

est certain que dans les cas où il se produit ainsi une série d'avortements successifs, la muqueuse est malade.

Il ne faut pas oublier que tout examen de l'utérus doit être complété par un examen minutieux des annexes. Les altérations si fréquentes qu'on trouve de ce côté sont aussi la source d'indications particulières.

Traitement. — Le traitement prophylactique des métrites pourrait en diminuer notablement le nombre. Il comprend deux parties : les soins post-puerpéraux et les soins en dehors de la puerpéralité. Ces derniers consistent en précautions de propreté antiseptique qui devraient faire partie de la toilette de toutes les femmes. L'application de l'antisepsie aux accouchements a réalisé un grand progrès et, à mesure qu'elle se perfectionnera, on verra diminuer de plus en plus les métrites post-puerpérales si fréquentes autrefois. Quelle conduite faut-il tenir quand, à la suite d'un avortement, il y a rétention de débris de caduque ou de placenta? Deux méthodes sont en présence, l'évacuation antiseptique immédiate de la cavité utérine d'une part, et d'autre part l'expectation armée d'antisepsie. Budin⁽¹⁾ est partisan de cette dernière : il a montré qu'on peut triompher de l'hémorragie par le tamponnement, et des complications septiques par des injections antiseptiques intra-vaginales et intra-utérines. Sur 46 malades, il n'en a perdu qu'une. C'est là, certes, un beau résultat, mais est-il complet? Si M. Budin a supprimé ainsi la mortalité, a-t-il supprimé la morbidité? Tant que les membranes ne sont pas évacuées, l'involution utérine ne se produit pas; et si cette évacuation se fait attendre, comme cela arrive souvent, l'utérus subit des modifications, qui ne lui permettent plus de faire une involution régulière. Il reste gros, en état de subinvolution; souvent il tombe en rétroversion; et les malades qu'on a arrachées à la mort ne sont pas complètement guéries. Pourquoi s'en tenir à cette expectation, quand nous avons un moyen bien supérieur? L'évacuation immédiate et complète de la cavité utérine faite à la curette remet l'organe dans l'état le plus voisin de l'état physiologique; il lui permet d'effectuer une involution régulière et la guérison est véritablement complète. Quand les accidents septiques ou putrides ont déjà paru, il ne faut pas hésiter un seul instant; le nettoyage de l'utérus, suivi d'un lavage et d'un tamponnement antiseptique, s'impose.

Quand une métrite est installée, quel qu'en soit le degré, on n'a jamais le droit de la considérer comme une affection insignifiante. Le devoir du chirurgien est de la traiter, et de la traiter efficacement pour en obtenir la guérison rapide. S'arrêter aux demi-mesures du traitement palliatif, c'est laisser les lésions s'aggraver, s'étendre, se propager aux annexes, c'est laisser se constituer des états graves qui ne peuvent plus guérir qu'au prix d'opérations sérieuses et de regrettables mutilations. Trélat insistait beaucoup sur ce point. « Soignez les métrites, disait-il, pour éviter leurs complications. »

Étant donné ces principes, on comprendra que je n'insiste pas longuement sur le traitement palliatif. Les diverses *ceintures* ou appareils orthopédiques qu'on a imaginés pour immobiliser l'utérus dont les mouvements sont douloureux, appareils qui rendent de grands services dans les déviations utérines, ne doivent être employés dans les métrites que quand les malades refusent un traitement plus efficace. Les *eaux thermales* et avant tout les *eaux chlorurées*

(1) BUDIN, *Progrès médical*, 27 nov. 1886, p. 1025.

sodiques rendent au contraire de grands services. A côté de leur action sur la santé générale qui est incontestable, elles paraissent agir sur les congestions viscérales pour les diminuer. Jointes au repos sexuel absolu, elles sont capables de guérir certaines métrites catarrhales. En tout cas, elles sont un bon moyen adjuvant des autres méthodes thérapeutiques; et, après guérison de la métrite, elles font merveille pour amener la régression de l'utérus hypertrophié, et pour rétablir l'état général souvent fort délabré.

