

REGIO
B11

INTRODUCTION

Ceci n'est pas une préface. Le lecteur ne doit pas considérer ces quelques pages, ajoutées au travail du Dr Brissay, comme une étiquette utile. Si j'accepte de les écrire ici, c'est que j'ai trouvé la place bonne; c'est que, ayant échangé avec M. Brissay, pendant le cours du voyage que nous avons fait ensemble à l'étranger, beaucoup d'idées, beaucoup d'appréciations, je me suis assuré de la communauté de nos vues sur beaucoup de points. Je suis donc certain que cette introduction ne détonnera pas avec le reste du livre.

M. le Dr Brissay est un de ceux qui pensent qu'il faut aller au-devant du progrès, et pour cela courir où le progrès se trouve, afin de le juger par soi-même.

Il sait que c'est peu de chose que de se tenir au courant par la lecture suivie de la littérature scientifique. Ce procédé est malheureusement insuffisant; il faut voir.

La lecture du manuel d'une opération, si bien décrite qu'elle soit, n'est rien si on la compare à ce que l'œil emmagasine de détails, à ce que l'observation immédiate corrige et redresse d'idées erronées. Voir l'opérateur à l'œuvre, tout est là. J'en dirai autant des doctrines, des procédés et des pratiques complexes qui constituent ce

vers desquels il diffuse; son transport est rapide et profond, son action s'étend et se propage à distance.

Enfin, il en est qui agissent par destruction simultanée du tissu et des agents morbides, des microbes, qu'il renferme. Ainsi font les acides et le cautère actuel: agents puissants si l'on s'assure que l'action s'étend suffisamment loin et intéresse toute l'épaisseur du tissu compromis; agents dangereux, s'il reste des zones non atteintes. Dans ce dernier cas, l'action destructive s'arrête, mais l'action irritative du caustique ou du cautère s'étend à ces zones respectées, affaiblit leur vitalité, ébranle l'action pondératrice des nerfs trophiques et souvent favorise la création rapide de foyers septiques nouveaux, le transport rapide et la propagation à l'intérieur des nouveaux poisons qui vont de développer dans ces foyers secondaires.

A la surface des plaies, l'eschare produite par le caustique ou le cautère forme une barrière, un mur véritable qui fait obstacle à l'écoulement des poisons septiques à l'extérieur, lorsque le poison ou les germes qui l'engendrent n'ont pas été *entièrement et absolument détruits*. C'est la source des principaux dangers qui résultent de l'emploi de ces agents dont l'effet caractéristique est *de coaguler* les albuminoïdes, à moins qu'ils ne les carbonisent. Je les groupe sous le terme de *topiques coagulants*.

Par opposition, j'appelle *topiques diffusibles* ou *pénétrants* ceux dont l'action ne nuit que modérément ou ne nuit point du tout à l'intégrité des albuminoïdes des tissus, à la faculté dialysante des cellules, à la fonction absorbante des capillaires, pas plus qu'elle n'empêche l'exsudation naturelle et l'issue des liquides toxiques ou des microorganismes renvoyés à la surface de la plaie par l'effort naturel des éléments cellulaires. A ce groupe appartiennent les essences ou huiles essentielles, les composés iodiques faibles, les térébenthines, certaines substances aromatiques, certains acides de même ordre employés en

solution très étendue. La créosote, l'acide phénique, l'iodoforme, la térébenthine, les huiles essentielles de genièvre, d'œillet et de girofle, etc., représentent pour moi les meilleurs des topiques, parmi ceux que j'ai expérimentés.

Il faut remarquer que les expériences que j'ai entreprises ont été instituées en vue d'une action profonde, surtout en vue de la *thérapeutique intra-utérine*, et non point comme étude de protection simple des plaies. C'est à titre de topiques destinés à agir radicalement sur des tissus malades que ces agents méritent d'être préconisés. Leur action est surtout garantie par le séjour longtemps prolongé au contact des tissus qu'elles doivent modifier.

C'est ainsi que j'ai été amené à envisager la question de la *dilatation utérine* que M. Brissay a étudiée sommairement, mais en donnant un aperçu suffisant de son utilité et de ses applications.

