



UNIVERSITÉ DE GENÈVE

DU
TAMPONNEMENT UTÉRIN
EN
GYNÉCOLOGIE
APPLIQUÉ

A LA DILATATION ET A LA THÉRAPEUTIQUE

PAR

1^e D^r A. BÉTRIX

ANCIEN MÉDECIN ASSISTANT DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
ET GYNÉCOLOGIQUE A LA MATERNITÉ DE GENÈVE
MÉDECIN DIPLOMÉ DE LA CONFÉDÉRATION SUISSE

THÈSE INAUGURALE

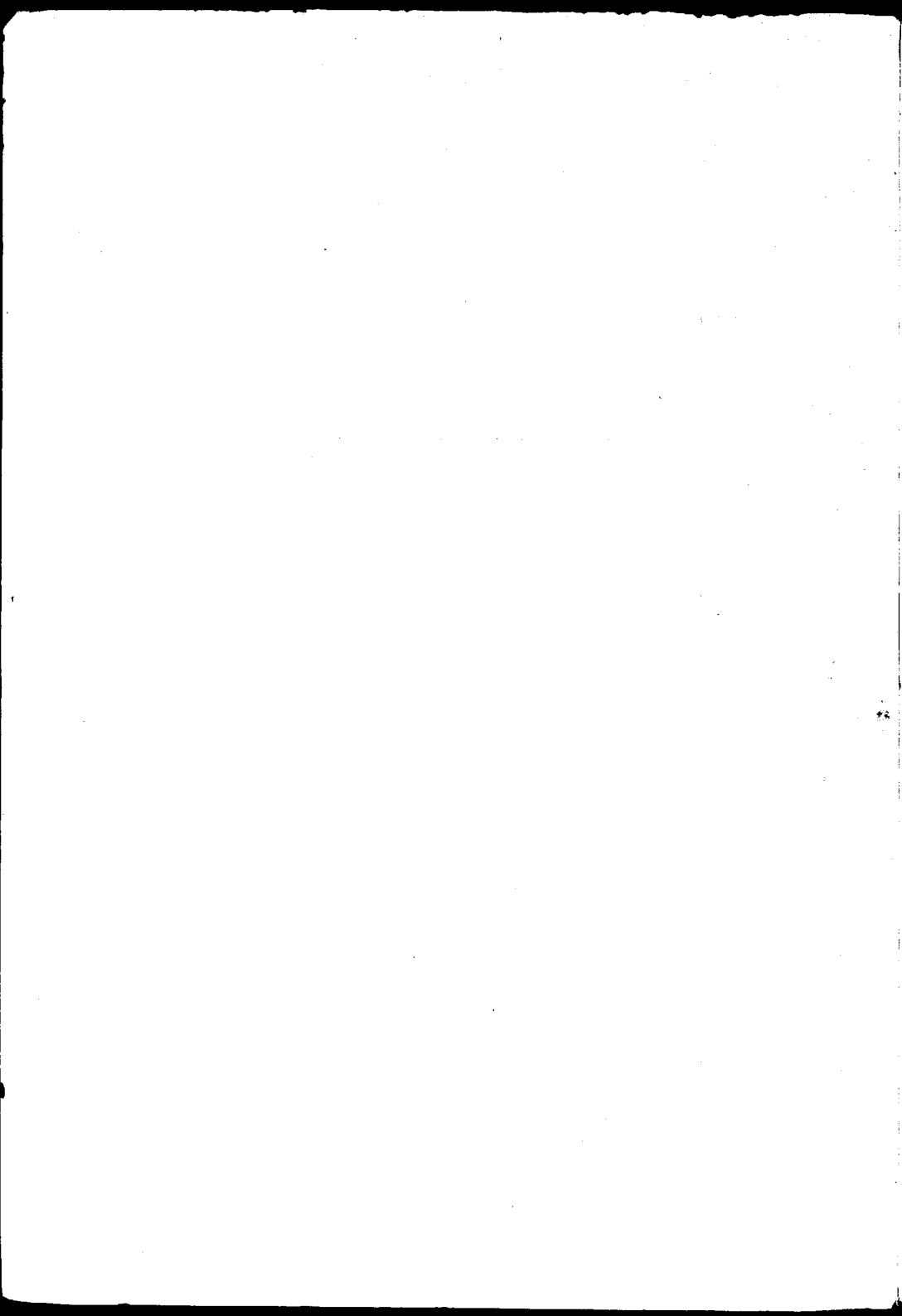
présentée à la Faculté de Médecine de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine



GENÈVE

LIBRAIRIE H. STAPELMOHR, CORRATERIE

1889





LAUSANNE. — IMPRIMERIE AUG. PACHE

UNIVERSITÉ DE GENÈVE

DU

TAMPONNEMENT UTÉRIN

EN

GYNÉCOLOGIE

APPLIQUÉ

A LA DILATATION ET A LA THÉRAPEUTIQUE

PAR

le Dr A. BÉTRIX

ANCIEN MÉDECIN ASSISTANT DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
ET GYNÉCOLOGIQUE A LA MATERNITÉ DE GENÈVE
MÉDECIN DIPLOMÉ DE LA CONFÉDÉRATION SUISSE

THÈSE INAUGURALE

présentée à la Faculté de Médecine de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine



GENÈVE

LIBRAIRIE H. STAPELMOHR, CORRATERIE

1889



A mes vénérés Maîtres

MM. les professeurs

Dr A. VAUCHER ET Dr F. VULLIET

A mon cher Maître et ami

LE DOCTEUR A. JENTZER

privat docent à la Faculté de Médecine.

Hommage de reconnaissance et d'affection.



A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MES CHERS PARENTS

A MON CHER ONCLE, M. EMILE BORGEAUD

Souvenir d'affection.



PRÉFACE

Ayant eu l'avantage d'assister, pendant les vacances universitaires de 1885, M. le professeur Vulliet, médecin suppléant, dans le service de gynécologie de la Maternité, je suivis les premiers essais qu'il fit pour obtenir par le tamponnement une dilatation de la cavité utérine.

Pendant les années 1885, 1886 et 1887, fonctionnant comme assistant de clinique de M. le professeur Dr A. Vaucher, j'eus occasion de voir fréquemment appliquer et d'appliquer moi-même très souvent à sa clinique, la méthode de dilatation prolongée et le traitement intrautérin par le tamponnement.

En 1888, je pus encore relever de nombreuses observations personnelles et je continuai à suivre avec grand intérêt les progrès que faisait chaque année la question du tamponnement appliqué à la thérapeutique intrautérine.

Il était intéressant de réunir toute la bibliographie, parue sur le sujet pendant ces dernières années, de décrire la manière de procéder des différents auteurs qui se sont occupés de la question.

En même temps de discuter les avantages et de répondre aux objections qui ont été formulées contre cette méthode de dilatation, en se basant sur un grand nombre d'observations personnelles ; enfin, de grouper les différentes indications et applications pratiques du tamponnement à la thérapeutique des diverses affections gynécologiques.

C'est ce que j'ai essayé de faire.

Qu'il me soit permis de profiter de cette préface pour remercier chaleureusement mes anciens chefs, MM. les professeurs A. Vaucher et Vulliet, pour l'initiative qu'ils m'ont toujours laissée dans leur service de la Maternité, pour leur amabilité, pour l'encouragement et les excellents conseils qu'ils m'ont donnés pour le présent travail.

Nos sincères remerciements aussi à M. le docteur A. Jentzer, *privat docent* à la Faculté de Genève, qui a bien voulu relire notre travail et nous faire part de quelques idées nouvelles concernant notre sujet.



Division du sujet.

Dans notre premier chapitre nous avons fait l'histoire et réuni la bibliographie se rapportant à la dilatation de l'utérus par le tamponnement ; nous ne ferons ici qu'indiquer les différents travaux dans l'ordre chronologique de leur publication, ayant dans la suite à y revenir souvent et à les discuter plus particulièrement.

Notre second chapitre sera consacré à la description des différentes manières de procéder au tamponnement utérin ; en premier lieu la méthode du professeur Vulliet, puis les modifications apportées à cette technique par les auteurs qui se sont occupés de la question.

Une troisième partie servira à établir la comparaison entre les divers agents dilatateurs en usage et la dilatation par le tamponnement, à préciser les particularités de celle-ci, et à répondre aux objections qui ont été faites à cette méthode par quelques auteurs.

L'appréciation de l'utilité du tamponnement pour le diagnostic et ses diverses applications à la thérapeutique gynécologique générale, formeront la quatrième division de notre travail.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous avons passé en revue quelques affections spéciales, pour le traitement desquelles le tamponnement utérin pourra rendre des services et sera encore utilisé soit pour préparer l'intervention opératoire, soit après celle-ci comme pansement antiseptique.



HISTORIQUE

L'histoire de la dilatation utérine par tamponnements successifs n'est certes pas ancienne ; car l'idée d'employer les tampons dans le but de dilater la cavité utérine revient certainement à mon maître, M. le professeur *Vulliet*.

C'est dans le cours de l'année 1884, tandis qu'il pratiquait des pansements antiseptiques d'utérus cancéreux à l'aide de tampons iodoformés, qu'il vit la cavité se dilater sous l'influence de ces obturations successives et eut l'ingénieuse idée de faire de cette manœuvre un nouveau procédé de dilatation utérine.

Au moins d'octobre 1885, M. Vulliet pouvait déjà communiquer à la Société médicale de Genève de nombreux cas de dilatation, présenter des malades et en même temps des photographies et des moulages d'utérus, dilatés préalablement par sa méthode.

La première communication imprimée sur le sujet est la courte notice que je publiai dans le numéro de novembre 1885 de la *Revue médicale de la Suisse romande* ; elle fut reproduite par différents journaux spéciaux allemands et français.

Déjà au mois de décembre de la même année, Landau, privat docent à l'université de Berlin, publia un compte-rendu détaillé de mon travail dans la *Deutsche Med. Zeitung*, et commença de suite à employer le procédé de Vulliet dans sa clinique et sa clientèle, tout en lui faisant subir quelques modifications, ainsi que nous le verrons plus loin.

Nous devons rappeler à cette occasion, que la même année M. le professeur *Fritsch*,¹ de Breslau, recommandait dans son excellente monographie sur les déplacements et inflammations de l'utérus, le tamponnement de la cavité utérine à l'aide de la gaze iodoformée comme un précieux agent thérapeutique dans les cas d'endométrite infectieuse, principalement de nature gonorrhéique.

Le but de sa tamponade était donc différent de celui de Vulliet, il était exclusivement thérapeutique et aucunement celui d'en faire un moyen de dilatation prolongée de la cavité utérine. Il employait ce traitement à sa clinique depuis plusieurs années et l'a appelé la *tamponade médicamenteuse de l'utérus*.

*Chrobak*² ne consacre que quelques lignes de sa monographie au tamponnement utérin; il ne lui reconnaît que deux indications, l'arrêt d'une hémorrhagie inquiétante et l'application de médicaments sur la muqueuse utérine. Pour l'introduction du

¹ Prof. Dr H. Fritsch : Die Lageveränderungen und Entzündungen der Gebärmutter. Livraison 56 de la *Deutsche Chirurgie*. Stuttgart, Enke, 1885.

² Chrobak. Untersuchung der weiblichen Genitalien und allgemeine gynäkologische Therapie. Livraison 54 de la *Deutsche Chirurgie*. Stuttgart. Enke, 1885.

coton il se sert de son porte-tampon ; depuis quelque temps il a employé aussi la gaze iodoformée avec ou sans adjonction de tannin. Il ne recommande l'introduction des tampons utérins que dans les cas d'utérus torpide, ne pouvant réagir à l'excitation causée par la présence d'un corps étranger, car sans cela, dit-il, il se produira des contractions très douloureuses.

L'année suivante au mois d'avril, Vulliet communiquait sa méthode à l'Académie de médecine de Paris ; celle-ci nomma une commission, composée de *Cusco*, *Labbé* et *Charpentier* pour examiner le nouveau procédé de dilatation ; ce dernier fit un rapport¹ sur le sujet.

Ses conclusions sont, malgré quelques restrictions, favorables à l'ensemble de la question ; mais la valeur du rapport de la commission est considérablement diminuée par le fait, que Charpentier n'appuie ses objections que sur un trop petit nombre d'observations ; il ne rapporte que sept différents cas de dilatation ; ceci ne peut suffire pour établir un jugement définitif sur le procédé.

L'année 1887 nous apporte toute une série de publications et d'observations, ayant pour sujet la dilatation de la cavité utérine ; en premier lieu la communication de M. le professeur Vulliet dans le numéro d'octobre des *Nouvelles archives* ;² puis ses trois leçons de gynécologie opératoire, l'une sur la dilatation dans les cas

¹ *Bulletin de l'Académie de médecine*, 12 octobre 1886.

² Vulliet. De la dilatation de l'utérus par le procédé des obturations successives. *Nouvelles archives d'Obstétrique et gynécologie*, 25 octobre 1887.

de cancer, l'autre dans les cas de fibromyomes, leçons publiées dans la *Revue obstétricale et gynécologique* (numéros de janvier, octobre et décembre 1887) et dans le *Journal de médecine* de Paris.

Ces leçons, professées à l'Ecole libre de Paris, ont été réunies cette année en un volume ¹ et on pourra y trouver des indications et des détails sur la dilatation par les tampons aux chapitres quatre, neuf et treize.

Deux thèses de Paris de 1887, l'une de M. *Veper*,² élève de M. Doléris, l'autre de M. *Toussaint*,³ ont pour sujet la dilatation artificielle de la cavité utérine en gynécologie.

Le premier auteur, en se basant sur un nombre très restreint d'observations, se borne à comparer la méthode du tamponnement aux procédés usités de dilatation (éponges, lamineuses, dilateurs métalliques). Il arrive à la conclusion que les tampons ne peuvent être considérés comme des agents d'une dilatation régulière. Mais il veut pourtant bien leur reconnaître un avantage, celui de pouvoir maintenir une dilatation, obtenue par d'autres moyens, et encore ceci seulement dans les cas où la paroi utérine est rendue passive par la présence de tumeurs intersticielles ou d'infiltration néoplasique.

Nous aurons à revenir plus tard sur les conclusions de cet auteur, nous ne pouvons y répondre en ce mo-

¹ Vulliet et Lutaud. *Leçons de gynécologie opératoire*. Paris, Baillière et fils, 1889.

² Veper. *De la dilatation artificielle de l'utérus en gynécologie*. Jonve, rue Racine, 1887.

³ Toussaint. *Dilatation permanente artificielle de l'utérus*. Davy, rue Corneille, 1887.

ment. Quant à M. Toussaint, en citant quelques observations, fort bien prises et intéressantes de fibromes sous-muqueux, opérés à la suite de dilatations obtenues par le tamponnement, il reconnaît les avantages de la méthode Vulliet dans ces sortes d'intervention. Nous ne pouvons signaler ici toutes les observations de dilatation par les tampons, publiées par les journaux spéciaux français ou allemands.

Dührssen et *Auvard* ¹ appliquèrent le tamponnement iodoformé de la cavité utérine à combattre les hémorrhagies postpuerpérales, *Chenevière* ² à obtenir un commencement de travail et de dilatation dans les cas d'accouchement provoqué; le procédé pouvait rendre les mêmes services en accouchement qu'en gynécologie, mais ces applications spéciales ne rentrent pas dans le cadre que nous nous sommes proposé, et nous ne faisons que les indiquer en passant.

D'une plus grande importance pour notre sujet est la communication du Dr *Leopold Landau*, docent de gynécologie à Berlin, faite à la Société berlinoise d'accouchement et de gynécologie, le 28 octobre 1887.

Ce travail a paru depuis dans la *Deutsche Medicinische Zeitung* ³ et dans un tirage à part de ce journal.

Se basant sur plus de 200 observations de dilatation, obtenue par le procédé de Vulliet légère-

¹ Auvard. *Travaux d'obstétrique*. Paris, 1888.

² Chenevière. Accouchement prématuré artificiel provoqué par les tampons iodoformés. *Revue médicale de la Suisse romande*, décembre 1888.

³ Dr Leopold Landau. Zur Erweiterung der Gebärmutter. *Deutsche Medicinal-Zeitung*. 1887, n° 93. Verlag von Eugen Grosser.

ment modifié, l'auteur apprécie les avantages de cette méthode sur les anciens systèmes, en fait très bien ressortir l'utilité soit dans le but d'obtenir un diagnostic exact, soit comme moyen thérapeutique, et termine sa communication en recommandant vivement à l'attention de ses collègues cette manière de dilater l'utérus. Nous aurons plusieurs fois à revenir sur ce travail de Landau et nous tâcherons de lui donner toute l'importance qu'il comporte, car on voit que toutes les assertions de l'auteur reposent sur des observations exactes, faites dans la pratique et sur la malade par un gynécologue expérimenté.

Bien intéressantes aussi sont les deux observations¹ de dilatation complète, publiées par le Dr Geyl, de Dordrecht, dans les *Nouvelles Archives* de M. Doléris : dans ces deux cas le tamponnement a rendu des services importants, en premier lieu pour établir le diagnostic, puis pour faciliter l'opération des deux malades.

Nous ne prétendons pas avoir réuni la biographie absolument complète du sujet ; certainement nous avons omis de signaler quelques observations intéressantes, mais l'essentiel était de réunir les documents importants et apportant du nouveau pour éclairer la question et pouvoir ainsi la discuter à tous les points de vue.

¹ Dr Geyl. Remarques sur deux cas de dilatation complète de l'utérus. *Nouvelles Archives d'obstétrique et gynécologie*, 25 août 1888.

Technique du tamponnement

Au début de l'emploi de la méthode, nous n'avions à décrire qu'un seul procédé de tamponnement, mais actuellement nous devons tenir compte des modifications, apportées par les différents auteurs. Tout en respectant le principe, sur lequel repose tout le système de dilatation du professeur Vulliet, ils ont changé certains détails de technique, soit pour la position à donner à la malade, soit pour le matériel employé pour le tamponnement.

Ils sont arrivés au même but, ils sont très satisfaits de leurs résultats, aussi devons-nous regarder ces variations comme utiles à connaître et nous pouvons d'autant mieux les recommander à l'appréciation des spécialistes, qu'après les avoir essayées nous-même dans certains cas donnés, où pour une cause ou une autre nous devons modifier notre manière habituelle d'opérer, nous nous en sommes bien trouvé et avons reconnu l'opportunité et l'avantage des différentes manières de procéder.

Dans la description de la technique, dans l'appréciation du temps exigé pour arriver à une dilatation

moyenne, dans les indications et les résultats obtenus, nous aurons à revenir sur quelques assertions, à modifier plusieurs jugements, que nous avons formulés en 1885.

C'est bien compréhensible, car à mesure que l'on perfectionne un procédé, que l'on devient plus habile dans l'exécution des manœuvres opératoires, qu'un plus grand nombre d'observations pratiques vient éclairer le sujet et surtout que celui-ci peut être examiné avec un recul de quelques années, on peut aussi apprécier plus sûrement quels en peuvent être les ressources, les avantages et les applications précises.

Le *professeur Vulliet* emploie pour son tamponnement exclusivement le coton iodoformé ; il est facile à tasser, peu irritant et peut être introduit sous un volume plus ou moins grand selon l'exigence et la dimension de la cavité utérine.

Pour faire nos tampons, nous nous servons soit de coton simple, fin, bien dégraissé, soit de coton ayant été désinfecté dans une solution de sublimé au $\frac{1}{1000}$, puis séché ; leur grosseur variera de celle d'un pois à celle d'une noix, ils sont pourvus à leur centre d'un double fil, qui sert à les retirer lors de leur sortie.

