

Appliquer ensuite en permanence sur le ventre un sac de caoutchouc rempli de glace cassée en petits morceaux.

Ce sac devra être séparé de la peau par une flanelle pliée en deux, de manière à éviter la congélation cutanée.

La glace sera remplacée toutes les deux heures environ, nuit et jour.

Il faut éviter que la glace, étant fondue, se réchauffe sur l'abdomen, le



Fig. 268. — Application de glace sur l'abdomen.

froid, pour bien agir, doit être permanent; les alternances de chaleur et de froid sont mauvaises.

La glace, ainsi appliquée, est le meilleur sédatif de la douleur, et le plus puissant remède contre l'inflammation.

Dans les cas où il n'est pas possible de se procurer de la glace, on la remplacera par des compresses d'eau froide, recouvertes d'un taffetas gommé et renouvelées tous les heures environ. — L'action de ces compresses humides est d'ailleurs bien inférieure à celle de la glace.

Aussitôt que l'état aigu est passé, que les douleurs sont devenues moindres, on aura recours aux révulsifs : soit *vésicatoires*, soit *pointes de feu* sur l'abdomen, à renouveler tous les trois ou quatre jours.

Ainsi, employer successivement :

Émissions sanguines locales;

Froid;

Révulsifs.

**Traitement général.** — Narcotiques pour calmer l'état de souffrance dans lequel se trouve la malade.

Laxatifs légers, pour empêcher l'encombrement du tube digestif;

Antithermiques : sulfate de quinine, antipyrine, digitale;

Alimentation liquide, alcool;

Repos absolu au lit.

A propos du traitement local, j'ai omis toute thérapeutique vaginale (injections) ou cervicale (scarifications), etc.; car dans les accidents aigus, l'abstention de toute intervention directe sur l'utérus est préférable.

#### B. — ACCIDENTS CHRONIQUES

Ces accidents peuvent être chroniques d'emblée ou succéder à la période aiguë précédemment étudiée.

Nous avons à examiner ici successivement :

1° L'endométrite;

2° La métrite généralisée;

3° La salpingo-ovarite;

4° Les pelvi-cellulite et pelvi-péritonite;

5° Les suppurations complexes.

Nous verrons que pour chacune de ces affections, il existe un traitement médical et un traitement chirurgical.

#### 1° Endométrite.

L'endométrite se diagnostique à l'écoulement même, dont elle est la source. Ecoulement muco-purulent, glaireux, d'autant moins gluant qu'il est plus purulent.

Toute femme qui, avec des trompes normales et sans fistule utérine, perd du muco-pus par l'orifice externe de l'utérus est atteinte d'endométrite.

Dans les cas où ce liquide provient des trompes, il y a toujours endométrite simultanée, de telle sorte que le diagnostic endométrite est encore exact. Quant aux fistules utérines, elles n'existent que dans des cas exceptionnels d'abcès périutérins ouverts dans l'utérus; les antécédents, et l'examen du pourtour de l'utérus, permettent de reconnaître facilement cette cause d'erreur.

Chez certaines femmes qui prennent des injections fréquentes, l'écoulement de l'endométrite peut passer inaperçu, les produits de la sécrétion étant entraînés par le liquide injecté; chez ces malades, vu l'état de propreté artificielle du vagin, alors qu'on applique le spéculum, on ne découvre, au niveau de l'orifice externe, aucune trace de sécrétion utérine et on pourrait, à tort, à la suite de cet examen superficiel, conclure à l'absence d'endométrite.

Dans ces cas insidieux, on arrivera au diagnostic de l'affection, soit à l'aide du tampon d'épreuve (Schultze), ou de la douche révélatrice (Grynfelt).

Le *tampon d'épreuve*<sup>1</sup> s'emploie de la façon suivante : Prendre un tampon de coton hydrophile, l'appliquer à l'aide du spéculum sur le col de l'utérus après l'avoir imbibé de glycérolé de tanin, ou sans aucune imprégnation; le laisser vingt-quatre à quarante-huit heures en place, le retirer au bout de

<sup>1</sup> Schultze, *Centralb. für Gynäk.*, en 1880, p. 393.

ce temps et examiner la portion du tampon qui se trouvait au contact du col. — Ou sa coloration est normale, ou elle est jaune pus; dans le premier cas il y a absence d'endométrite, dans le second, la présence même du pus indique l'état inflammatoire de la muqueuse utérine.

La *douche révélatrice*<sup>1</sup> peut conduire au même diagnostic de la façon suivante : le spéculum étant appliqué, diriger sur la lèvre antérieure du col un jet assez mince d'eau chaude (50°) ou froide (10°); sous cette influence, l'utérus se contracte, il chasse son contenu, et dans le cas où il existe de l'endométrite, on voit un muco-pus plus ou moins filant s'échapper par l'orifice utérin et venir se mêler au liquide qui baigne la cavité vaginale.

Je n'insiste pas sur les autres symptômes de l'endométrite qui sont inutiles pour établir son diagnostic.

Le traitement de l'endométrite est *général* et *local*.

**Général** : Reconstituants; régime alcalin aux arthritiques; huile de foie de morue, iodure de fer, arsenic aux scrofuleux; traitement mercuriel ou mixte aux syphilitiques. — En un mot, mettre l'organisme dans les meilleures conditions pour rendre plus efficace le traitement local.

**Local** : Je n'envisage ici que le cas où le col est normal, les ulcérations du col, vraies ou fausses, seront examinées, avec la métrite généralisée, au paragraphe suivant.

La médication intra-utérine compte trois méthodes principales :

- a. L'antisepsie intra-utérine;
- b. Les cautérisations avec des crayons au chlorure de zinc;
- c. Le curage;
- d. Le drainage.

a. L'antisepsie intra-utérine peut être faite de différentes façons avec des injections, l'application de poudres, de pâtes, de caustiques solides agissant légèrement (nitrate d'argent).

Je décrirai les deux méthodes qui m'ont donné les meilleurs résultats, à savoir l'application de crayons et la cautérisation avec un porte-caustique liquide.

Les crayons peuvent être faits avec l'une des formules suivantes (Peraire) :  
Crayons d'iodoforme :

Iodoforme en poudre . . . . .	20 grammes.
Gomme arabique . . . . .	} $\alpha \alpha$ . 2 —
Glycérine pure . . . . .	
Amidon pur . . . . .	

pour dix crayons. Le volume doit être celui d'un crayon de nitrate d'argent ordinaire.

<sup>1</sup> Grynfeldt. Archives de Tocologie, août 1892, p. 566.

Crayons de sublimé :

Sublimé . . . . .	50 cent.
Poudre de talc . . . . .	25 —
Gomme adragante . . . . .	1 gr. 50
Eau . . . . .	} $\alpha \alpha$ . q. s.
Glycérine . . . . .	

Pour cinquante crayons.

Après injection antiseptique dans le vagin, le crayon est saisi avec une longue pince à pansement à une faible distance de son extrémité, qu'on fait pénétrer dans l'orifice externe; avec une seconde pince, on fixe le crayon un peu plus loin, et en le saisissant puis en le poussant alternativement avec

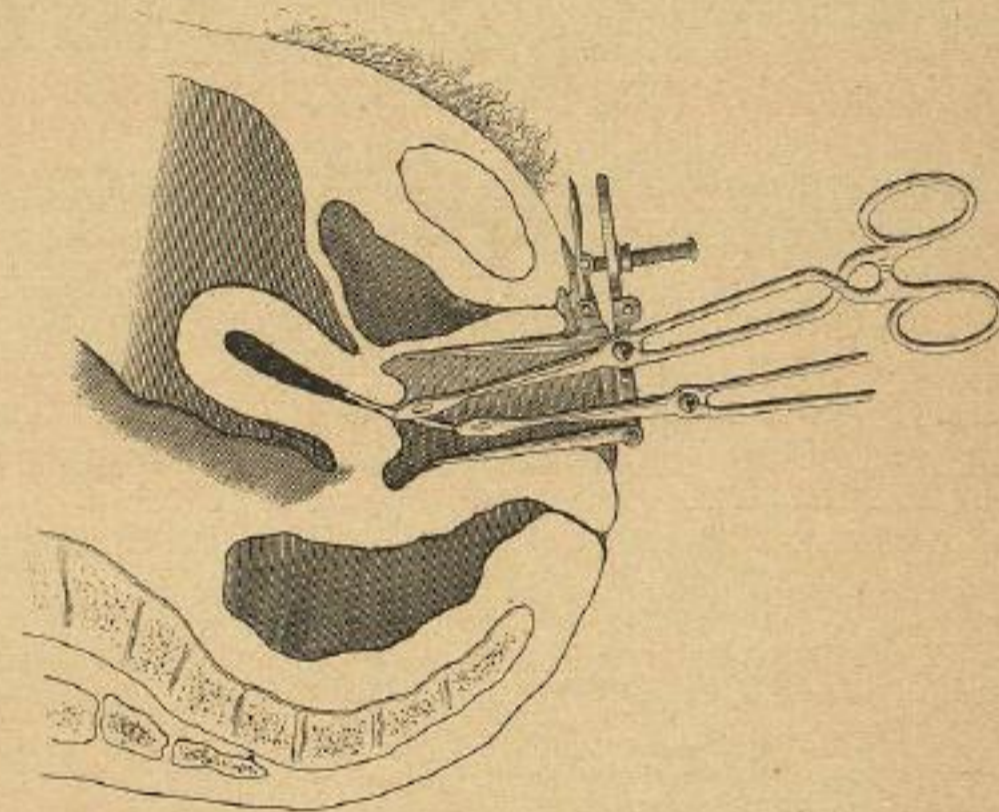


Fig. 269. — Introduction d'un crayon dans l'utérus.

l'une et l'autre pince, on le fait pénétrer jusqu'au fond de l'utérus (fig. 269).