Je saisis volontiers l'occasion de compléter cette étude par des vues qui me sont personnelles sur :

La dilatation utérine employée comme traitement curatif
1° dans l'endométrite légère et

2° dans les névralgies pelviennes. — Je veux parler surtout des agents de dilatation considérés comme véhicules permanents des substances antiseptiques.

I

Quoique d'invention assez ancienne, la dilatation de l'utérus, longtemps négligée, n'a été réellement remise en honneur que dans ces derniers temps. Je ne veux traiter ici que de deux éléments de la question qui me paraissent tout à fait neufs et assez intéressants.

Il s'agit d'abord de l'action *topique* des agents de la dilatation lente, *laminaria*, *tupelo*, *gentiane*, *nyssa aquatica*, *éponge préparée*, etc., toutes substances dont la propriété

dilatatrice est en raison directe de leur propre dilatation amenée par imbibition au contact des liquides utérins. Je ne m'occuperai que de ceux-là, et je laisserai pour l'instant de côté les autres procédés, instruments ou appareils, destinés à dilater la matrice.

Les substances dilatables que je viens de nommer n'agissent qu'à la condition de séjourner dans l'utérus pendant un certain temps. On est dans l'habitude de remplacer une première tente dilatatrice au bout de quelques heures par une seconde plus volumineuse, destinée à compléter l'action de la première. Or, on a pensé à rattacher à ce séjour d'un corps étranger dans l'utérus une série de phénomènes qui semblent révéler sûrement une amélioration de la maladie, lorsque la dilatation est dirigée contre certains états morbides chroniques, soit de la muqueuse, soit même du muscle utérin. Depuis un an surtout, j'ai pu relever dans la littérature étrangère quelques notes qui tendent à attribuer à la présence des tiges dans l'utérus une valeur *tropique*, une action *catalytique* favorable. Si ce fait était vrai, il laisserait au gynécologue la faculté de s'en tenir à ce mode d'intervention et de s'arrêter à la première étape du traitement, à supposer que la dilatation n'ait été décidée que comme préliminaire du curage, par exemple, ou de toute autre méthode thérapeutique intra-utérine.

J'ai acquis moi-même une certaine habitude des effets de la dilatation, et je crois aussi à ce résultat. Je crois que la dilatation ainsi faite peut suffire à guérir certains catarrhes, certaines endométrites, sans qu'il soit nécessaire de recourir à d'autres moyens. J'étais et je suis encore très partisan de la méthode chirurgicale dirigée contre les états pathologiques de la muqueuse utérine; je suis convaincu que, seule, elle permet de venir à bout de certaines lésions invétérées, telles que l'endométrite, dans ses types plastiques, fongueux, bourgeonnants, etc., et je pense qu'il ne faut pas songer à y renoncer. Mais l'expé-

rience des faits m'a permis de conclure à la possibilité de la guérison, par la seule dilatation, dans un assez grand nombre de cas. Je suis donc d'accord en cela avec ceux qui, avant moi ou en même temps, en ont fait l'épreuve.

Seulement, l'explication qu'ils ont donnée du fait ne me paraît pas satisfaisante, et je vais essayer d'en donner une autre qui est à la fois la base et la justification des résultats obtenus.

La plupart des auteurs pensent que l'action à laquelle je fais allusion s'exerce par le seul fait du contact ou de l'excitation locale produite par l'unique présence des tentes dilatatrices: modifications des tissus dans l'hyperplasie du corps et du col utérin; — régression des infarctus chroniques; — compression et atrophie des fongosités et des productions polypeuses du col; — compression des glandes hypertrophiées et kystiques (*Hegar* et *Kaltenbach*).

Fritsch accepte que les corps dilateurs exercent une action *tonique* sur les conditions circulatoires de la matrice et sur la contractilité utérine. — D'autres ont vanté son rôle hémostatique (*Landau*), explicable par une compression excentrique des vaisseaux variqueux ou rompus, analogue à celle que le spéculum de *Gemring* exerce sur les parois du vagin. — Cette manière d'agir est fort douteuse pour moi. Tout au plus pourrait-on accepter comme réel le rôle excitant des tentes à l'égard de la contractilité utérine, rôle qui paraît plus en rapport avec la réalité des faits; mais cette action favorable sur les phénomènes névrovasculaires ne se peut absolument démontrer. — *Schröder* nie, pour la plus grande part, ces prétendus effets *catalytiques* des corps dilateurs, tandis que *Schultze* les admet pour la métrite.