Ils doivent être toujours préparés à l'avance et jamais au moment de leur emploi, car sans cela ils sont irritants et peuvent occasionner des douleurs et des accidents dus à l'éther et à l'absorption trop rapide de l'iodoforme.

Pour leur préparation on les plonge dans une solution éthérée d'iodoforme, dont le taux variera de $\frac{1}{10}$ à $\frac{1}{50}$; on laisse sécher les tampons à l'air, jusqu'à ce qu'ils ne conservent plus du tout l'odeur d'éther, puis

on les enferme dans des flacons stérilisés et bien bouchés, en indiquant sur une étiquette leur dose de iodoforme.

Il est évident que plus le nombre des tampons à introduire dans l'utérus est considérable et moins fort devra être leur degré de iodoformisation ; celui-ci devra aussi dépendre du but de la tamponade, ainsi que nous le verrons plus tard.

Nous avons aussi employé pour la préparation de nos tampons le sublimé en solution dans l'alcool, il est un peu irritant pour la cavité utérine ; le salol en solution au $\frac{1}{50}$ ou au $\frac{1}{100}$ est préférable et peut très bien être utilisé dans certains cas, où l'iodoforme est mal toléré. Depuis quelques mois nous avons fait des essais avec la créoline, en solution alcoolique à 2-3 % et nous nous en sommes bien trouvé dans quelques cas spéciaux, sur lesquels nous reviendrons dans un autre chapitre. La créoline a double avantage sur l'iodoforme, elle a une action hémostatique bien marquée, et est un antiseptique puissant sans être toxique ; on pourrait l'employer à une dose plus forte que celle indiquée, sans aucun danger. Comme moyen stiptique, elle est préférable au perchlorure de fer, car elle n'occasionne jamais d'odeur fétide comme celui-ci.

On peut aussi employer le térébène, mélangé à parties égales d'huile d'amandes ou d'olives, ainsi que Vulliet l'a indiqué ; il est seulement un peu irritant pour la muqueuse utérine.

Mais, sauf indications thérapeutiques spéciales, nous sommes resté fidèle au iodoforme, qui est l'agent par excellence de la chirurgie intrautérine. Il n'aurait contre lui que son odeur désagréable et persistante,



et l'intolérance de certaines malades, spécialement nerveuses et plus sujettes que d'autres aux accidents d'iodisme. Dans ces cas-là nous donnerons la préférence au salol ou à la créoline.

Pour en finir avec les tampons, nous recommandons encore que le chirurgien s'habitue à les prendre lui-même directement avec ses pinces dans le flacon, afin d'éviter qu'ils ne passent dans plusieurs mains étrangères plus ou moins aseptiques avant d'arriver dans la cavité utérine.

Avant de procéder à l'application des tampons, nous faisons toujours une abondante irrigation vaginale antiseptique, pendant laquelle le col et les parties avoisinantes sont frottés et nettoyés aussi soigneusement qu'il est possible de le faire. Si le col est suffisamment ouvert pour laisser passer une sonde à double courant, il est évident qu'on devra aussi faire un lavage de la cavité utérine.

Vulliet place toujours sa malade en position genu pectorale, le périnée fortement relevé par une valve de Sims, aussi large que possible, mais jamais trop longue ; afin, non seulement de ne pas repousser le col en arrière, mais encore de pouvoir l'attirer un peu en avant ou le fixer avec une pince de Muzeux, si c'est nécessaire.

Nous recommandons beaucoup cette manœuvre dans les cas où le col est dévié par une malposition de l'organe ou lorsqu'il est très mobile ; en fixant la lèvre antérieure à l'aide d'un tire-balles, d'un crochet ou d'une petite pince, l'introduction des tampons sera rendue plus facile pour le chirurgien et souvent moins douloureuse pour la malade.

Le col une fois découvert et immobilisé, la première chose à faire est de se renseigner sur la direction, le calibre et la perméabilité du canal cervical. On devra donc l'explorer à l'aide d'une ou de plusieurs sondes de calibres différents. Dans les cas de sténose, de rétrécissements au niveau de l'angle de flexions, de canal tortueux ou oblitéré par des tumeurs ou une prolifération de la muqueuse, il faudra différer l'introduction des tampons, jusqu'à ce que le trajet cervical ait été élargi ou redressé par le passage de sondes de plus en plus volumineuses.

Par contre, dans beaucoup de cas, le col est normalement ouvert ou bien le processus pathologique qui nécessite la dilatation a déjà entr'ouvert l'orifice externe plus ou moins haut ; dans d'autres cas plus rares (fibromes, métrorrhagies abondantes) la cavité cervicale est déjà dilatée quoique son orifice seul soit mince, fermé, quoique très dilatable. On pourra alors introduire de suite plusieurs tampons, en commençant toujours par les plus petits et en tâchant de les faire pénétrer dans la cavité utérine.

Voici comment il faudra procéder pour l'introduction des tampons : on saisit avec une pince à pansement, mince et recourbée, le coton à son extrémité, près du fil, et on le porte à l'entrée de l'orifice externe, puis avec la pince fermée on cherche à l'introduire jusqu'à une certaine profondeur dans le canal cervical.

Il faudra quelquefois employer les premiers tampons à essuyer les mucosités provenant de la cavité utérine, qui, en rendant le coton trop glissant, contribuent à le faire échapper latéralement sous la pression

de la pince ou de la sonde, ou bien le font ressortir en même temps que l'instrument.

Le tampon, engagé dans le col, sera poussé en avant jusque dans la cavité utérine à l'aide d'une sonde ou mieux d'un cathéter plus épais et plus rigide, ayant la courbure nécessaire.

Il y a un certain coup de main à prendre, facile à saisir, lorsqu'on voit exécuter l'introduction des tampons par une main exercée, mais très difficile à décrire *ex cathedra*.

Le dentiste qui place un tampon de coton dans une cavité, le roule et le tasse légèrement dans ses doigts : s'il ne le tasse pas assez, l'obturateur dont il se sert traverse le coton ; s'il le tasse trop, le coton se comprime contre les premiers obstacles et ne peut pénétrer au fond et obturer la cavité.

En outre, le dentiste engage le coton par des pressions répétées, plus latérales que centrales ; on doit glisser le tampon le long des parois utérines.

Si on trouve des difficultés à faire avancer le coton, on pourra se servir de deux sondes, dont l'une aidera l'autre, ou s'aideront mutuellement à se dégager.

Il est important que les tampons pénètrent d'emblée dans l'utérus, qu'ils ne s'arrêtent pas dans la cavité du col, car sans cela cette dernière seule se trouvera dilatée et on aura plus tard des difficultés à produire une extension régulière de tout l'utérus.

Dès la première séance on tâchera d'introduire un aussi grand nombre de tampons que possible ; il faut bourrer tout l'espace accessible *en long et en large*, jusqu'à l'orifice externe, obturer complètement tous les vides le long des parois de l'organe ; c'est seule-

ment en procédant de la sorte que la dilatation fera de rapides progrès.

On laisse le tamponnement à demeure pendant 24 à 48 heures, il n'occasionne aucun inconvénient, la malade peut se lever, se promener, sans faire des courses prolongées ou des exercices violents.

En général les tampons n'occasionnent pas de coliques, comme c'est le cas pour les laminaires et les éponges, et ils ne sont que très rarement expulsés dans le vagin ; d'après mon expérience, seulement lorsque le tamponnement a été mal fait et n'a pas dépassé l'orifice interne.

Après 24 heures, on retire le coton à l'aide des fils restés dans le vagin, on lave la cavité et on se rend compte de la dilatation obtenue ; en général le tissu utérin est plus mou, plus succulent, et est surtout devenu plus dilatable. Si c'est nécessaire on renouvelera le tamponnement en augmentant le nombre des tampons introduits.

Vulliet conseille de se préoccuper, dès le début de la dilatation, de la forme qu'on désire lui voir prendre. Si l'on a en vue un simple examen de la cavité à l'aide du doigt, un calibre uniforme suffira au but que l'on se propose, c'est d'ailleurs le cas le plus fréquent. Mais si l'on veut opérer ou inspecter *de visu* l'intérieur des parois de l'organe, il faudra chercher de suite à obtenir une forme évasée et conique.

Il tâche d'obtenir ce résultat, soit en disposant les tampons en pyramide, dont le sommet regarde le fond utérin, soit en ayant recours à un faisceau de laminaires au centre duquel il place quelques tampons pour donner à la dilatation la forme en cône, qu'il

maintient et développe par les tamponnements ultérieurs.

D'obturation en obturation, la dilatation arrive plus ou moins rapidement aux différents degrés que l'on peut désirer ; depuis celui nécessaire à l'introduction d'une grosse sonde à double courant (dilatation de petit calibre), jusqu'aux grandes dilatations, rendant la cavité visible jusqu'au fond et permettant d'intervenir chirurgicalement sur toute l'étendue des parois utérines.

D'après *Charpentier* l'irritabilité individuelle jouerait un grand rôle quant au temps nécessaire pour obtenir une dilatation par cette méthode et elle permettrait d'expliquer les différences observées chez certaines malades, différences dont nous faisons déjà mention dans notre travail de 1885.

Nous croyons plutôt que la rapidité de la dilatation est dépendante de *l'état du tissu utérin* et surtout de *l'existence d'un contenu anormal dans sa cavité* ; suivant le processus pathologique pour lequel on intervient (en général on ne s'amuse pas à dilater des utérus sains), suivant l'état de la musculature utérine, la dilatation marchera plus ou moins rapidement, sera plus ou moins facile.

Tous les spécialistes ayant pratiqué beaucoup de dilatations, auront eu l'occasion d'observer combien, dans certains cas d'utérus mous, ramollis, devenus succulents soit par une forte hypersécrétion, soit à la suite d'hémorrhagie, qu'il s'agisse de tumeurs fibreuses, de tumeurs malignes, de certaines endométrites, de rétentions placentaires, la dilatation est facile à obtenir et rapide à exécuter.

Dans ces cas-là j'ai très souvent obtenu, après une ou deux séances de tamponnement, une dilatation bien suffisante pour introduire le doigt dans l'utérus et procéder à l'intervention intrautérine nécessaire.

On pourrait dire d'une manière générale, qu'un utérus se dilate d'autant plus facilement, qu'il y a de nécessité à le dilater et que la dilatibilité de l'organe peut servir jusqu'à un certain point d'indice pour le diagnostic d'un néoplasme ou d'un autre contenu anormal dans sa cavité ou de l'état plus ou moins pathologique de ses parois.

Dans les cas de grande rigidité du col, de sténose de son trajet, toujours formée par du tissu fibreux, peu dilatable, dans certains cas de flexions intenses, la dilatibilité est beaucoup diminuée, le tamponnement est rendu plus difficile, la dilatation obtenue sera moins considérable. Avec un peu d'habileté, de patience et d'exercice on arrivera néanmoins, dans ces cas, à la faire parvenir à un degré suffisant pour permettre l'introduction d'un gros cathéter jusqu'au fond de l'utérus; ce qui le plus souvent est bien suffisant pour le traitement et l'intervention nécessaires vis-à-vis de ces complications exceptionnelles.

M. le professeur Vulliet a fait construire des spéculums intrautérins, servant à écarter ce qui peut obstruer la vue et à permettre des examens partiels de la cavité; ils pourront rendre dans certains cas d'excellents services pour opérer à découvert ou pour placer un instrument.

L'utérus montre une tolérance vraiment remarquable pour le tamponnement iodoformé; l'introduction peut être dans certains cas un peu douloureuse, mais une

fois les tampons placés l'organe ne réagit pas par des contractions *sensibles* ; il est très rare qu'il se produise les coliques et les douleurs expulsives que l'on observe toujours lors de l'emploi des tiges expansibles.

Nous croyons pouvoir expliquer ce fait par l'absence de rétention des sécrétions utérines, les tampons et les fils agissant comme des drains, comme les mèches de gaze iodoformée, à l'aide desquelles on draine la cavité péritonéale ; tout le coton absorbe et entraîne les liquides produits et en empêche l'accumulation en arrière du col obstrué, comme ceci se produit en présence du laminaria.

Pas de rétention, pas de douleurs expulsives, pas de coliques. Les malades ne se trouvent nullement incommodées des tampons, je dirai même qu'ils sont plus facilement tolérés que des tampons vaginaux en certain nombre.

Vulliet a vu survenir deux ou trois fois des nausées et des troubles gastriques, analogues à ceux que l'on observe au début de la grossesse : mais ils ne persistent pas et sont sans grande importance.

Jamais nous n'avons vu la dilatation par les tampons produire des accidents septiques, au contraire elle atténue ou arrête toujours ceux qui peuvent exister au moment de l'intervention. Dans tous les cas, que nous avons pu suivre soigneusement et régulièrement, nous n'avons presque jamais observé une élévation de température au-dessus de 38°, et encore celle-ci est-elle très rare ; la plupart des dilatations suivent un cours absolument apyrétique, en supposant naturellement que toutes les précautions antiseptiques aient été rigoureusement observées.

Après avoir décrit le procédé du professeur Vulliet, nous allons examiner les modifications que d'autres auteurs ont apportées à la technique du tamponnement. Nous ne voulons recommander spécialement aucun système, mais seulement les faire tous bien connaître en laissant à chaque spécialiste le choix qu'il lui conviendra de faire après l'essai des différentes méthodes en présence.

Nous avons déjà vu que *Landau*, un des premiers, déjà en 1885 essaya et introduisit dans sa pratique notre mode de dilatation, de sorte qu'en octobre 1887 il pouvait déjà appuyer ses assertions sur une série de plus de 200 dilatations, obtenues *uniquement* par le tamponnement.

Après avoir essayé les tampons de coton, il trouva leur préparation et leur introduction trop compliquées, peu commodes, et les remplaça bientôt par la gaze iodoformée, préparée de la manière suivante :

Après avoir désinfecté de la gaze fine et blanche dans une solution de sublimé au $\frac{1}{1000}$ et l'avoir laissé convenablement sécher, on la découpe en bandelettes, larges de 2-3 travers de doigt et longues de 1 à 2 mètres. On plonge alors celles-ci dans une solution saturée d'iodoforme dans l'éther, on laisse bien sécher et conserve dans des flacons stérilisés.

Ce mode de préparation rend la gaze aussi hygroscopique que l'on peut le désirer pour le but que l'on se propose.

Des essais, faits par l'auteur avec de la gaze phéniquée, au sublimé, ou préparée à l'acétate d'alumine, ne donnèrent pas des résultats aussi satisfaisants que la préparation que nous venons d'indiquer.

Landau pratique toujours le tamponnement en position *dorso lombaire* ; après avoir découvert le col à l'aide d'une valve et des écarteurs, il l'abaisse au moyen d'une pince de *Muzeux* ou d'un tire-balles, autant qu'il est possible de le faire.

L'introduction de la bandelette de gaze se fait en se servant d'une tige droite, rigide, carrée, ayant sur chacune de ses faces une rainure et sans côtes saillantes, instrument que l'auteur a fait construire exclusivement pour ce but.

On peut se procurer cette baguette chez *Pfau*, fabricant d'instruments, N. W. Dorothen Strasse, 67, Berlin.

Une des extrémités de la bandelette de gaze est engagée dans le col, elle doit être un peu repliée pour offrir davantage de résistance à la sonde ; avec celle-ci elle est poussée doucement et lentement en avant, en suivant exactement l'axe du canal, jusque dans la cavité utérine.

Il est naturel que l'on doit auparavant se renseigner exactement sur la direction et la perméabilité du canal au moyen de la sonde utérine. On reprend ensuite la gaze plus bas, pour la faire avancer petit à petit dans l'utérus ; il faut bien tamponner toute la cavité, faire son possible pour remplir tous les angles, tous les vides en long et en large.

Le plus souvent on n'éprouve pas de difficultés à l'introduction de la gaze : dans les cas de grande rigidité du col ou de flexions intenses, la technique sera plus difficile, mais on en viendra toujours à bout avec un peu de patience et une certaine habileté de main.

Hegar et Kallenbach ont fait construire un instru-

ment qui pourrait peut-être rendre des services pour l'introduction d'une des extrémités de la bande iodoformée au fond de la cavité utérine. Il s'agit d'une simple sonde utérine, dont le bouton terminal est perforé ; on y fait passer un long fil de soie, à l'une des extrémités duquel on fixe la gaze. La sonde est ensuite introduite au fond de la cavité et on attire la bande iodoformée, de la même manière que l'on hisserait une oriflamme au haut d'un mât. La sonde est ensuite lentement retirée le long du fil et on poursuit le tamponnement de la manière indiquée par Fritsch.

Landau est très souvent arrivé, après une seule séance, à obtenir une dilatation ou plutôt une *dilatabilité suffisante* pour explorer avec le doigt l'intérieur de l'utérus, et une fois le diagnostic posé, pour pouvoir intervenir immédiatement.

Le tamponnement est laissé à demeure de 24-48 heures.

Si le premier ne suffit pas, on le renouvelle de suite après le retrait de la gaze et lavage de la cavité.

Dans la plupart des cas, l'auteur s'est contenté d'une dilatation de moyen calibre, permettant l'exploration de la cavité à l'aide du doigt, ou, lorsque celle-ci était superflue, seulement l'introduction de grosses sondes à double courant pour des lavages (endométrites).

Dans un très petit nombre de cas seulement, il ne réussit pas à obtenir une dilatation suffisante à l'exploration digitale du fond de l'utérus ; mais il obtint *toujours* un calibre suffisant au passage du plus fort *dilatateur métallique* (donc aussi de grandes sondes à lavage) jusqu'au fond de l'organe.

Ces utérus, tout spécialement rebelles à une certaine

dilatation sont, comme nous l'avons déjà dit, ceux qui ne possèdent aucun contenu anormal ou qui se caractérisent par une hyperplasie toute spéciale de leurs parois.

L'auteur a pu apprécier l'inocuité complète du procédé, car dans ses 200 cas de dilatation, pour lesquels la température a été prise régulièrement, il n'a pu que très rarement constater une élévation de température au-dessus de 38°, même lors du séjour du tamponnement pendant plusieurs jours. L'unique accident survenu a été une légère paramétrite.

Les tampons ont toujours été bien supportés ; même une vingtaine de ses malades ont été traitées polycliniquement, sans que l'auteur y ait vu le moindre inconvénient.

Landau explique l'action du tamponnement de la manière suivante : il n'agit pas, dit-il, en se dilatant lui-même, la gaze imbibée des sécrétions n'augmentant pas beaucoup son volume, car elle fonctionne comme un drain. Elle joue le rôle de corps étranger dans l'utérus, l'excite dynamiquement, le fait entrer en contraction ; le tissu musculaire devient alors plus mou, plus extensible, dilatable. Ceci est le point important, essentiel, car une fois l'organe modifié dans ce sens, on pourra, soit de suite introduire le doigt, soit par des tamponnements successifs et de plus en plus volumineux en augmenter le calibre et la cavité jusqu'au point que l'on désire obtenir.

Nous reviendrons encore plus tard sur ces questions en comparant la dilatation par tamponnements aux autres méthodes par les tiges expansibles ou les bougies métalliques.

Landau s'est servi du tamponnement pour assurer son diagnostic, ayant une certaine aversion d'intervenir par la curette, par des injections ou des cautérisations intrautérines sans être fixé sur la nature de l'affection par l'exploration digitale de la cavité et en plus sans avoir une dilatation pour manœuvrer à l'aise et être assuré du reflux des liquides injectés.

Il a aussi employé le tamponnement dans un but thérapeutique, ainsi que nous le verrons au dernier chapitre de ce travail.

