

de membranes, ou de caillots sont décomposés sur place, par des germes qui, vraisemblablement, ne sont pas entraînés dans l'économie, mais affectent cette dernière par une sorte d'intoxication, au moyen des ptomaines qu'ils sécrètent. Il n'y a pas à proprement parler de localisations cliniques dans ces cas, pas de péritonite, mais des phénomènes généraux seulement. L'infection, dans la seconde forme, est due à une bactérie, qui, développée quelque temps dans l'endométrium, est charriée dans le courant sanguin ou lymphatique, s'y multiplie pour aller ça et là, créer des foyers secondaires : péritonite, pelvicellulite, etc.

Le traitement local, irrigations ou curette, est très efficace dans la première forme, et seulement au début de la deuxième, quand le foyer septique est encore localisé à la muqueuse utérine. L'auteur rappelle les expériences par lesquelles Auvard a démontré la supériorité de la curette par l'irrigation, pour drainer suffisamment la cavité utérine. Il rappelle également les cas de mort qui ont suivi l'injection intra-utérine. En outre, on est toujours dans la nécessité de répéter cette dernière, au moins à chaque exacerbation thermique.

La curette a ses contre-indications ; la péritonite, et l'anémie grave qui suit les grandes hémorrhagies. Elles ne sont pas absolues, car tous les microbes ne sont pas également transportés par le courant sanguin, et si l'on a lieu de penser que la cavité utérine est le siège d'un foyer putride important, on peut passer outre un léger degré de péritonite pour en faire le curage.

Il faut faire un diagnostic très précoce de la septicémie. La moindre déviation à la marche normale doit la faire redouter. On débute alors par une injection vaginale antiseptique, la femme placée au bord de lit. Si les symptômes ne s'amendent pas, on a recours à une injection intra-utérine, et enfin à la curette. L'auteur n'a recours à la curette d'emblée que lorsqu'il craint la rétention de membranes ou de placenta ; lorsqu'il s'agit d'un avortement au-dessous de 4 mois ; qu'il y a une hémorrhagie grave à odeur fétide ; que les symptômes septiques sont très graves, ou que la malade est éloignée et qu'on ne peut pas la visiter souvent.

II. L'hémorrhagie post-partum est le plus souvent due à la rétention de débris de membranes ou de placenta. Lorsque elle a lieu dans les premières heures qui suivent l'accouchement, on introduit la main rendue aseptique et l'on entraîne ces débris ; mais plus tard, l'orifice du col est refermé, l'introduction de la main n'est plus possible, et la curette la remplace avantageusement.

III. Lorsqu'il y a rétention, de produits membraneux ou on placentaires, la curette est encore préférable : car à moins qu'il ne s'agisse d'un accouchement à terme, où la rétention soit bornée à quelques petits fragments de membranes, l'intervention s'impose