

solution antiseptique faible ou même simplement d'eau bouillie. Cette pratique est à mon sens bien supérieure à celle qu'on veut actuellement imposer et qui consiste à faire de simples lavages vulvaires. L'injection a l'avantage d'agir au point de vue mécanique et de nettoyer les voies génitales ; il va sans dire qu'il ne faut se servir que d'eau stérilisée et de canules parfaitement aseptiques, mais c'est la chose du monde la plus simple. Il est, d'autre part, nécessaire que le séjour au lit soit suffisamment prolongé pour que le travail d'involution ait le temps de se faire ; et à cet égard, il est bon de ne permettre à la malade de quitter le lit qu'à la fin de la troisième semaine.

En ce qui concerne la blennorrhagie, la prophylaxie est infiniment plus difficile à exercer, on le comprend sans peine, car le mal vient du côté de l'homme : c'est donc au médecin qui soigne un individu atteint de chaude-pisse de lui faire toutes les recommandations nécessaires et de lui exagérer au besoin les dangers de rapports sexuels repris trop tôt.

Le coït ne devrait être permis à un blennorrhagique lorsque : 1. l'examen bactériologique ne révélera plus la présence du gonocoque ou de tout autre microbe ; 2. l'examen de l'urine fera constater l'absence de filaments et de grumeaux dans le deuxième verre de la miction, ce qui caractérise, comme on le sait, l'urétrite postérieure.

Malheureusement, ces recommandations resteront superflues la plupart du temps et je crois que les victimes de la goutte militaire ne sont pas près de diminuer de nombre.

Supposons maintenant la métrite constituée et voyons ce que nous avons à faire. Le traitement varie suivant la forme (aiguë ou chronique), les différentes variétés et l'état plus ou moins avancé des lésions.

La *métrite aiguë* succède en général à l'accouchement ou à l'avortement. Le meilleur traitement à appliquer en pareil cas, à mon avis, est sans contredit le curettage suivi d'injections intra-utérines. La curette, quoi qu'on en ait dit, enlève parfaitement, quand elle est bien maniée, tous les débris placentaires, même quand ils sont adhérents. D'autre part, du moment qu'elle est maniée par une main exercée et sans brusquerie, les dangers de perforation sont des plus minimes. Aussi je n'hésite pas à cureter les malades aussitôt que je suis appelé à les voir après leur avortement et toujours j'ai eu des succès.

D'autre gynécologistes, mais surtout les accoucheurs, préfèrent les injections intra-utérines continues. Cette méthode me paraît bien compliquée et d'une application peu aisée en ville ; peut-être dans une maternité est-elle excellente, mais dans la clientèle je la trouve peu pratique.