

viront de véhicule sans perdre de leur propriété de dilater, tout en se dilatant eux-mêmes.

Depuis longtemps j'ai adopté l'*iodoforme*. Depuis longtemps je me sers de la solution saturée d'éther iodoformé pour la désinfection de toutes sortes de corps dilatateurs.

Il suffit de plonger la tente-éponge, la tige de laminaire, de *tupelo* ou de gentiane dans cette solution pendant une demi-heure, pour en obtenir l'imprégnation aussi complète que cela est nécessaire, par l'*iodoforme*, ce dont on peut s'assurer par des sections de la substance dilatatrice.

Il suffit maintenant de laisser évaporer l'éther qui a servi à transporter la poudre d'*iodoforme* en solution. Cette évaporation est très rapide.

On constate :

1° Que l'éther saturé d'*iodoforme* a pénétré très profondément;

2° Que l'éponge et la laminaire n'ont été nullement gonflées par l'immersion dans l'éther. — Tout au plus la laminaire a-t-elle été légèrement assouplie, ce qui n'a rien que d'avantageux, car on peut profiter de cette souplesse passagère pour lui donner la courbure que l'on désire;

3° Que, trempée après cela dans l'eau, ou mise au contact d'un liquide, la tente dilatatrice n'a rien perdu de sa dilatabilité propre et se gonfle avec la plus grande facilité.

En résumé, rien n'est changé, sinon que les corps ainsi préparés sont chargés d'*iodoforme* et deviennent des *véhicules excellents* d'une substance reconnue comme un excellent topique et un antiseptique de premier ordre.

Tel est le résultat de cette manière de faire. — Si j'en parle aussi longuement, c'est que je crois être un des premiers à l'avoir imaginée. En effet, Herff, de Darmstadt, à qui on la rapporte généralement, ne me paraît en avoir usé que dans le milieu de 1885 (Berlin, *Klin. Woch.*, n° 25, 1885), alors que des observations publiées (thèse de Soto y Alfaro, 1885) ou communiquées verbalement

(Société obstétricale et gynécologique de Paris) se rapportent à des faits de beaucoup antérieurs qui me sont personnels. — Depuis plus de deux ans, j'use de l'éther iodoformé pour préparer l'éponge et la laminaire; au surplus, je pense que cette invention n'a rien de bien remarquable et que l'idée a pu en venir à beaucoup de médecins en même temps. — Je la recommande comme très simple et très sûre.

Mais s'il me fallait soutenir la question de priorité dans l'invention, je serais fort embarrassé, ayant usé empiriquement du moyen que je conseille sans savoir que la chose eût été déjà essayée. Toutefois je peux dire que Herff ne mentionne que la désinfection du *tupelo*. — Or on sait que ce genre de dilatation est tombé depuis longtemps en désuétude en France et en Allemagne, ce qui expliquerait que l'on ait apporté peu d'attention au conseil si utile cependant donné par l'auteur. Je suis probablement le premier, en France au moins, à avoir utilisé la même méthode pour l'éponge et la laminaria.

Ce que j'ai dit précédemment de l'action curative des corps dilatateurs ainsi préparés, dans l'endométrite, me dispense d'y insister à nouveau. — Ceux qui ont expérimenté les avantages de l'*iodoforme* en gynécologie comprendront pourquoi ce contact permanent, cette embrocation constante des éléments malades de la muqueuse par la substance qui imprègne l'éponge, et que celle-ci décharge constamment dans la cavité utérine, est un procédé excellent de modification de cette muqueuse, et une garantie à la fois contre tout danger de septicémie ou d'inflammation.

Je puis donc conclure d'un mot : — L'éponge, la laminaire, etc., préparées antiseptiquement et surtout par l'éther iodoformé, sont, en même temps que des substances dilatatrices complètement *aseptiques*, des *véhicules parfaitement appropriés au transport* des substances antiseptiques dans la matrice. — Ils sont donc des agents dilatateurs et topi-

ques tout à la fois (dans le sens d'agents thérapeutiques ou mieux de porte-topiques).

Si l'action curative de ces agents échoue, ce qui arrivera assez souvent dans les formes d'endométrite un peu accentuées, et d'une manière constante dans les formes invétérées, la dilatation ainsi faite n'en aura pas moins, à titre de préliminaire, facilité l'opération à intervenir et assaini le terrain opératoire.