En réalité, on ne saurait nier, ni les excellents effets *perturbateurs* de la sensibilité exercés par la dilatation lente, ni les *modifications trophiques* des tissus, qui s'accusent surtout par des changements dans la circulation.

Il s'agit simplement de les expliquer.

Je ferai remarquer d'abord que la première condition pour faire avec sécurité de la dilatation lente, avec la laminaire ou l'éponge préparée, c'est d'user de substances *aseptiques*. Or cela a été la grande préoccupation de tous les gynécologues, et tous ont senti la nécessité de ne se servir que de substances préparées avec les solutions fortes de sublimé ou d'acide phénique.

Je dirai, en second lieu, que, pour obtenir une bonne dilatation par le procédé en question, il faut deux à trois jours, c'est-à-dire le séjour permanent, durant deux à trois jours ou plus, de corps dilateurs, de volume progressivement croissant. Ces corps, nous venons de le voir, sont *aseptiques*; ils sont imprégnés de substances *antiseptiques*. C'est là la clef de leur action favorable dans l'endométrite.

Pour moi, l'action catalytique du corps dilateur, l'action physiologique de la dilatation, sont dominées ici par l'action thérapeutique dont le corps dilateur est l'agent indirect. Pour mieux dire, je vois dans l'éponge, la laminaire, le tupelo, etc., moins des corps dilatants que des *portetopiques*, des *véhicules permanents d'une substance topique, antiseptique, dont ils sont imprégnés, mise et retenue au contact de la muqueuse utérine, au fur et à mesure que cette muqueuse s'étale sous l'influence de l'ampliation de la cavité.*

Je prends l'exemple de l'endométrite chronique : vous vous proposez de curer l'utérus; vous jugez nécessaire d'opérer préalablement la dilatation. — Cela demande deux jours. — Lorsque la dilatation va commencer, vous savez que la muqueuse plissée, accidentée par les saillies papilliformes, villeuses, bourgeonnantes, alternant avec les cryptes des cæcums glandulaires dilatés, offre la disposition d'un réceptacle d'éléments phlogogènes, profondément enfouis et inaccessibles, pour la plupart, à une action superficielle. — Vous aurez beau instiller, gratter superficiellement, essayer cette surface malade, à moins de tout

détruire jusqu'à la couche profonde de la muqueuse, votre intervention sera insuffisante. Mais vous allez dilater, c'est-à-dire multiplier la surface, l'étaler, la décupler, amincir la muqueuse par conséquent; pour peu que vous poussiez la dilatation un peu loin, vous obtiendrez un nivellement de cette muqueuse aussi complet que possible. Les glandes vont s'effacer et les culs-de-sac sinueux et profonds seront maintenant représentés par de simples dépressions où un topique atteindra facilement. Grâce à ce déplissement, une action thérapeutique, naguère insuffisante, va devenir très efficace. — Or, remarquez que, au fur et à mesure que ce déplissement, cet étalement s'opèrent, la dilatation de la tente-éponge se fait... que dis-je! elle ne la suit pas, elle la précède, puisqu'elle en est l'agent. Le contact entre le corps dilatant et la surface dilatée ne cesse pas un instant. C'est une action continue, non plus topique, mais en réalité antiseptique. Ce que les crayons et les liquides ne peuvent pas réaliser, la tente-éponge le fait, car son séjour intra-utérin est garanti et rendu certain par son action dilatatrice même. Ce qui fait l'asepsie du corps dilateur, garantit son action antiseptique sur la muqueuse utérine. — La métrite chronique est surtout une lésion de profondeur; quand on dilate, on met à nu les parties profondes; on décuple ainsi la surface et, par le même procédé, on décuple l'action topique.

Qu'on ne vienne donc plus reprocher à la dilatation, ainsi pratiquée, de créer des dangers de septicémie!