Les grandes injections vaginales chaudes, préconisées par Sédillot et Trouseau, remises en faveur par les gynécologues américains, constituent une ressource précieuse à la condition qu'elles soient bien faites. Elles doivent être prises au lit, sous une faible pression, lentement, avec un liquide aseptique ou antiseptique à la température de 45 degrés. Une pression de 1 mètre est largement suffisante. La quantité de liquide qu'on fait passer dans le vagin doit être de 2 à 5 litres. Après l'injection, la malade doit rester vingt minutes ou une demi-heure au lit. Ces douches décongestionnent le bassin; elles diminuent ou arrêtent les hémorragies; et elles agissent plus encore sur les annexes et le tissu cellulaire pelvien que sur l'utérus. Sous leur influence, on voit les empâtements qui sont dus à des sortes d'œdème lymphatique diminuer et disparaître avec une extrême rapidité.

Y a-t-il des contre-indications au traitement curatif de la métrite? Cela n'est pas douteux. Ces contre-indications sont tirées des complications de voisinage : inflammations propagées aux trompes, au péritoine, ou au tissu cellulaire. Mais quand il s'agit d'apprécier ces contre-indications, les opinions théoriques diffèrent, et en pratique l'appréciation est fort difficile. Lorsqu'il existe une pelvi-péritonite étendue, une grosse salpingite purulente, un phlegmon suppuré, il est bien évident que toute intervention du côté de la matrice pourrait être dangereuse et qu'il faut aller au plus pressé. Mais ce ne sont pas les cas les plus fréquents. Quand il existe une salpingite catarrhale, quand il existe une lymphangite péri-utérine⁽¹⁾, que faut-il faire?

Ces affections, loin de contre-indiquer le traitement de la métrite, en sont à mon avis une indication formelle, car guérir la métrite est souvent le meilleur moyen de les guérir elles-mêmes. Mais si elles sont une indication d'agir, elles contre-indiquent certains modes d'action. Il est en effet certains traitements des métrites qui peuvent aggraver les salpingites.

Dans les *métrites aiguës*, tous ou presque tous les gynécologues sont d'avis d'employer un traitement purement symptomatique. Ce traitement se compose des pratiques suivantes : repos au lit, application de glace sur le ventre, et dans le cas où celles-ci sont mal supportées, compresses chaudes. Certains gynécologues conseillent les bains de siège, je crois que les grandes injections vaginales antiseptiques et chaudes sont bien préférables. En cas de douleurs vives, les émissions sanguines apportent quelque soulagement. Les sangsues étaient autrefois très employées; on les plaçait soit sur le bas-ventre, soit sur le périnée, soit directement sur le col, au moyen de divers artifices, qui n'étaient pas toujours couronnés de succès. Si l'on pense que les émissions

(1) L'existence de ces lymphangites, qui a été niée en dehors de la puerpéralité, est, je crois, incontestable. Elles sont rares, mais elles existent. J'en ai réuni diverses observations et publié une extrêmement précise. Il s'agissait d'une adénite inguinale, qui s'est reproduite à diverses reprises, et qui chaque fois disparaissait immédiatement sous la seule influence du nettoyage antiseptique de l'utérus.

sanguines sont indiquées, il faut mieux les faire sur le col, et dans ce cas les scarifications sont bien plus précises, bien plus sûres et tout aussi efficaces que les sangsues. Si l'on ajoute à cela les tampons glycélinés placés sur le col, les dérivatifs du côté de l'intestin, purgatifs salins ou drastiques, les lavements chauds et l'emploi des substances narcotiques administrées à l'intérieur, ou employées soit sous forme de lavements ou de suppositoires, soit sous forme d'injections hypodermiques, on aura le traitement classique de la métrite aiguë. Il faut s'en tenir à ce traitement symptomatique dans les métrites blennorragiques aiguës en y joignant des injections au permanganate et s'abstenir de toute intervention directe sur l'utérus, car il est reconnu que ces interventions ont plus de chances d'aggraver les lésions que de les guérir. Au contraire, dans les métrites aiguës consécutives aux avortements, si l'on soupçonne qu'il a pu rester quelques débris placentaires, il faut faire le curettage immédiat.

Les traitements dits curatifs des endométrites sont extrêmement nombreux. M. Pozzi les divise en trois grandes classes : l'abstersion antiseptique de l'utérus, la cautérisation intra-utérine et le curettage.

Les procédés pour obtenir l'abstersion de l'utérus comprennent : les irrigations intra-utérines, le drainage, le tamponnement, l'écouvillonnage.

