

niquée à 5 p. 100 ou sublimé à 1 p. 100. On les conserve dans des tubes ou bocaux en verre remplis d'eau naphtholée.

Ces divers traitements les abîment au bout d'un certain temps, mais on en est quitte pour les remplacer, la dépense étant minime. Ils supportent l'autoclave.

COMPRESSES, COMPRESSES-ÉPONGES, TAMPONS. — Les compresses qui servent à entourer le champ opératoire sont désinfectées par le passage dans le permanganate de potasse, puis dans le bisulfite de soude. Après lavage, elles sont conservées dans la solution d'acide phénique à 5 p. 100. On les autoclave avant l'opération.

Les éponges qu'on employait au cours des opérations sont délaissées actuellement. Elles sont difficilement désinfectées, supportent mal l'ébullition et l'autoclave et coûtent cher. On les remplace par les compresses faites avec de la gaze hydrophile. Elles doivent être pliées six ou huit fois pour offrir une certaine épaisseur. On les prépare ordinairement de deux grandeurs, de 12 et de 20 centimètres de longueur.

Elles sont stérilisées à l'autoclave à 130° pendant une demi-heure. On les conserve ensuite dans des flacons également stérilisés, remplis ou non de la solution de sublimé à 1 p. 1000. Les tampons d'ouate hydrophile entourés de gaze sont traités de la même manière.

OPÉRATEUR ET AIDES. DÉSINFECTION DES MAINS. — « Le chirurgien et ses aides ne doivent pas avoir touché de matières septiques depuis quarante-huit heures au moins. » Si des circonstances particulières les obligeaient à intervenir dans des conditions contraires, ils prendront la veille un bain au sublimé. Il est bien entendu que leurs mains doivent être exemptes d'éraillures et de boutons suppurants. Ils doivent être revêtus d'une longue blouse

et d'un tablier sortis de l'autoclave. Les bras seront nus. Il est très difficile d'obtenir l'asepsie parfaite des mains, et tout le monde ne sait pas, malheureusement, les laver, les brosser et surtout nettoyer les ongles qui sont de vraies cavernes à microbes. Il ne suffit nullement d'avoir les mains blanches et les ongles roses pour qu'ils soient aseptiques. Il faut leur faire subir une toilette particulière, que les aides et surtout les assistants occasionnels ne se donnent pas toujours la peine de faire.

Que de fois nous étions placés dans l'alternative, ou de blesser un confrère par une remarque sur la façon peu attentive de se conformer aux règles de l'antiseptie, ou de courir le risque de voir infecter notre malade. Nous serons heureux si les lignes qui vont suivre nous évitent à l'avenir cet embarras.

Fürbringer, dans un remarquable travail, a posé les règles pour la désinfection des mains que tous les chirurgiens suivent à présent. On commence par un minutieux curage des ongles avec un cure-ongle métallique, flambé avant chaque opération. On lave ensuite les mains, dépourvues, bien entendu, de bagues, avec du savon noir à l'eau bouillie chaude et on les brosse énergiquement pendant trois à cinq minutes avec une large brosse à crins rigides, stérilisée à l'autoclave ou au moins bouillie. On sèche ensuite les mains avec un morceau de gaze stérilisée qu'on passe surtout dans les replis onguéaux. Puis on frotte soigneusement les mains avec de la gaze imprégnée d'alcool à 80° et on les plonge enfin dans une solution de sublimé à 1/2000.

Nous avons l'habitude, pour les interventions abdominales, avant de passer les mains au sublimé, de les mettre successivement dans le permanganate de potasse à 5 p. 1000 et le bisulfite de soude à 10 p. 100, acidulé avec l'acide oxalique.

Les mains désinfectées, on ne doit plus toucher à rien

qui ne soit stérilisé : les compresses passées à l'autoclave feront, au besoin, l'office de mouchoirs et les mains seront de nouveau trempées dans le sublimé. Le lorgnon, dont la plupart des myopes peuvent se passer ordinairement pendant l'opération, doit en tout cas être arboré avant la toilette, et on n'y touchera plus ensuite.