Il termine sa communication par les paroles suivantes : « Dans le tamponnement à la gaze iodoformée j'ai appris à connaître un auxiliaire très précieux, dont je pourrais à peine me passer comme moyen de diagnostic et de traitement ».

Le *professeur Fritsch*, à qui revient la priorité de l'emploi de la gaze iodoformée dans le traitement de l'endométrite, décrit son procédé de la manière suivante :¹

« Je me sers de bandelettes de gaze iodoformée de 2-3 centim. de large sur une longueur de $\frac{3}{4}$ de mètre. La malade est placée en position latérale de Sims ; le col, mis à découvert par une valve et des écarteurs, est fixé à l'aide d'un crochet. Après avoir reconnu exactement la direction du canal, je fixe l'une des extrémités de la bande au sommet d'une sonde utérine spéciale (*Uterusstäbchen* de *Fritsch*), mince, rigide et rugueuse à son extrémité, la gaze est introduite en la poussant doucement jusque dans la cavité utérine. Sous une pression modérée, j'introduis petit à petit

¹ *Fritsch*, ouvrage cité, pages 438 et 439.

autant de gaze qu'il en faut pour bourrer complètement tout l'intérieur de l'utérus. Avec un peu d'exercice on y arrive facilement, même lorsque l'orifice interne est très étroit. J'obstrue la cavité utérine, comme un dentiste le fait en plombant une dent creuse.

« Je retire doucement le premier et le second tamponnements qui servent à nettoyer l'utérus de ses sécrétions et de son mucus ; puis j'introduis une dernière bande iodoformée, après l'avoir fortement roulée et imprégnée de iodoforme finement pulvérisé ; elle constituera le tamponnement définitif et curatif.

« Après de nombreux essais, ceci me paraît être l'unique méthode au moyen de laquelle on puisse faire des applications de poudres médicamenteuses sur toute l'étendue de la muqueuse utérine. »

Fritsch a appelé ce procédé la *medicamentöse Tamponade der Uterushöhle*.

Il a employé de la même manière l'acide salicilique mélangé à l'amidon, l'alun, l'acétate de plomb, le sulfate de zinc, le nitrate d'argent uni à la craie, etc.

Fritsch a aussi fait souvent usage de ce tamponnement dans le cas d'hémorrhagies, par exemple après l'opération de gros polypes ou après le râclage de carcinomes, avec paroi utérine rigide. Il explique l'absence de douleurs pendant le séjour des tampons par le fait que la gaze, quoique imbibée des sécrétions, n'augmente pas son volume, ne se dilate pas.

L'auteur pratique ce traitement de l'endométrite gonorrhéique par l'application de iodoforme depuis plusieurs années, il est satisfait des résultats obtenus et ne saurait trop le recommander à ses lecteurs.

Dans les deux observations du docteur Geyl, déjà citées, l'auteur a pratiqué l'introduction de tampons iodoformés en position dorso-lombaire. Il trouve, peut-être avec quelque raison, que la position genu pectorale exige des précautions particulières, au point de vue des instruments et de l'assistance, et surtout qu'elle ne peut pas toujours être pratiquée dans la clientèle privée.

Aussi place-t-il ses malades en position dorsale, la tête et le tronc peu élevés, le bassin placé sur l'extrémité d'une table, les pieds sur des chaises, les cuisses un peu fléchies contre le ventre et en abduction.

Le col est attiré à la vulve, fixé par deux pinces de Muzeux saisissant les lèvres antérieure et postérieure, et l'introduction des tampons se fit très facilement, si facilement que dans un des cas qu'il cite, au bout de 11 séances l'auteur put introduire jusqu'à 98 tampons et que la cavité utérine était accessible à presque toute la main. Il s'agissait naturellement d'une tumeur fibreuse, qui avait agrandi considérablement la cavité utérine et fut opérée avec plein succès par la méthode en deux temps.

Nous aurons donc le choix entre ces différents modes de procéder au tamponnement intrautérin ; position genu pectorale de *Vulliet* avec emploi des tampons de coton ; utilisation de la gaze iodoformée, stérilisée au sublimé dans la position dorso-lombaire d'après *Landau*, ou en position de Sims d'après *Fritsch* ; enfin des tampons iodoformés en posture dorsale d'après le docteur *Geyl*.

Toutes ces différentes modifications ont donné des

résultats satisfaisants ; ce sera surtout une question de pratique, d'habitude, d'habileté, qui en s'acquerrant d'ailleurs bien vite, devra guider le chirurgien dans le choix de l'un ou de l'autre de ces modes de technique.

Particularités de la dilatation par tamponnement

Nous allons essayer à présent d'établir une comparaison entre notre méthode de dilatation et les autres procédés usités et examiner les avantages spéciaux au tamponnement utérin.

Les agents dilatateurs peuvent être rangés en deux catégories bien distinctes :

1^o Les tiges expansibles, laminaria et tupelo, les éponges et les différentes racines, qui ne sont plus employées aujourd'hui.

2^o Les dilatateurs métalliques et les bougies.

Le principal reproche que l'on pouvait faire aux laminaria et aux éponges, la production d'accidents septiques, n'existe presque plus depuis que *Schultze*,¹ *Jungbluth*² et *Herff* de Darmstadt, ont indiqué la manière de les rendre aseptiques par un séjour dans des solutions phéniquée, de sublimé ou d'iodoforme.

¹ Schultze. *Über Indication und Methode der Dilatation des Uteri*. *Wiener med. Blätter*, 1879.

² Chrobak, ouvrage cité, pages 80 et 93.

³ Jungbluth. *Volkmann's Hefte*, N^o 235.

Néanmoins les germes existants dans le vagin et les cavités cervicale et utérine ne seront pas toujours détruits par ces tiges stérilisées et il pourra ainsi se produire de temps en temps des accidents ; d'autant plus facilement que ces tiges, par la violence avec laquelle elles agissent, causent des lésions, ouvrent des portes à l'infection.

On n'aseptise ces tiges qu'avec des substances solubles, qui disparaissent promptement en raison de leur solubilité et du lavage, déterminé par la sécrétion.

Quelque antiseptiques que soient ces préparations, on ne peut introduire sans danger deux fois de suite des tiges, car lors de la première il se fait toujours des lésions de la muqueuse et lors de la seconde application on agit sur cette solution de continuité.

Une légère fièvre pourra aussi se produire, due à la rétention des sécrétions utérines par suite de l'oblitération du col par la laminaire, véritable fièvre de résorption ; nous en avons vu plusieurs exemples bien manifestes.

D'ailleurs on pourra souvent observer que l'éponge, quoique préparée très soigneusement, exhale une odeur infecte au moment où on la retire de la cavité utérine ; on se trouve donc souvent en *danger d'infection*.

L'éponge se dilate très rapidement, en quelques heures, surtout à la suite d'injections tièdes vaginales ; mais elle a l'inconvénient d'être difficile à introduire, car son sommet s'émousse ou elle ne glisse pas suffisamment dans la cavité. En plus, elle s'unit beaucoup trop intimément à la muqueuse utérine, par intrication réciproque ; des fragments restent adhérents dans la

cavité ou des lambeaux de muqueuse sont arrachés en retirant l'éponge.

Tout cela provoque du traumatisme plus ou moins grave, toujours nuisible à l'utérus, qui se trouvera ainsi en état de métrite aiguë avant l'intervention opératoire.¹

L'éponge est aussi trop friable, elle se déchire, se lacère lors de sa sortie et exige souvent un nettoyage de la cavité à la curette.

Elle jouit bien des propriétés de la capillarité, mais elle garde au lieu de laisser couler, elle ne draine pas.

Nous n'avons jamais été satisfait de son emploi et l'avons à peu près abandonnée.

La laminaire a aussi des inconvénients :² quoique d'une introduction plus facile que l'éponge, car on peut lui donner la courbure exigée par la direction du canal, elle cause aussi du traumatisme, surtout lors de sa sortie et par l'augmentation rapide de son volume.

Il peut se produire souvent la rupture, la déchirure ou le fendillement des tiges, d'où difficulté à sa sortie.

Etranglée par l'orifice interne, qu'elle ne réussit pas à forcer suffisamment, elle se dilate en ampoule dans la cavité et lors de son retrait on doit employer de la force ; alors elle se rompt souvent ou cause des lésions de la muqueuse. Ceci peut se dire aussi de l'épongé préparée.

Presque toujours elle provoque des coliques, doulou-

¹ Fritsch, ouvrage cité, page 406.

² Pour les inconvénients et dangers de l'éponge et du laminaire, voyez encore Chrobak, ouvrage cité, pages 96, 97.

reuses et persistantes, dues probablement à la rétention des sécrétions utérines.

Nous avons déjà parlé de la fièvre de résorption.

Par contre, la dilatation est rapidement obtenue par son emploi, elle est profonde, plus régulière qu'avec l'éponge, elle doit être préférée à cette dernière dans presque tous les cas. Les accidents septiques sont plus rares avec le laminaire qu'avec l'éponge, en les supposant tous les deux préparés antiseptiquement.

Fritsch dit avec beaucoup de raison que l'avantage accordé aux tiges de ne pas occasionner de traumatisme ou de lésions de la muqueuse, est *absolument illusoire*.

Le tupelo est souvent préférable au laminaire, il se dilate plus rapidement, il est plus résistant, plus solide ; mais il a l'inconvénient de se dilater en carré et au niveau des angles, la substance utérine est souvent blafarde, sanguinolente et dans des conditions qui favoriseraient la nécrose.

En résumé, toutes ces substances ne drainent pas, n'enlèvent pas les sécrétions de la cavité utérine et surtout ne la stérilisent pas comme un tamponnement, qui garde son iodoforme et en contient une certaine quantité.

D'après *Chrobak*, l'emploi des tiges est dangereux dans les cas de lésions ou à la suite d'opérations, d'incision sur la muqueuse utérine, de dissection de l'orifice interne ; il faudrait alors l'éviter absolument, se garder d'introduire une éponge ou un laminaire.

D'autre part, *E. Martin*¹ ne voit aucun empêche-

¹ E. Martin. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten*, 1875, page 406.

ment à l'introduction d'une tige, de suite après la dissection et il pratique couramment cette manière de faire. Cet optimisme ne se justifie pas par l'expérience faite par les différents auteurs.

Nous croyons qu'après ces sortes d'intervention l'emploi des tampons de coton ou de la gaze iodoformée est absolument indiqué, surtout si l'on s'applique à faire un tamponnement serré et solide, afin de conserver l'espace obtenu par la dissection.

Les dilatateurs métalliques sont très nombreux et de différents modèles, à 2 branches antéro-postérieures (Schultze) ou latérales (Ellinger, Pajot, Mathien, etc.) ; à 3-4 branches (Huguier, Leblond, Sims, Scanzoni, etc.) ; à ressort (Schatz).

Tous ces dilatateurs ont le même inconvénient : la force employée ne peut être mesurée exactement, et la pression porte sur une étendue trop restreinte de l'organe, seulement sur deux faces. Ils occasionnent un traumatisme beaucoup plus considérable et surtout plus étendu que les autres moyens de dilatation. Leur emploi exige presque toujours l'anesthésie de la malade. Les déchirures, les ruptures produites réclament souvent la restauration des tissus, des sutures profondes du col, qui ne sont pas toujours faciles à placer.

En général on peut en faire usage pour les petites dilatations, surtout lorsque l'orifice interne offre une résistance toute particulière aux autres agents dilateurs ; ainsi dans les cas de sténose fibreuse, quand il faudra vaincre l'obstacle par la force. Dans ces cas-là ils rendront certainement de grands services et on ne pourrait se passer de leur emploi. Mais on tomberait dans l'exagération, si l'on voulait généraliser leur em-

ploi à toutes les tentatives de dilatation ; dans la plupart des cas, les méthodes moins violentes, moins brutales suffiront à rendre la cavité utérine accessible.

Les bougies dilatatrices de *Peasle*, de *Lawson Tait*, de *Hegar*, de *Fritsch* constituent certainement un progrès sur les dilateurs métalliques. Elles dilatent progressivement et graduellement toute l'étendue du canal, car en commençant par les numéros les plus étroits on augmente petit à petit le calibre de la bougie, jusqu'à la dilatation désirée. La narcose est presque toujours nécessaire, soit à cause de la douleur, soit pour éviter l'état nerveux et excitable de la malade, causé par la longueur de l'intervention. Une dilatation moyenne exige près de $\frac{3}{4}$ d'heure. C'est donc une véritable opération.

*Chrobak*¹ recommande dans les cas de rigidité, de longueur exagérée du col, chez les nullipares surtout, de faire précéder l'application des bougies par une ou deux séances de laminaire, dans le but de rendre le tissu utérin plus mou et plus dilatable. Le tamponnement pourra faire le même effet, sans causer de traumatisme.

*Fritsch*² déclare ne pas pouvoir obtenir au moyen de ses bougies dilatatrices, chez les nullipares, une distension suffisante pour introduire le doigt dans la cavité. Le tissu sain est trop élastique et se contracte de suite après le retrait de la bougie. En résumé, la dilatation par les bougies métalliques constitue une

¹ Chrobak, ouvrage cité, page 102.

² Fritsch, ouvrage cité, page 410.

véritabile opération avec anesthésie et ne pourra produire qu'une distension modérée du canal, suffisante, il est vrai, quand il s'agit de curettage, d'écouvillonnage, d'injections, de cautérisations, mais insuffisante pour une intervention plus importante, extirpation, énucléation de tumeurs fibreuses, de polypes, etc., c'est-à-dire lorsqu'il faudra manœuvrer à l'aise avec le doigt et plusieurs instruments dans la cavité utérine.

Nous avons encore à mentionner l'opération proposée en premier lieu par *Schröder*,¹ puis par *Martin*² et d'autres auteurs pour rendre la cavité utérine plus facilement accessible et pouvoir introduire le doigt et pratiquer l'énucléation de tumeurs fibreuses, la dissection bilatérale du col jusqu'aux culs-de-sac vaginaux.

Depuis l'application de l'antisepsie, cette opération est moins dangereuse ; néanmoins elle donne lieu à des délabrements considérables, qui exigent la restauration du col par des sutures profondes, elle doit être faite dans la narcose et souvent être précédée de la ligature des artères utérines. Elle exige une certaine habitude et ne sera donc jamais à la portée de chacun. D'ailleurs, même d'après l'avis de *Martin*, elle ne donne pas toujours des résultats satisfaisants, pas autant de jour qu'on pourrait le croire, et cet auteur doute fort que jamais elle se généralise et rende les services que l'on était tenté de lui attribuer au début de son emploi.

¹ Schröder. *Gynécologie*, page 265.

² Dr A. Martin. *Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten*, 2^{me} édition 1887, page 26.

Il nous reste à examiner la place que peut occuper la méthode de dilatation par tamponnement à côté des différents procédés que nous venons de mentionner.

Elle pourra dans certains cas se combiner avantageusement avec l'un ou l'autre mode de dilatation, le laminaire ou l'éponge, les dilateurs métalliques ; elle répond d'ailleurs à des indications différentes et souvent les tampons continueront et perfectionneront ce que les autres agents dilateurs auront commencé.

Les avantages réels de cette méthode sont, en mettant à part le prix de revient du matériel, qui est insignifiant vis-à-vis de celui des laminaires ou des éponges préparées, les suivants :

1. *L'inocuité absolue et l'antisepsie parfaite* du procédé ; malgré toutes les préparations des laminaires et des éponges, le tamponnement par la gaze iodoformée sera toujours un procédé plus antiseptique et mettra toujours davantage à l'abri d'accidents infectieux. L'absence de traumatisme, de lésions de la muqueuse, devra aussi entrer ici en ligne de compte, car ce sont autant de facteurs, qui ont de l'importance dans la production des accidents septiques.

Nous avons déjà mentionné les accidents de rétention des sécrétions utérines, qui se produisent avec le laminaire et ne sont pas possibles avec le coton ou la gaze, les quels établissent un *drainage excellent* de la cavité utérine. Pour la même raison les tampons sont beaucoup mieux supportés que les tiges, ils n'occasionnent jamais de coliques, de douleurs ; la malade n'est pas même obligée de garder le lit, comme elle doit le faire avec un laminaire ou une éponge dans l'utérus.

2. La *possibilité* d'obtenir par le tamponnement de grandes dilatations, surtout lorsque la cavité est augmentée de volume par des tumeurs. Il est vrai que c'est l'exception et qu'elles ne seront indiquées que dans certains cas de fibromes, de cancer. Les autres agents dilateurs ne peuvent arriver à ces dilatations étendues, permettant alors des opérations dans l'intérieur de la cavité utérine, et l'examen à la vue de toute l'étendue de la muqueuse, avec ou sans spéculum intrautérin.

3. Mais le principal avantage de la méthode Vulliet est avant tous les autres celui de *conserver et de maintenir la dilatation* (qu'elle soit obtenue par quelque procédé que ce soit) aussi longtemps que l'on pourra le désirer.

C'est avant tout une *dilatation prolongée, permanente et indéfinie*, permettant non seulement une, mais plusieurs interventions intrautérines à la suite l'une de l'autre, à des intervalles plus ou moins rapprochés. En plus elle rend possible la surveillance de la cavité, du résultat obtenu par l'intervention, l'application de pansements réguliers et presque à découvert, des lavages et des irrigations répétées sans aucun danger de rétention de liquide, enfin réalise à ces différents titres un sensible progrès pour toute la thérapeutique utérine.

L'obturation par les tampons ou la gaze constitue en plus, ainsi que nous le verrons dans le chapitre suivant, un excellent moyen hémostatique, quelle que soit la nature de l'hémorrhagie utérine.

Prolongé pendant un certain temps, le tamponnement amène à la longue une hyperplasie notable des

parois utérines, ainsi que le fait la grossesse à l'état normal ; cette indication pourra quelquefois être recherchée dans ces cas d'utérus mous, flasques, atrophiques, qui, sans aucune tonicité des parois, tombent tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Nous avons eu une ou deux fois pendant notre séjour à la Maternité, l'occasion d'employer la dilatation prolongée dans des cas semblables et toujours avec un certain succès.

Fuliet recommande encore sa dilatation dans certains cas de névroses, procédant de l'utérus ; elle agirait alors de la même façon que la grossesse et produirait le même effet sédatif que celui, observé chez certaines femmes nerveuses, qui ne se sentent bien que lorsqu'elles sont enceintes.

Nous n'avons pas d'observations personnelles à ce sujet.

Nous devons encore mentionner et répondre à quelques objections qui ont été faites à la méthode de dilatation par les obturations successives.

En premier lieu on a dit : « la dilatation par les « tampons est lente, beaucoup trop lente ». (Dolérís, Veper, Charpentier.)

Ceci est absolument exact, mais pour certains cas seulement, non d'une manière générale. Nous avons déjà essayé d'expliquer les différences de temps exigé, non pas d'après l'excitabilité individuelle, comme le fait M. Charpentier, mais par l'état du tissu musculaire de l'organe et surtout par le contenu utérin. Dans de nombreux cas, la dilatation ou plutôt la dilatabilité de l'organe est acquise après une ou deux obturations et permet l'exploration de la cavité à l'aide du doigt. Je défie les lamineuses ou les éponges de faire plus vite

et de faire mieux. Dans d'autres cas, on n'arrive pas, il est vrai, aussi rapidement au but, mais c'est surtout lorsque l'organe a subi une certaine hyperplasie ou sclérose de ses parois, que le col est tout particulièrement rigide, ou enfin qu'il n'existe aucun contenu anormal dans sa cavité.

Ceci est beaucoup plus important que la perte partielle ou totale de la puissance de contractilité du tissu utérin, que M. Veper croit absolument nécessaire à la dilatation par les tampons.