Avant de retirer la dernière pince, il faut appliquer sur le col un tampon de coton hydrophile appuyant sur l'extrémité du crayon; si on ne prend cette précaution, le crayon s'échappera de la cavité utérine, repoussé par la contraction musculaire, qui tend souvent à l'expulser.

Dans le cas où l'utérus étant en anté-déviation, le col et la cavité utérine sont difficilement accessibles, on se trouvera bien d'attirer la lèvre antérieure à l'aide d'une pince à crochets. — Cette petite manœuvre, dont le seul ennui est d'être, chez certaines femmes, légèrement douloureuse, facilite beaucoup l'application du crayon en redressant la courbe du canal utérin.

Ce crayon fond en quelques heures.

Il a pour inconvénient à peu près unique, mais parfois très pénible pour la femme de causer des coliques utérines.

Le pansement doit être renouvelé deux fois par semaine.

La cautérisation à l'aide d'un porte-caustique liquide ne se fera bien complètement qu'après dilatation préalable de la cavité utérine. Cependant cette préparation est inutile avec certains utérus dont la cavité est très facilement perméable.

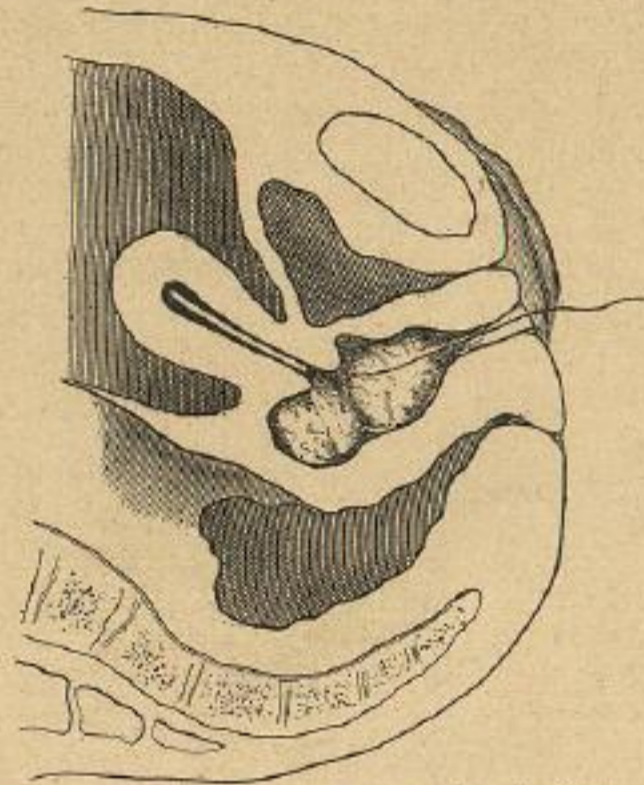


Fig. 270. — Fixation du crayon dans l'utérus.

Cette dilatation préalable s'obtient à l'aide de la laminaire. Une tige de laminaire, ayant trempé au moins douze heures dans la solution suivante :

Ether sulfurique . . . . .	90 grammes.
Iodoforme . . . . .	10 —
Chlorhydrate de cocaïne . . . . .	1 —

afin d'être à la fois aseptique et jusqu'à un certain point, grâce à la cocaïne, anesthésique, sera, après désinfection du vagin, introduite dans la cavité utérine en suivant le même manuel opératoire que celui indiqué tout à l'heure pour le crayon.

Dans les utérus facilement accessibles, c'est-à-dire à canal assez large, dilatés par l'endométrite, ne présentant pas de flexion, plutôt un certain degré de rétroversion, la tige de la laminaire s'introduit sans difficulté; mais quand il y a antéversion et que l'isthme est étroit, il n'en est plus de même; en pareil cas il est indispensable d'abaisser le col sans quoi l'application de la laminaire sera difficile, voire même impossible.

Faites alors usage du spéculum univalve à poids (voir fig. 103). Attirez le col avec une pince à crochets et appliquez ensuite, en faisant maintenir le col, la laminaire qui pénètre ainsi avec une facilité relative.

Pour maintenir la laminaire en place, il suffit en général d'appliquer un large tampon, recouvrant la surface du col et formant en quelque sorte un oreiller sur lequel reposent et le col et l'extrémité de la laminaire.

Toutefois il arrive que la laminaire, si le tampon se déplace, peut sortir partiellement de l'utérus et venir, par son extrémité, blesser la paroi vaginale postérieure, ou que si elle est trop courte, avec un utérus volumineux, elle remonte au-dessus de l'isthme et se perd dans la cavité corporeale, d'où il est difficile de l'extraire.

Pour parer à ce double inconvénient, M. Courtois fixe l'extrémité de la laminaire à un petit disque de caoutchouc de 3 centimètres de diamètre.

Ce petit appareil, suffisamment expliqué par les trois figures (fig. 271-272-273)

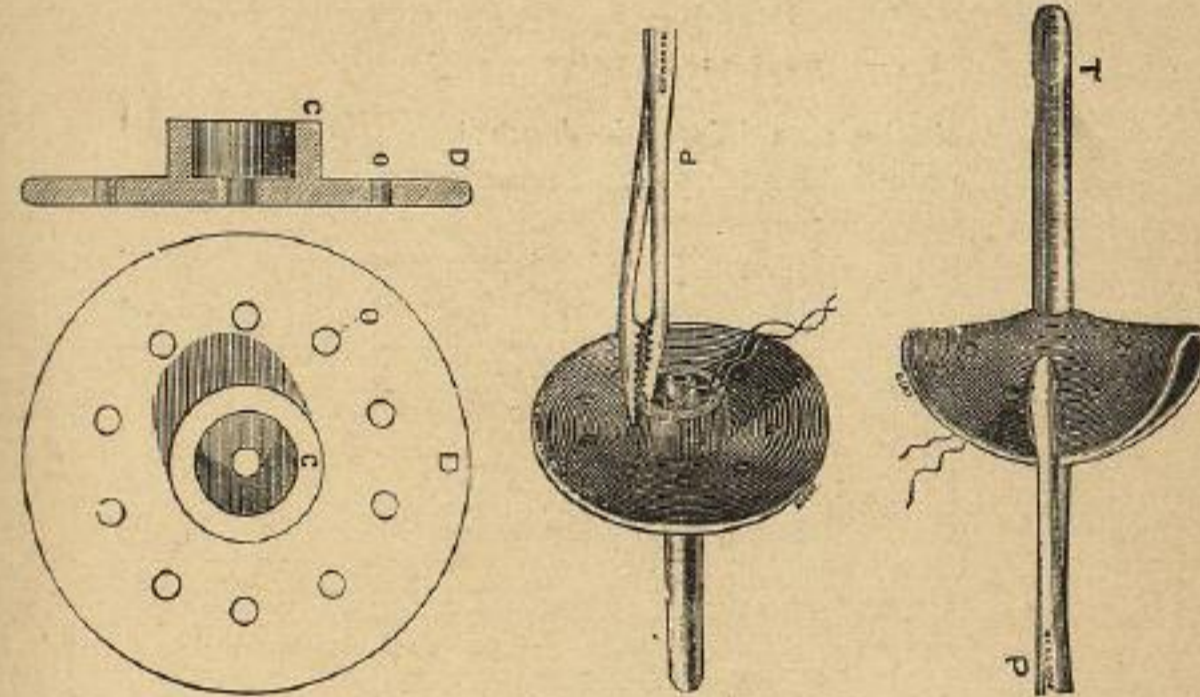


Fig. 271. — Disque vu de face et à une coupe.

Fig. 272. — Fixation de la laminaire au disque.

Fig. 273. — Saisie du disque avec une pince pour l'introduction.

Disque fixe-laminaire de M. Courtois.

ci-jointes qui m'évitent toute description détaillée, a pour avantage de maintenir la laminaire en place et d'empêcher soit son ascension, soit sa descente; il remplace avantageusement le tampon vaginal auquel on a l'habitude de recourir, et il présente sur ce tampon la supériorité de ne pas se déplacer, étant fixé à la laminaire même.