Les irrigations intra-utérines, préconisées par Schultze, se font après dilatation de l'utérus, avec une solution antiseptique faible (eau phéniquée à 2 pour 100). On s'est servi pour le drainage de l'utérus⁽¹⁾ de drains de caoutchouc ou de drains de verre. Le drainage capillaire à la gaze iodoformée est plus employé. Fritsch tasse les mèches dans la cavité utérine sous une certaine pression, de manière à bien étaler la surface par une légère distension. Ce mode de tamponnement a pour but de porter l'iodoforme au contact de tous les recoins de l'utérus.

Avec l'écouvillon de Doléris, on fait une sorte de ramonage de la cavité utérine. Doléris pense qu'en employant des écouvillons à crins très raides, on peut obtenir un grattage avec destruction de la muqueuse. Quand on se propose ce but, la curette est un instrument bien plus sûr que l'écouvillon. Mais ce dernier rend des services après le curettage pour enlever les fragments de muqueuse à demi détachés.

Ce procédé de traitement qui consiste à détruire la muqueuse peut sembler extraordinaire. Il est bien certain que si on l'employait pour d'autres muqueuses, le résultat serait inévitablement la formation d'une cicatrice, et le remède deviendrait pire que le mal. Dans l'utérus, la substitution d'un tissu de cicatrice à la muqueuse aurait pour résultat la suppression des fonctions de l'organe, c'est-à-dire la stérilité. Mais la muqueuse utérine jouit d'un pouvoir de régénération prodigieux. A chaque menstruation, à chaque avortement, à chaque accouchement elle se détruit et s'élimine en partie pour se reconstituer immédiatement. Il en est de même après les destructions artificielles. Pour peu qu'il subsiste quelques culs-de-sac glandulaires, leur prolifération suffit à reformer la muqueuse entière. Et si, pendant ce travail de réparation, on maintient l'utérus à l'abri de toute influence nocive, la muqueuse nouvelle prend une structure normale. Au point de vue anatomique, Durelius⁽²⁾ a étudié la

(1) WYLIE et POLK, *Amer. Journal of obst.*, janvier 1890.

(2) DURELIUS, *Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, t. X, p. 175.

muqueuse reformée après le curettage et lui a trouvé sa structure habituelle. Au point de vue physiologique, de nombreuses observations de Schröder, Martin, Durelius, Bénicke, Henricius, Rhenistœdter, de la Torre, etc... ont montré que, soit après le curettage, soit après les cautérisations, la conception peut se faire, et la gestation évoluer régulièrement. (Henricius⁽¹⁾ sur 56 malades curettées en compte 16 devenues enceintes; F. de la Torre⁽²⁾ 11 sur 48). On a même cité un certain nombre de femmes jusque-là stériles qui sont devenues enceintes après les cautérisations intra-utérines.

La destruction de la muqueuse est donc un procédé efficace de traitement des endométrites. Mais que faut-il pour que la muqueuse se régénère? Il faut qu'il reste quelques culs-de-sac glandulaires. Par conséquent, tout procédé qui n'assure pas ce résultat d'une manière absolue doit être condamné. Comment peut-on savoir si après l'intervention ces culs-de-sac glandulaires indispensables persistent? Dans certains cas, il est aisé de s'en rendre compte par l'examen microscopique. En effet, il y a toujours un certain nombre de culs-de-sac glandulaires qui pénètrent jusque dans la musculature de l'utérus. Si donc on ne trouve dans les parties enlevées ou éliminées que de la muqueuse, on peut être sûr qu'il reste des éléments glandulaires. Si, au contraire, on y trouve du tissu musculaire, il est à peu près certain que toutes les glandes, tous les éléments épithéliaux ont été enlevés et que la régénération ne pourra pas se faire.

La cautérisation galvano-caustique employée par Middeldorpf et Spiegelberg⁽³⁾ a été de nouveau vantée par Apostoli. Il est certain qu'elle a donné de bons résultats. Néanmoins je crois que c'est un moyen auquel il faut renoncer. Rhenistœdter l'accuse d'entraîner des inflammations du tissu cellulaire péri-utérin. Le véritable reproche qu'il faut adresser à ce mode de cautérisation, c'est qu'on ne peut pas limiter son action. Rien n'indique à quel moment la muqueuse est détruite, à quel moment la cautérisation va aborder la couche musculaire où se trouvent logés ces culs-de-sac, sans lesquels la régénération de la muqueuse ne peut se faire. On s'expose donc à agir trop, à substituer à la muqueuse un tissu de cicatrice, ou trop peu, et à voir la métrite récidiver.

