

sa muqueuse seule qui est le plus fortement atteinte, le tampon n'arrivant dans la cavité utérine qu'en partie exprimé; or son action trop énergique au niveau du col peut donner lieu à des sténoses consécutives. Après avoir promené le caustique dans l'utérus, il faut soigneusement en essuyer la cavité.

Peaslee a inventé une sorte de spéculum destiné à protéger le col contre l'action des caustiques; son emploi est incommode; on pourrait utiliser un simple tube de verre coudé, comme Woodbury (de Washington). Dans le même but, J. Hoffmann enveloppe d'ouate la canule d'une seringue, percée de plusieurs orifices, l'introduit comme un tampon dans l'utérus et imbibe alors seulement la ouate du liquide médicamenteux, en faisant jouer le piston.

Je n'emploie pas, pour ma part, ce mode de traitement. Malgré toutes les précautions prises, il est difficile, quoi qu'on en dise, d'être à l'abri d'un rétrécissement du col, après des cautérisations ayant porté sur tout le pourtour de son orifice. Mais ce n'est pas la principale objection qu'on puisse faire : à moins de faire précéder chaque séance de cautérisation d'une séance de dilatation très pénible, ou de faire dans l'intervalle un tamponnement pour la maintenir, on ne peut être sûr de pénétrer bien au delà du col, et on n'atteint sûrement pas le fond du corps. On ne touche donc qu'une partie de la muqueuse malade, et, tandis que la portion cervicale est trop fortement cautérisée, l'action thérapeutique est nulle au-dessus.

Les cautérisations à l'aide d'injections caustiques ont été faites, il y a longtemps, par Lisfranc et Vidal de Cassis<sup>1</sup>. De longues discussions suivirent, pour démontrer le plus ou moins grand danger de passage du liquide dans les trompes. Ce passage, qu'on réalise facilement sur le cadavre en se mettant dans des conditions qui n'existent pas sur le vivant, est, en réalité, très difficile, pourvu que deux conditions soient observées : la canule par où passe l'injection ne doit pas passer à frottement dans le col, de façon que le retour du liquide soit facile autour de cette canule; l'injection ne doit pas être poussée avec grande force, et le jet ne doit pas être dirigé dans l'axe de l'utérus. Cette double condition est parfaitement réalisée dans les seringues à injections intra-utérines de divers modèles, en particulier celle de Collin, ou celle de C. Braun qui a l'avantage, étant en gomme durcie, de se prêter à l'injection de toute espèce de liquide, sans s'altérer (fig. 122). C'est une opération très bénigne. Certes, on ne doit pas méconnaître quelques cas malheureux : mais dans beaucoup de ces cas il existait, à n'en pas douter, des dispositions anatomiques excep-

Injections  
caustiques

<sup>1</sup> VIDAL DE CASSIS. *Essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de la matrice par les injections intra-vaginales et intra-utérines*, Paris, 1840.

tionnelles (dilatation de la trompe)<sup>1</sup>; dans d'autres, la technique opératoire n'était peut-être pas parfaite.

On a injecté plusieurs espèces de liquides : les meilleurs paraissent être la teinture d'iode, la glycérine créosotée et le perchlorure de fer. Il suffit d'en injecter 5 grammes environ, ce qui est la contenance de la seringue de Braun. Je me sers beaucoup des injections de teinture d'iode, mais seulement quelques jours après un curettage préliminaire, suivi lui-même d'une injection au perchlorure de fer. Je commence les injections iodées 5 jours après le curettage et j'en fais, dans les cas de catarrhe très intense, une tous les deux jours, durant deux semaines.

Je préfère la teinture d'iode aux solutions de créosote de bois de hêtre dans la glycérine, à 1/3 et à 1/10, employées par Doléris.

On peut introduire la canule de la seringue dans la cavité utérine en s'aidant de la vue, au fond d'un spéculum. Il faut toujours avoir d'abord reconnu la direction de cette cavité avec l'hystéromètre. Si l'on éprouvait quelques difficultés, on fixerait le col avec une pince tire-balle, et on opérerait sur la lèvre une légère traction dans le sens opposé à la déviation du corps utérin, les parois vaginales étant maintenues écartées avec des valves. On poussera doucement l'injection intra-utérine, en retirant la canule peu à peu du fond de l'organe vers le col. Il est ordinairement inutile de dilater ce dernier : on ne le ferait que si la canule ne s'y mouvait pas librement, de manière à permettre le reflux du liquide autour d'elle. Pendant qu'on pousse l'injection intra-utérine, on fait faire une large irrigation du vagin pour empêcher la cautérisation de ses parois.