Je pourrais lui citer le cas de rétention d'anciens débris placentaires, le col est refermé, le tissu utérin certainement normal ; dans ces cas la dilatation non seulement est facile à l'aide du tamponnement, mais encore elle marche très rapidement.

Landau m'écrit à ce sujet ce qui suit : « Dans tous les cas, où il n'existe dans la cavité utérine aucun contenu anormal, celle-ci se dilate, surtout *au fond*, *plus difficilement, plus lentement*, de sorte qu'une dilatation lente et incomplète après l'introduction de la gaze iodoformée est pour moi un indice très précieux et précis, qu'il n'y a rien dans la cavité ».

Il est certain que dans les cas de sténoses fibreuses, de fort rétrécissement scléreux de l'orifice interne, on ne cherchera pas à vaincre l'obstacle par les tampons, on devra recourir à des moyens plus puissants, les dilateurs et la discission. La lenteur même du procédé est un avantage et un gage de son inocuité, on évite ainsi les lésions, les déchirures de la muqueuse utérine et tous les inconvénients des dilatations rapides. D'ailleurs la combinaison de deux procédés de dilatation pourra satisfaire les chirurgiens pressés et

permettra de franchir plus rapidement les premières étapes de la dilatation.

Deuxième objection, on a écrit : « Indolente parfois, « elle peut être douloureuse et déterminer à chaque « nouvelle introduction de tampons, des tranchées, « des coliques, des phénomènes nerveux, des crises « hystériformes ». (Dolérís, Veper, Sabail, Porak.)

Ici encore il faudrait distinguer entre l'introduction des tampons et le séjour du tamponnement. Nous avons déjà vu que ce dernier n'est jamais douloureux, n'occasionne jamais de coliques et de tranchées; c'est même, d'après Landau, un avantage important de ce mode de dilatation sur tous les autres procédés.

Quant aux sensations douloureuses, éprouvées par la malade au moment de l'introduction des tampons ou de la gaze, elles dépendent de bien des conditions. Vulliet a déjà fait remarquer que l'emploi de tampons encore humides d'éther, peut provoquer des douleurs, des accidents nerveux.

La sensibilité de la muqueuse est aussi différente selon les affections pour lesquelles on tamponne; très vive dans certains cas d'endométrite, elle l'est très peu dans d'autres, et souvent l'introduction est absolument indolente.

Nous avons aussi remarqué que le tamponnement est beaucoup moins douloureux lorsque l'utérus est fixé et maintenu en position par une pince de Muzeux ou un crochet; la pression, exigée pour pousser le tampon, se fait moins sentir sur l'utérus et son voisinage. En cas de complications du côté des ligaments ou des ovaires, la douleur peut être très forte et l'on

devra alors s'abstenir ou procéder avec une extrême prudence.

Pour éviter la douleur on ne devra jamais procéder avec violence, avoir la main légère, comme le dit très bien mon ancien chef, M. le professeur Vaucher, pousser doucement, sans secousses, changer le tampon s'il est trop volumineux, et ne pas s'énerver devant la difficulté des débuts.

Car certainement le chirurgien doit acquérir par l'exercice et l'habitude une certaine pratique, une certaine habileté de main qui fait défaut lors des premières séances, lors des premières dilatations. Elles sont plus douloureuses, plus longues, plus fatigantes pour la malade et l'on devra, pour débiter, tâcher de choisir des cas faciles et des sujets complaisants.

Quoiqu'il en soit, nous n'avons jamais vu survenir les accidents nerveux, les coliques, les crises hystériques et probablement aussi hystériques, mentionnées par les auteurs français ; Landau et Fritsch ne signalent pas non plus ces complications.

Il en est de même de cette fièvre toute spéciale, dont M. Veper parle dans sa thèse, et qu'il dit apparaître en même temps que les troubles nerveux et cesser dès que les tampons sont enlevés ; il n'en dit pas davantage et n'en explique pas la nature. Quant à nous, à moins qu'il ne confonde avec des accidents dus à l'iodoforme, nous ne pouvons lui donner aucuns renseignements à ce sujet, car dans nos nombreuses observations cliniques, prises à la Maternité, nous ne l'avons jamais constatée. Lorsque les malades sont absolument apyrétiques avant la dilatation, que celle-ci

est faite suivant les règles que nous avons indiquées, elles restent aussi sans fièvre pendant tout le cours de l'intervention, même si elles sont nerveuses et hystériques.

Une dernière objection consiste à prétendre que les tampons ne sont pas à proprement dire de *vrais agents dilateurs*. (Veper, Doléris.)

Il est évident qu'ils n'agissent pas en se dilatant eux-mêmes, en augmentant leur volume comme les laminaires et les éponges, et pourtant il est tout aussi manifeste, que par leur intermédiaire, sans aucun autre moyen, on a obtenu des centaines de dilatations de tout calibre.

Peut-on dire après cela qu'ils ne sont pas de vrais agents dilateurs ?

M. Veper croit qu'ils n'agissent uniquement que dans les cas où la fibre musculaire est altérée, à la suite d'un processus pathologique quelconque. Nous pourrions lui citer un nombre considérable de dilatations obtenues en dehors de ces conditions.

Nous croyons plutôt avec Landau, que le tamponnement agit sur le muscle même ; par son excitation comme corps étranger, il le fait entrer en contraction, le rend plus mou, plus dilatable et plus extensible. Le tampon augmente surtout la dilatabilité ultérieure.

On peut alors introduire une plus grande quantité de coton ou de gaze, on gagne en dilatation et ainsi de suite progressivement, graduellement, on arrive à prendre possession de la cavité utérine.

Le rôle du tamponnement n'est donc pas tout à fait passif, mais actif par son action sur le tissu musculaire utérin et son aptitude à augmenter lui-même

son volume à chaque nouvelle introduction des tampons.

Cette explication s'applique beaucoup mieux à la *généralité* des cas observés, que l'opinion de M. Veper, basée sur l'état de conservation plus ou moins complète des propriétés physiologiques de la fibre musculaire de l'utérus.

Pour finir ce chapitre nous voudrions encore examiner s'il existe de véritables contre-indications au tamponnement et à la dilatation.

La présence d'affections des annexes pelviens, péri et paramétrites, les salpingites, les oophorites, constitue-t-elle une contre-indication absolue aux tentatives de dilatation ?

Oui, d'après les auteurs allemands ; Martin, Chrobak, Fritsch, Heger, etc., n'entreprennent pas de dilatation avant la guérison de ces affections pelviennes et mettent en garde contre le danger qu'il y a à agir en sens contraire.

D'autre part, certains auteurs français, ainsi que nous le verrons encore plus tard, ont préconisé tout récemment une thérapeutique spéciale pour ces sortes d'affections, se basant sur la dilatation et le drainage de la cavité utérine.

La question reste donc à l'étude et ne peut être encore jugée définitivement ; dans tous les cas on ne saurait dans ces cas procéder avec trop de prudence.

D'après nos observations personnelles et quelques travaux parus tout dernièrement, certaines affections pelviennes chroniques constitueraient plutôt une indication, qu'une contre-indication au tamponnement iodoformé.

On a aussi envisagé la prochaine apparition de la période menstruelle comme une contre-indication à la dilatation et on a cité des accidents, des métrites, surtout des hématoécèles, survenus dans ces conditions.

Chrobak dit à cette occasion, que la dilatation se fait à ce moment plus facilement, plus rapidement, par contre la sensibilité est plus grande et le danger d'infection plus sérieux. Il a observé deux fois la production d'hématoécèles. Il conseille donc, lorsque l'on aura le choix, d'attendre la fin de la menstruation avant de procéder à la dilatation.

La présence de flexions, d'adhérences péritéritines ne contre-indique aucunement la dilatation, quoique dans certains cas elle soit rendue plus difficile par ces complications. Nous verrons plus loin qu'au contraire elle est indiquée dans certains de ces états pathologiques et qu'elle pourra rendre des services pour leur traitement.

L'état gravidique de l'utérus est naturellement une contre-indication, contre laquelle on ne saurait trop se garantir, si l'on ne veut s'exposer à de bien désagréables surprises.

Un état général particulièrement nerveux et excitable n'est pas non plus une contre-indication absolue, d'autant moins qu'il dépend quelquefois d'affections utérines, dont le traitement et la guérison rétabliront souvent le calme dans la nervosité de la malade.

Application du tamponnement au diagnostic et à la thérapeutique générale

S'il est un sujet en gynécologie, sur lequel les différents auteurs sont en désaccord et loin de s'entendre, c'est certainement sur la dilatation, envisagée comme moyen d'exploration et de diagnostic. Tandis que les uns veulent avant l'intervention opératoire dilater la cavité utérine et l'explorer à l'aide du doigt, les autres se contentent, pour assurer leur diagnostic, de l'introduction de la sonde utérine, puis d'extraire à l'aide de la petite curette des fragments de la muqueuse ou de la tumeur, reconnue par la sonde, pour les soumettre à l'examen microscopique.

Ces deux opinions différentes sont représentées toutes les deux par des autorités en matière gynécologique; la première par *Schultze* surtout et ses élèves, par *Schroeder*, *Breisky*, *Gusserow*, *Chrobak*, *Landau*, etc.; la seconde surtout par *Fritsch*, *Hegar*, *Martin* et leurs élèves.

Depuis ces dernières années, la première opinion semble avoir gagné du terrain en Allemagne, ainsi qu'on a pu s'en rendre compte lors de la discussion

soulevée par *Landau*, à la société gynécologique de Berlin.

Nous croyons que l'on ne peut être absolu dans cette question et que si dans beaucoup de cas on pourra se passer de l'exploration digitale, il en est d'autres où elle sera nécessaire, et où elle aidera puissamment à fixer le diagnostic, qui sans elle ne pourra être qu'une simple supposition.

C'est surtout, lorsqu'il s'agira de rétention d'*anciens* débris placentaires, ou de petits fibromes sous-muqueux à base large et étalée, ou d'autres petites tumeurs, situées près du fond de l'utérus, que l'examen à l'aide du toucher pourra être indiqué et rendra des services importants.

Dans ces cas, l'exploration à la sonde donne des résultats négatifs et, si elle laisse même supposer l'existence d'un contenu anormal, elle n'en indique nullement la nature et surtout ses rapports intimes avec l'utérus. C'est surtout cela, qu'il sera intéressant de connaître, et dont dépendra souvent toute l'intervention opératoire.

D'autre part, pour pouvoir introduire l'index dans la cavité utérine, et surtout pour pouvoir aisément l'y retourner de façon à en explorer toute l'étendue sans employer trop de force et de brutalité, il faut une dilatation assez étendue, d'une certaine importance, qui ne peut toujours être acquise et menée à bien.

Mais, c'est surtout dans les cas où elle sera le plus nécessaire, qu'elle s'obtiendra, ainsi que nous l'avons déjà indiqué dans le chapitre précédent, le plus facilement et le plus rapidement; la présence d'un contenu

anormal dans l'intérieur de la matrice, rendant sa dilatation plus aisée, plus rapide et plus étendue.

Nous devons signaler ici une autre application bien importante de notre tamponnement intrautérin.

Le plus souvent, lorsqu'on se trouve dans le cas de devoir intervenir rapidement, il s'agit d'hémorrhagies utérines plus ou moins abondantes; si l'exploration utérine par la sonde ou l'anamnèse ne nous renseigne pas d'une manière suffisante sur la cause de l'hémorrhagie et que vous hésitez sur la nature de l'intervention que vous devez choisir, pratiquez le tamponnement à l'aide du coton ou de la gaze iodoformés, et attendez.

Vous aurez ainsi obtenu double but, vous assurez l'hémostase parfaite de l'organe et en même temps vous commencez une dilatation, qui contribuera puissamment à asseoir votre diagnostic et à vous faire reconnaître la cause véritable de l'hémorrhagie.

En effet, à moins d'un diagnostic bien établi ou à moins d'être en présence d'un col utérin déjà normalement bien ouvert (par exemple dans le cas d'avortement récent, de rétention de débris placentaires), nous ne sommes pas très partisan du râclage immédiat ou des injections coagulantes ou des cautérisations à l'aveugle sans autre indication précise ou dilatation et exploration préalables.

Il est bien évident que cette manière de faire réussira souvent, mais dans d'autres cas on n'aura pas obtenu grand'chose et on risquera quelquefois de faire du travail bien inutile. En effet, il arrive quelquefois qu'après dilatation et exploration de la cavité à l'aide

du doigt, on constate que la muqueuse est absolument saine, l'absence de tumeur, d'affection intrautérine, on se trouve en présence d'hémorrhagie, due à une cause générale (néphrite, maladie de cœur, tuberculose, etc.) soit des métrorrhagies de cause ovarienne ou tubaire, décrites par *Olshausen*,¹ *Brennecke* ou par *Fontana*.²

Dans ces cas on aura cautérisé ou râclé une muqueuse saine, sans en obtenir naturellement le moindre résultat quant à la suppression de l'hémorrhagie.

L'introduction du doigt nous permettra encore de contrôler le travail de la curette, de nous rendre un compte exact sur ce qui doit être enlevé, et aidera souvent à l'évacuation de débris ou de polypes muqueux, qui sans cela auraient pu échapper au curettage.

Il nous est arrivé plusieurs fois, qu'ayant râclé l'utérus et croyant avoir tout enlevé, car nous avions la sensation d'une muqueuse lisse et sans aspérités, nous avons vu peu après l'hémorrhagie se reproduire et avons dû intervenir par un nouveau râclage après dilatation préalable. Nous trouvions alors de nouveaux fragments de placenta non reconnus la première fois et très faciles à enlever avec le doigt seul ou aidé de la curette.³

D'autres fois le doigt servira simplement à guider l'instrument, qui devra détacher un fragment de telle

¹ Prof. D^r R. Olshausen. *Die Krankheiten der Ovarien*, 1886.

² D^r Fontana. *Beitrag zur Lehre der Oophoritis chronica*, Zürich 1882.

³ Voyez encore à ce sujet un article intéressant du D^r Aloïs Bloch, opérateur à la clinique du professeur Breisky, à Vienne. *Centralblatt für die gesammte Therapie*, avril 1888. pages 193-198.

ou telle partie suspecte de la cavité pour en soumettre un fragment à l'examen microscopique.

L'exploration utérine rendra encore des services pour le diagnostic de certaines affections pelviennes, dépendantes ou non de l'organe. Ce sera surtout le cas pour les adhérences, les brides de l'utérus rétro-versé ou rétrofléchi, pour des altérations des ovaires ou des trompes, pour de petites hématoécèles rétroutérines, pour la grossesse extrautérine, etc.

Par la palpation bimanuelle, l'index droit ou gauche étant introduit dans l'utérus, on arrivera souvent au diagnostic d'affections qui, sans cette manœuvre, seraient méconnues, ou au moins beaucoup plus difficiles à reconnaître.

On pourra alors se renseigner plus exactement sur leur siège, leur nature, leur volume et surtout leurs rapports avec l'utérus lui-même. Nous avons déjà vu que la dilatation, poussée à des limites suffisantes, permettra soit l'exploration de toute la cavité ou d'une partie des cavités cervicale et utérine par la vue, soit l'introduction de spéculums spéciaux, qui en facilitent l'accès. L'utilité de ces manœuvres a été très discutée et pourtant leur avantage dans un nombre de cas, limité il est vrai, est incontestable.

J'assistais M. le professeur Vulliet pendant l'été 1885 et fus présent la première fois qu'il dilata une cavité utérine jusqu'à la rendre visible dans sa totalité; il montra de même ces grandes dilatations, obtenues par sa méthode, à plusieurs professeurs et médecins de séjour ou de passage à Genève. Il répéta les mêmes démonstrations devant la Société genevoise de médecine et à l'hôpital Beaujon à Paris. Dans l'espace de trois

mois j'ai vu se renouveler cet examen sur une dizaine de malades différentes, les unes affectées de cancer, d'autres de tumeurs fibreuses. Ce simple exposé suffit pour faire comprendre qu'il n'y a pas besoin d'imaginer des cas tout à fait extraordinaires pour rencontrer la possibilité de dilater l'utérus jusqu'au degré où il est visible dans l'ensemble de sa cavité.

Cela ne veut pas dire non plus qu'il faille imiter Vulliet dans cette période de sa pratique, mais on lui octroiera bien la permission qu'il a prise, de réaliser le degré maximal de dilatation, obtenu par la méthode qu'il venait de découvrir. D'ailleurs on arrive assez vite à l'aide d'un bon éclairage, soit solaire, soit au moyen de la lampe électrique, d'une bonne orientation du siège contre la lumière, à explorer, je ne dirai pas *toujours* le fond, mais une grande partie de la cavité utérine. La dilatation nécessaire à ce but n'est pas du tout considérable; il suffit seulement de tenir les lèvres du col écartées à l'aide de tire-balles et de procéder dans la position genu pectorale. Tous les élèves qui ont suivi la clinique de M. le professeur Vaucher savent à quoi s'en tenir et pourront certifier la chose.

Il est certain que la vue pourra fournir des renseignements très précieux sur l'état de la muqueuse, sur l'étendue d'une ulcération, d'une infiltration pathologique quelconque, sur la configuration d'une tumeur, et vouloir nier sa valeur comme moyen de diagnostic est un véritable non-sens.

Mais nous croyons aussi que les cas où une dilatation aussi complète est indiquée sont l'exception et que le plus souvent l'exploration à la sonde, puis à la cu-

rette, enfin à l'aide de l'introduction du doigt sera *suffisante* pour établir le diagnostic.

Comme la dilatation par les tampons offre un moyen d'exploration tout à fait inoffensif et en même temps des plus antiseptiques, nous n'hésiterons jamais à l'employer lorsque nous nous trouverons vis-à-vis d'un diagnostic douteux, et nous croyons que ce n'est pas exagérer que de dire qu'elle pourra servir dans toutes les affections intrautérines d'une interprétation difficile et douteuse.

Même pour la simple introduction de la curette, elle pourra la précéder et frayer un passage à l'instrument, car presque toujours il suffira d'un seul tamponnement bien fait pour obtenir la dilatation nécessaire au passage d'un numéro petit ou moyen.

Nous avons toujours remarqué que pour le râclage ou pour l'écouvillonnage de l'utérus selon la méthode de M. Doléris, on fait la chose beaucoup plus complètement, on manœuvre beaucoup plus à l'aise, si la dilatation préalable a un certain calibre, permettant l'introduction d'une curette un peu grande, d'un écouvillon un peu volumineux.

Le travail fait avec une petite curette est souvent insuffisant, long, incomplet et oblige à une seconde, même troisième intervention.

Il est donc préférable de faire précéder l'intervention d'une ou deux séances de dilatation, puis de manœuvrer dans une cavité agrandie et de pouvoir faire de suite un grattage complet pour n'avoir pas à y revenir plus tard. Le principal ici n'est pas d'être pressé, mais de faire bien et complètement.

Après avoir examiné l'utilité du tamponnement,

comme moyen de diagnostic, nous allons voir les applications que nous pouvons faire de ce procédé pour le traitement et commencerons par la thérapeutique générale.

En premier lieu, le tamponnement iodoformé constitue un *excellent pansement antiseptique* de la cavité utérine. Il pourra donc être employé après toutes les interventions opératoires, de quelque nature qu'elles soient, râclage, écouvillonnage, cautérisations chimiques ou ignées, les ablations ou énucléations de tumeurs, même après de simples injections ou irrigations utérines, lorsqu'il s'agira soit de maintenir la cavité en état de dilatation prolongée, soit de surveiller l'intérieur de l'utérus, soit de le garantir des germes provenant du dehors.