Personnellement, je n'ai jamais fait usage de ce petit appareil, dont je ne conteste pas les avantages, parce que quand la laminaire est bien placée et le tampon convenablement appliqué, j'ai vu la plupart du temps la tige ainsi appliquée rester en place.

Parfois je l'ai trouvée partiellement ou même totalement sortie de l'utérus au moment où j'allais faire le pansement; le seul inconvénient est que la dilatation est un peu moins complète, mais cet inconvénient est faible pour ma pratique, car j'applique toujours 3 ou 4 laminaires successives, et la dilatation que je n'ai pas obtenue avec l'une, je l'obtiens avec la suivante.

En gynécologie comme dans toute la médecine les meilleurs procédés sont les plus simples, c'est dans la simplification qu'il faut chercher le progrès et

n'adopter un appareil nouveau que lorsqu'il semble indispensable, ou moins compliqué que celui dont on faisait usage jusque-là.

Tel n'étant pas le cas dans la question actuelle, j'en reste, jusqu'à nouvel ordre, à ma pratique habituelle pour l'application des laminaires.



Fig. 274. — Porte-caustique.

a, libre. — b, chargé de coton pour être imbibé de caustique liquide.

La tige de laminaire sera laissée de douze à quatorze heures en place, soit appliquée le soir à 6 heures pour une cautérisation qui devra être faite le lendemain matin à 8 heures.

Elle peut d'ailleurs séjourner jusqu'à vingt-quatre heures sans inconvénients sérieux.

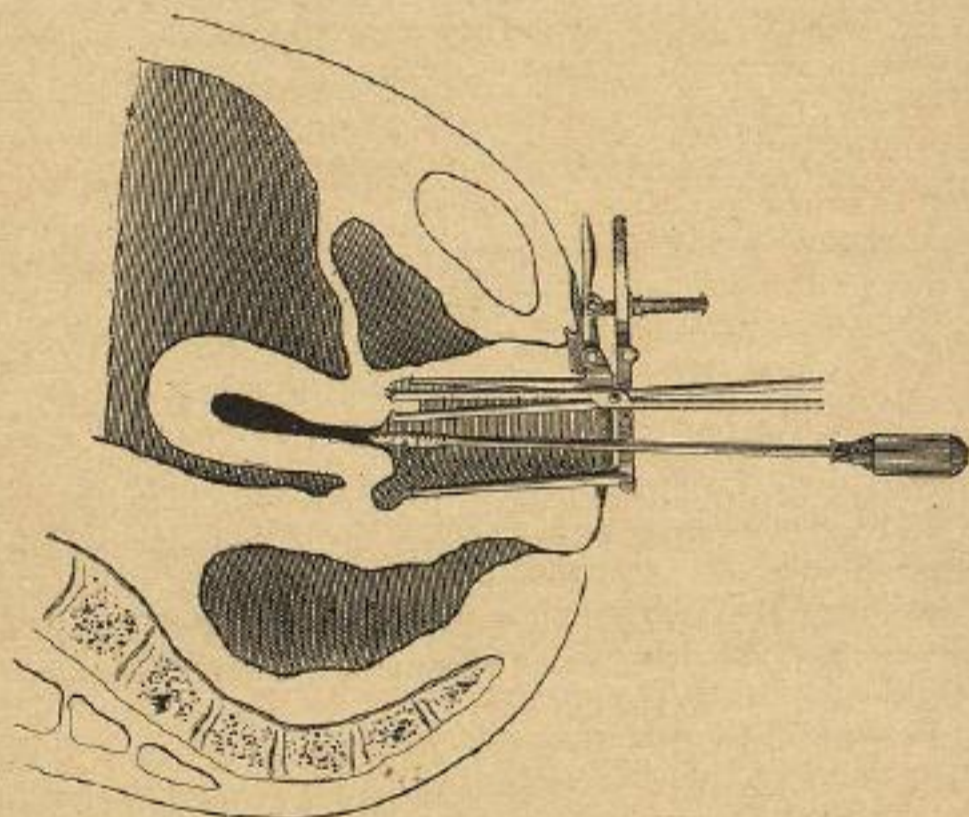


Fig. 275. — Cautérisation intra-utérine, à l'aide d'un porte-caustique métallique entouré de coton, et avec léger abaissement de l'utérus.

La cautérisation sera faite de la façon suivante : la laminaire étant retirée, injection vaginale antiseptique, application d'un spéculum bivalve ou cylindrique assez court, abaissement léger de l'utérus en saisissant la levre antérieure avec une pince à crochets (fig. 275); introduction, dans la cavité utérine, du porte-caustique (fig. 274) dont l'extrémité est entourée de ouate et trempée dans la solution suivante :

Créosote de hêtre. . . . .	} az. 10 grammes.
Glycérine. . . . .	
Alcool . . . . .	

L'extrémité du porte-caustique est promenée sur toute la surface utérine.

La ouate qui entoure l'instrument sera changée à deux ou trois reprises différentes, imbibée dans la même solution et réintroduite dans l'utérus.

Pour terminer, on appliquera un tampon imbibé de glycérine iodoformée sur le col.

Afin d'obtenir avec la cautérisation des résultats aussi complets que possible, je procède de la façon suivante :

Après antiseptie aussi complète que faire se peut du système génital, j'applique une laminaire.

Au bout de vingt-quatre heures, j'enlève cette laminaire, je procède à une cautérisation et réapplique séance tenante une nouvelle laminaire.

Après vingt-quatre nouvelles heures, même cautérisation et réapplication d'une laminaire.

En général, j'applique environ 3 ou 4 laminaires successives, suivies par conséquent de 3 ou 4 cautérisations.

Après la dernière cautérisation, je place simplement un tampon de gaze iodoformée dans le vagin et, après vingt-quatre heures, la femme peut se lever et vaquer à ses occupations.

Pendant toute la durée du traitement, il est nécessaire qu'elle garde le lit.

b. La cautérisation avec un crayon au chlorure de zinc a été, dans ces derniers temps, vivement préconisée par Dumontpallier.

Le crayon a la même composition que la pâte de Canquoin et se compose de :

Chlorure de zinc. . . . .	1 partie.
Farine de seigle. . . . .	2 —

Le crayon doit être souple et avoir environ 6 millimètres de diamètre.

Il est appliqué dans l'utérus d'après le manuel opératoire indiqué précédemment pour le crayon iodoformé.

Il cause quelquefois, pendant les premières heures de son application, une douleur assez vive, qu'il faut calmer par une injection sous-cutanée de morphine.

Mais la plupart du temps, il est bien supporté, à la condition que la malade reste étendue dans son lit pendant tout le temps de son application.

Il fond en dix à douze heures, après lesquelles on peut retirer le tampon qu'on avait appliqué dans le vagin.

La muqueuse utérine complètement escarrifiée est expulsée, tantôt en bloc, tantôt par fragments, du quatrième au dixième jour après l'application.

A ce moment il se produit quelques coliques utérines rappelant une fausse couche peu avancée.

A la suite de cette expulsion il est nécessaire de pratiquer pendant un à deux mois, avec des sondes molles, le cathétérisme de l'utérus, afin d'éviter le rétrécissement de l'orifice interne.

c. Le curage<sup>1</sup> est devenu une opération courante dont les détails varient légèrement avec chaque gynécologue.



Fig. 276. — Curette irrigatrice tranchante. (Auvard.)

Voici la méthode que j'emploie habituellement :  
Je fais usage d'une curette perforée, permettant d'irriguer la cavité utérine, tout en raclant sa surface (fig. 276).

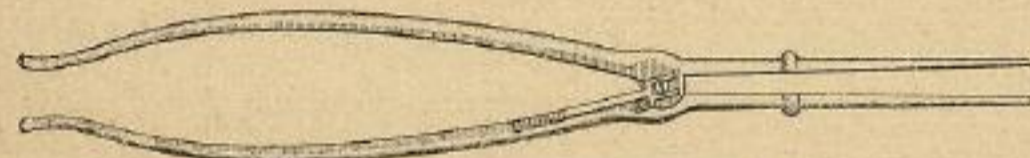


Fig. 277. — Dilatateur utérin. (Auvard.)