J'ai vu parfois une assez vive douleur, un vomissement, une lipothymie, suivre une injection intra-utérine; mais jamais je n'ai observé d'accident sérieux.

On a reproché à la teinture d'iode de précipiter l'albumine et de former des caillots et des grumeaux dans la cavité utérine. C'est une erreur qu'ont réfutée les expé-



Fig. 122. — Seringue à injections intra-utérines de Ch. Braun.

<sup>1</sup> V. HASELBERG. *Monatsschr. f. Geb.*, 1869, Bd. XXXIV, p. 162. — BARNES. *Obstetr. operations*, 2<sup>e</sup> édit., p. 468. — KERN. *Würtemb. med. Corresp.*, 1870, n<sup>o</sup> 7. — E. SPAETH. *Centr. f. Gyn.*, 1878, n<sup>o</sup> 25, p. 595.

riences de Nott<sup>1</sup>. L'iode forme simplement un précipité très fin, sous forme de *badigeon*, sur la muqueuse et son action antiseptique bien connue se prolonge ainsi pendant fort longtemps. Les huiles essentielles et les composés aromatiques, tels que la créosote, etc., ont une action beaucoup plus fugace. Quant à l'iodoforme, il serait dangereux de l'injecter en solution au fond de l'utérus; l'absorption de ce médicament pourrait provoquer des accidents sérieux.

Curettage.

**Curettage.** — Avec plusieurs auteurs<sup>2</sup>, j'adopte ce mot, qui signifie étymologiquement *emploi de la curette*. Je le préfère à celui plus répandu de *curage*, qui a une signification trop énergique, et à celui de *curettement*, usité en Allemagne, qui est une expression lourde et barbare, comme beaucoup de mots germanisés tirés du français.

Le curettage de l'utérus, inventé par Récamier, tombé ensuite dans le discrédit, a repris une nouvelle faveur avec la renaissance antiseptique des opérations gynécologiques. Il occupe aujourd'hui, en France comme à l'étranger, une grande place dans le traitement des métrites<sup>3</sup>.

Curettes.

Le choix de la curette n'est pas indifférent; il y en a plusieurs variétés dont les principales sont : la cuiller tranchante de Simon (qui doit être réservée aux évidements de col cancéreux et aux fongosités utérines très développées), la curette en boucle tranchante de Sims (excellente pour détacher les produits polypifformes); la curette flexible et mousse de Thomas, modifiée par Simpson, qui est très usitée en Amérique; la curette mousse de Récamier-Roux<sup>4</sup>, qu'a adoptée Martin et que je préfère également (j'en ai fait construire une par Collin d'un modèle un peu spécial). Elle présente l'avantage, sur la curette en boucle, d'entraîner hors de la cavité utérine la majeure partie de ce qu'elle vient de détacher<sup>5</sup> (fig. 125).

Je suis partisan résolu des curettes mousses<sup>6</sup> dans l'endométrite;

<sup>1</sup> NOTT. *Amer. Journ. of obstet.*, 1870, t. III, p. 56.

<sup>2</sup> WALTON. *De la curette et de ses applications en gynécologie; curettage, etc.* (*Annal. de la Soc. de méd. de Gand*, 1886, t. 65, p. 97.)

<sup>3</sup> MÉLIK, DESMOULINS, VÉPER. *Thèses de Paris*, 1887. — DESPRÉAUX. *Id.*, 1888. — POUILLÉ. *Lyon méd.*, 19 févr., 4 mars 1888, t. LVII, p. 275, 521. — BOUREAU. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1888, nos 2, 3 et 4. — R. PICHEVIN. *Du curage de l'utérus* (*Arch. d'obst. et de gyn.*, 1890, t. V, p. 549, 597 et 454); — *Du traitement chirurgical de l'endométrite chronique* (*Gaz. des hôp.*, 1890, p. 427).

<sup>4</sup> Le modèle original de Récamier a une extrémité légèrement courbée que je trouve défectueuse.

<sup>5</sup> On a fabriqué des curettes munies d'un manche creux et d'une cupule perforée qui permettent de faire l'irrigation intra-utérine, en même temps que le curettage. Je ne vois là qu'une complication plutôt qu'une simplification de la technique. L'instrument, en outre, est difficile à nettoyer parfaitement.