Nous obtenons ainsi une grande facilité et une grande sécurité pour tous les traitements qui doivent se prolonger pendant un certain temps : nous pouvons les varier à l'infini, renouveler nos interventions intrautérines à volonté, surveiller les suites opératoires ou l'action ultérieure du traitement intrautérin, sans la crainte d'infection ou sans risque de voir la cavité utérine se refermer avant la guérison complète de l'affection traitée.

Par ce pansement nous nous garantissons en même temps contre le danger d'hémorragies secondaires, si fréquentes après l'énucléation de tumeurs ou lors de la chute d'escharres produites par la cautérisation.

Le tamponnement pourra être aussi indiqué dans ce but après la dissection ou l'incision de sténoses des orifices interne ou externe ; dans ces cas on fera bien

d'enduire les tampons ou la gaze d'un corps gras, vaseline phéniquée ou huile térébénée, afin d'éviter la coaptation des parties incisées ou l'adhésion du coton ou de la gaze.

Dans toutes les affections *septiques* de l'utérus, soit à la suite de couches ou d'avortement, soit de nature traumatique ou autre, le tamponnement constitue un excellent mode de désinfection de la cavité et aidera puissamment à combattre l'infection.

Il le fait d'autant mieux, qu'il agit en même temps comme un *excellent drainage de la cavité*, les sécrétions septiques sont absorbées par le tamponnement et ne peuvent s'accumuler dans la matrice. Cette propriété de *drainage* du tamponnement est de toute importance et pourra être très souvent utilisée et indiquée en thérapeutique gynécologique. Nous devons reconnaître que pour obtenir ce but, la gaze iodoformée, plus hygroscopique, agit, ainsi que *Laudan* l'a déjà fait remarquer, plus activement que le coton. Elle fait aussi mieux mèche que les fils qui continuent le tamponnement, lorsqu'on emploie le coton iodoformé. La gaze absorbe aussi mieux les sécrétions, car souvent la ouate trop tassée, ou encore un peu grasse, ou recouverte de mucus, ne se laisse pas aussi bien imbiber par des liquides aqueux, secrétés par l'utérus. Il maintient aussi le col ouvert et on pourra renouveler les irrigations antiseptiques aussi souvent qu'il sera nécessaire de le faire, puis on remplira de nouveau la cavité par la gaze ou les tampons.

Dans ces cas d'infection, le tamponnement devra être renouvelé tous les jours, quelquefois même deux

fois par jour, si le thermomètre l'indique, car une action énergique de l'iodoforme entre en ligne de compte et doit être plutôt cherchée qu'évitée.

Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de nous rendre compte des avantages de cette méthode de combattre l'infection ; l'effet a toujours été rapide et certain.

Nous verrons plus loin que, même dans le cas d'accidents chroniques infectieux, paramétrites ou affections tubaires, le tamponnement iodoformé a eu une action favorable et a amené la guérison de ces complications.

Le tamponnement utérin constitue le traitement par excellence des *hémorrhagies utérines* et nous ne saurions trop le recommander dans ces cas.

Depuis que nous l'avons pratiqué pour la première fois, nous avons presque absolument renoncé au tamponnement vaginal, si désagréable, si douloureux et si incommode pour les malades.

Nous avons aussi observé plusieurs cas, où les tampons vaginaux n'ayant pas suffi à l'arrêt de l'hémorrhagie et le sang s'étant accumulé en arrière du tamponnement, puis filtrant le long des parois vaginales, nous avons été obligé d'enlever les tampons. Il a alors suffi de l'introduction dans la cavité utérine d'une petite bande de gaze ou de quelques petits tampons pour faire cesser immédiatement tout écoulement sanguin.

Il faudra seulement introduire la gaze jusque dans la cavité et on y arrive presque toujours facilement. Car dans ces cas de métrorrhagies abondantes on trouve déjà les cavités cervicale et utérine agrandies, quoique l'orifice externe soit souvent à peine entr'ouvert, mais

déjà aminci. Dans ces cas il est facilement dilatable et il suffit d'en écarter les lèvres avec une pince à pansement pour pouvoir facilement introduire les tampons ou une bande de gaze et en bourrer tout l'intérieur de la cavité. L'orifice interne est aussi souvent dilaté, ou au moins dilatable, ce qui facilite encore le tamponnement. Lorsque celui-ci a été bien fait, l'hémorrhagie s'arrête de suite et je n'ai jamais vu que les tampons soient expulsés dans le vagin. Néanmoins je crois qu'ils agissent surtout par les contractions, qu'ils provoquent, et qui rapidement font cesser l'hémorrhagie.

A la suite des hémorrhagies le tissu utérin est généralement ramolli, plus succulent, plus extensible qu'à l'état normal, et l'introduction sera déjà rendue plus facile par cette modification du muscle.

Nous n'employons jamais le perchlorure de fer pour l'imbibition de nos tampons, car nous le regardons comme absolument inutile et sa grande puissance de coagulation expose à l'infection. Lorsque l'on retire de la matrice un tamponnement perchloruré, il a presque toujours une odeur infecte, qui n'existe jamais avec la simple gaze iodoformée.

Nous avons déjà dit que dans ces cas, le rôle du tamponnement ne sera pas simplement palliatif, puisqu'en même temps il préparera déjà la dilatation, qui devra aider à faire reconnaître la cause de l'hémorrhagie, et il contribuera ainsi au traitement.

Nous avons déjà parlé de l'emploi du tamponnement, recommandé par *Fritsch*, pour porter sur toute l'étendue de la muqueuse utérine l'action de poudres médicamenteuses.

C'est, en effet, la meilleure méthode pour agir d'une

manière uniforme et générale, bien préférable à toutes les pulvérisations, les bâtons d'iodoforme et gélatine, les pessaires médicamenteux.

La gaze ou les tampons sont roulés dans la poudre que l'on veut introduire et, après avoir nettoyé la cavité utérine de ses sécrétions, de son mucus, on procédera au tamponnement de la manière usuelle.

On pourra de cette façon introduire dans l'utérus, selon le besoin, toutes les substances pulvérulentes employées à la thérapeutique intrautérine et varier ainsi à l'infini le traitement selon le médicament employé.

Toutes les poudres astringentes ou antiseptiques, comme l'iodoforme, le tannin, l'alun, le quinquina, les acides borique et salicilique, le salol, le naphтол ou la naphthaline pourront être employées de cette manière, pures ou mélangées à de l'amidon ou à une autre poudre inerte.

Non seulement cette méthode d'application assure un contact intime du médicament avec toute la surface de la muqueuse utérine, mais encore son action prolongée, se continuant pendant 24 ou 48 heures consécutives et pouvant être renouvelée aussi longtemps que le traitement peut l'exiger.

On pourra de même imprégner les tamponnements de médicaments liquides. Il faudra seulement prendre quelques précautions indispensables.

En premier lieu, ne pas employer des solutions trop concentrées, des liquides trop caustiques, car l'application devant se prolonger et agir pendant longtemps, on pourrait facilement produire une action beaucoup plus intense que celle que l'on désire.

Ensuite il ne faut pas imbiber trop fortement le coton ou la gaze, c'est-à-dire toujours faire égoutter le superflu du liquide, car en bourrant l'utérus et l'orifice interne, opposant toujours un peu de résistance, si la gaze est trop humide une partie du liquide pourra être exprimée et couler dans le vagin, le cautériser et produire de vives douleurs.

Comme, sous l'action de certains liquides, surtout la teinture d'iode concentrée, les solutions alcooliques, l'utérus entre de suite en contraction, on devra s'efforcer de franchir rapidement l'orifice interne avant qu'il ait le temps de se refermer et de s'opposer à l'entrée du tampon dans la cavité.

Les liquides dont nous nous sommes servi le plus avantageusement sont nombreux, par exemple, la glycérine pure ou associée au tannin, au perchlorure, au térébène, ou à la créosote d'après la prescription d'*Emmet*, l'iode sous toutes ses formes, les acides pyroligneux, phénique, acétique, chromique, la créoline, le baume de Pérou, l'alcool, les essences, etc., puis dans certains cas particuliers les caustiques énergiques, le chlorure de zinc d'après la méthode de *Marion Sims*, le brome, la potasse caustique.

Il serait trop long de vouloir énumérer tous les liquides pouvant être appliqués à la thérapeutique intrautérine et qui en *dilution convenable* pourront être utilisés pour fournir au tamponnement une action médicamenteuse.

Chaque spécialiste a pour cela ses préférences, ses habitudes, et se trouve bien de sa manière de procéder.

Dans l'emploi des cautérisations au fer rouge, au

Paquelin, à la galvanocaustique, le tamponnement pourra aussi rendre des services, soit pour obtenir une dilatation du col, pour l'entrée et la conduite des cautères, soit pour contrôler par la vue leur application à l'endroit voulu, soit pour constituer après l'opération un pansement agréable et antiseptique. Dans ces applications il faut toujours prendre grand soin de protéger la vulve et les parois vaginales contre l'irradiation, par des bandelettes de coton fortement imbibées d'eau froide.

A cette catégorie d'indications appartient aussi la dilatation pour application d'électrodes dans la cavité utérine. Depuis les travaux de *Tripier*, de *Mundé*, d'*Apostoli*, de *Danion*, de *Benedickt* et de nombreux auteurs anglais et américains, l'emploi des courants électriques est largement entré dans la thérapeutique gynécologique.

Nous ne saurions trop recommander de faire précéder ces applications intrautérines d'une large dilatation du canal cervical, non seulement dans le but de pouvoir procéder à une désinfection rigoureuse de la cavité avant d'y ouvrir des portes d'entrée à l'infection par l'action cautérisante des électrodes, mais encore afin de pouvoir tamponner à la gaze iodoformée après l'intervention pour maintenir la dilatation et éviter les phénomènes infectieux, qui pourront si facilement se produire lors de la formation et de la chute des escharres.

En plus le tamponnement mettra complètement à l'abri des hémorrhagies secondaires et de la rétention de liquides septiques, qui peuvent très bien se produire dans ces cas de cautérisation électrique.

Nous croyons fermement que ce sera le seul moyen de se mettre absolument à l'abri d'accidents et de faire admettre cette méthode de traitement, qui dans certains cas semble donner des résultats assez satisfaisants. Nous reviendrons plus en détail sur ce sujet, quand nous parlerons du traitement électrique des fibromes.

La dilatation prolongée sera encore très utile dans tous les états de l'utérus, qui exigent des interventions répétées pendant un certain temps et à des intervalles plus ou moins longs. Par exemple, les injections, les irrigations intrautérines, à l'aide de la sonde à double courant, pourront être faites sans danger de rétention, ni de trop grande pression intrautérine, et, en tamponnant la cavité après chaque lavage, on pourra les renouveler aussi souvent que l'on peut le désirer, jusqu'à guérison définitive de l'affection.

Il sera utile aussi pour faciliter des manœuvres intrautérines qui doivent être souvent répétées, comme le massage, la gymnastique de l'organe, le détachement de brides et d'adhérences, qui retiennent l'utérus en rétroversion ou rétroflexion. Nous reviendrons sur ces indications quand nous parlerons des malpositions.

En dernier lieu l'*action utéromotrice* du tamponnement pourra dans certains cas être précieuse et utilisée très avantageusement dans divers états pathologiques, ainsi que nous le verrons plus loin.

Nous pourrions ainsi résumer les applications du tamponnement à la thérapeutique générale en disant qu'il servira de pansement antiseptique, de drainage de la cavité, d'agent hémostatique très précieux, de

porte-médicaments solides ou liquides, et enfin de moyen de dilatation prolongée ou permanente, dans tous les cas qui l'exigent ou la rendent utile et désirable.

Application du tamponnement à la thérapeutique de quelques affections spéciales.

Sans vouloir entrer dans des détails, que ne comporte pas le cadre de ce travail, sur toutes les indications qui peuvent se présenter à l'emploi du tamponnement utérin dans le traitement des diverses et multiples affections gynécologiques, nous voulons pourtant passer les principales en revue et voir quels peuvent être son utilité et ses avantages dans telle ou telle affection spéciale.

Nous avons l'intention de joindre à cette partie de notre travail, des observations détaillées se rapportant à ce sujet, recueillies par nous pendant les années 1885, 1886 et 1887 à la clinique de M. le professeur Vaucher, et quelques-unes de 1888, qui nous sont personnelles ; elles auraient servi à compléter le sujet.

Mais nous avons trouvé qu'elles sont toutes si semblables, ne variant que par la durée du temps exigé pour obtenir la dilatation et le maintien plus ou moins prolongé de celle-ci, qu'elles forment un ensemble très uniforme, monotone et n'offrant pas assez d'intérêt pour être publiées isolément.

Ce qui est devenu de pratique générale et presque journalière, ne se prête pas au même mode de publication que les cas spéciaux.

Dans le grand nombre de cas auxquels nous avons vu appliquer et appliqué la dilatation prolongée et le traitement par le tamponnement, se trouvent les affections utérines les plus diverses : métrites et endométrites, malpositions, sténoses et dysménorrhée de cause diverse, néoplasmes de l'utérus, polypes, fibromes sous-muqueux et intersticiels, cancers du col et du corps, puis quelques cas de paramérite et collections tubaires.

Nous nous baserons dans ce qui suit surtout sur ce que nous avons vu et observé nous-même, et, pour les modes de traitement que nous n'avons pas expérimentés, nous renverrons aux mémoires originaux.

Endométrites chroniques. — Tout le monde est actuellement d'accord que pour le traitement de toutes les endométrites, de quelque nature ou de quelque origine qu'elles puissent bien être, il faudra, pour avoir un résultat satisfaisant, s'attaquer directement à la muqueuse malade. Le traitement général ne servira que d'adjuvant; le traitement local, plus ou moins énergique selon le degré de l'affection, restera toujours l'indication principale. Donc on devra procéder de suite à un traitement intrautérin, sauf toutefois dans les cas où l'endométrite sera accompagnée d'affections pelviennes, para ou périmétrites, salpingites et oophorites, le plus souvent de nature infectieuse ou virulente, complications qu'il faudra traiter avant l'endométrite, qui souvent a été leur point de départ.

Pour pouvoir pratiquer avec toute sécurité un traitement intrautérin, qui devra toujours être assez long, car il est bien rare qu'une endométrite quelconque puisse guérir après une seule intervention, même cautérisation ou râclage, on devra procéder en premier lieu à la dilatation du canal cervical. En même temps, elle renseignera sur le degré et quelquefois sur la variété de l'endométrite en présence de laquelle on se trouve. Dans le plus grand nombre des cas, le tamponnement seul suffit à la dilatation et à éviter aussi le traumatisme, causé par les autres agents dilateurs; *Landau* l'emploie *uniquement et seul* dans ces cas-là; par contre nous nous sommes trouvé, justement dans le traitement des endométrites, en présence de cas, où la douleur étant trop vive, le col trop long, trop rigide (surtout chez les nullipares), la dilatation se faisait trop lentement, nous avons dû faire précéder le tamponnement d'une ou deux séances de laminaria.

Une fois la cavité utérine ouverte, le traitement devra varier selon l'intensité de l'affection, l'état de la muqueuse et la nature de l'endométrite.

Dans les formes anciennes, chroniques, invétérées, hémorrhagiques, où la surface utérine est couverte de bourgeons, de fongosités saignant au moindre contact, le seul traitement indiqué sera *évidemment* l'enlèvement de la muqueuse malade à la curette, suivi de cautérisations plutôt légères et répétées, qu'énergiques.

Ainsi que Schröder, Hegar, Fritsch, Martin, Duvelius l'ont démontré, l'opération est inoffensive, très simple, donne de bons résultats et même, si elle est faite très énergiquement, n'empêche aucunement une

grossesse ultérieure. Ce sera donc le traitement indiqué dans tous les cas avancés, pour lesquels on ne peut espérer une régression des lésions par une thérapeutique plus conservatrice.

Mais parmi l'immense quantité des endométrites, c'est toujours le petit nombre qui sera d'emblée soumis au traitement par la curette. Toutes les formes plus légères devront être traitées, pour commencer au moins, par les deux autres systèmes en présence : les irrigations antiseptiques répétées d'après *Schultze*,¹ ou les cautérisations intrautérines, auxquelles nous ajouterons les applications de poudres médicamenteuses d'après la méthode de *Fritsch*. C'est ici que notre tamponnement intrautérin reprend de l'importance et sera d'une utilité incontestable. Les grandes irrigations, souvent répétées, avec des liquides antiseptiques d'après la méthode recommandée par le professeur *Schultze*, peuvent très bien être combinées avec le tamponnement. La dilatation obtenue par un moyen quelconque à un degré suffisant pour pouvoir introduire une grosse sonde à double courant (système *Fritsch*, *Bozeman*, *Pajot*, ou encore mieux selon les modèles en verre recommandés dernièrement par *Fritsch*), on fait passer dans la cavité une certaine quantité de liquide, toujours deux à trois litres au moins. *Emmet*² recommande beaucoup les injections chaudes pour tarir la sécrétion exagérée des glandes de la muqueuse.

Après l'irrigation on tamponne la cavité utérine à la

¹ Schultze. *Archiv. für Gynecologie*, XX, page 275.

² Emmet. *Pratique des maladies des femmes*, page 109.

gaze et au coton iodoformés: on peut maintenir ainsi la dilation suffisante pour les lavages ultérieurs et on n'est pas obligé, comme Schultze, de procéder plusieurs fois de suite à de nouvelles introductions de laminaria. L'action de l'iodoforme s'ajoute à celle des lavages, et est d'autant plus indiquée que la plupart des endométrites ont une origine infectieuse soit à la suite de couches ou d'avortement, soit de nature gonorrhéique ou par suite d'infection provenant du dehors.

Landau s'est très bien trouvé de la combinaison de ces deux moyens thérapeutiques et la recommande vivement.

Dès 1885, donc longtemps avant la communication du privat docent de Berlin, M. le *professeur Vaucher* avait introduit à sa clinique ce mode de traitement des endométrites, où nous en avons pu voir, nous-même, les excellents résultats.

L'action compressive du tamponnement sur toute l'étendue de la muqueuse malade, déjà fortement recommandée par Emmet, doit aussi avoir une heureuse influence sur la marche de l'affection.

En plus *les contractions*, provoquées par le séjour des tampons, produisent aussi une diminution de volume de l'organe, et c'est une des causes de l'amélioration de la métrite. En dernier lieu le tamponnement agit aussi en écartant l'une de l'autre les parois utérines et en drainant la cavité, empêchant ainsi le séjour prolongé des sécrétions, leur accumulation. Quoi qu'il en soit nous avons toujours remarqué à la suite de ce traitement, dans les formes légères et moyennes d'endométrite, une amélioration *plus rapide* et surtout *plus*

persistante qu'après les simples irrigations utérines antiseptiques selon la méthode conseillée par Schultze.

Nous sommes absolument du même avis que Landau, qui recommande ce mode de traitement et le trouve un des plus satisfaisants et des plus commodes.

Il est certain que cette manière de procéder suffira dans de nombreux cas d'endométrite légère ; le traitement devra être continué pendant un certain temps, jusqu'à ce que la sécrétion exagérée de mucus soit diminuée et que la muqueuse soit revenue à l'état normal.

Nous avons pu suivre dans quelques cas, et M. le professeur Vaucher a pu plusieurs fois montrer à ses élèves, les modifications de la muqueuse malade sous l'influence de ce traitement. Elle devient plus pâle, moins boursoufflée, sécrète peu à peu moins de mucus, moins de pus, elle est moins congestionnée, et devient bientôt moins sensible à la pression, moins douloureuse.