Les caustiques solides méritent le même reproche quand on les laisse séjourner dans l'utérus. On ne peut pas limiter leur emploi, et ils sont ou insuffisants ou trop puissants, c'est-à-dire ou inutiles ou dangereux. Je ne parlerai pas des crayons médicamenteux de Becquerel et Rodier, des antrophores utérins qui leur ressemblent beaucoup, ni des divers appareils imaginés pour introduire les substances caustiques dans l'utérus, pistolet utérin d'E. Martin, porte-remède de Dittel. Je me borne à rappeler le crayon de nitrate d'argent que Courty laissait dans l'utérus. C'est là un procédé qui a rendu certainement des services, mais qui est à peu près abandonné aujourd'hui pour d'autres meilleurs.

Le seul caustique solide qui soit employé aujourd'hui, c'est la pâte de Canquoin, préconisée par Polaillon et Dumontpallier⁽⁴⁾. Dumontpallier emploie un

(1) HENRICIUS, *Gyn. of obst. Med.*, vol. VI, p. 199.

(2) F. DE LA TORRE, *Now. Arch. d'obst. et de gynéc.*, 1891, p. 1.

(3) SPIEGELBERG, *Monats. der Geb.*, vol. XXXIV, p. 395.

(4) Voy. sur ce sujet DUMONTPALIER, *Gaz. des hôp.*, 1889, p. 605. — POLAILLON, *Bull. de l'Acad. de méd.*, juillet 1889. — LAUTH, Thèse de Paris, 1889. — DE GRANDMAISON, *Gaz. des hôp.*, 9 août 1890, p. 857. — S. POZZI, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 15 oct. 1890. — Rou-

crayon formé d'une partie de chlorure de zinc pour deux parties de farine de seigle. Ce crayon est introduit et laissé dans la cavité utérine. Vers le sixième jour, l'eschare produite par le caustique s'élimine soit d'un seul coup, soit par fragments. Avec ce procédé, on ne peut ni surveiller, ni limiter la profondeur de la cautérisation. Une fois le crayon introduit, tout est remis au hasard. Il est certain que la guérison peut se produire complète; et de Grandmaison cite des cas de grossesse après ce traitement; mais il est non moins certain qu'il peut survenir des accidents graves de sténose ou d'atrésie du canal utérin. Rien n'est plus facile que d'étudier microscopiquement l'eschare produite par le chlorure de zinc, car les éléments y conservent leur morphologie et gardent la propriété de se colorer par les réactifs. Cette étude a été faite. Or, Cornil et Schœffer ont constaté qu'avec la muqueuse s'élimine la couche la plus superficielle de la musculature. D'après Schœffer⁽¹⁾, la couche de musculature éliminée mesure en épaisseur jusqu'à 5 millimètres. Cela seul suffit à condamner la méthode. En effet, avec les couches superficielles de la musculature, les glandes sont détruites, il ne reste plus d'éléments épithéliaux, la muqueuse ne peut plus se reproduire. C'est au niveau de l'isthme où la cautérisation est plus profonde que la sténose se produit. Pour l'éviter, M. Polaillon prend la précaution d'enduire les crayons dans la portion qui doit correspondre à l'isthme d'une couche de collodion; ressource infidèle, car le chlorure de zinc qui fond dans l'utérus peut parfaitement couler entre la paroi et le collodion. A la suite de ces cautérisations trop profondes, on observe divers accidents. Quand toute la muqueuse utérine a été détruite et remplacée par une membrane fibreuse, les règles se suppriment. Cette aménorrhée peut s'accompagner d'hématosalpinx et de douleurs vives, survenant au moment où les règles auraient dû se produire; deux fois M. Pozzi a dû faire la castration pour remédier à ces douleurs.