<sup>6</sup> Le terme *émoussé* serait plus exact que celui de mousse; il faut, en effet, que les

il ne s'agit pas en effet, ici, comme pour le curage du cancer, d'éviter un tissu résistant; il est nécessaire seulement de fortement gratter une paroi musculaire dure, tapissée d'un revêtement déjà mou par lui-même et encore ramolli par l'inflammation. On comprend dès lors

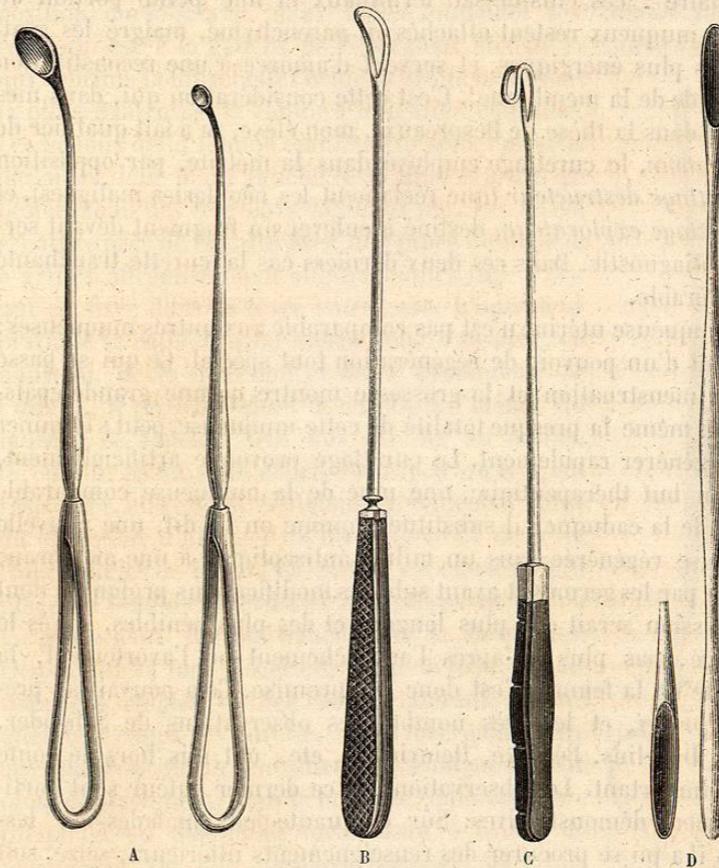


Fig. 125. — A. Curettes ou cuillers de Simon (tranchantes). — B. Curette de Sims (tranchante); la tige est en cuivre malléable. — C. Curette mousse, pour ablation de débris dans l'utérus. — D. Curette de Récamier-Pozzi, à bords émoussés.

qu'il suffise de racler, pour ainsi dire, avec une lame mince l'intérieur de la cavité utérine, pour être sûr de détacher tout ce qui est peu résistant, c'est-à-dire précisément la muqueuse malade. Les curettes mousses ont, en outre, l'avantage d'exposer, bien moins que les curettes tranchantes, à la blessure du parenchyme utérin, alors même qu'on emploie une assez grande force; si on a toujours soin d'enfoncer la curette dans une direction oblique par rapport au tissu

bords de la curette soient très minces sans être tranchants, comme la lame d'un couteau non affilé.

utérin, on évitera presque à coup sûr tout danger de perforation, en dehors de l'état post-puerpéral.

Par le curettage, on n'enlève jamais toute l'épaisseur de la muqueuse; on sait que les glandes pénètrent jusque dans la couche musculaire : ces culs-de-sac terminaux et une petite portion du chorion muqueux restent attachés au parenchyme, malgré les grattages les plus énergiques, et servent d'amorce à une reconstitution très rapide de la membrane<sup>1</sup>. C'est cette considération qui, dans mes cours et dans la thèse de Despréaux<sup>2</sup>, mon élève, m'a fait qualifier de *modificateur*, le curettage employé dans la métrite, par opposition au *curettage destructeur* (que réclament les néoplasies malignes), et au *curettage explorateur*, destiné à enlever un fragment devant servir au diagnostic. Dans ces deux derniers cas la curette tranchante est préférable.

La muqueuse utérine n'est pas comparable aux autres muqueuses; elle jouit d'un pouvoir de régénération tout spécial. Ce qui se passe dans la menstruation et la grossesse montre qu'une grande épaisseur, ou même la presque totalité de cette muqueuse, peut s'éliminer et se régénérer rapidement. Le curettage provoque artificiellement, dans un but thérapeutique, une mue de la muqueuse comparable à celle de la caduque; il substitue, comme on l'a dit, une nouvelle muqueuse régénérée dans un milieu antiseptique, à une membrane infectée par les germes et ayant subi des modifications profondes dont la régression serait des plus longues et des plus pénibles. Après le curettage, pas plus qu'après l'accouchement ou l'avortement, la fécondité de la femme n'est donc compromise. Cela pouvait se prévoir *a priori*, et les très nombreuses observations de Schröder, Martin, Düvelius, Bénicke, Heinrichius<sup>3</sup>, etc., ont mis hors de doute ce fait important. Les observations de ce dernier auteur sont particulièrement démonstratives. Sur cinquante-deux malades sur lesquelles il a pu se procurer des renseignements ultérieurs, seize, soit 50 pour 100, sont devenues enceintes. La grossesse a débuté deux fois cinq semaines et une fois huit semaines, après le curettage.