La malade étant anesthésiée<sup>2</sup>, après antisepsie de la vulve et du vagin,

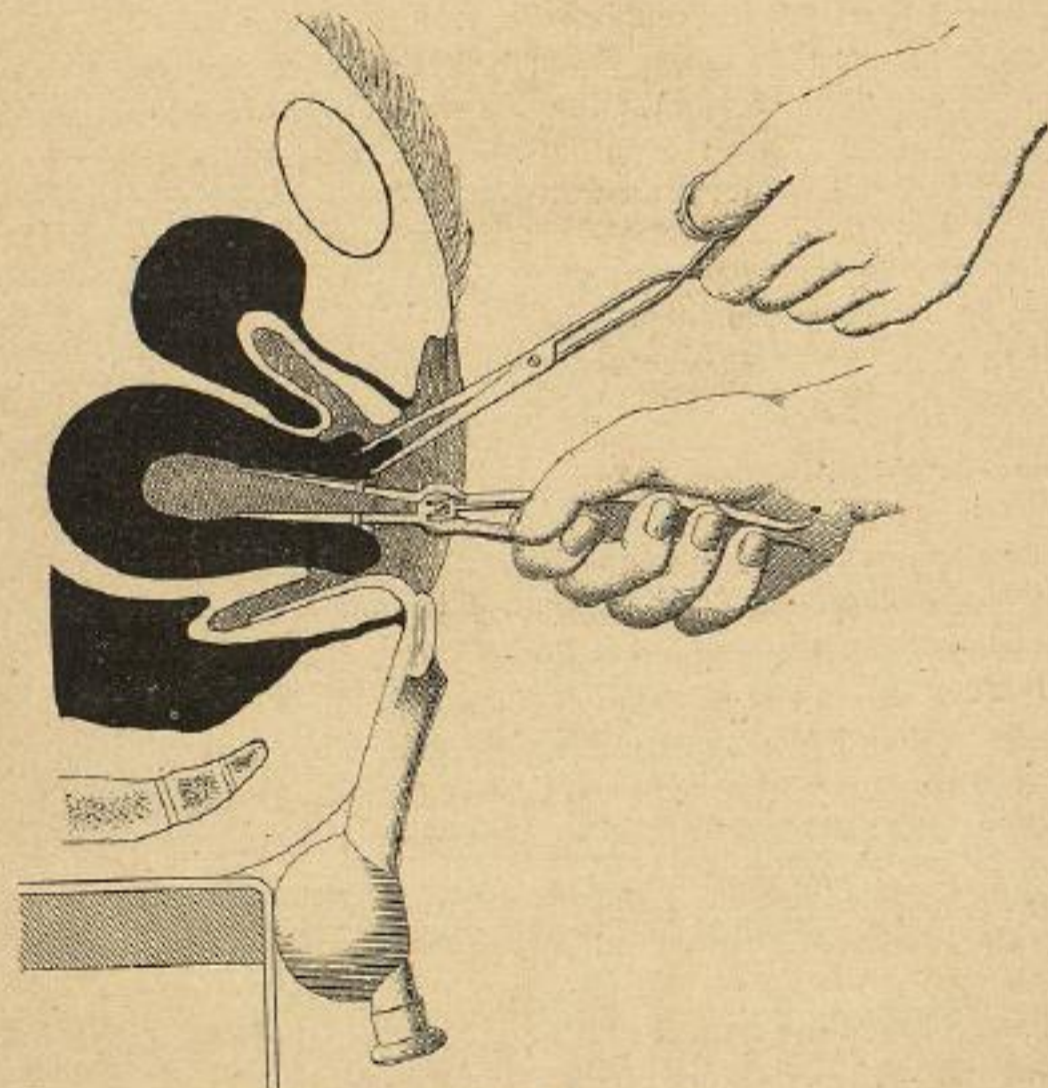


Fig. 278. — Dilatation de l'utérus.

<sup>1</sup> Pour tout ce qui concerne le curage consulter l'excellente *Monographie* publiée par le Dr Berlin sur ce sujet. Paris, 1892.

<sup>2</sup> L'anesthésie n'est cependant pas indispensable avec toutes les femmes.

et rétraction du périnée à l'aide d'une valve appropriée, j'abaisse le col utérin.

J'introduis l'hystéromètre pour apprécier l'étendue et la direction de la cavité utérine, et je dilate le canal cervical avec un dilateur mécanique à deux branches (fig. 277).

Cette dilatation extemporanée est suffisante, à moins qu'on ne veuille



Fig. 279. — Raclage de la muqueuse utérine.

explorer avec le doigt la cavité utérine, auquel cas on aura eu recours préalablement à la laminaire, jusqu'au degré de dilatation désiré.

La dilatation opérée, j'introduis la curette, et tout en faisant couler une solution phéniquée faible au  $\frac{1}{100}$  dans l'utérus, je racle par son intermédiaire, successivement tous les points de la cavité utérine; après la cavité du corps, celle du col.

Dans le cas où la muqueuse cervicale est particulièrement malade, il y a lieu de compléter le curage par le ratissage du col, petite opération qu'on fait avec le râseau (voir fig. 289, p. 275) en frottant énergiquement la

surface cervicale, de manière à atteindre avec l'instrument la profondeur de la muqueuse.

Le curage terminé, j'introduis une seringue<sup>1</sup> (fig. 44, p. 57) chargée de la solution suivante :

Créosote de hêtre . . . . .	} parties égales.
Glycérine . . . . .	
Alcool . . . . .	

Je fais couler un peu de liquide et balaie toute la cavité utérine avec l'extré-

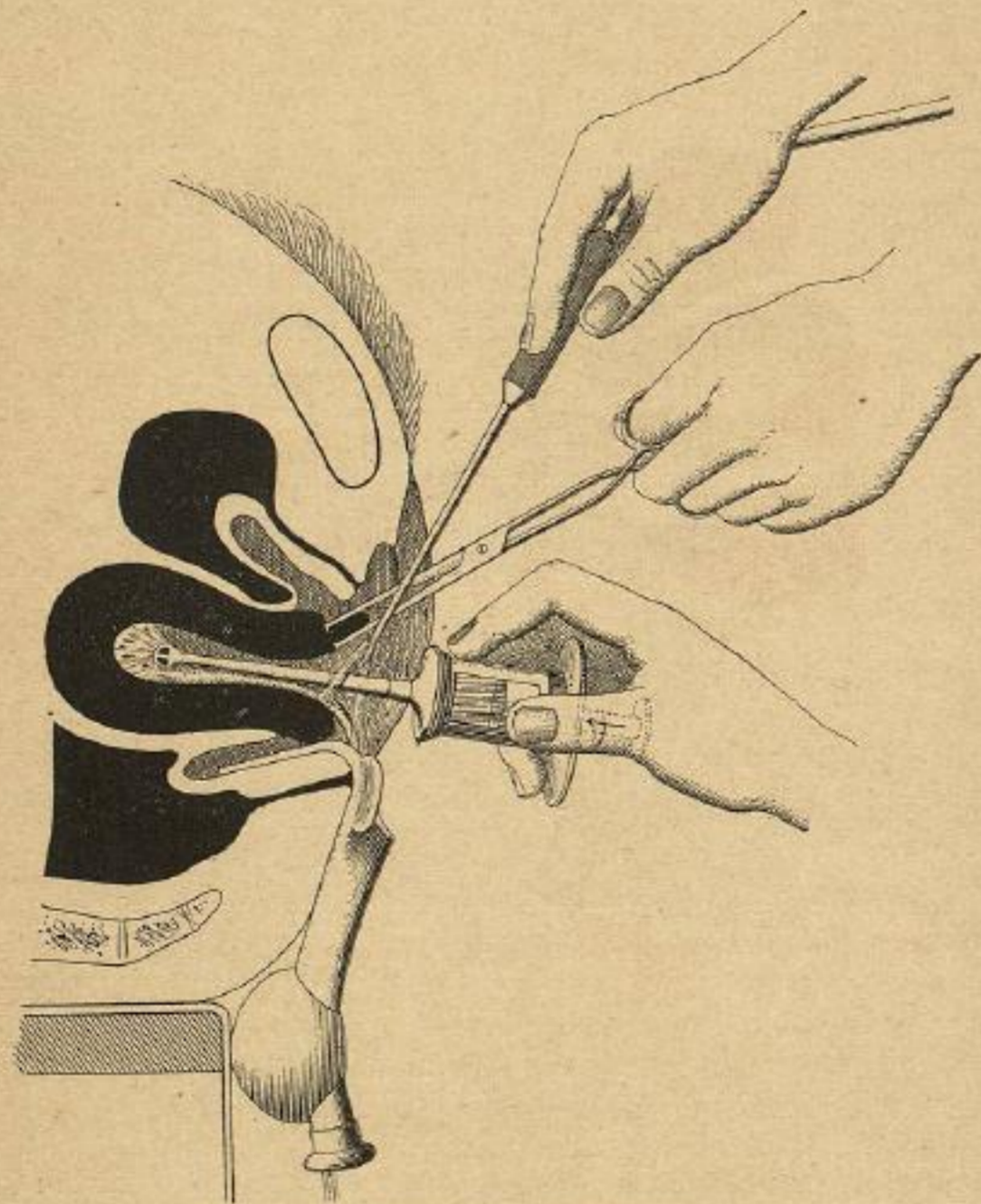


Fig. 280. — Cautérisation intra-utérine.

mité fenêtrée de l'instrument (fig. 280). — Nouvelle expulsion de liquide, nouveau balayage, jusqu'à ce que la seringue soit vidée. — Pendant ce temps un aide irrigue l'orifice externe du col, de manière à ce que l'excès du caus-

<sup>1</sup> Cette seringue possède un piston en métal et peut être passée à l'étau sèche avec les autres instruments.

lique soit enlevé à mesure de sa sortie de l'utérus et ne vienne pas cautériser le vagin et la vulve.