II

Divulsion de l'utérus — ou dilatation forcée du col contre les diverses formes de l'hystéralgie. — Élongation des plexus nerveux utérins. — Le deuxième point a trait à l'action de la dilatation sur les états névralgiques du bassin. — Je dis du bassin, parce que : 1° il est souvent difficile de localiser la douleur dans un point ou dans un organe précis : col ou corps de l'utérus, muqueuse du cul-de-sac, ou muscles du vagin, ligaments utérins, ovaire, plexus péri-utérins, etc., etc.; 2° parce que ces névralgies sont fréquemment erratiques et susceptibles de se déplacer, pour un temps, d'un point sur un autre.

Le fait le plus habituel, c'est qu'elles coïncident avec des états pathologiques de la muqueuse ou de la musculature des voies génitales, parfois même avec de vieilles lésions paramétritiques ou périmétritiques, des cicatrices anciennes du col, de la dysménorrhée douloureuse ou pseudo-membraneuse, etc. — Rarement elles sont le fait d'un trouble fonctionnel isolé de l'ovaire.

Le plus communément, chez les femmes ainsi affectées, la vulve, le vagin, le col utérin sont susceptibles au simple contact, ils sont irritables, ils sont souvent douloureux au moindre attouchement. J'ai éprouvé que cette hyperesthésie à laquelle il faut, malgré tout, deux espèces

de causes : d'abord un état pathologique local quelconque, ensuite une disposition spéciale des femmes à la névropathie, pouvait céder à une violence momentanée exercée sur le col utérin. — J'ai constaté que certaines femmes étaient guéries par le seul fait de la dilatation *forcée extemporanée* du col.

En essayant de ce moyen, j'avais en vue d'imiter les procédés chirurgicaux de la dilatation forcée contre le vaginisme ou contre la fissure intolérante de l'anus.

Tout le monde sait que, d'après les recherches anatomiques de Frankenhœser et les expériences physiologiques de Ranvier, Vulpian, Dembo, etc., les centres de la sensibilité tactile aussi bien que de la sensibilité réflexe de l'utérus, siègent au fond du vagin, autour du col et de l'isthme utérin. Là sont des plexus denses qui, d'une part, pénètrent le tissu utérin et qui, d'autre part, sont reliés étroitement par mille filets délicats à tout l'appareil d'innervation du bassin. C'est en cette région que se localise la douleur parfois excessive de la période de dilatation de l'accouchement. — C'est là que la dilatation artificielle doit, à mon avis, produire un effet favorable. — La distension forcée du col dans ces conditions, et lorsqu'elle est portée assez loin, me paraît devoir jouer exactement le rôle de l'*élongation des nerfs* contre les névralgies. La violence que je produis, c'est d'abord la distension des faisceaux musculaires contracturés, leur dissociation ; c'est ensuite l'élongation et le tiraillement des plexus nerveux, suivis de leur paralysie sensitive.

Ces explications me paraissent appuyer théoriquement l'intervention que je propose contre ce qu'on appelle communément l'*hystéralgie*.

Les faits sont d'accord avec le raisonnement.

En 1884 j'ai, pour la première fois, obtenu la cessation immédiate des douleurs, chez une malade de la clinique d'accouchement et de gynécologie de la Faculté. Le fait est

rapporté dans la thèse, déjà citée, de M. le Dr Soto. Il ne s'agissait que de névralgie.

L'année suivante, j'ai traité une malade qui se présentait dans une situation plus complexe. Il s'agissait d'une oblitération cicatricielle quasi totale du fond du vagin, suite d'opérations obstétricales. De plus, endométrite chronique, — suppuration abondante. — Douleurs de deux ordres, les unes intolérables, paroxystiques, à forme névralgique; les autres plus modérées, à forme expulsive. Ces dernières rappelaient le ténesme vésical ou anal et étaient passibles d'ailleurs d'une explication similaire, car je pus constater plus tard l'existence de bourgeons exubérants de la muqueuse du corps de l'utérus, herniés à travers l'orifice interne affecté de contracture spasmodique. — Là était la cause de ce ténesme utérin, qui ne cessa d'ailleurs que par le curage. — Mais le plus remarquable était l'existence de vomissements incoercibles tout aussi caractérisés que ceux de la grossesse. — Affaiblissement, maigreur extrême, anémie, cachexie même, fièvre à forme intermittente. — Je me hâtai de restaurer chirurgicalement le fond du vagin et de rendre le col de l'utérus accessible. — Je constatai ensuite que la pulpe du doigt pénétrait de près d'un centimètre environ dans l'orifice externe. — Mais le reste du trajet était infranchissable, horriblement douloureux. — J'endormis la malade. Je dilatai violemment tout le trajet cervical. — Le lendemain les vomissements cessèrent totalement ainsi que les violentes douleurs névralgiques et paroxystiques. — Je note que l'on ne peut songer à faire bénéficier la narcose chloroformique de ce résultat, car cette femme avait été déjà endormie pour l'opération du vagin, et cela sans modification des phénomènes douloureux ou réflexes. — Le ténesme utérin, c'est-à-dire les coliques sourdes, très supportables d'ailleurs, ne disparurent qu'après l'abrasion de la muqueuse.