On doit s'attendre seulement à ce que souvent la première menstruation fasse défaut, parfois même la deuxième et la troisième. J'ai vu, dans un cas, l'aménorrhée durer quatre mois.

**Technique du curettage.** — On doit de préférence choisir, pour faire l'opération, les premiers jours qui suivent les règles. Quoique l'opé-

Stérilité après le  
curettage.

Technique  
du curettage.

<sup>1</sup> J. DÜVELIUS. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1884, t. X, p. 175.

<sup>2</sup> DESPRÉAUX. *Du curettage de l'utérus, indications et technique*, th. de Paris, 1888.

<sup>3</sup> SCHRÖDER. *Loc. cit.*, p. 132. — A. MARTIN. *Loc. cit.*, p. 32. — DÜVELIUS. *Loc. cit.* — BÉNICKE. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1885, t. XI, p. 411. — HEINRICHIUS (de Helsingfors). *Gynäk. og obstet. Med.* Vol. VI, n° 3, p. 199.

ration soit peu douloureuse et que je l'aie parfois pratiquée sans anesthésie, je préfère généralement endormir les malades. L'antiseptie préliminaire du vagin et de la vulve aura été pratiquée, suivant les règles déjà établies (p. 4). La malade est placée dans la position dorso-sacrée, deux aides soutenant ses cuisses relevées; celui qui est à la gauche de l'opérateur abaisse la courte valve plate qui déprime la fourchette; celui de droite maintient la pince fixatrice et la canule à irrigation continue. Les genoux de la femme étant serrés sous l'aisselle des aides, leur main gauche reste libre et peut, au besoin, tenir des écarteurs vaginaux (fig. 11). Le col est attiré près de la vulve avec une pince de Museux à griffes affrontées, non chevauchantes (fig. 124), qui est fixée dans la lèvre antérieure. L'opérateur pratique le cathétérisme utérin pour s'assurer, de nouveau, de la direction et de la profondeur de l'utérus. Il présente alors la curette à l'orifice du museau de tanche. Neuf fois sur dix au moins, la curette passe sans effort. Pour peu qu'il y ait résistance, elle est immédiatement vaincue à l'aide du dilatateur d'Ellinger ou du passage de deux ou trois bougies de Hegar. La curette est alors dirigée jusqu'au fond de l'utérus, et le grattage est fait en la promenant successivement sur la face antérieure, sur la face postérieure, sur le fond, au niveau des angles et des bords latéraux. Après quelques coups de curette, assez forts pour faire *crier* le tissu utérin, on retire l'instrument et on le plonge rapidement, pour le nettoyer, dans un verre rempli d'eau phéniquée forte, tenu à droite de l'opérateur. On doit toujours repasser deux fois au même endroit, et faire de suite un second curettage de revision, en suivant de nouveau toute la surface interne de l'utérus. On procédera rapidement : un grattage complet demande à peine trois minutes. Aussitôt après, la sonde à double courant (fig. 8) de Bozeman-Fritsch est introduite, et le chirurgien, s'emparant de la canule à irrigation continue, qui n'a pas cessé de couler lentement sur le col, l'ajuste au pavillon de la sonde (muni d'un petit ajutage de caoutchouc) et lave largement la cavité utérine avec la solution phéniquée chaude à 1 pour 100 qui servait à l'irrigation continue. Il fait passer un quart de litre à un demi-litre, jusqu'à ce que l'eau, d'abord très sanglante, ressorte à peine teinte; ce lavage est hémostatique, antiseptique, et sert, en outre,

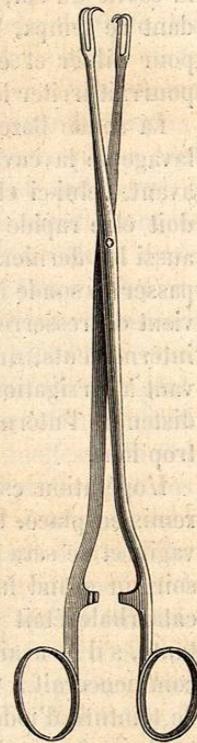


Fig. 124. — Pince de Museux à griffes affrontées.

à entraîner les lambeaux de muqueuse et les caillots demeurés dans l'utérus.

