

Les eaux de Salins, de Salies-de-Béarn, de Biarritz, de Creuznach, en Allemagne, pourront être prescrites dans les mêmes conditions, surtout dans les métrites à forme torpide et donnant lieu à des hémorragies.

Par contre, si l'élément catarrhal et leucorrhéique domine la scène, le type le plus indiqué est la station de Saint-Sauveur, qui fournit des eaux sulfurées sodiques chaudes d'une minéralisation relativement faible et qui ont une action sédative très marquée.

Lorsque l'arthritisme, l'herpétisme dominant la scène, la médication arsenicale, alcaline, l'usage des stations thermales alcalines sont indiqués; les stations de Vals, de Vichy seront préférables dans les formes accentuées, tandis que Pougues, Royat, Ems seront préférables s'il y a de l'anémie et un certain degré d'irritabilité. Lorsqu'il s'agira de combattre l'élément nerveux, c'est surtout la médication antispasmodique, hypnotique qui sera employée.

Ici encore les douches, l'hydrothérapie sous toutes ses formes, rendront de très grands services. Les eaux de Nérès, celles de Ragatz, Bains, Plombières, puis encore celles de Saint-Sauveur sont très efficaces quand les métrites chroniques sont accompagnées de névralgies et de troubles nerveux. Nous n'avons voulu donner ici que quelques indications pour bien montrer l'importance que nous accordons au traitement général des métrites.

DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES CONTRE LES MÉTRITES.

De la dilatation utérine. — La dilatation peut être faite sans abaisser l'utérus à l'aide d'une pince à griffes qui sert en même temps à le maintenir, ou en abaissant l'utérus: cette dernière éventualité existe presque toujours lorsque la dilatation est faite avec les bougies de Hegar, sur une malade endormie, à laquelle on va pratiquer un curetage ou toute autre intervention sur le col de la matrice. Pour peu que le chirurgien éprouve quelques difficultés ou quelque résistance pour dilater, il vaut mieux fixer et abaisser doucement l'utérus, après avoir fait l'antisepsie vaginale et appliqué le spéculum.

PROCÉDÉS NON SANGLANTS. — La *dilatation lente* se fait en introduisant dans le col des tiges de laminaire; on ne se sert plus d'éponges préparées, beaucoup plus difficiles à rendre aseptiques, pas plus que de racines de tupelo. La tige de laminaire (*Laminaria digitata*) est préparée, rendue aseptique par son immersion dans de l'éther iodoformé à 10 p. 100; il y en a de différentes grosseurs, depuis un diamètre de 1 millimètre jusqu'à 6 à 7 millimètres. Elles sont assorties et rassemblées, conservées dans de l'éther iodoformé.

Quand le col n'est pas très étroit, on prend en général une tige de 3 à 4 millimètres de diamètre, on la recourbe légèrement, puis, le col étant saisi par sa lèvre antérieure et mis à découvert préa-

blement à l'aide des valves ou d'un spéculum, l'on introduit lentement la tige dans la cavité utérine. On peut rencontrer un obstacle au niveau de l'orifice interne, il faut forcer un peu pour le franchir; presque toujours la femme accuse une douleur un peu vive analogue à celle que produit l'hystéromètre qu'on fera toujours bien de passer avant, pour se rendre compte de la perméabilité et de la direction de l'utérus. La tige de laminaire étant enfoncée de toute sa longueur (6 à 7 centimètres), le fil qui la garnit à son bout vaginal pour la retirer facilement est maintenu dans le vagin.

Il ne faut pas laisser glisser la tige entière dans la matrice, de façon que le bout muni du fil émerge au niveau du museau de tanche. La tige placée, on tamponnera par-dessus elle, et on maintiendra le tout à l'aide d'un bandage en T. La tige met généralement de huit à dix heures pour atteindre son complet gonflement. Au bout de ce temps, marqué par de légères coliques, quelquefois par des douleurs plus vives qu'on calmera par des applications émollientes ou des narcotiques, on pourra appliquer une laminaire plus grosse ou bien un faisceau de laminaires pour arriver à une dilatation plus considérable; c'est le cas lorsqu'on veut explorer à fond une cavité utérine et pratiquer le toucher intra-utérin.

