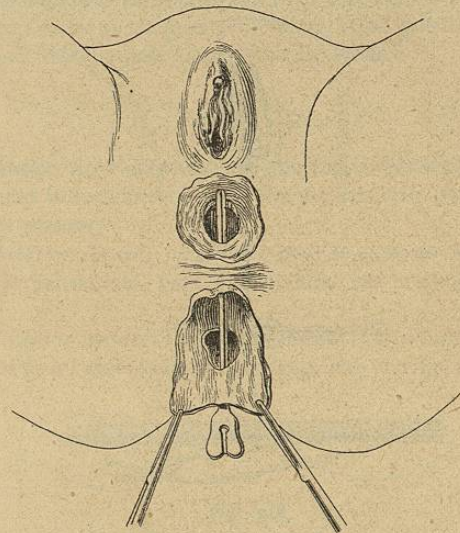


Fig. 906.

Fistule recto-périnéale. Procédé de G. Marchant.

La paroi antérieure du rectum est ainsi complètement libérée mais la paroi postérieure tient toujours; prenant appui sur le segment libéré, on mobilise et abaisse tout le segment rectal situé sous la fistule de façon à amener à l'anus le niveau de la fistule. La résection est ainsi plus étendue en avant qu'en arrière (fig. 904).

Le segment rectal sous-jacent à la fistule excisé, on suture le rectum abaissé au niveau de l'anus (fig. 905).

Par le vagin, on avive et suture l'orifice vaginal de la fistule

G. MARCHANT<sup>1</sup> propose pour les fistules recto-vaginales un procédé analogue qu'il a appliqué à un cas de large *fistule recto-périnéale*. L'anus dilaté, on incise circulairement la muqueuse anale à cinq millimètres environ au-dessus de la peau. On dissèque le manchon muqueux et on l'abaisse en libérant la muqueuse autour de la fistule (fig. 906). On attire au dehors l'orifice

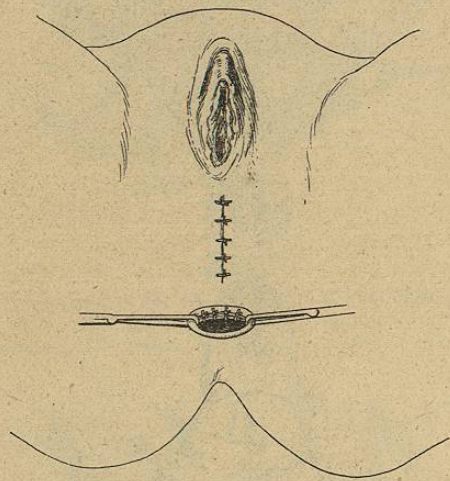


Fig. 907.  
Fistule recto-périnéale. Procédé de G. Marchant.

rectal de la muqueuse, et on sectionne celle-ci au-dessus pour suturer le bout supérieur de la muqueuse à la bande conservée au niveau de l'anus (fig. 907).

On achève en suturant par le vagin l'orifice vaginal, ou en plaçant des sutures sur le périnée.

Les soins pré et post-opératoires sont les mêmes que pour les opérations sur le rectum<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> G. MARCHANT. *Bull. de la Société de Chirurgie*, 1902, p. 321.

<sup>2</sup> Voy. p. 261, t. II.

**Fistules entéro-vaginales.** — Les procédés sont les mêmes que ceux de la cure de l'anus artificiel et des fistules cutanées stercorales<sup>1</sup>.

#### UTÉRUS ET ANNEXES

Nous grouperons les opérations qui s'adressent à l'utérus ou à ses annexes en deux groupes principaux, selon qu'elles sont pratiquées par *voie vaginale* ou par *voie abdominale*.

#### A) VOIE VAGINALE

**Curettage de l'utérus.** — L'anesthésie générale n'est pas absolument indispensable, mais elle est très utile pour faire un curettage sérieux.

La *dilatation du col*, nécessaire pour le passage de la curette et pour le pansement, peut être obtenue par méthode lente ou rapide.

La dilatation *lente* est toujours préférable à la dilatation rapide. Elle est faite à l'aide de lamineaires (fig. 908) stérilisées. On intro-



Fig. 908.  
Laminaire.

duit, après lavage du vagin, pendant les deux ou trois jours qui précèdent l'opération, une laminaire que l'on laisse vingt-quatre heures, pour la remplacer par un numéro plus élevé. Un tamponnement vaginal maintient le tige en place; la malade doit garder le lit.

La dilatation *rapide* que l'on peut toujours éviter car les opérations d'urgence se font sur les utérus dilatés puerpéraux, ne sera jamais obtenue avec les dilateurs à branches, dangereux pour

<sup>1</sup> Voy. *Thérapeutique chirurgicale*, RICARD et LAUNAY, 1903, page 725.