La sonde est retirée, remplacée par la canule de la seringue de Braun (remplie d'une solution de perchlorure de fer à 50 degrés, ou de teinture d'iode), et poussée jusqu'au fond de l'organe. On injecte en retirant peu à peu la canule, de manière à finir l'injection dans la cavité du col, après l'avoir commencée au fond de l'utérus. Pendant ce temps, l'irrigation continue est faite à plein jet sur le col pour diluer et entraîner le liquide caustique qui s'en échappe et pourrait irriter le vagin et la vulve.

La sonde Bozeman-Fritsch est aussitôt réintroduite, et un grand lavage de la cavité utérine est fait de nouveau, comme un instant avant. Celui-ci chasse l'excès de caustique dont l'action sur l'utérus doit être rapide et le séjour dans la cavité très court; il entraîne aussi les derniers caillots. Si l'on éprouve quelque difficulté à faire passer la sonde à double courant par le col que l'action du caustique vient de resserrer, on peut sans danger y pratiquer, par petits jets intermittents, une injection à l'aide de la longue et fine canule servant à l'irrigation continue; il faut seulement avoir soin de ne pas distendre l'utérus et de ne pas oblitérer le col en enfonçant la canule trop loin.

L'opération est terminée; la pince fixatrice est enlevée, l'utérus remis en place. Un tampon de gaze iodoformée est placé au fond du vagin et ne sera retiré que le troisième jour. On fera alors matin et soir un grand lavage du vagin au sublimé à 1/2000; si la métrite catarrhale était très invétérée, et la muqueuse enlevée très végétante, s'il y avait des signes de légère salpingite concomitante, on commencerait à faire tous les deux jours une injection intra-utérine de teinture d'iode. On fera ainsi de quatre à huit injections pour un traitement complet.

C'est de *teinture d'iode* que je me sers pour la première injection caustique qui suit immédiatement le curettage, quand il s'agit de métrite catarrhale récente; dans les cas plus invétérés ou quand le suintement sanguin le réclame, j'emploie le *perchlorure de fer*.

On peut, en règle générale, supprimer, chez les femmes, ayant eu des enfants (excepté dans les cas de déviation prononcée ou de sténose de l'orifice), un temps recommandé en France par la généralité des opérateurs, la dilatation préalable avec la laminaire. Elle est inutile pour l'introduction de l'instrument; elle est illusoire relativement à la facilité d'écoulement des sécrétions, car la dilatation artificielle ne persiste pas au delà de quelques heures; quant aux débris de muqueuse et aux caillots, ils doivent avoir été d'emblée soigneusement expulsés par un lavage intra-utérin. Or, la suppression de ce

temps préliminaire n'est nullement indifférente: la dilatation lente du col est souvent très douloureuse; la femme qui y a été soumise, la veille de l'opération, a généralement passé une nuit d'insomnie, elle est dans un grand état d'irritation nerveuse auquel se joint parfois un peu de fièvre causée par la poussée aiguë que la dilatation imprime à la métrite. Après avoir toujours fait cette dilatation pour mes premiers curettages, je me suis, depuis quatre ans, décidé à l'abandonner, sauf indication spéciale, suivant en cela, du reste, les exemples autorisés de Martin, Fritsch<sup>1</sup>, etc. Ce dernier a même vu la dilatation préalable causer des accidents graves dans un cas où une végétation polypeuse intra-cervicale avait été mortifiée par la pression.

La perforation de l'utérus, si redoutée des chirurgiens qui ne sont pas familiarisés avec cette petite opération, n'est nullement à craindre dans l'endométrie, si l'on opère avec une curette mousse et toujours dirigée obliquement par rapport au tissu utérin, après reconnaissance exacte de la direction de la cavité où l'on manœuvre. Il faut, toutefois, se défier de la consistance de l'utérus, après des accouchements ou des avortements récents; il est alors très mou, aminci, et peut être perforé avec une facilité extrême. On sera généralement averti de ce danger par les commémoratifs, d'abord, puis par l'augmentation de la cavité utérine et la mollesse du col. Dans un cas de ce genre, je crois avoir moi-même perforé l'utérus, ce que je reconnus de suite, car je sentis la curette s'enfoncer subitement à une profondeur excessive, dans la direction de l'ombilic. Je m'abstins simplement de faire l'injection intra-utérine, et la malade guérit sans avoir présenté d'autre accident qu'un vomissement bilieux, le lendemain de l'opération. Doléris a cru pouvoir considérer dans des cas analogues comme de fausses perforations, l'erreur provenant de ce que la paroi atone et flasque de l'utérus se laisse déprimer par la curette<sup>2</sup>. Je crois cette interprétation erronée. Les observations rapportées à ce propos prouvent bien plutôt, selon moi, l'innocuité de ce qu'on pourrait appeler la ponction antiseptique de l'utérus.