Pour retirer la ou les tiges de laminaire, il n'y a qu'à détamponner les malades, et à tirer sur le ou les fils qui retiennent le bout des tiges. Il arrive que cette manœuvre, ordinairement si simple, présente quelques difficultés: la tige s'est moulée sur la cavité utérine, s'est gonflée dans le col et le corps et est rétrécie comme par un étranglement au niveau de l'isthme qui se laisse plus difficilement dilater. Il faut alors saisir directement la tige avec une pince à pansements, tirer doucement, faire des mouvements de torsion, et on arrive presque toujours à dégager le corps étranger et à l'extraire. Il faut que les femmes auxquelles on pratique cette dilatation restent au repos.

La *divulsion ou dilatation forcée* peut se faire avec une pince à pansements gynécologiques, avec un divulseur. Elle consiste à introduire l'instrument dans le col mis à découvert et fixé, à l'ouvrir graduellement et à le retirer ensuite tout ouvert. Le dilateur à deux branches parallèles d'Ellinger est très commode en ce que l'on peut l'introduire facilement jusqu'au delà de l'isthme et dilater ce dernier qui constitue presque toujours le principal obstacle; mais il faut savoir qu'avec les divulseurs, quels qu'ils soient, on n'obtiendra jamais une aussi bonne dilatation qu'avec les laminaires ou avec les bougies de Hegar.

Dilatation progressive rapide à l'aide des bougies de Hegar (fig. 170). — Les bougies de Hegar sont des bougies cylindriques en gomme durcie ou plutôt, au point de vue de l'asepsie, en métal nickelé, mousses à un bout, munies d'un pavillon à l'autre pour pouvoir être bien tenues. Elles sont légèrement courbées suivant leur longueur. Il y en a de

modèles différents. Leur longueur est de 12 à 14 centimètres, sans compter leur poignée qui en a 3 à 4. Le diamètre de la bougie n° 1 est de 2 millimètres et il augmente de 1 millimètre par bougie; il y a quinze numéros. La malade étant en position gynécologique, endormie ou non, le col est saisi avec une pince par sa lèvre antérieure; on introduit la bougie que l'on juge devoir pénétrer sans difficulté (généralement le 3 ou 4 pénètre facilement), puis successivement les numéros plus élevés. Lorsqu'on veut pousser la dilatation, il vaut mieux anesthésier la malade. Lorsqu'on arrive aux numéros 7, 8, etc., il faut laisser la bougie en place quelques instants avant d'introduire la suivante, pour lui laisser le temps de produire la dilatation. Pour arriver à une très forte dilatation, il est bon de commencer par ramollir le col, de le préparer par une dilatation préventive avec la laminaire. Lorsqu'on n'en aura pas besoin, qu'il suffira d'atteindre le numéro 10, par exemple, l'on y arrivera facilement sans aucune menace de déchirure ou de rupture.



Fig. 170. — Bougies de Hegar.

PROCÉDÉS SANGLANTS. — Ils comprennent le *débridement de l'orifice externe* et la *discission bilatérale du col dans toute sa hauteur*.

Le *débridement de l'orifice externe* est une petite opération sans aucune importance, mais qui n'est de mise que si le reste du col est déjà dilaté, comme dans l'avortement, comme lorsqu'il y a un polype intra-utérin. Il consistera à donner un coup de ciseau de chaque côté de l'orifice externe pour l'agrandir, de façon à y pénétrer facilement.

La *discission du col* dans toute sa hauteur est une opération chirurgicale proprement dite qui consiste à inciser de chaque côté le col jusqu'au vagin, après hémostase des utérines et de leurs branches.

La discission bilatérale est, à notre avis, à laisser de côté maintenant que nous avons dans l'hystérotomie antérieure médiane une incision qui nous permet de pénétrer dans la cavité utérine.

De la dilatation par tamponnement intra-utérin. — Préconisée par Vuillet (de Genève), elle consiste, par un procédé de dilatation graduée, à étaler pour ainsi dire la cavité utérine et à la rendre accessible dans toute son étendue.