La cautérisation terminée, injection dans la cavité utérine avec la curette irrigatrice, mais sans exercer de frottement.

Si après cette intervention le sang arrive en abondance, ce qui est exceptionnel, je fais un tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée, qui arrête de suite l'hémorragie (fig. 281).

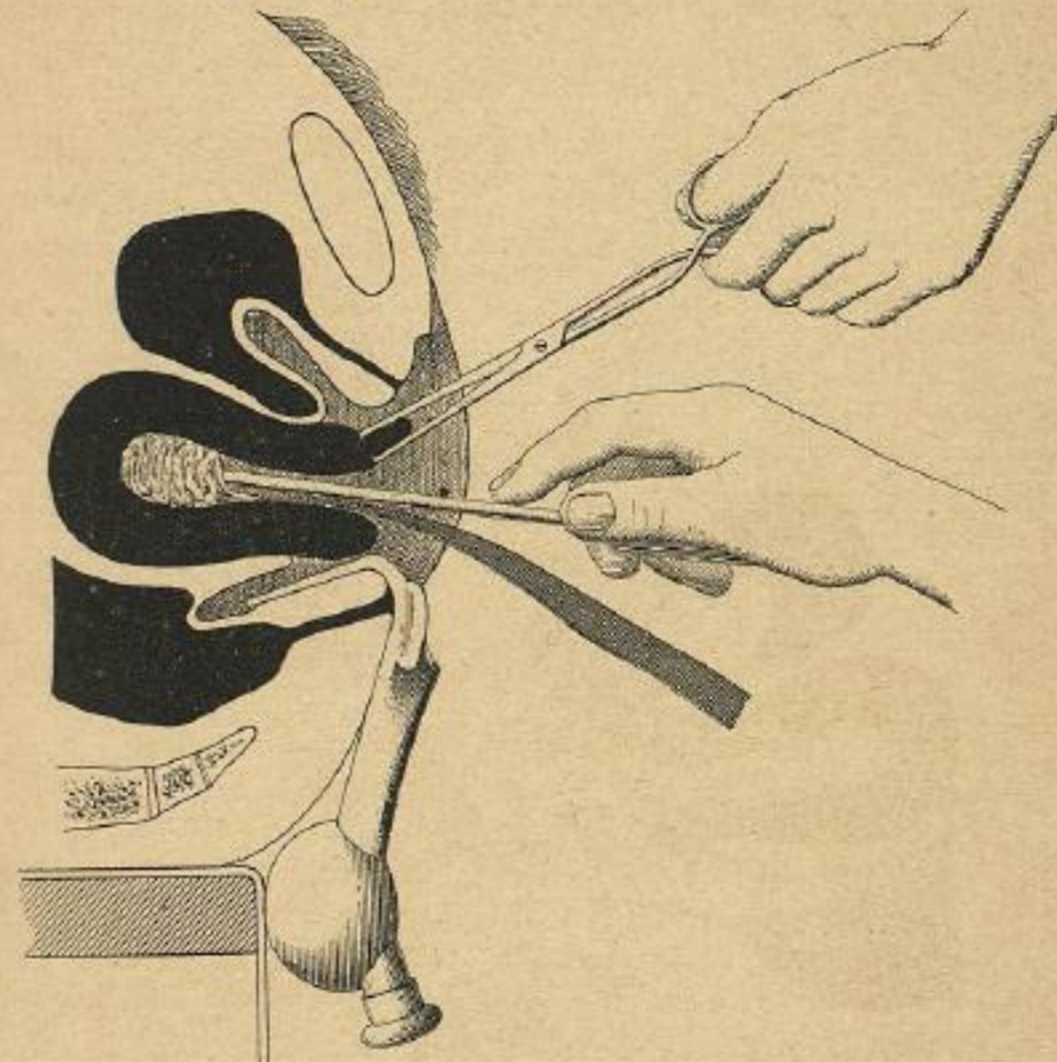


Fig. 281. — Tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée ou salolée.

Cette précaution est bien rarement nécessaire, et je me contente habituellement d'un tamponnement vaginal avec une bande de gaze iodoformée ou salolée, bande qui est retirée au bout de vingt-quatre heures (fig. 282).

La malade reste une semaine au lit, après quoi elle peut se lever et reprendre ses occupations habituelles.

Les injections vaginales sont inutiles, à moins qu'il n'y ait de l'écoulement sanguin pendant les jours consécutifs. Il faut, autant que possible, éviter l'usage de ces injections quand il n'est pas indiqué; beaucoup de femmes et de gynécologues en font un véritable abus.

d. *Le drainage* de la cavité utérine a pour but de faciliter l'écoulement des sécrétions pathologiques prenant naissance dans la cavité cervicale ou corporelle.

Son action thérapeutique présente une certaine analogie avec le drainage des kystes purulents ordinaires, alors qu'on veut en obtenir la guérison.

Préconisé d'abord par E. Schwarz<sup>1</sup>, il a depuis été employé par plusieurs gynécologues.

Schwarz place dans l'intérieur de l'utérus un pinceau de fils de verre qu'il laisse à demeure.

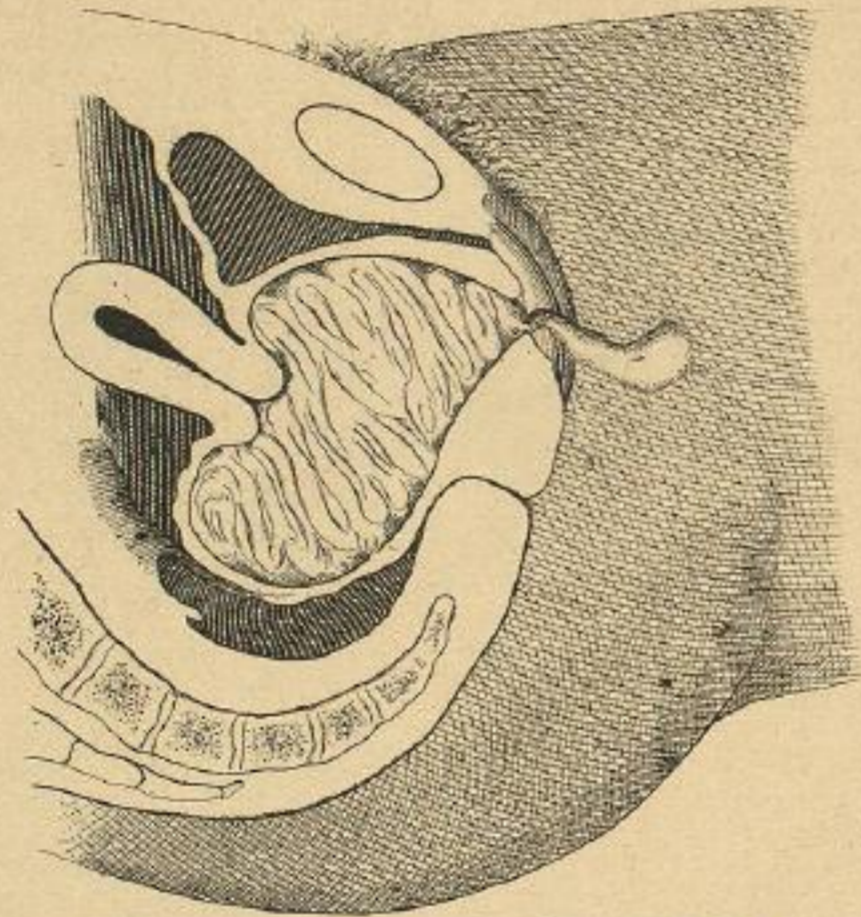


Fig. 282. — Tamponnement vaginal avec une bande de gaze iodoformée ou salolée.

Walton et Doléris ont préconisé également le drainage pour évacuer les collections tubaires.

Lefour<sup>2</sup>, reconnaissant les avantages du drainage, a proposé de le faire avec des tiges d'aluminium présentant sur leur longueur quatre cannelures. (Cette tige est analogue à celle représentée par la figure 283 qui représente une modification que j'ai fait subir à la tige de Lefour, en portant de quatre à six le nombre des cannelures, et en augmentant son diamètre.)

La longueur totale de la tige est de 5 centimètres environ; elle est appliquée soit après le curage, soit après la simple dilatation utérine à l'aide de la laminaire.