Le tamponnement iodoformé constitue dans ces cas un excellent moyen de drainage de la cavité, les sécrétions ne peuvent s'y accumuler et sont absorbées et entraînées à mesure qu'elles se produisent, elles n'ont donc aucun effet irritatif sur les parois. On peut dire qu'il agit d'une manière analogue et surtout beaucoup mieux que les tubes de verre ou de caoutchouc, avec lesquels quelques auteurs, entr'autres *Fehling*, *Ahlfeld* et *Schwartz*¹ et beaucoup plus tard *Walton*² ont essayé de drainer la cavité utérine et de maintenir le col en état de dilatation prolongée. Ces drains se rem-

¹ Schwartz. *Centralblatt für Gynäkologie*, 1883, page 201.

² Walton. *Du drainage de la cavité utérine*. Gand, juin 1888.

plissent de mucosités épaisses qui, ne pouvant s'écouler, se dessèchent, oblitèrent le canal ; de sorte que très peu de temps après leur installation ces tubes ne fonctionnent plus du tout.

C'est par cette action multiple, d'ouvrir, de dilater la cavité utérine, de la drainer, d'en écarter les surfaces malades, de constituer en même temps pour celles-ci un excellent pansement iodoformé, compressif et agréable et surtout de faire subir au tissu musculaire une suite de modifications intimes par les *contractions*, que provoque le séjour d'un corps étranger, que le tamponnement est absolument indiqué pour la forme simplement catarrhale, glandulaire et intersticielle des endométrites, sans formation de fongosités, de proliférations de la muqueuse.

Ce mode de traitement est tout particulièrement recommandable *au début* de toutes les endométrites, lorsque l'affection n'est pas encore assez grave pour fournir des symptômes bien nets, mais que l'on peut déjà la diagnostiquer au moyen *du tampon de Schultze* ; la muqueuse donne à ce moment déjà lieu à un écoulement purulent, mais elle n'a pas encore subi des modifications profondes, qui rendent nécessaire un traitement plus énergique. A ce moment le tamponnement et les lavages antiseptiques amèneront toujours une rapide amélioration. D'autant plus que l'iodoforme agit tout spécialement sur l'agent infectieux, qui est généralement la cause de l'endométrite.

Certainement le séjour plus ou moins prolongé des tampons provoque des contractions nombreuses, répétées, suivies, non douloureuses du muscle, et c'est déjà cette action que Fritsch cherche à obtenir en prescri-

vant de l'ergot de seigle, des injections chaudes. L'utérus par cette série de contractions diminue de volume, exerce une action compressive sur le système glandulaire hypertrophié et reprend une certaine tonicité, nécessaire à son fonctionnement normal.

Nous nous expliquons ainsi l'effet favorable du tamponnement dans ces cas particuliers.

L'amélioration est rapide et indiquée dès les premières séances; le maintien de la dilatation agit de suite, la sécrétion muqueuse et purulente devient moins abondante, la muqueuse, même *tout l'ensemble de l'organe* devient bientôt moins douloureux au toucher et à la palpation. Notre maître et ami, M. le docteur Jentzer, quia une grande expérience gynécologique et a fait des centaines de râclages pour endométrite, nous disait encore dernièrement, que depuis qu'il avait essayé notre tamponnement dans ces cas de forme simplement catarrhale, il en avait été si satisfait, qu'il avait absolument renoncé à tout autre traitement.

Les très nombreux cas, que nous avons vus à la clinique de Genève et depuis dans notre pratique nous ont donné de même des résultats très satisfaisants, car non seulement l'amélioration est rapide, mais elle se maintient et la guérison persiste beaucoup plus sûrement qu'à la suite des autres modes de traitement.

Depuis longtemps la simple dilatation du canal cervical a été regardée comme utile à combattre le catarrhe utérin. M. Doléris en parle dans son mémoire sur l'endométrite. Mais nous ne comprenons vraiment pas pourquoi, s'il a essayé le tamponnement iodoformé à la gaze ou au coton dans ces cas-là, il n'a aperçu que les quelques inconvénients du procédé, sans en noter

les avantages, car il réunit à lui seul plusieurs indications, que cet auteur sait très bien apprécier, la dilatation prolongée, le drainage et l'action de l'iodoforme sur une large surface de la muqueuse, agissant pendant toute la durée du tamponnement. En plus l'amélioration rapide, obtenue par ce mode de traitement n'aurait pas échappé à cet auteur, s'il en avait fait un essai sérieux et prolongé.

La dilatation nécessaire ne doit pas être poussée très loin, il suffit de rendre et de maintenir le canal cervical perméable au passage d'une grosse sonde à double courant pour faire les lavages et pouvoir après remplir facilement la cavité avec la gaze iodoformée.

Il pourra être utile de faire aussi de temps en temps un léger badigeonnage ou une application par les tampons ou la gaze de glycérine iodo-iodurée, ou au tannin.

Le traitement sera ainsi renouvelé tous les jours ou tous les deux jours pendant une, deux ou trois semaines jusqu'à guérison complète de l'état catarrhal de la muqueuse.

Telle est la méthode thérapeutique de l'endométrite catarrhale, que nous recommandons avant toutes les autres; celle qui nous a donné les résultats les plus satisfaisants et les plus durables, et à laquelle nous ne craignons certainement pas de prédire un bel avenir.

Elle est simple, facile à exécuter et sera toujours mieux acceptée par les malades, que le râclage à la curette ou les cautérisations énergiques, qui constituent de véritables opérations, exigent le séjour au lit, et surtout ne donnent pas des résultats assez satisfaisants et durables dans ces cas-là.

Dans toutes les formes plus graves d'endométrite,

il faudra avoir recours aux cautérisations ; ici encore le tamponnement pourra aider l'intervention intrautérine, car une seule application de caustique sera rarement efficace, il faudra y revenir à plusieurs fois et pour cela maintenir l'utérus en dilatation suffisante. Pour l'application des liquides caustiques on pourra aussi se servir avantageusement du tamponnement, en imbibant la gaze ou le coton avec le liquide choisi et en l'introduisant rapidement dans la cavité.

Cette manière de procéder permettra un contact intime et prolongé de l'agent caustique avec la surface à cautériser, excitera le tissu utérin et amènera des contractions, qui réduiront le volume de l'organe. Ce dernier point est d'après *Fritsch*¹ un des principaux effets, auxquels on doit viser. D'après cet auteur la teinture d'iode, qu'il emploie fréquemment dans le traitement de l'endométrite, agirait beaucoup moins comme modificateur de la muqueuse, que par son effet irritatif sur le tissu et les fortes contractions qu'elle provoque.

Il est certain que pour l'application, telle que nous la conseillons ici, il ne faudra se servir que de solutions *plus diluées, moins actives*, que celles que nous employons au pinceau, à l'aide de la sonde, entourée de coton ou avec l'écouvillon.

A cette condition on pourra très bien se servir de la glycérine iodée, ou mélangée à la créosote d'après la formule d'*Emmet*,² ou au tannin, ou au perchlorure de fer ; ou bien unie à la créoline ou à l'acide phénique.

¹ Fritsch, ouvrage cité, page 421.

² Emmet. *Pratique des maladies des femmes*, page 102.

Le chlorure de zinc en solution plus ou moins concentrée d'après la méthode de *Bræse* (Berlin), de *Fränkel* (Breslau), de *Rheinstädter* (Cologne), *Dorff* (*Revue médicale de Louvain*), pourra être ajouté au tamponnement, mais pas laissé longtemps en place.

Enfin tous les liquides employés pour les cautérisations intrautérines pourront être appliqués en solution convenable et pas trop forte, puis laissés le temps suffisant pour obtenir une destruction seulement superficielle de la muqueuse.

L'écouvillon de M. Doléris est aussi assez pratique pour l'application de liquides caustiques sur la muqueuse, mais comme un seul écouvillonnage n'a jamais guéri une endométrite et qu'il devra toujours être renouvelé deux ou trois fois, le tamponnement pourra très bien s'adjoindre à lui pour maintenir la dilatation suffisante. M. Doléris pourrait très bien associer le tamponnement iodoformé dans les endométrites à son écouvillonnage, d'autant plus qu'il utilise la méthode du professeur Vulliet dans le traitement des affections de la trompe.

Nous avons très souvent employé soit l'écouvillon doux, soit l'écouvillon dur de M. Doléris et avons appris à l'apprécier dans nombre d'interventions intrautérines, c'est un excellent instrument et qui n'exige pas pour son introduction une dilatation bien considérable. Après la chute de l'escharre la gaze iodoformée constituera un pansement très indiqué, car justement à ce moment

¹ Doléris, *De l'endométrite et de son traitement*. *Bulletin de la Société obstétricale et gynécologique de Paris*. 1887, pages 80 et suivantes.

la compression et les contractions obtenues par le tamponnement pourront agir dans un sens favorable et empêcher la formation exagérée des glandes de la nouvelle muqueuse.

Dans les endométrites nous ne voyons pas la nécessité de pousser la dilatation au-delà d'un degré moyen, une fois le diagnostic assuré il suffira de maintenir le col suffisamment ouvert pour pouvoir faire facilement les lavages, les cautérisations, les pansements, pour assurer le libre reflux des liquides injectés et le parfait drainage de la cavité. Cette dilatation moyenne peut alors être maintenue pendant longtemps sans aucun inconvénient.

C'est dans certaines formes spécifiques d'endométrite que *Fritsch* conseille, comme nous l'avons déjà vu et décrit en détail, l'application de poudres astringentes et antiseptiques sur la muqueuse ; c'est surtout dans les endométrites de nature gonorrhéique et dans la forme atrophiante qu'il emploie sa *tamponade médicamenteuse*. La technique de l'auteur a déjà été décrite dans un précédent chapitre, nous ne voulons pas y revenir.

On pourra varier le traitement de l'endométrite à l'infini, suivant le médicament employé, toutes les poudres pouvant être ainsi mises en contact intime avec la muqueuse malade.

Dans les cas de gonorrhée chronique nous avons aussi employé avec succès soit les injections, soit le tamponnement à la créoline. La gaze a été préparée avec une solution de 4 % de créoline et la tamponade faite d'après la méthode de *Fritsch*. Nous avons observé dans

presque tous les cas, traités ainsi, une très rapide amélioration.

Dans la *forme tuberculeuse* de l'endométrite, le tamponnement iodoformé sera encore absolument indiqué, on pourra aussi employer le *baume du Pérou* ou la *créosote* comme principes médicamenteux à ajouter aux tampons. Nous avons eu l'occasion de voir un cas de ce genre où ce traitement a donné un excellent résultat. D'ailleurs les cas de tuberculose utérine sûrement diagnostiqués sont rares et nous n'avons pas eu souvent à appliquer le traitement, que nous préconisons.

Nous nous sommes servi aussi plusieurs fois de cette application d'iodoforme en poudre dans les cas d'endométrites postpuerpérales, de nature septique, putride, soit après le râclage, soit associée à des irrigations de sublimé ou phéniquées, et nous en avons été très satisfait; on peut ainsi obtenir une antiseptie de la cavité utérine, qui certainement est difficile sans cela, car les pulvérisations, les insufflations, les injections de glycérine iodoformée n'arrivent absolument pas au même but et sont la plupart du temps absolument insuffisantes. Le thermomètre nous indique que dans ces cas l'effet est temporaire, tandis qu'il est le plus souvent définitif avec notre procédé. Pour éviter les dangers d'intoxication on devra s'abstenir d'introduire plus de deux à trois grammes d'iodoforme à la fois dans la cavité et s'assurer de l'état du fonctionnement des reins.

Bien entendu que dans ces cas on surveillera avec soin le pouls, l'état d'excitation, tous les symptômes d'intoxication qui pourraient survenir.

Quant à l'endométrite cervicale, elle dépend davan-

tage d'un traitement chirurgical que de cautérisations de la muqueuse. Nous avons traité quelques cas légers par l'application dans le col de tampons, imbibés d'acide pyroligneux, d'après la méthode de *Schröder*, l'amélioration a été positive, mais lente et nous croyons que la guérison définitive appartient surtout à la restauration des anciennes déchirures du col ou à l'excision des ulcérations qui entretiennent le catarrhe.

Dans la *métrite chronique*, avec augmentation de volume de tout l'ensemble de l'utérus, nous avons pratiqué le tamponnement prolongé, avec de la gaze iodoformée imbibée de glycérine pure ou très légèrement iodurée. Nous avons presque toujours constaté une diminution notable de l'organe, provoquée certainement par les *contractions*, dues à l'excitation du muscle par le séjour des tampons et peut-être aussi à l'action endosmotique de la glycérine.

Flexions de l'utérus. — Pour le traitement de l'antéflexion, la dilatation sera très utile à différents points de vue. Elle servira à traiter l'endométrite, qui existe presque toujours, elle contribuera à rétablir le calibre normal du canal cervical, toujours rétréci au niveau de l'angle de flexion, à la hauteur de l'orifice interne.

Schröder indique les excellents résultats obtenus par la dilatation prolongée de l'endroit rétréci ; on réussira presque toujours par cette méthode à diminuer ou à calmer presque complètement la dysménorrhée et les symptômes les plus pénibles de l'affection.

Le tamponnement à demeure récalibre le canal cervical et sert en même temps de support, de pessaire

intrautérin pour l'organe dévié. Il permettra toutes les interventions, nécessitées par l'état de la muqueuse, cautérisations, curage et abrasion du tissu scléreux, situé au niveau de la flexion.

Vulliet dit à ce propos : s'il existe du tissu fibreux, surtout si celui-ci a une disposition annulaire, nous ne voyons aucun moyen de le faire disparaître ; la seule façon de conduire la lutte, c'est de dilater le tissu au moyen de lamineuses, ou de dilatateurs métalliques, puis de prendre possession de la dilatation obtenue par le tamponnement, que l'on continuera pendant une quinzaine de jours. En procédant ainsi, on arrivera à une expansion de l'utérus, qui persistera ensuite pendant des mois ; en répétant tous les 5, 6 ou 8 mois cette manœuvre, on soulagera beaucoup la malade, dans quelques cas même, on pourra obtenir à la longue une guérison définitive.

M. Doléris, dans une communication de décembre 1887, à la Société obstétricale sur le traitement des antéflexions, a déjà insisté sur l'utilité de la dilatation *prolongée et intermittente*. Il soumet ainsi le tissu utérin à un exercice d'assouplissement, à une véritable gymnastique qui, dit-il, modifie très avantageusement sa structure.

Dans ces antéflexions le tamponnement se fait facilement en position genu pectorale, car alors la flexion est corrigée ; il est plus difficile en position dorsale surtout lorsque la courbure est très prononcée ; dans tous les cas il faudra avoir soin de se servir pour pousser la gaze d'une sonde, dont la direction aura subi une modification en rapport avec l'angle de l'antéflexion.

Pour les *rétroversions* et *flexions* l'indication du tamponnement restera la même ; l'endométrite est la règle dans ces cas-là, et la sténose du canal au niveau de l'angle de flexion exige aussi la dilatation.

Mais pour ces malpositions en arrière s'ajoutent des complications fréquentes, qui nécessitent aussi une intervention intrautérine plus prolongée, nous voulons parler des adhérences et des brides, qui relient souvent l'utérus soit à la paroi rectale, soit aux parois pelviennes, voit le corps de l'utérus à son propre col, et s'opposent fortement à la réduction de l'organe.

C'est *Schultze*,¹ qui le premier a bien décrit ces complications et a divisé les adhérences en deux catégories ; les unes péritonéales, les autres dues à d'anciens restes et cicatrices de paramétrite et périmétrite. C'est aussi lui qui le premier appliqua à ces affections un traitement rationnel et logique, la réduction bimanuelle, le massage.

Dans certains cas difficiles il dilate le col pour introduire son doigt dans l'utérus, soit pour assurer le diagnostic, soit pour faciliter le redressement de l'organe ; dans d'autres cas laborieux il emploie une grosse sonde métallique pour agir avec plus de force et arriver au complet détachement des brides. *Schultze* procède gé-

¹ *Schultze*. Lageveränderungen der Gebärmutter. Berlin, 1882. *Centralblatt für Gynäkologie*, 1879, n° 3, encore *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, XIV, 1888. 23-42. — Ueber Versionen und Flexionen, speciall über die mechanische Behandlung der Rückwärtslagerungen der Gebärmutter. *Archiv f. Gyn.* IV, 1872. p. 373. Ueber die pathologische Antelexion der Gebärmutter und die Parametritis posterior. *Archiv f. Gyn.* VIII, 1875. page 434.

néralement dans la narcose et rompt les adhérences en une seule séance, puis maintient l'organe par un pessaire et laisse la malade au lit pendant plusieurs jours.

Frilsch se montre très réservé pour ce procédé un peu violent et ne le trouve pas exempt de tout danger, surtout de déchirures graves du rectum ou du péritoine. D'ailleurs il considère que les cas auxquels on pourra l'appliquer sont rares et l'exception. En 1886, nous avons eu à la clinique du professeur Vaucher l'occasion d'appliquer pour la première fois le tamponnement à cette méthode de traitement.

Il s'agissait d'une malade dont l'utérus était en rétroflexion absolue et bridé dans presque toute son étendue postérieure, les mouvements de latéralité étaient presque nuls, la mobilité impossible. La malade avait eu plusieurs poussées de périmétrite aiguë assez graves, qui avaient chaque fois exigé le séjour au lit pendant plusieurs semaines. L'utérus, tout le cul-de-sac postérieur et latéral gauche étaient sensibles au toucher : on sentait à l'angle gauche de l'utérus une nodosité dure, douloureuse. Après quelques semaines de traitement préventif, bains, irrigations chaudes, applications iodées, tampons de glycérine, compresses de Priessnitz, la sensibilité était devenue beaucoup moins forte et on put s'occuper de l'utérus et de l'endométrite fongueuse existante.

Après avoir dilaté le canal à l'aide d'un laminaria auquel nous avons donné la courbure nécessaire, nous procédâmes au lavage, puis au curettage de la cavité utérine, après quoi nous pratiquâmes le tamponnement au coton iodoformé ; ce pansement fut renouvelé tous

les deux ou trois jours, juste pour maintenir la dilatation obtenue. Après une dizaine de jours l'utérus était beaucoup moins sensible et nous pouvions commencer nos manœuvres de réposition et de massage.

Comme nous n'avions pas à notre service le doigt du professeur Schultze, nous employâmes une forte sonde à double courant ; les exercices étaient au début exécutés avec peu de force et d'une durée de une à deux minutes. Les séances se faisaient tous les deux jours. A la fin de chacune, lavage phéniqué et nouveau tamponnement. A mesure que la mobilisation faisait des progrès, que l'utérus devenait moins sensible et la malade plus habituée aux manœuvres, nous faisons des séances plus longues, nous osions employer davantage de force. Lorsque la flexion fut un peu corrigée, nous pûmes introduire dans la cavité une baguette de bois poli, analogue à une baguette de tambour, beaucoup plus commode que la sonde pour exercer la pression et la force sur une plus large surface.

Les brides se relâchèrent, se déchirèrent, cédèrent peu à peu et après environ une quinzaine de jours l'utérus pouvait être ramené en antéversion complète. La dilatation avait été maintenue tout ce temps par les tampons, un seul laminaria avait été nécessaire au début.

Après quelques jours et quand la position de l'organe en antéversion fut facile et complète, nous choisîmes un pessaire Hodje qui pût le maintenir, et après quelques essais, nous arrivâmes au résultat.

Nous revîmes la malade tous les mois après sa sortie de la Maternité et la position de son utérus s'est

maintenue très normale. La malade se disait guérie.

Nous eûmes depuis l'occasion d'appliquer encore une fois le même traitement à un cas absolument analogue et avec le même succès.

