

aisé ; la main de l'opérateur ne saurait évoluer facilement dans le vagin qui, si extensible soit-il, n'en réagit pas moins du fait même de son élasticité. C'est une opération assez longue, exposant à une perte de sang notable, et réclamant la chloroformisation.

L'emploi des pinces plus commode pour l'opérateur, a le grave tort d'avoir pu produire des perforations, et n'y aurait-il qu'un cas de mort, cela suffit pour qu'on lui préfère d'autres moyens.

Il reste l'écouvillonnage et le curettage.

L'écouvillonnage ne convient qu'aux cas de rétention des membranes qui s'enrouleraient autour de lui comme des toiles d'araignée. Il est impuissant à arracher les débris placentaires et cède le pas au curettage que d'ailleurs il doit suivre et compléter.

Le curettage est entré largement dans la pratique des gynécologues mais il n'a guère la faveur des accoucheurs. On lui a fait des reproches que je n'ai pas à discuter ici, car si l'emploi de la curette mousse à grande boucle permet d'éviter sûrement la perforation, l'écouvillonnage qui, à mon avis, doit terminer l'opération, la complète heureusement.

Quant à ses avantages, ils sont : extraction plus complète, plus sûre, plus rapide, plus aisée qu'avec les autres procédés, perte de sang moindre, douleur insignifiante et par suite inutilité de la chloroformisation.

Voici comment procède Dolérès dont j'emprunte la technique.

Je ne juge pas utile de décrire les préliminaires de l'intervention : asepsie des mains de l'opérateur, des instruments, du champ opératoire ; ils sont les mêmes que pour toute autre. Je rappelerai seulement que pendant l'injection vaginale qui doit dépasser au moins trois ou quatre litres de liquide, il est néces-