Dans d'autres cas, ce sont des accidents de sténose ou d'atrésie du col qui se produisent. Lauth, qui a recueilli ses observations dans le service de Dumontpallier, rapporte un nombre relativement considérable de ces atrésies (15,5 pour 100). La sténose due à la rétraction du tissu cicatriciel amène des accidents dysménorrhéiques très intenses, et ne cède qu'à un long traitement par la dilatation. L'atrésie est due à la coalescence des bourgeons charnus développés des deux côtés de l'isthme. Les accidents qu'elle détermine sont encore plus graves (hématomètre, hématosalpinx). Routier en a signalé 2 cas remarquables. Ces dangers sont si réels, que Dumontpallier a pris le parti de faire dans tous les cas, après la cautérisation, la dilatation progressive de l'utérus pendant quelques semaines. On voit que cette thérapeutique est telle que, immédiatement après l'avoir employée, on est obligé d'instituer un traitement énergique contre les accidents qu'elle détermine. Il faut donc l'abandonner. Plus récemment, M. Dumontpallier⁽²⁾ a vanté des crayons contenant parties égales de sulfate de cuivre et de farine de seigle. Ces derniers sont certes beaucoup moins caustiques; Dumontpallier n'a jamais observé d'accidents à la suite de leur emploi; mais il faut attendre de nouveaux faits pour savoir s'ils sont suffisamment efficaces.

Les caustiques liquides peuvent être utilisés soit en injections, soit en

TIER, SEGOND, REYNIER, QUÉNU, *Idem*, p. 509. — S. POZZI, *Semaine méd.*, 4 fév. 1891, p. 57. — PICHEVIN, *Nouv. Arch. d'obst. et de gynéc.*, 25 fév. 1891. — MORVAN, Thèse de Paris, 1891, etc.

⁽¹⁾ SCHÖEFFER, *Centr. für Gyn.*, 1891, n° 19, p. 585.

⁽²⁾ DUMONTPALLIER, *Acad. de méd.*, 4 août 1891.

attouchements faits avec des tampons d'ouate hydrophile enroulés autour d'une sonde.

Les injections caustiques ont été fort employées par Lisfranc et Vidal de Cassis. Il est inutile d'entrer dans l'exposé des nombreuses polémiques que cette pratique a suscitées pour savoir si elle n'exposait pas à faire pénétrer le liquide par les trompes jusque dans le péritoine. Il est surabondamment démontré aujourd'hui qu'en faisant ces injections avec un bon instrument, la seringue de Braun par exemple, et en suivant certains préceptes fort simples, on ne s'expose à aucun accident. On observe quelquefois une douleur très vive s'accompagnant même de tendance syncopale; mais c'est rare et c'est tout. Les seringues en question sont faites de telle sorte que leur capacité soit à peu près égale à celle de l'utérus. La première condition pour que l'injection soit sûrement inoffensive, c'est que la canule ne soit pas serrée par le col, et que le liquide puisse aisément revenir autour d'elle. Si donc le col est étroit, il faut le dilater. Pour faire l'injection, on introduit la canule jusqu'à ce que son extrémité touche le fond de l'utérus. Alors on commence à pousser doucement le piston et en même temps on retire progressivement la seringue, de façon à ce que l'extrémité de la canule soit dans le col quand le piston arrive au bout de sa course.

Pour ces injections, on a employé divers liquides, dont les principaux sont la teinture d'iode, le perchlorure de fer et la glycérine créosotée au tiers ou au dixième. Le perchlorure de fer a l'inconvénient de former des coagula noirâtres, qui s'éliminent difficilement de l'utérus. J'en ai vu ressortir trois semaines après l'injection. On a également reproché à la teinture d'iode de précipiter l'albumine et de former des grumeaux dans la cavité utérine. D'après Nott⁽¹⁾, ce reproche n'est pas fondé. La teinture d'iode ne formerait qu'un précipité très fin qui aurait l'avantage de prolonger son action. Les injections de teinture d'iode ou de glycérine créosotée rendent de grands services.

Depuis trois ans environ, j'emploie les solutions de chlorure de zinc qui m'ont donné d'excellents résultats⁽²⁾. Le taux de la solution varie de 20 à 50 et même 55 pour 100. Je fais à chaque malade de trois à six injections à des intervalles variant de 5 à 8, 10 ou même 15 jours. Chaque injection est de 1 centimètre cube. Je n'ai jamais vu après les injections aucun accident ni immédiat, ni éloigné. Il ne se produit ni sténose, ni atrésie. Les résultats curatifs m'ont paru au moins égaux à ceux du curettage. Ce traitement offre en outre le grand avantage de ne pas aggraver les lésions des annexes et de ne pas exiger l'immobilisation des malades. Je ne saurais trop le recommander.