L'appareil porte à l'une de ses extrémités un trou qui permet de le fixer à l'une des lèvres du col par l'intermédiaire d'un crin de Florence; il peut être laissé plusieurs semaines en place, et n'empêche pas la malade de se livrer à ses occupations habituelles.

<sup>1</sup> Drainage des Nicht puerperalem uterus — *Centralb. für Gynäk.*, 31 mars 1883.

<sup>2</sup> Société obstétricale de Paris, 1891.

Chéron<sup>1</sup> a essayé le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles

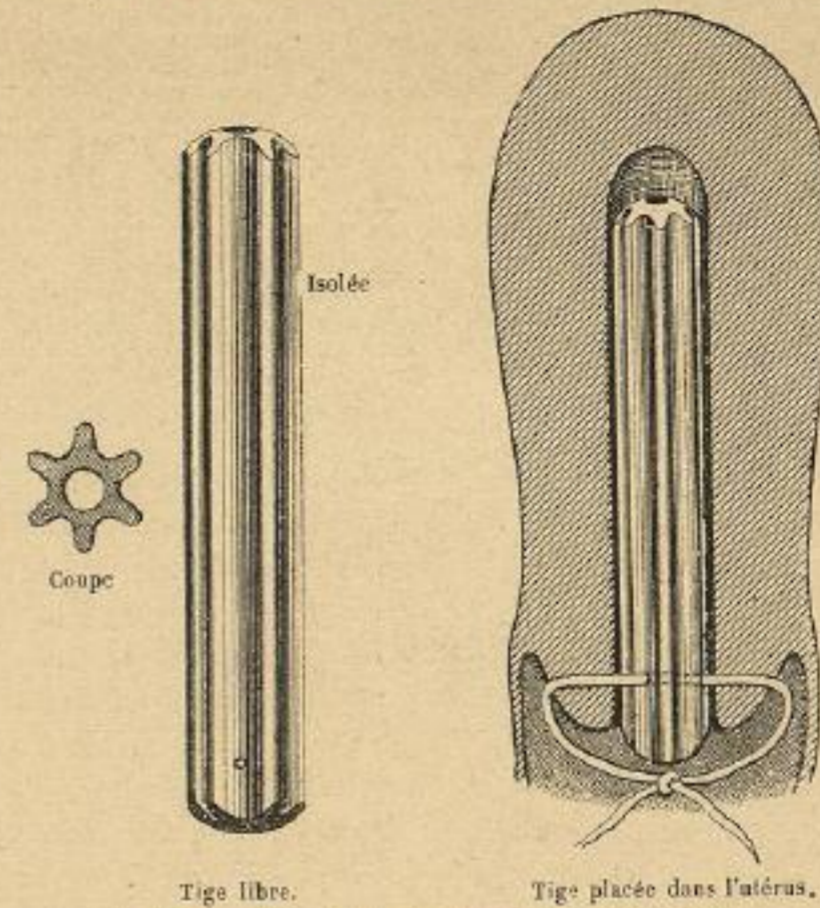


Fig. 283. — Tige de Lefour modifiée par l'auteur.

successivement avec des pinceaux de fils d'amiante, des soies de sanglier, des crins de cheval, du catgut, des poils de blaireau, des drains en caoutchouc; il en est arrivé à l'emploi exclusif de crins de Florence lavés à l'éther et rendus aseptiques par macération pen-

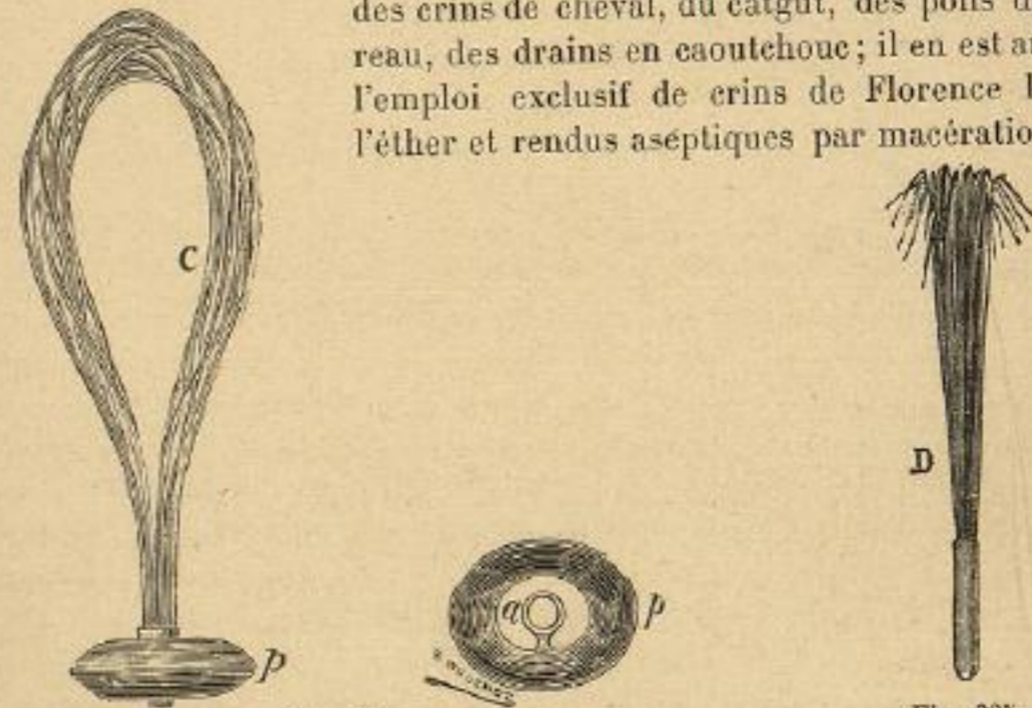


Fig. 284. Drain en anse à plateau (grandeur naturelle). (Chéron.)

Fig. 285. Drain en érigne. (Chéron.)

dant cinq ou six jours dans une solution aqueuse d'acide picrique à 10 p. 1000.

<sup>1</sup> Chéron, Paris, 1892.

Cet auteur se sert d'un drain en anse ou d'un drain en érigne.

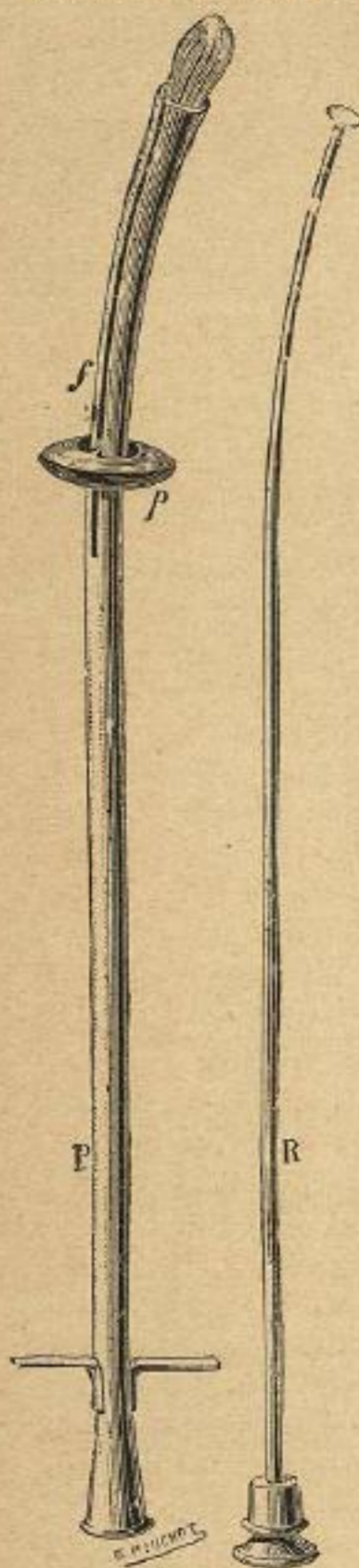


Fig. 286.

P, porte-drain, garni du drain, prêt à être porté dans la cavité utérine.  
— R, mandrin (Chéron).

Le drain en anse, se compose, ainsi que l'indique la figure ci-jointe (284), d'un ensemble de 50 à 100 crins de Florence repliés sur eux-mêmes et maintenus au centre d'un petit disque léger en celluloïd.

Le drain en érigne est, comme le montre la figure 285, un pinceau de crins de Florence, maintenu dans un fourreau commun à l'une de leurs extrémités ; à l'autre extrémité les fils sont brusquement courbés sur eux-mêmes.

Chéron se sert presque exclusivement de drains en anse qu'il introduit dans l'intérieur de la cavité utérine à l'aide d'un porte-drain spécial, dont la figure 286 indique le dispositif.

Pendant les premiers jours et surtout les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures, la malade a des contractions utérines assez vives se traduisant sous forme de coliques.

Le repos au lit est nécessaire pendant ce temps, sinon l'appareil serait expulsé.