Les gants, dont on a proposé dernièrement de revêtir les mains du chirurgien, nous semblent offrir plus d'inconvénients que d'avantages. La désinfection, telle que nous l'avons indiquée, est parfaitement suffisante ; inutile donc de nous priver du sens du tact qui nous rend tant de service au cours des opérations.

Le nombre des aides sera réduit au minimum, les risques d'infection étant en rapport direct avec la quantité de mains mises en contact avec la plaie et tous les objets servant à l'opération. Le chirurgien et son aide principal prendront eux-mêmes les instruments et les compresses placés à leur portée.

La solution phéniquée, dans laquelle plongent les instruments, sera renouvelée par un aide aussitôt qu'elle sera devenue trouble. Tous les objets dont le chirurgien peut avoir besoin au cours de l'opération lui seront passés à l'aide de pincés. Une cuvette, remplie d'une solution faible d'acide phénique ou de sublimé, sera placée à proximité du chirurgien et de son aide principal pour qu'ils puissent y tremper de temps en temps leurs mains au cours de l'opération.

· DÉSINFECTION DE LA RÉGION OPÉRATOIRE. — *L'antisepsie de la peau* (parois abdominales, pubis, vulve) est obtenue de la manière suivante : on rase exactement les poils, on savonne et brosse toute la région, les anfractuosités, les plis du nombril, avec du savon stérilisé, une brosse autoclavée et de l'eau bouillie. On frotte ensuite l'épiderme avec des compresses imbibées d'éther, puis d'al-

cool. Enfin, on arrose le champ opératoire avec la solution de sublimé à 1/1000 et on l'entoure de compresses stérilisées.

*L'antisepsie du vagin.* — La malade étant anesthésiée, on déplisse le vagin à l'aide de deux doigts et on le savonne soigneusement. On le brosse avec une brosse étroite à manche, on le lave avec de l'eau bouillie, on y passe ensuite plusieurs tampons imbibés d'alcool et on termine la toilette par une irrigation prolongée avec la solution de sublimé à 1/1000.

Le professeur Auguste Reverdin a préconisé dernièrement un ingénieux procédé de désinfection du vagin, qu'il a bien voulu nous communiquer lorsque nous avons eu le plaisir de visiter sa clinique de Genève. Il introduit dans la cavité vaginale un volumineux morceau de savon taillé en cône, qui la déplisse complètement. Ce cône est traversé, dans son diamètre longitudinal, par un canal creusé dans la masse savonneuse, dans lequel on introduit facilement le tuyau d'un injecteur. Grâce à cette disposition, on arrive à une désinfection bien supérieure à celle que l'on obtient avec les doigts.

Le pubis, la vulve et le vagin désinfectés, on recouvre toute la région antiseptisée avec une grande compresse fendue par le milieu.

Il est également utile de mettre des compresses stérilisées sur les parties supérieures des cuisses.

PANSEMENT. — Le *pansement aseptique* tend de plus en plus à remplacer celui de Lister plus ou moins modifié. En effet, si toutes les précautions antiseptiques ont été prises avant l'opération ; si au cours de l'intervention tout ce qui a été mis en contact avec la région opératoire, instruments, fils, compresses, etc., a été rigoureusement stérilisé à l'étuve ou à l'autoclave, on peut se dispenser d'appliquer sur la ligne de sutures toute substance

plus ou moins irritante, plus ou moins toxique. Un morceau de gaze aseptique recouvert d'abord d'une couche d'ouate hydrophile, ensuite d'ouate ordinaire, et retenu par une bande en flanelle ou par un bandage ordinaire, le tout bien stérilisé à l'autoclave, voilà le pansement idéal. La gaze et l'ouate hydrophiles absorbent les sécrétions aseptiques de la plaie; l'ouate ordinaire qui s'imbibé difficilement protège les premiers contre l'infection lorsqu'ils sont mouillés. On remettra, du reste, de nouvelles couches de coton aussitôt qu'on apercevra quelques taches de sécrétion sur la surface du pansement.