Je n'ai pas trouvé souvent l'occasion de traiter des cas

aussi caractérisés, mais j'ai fait l'essai de la dilatation forcée extemporanée chez une douzaine de malades environ. — J'en ai toujours retiré de bons effets. — Ces effets ont été, tantôt définitifs, tantôt plus ou moins durables.

Dans les deux tiers des cas, la douleur a disparu complètement, et jusqu'ici, à ma connaissance, elle n'a pas reparu. Dans un cas, il s'agissait d'une jeune fille affectée de dysménorrhée atrocement douloureuse. Chez un tiers de mes malades la douleur a reparu, après quelques mois, sous forme d'ovariologie ou de névralgies lombo-sacrées; une fois, fait très singulier, sous forme de névralgie vésicale d'abord, puis vulvaire très localisée; dans ce cas, elle est aujourd'hui très atténuée sinon disparue.

Ces résultats m'engagent à persister dans cette voie, d'autant que tous les gynécologues sont d'accord pour reconnaître la ténacité des affections auxquelles je fais allusion et la difficulté de les guérir.

Je ne puis passer sous silence que, il y a quelques mois, dans une société savante américaine, le docteur Goelet préconisa un procédé analogue au mien, sous le nom de *dilatation rapide*. Sa note vise la dysménorrhée et la stérilité. — Une discussion s'ensuivit; d'autres gynécologues partagèrent les idées de Goelet.

A un premier résumé de la communication de cet auteur, paru dans le numéro du *Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie*, j'ajoutai une note additionnelle qui mentionnait ma manière de faire, déjà ancienne, publiée dans la thèse de Soto.

Manuel opératoire.

Voici comment je procède :

1° J'endors généralement le malade; la cocaïne me paraît insuffisante, et puis elle n'affecte que la sensibilité de

la muqueuse, tandis qu'il est important de soustraire la malade à des réflexes éloignés en supprimant l'excitabilité nerveuse par la narcose chloroformique.

Je fais précéder l'anesthésie par une injection sous-cutanée d'un milligramme d'atropine et d'un centigramme de morphine en solution.

2° J'adopte le procédé de la *divulsion extemporanée du col ou dilatation forcée*. Je ne me suis jamais servi des bougies de Hégar pour cela, mais je crois qu'elles peuvent amener au même résultat, à condition de ne pas reculer devant la nécessité d'arriver rapidement aux plus forts numéros. — Je me sers du dilatateur de Sims, qui est puissant et bien en main. — Une fois la divulsion poussée aussi loin que possible avec cet instrument, je me sers d'un dilatateur que j'ai fait construire par M. Mathieu et qui n'est autre qu'un modèle très grand du dilatateur de M. Pajot.

3° La *dilatation rapide, obtenue en trente-quatre ou quarante-huit heures par les tentes dilatatrices*, peut guérir certaines névralgies ou dysménorrhées douloureuses, j'en ai acquis la certitude dans quelques cas; mais j'avoue que je juge ce procédé infidèle après l'avoir éprouvé par moi-même; aussi n'est-ce point de ce genre de dilatation que j'ai voulu parler et n'ai-je pas fait entrer les observations de ce genre dans la statistique que j'ai citée en abrégé. Les tentes ne dilatent pas assez; la violence est donc insuffisante. Il faudrait, pour bien faire, être sûr que l'on brise beaucoup de filets nerveux. De plus, l'élongation, le tiraillement des nerfs se fait trop lentement. Parfois, le plus souvent même, on constate que la douleur s'accroît notablement après l'introduction de la seconde ou de la troisième tige. Je ne saurais donc recommander cette méthode avec autant de confiance que la divulsion.

4° Les précautions antiseptiques avant, mais surtout après la divulsion, sont de toute rigueur. Il y a des déchi-

rures de la muqueuse; il faut toucher toutes les surfaces cruentées avec la créosote ou l'iodoforme.