On a cité, parmi les accidents possibles du grattage utérin, l'hémorrhagie. Je ne l'ai jamais observée sur plusieurs centaines d'opérations: l'injection astringente qui termine la manœuvre ne laisse plus subsister qu'un suintement insignifiant.

J'en dirai autant de la péritonite, même subaiguë et localisée, dont je n'ai pas vu un seul exemple; une exacte antiseptie en garantit complètement.

<sup>1</sup> MARTIN. *Loc. cit.*, p. 214. — FRITSCH. *Die Krankh. der Frauen*, 5<sup>e</sup> édit., 1886, p. 218.

<sup>2</sup> DOLÉRIS. *Loc. cit.*, p. 40.

Accidents  
du curettage :  
Perforation  
de l'utérus.

Hémorrhagie

Péritonite.

Le curettage de l'utérus est le véritable traitement rationnel, le procédé de choix, contre la métrite catarrhale. Dès que les moyens simples ont échoué (traitement général, injections vaginales et intra-utérines, pansements locaux), il ne faut pas hésiter à y recourir. Tarder trop longtemps serait donner le temps aux lésions de la muqueuse de s'accroître : ce serait aussi exposer le parenchyme du corps et surtout du col à des altérations sclérotiques, à des dégénérescences folliculaires; enfin, on ne doit pas oublier la propagation possible des lésions aux trompes, si fréquente dans les métrites catarrhales invétérées.

Traitement des polypes muqueux et de l'hypertrophie folliculaire.

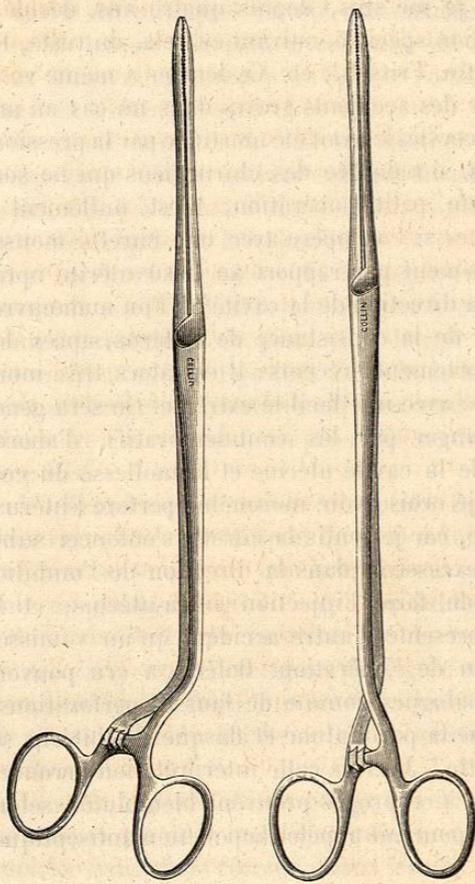


Fig. 125. — Pince à pansement utérin, droite et coudée (pouvant servir à l'ablation des polypes muqueux).

Traitement des ulcérations.

Les ulcérations du col, qui ne sont ordinairement, comme on l'a vu à l'anatomie pathologique, que des néoplasies glandulaires plus ou moins hypertrophiques, n'existent guère, indépendamment d'une inflammation plus profonde de la muqueuse du corps, ainsi que Gosselin l'a indiqué depuis longtemps, réagissant ainsi contre la doctrine erronée qui dissociait ces divers éléments. Il en résulte que, pour guérir l'ulcération à ses débuts, il suffit généralement de

Les polypes muqueux du col seront enlevés au moyen d'une pince plate à arrêt à laquelle on fera subir une torsion pour rompre leur pédicule. S'ils sont très nombreux et sessiles, on les arrachera avec la curette tranchante de Sims ou de Simon; la surface saignante sera touchée au perchlore de fer ou au thermo-cautère. Enfin, si le col est très altéré, et surtout s'il présente de l'hypertrophie folliculaire, on aura recours à l'opération de Schröder (excision de la muqueuse), décrite ci-dessous.

traiter l'endométrite. On voit alors disparaître des ulcérations après un curettage, comme on voit cesser l'état saburral de la langue après un vomitif. Mais cela n'est vrai que pour les cas pris à leur début. Plus tard, la prolifération glandulaire est une lésion acquise, qui a besoin pour disparaître d'être modifiée sur place par des topiques ou même enlevée par le bistouri.