Le *pansement antiseptique* est fait de même manière, mais on remplace la gaze hydrophile par la gaze antiseptique, salolée, phéniquée et surtout iodoformée. Quelques chirurgiens ont l'habitude de saupoudrer, en outre, la plaie avec de la poudre d'iodoforme. On doit se méfier, dans ce cas, de l'intoxication qui peut survenir et donner lieu à des accidents graves et même mortels. La susceptibilité à l'iodoforme varie beaucoup suivant les malades; son absorption est très rapide, surtout en contact avec les tissus adipeux, et l'empoisonnement peut se manifester, même en dehors de toute lésion rénale.

Nous ne voyons aucune utilité à couvrir la plaie de poudre d'iodoforme, la gaze iodoformée à 10 ou 15 p. 100 étant parfaitement suffisante.

Le renouvellement du pansement exige les mêmes précautions antiseptiques que l'opération: les mains seront minutieusement désinfectées, les instruments, les pièces du pansement seront stérilisés comme nous l'avons indiqué.

*Pansement vaginal.* — Dans la cavité vaginale, l'iodoforme offre beaucoup moins de danger et rend de grands services grâce à son action antiseptique énergique et durable. A la fin de l'opération, après avoir irrigué le vagin

avec la solution de sublimé ou d'acide phénique, on le remplit de mèches de gaze iodoformée à 10 ou 25 p. 100. Le pouvoir microbicide du sublimé étant considérable, on se servira de solutions faibles à 1/2000 et 1/3000.

L'acide phénique à 1 p. 100 peut remplacer le sublimé et offre l'avantage de ne pas altérer et noircir les instruments. C'est cette solution qu'on emploie également pour l'irrigation continue pendant les opérations qui portent sur le vagin ou le col de la matrice. La canule en verre servant à l'irrigation sera stérilisée comme les instruments.

SOINS PRÉLIMINAIRES. — Ils sont en rapport avec le genre et la gravité de l'intervention. Nous les avons décrits à propos de chaque opération.

Observons seulement ici que le chirurgien doit examiner avec soin la malade plusieurs jours avant et s'il constate quelques lésions viscérales auxquelles on peut porter remède avant l'opération, il ne doit jamais négliger de le faire.

L'état des voies digestives intéresse surtout l'opérateur lorsqu'il s'agit d'une grande intervention sur l'utérus ou ses annexes. La paralysie des intestins ayant été observée quelquefois après ces opérations, il est nécessaire de procéder à une désinfection du canal intestinal par des purgatifs salins, le naphthol, benzo-naphthol, salicylate de bismuth, etc.

Pour les opérations qui se font par la voie vaginale, on assurera l'antisepsie de ce canal par des injections au sublimé à 1/2000 prises matin et soir et par des tamponnements à la gaze iodoformée.

SOINS CONSÉCUTIFS. — Comme les soins préliminaires, ils sont indiqués à propos de chaque opération. En règle générale, on ne doit rien entreprendre sans une indication précise, et les soins doivent être purement symptomatiques.

Un conseil que nous tenons à donner, c'est de prendre le pouls et la température de la malade, matin et soir, pendant les deux ou trois jours qui précèdent l'opération.

La comparaison de ces tracés avec ceux que l'on obtient après l'opération est souvent très instructive, elle évite des inquiétudes inutiles et signale des dangers réels.

## ANESTHÉSIE

A quelques exceptions près, l'anesthésie générale est toujours indiquée dans les opérations gynécologiques. L'anesthésie locale par les injections hypodermiques de la cocaïne à 1 p. 100 ne peut guère être employée que pour certaines fistules ou dans la périnéorrhaphie, lorsqu'il s'agit d'une très petite déchirure.