Pour les attouchements intra-utérins, on a employé bien des substances : nitrate d'argent, nitrate acide de mercure, acide nitrique, chlorure de zinc, acide phénique concentré. L'acide phénique et l'acide nitrique sont d'un usage courant en Amérique. Le chlorure de zinc en solution à 50 pour 100 a été très vanté en 1886 par Rheinstœdter, qui depuis y est revenu à diverses reprises⁽³⁾. Brœse⁽⁴⁾ s'est fait le champion de la méthode. Elle consiste tout simplement à introduire rapidement jusqu'au fond de l'utérus un tampon d'ouate hydrophile roulé autour d'une sonde (sonde de Playfair ou tout autre du même genre)

⁽¹⁾ NOTT, *Amer. Journal of obst.*, 1870, t. III, p. 56.

⁽²⁾ PIERRE DELBET, *Ann. de gynéc. et d'obst.*, janvier 1890.

⁽³⁾ RHEINSTÖEDTER, *Grundz. d. Gyn.*, 1886, p. 481, et *Centr. für Gyn.*, 1888, n° 34, p. 545, et n° 57, p. 505.

⁽⁴⁾ BRÖESE, *Gesells. für Geb. und Gyn. zu Berlin*, 8 et 22 juin 1888.

imbibée de la solution de chlorure de zinc à 50 pour 100 et à l'y laisser une minute au plus. On répète ces attouchements tous les huit jours, ou deux fois par semaine. Rheinstœdter et Brœse n'hésitent pas à déclarer ce traitement plus efficace que le curettage.

Dœrfler ⁽¹⁾, Aly, Kummel ⁽²⁾, qui l'ont essayé, en ont été très satisfaits. Stratz ⁽³⁾, il est vrai, a eu des échecs en assez grand nombre. Mais cela ne diminue pas la valeur de la méthode de Rheinstœdter, car il n'a employé que des solutions à 10 ou à 50 pour 100. Sur plusieurs centaines de cautérisations, on n'a signalé qu'un seul fait de sténose légère du col, dans un cas où il y avait une large érosion papillaire (Rheinstœdter). C'est donc un mode de traitement capable de rendre des services. Je le crois cependant inférieur aux injections de même substance dans tous les cas où le corps est malade, parce que le tampon fortement serré en traversant l'isthme arrive dans le corps en partie exprimé.

Le curettage de l'utérus, inventé par Récamier pour le traitement des endométrites fongueuses, était tombé, sous le coup des accidents septiques, dans le plus profond discrédit. Puis, grâce à l'antisepsie, il a repris une telle faveur, qu'il n'est certes pas d'opération qu'on pratique plus souvent aujourd'hui ⁽⁴⁾. Il semble cependant que son beau moment est passé et que la faveur dont il a joui commence à décliner. On s'est aperçu que lorsqu'il existe des lésions des annexes, même légères, il les aggrave souvent.

Je ne puis ici qu'indiquer sommairement la technique opératoire. Il faut pratiquer l'opération du cinquième au quinzième jour après les règles. L'antisepsie du vagin doit avoir été faite soigneusement, et pour l'obtenir complète il faut plusieurs jours de pansements assidus.

M. Pozzi fait le curettage sans dilatation préalable de l'utérus. Mon maître, le professeur Trélat, enseignait au contraire que la dilatation large de l'utérus devait être le premier temps du traitement de la métrite. La dilatation a en effet l'avantage de transformer le clapier, qu'est l'utérus, en un large canal dont toutes les sécrétions peuvent s'écouler aisément. Il a encore l'avantage de diminuer ou de supprimer les innombrables anfractuosités qui dans le canal cervical rendent absolument impossible l'action complète de la curette : il nivelle en quelque sorte la cavité utérine. On peut le faire d'avance avec les laminaires conservées dans l'éther iodoformé, ou extemporanément avec les bougies d'Hégar. Il faut pousser la dilatation jusqu'au n° 15. Souvent il est commode d'associer les deux procédés de dilatation.

Certains gynécologues préfèrent les curettes mousses. Les curettes tranchantes me paraissent meilleures; leur action est plus rapide, plus sûre, et elles n'exposent à aucun danger. Quant aux divers modèles de curettes, dont quelques-uns ne diffèrent que par des nuances, c'est affaire de goût personnel. Le col étant fixé par une pince, la curette est introduite d'emblée au fond de l'utérus, et à longs coups donnés du fond vers le col, on gratte toutes les parois. Malheureusement, les cornes utérines échappent facile-

⁽¹⁾ DÖRFLER, *Munch. med. Woch.*, 1891, n° 12.