Puis, petit à petit, la tolérance se rétablit et ce drain, en même temps qu'il facilite l'écoulement des sécrétions utérines, amène la décongestion de l'organe.

Il peut être laissé en place pendant plusieurs semaines jusqu'à guérison de l'inflammation utérine.

W. Gil-Wylie a récemment préconisé, dans le traitement de l'endométrite chronique, un procédé différent de drainage<sup>1</sup>.

Après avoir dilaté le canal utérin, on pratique un curage de l'utérus, on essuie la cavité utérine avec de l'acide phénique puis on y introduit un tube en caoutchouc suffisamment gros et on termine par l'application d'un tampon vaginal de gaze iodoformée afin de prévenir la rétroversion de l'utérus, et le glissement du drain.

La gaze iodoformée est retirée au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures et remplacée par un tampon à la glycérine boriquée que l'on renouvelle tous les deux jours.

Au bout de huit à dix jours, on retire le drain de la cavité utérine.

<sup>1</sup> Amer. Journ. of Obst., avril 1892.

Par ce moyen, on réussit, d'après Wylie, à guérir 9 cas sur 10 d'endométrite chronique avec dysménorrhée.

Enfin, M. Bonnaire<sup>1</sup> a récemment préconisé un procédé analogue de drainage utérin.

Il emploie des drains en caoutchouc ayant une paroi aussi épaisse que possible (2 millimètres au moins) et perforés de trous petits et nombreux ; la longueur du drain doit être de 8 centimètres environ.

Après avoir, à l'aide d'une série de laminaires, dilaté l'utérus à un degré suffisant pour admettre l'index, l'auteur emploie le manuel suivant dont je lui emprunte la description :

« Pour mettre le drain en place on en saisit l'extrémité qui doit occuper le fond de l'utérus entre les deux mors d'une pince en forme de pinces à polypes, mais susceptible de se désarticuler à la façon d'un forceps. Les mors de l'instrument réduisent le volume du tube de caoutchouc en l'aplatissant, l'introduction devient ainsi plus aisée. Il suffit de fixer le col à l'aide d'une pince jetée sur la lèvre antérieure et de glisser le tube à plat, par de petits mouvements de torsion, jusqu'à ce qu'il soit arrivé au fond.

« Pour éviter l'issue du drain au moment du retrait de la pince, on désarticule cette dernière et on retire isolément les deux hanches.

« Le drain mis en place doit être fixé par un tampon de gaze iodoformée ; on doit prendre soin d'envelopper dans le tissu antiseptique l'extrémité qui fait saillie hors du col, tant pour assurer le maintien exact de cette dernière que pour empêcher un contact trop intime du tube de caoutchouc avec la cloison recto-vaginale, ce qui entraînerait du ténésme rectal.

« Suivant les indications, le drain de caoutchouc demeure en place de dix jours à trois semaines. Pendant la durée de son application, il suffit de renouveler la gaze iodoformée tous les deux jours, de procéder à chaque pansement à une irrigation soignée du vagin et de la cavité utérine en introduisant une sonde à double courant dans la cavité du tube. Au cas où le soutien apporté par le tampon vaginal a été insuffisant, il convient de réintroduire à fond le drain ; s'il est partiellement sorti, on le refoule à l'aide du doigt ou d'une pince. On doit s'abstenir de fixer le tube aux parois du col à l'aide d'un fil ; la pression élastique du caoutchouc exercée de haut en bas sur le fil, sous l'influence des contractions du fond de l'utérus, exposerait les tissus à être sectionnés.

« D'habitude le drain est suffisamment maintenu par le tampon de gaze, à condition que la dilatation primitive ait été portée assez loin pour distendre largement l'orifice interne du col.

« Cependant, il arrive surtout dans les cas de dysménorrhée avec contracture habituelle du sphincter que l'utérus accouche du tube de caoutchouc avec de fortes coliques. Il faut alors reprendre la dilatation en la portant aussi loin que possible, de façon à forcer le sphincter comme on le fait dans les cas de nature similaire, par exemple pour le constrictor de la vulve dans le vaginisme.

<sup>1</sup> Semaine médicale, 31 août 1892.



« Le contact du tube avec les parois de l'utérus est presque toujours indolore et parfaitement supporté par les femmes. Même si la douleur persiste quelques jours, auquel cas elle va rapidement en s'atténuant, elle conserve toujours les caractères de la douleur préexistante à la dilatation. Dans deux cas, nous avons eu à noter cependant des troubles réflexes : sialorrhée abondante, nausées, vomissements, gastralgie, palpitations, sensation de constriction pharyngienne, troubles qui nécessitent le retrait du tube et cessent aussitôt après.

« D'habitude, dès qu'elles sont soumises à l'action du drainage, les femmes

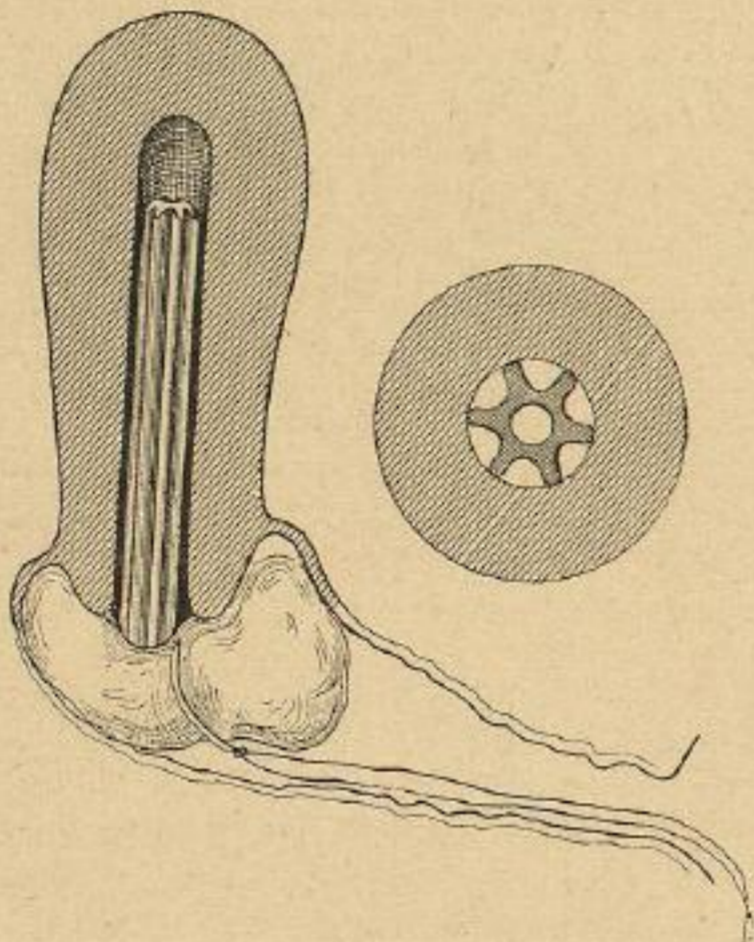


Fig. 287. — Tube de caoutchouc cannelé introduit dans la cavité interne et maintenu à l'aide du tampon. — Le tube est montré en place longitudinalement et à côté sur une coupe.

voient disparaître les douleurs inguinales, lombaires, les sensations de constriction hypogastrique ou de pesanteur périméale.

« A chaque pansement, on retire la gaze iodoformée, imbibée de sérosité abondante au début, roussâtre et rougeâtre, rappelant l'écoulement au commencement et à la fin des règles. La cavité du drain est incomplètement obturée par des mucosités glaireuses; ces dernières proviennent exclusivement de l'hypersécrétion des cryptes cervicales.

« Quant aux modifications objectives de l'utérus et de ses annexes, elles diffèrent, on le conçoit, suivant la nature de la lésion qui a indiqué l'emploi du tubage. »

Comme drain on peut faire usage d'un simple tube de caoutchouc à parois

résistantes; pour ma part, je préfère me servir d'un tube ayant la forme représentée par la figure ci-jointe (287) et qui rappelle exactement celle de la tige métallique qu'on fixe comme pessaire intra-utérin (voir (fig. 71, p. 81).

Ce tube de caoutchouc présente une résistance beaucoup plus grande que l'ordinaire; ses cannelures superficielles permettent l'écoulement utérin facile et son petit canal central donne au besoin la faculté de faire des injections intra-utérines.

Quant aux tubes divers qu'on a inventés et préconisés comme pouvant se maintenir d'eux-mêmes dans la cavité utérine, il faut ne pas connaître la physiologie de l'utérus pour croire à leur efficacité.

Tels sont les quatre principaux traitements qu'on peut opposer à l'endométrite, un mot d'appréciation sur chacun d'eux pour arriver à déterminer leurs indications.

Le crayon de chlorure de zinc constitue une méthode simple et peu dangereuse quant aux accidents immédiats, mais par son action énergique il détruit toute la muqueuse utérine qui est remplacée par du tissu fibreux, d'où perte pour l'organe de sa fonction physiologique : suppression plus ou moins prolongée de l'écoulement menstruel, règles douloureuses quand elles reviennent, conception impossible ou rare.