Même le curettage ne doit pas être fait sans l'anesthésie générale. Si énergique que soit la malade, elle donne des signes d'impatience, accuse des douleurs au moment de la dilatation du col et de l'écouvillonnage. Le chirurgien se presse, il a hâte de finir et fait ordinairement de la mauvaise besogne, un curettage incomplet qui compromet le résultat final.

Du reste l'anesthésie générale est absolument inoffensive à condition de la confier à des personnes expérimentées. Nous ne parlons évidemment pas des contre-indications tirées de l'état de l'appareil circulatoire ou des organes de la respiration. Les cas de mort que nous avons observés dans les hôpitaux provenaient d'une défectueuse administration du chloroforme confiée à des étudiants ignorant complètement la pratique de l'anesthésie.

Le chirurgien, soucieux de la vie de ses malades, choisira donc toujours, pour remplir ce rôle, un confrère ou un interne parfaitement au courant de la technique de l'anesthésie. Cet aide aura soin, au cours de l'opération, d'avoir l'œil fixé sur la face de la malade et non sur la

région opératoire. Il sera pourvu d'une pince à langue et d'un fixateur de la mâchoire inférieure (fig. 11).

Le chloroforme et l'éther se partagent la faveur des chirurgiens. Lorsqu'il s'agit d'une malade très faible et que l'opération est de longue durée, on donnera la préférence à l'éther qui souvent relève la pression vasculaire. Le chloroforme, au contraire, diminue l'énergie cardiaque

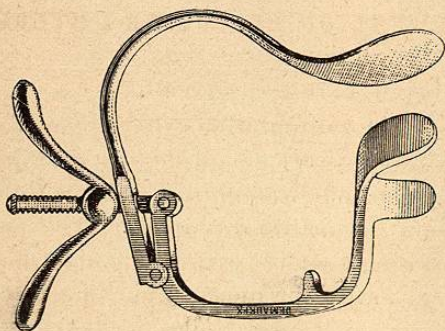


Fig. 11. — Fixateur de la mâchoire inférieure de A. Reverdin.

et abaisse la pression sanguine. L'éther sera contre-indiqué, quand il existe quelque affection de l'appareil respiratoire, vu que cet anesthésique provoque une sécrétion profuse de la muqueuse bronchique.

Les CONTRE-INDICATIONS absolues à l'anesthésie ne proviennent guère que de la dégénérescence graisseuse du cœur, de la dégénérescence rénale ou d'une affection grave des organes respiratoires. L'athérome artériel, les lésions valvulaires ou une anémie grave, tout en ne présentant pas de contre-indications absolues, offrent souvent un problème très délicat à résoudre et il sera toujours prudent, dans ces cas, de prendre l'avis de quelques médecins.

## I

## AMPUTATION DU COL DE L'UTÉRUS

La technique de l'amputation diffère selon que la résection est faite au-dessous ou au-dessus de l'insertion du vagin sur le col, d'où l'*amputation sous ou intra-vaginale* et l'*amputation sus ou supra-vaginale*. Les procédés qui ne présentent qu'un intérêt historique étant déplacés dans un manuel essentiellement pratique, nous les éliminerons afin de nous étendre sur ceux qui sont le plus répandus aujourd'hui.

INDICATIONS GÉNÉRALES. — Un grand nombre d'affections utérines peuvent nécessiter l'amputation du col.

La *métrite chronique* est justiciable de cette intervention lorsque, malgré le traitement médical, le corps de l'utérus reste volumineux et douloureux, le col gros et dur.

L'amputation du col produit dans ce cas une involution du corps de l'utérus par une sorte de contre-coup de l'opération cervicale.

La *sténose du col*, si l'on n'a pu suffisamment l'améliorer par l'électrolyse, la dilatation lente ou immédiate, doit également être combattue par cette opération. C'est le meilleur moyen de rendre à l'orifice cervical toute sa souplesse et supprimer ainsi la disménorrhée, souvent occasionnée par la sténose.