⁽²⁾ ALY KUMMEL, *Ges. für Geb. in Hamburg. Centr. für Gyn.*, 1891, p. 901.

⁽³⁾ STRATZ, *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, 1890, t. XVIII, p. 155.

⁽⁴⁾ Les publications consacrées au curettage sont presque innombrables. Je ne puis en citer qu'un petit nombre : MELIK, DESMOULINS, VEPER, Thèse de Paris, 1887. — DESPRÉAUX, 1888. — BOUREAU, *Nouv. Arch. d'obst. et de gynécol.*, 1888. — PICHEVIN, *Arch. d'obst. et de gyn.*, 1890, et *Gaz. des hôp.*, 1890, p. 427.

ment à l'action de la curette, surtout, comme l'a fait remarquer Mauclaire ⁽¹⁾, lorsqu'elles sont très obliques. C'est ce qui explique la fréquence de récidives après le curettage. Aux premiers coups on sent que la curette entre dans un tissu mou, sans résistance; puis bientôt on arrive sur une paroi plus ferme, dont le frottement produit une sorte de crépitation particulière perceptible à l'oreille et à la main. Sur le col il faut insister davantage car, la muqueuse est plus adhérente; on ne doit s'arrêter que quand on a fait ainsi crier partout le muscle utérin. Il n'y a pas de danger d'aller trop loin; car le muscle ne se laisse pas entamer et il protège les culs-de-sac glandulaires d'où va partir la régénération de la muqueuse. Quand on croit avoir tout gratté, il faut repasser encore une fois la curette tout autour de l'utérus pour bien s'assurer qu'il ne reste pas de tissu mou. Le curettage fini, on fait un abondant lavage de la cavité utérine, pour enlever tous les débris. Puis il est bon d'y pousser un écouvillon gros et dur, imbibé soit de glycérine créosotée, soit de teinture d'iode. Cet écouvillon entraîne les fragments de muqueuse en partie détachés par la curette, et il fait pénétrer dans la paroi la substance antiseptique dont il est imprégné. Si l'on n'a pas d'écouvillon, on peut se borner à faire une injection soit de teinture d'iode, soit de glycérine créosotée avec la seringue de Braun. Pendant l'injection, il faut irriguer le vagin, pour éviter l'action irritante de ces solutions. Certains gynécologues emploient le perchlorure de fer. Je crois cette substance mauvaise, car elle forme dans l'utérus des coagula adhérents, que le lavage ne suffit pas à entraîner, et qui mettent fort longtemps à s'éliminer. Les divers temps accomplis, il suffit dans les cas légers de placer un tampon de gaze iodoformée sur le col et, sur la vulve, un pansement ouaté tenu par un bandage en T; il est indispensable de continuer les soins antiseptiques jusqu'à la fin des premières règles. Quand il s'agit de métrites invétérées, quand il y a des lésions des annexes au début, il faut tamponner la cavité utérine avec une lanterne de gaze iodoformée et maintenir ainsi pendant quelques jours la dilatation et l'action antiseptique intra-utérine.

On peut dire que les accidents du curettage sont nuls quand on prend toutes les précautions antiseptiques. La perforation de l'utérus est pour ainsi dire impossible, hormis les cas de métrite puerpérale où toute la paroi est ramollie. Dans ces cas-là, il faut de grandes précautions, et il est utile, avant de faire le curettage, de s'assurer, en promenant l'hystéromètre en divers points, de la résistance de la paroi. Il vaut mieux, si la paroi paraît ramollie, se servir de larges curettes qui, agissant sur une plus ample surface, exposent moins à la perforation.

Quant à l'hémorragie, je ne l'ai jamais vue devenir menaçante. Si par hasard elle le devenait, le tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée suffirait à la maîtriser.

Je n'ai parlé ni de l'anesthésie, ni de l'abaissement de l'utérus. On peut se passer d'anesthésie; cependant l'opération est assez douloureuse pour la justifier, et il vaut mieux y recourir. La majorité des gynécologues emploient l'anesthésie chloroformique; quelques-uns emploient la cocaïne, qui m'a paru amener plutôt une diminution qu'une suppression de la douleur. Quant à l'abaissement de l'utérus, il est absolument inutile. Avec le large spéculum de Collin, on opère aussi aisément que sur un utérus abaissé. Il est donc préfé-

⁽¹⁾ MAUCLAIRE, *Ann. de gynécol.*, 1897, t. XLVII, p. 208.