On a signalé à la suite de ces cautérisations le rétrécissement et même l'oblitération de l'orifice interne de l'utérus ou de l'orifice utérin des trompes amenant l'hématomètre ou l'hématosalpinx et nécessitant par conséquent à leur suite de sérieuses interventions.

Pour ces diverses raisons le crayon au chlorure de zinc est abandonné, d'autant plus que les trois autres méthodes ne présentent aucun des graves inconvénients dont il est passible.

Le choix reste à faire entre les pansements antiseptiques le drainage et le curage.

Le curage, pratiqué par une main exercée et avec toutes les règles de l'antisepsie, est sans dangers; il ne détruit que momentanément la muqueuse qui ne tarde pas à se reformer, ainsi qu'en témoigne la figure 288.

Il réussit dans la grande majorité des cas à guérir l'endométrite, à la condition d'être fait bien complètement. Les récidives ne se montrent guère que dans un cas sur vingt environ, et appartiennent souvent à des cas où le curage aurait dû être accompagné d'une autre opération, l'amputation du col par exemple.

Ces cas vont être examinés tout à l'heure avec la métrite généralisée.

Il constitue, il est vrai, une opération nécessitant le plus souvent l'emploi du chloroforme; c'est le principal reproche que lui font les malades et quelques médecins. Mais l'avulsion d'une dent n'est-elle pas aussi une opération, de même que l'ouverture d'un panaris, hésite-t-on cependant un seul instant à cette intervention quand elle est nécessaire? Il doit en être et il en sera probablement de même pour le curage, quand il sera mieux connu.

Cette thérapeutique est sans contredit la meilleure et la plus sûre pour

l'endométrite, à la condition d'être bien faite, et c'est à elle qu'il faut accorder la préférence, car elle est la meilleure comme résultats et n'expose à aucune complication.

Le drainage est, à mon avis, un bon complément du curage dans les cas d'endométrite chronique avec écoulement glairo-purulent, endométrite rebelle

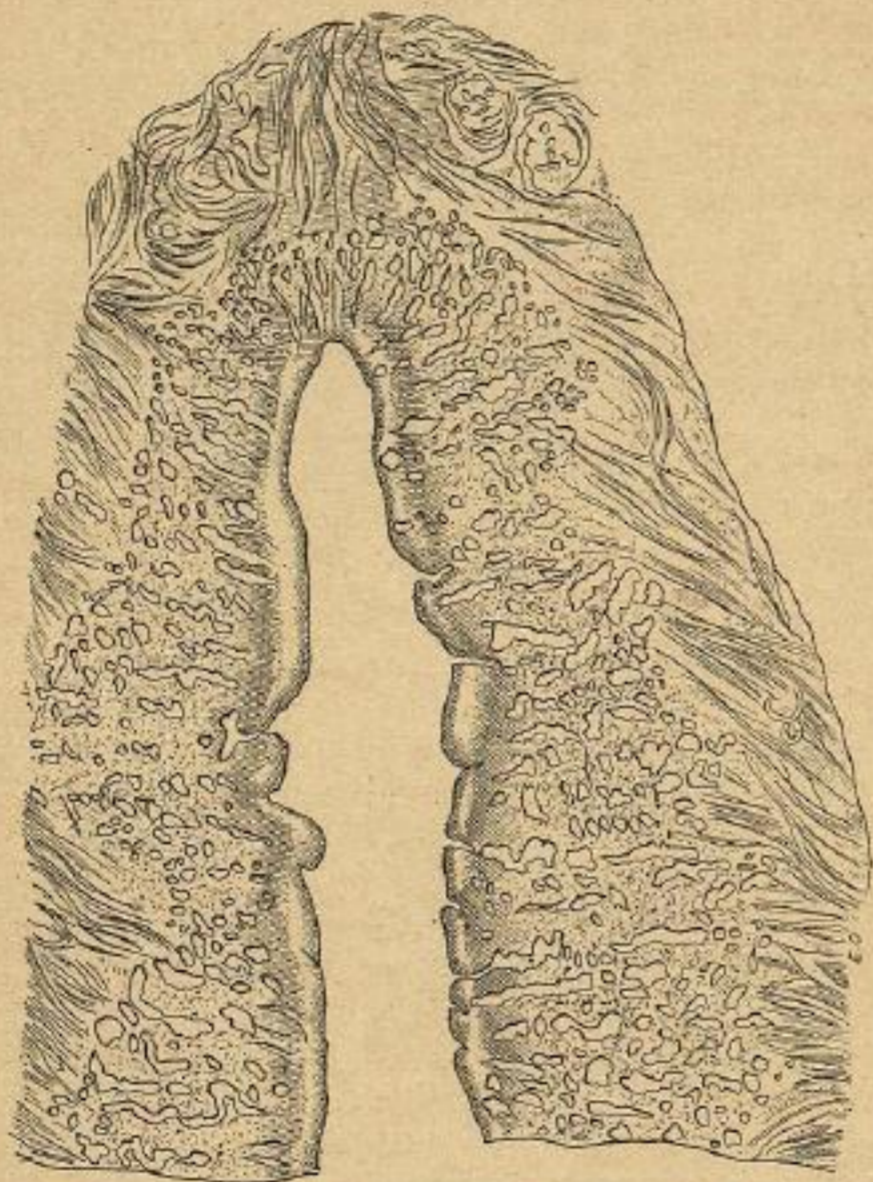


Fig. 288. — Réformation de la muqueuse utérine après le curage (Martin).

à la plupart des traitements, mais il ne me semble guère nécessaire et utile que dans ces cas spéciaux, le curage suffisant à la guérison dans les autres cas.

Parmi les différents modes de drainage, c'est à la tige intra-utérine de Lefour que je donne la préférence comme constituant le moyen le plus simple et le plus inoffensif.

Quant au drainage appliqué sans curage préalable, j'estime que ses indications sont relativement limitées, car avant de drainer la cavité utérine, il importe d'en modifier énergiquement la surface, comme on peut le faire à l'aide d'un curage soigné.

Chez les malades qu'effraie l'intervention chirurgicale ou dans les cas

d'endométrite légère on pourra recourir aux pansements antiseptiques, soit cautérisation à la créosote au tiers après dilatation préalable à la laminaire, soit application de crayons antiseptiques complétée ou non par le drainage.

Ces médications sont en général sans dangers, cependant l'application de la laminaire est très douloureuse chez certaines femmes et cause pendant douze heures des malaises prononcés.

Les crayons aussi amènent parfois des coliques utérines qui persistent pendant quelques heures après leur application, de telle sorte que la femme, pour éviter les ennuis de l'opération du curage, souffre en réalité bien davantage avec ces petits moyens dont l'efficacité est beaucoup moins grande, qu'il faut répéter plusieurs fois, qui nécessitent souvent (au moins quant aux crayons) un traitement prolongé, et qui assurent beaucoup moins bien la guérison.

Les complications sont rares après leur emploi, cependant de loin en loin on note des accidents d'inflammation péri-utérine, qu'on n'observe pas à la suite des curages bien faits.

Donc curage, méthode de choix, avec ou sans drainage consécutif suivant les cas; ne recourir aux pansements antiseptiques et au simple drainage que comme pis aller ou dans certains cas très légers.

#### 2° Métrite généralisée.

Quand l'endométrite a duré un certain temps, le muscle utérin ne tarde pas à se prendre, l'inflammation utérine devient générale, tantôt et plus souvent prédominante au col, tantôt au corps de l'organe.

La métrite, soupçonnée par ses phénomènes douloureux, par les pertes blanches et rouges dont elle est la source, par l'altération des fonctions digestives et l'amaigrissement qu'elle provoque, se reconnaît au toucher et au spéculum.

*Toucher.* — Le toucher, qui doit toujours être aidé du palper, renseigne sur le volume, la consistance, la sensibilité et la situation de l'utérus.

Un utérus augmenté de volume, plus ou moins induré (le ramollissement n'existe qu'avec la métrite aiguë), sensible, est un utérus enflammé.

Il n'est pas rare de trouver une déviation associée à l'inflammation, mais elle n'est qu'une complication, nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Les autres affections auxquelles il faut penser après avoir fait cette constatation, sont la grossesse, les fibromes, le cancer.

Avec la grossesse on a la suppression des règles, les phénomènes sympathiques, la mollesse spéciale et pathognomonique de l'utérus. — Dans les cas douteux, attendre.

Dans les fibromes, inégalité de l'utérus, hémorragies souvent abondantes, augmentation de volume d'habitude plus considérable; à l'hystéromètre, cavité utérine très agrandie et anfractueuse. Toutefois, dans certains cas de fibromes interstitiels, le diagnostic est très difficile, d'autant plus que les fibromes