La malade placée dans la position ordinaire, le siège un peu relevé, le périnée est abaissé à l'aide d'une valve postérieure; on commence à dilater l'utérus soit avec de la laminaire, soit extemporanément

avec des bougies de Hegar. Lorsqu'une certaine dilatation est obtenue, on bourre la cavité utérine avec de petits tampons d'ouate iodofornée, gros comme une cerise, placés les uns par-dessus les autres. Ces tampons sont laissés en place pendant quarante heures. On recommence ensuite avec des tampons de plus en plus gros de façon à obtenir, au bout d'un temps variable suivant la tolérance des femmes, de quinze jours à quelques semaines, une dilatation telle que tout l'utérus est pour ainsi dire étalé sous les yeux.

Ce procédé n'est douloureux qu'au début; toutefois, malgré les quelques avantages qu'il procure, il n'a guère été employé, la dilatation par les laminaires donnant, en général, un jour suffisant pour tout ce qui concerne le diagnostic et le traitement.

Du curettage de l'utérus. — L'opération la plus simple, la plus répandue est le curettage.

Cette opération, mise au jour par Récamier, consiste à abraser à la curette la muqueuse utérine altérée, en conservant les culs-de-sac glandulaires destinés à régénérer la membrane.

Le curettage, bientôt abandonné après Récamier, fut repris avec plus d'enthousiasme sous l'influence des travaux de Doléris, et donna lieu à un véritable abus. Il semble aujourd'hui que ses indications soient mieux comprises et que l'on n'ait plus pour lui l'engouement d'il y a quelques années.

Le curettage nécessite la dilatation préalable de l'utérus. L'anesthésie générale est préférable, quand elle peut être employée; l'anesthésie locale à la cocaïne suffit très souvent.

Celle-ci est obtenue de la façon suivante: l'utérus étant dilaté, le spéculum bivalve ou deux valves écartent les parois vaginales et mettent à nu le col de la matrice dilaté ou à dilater. Une solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième est préparée, on y trempe des liges sur l'extrémité desquelles est monté du coton hydrophile; le tout est assez mince pour pouvoir être introduit sans difficulté, sans danger d'expression dans le col utérin.

Le coton hydrophile imbibé de solution cocaïnique est placé dans l'utérus, y est maintenu quelques minutes (de cinq à six minutes) en ayant soin de le renouveler toutes les deux minutes.

On aura soin d'anesthésier encore les culs-de-sac vaginaux en y plaçant des tampons cocaïnés.

Ce qui reste souvent douloureux, c'est l'abaissement du col.

Le col est pris avec une pince tire-balles par sa lèvre antérieure, doucement attiré en bas, et fixé par un aide qui tient la pince.

Le chirurgien prend une des curettes généralement usitées (Récamier, Simon, Sims) (fig. 171, 172, 173). Celles que nous préférons sont celles de Simon, ou encore celles de Sims; il faut en avoir une plus petite. Faisant fixer l'utérus à l'aide de la pince, de la main gauche l'opérateur presse sur le ventre et fixe le fond de la matrice tandis que,

de la main droite tenant l'instrument, il pénètre dans la cavité utérine et, par des mouvements de haut en bas, abrase successivement les quatre parois, parois antérieure et postérieure, parois latérales, puis le fond; il ne s'arrête que lorsqu'il perçoit le cri utérin, bruit particulier indiquant qu'on est arrivé sur le muscle. Pour le fond, et en particulier pour les angles de la cavité utérine, il faut prendre la curette petite et, par des mouvements de circumduction, les curetter soigneusement et à part. On termine par le col. On veillera à ne pas agir avec trop de force, de façon à n'intéresser que la muqueuse, et pour cela ne pas se servir d'une curette trop tranchante. On aura



Fig. 171. — Curette de Récamier.

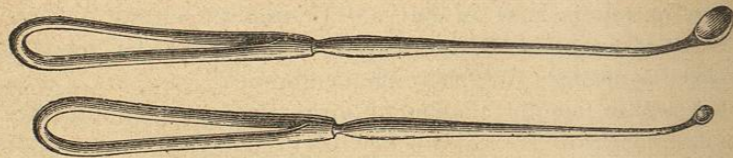


Fig. 172. — Curettes de Simon.