Dans ces cas de rétroflexions adhérentes, le tamponnement sera donc très utile, afin de maintenir l'antisepsie absolue de la cavité utérine, ce qui est un des points principaux pour la réussite, puis de conserver et de prolonger la dilatation nécessaire à l'introduction répétée de l'instrument réducteur, sonde, hystéromètre de gros calibre ou baguette de bois.

Depuis ces faits nous avons eu connaissance de deux travaux de Lyon, ¹ recommandant la même méthode de traitement en se basant sur un certain nombre d'histoires de malades.

Nous recommandons encore à ce sujet une clinique de M. le professeur Trélat, parue dans la *Semaine médicale* de 1888, page 261, dans laquelle ce chirurgien cite trois cas de flexions adhérentes, traitées avec succès par la même méthode de réduction en plusieurs séances.

Nous croyons que ce mode de traitement peut donner d'excellents résultats et sera toujours moins dangereux que la rupture violente de toutes les brides et attaches de l'utérus en une seule opération.

Pendant toute la durée du traitement la malade doit

¹ Rolland. *Du traitement des rétroversions et flexions adhérentes et de leurs complications*. 1888.

Pouillet. *De l'intervention intrautérine dans les métrites, les paramétrites et les déviations adhérentes de l'utérus*.

Travail lu à la Société de médecine de Lyon, en février 1888.

garder le lit et on devra être très prudent et surveiller de près le moindre symptôme de poussée aiguë du côté des ligaments pour interrompre les exercices et reprendre les antiphlogistiques.

Même après le choix du pessaire il faudra surveiller la position de l'organe, suivre la malade de près et s'assurer toutes les semaines qu'il ne survient rien de nouveau.

Il est certain qu'au lieu d'appliquer un anneau, on pourra, l'utérus une fois ramené en antéverson, faire, ainsi que le conseille le professeur Trélat, le raccourcissement des ligaments ronds, opération facile et sans danger, mais qui, surtout dans ces cas, ne donne pas les résultats favorables et durables qu'on pourrait en attendre.

Quant à la ventrofixation, elle en est encore à sa période d'essai, l'avenir jugera de sa valeur. Il semble néanmoins que les inconvénients, consécutifs à cette opération, sont tout aussi, si ce n'est même plus désagréables que les symptômes, dus à la malposition.

Salpingites. Hydro, hémato et pyosalpinx. — C'est seulement depuis une année que quelques auteurs ont conseillé le traitement des affections pelviennes et des collections de la trompe par la dilatation et le drainage de la cavité utérine.

Les gynécologistes allemands avec *Fritsch*, *Martin*, *Chrobak*, *Schröder* regardent comme une contre-indication absolue à la dilatation, la présence de complications du côté des annexes pelviens. C'est aussi de Belgique et de France que nous vient le nouveau traitement de ces affections.

M. le docteur *Walton*¹ de Bruxelles, un des premiers, a proposé l'application d'un traitement intra-utérin aux processus para et périmétritiques. Dans son premier travail il conseille le curettage de la cavité utérine après dilatation forcée à l'aide des instruments, et les lavages antiseptiques ; dans le second il arrive au drainage de la cavité à l'aide de tubes en verre ou en caoutchouc et à l'antisepsie du vagin au moyen des irrigations et de la gaze iodoformée. Des deux seuls cas, que l'auteur raconte, l'un s'est terminé par la mort, l'autre par la guérison.

M. *Pouillet*, de Lyon, dans le travail déjà cité, préconise aussi l'intervention intrautérine dans les cas de complication inflammatoire du *paramétrium*, il pratique la dilatation au moyen des laminaria ou des éponges antiseptiques, puis le curettage de la cavité. Les résultats obtenus sont, dit-il, excellents et il a vu la disparition de tumeurs pelviennes, d'exsudats diffus à la suite de son traitement.

Enfin tout dernièrement M. *Dolérès* dans un article, paru dans le *Journal de médecine de Paris* (17 et 24 février 1889), se basant sur une dizaine d'observations, décrit le traitement qu'il a institué dans les cas de collections *enkystées* de la trompe. Son mode d'intervention se divise en trois temps : Dilatation permanente de la cavité, d'abord par les laminaria, puis par les éponges désinfectées ; après quatre ou cinq jours de

¹ Walton. Contribution à l'étude de la pelvipéritonite. son traitement par la dilatation forcée et le curettage de l'utérus. (*Mémoire de l'Académie de médecine de Belgique*, VIII, 5.)

² Walton. Du drainage de la cavité utérine en cas d'abcès pelviens. (*Annales de la Société de médecine de Gand*.) Juin 1888.

dilatation, curage de l'utérus, surtout des *angles tubaires* et de l'orifice interne, c'est-à-dire des points rétrécis pouvant faire obstacle à l'écoulement des sécrétions, enfin *drainage* de la cavité utérine à la gaze iodoformée, fortement imbibée de glycérine neutre.

Il faudra tasser le tamponnement autant que possible, afin d'amener une distention et en même temps un amincissement des parois utérines.

Sous l'influence de ce traitement l'auteur a vu la résorption et la disparition des collections tubaires *enkystées* ; la guérison est restée définitive et le liquide ne s'est pas reproduit.

L'explication de ces phénomènes n'est basée, il est vrai, que sur des hypothèses, qui demanderaient de plus sérieuses preuves à l'appui, sur la distension des parois et le raccourcissement d'une partie de la trompe ; quant à l'action antiseptique du tamponnement et la propriété endosmotique de la glycérine nous n'avons certainement pas de peine à l'admettre.

Voici donc une nouvelle indication du tamponnement intrautérin, sur l'utilité de laquelle nous ne pouvons donner aucuns renseignements personnels, ne l'ayant pas encore mise en pratique, et sur laquelle nous faisons bien quelques réserves, mais que nous regardons comme intéressante et digne d'être mise à l'essai.

Nous croyons que ce sera surtout en associant le tamponnement au massage, si recommandé par *Thure Brand* et comme nous avons pu nous en rendre compte nous-même, si utile dans ces cas-là, que l'on obtiendra des résultats très satisfaisants. On doit certainement en présence de la véritable hécatombe actuelle des

trompes et des ovaires, pratiquée par beaucoup de chirurgiens, revenir et insister sur une thérapeutique plus conservatrice et moins brutale.

Si nous nous permettions un essai d'explication pour les phénomènes observés par M. Doléris, nous irions volontiers la chercher dans la propagation aux trompes *des contractions utérines*, provoquées et entretenues par le tamponnement, qui alors amènent plus ou moins rapidement et facilement l'expulsion des collections liquides.

Quant aux *anciens exsudats et tumeurs* paramétritiques, nous avons eu plusieurs fois l'occasion de les traiter par le tamponnement et le massage, et nous avons eu des succès manifestes. La disparition de la tumeur, l'assouplissement des ligaments et de toute la région, l'atténuation rapide de tous les symptômes douloureux et compressifs, étaient toujours obtenus à la suite de ce traitement mixte, que nous ne saurions assez recommander à l'essai pour nos collègues chirurgiens, avant de procéder à l'extirpation des ovaires et des trompes.

Il est bien certain que dans nombreux cas de *pyosalpingites* on peut constater à la suite de telle ou telle manœuvre (toucher, palpation, massage) ou encore spontanément l'expulsion d'un liquide purulent par l'utérus et en même temps la disparition ou la diminution de la tumeur pelvienne. L'orifice tubaire reste donc ou bien peut redevenir perméable.

D'autre part dans ces cas d'anciennes inflammations des trompes, les parois tubaires sont épaissies, plus résistantes que normalement et le danger de rupture pendant les manœuvres intrautérines est ainsi consi-

dérablement diminué. Notre méthode de dilatation étant moins brutale, moins traumatique, moins violente que les autres, convient tout particulièrement à ces états un peu délicats et exigeant beaucoup de prudence.

En plus nous ne doutons pas que les *contractions utérines*, provoquées par le tamponnement, ne puissent se propager de proche en proche aux fibres musculaires des trompes, et amener ainsi l'expulsion des collections tubaires, dès que l'orifice sera devenu ou rendu perméable.

Donc en prenant toutes les précautions nécessaires (repos absolu au lit, antisepsie minutieuse, extrême prudence dans les manœuvres du tamponnement, et de la dilatation), nous n'hésiterons pas à essayer ce traitement des affections tubaires de nature infectieuse, avant de procéder à la laparotomie. Il est urgent de revenir à une thérapeutique plus conservatrice et d'expérimenter avec soin les résultats que le massage et le tamponnement iodoformé peuvent nous donner dans ces affections pelviennes, avant de recourir à l'extirpation de trompes et d'ovaires, qui très souvent pourront être conservés à la malade.

Tumeurs fibreuses sous-muqueuses et intersticielles. —

C'est surtout dans les cas de fibromes que le tamponnement sera utile, souvent indispensable et jouera un rôle important soit pour préciser le diagnostic, soit pour combattre les symptômes, soit pour faciliter le traitement opératoire et ses suites.

Nous avons déjà vu, dans le chapitre concernant le diagnostic, qu'il ne suffit pas de constater la présence

d'un polype fibreux dans la cavité utérine, mais qu'il faudra reconnaître sa situation exacte, sa proéminence dans la cavité, ses rapports intimes avec l'ensemble de l'organe, si possible l'épaisseur du muscle qui l'entoure, enfin la possibilité d'une énucléation ou d'un débridement.

Dans ces cas le toucher seul peut nous renseigner d'une manière exacte et il faudra donc une dilatation suffisante pour pouvoir introduire un, sinon deux doigts dans la cavité utérine.

Nous avons déjà dit, que lorsqu'il existe une tumeur fibreuse dans l'utérus, la dilatation par tamponnement est généralement facile et rapide ; on obtiendra en plus une dilatation plus étendue que dans les autres cas, plus profonde aussi ; les tampons pourront être insinués entre la tumeur et la paroi utérine, dans les plus petits interstices, dans tous les vides, et pourront ainsi agrandir des espaces, que l'on ne pourrait atteindre à l'aide des autres agents dilatateurs.

Le tamponnement bien fait devra réussir à faire un vide autour du fibrome, à l'isoler de manière que l'on puisse atteindre sa base d'implantation ; il pourra ainsi s'adapter à toutes les différentes variétés de tumeurs, à toutes les formes de cavité utérine.

A ce titre le tamponnement progressif convient tout spécialement pour procéder à l'examen de la cavité dans les cas de tumeurs fibreuses.

Souvent la cavité utérine est tellement agrandie, elle est si profonde que l'on ne saurait arriver par d'autres moyens à obtenir une dilatation suffisante, mais les tampons peuvent être augmentés de volume *ad libitum* ; on peut arriver à des tamponnades excessi-

vement volumineuses ; nous avons déjà parlé des quatre-vingt quinze tampons du Dr Geyl, qui ont permis l'introduction de toute la main jusqu'à la racine du pouce ; nous en avons fait et vu nous-même de nombreux exemples dans la pratique du professeur Vulliet et à la Maternité.

Nous rappelons à cette occasion que le degré de iodoformisation des tampons doit être en rapport inverse du nombre des tampons à introduire ; si l'on veut éviter des dangers d'intoxication on pourra employer aussi la créoline ou le salol.

Dans les cas de fibromes volumineux la position genu pectorale est souvent fatigante pour la malade et on sera quelquefois obligé de tamponner en position dorsale. D'ailleurs dès que le col est assez ouvert pour pouvoir y introduire le doigt, le long duquel on peut faire glisser les tampons et lorsque en plus l'utérus peut être abaissé et attiré à la vulve, il sera facile de procéder de cette manière.

Après avoir contribué à fixer le diagnostic exact de la tumeur et de ses rapports avec l'utérus, le tamponnement aidera à combattre les symptômes alarmants, dont le principal sont les hémorrhagies.

Différents modes de traitement ont été conseillés contre ces complications, mettant souvent en danger la vie de la malade ; tous sont basés et doivent être précédés de la dilatation du canal cervical.

Emmet recommande des irrigations d'eau chaude dans l'utérus, après dilatation préalable, aussi l'application de teinture d'iode concentrée, le tamponnement à l'aide de coton, imbibé d'une solution saturée d'alun.

*Gusserow*¹ et *Martin* pratiquent après dilatation la cautérisation des surfaces saignantes de la muqueuse au perchlorure de fer, à la teinture d'iode, au vinaigre pyroligneux ; le col doit être largement ouvert, afin qu'il ne se produise pas de rétention de caillots, qui amèneraient de nouvelles douleurs, des hémorrhagies et surtout le danger d'infection.

Car après ces manœuvres c'est surtout celle-ci, qui est à craindre. A la suite de ces irrigations caustiques, la muqueuse, même certaines parties de la tumeur peuvent se nécroser, s'éliminer et si la cavité utérine n'est pas maintenue en état d'aseptie par les irrigations, le drainage, le tamponnement antiseptique, les complications deviennent faciles et les accidents septiques pourront se manifester avec une grande intensité. En plus on doit toujours pousser les injections très doucement et s'assurer du reflux du liquide, car souvent les parois utérines sont amincies par la tumeur et peu solides.

Quelque temps après la cautérisation il faut faire une irrigation utérine pour éliminer le surplus du liquide, qui reste dans la cavité et pourrait occasionner des symptômes d'iodisme ou de violentes coliques.

Schröder et *Gusserow* conseillent aussi dans ces cas d'hémorrhagies abondantes et répétées le curettage de la muqueuse, soit seul, soit suivi d'une injection de teinture d'iode ; pour cette intervention une large dilatation sera aussi nécessaire, car sans elle on ne pourra atteindre la partie de la muqueuse, qui recouvre la

¹ Prof. A. Gusserow. Die Neubildungen des Uterus. Livraison 57 de la *Deutsche Chirurgie*. Stuttgart, Enke, 1885.

tumeur et qu'il est avant tout important de râcler. Après cette opération nous conseillons de tamponner à la gaze iodoformée, soit pour prévenir une hémorrhagie secondaire, soit pour maintenir l'antisepsie de l'utérus.

Enfin *Baker-Brown*, le premier, a recommandé pour combattre l'hémorrhagie l'incision profonde, la scarification de la muqueuse, recouvrant le fibrome et constituant sa capsule; elle est le plus souvent très épaisse, pouvant atteindre jusqu'à 2 centimètres, recouverte de fongosités comme dans l'endométrite.

A la suite de l'incision les vaisseaux se rétractent, s'oblitérent, la muqueuse est moins tendue, moins congestionnée, les hémorrhagies s'arrêtent pour un certain temps. *Gusserow*,¹ *Spiegelberg*,² *Barnes*,³ confirment les excellents résultats de cette méthode.

Son principal danger est encore la porte, ainsi ouverte à l'infection, aussi recommandons-nous de n'exécuter l'incision qu'après grande dilatation, lavage minutieux répété, et de tamponner soigneusement après l'opération.

La gaze ou les tampons constituent un excellent pansement antiseptique et permettront d'attendre avec sécurité le résultat de l'incision, on pourra les renouveler toutes les 48 heures et surveiller ainsi l'état de la tumeur et de la muqueuse.

¹ *Gusserow*, ouvrage cité, page 112.

² *Spiegelberg*. *Monatsschrift für Geburtsheilkunde*, XXIX, page 89.

³ *Barnes*. *Traité des maladies des femmes*. Traduction du Dr Cordès.

Nous avons déjà, dans le chapitre précédent, fait ressortir l'effet hémostatique du tamponnement à la gaze, nous n'y reviendrons que pour dire que c'est surtout ici qu'il agit très bien, quoique le muscle envahi par les tumeurs fibreuses ne soit souvent capable que de très faibles et insuffisantes contractions.

Dans tous les états septiques, résultant de cautérisations, d'état gangréneux de la muqueuse ou de la fonte purulente de fibromes situés dans la cavité, il sera urgent d'intervenir de la même façon, si l'on ne veut voir survenir de graves accidents péritonéaux. Il faudra sans retard, irriguer et râcler, si c'est nécessaire, puis tamponner à la gaze pour drainer la cavité.

Pour le *traitement curatif et opératoire* des fibromes sous-muqueux et intersticiels, le tamponnement sera d'une grande utilité et répondra à de très nombreuses indications.

Nous avons déjà parlé du traitement électrique en gynécologie, c'est tout particulièrement aux fibromes que celui-ci s'adresse et c'est dans ces cas qu'il semble avoir donné les résultats les plus satisfaisants.

Cutler le premier, puis Aimé Martin, Tripier,¹ Cini-selli, Zweifel,² Apostoli³ et à sa suite Keith, Spencer

¹ Tripier. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. Doin, 1888.

² Zweifel. *Centralblatt für Gynäkologie*. 1884, page 50.

³ Apostoli. *Bulletin de thérapeutique* du 15 août 1887.

Ses communications à l'assemblée médicale britannique à Dublin en 1887 et à Glasgow en 1888.

Encore Carlet. *Sur un nouveau traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus*. Thèse, 1884. Doin, Paris.

Wells ont appliqué la galvanocaustique chimique intrautérine au traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus.

C'est la méthode d'Apostoli, qui est actuellement la plus discutée et la plus employée ; elle se base sur l'action intrautérine d'une part et l'emploi des hautes intensités de l'autre ; son auteur emploie des courants très forts, jusqu'à 200 et 250 milliampères. Son électrode intrautérin est en charbon de la grosseur du doigt, il représente le pôle positif, le négatif sur l'abdomen est représenté par une masse de terre glaise.

Pour tous les détails spéciaux et les renseignements nous renvoyons aux mémoires originaux des auteurs, et surtout à un article du docteur *Danion*,¹ paru dans l'*Electrothérapie* et qui résume parfaitement tout ce qui se rapporte à cette question si intéressante.

Les hautes intensités employées cautérisent fortement la muqueuse atteinte par l'électrode, produisent la formation d'escharres, souvent de gangrènes locales, par conséquent une porte d'entrée à l'infection.

C'est surtout ce danger *d'infection* que l'on a reproché à cette méthode, et avec raison, car on a vu se produire des accidents graves, même mortels.

Aussi désirerions-nous la voir pratiquer d'une manière antiseptique parfaite, à laquelle il n'y ait rien à reprocher.

¹ Danion. Traitement électrique des fibromyomes utérins. — Méthodes. — Valeur du traitement. — Mode d'action. — Résumé pratique et conclusions. — *L'Electrothérapie*, numéro de décembre 1887, Paris, rue de Mogador, 41.

Pour cela il faut deux conditions, une large dilatation du canal cervical et de la cavité utérine, pour pouvoir irriguer et laver avec des solutions antiseptiques avant et après l'intervention électrique, puis pratiquer le tamponnement iodoformé ou créoliné, qui devra rester en place jusqu'à la prochaine séance. Celui-ci aura double but, il maintiendra la dilatation nécessaire, la prolongera aussi longtemps que l'on pourra le désirer, puis il servira de pansement des surfaces cautérisées et maintiendra la cavité en état d'aseptie aussi complète que possible. Nous croyons que de cette manière on pourra arriver à une certaine sécurité, qui sans cela ne sera que parfaitement illusoire.

M. Apostoli, que nous avons vu opérer dans sa clinique, se contente de faire une irrigation *du vagin* au sublimé avant l'introduction de l'électrode ; après la séance il ne fait pas de lavage, il ne place pas de tampon vaginal ou utérin. Nous croyons que ces précautions ne suffisent pas et que dans ces conditions on n'est pas du tout à l'abri des accidents septiques.

Le tamponnement mettra aussi à l'abri d'hémorragies secondaires, qui se produisent si souvent, surtout au début du traitement et que l'électricité n'est pas toujours en état de faire cesser d'une manière définitive, quoiqu'en aient prétendu certains spécialistes.