Je me crois autorisé, au contraire, à affirmer que, loin d'être nuisible, son action est *curative*. — Elle l'est assurément. — Je puis avancer aujourd'hui nombre d'observations où la dilatation m'a suffi pour guérir l'endométrite. Je n'en voulais user qu'à titre de préliminaire, et j'ai pu constater un résultat définitif que je n'espérais pas.

Reste à savoir quel est le meilleur agent à utiliser comme topique antiseptique, auquel l'éponge ou la laminaire ser-

qu'on appelle la conduite *chirurgicale*. Que de choses bonnes, les unes **déjà vieilles, les autres** toutes récentes, **qui sont ignorées** et le resteront encore longtemps, à cause de l'indifférence des médecins de certains pays, qui les fait se cantonner dans leurs habitudes sédentaires et les éloigne de toute exploration scientifique en dehors de leur cercle habituel!

M. le Dr Brissay a eu le courage de s'expatrier de son pays d'adoption, pendant six mois, pour venir chercher en Europe les idées neuves qui jaillissent de tous côtés. C'est en visitant les plus célèbres universités et en s'attachant à pénétrer la pratique des maîtres les plus réputés, qu'il a recueilli le complément de nouveautés scientifiques dont la nécessité se fait sentir, au bout d'un certain temps d'isolement, à tout médecin qui affectionne sa profession.

Il a voulu faire profiter ses compatriotes du fruit de son travail, et pour cela il a, non pas écrit un livre, mais réuni, collationné, mis en ordre des notes précieuses, puisées à la source même, et recueillies au jour le jour, pour en former une sorte de code pratique, un manuel simple et scientifique en même temps. A défaut de discussions, souvent vaines et trop encombrantes, il cite des noms, qui sont autant d'autorités. En manière de comparaison, il oppose la façon de faire de l'un à celle de l'autre et les juge d'un mot en montrant les bons et les mauvais côtés de chacune, suivant les cas, les milieux et les conditions.

Dans l'ordre qu'il a suivi, il est aisé de voir qu'il s'est uniquement attaché à reproduire avec fidélité les notes recueillies par lui-même sans autre préoccupation que de les classer avec avantage pour le lecteur.

C'est dans les questions gynécologiques qu'il m'est particulièrement agréable de suivre M. Brissay.

Je crois que tout le monde appréciera le soin qu'il a mis à énumérer et à préciser les données les plus nouvelles de l'antisepsie, qui est la base certaine, la principale sauve-

garde et la vraie garantie du succès dans le traitement des maladies des femmes.

Cette étude des *antiseptiques* et de leur choix en gynécologie est une de mes principales préoccupations. En effet, depuis la découverte de l'antisepsie, la question des agents chimiques employés en vue de ce résultat a beaucoup varié. Elle tend à se déplacer encore davantage aujourd'hui.

Autrefois, on ne voyait guère dans telle ou telle substance que sa propriété *désinfectante* ou *microbicide* plus ou moins radicale. Les recherches de Miquel sont basées surtout là-dessus. Avec la découverte des ptomaines et des leucomaines, il faut tenir compte non seulement 1° de l'action *destructive* de l'antiseptique sur le microbe (poison vivant), mais aussi 2° de l'action *neutralisante* sur l'alcaloïde toxique qu'il engendre (poison mort, poison soluble, virus, etc.). Enfin, il ne faut pas perdre de vue 3° l'action *locale*, l'action *topique* des agents chimiques antiseptiques sur les tissus vivants.

La conservation des propriétés de défense naturelle du terrain chirurgical, c'est-à-dire de la plaie; l'intégrité du fonctionnement des appareils vasculaire et nerveux; le maintien des échanges organiques intimes et des combustions cellulaires..., en un mot, tout ce qui fait un tissu sain, résistant et prompt à la *restitutio ad integrum* après le traumatisme accidentel ou opératoire, doit être avant tout envisagé par le chirurgien. — A cet égard, l'expérimentation seule et l'observation doivent déterminer le choix des topiques.

Tel antiseptique est trop corrosif et détruit les tissus trop profondément; tel autre les irrite; tel autre agit par voie réflexe pour déterminer des exanthèmes au voisinage de la plaie.

Au contraire, celui-ci agit trop superficiellement. — Celui-là n'enlève rien de la vitalité aux éléments anatomiques; il laisse intacts les protoplasmes qui l'absorbent et au tra-