Pour guérir les ulcérations du col, on devra donc d'abord traiter l'endométrite concomitante et, en second lieu, faire des attouchements au nitrate d'argent ou à la teinture d'iode, pratiqués tous les deux jours. On emploie beaucoup en Amérique l'acide nitrique faible (non fumant), dont on imbibe un très petit tampon de coton, au bout d'un bâtonnet. On préférera ce caustique à l'acide chromique, qui a donné lieu à des intoxications; mais tous ces caustiques énergiques peuvent amener le rétrécissement du col et je m'en défie beaucoup. On a vanté aussi les bons effets du chlorure de zinc au dixième. Rheinstœdter<sup>1</sup> conseille, dans les ulcérations profondes, d'accroître l'action de ce caustique, en la faisant précéder de petites ponctions à la surface du col. Hofmeier<sup>2</sup> a beaucoup préconisé l'acide acétique ou pyroligneux. Il enchâsse le col dans un spéculum cylindrique de Fergusson; il y verse une certaine quantité d'acide pyroligneux et laisse le col immergé quelques minutes dans ce bain très légèrement caustique qui attaque presque exclusivement l'épithélium cylindrique de l'ulcération. Au bout de quelques séances, l'épithélium devient pavimenteux, stratifié, et l'ulcération guérit. Toutefois elle peut persister ou récidiver si les lésions pénètrent dans un canal cervical à orifice étroit. On a conseillé alors d'introduire des caustiques, à l'aide d'un petit tampon dans l'intérieur du col. C'est un moyen que je crois dangereux, à cause de la sténose du col qui peut en résulter; aussi doit-on en pareil cas exclusivement employer des caustiques faibles, créosote, acide pyroligneux, azotate d'argent, teinture d'iode, et même ne pas s'obstiner à s'en servir trop longtemps<sup>3</sup>.

Quand les autres moyens ont échoué, ou quand les malades, ne

<sup>1</sup> RHEINSTÖEDTER. *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 545.

<sup>2</sup> M. HOFMEIER. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1880, Bd. IV, p. 531.

<sup>3</sup> Il est dangereux de poursuivre par les caustiques la guérison d'une ulcération invétérée. On produit ainsi la sclérose du col et l'on amène la formation de kystes par l'oblitération des orifices glandulaires. Mais, quand l'ulcération est récente, la cautérisation cervicale, succédant au curettage de l'endométrite, est une excellente thérapeutique qui peut donner des succès rapides et durables. Cette distinction est importante. Elle n'a pas été faite par DOLÉRIIS et MANGIN (*De la métrite cervicale*, in *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 25 oct. 1889), qui condamnent en bloc toute tentative « d'épidermisation », même « pour hâter la guérison d'une lésion récente ou légère ».

Consulter encore à ce sujet : DOLÉRIIS. *Métrite du col; métrite du corps*. Commun. faite à l'Acad. de médecine (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1890, p. 541).

Opération  
de Schröder.

pouvant suivre un traitement qui exigerait des mois, demandent à être guéries rapidement, fût-ce au prix d'une opération, le traitement chirurgical rend les plus grands services. On fera alors l'opération de Schröder ou excision de la muqueuse malade, en suivant la technique qui sera exposée plus loin. Cette opération, que je pratique très souvent, donne d'excellents résultats; elle substitue une surface saine à une surface malade et permet en même temps d'enlever les portions sclérosées du col ou celles qui ont subi une dégénérescence kystique. Elle ne crée pas de cicatrice, et ne saurait, par suite, être un obstacle à l'accouchement, comme de nombreuses observations l'ont démontré. Je la fais toujours suivre, dans la même séance, du curetage de la cavité utérine. Elle me paraît spécialement indiquée dans les cas d'ulcération de longue durée, avec hypertrophie du col; dans ceux où il existe alors soit une étroitesse du museau de tanche, soit une déchirure profonde du col. L'opération de Schröder est très supérieure à celle d'Emmet; elle en remplit d'ailleurs toutes les indications et présente encore d'autres avantages.

Déchirures  
du col.