Fig. 173. — Curette de Sims.

soin de débarrasser à chaque reprise la curette des fragments de muqueuse et des débris qu'elle contient, en la trempant, par exemple, dans une solution phéniquée ou dans l'alcool. On pourra recueillir les fragments pour les analyser ensuite microscopiquement.

Lorsque le curettage est terminé, on fait un écouvillonnage, qui ramène des fragments de muqueuse. L'écouvillonnage prôné par Doléris, se fait à l'aide d'écouvillons de dimensions variées. Les écouvillons sont faits soit en poils de brosse, soit en côtes de plumes. Ces derniers sont surtout à recommander quand il s'agit d'écouvillonner des utérus infectés par rétention des membranes après avortement ou accouchement. Nous avons l'habitude, pour modifier et cautériser en même temps la cavité, de tremper l'écouvillon dans de la teinture d'iode ou une solution de créosote dans la glycérine. On atteint ainsi profondément les culs-de-sac glandulaires; on a fait précéder l'écouvillonnage d'un grand lavage intra-utérin avec les sondes de Budin ou de Doléris. Drainage de l'utérus avec une mèche de gaze imbibée de glycérine créosotée, tamponnement maintenu par un bandage en T, et tout est fini.

Le pansement est renouvelé tous les deux jours pendant huit à dix jours et l'on continue encore les irrigations pendant une ou

deux semaines, durée du séjour au lit. Les soins consécutifs tiennent une large place dans le succès du curettage; il faut suivre de très près la malade et faire les pansements avec le plus grand soin, en lui faisant garder le repos au moins de quinze à vingt jours.

Les accidents du curettage sont immédiats ou consécutifs. L'hémorragie peut être très abondante dans certaines formes de métrites fongueuses et dans les cas où le chirurgien a affaire à un cancer au lieu d'une métrite. Le tamponnement méthodique de la cavité utérine de la profondeur à la surface avec des mèches ou des tampons de gaze suffira toujours.

La perforation de l'utérus par la curette se produit surtout sur des utérus atteints d'inflammation à la suite d'accouchements, d'avortements; l'utérus non involué est alors d'une friabilité extraordinaire, d'une minceur telle que le moindre effort brusque le traverse. Nous rappelons que si on a été aseptique, il n'y a qu'à s'abstenir, quitte à agir au moindre signe de réaction péritonéale.

On a accusé le curettage de rallumer des inflammations du paramètre et des annexes. C'est là un reproche fondé sur des faits réels. Lorsqu'on a des raisons de penser à des inflammations du péritoine pelvien et des annexes, il vaut mieux s'abstenir du curettage qui peut, en effet, accentuer les lésions péri-utérines, ou rallumer une phlegmasie mal éteinte.

On a accusé le curettage de provoquer des rétrécissements du canal cervical et par là la stérilité. C'est là un reproche qui n'est pas fondé lorsque l'opération est exécutée avec les soins voulus et selon les règles. Il est cependant une condition qui pourrait amener le rétrécissement après curettage, mais c'est en dehors des métrites ordinaires; il s'agit des cas où l'on pratiquera le curettage après l'accouchement sur un utérus dont la muqueuse n'existe plus, n'est pas encore régénérée, où l'on entamera, par conséquent, la musculature. C'est ce qui est arrivé à Fritsch (1), Küstner (2), Veit (3). De là l'indication de ne pas employer la curette dans ces cas, mais plutôt un instrument mousse ou même le doigt, comme le recommande Budin, après dilatation du col; car c'est presque toujours pour des infections consécutives à la persistance de fragments de placenta ou de membranes à enlever, que l'opération est pratiquée dans ces cas.

Lorsque le curettage est fait dans de bonnes conditions, les suites en sont ordinairement bénignes: d'après les recherches de Bossi, la régénération de la muqueuse utérine est complètement réalisée au bout de vingt-cinq, vingt-sept jours; au bout d'un mois, elle peut recevoir l'ovule fécondé.

(1) FRITSCH, *Centralbl. für Gynæk.*, 1894, p. 1337.

(2) KÜSTNER, *Centralbl. für Gynæk.*, 27 juillet 1895, p. 809.

(3) VEIT, Ueber Zerstörung des Endometriums nach Auskwaschung (*Centralbl. für Gynæk.*, 7 sept. 1893, p. 968).