J'ai l'habitude de nettoyer la cavité utérine en totalité, une fois l'opération effectuée; mais, lorsque la chose est possible, je passe, une ou deux fois, préalablement à la divulsion et dans les quelques jours qui suivent, un écouvillon très doux chargé de glycérine créosotée à un tiers. En tout cas, je ne manque pas de le faire après.

Si la muqueuse est malade, ce dont je m'assure par l'examen des sécrétions ou d'une parcelle extraite avec la curette, dès qu'un soupçon me vient, je la gratte avec un écouvillon dur.

5° *Je n'ai jamais constaté d'accidents*, ni septiques, ni nerveux. — D'ailleurs, je n'en ai jamais constaté un seul après l'emploi d'une méthode quelconque de dilatation, et j'en ai pratiqué un très grand nombre.

6° Il ne faut jamais opérer la divulsion forcée dès qu'il existe un noyau de paramérite à la période aiguë ou même subaiguë. Je n'ai cependant pas toujours été arrêté par cet obstacle. Dans deux cas, j'ai opéré sur des cols malades, avec lacérations douloureuses assez récentes, et noyaux de cellulite juxta-utérine de date peu éloignée, et je n'ai pas observé de complications. Je sais que beaucoup de gynécologues passent outre et dilatent malgré cela; mais ma religion à cet endroit n'est pas suffisamment faite pour que je me prononce aussi catégoriquement. Je crois que le danger est minime, mais je ne saurais conseiller de le braver, alors qu'il suffit de temporiser un peu pour agir en toute sécurité. J'engagerais donc, en pareil cas, à attendre une douzaine de jours ou plus, et à user, pendant ce temps, des injections répétées de solutions antiseptiques à haute température.

Je ne veux pas me laisser entraîner trop loin dans ces aperçus de thérapeutique ultra-utérine, mais je n'ai pas voulu omettre de rappeler ici l'un des grands éléments de

progrès de la gynécologie moderne, à savoir : le traitement local, immédiat, raisonné et logique des altérations septiques de la muqueuse utérine. Ici comme partout, dans le domaine médical vraiment scientifique, c'est la notion de cause qui fortifie le choix du traitement. C'est la pathogénie solide qui dissipe les errements de l'empirisme pour les remplacer par une thérapeutique rationnelle. Nous devons être heureux de constater une fois de plus que la doctrine Pastorienne se trouve aussi hautement confirmée dans le domaine gynécologique que dans les autres branches de la médecine.

M. le docteur Brissay a utilisé autant qu'on pouvait le faire, tous les principes qui découlent de cette doctrine, pour les adapter aux préceptes généraux de la chirurgie gynécologique. Les détails nombreux que son ouvrage renferme, à cet égard, suffiraient à lui donner une couleur toute particulière et à garantir son utilité pour les praticiens.

DOLÉRIS.

CHAPITRE PREMIER

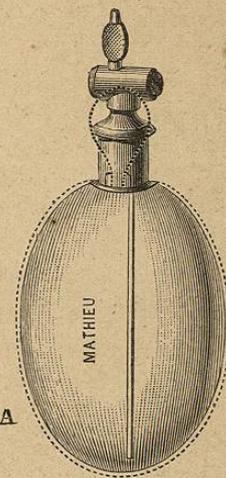
ANESTHÉSIE CHIRURGICALE

LA NARCOSE

LE CHLOROFORME est l'agent le plus communément employé pour obtenir l'anesthésie en chirurgie et en obstétrique. On emploie pour l'administrer des méthodes diverses. Quelques chirurgiens le donnent pur, à doses massives au début. A l'aide d'un petit flacon à double tubulure (fig. 1), on le verse sur un morceau de flanelle disposé sur un masque en fil de fer (fig. 2) de façon que tous les orifices respiratoires sont complètement recouverts.

— D'autres, comme Billroth, donnent un mélange de chloroforme et d'éther.

Schröder, de Berlin, et Léopold, de Dresde, obtiennent une narcose très sûre et sans accidents par l'administration du chloroforme retiré directement du chloral. Généralement on fait précéder la chloroformisation de l'injection sous-cutanée de morphine à la dose d'un ou deux centigrammes. Cette pratique supprime les vomissements si fréquents dans les grandes opérations de gynécologie, à



Méthode allemande.

Fig. 1. — Flacon de chloroforme.