**Ulcération compliquées de déchirures, lacérations.** — On connaît le rôle capital qu'Emmet leur a fait jouer en pathologie utérine. Cet excès évident a, du moins, servi à montrer que cette lésion, jusque-là négligée, n'était cependant pas toujours négligeable. Est-ce l'inflammation préalable du col qui empêche la cicatrisation de la déchirure, comme le veut Schröder, ou la déchirure qui provoque le catarrhe et entretient les ulcérations, comme le soutient Emmet? J'inclinerais à penser que les deux opinions peuvent se concilier et, par leur réunion, former un de ces cercles vicieux si fréquents en pathologie générale. Quoi qu'il en soit, il est évident que l'avivement avec suture du col, ou opération d'Emmet (à laquelle Dudley, de Philadelphie, a donné le nom de *trachelorrhaphie*), ne peut être entreprise sur un col ulcéré qu'après la guérison de l'ulcération, sous peine d'enfermer le loup dans la bergerie. Emmet prescrit, en effet, un traitement préparatoire, qui souvent dure plusieurs mois. Il n'y a donc nul parallèle à établir, comme on l'a parfois fait à tort, entre l'opération de Schröder et l'opération d'Emmet. La première s'adresse surtout au catarrhe cervical; la seconde au tissu inodulaire, dépendant de la déchirure. Le catarrhe ou l'ulcération ne sont pour Emmet que des phénomènes accessoires; l'élément pathogénique principal est, pour lui, le tissu scléreux, qui comprime vaisseaux, nerfs et glandes. Ce n'est donc pas à propos du traitement des déchirures ulcérées, dépendant de la métrite catarrhale, mais à propos des déchirures cicatrisées, observées dans la métrite chronique, que je décrirai la trachelorrhaphie.

Les déchirures du col coexistant avec une grande ulcération réclament, comme je l'ai dit pour ces dernières, l'opération de Schröder ou excision de la muqueuse, qui amène la prompte guérison de l'ulcération en même temps qu'elle restaure l'orifice du museau de tanche mieux que ne le fait la trachelorrhaphie. Sa description pourrait donc trouver sa place ici. Mais, comme elle s'applique aussi à la métrite douloureuse chronique, j'en renvoie l'exposé au traitement de cette dernière forme, à côté de l'opération d'Emmet.

Quand la déchirure ulcérée est peu étendue, on peut parfois en obtenir la cicatrisation par de simples cautérisations au thermo-cautère. Mais ce moyen, bon dans les cas simples, ne doit pas être employé s'il s'agit de grandes surfaces ulcérées et de déchirures profondes. Le tissu inodulaire qu'il produirait alors deviendrait lui-même un élément pathologique. C'est ce que ne paraissent pas avoir compris certains gynécologistes qui usent et abusent du fer rouge.

**Métrite hémorragique.** — Le traitement peut se diviser en deux paragraphes: celui de l'hémorragie, qui est un palliatif et qui peut s'imposer d'emblée, impérieusement; celui de l'affection elle-même, qui doit être curatif.

Traitement de la  
métrite  
hémorragique.

**Traitement palliatif, ou de l'hémorragie.** — La malade sera maintenue au repos horizontal. Les injections vaginales prolongées d'eau très chaude doivent d'abord être essayées; elles sont très préférables aux injections d'eau froide, qu'on employait autrefois. L'ergot de seigle est ici rarement utile. Gallard<sup>1</sup> a vanté l'action de la digitale qui agirait, suivant lui, à la fois sur le symptôme et sur l'état inflammatoire. Il conseille de prescrire 50 à 50 centigrammes de feuilles, infusées dans 125 grammes d'eau pour une potion qui sera prise par cuillerées à bouche, dans la journée.

Traitement pal-  
liatif

Un remède actuellement très employé<sup>2</sup> est l'extrait fluide d'*hydrastis canadensis*, à la dose de 20 gouttes, trois fois par jour. Je l'ai expérimenté avec des résultats encourageants. Ce médicament serait aussi un excellent stomachique. Nous y reviendrons au sujet des corps fibreux (p. 267).

Il suffit parfois de dilater le col utérin, en y introduisant une tige de laminaire pour voir cesser l'hémorragie durant plusieurs jours,

<sup>1</sup> T. GALLARD. *Leçons clin. sur les mal. des femmes*, 2<sup>e</sup> édit., 1879, p. 528.

<sup>2</sup> J. JERMANS. *Ueber Hydrastis canadensis*. Dissert. inaug., Berlin, 1886. — A. CABANÈS. *De l'emploi des préparations d'hydrastis canadensis* (Thèse de Paris, 1889). — E. FALK (*Hydrastinin bei Gebärmutterblutungen*, in *Centr. f. Gyn.*, 1891, n<sup>o</sup> 8, p. 157) recommande l'*hydrastinine*, qui serait préférable: on peut l'utiliser en injections sous-cutanées qui sont moins douloureuses que les injections d'ergotine. Cet auteur relate 28 cas où il obtint des résultats satisfaisants. Dose: solution à 10 pour 100, injections d'une demie à une seringue entière de Pravaz (c'est-à-dire de 0,05 cent. à 0,10 cent. d'hydrastinine).