Dans tous les cas de fibromes, où le chirurgien ne pourra intervenir qu'au prix de dangers sérieux, le traitement électrique sera indiqué et nous croyons qu'en prenant les précautions que nous venons de proposer, il pourra être regardé comme absolument inoffensif.

Pour le traitement chirurgical des fibromes sous-

muqueux par le vagin, le tamponnement sera le plus souvent *indispensable*. D'abord il aidera à obtenir une dilatation large et profonde, éloignant la tumeur des parois utérines, permettant d'arriver à sa base, de reconnaître sa limite supérieure, son endroit d'implantation, son pédicule, s'il en existe un.

Le canal cervical devra être suffisamment dilaté pour laisser pénétrer non seulement le doigt dans la cavité, mais encore à côté de lui l'instrument nécessaire à l'énucléation, l'anse galvanique, la chaîne de l'écraseur ou simplement les ciseaux et les pinces à griffes qui doivent saisir et attirer la tumeur.

Avant de procéder à l'extirpation d'un fibrome sous-muqueux il faut se mettre dans les conditions de pouvoir manœuvrer à l'aise dans la cavité et en prenant son temps on doit toujours arriver à la dilatation nécessaire pour cela.

Le doigt restera toujours l'instrument par excellence soit pour opérer lui-même l'énucléation et refouler la muqueuse incisée, soit pour opérer des tractions, des pressions en bas sur la tumeur ou guider et placer les instruments ; aussi devra-t-il pouvoir être introduit profondément et se mouvoir sans trop de gêne.

Si on ne peut sectionner le pédicule, guillotiner le fibrome, on se verra quelquefois obligé de pratiquer la section de la tumeur et son enlèvement fragment par fragment.

Après l'opération, lavage de la cavité et pansement intrautérin à l'aide du tamponnement ; il sera dans ce cas *indispensable* pour maintenir l'antisepsie de la cavité et éviter les hémorrhagies secondaires.

C'est surtout chez ces malades, qui le plus souvent

sont dans un état d'anémie très prononcé, qu'il est de toute importance de se mettre à l'abri d'accidents septiques. Ils sont à craindre, lorsque la totalité de la tumeur n'a pu être enlevée et que les parcelles abandonnées, moins bien nourries, se nécrosent et sont exposées à l'infection venant du dehors.

Le tamponnement devra être maintenu aussi longtemps qu'il n'y a plus aucun danger de ce côté-là. En thèse générale, on doit toujours faire son possible pour tout enlever en une seule séance et n'avoir pas à recommencer plusieurs fois.

Tandis que tous les fibromes sous-muqueux peuvent être plus ou moins facilement opérés par la voie vaginale, il n'en est pas de même des *myômes intersticiels*.

Leur possibilité d'émuccléation dépend d'après Gusserow¹ de 3 conditions :

- 1^o Le col doit être dilaté ou très dilatable.
- 2^o La tumeur doit siéger assez bas vers le col pour que l'on puisse atteindre son extrémité supérieure.
- 3^o Elle doit faire une certaine saillie dans la cavité utérine.

Généralement à l'aide du tamponnement on peut arriver à une grande dilatation de toute la cavité, et cela d'autant plus facilement que la tumeur sera plus rapprochée de la muqueuse.

Pour ces utérus, dont la cavité toujours fortement augmentée de volume est quelquefois considérable, nous employons aussi des tampons beaucoup plus gros, ayant la dimension d'une grosse noix ; nous les prépa-

¹ Gusserow, ouvrage cité, page 91.

rons soit avec du coton désinfecté par une solution de sublimé à $\frac{1}{2000}$, soit à la créoline, en alternant ainsi avec les tampons iodoformés.

L'opération consiste dans le débridement et dans l'énucléation. Il est des cas où l'on pourra faire les deux temps opératoires en une seule séance, mais ils sont rares. Le danger d'hémorrhagies, les grandes difficultés dans le cours de l'énucléation, les délabrements considérables feront presque toujours choisir la méthode en deux temps.

Celle-ci a surtout été exécutée et recommandée par *Matthews Duncan*, *Marion Sims*, *Gusserow*¹ et *Vulliet*,² auxquels travaux nous renvoyons pour tous les détails de l'opération.

Dans une première séance on procède au débridement de la muqueuse sur la tumeur ; si la dilatation a été poussée à fond, on peut très bien faire cela sous le contrôle de la vue.

Puis on excite les contractions utérines à l'aide de l'ergotine, de l'électricité ; lorsque la tumeur est devenue sous-muqueuse et qu'il se fait un commencement d'accouchement spontané, on peut procéder à l'énucléation définitive.

Mais ici encore le meilleur *utéro-moteur* est tout simplement le tamponnement à demeure, c'est lui qui *provoque et entretient le mieux* et le plus activement les contractions de l'organe nécessaires à l'avancement de la tumeur dans la cavité utérine. Elles ont l'avan-

¹ Gusserow, ouvrage cité, pages 94 et 95.

² Vulliet et Lutaud. *Leçons de gynécologie opératoire*. Neuvième leçon. Baillière, 1889.

tage de ne pas être douloureuses et d'être presque continues. Sous l'influence du seul tamponnement, sans emploi d'autres agents excitateurs, nous avons vu assez souvent la tumeur faire de rapides progrès, et d'intersticielle devenir bientôt sous-muqueuse et même intrautérine. Il est bien évident que pour obtenir cet heureux résultat, le fibrome devra être lui-même entouré d'une couche musculaire suffisante pour amener une expulsion.

Dans toutes ces manœuvres le tamponnement jouera un grand rôle et aura une immense importance ; après avoir accompli la dilatation, il devra la maintenir pendant l'intervalle entre les deux temps de l'opération, il provoquera donc les contractions, maintiendra la cavité aseptique, et permettra de se rendre compte de l'avancement du fibrome, des progrès que la tumeur fera dans la cavité.

Le professeur Vulliet a publié aussi une observation très intéressante, dans laquelle il s'est servi des tampons, pour maintenir la dilatation après une fausse couche de 5 mois, dilatation lui permettant ainsi d'opérer quelques jours plus tard un fibrome intersticiel de la paroi antérieure de l'utérus.

Mais c'est surtout après l'opération que le tamponnement constituera un pansement antiseptique précieux, car c'est à ce moment que le danger d'infection est le plus grand et que le drainage de l'utérus est absolument nécessaire.

Il devra être renouvelé tous les jours et précédé de grands lavages antiseptiques ; si la température augmente on devra même changer les tampons deux fois par jour.

Gusserow recommande aussi la tamponade de la cavité utérine et de celle occupée par la tumeur à l'aide de bandes de gaze, imbibée de glycérine iodoformée et il trouve que c'est le moyen le plus sûr d'éviter l'infection.

C'est seulement grâce aux irrigations et fréquents pansements intrautérins, que l'on pourra se préserver d'accidents si fréquents et si dangereux observés après ces sortes d'interventions.

Le professeur *Vulliet* a pu ainsi maintenir la dilatation, précédant l'opération, pendant trois semaines sans observer ni fièvre, ni odeur, ni signe de décomposition.

Comme après l'énucléation de grosses tumeurs, la surface à panser est souvent considérable, l'absorption est aussi augmentée en proportion : si l'on craint le danger d'intoxication iodoformique, vu surtout l'état très anémique de la plupart de ces malades, on pourra employer avec avantage le coton ou la gaze, préparée à la créoline : elle agira comme un puissant antiseptique, comme stiptique, et mettra complètement à l'abri d'accidents toxiques.

Dans tous les cas l'énucléation des moyens *intersticiels* par la voie vaginale reste une opération des plus sérieuses et difficiles ; il faudra pour préférer cette sorte d'intervention des raisons bien décisives, des circonstances bien favorables et surtout, par des précautions exagérées, se mettre à l'abri des accidents septiques ou hémorragiques qui surviennent dans le cours ou après l'opération. Notre méthode de tamponnement offre une certaine garantie contre ces complications, néanmoins nous ne conseillerions cette opéra-

tion que dans les cas faciles et lorsqu'on est certain qu'une fois l'opération commencée on pourra la terminer en une seule séance.

Tumeurs malignes de l'utérus. Cancer. — Sarcôme. —

Pour les tumeurs malignes du corps de l'utérus, la dilatation aidera surtout à assurer le diagnostic, comme moyen d'exploration par le toucher, et l'enlèvement de fragments isolés pour l'examen microscopique.

Une fois fixé sur la nature maligne de l'affection, le chirurgien devra préférer toujours l'hystérectomie totale aux autres traitements par la cautérisation et le curettage.

Le choix d'une dilatation prolongée et d'une thérapeutique intrautérine ne s'imposera que dans le cas où l'affection a déjà envahi le voisinage de l'utérus, le péritoine, les ganglions du bassin, que la possibilité de tout enlever par une opération, n'existe plus, qu'il ne peut plus s'agir que d'un traitement symptomatique et palliatif.

Dans ces cas le traitement sera identique à celui recommandé pour les cancers du col soi-disant inopérables, c'est-à-dire ceux que l'on renonce pour une raison ou une autre à opérer par l'ablation totale ou partielle de l'organe.

Pour assurer la bonne et complète exécution de ce traitement par le râclage et la cautérisation ignée et chimique, qui d'après certains auteurs (Sims, Vulliet, Fränkel (Breslau), doit dans les cas favorables amener la guérison radicale de cette redoutable affection, il faudra commencer par une large dilatation du col utérin, permettant l'examen à la vue des *limites supé-*

rieures du néoplasme et d'y appliquer directement les caustiques choisis.

A propos de cette question de cautérisation il était de toute importance de connaître exactement l'état pathologique de la muqueuse utérine du corps dans les cas de cancer du col ; malheureusement les auteurs ne sont pas tous d'accord sur ce sujet ; néanmoins on peut presque regarder la question comme tranchée.

Tandis qu'Abel¹ décrit les modifications de la muqueuse comme une dégénérescence sarcomateuse Frankel,² Thiem³ et Eckhardt (Halle), envisagent ces modifications comme étant de nature bénigne, comme une simple *Endometritis glandularis* et *interstitialis* avec nouvelle formation de vaisseaux, donc simplement de nature inflammatoire.

Dernièrement encore Sauerleder se basant sur le matériel de la clinique d'Olshausen arrive à conclure à la nature bénigne des altérations de la muqueuse du corps. Tous ces auteurs après des recherches sérieuses n'ont jamais constaté d'infiltration cancéreuse du corps.

Nous ne pouvons décrire ici en détail le mode opé-

¹ Dr Karl Abel (Berlin). *Über das Verhalten der Schleimhaut des Uteruskörpers bei Karzinom der Portio*. Archiv für Gynäkologie XXXII.)

² Dr Eugen Frankel (Hamburg). *Über die Veränderungen des Endometrium bei Carcinoma cervicis uteri*. (Archiv für Gynäkologie XXXIII.)

³ Dr C. Thiem (Cottbus). *Beiträge zur Indicationsstellung und zum Verlauf der vaginalen Totalexstirpation, sowie Mittheilungen über das Verhalten der Körperschleimhaut beim krebse des Scheidentheils*. (Frauenarzt), 88, 41.

ratoire du cancer par le râclage et les cautérisations, nous renvoyons aux travaux originaux, de *Marion Sims* (traduction du Dr Lutaud), du professeur *Vulliet* (chapitre treizième de ses leçons), et au travail de *Fränkel*,¹ dans lequel cet auteur cite six cas de guérison radicale, dans lesquels le diagnostic de cancer avait été reconnu microscopiquement par l'institut pathologique de Breslau.

Le traitement consiste après l'enlèvement de tous les bourgeons et masses proéminentes par le râclage à la curette, dans la dilatation et la cautérisation au fer rouge (*Vulliet*) ou au Paquelin (*Fränkel*) de toute l'étendue de l'infiltration néoplasique. Puis après quelques jours, cautérisation au chlorure de zinc ($\frac{2}{3}$).

Cette application sera faite à l'aide du tamponnement et sera renouvelée aussi souvent qu'il sera nécessaire pour détruire, si possible, toute l'étendue et l'ensemble des parties cancéreuses. *Fränkel* panse ensuite à la gaze iodoformée et arrose la surface granuleuse avec l'acide pyroligneux ; si les granulations sont trop lentes à se produire, il les active à l'aide de tampons imbibés d'essence de térébenthine.

C'est surtout dans les cas avancés, inopérables de carcinome du col, que le tamponnement aura une grande importance ; après avoir effectué la large dilatation, l'ouverture béante du canal cervical en forme d'entonnoir, il constituera un excellent pansement, assurant dans toutes les anfractuosités de l'organe, les

¹ Dr E. Fränkel, Breslau. Über Chlorzinkäetzungen bei sogenannten inoperablen Uterus Karzinom und chronischen Endometritis. *Centralblatt für Gynäkologie*, 1888, n° 37.

avantages de l'antisepsie, l'absorption et le drainage des sécrétions infectées existantes. Il permet à l'opérateur d'explorer toute l'étendue du canal affecté par le néoplasme, de cautériser, de râcler sous le contrôle de la vue et de suivre à chaque pansement la marche de l'affection.

Le pansement à la gaze iodoformée est recommandé par *Senger*, *Demarquay*, etc., aux tampons imbibés d'alcool absolu par le professeur *Zweifel* ; *Gusserow* s'est aussi très bien trouvé de ce mode de tamponnement pour diminuer la douleur et comme désinfectant de l'ulcération cancéreuse.

Le tamponnement iodoformé constitue un excellent pansement et peut rester en place pendant deux à trois jours ; seulement il est certaines malades qui ne le supportent pas très longtemps sans inconvénients, comme céphalalgie, agitation, insomnie, état d'excitation psychique.

Nous avons dès 1887 recommandé ¹ l'emploi du *térébène*, que nous avons employé souvent à la clinique de M. le professeur Vaucher et qui nous a donné des résultats très satisfaisants. C'est un désodorant précieux.

Depuis une année nous avons aussi essayé dans ces cas les tampons à la créoline, qui constitue un bon pansement antiseptique, non toxique et couvre très bien l'odeur infecte des sécrétions ; actuellement nous lui donnerions la préférence sur le térébène.

¹ A. Bétrix. Traitement de la période avancée du cancer utérin par le térébène. *Nouvelles archives d'Obstétrique et gynécologie*, octobre 1887.

L'usage du tamponnement est excessivement précieux dans ces cas de cancer avancés ; il permet aux malades de sortir, de vaquer à leurs occupations, et en atténuant et couvrant la fétidité des pertes contribue à rendre la vie supportable à ces malades.

Il met en plus à l'abri des hémorrhagies abondantes et inattendues, si fréquentes en pareil cas.

En élargissant le canal cervical, il étale toute la surface malade et permet de la panser comme une plaie en état de granulations, il supprime les anfractuosités et les cloaques, où peuvent s'accumuler les sécrétions et les parties nécrosées du néoplasme et constitue ainsi un pansement propre et désinfectant, ce qui ne pourrait s'obtenir avec un autre mode de traitement.

On traitera la cavité utérine de la même façon dans les cas de carcinomes, de sarcomes du corps, inopérables pour cause de généralisation ou de métastases.

Nous avons ainsi passé en revue quelques affections spéciales, pour le traitement desquelles le tamponnement iodoformé sera d'un grand secours ; nous ne prétendons pas avoir réuni absolument toutes les indications à son emploi, car en se guidant sur les règles que nous avons posées dans le chapitre consacré à la thérapeutique générale, on pourra certainement trouver encore des cas où il sera utile et où, soit comme mode de pansement, soit comme méthode d'application médicamenteuse, il répondra à une indication spéciale.

C'est surtout pour atteindre ce dernier but, que l'on pourra varier son action et son emploi à l'infini, suivant le liquide ou la poudre employés.

Nous n'avons pas voulu consacrer un chapitre spécial au traitement de la stérilité, pour lequel le tamponnement pourra dans certains cas être employé avec avantage ; nous estimons en effet que ses causes sont multiples et exigent toutes une thérapeutique, qui rentre absolument dans le cadre des diverses affections gynécologiques. Pour décrire le traitement local de la stérilité, nous aurions dû répéter ce que nous avons déjà dit à propos des sténoses, des endométrites, des flexions, des exsudats pelviens, des tumeurs fibreuses, etc.

Associé au massage, d'après la méthode de *Thure Brand*, de *Profanter*, le tamponnement, en désinfecte-

tant, en drainant la cavité utérine de ses sécrétions morbides, en provoquant des contractions répétées du muscle utérin et ainsi une certaine gymnastique de l'organe, sera très indiqué dans de nombreux cas d'affections gynécologiques.

Ce sera surtout vis-à-vis des métrites chroniques, des versions et flexions, des complications tubaires, ovariennes, et pelviennes de tous ces états torpides et anciens, d'adhérences, de brides, d'exsudats, si fréquents dans la pratique gynécologique que cette heureuse association pourra être d'une grande utilité et amener des résultats tout à fait inattendus.

A mesure que les applications et les indications du massage seront plus précises et mieux connues, nous sommes certain, que l'on en trouvera aussi de nouvelles pour le tamponnement, recherché alors pour une *action dynamique* sur le muscle utérin et son effet antiseptique et de drainage pour la cavité de l'organe.

Comme *moyen de dilatation* le tamponnement a fait actuellement ses preuves, constatées par des gynécologues éminents ; comme *méthode thérapeutique* son action est manifeste et ses indications bien précises ; comme *utéro-moteur* et moyen accessoire du massage, l'avenir montrera ce que l'on peut attendre de lui et dans cette direction il pourra certainement contribuer à rendre la thérapeutique gynécologique plus conservatrice et moins brutale.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

De l'ensemble de ce travail nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes.

Le tamponnement intrautérin devra être envisagé non seulement comme un moyen de dilatation, mais encore comme une méthode thérapeutique précieuse.

Pour procéder au tamponnement, on pourra employer indifféremment l'une des trois méthodes décrites, le coton ou la gaze iodoformés, selon les indications spéciales, la nature de l'affection ou simplement la préférence du chirurgien. Pour obtenir une dilatation artificielle de la cavité utérine permettant l'introduction du doigt ou d'un gros cathéter, la tamponade seule suffira *dans la plupart des cas* ; dans les autres on devra associer son action à celle d'autres agents dilateurs, bougies métalliques ou laminaria. Dans tous les cas de dilatation, elle seule pourra la maintenir, *la prolonger ad libitum* sans crainte d'accidents, aussi longtemps que pourra l'exiger l'intervention thérapeutique.

Grâce à elle aussi on pourra obtenir des dilatations plus étendues, plus profondes qu'avec les autres moyens usités; celles-ci rendant alors possible l'examen de la cavité utérine, et plus facile l'intervention opératoire.

Cette possibilité de dilatation par la *tamponade seule* ne doit plus être mise en doute, après les assertions de gynécologues expérimentés et les nombreux cas à l'appui de celles-ci.

Le tamponnement constitue un excellent pansement antiseptique et un précieux moyen de drainage de l'utérus, recommandable surtout dans toutes les affections virulentes et septiques, après l'ablation de tumeurs ou après des opérations ou cautérisations intrautérines.

Comme moyen hémostatique, il devra toujours être préféré au tamponnement vaginal, il est plus actif, moins douloureux, beaucoup moins désagréable à la malade.

Enfin pour l'application prolongée de poudres médicamenteuses ou de liquides sur la muqueuse utérine, la tamponade rendra des services importants à la thérapeutique.

Par les contractions provoquées par la gaze et souvent renouvelées, elle amènera dans la structure intime du muscle utérin des changements notables, qui contribueront à l'amélioration de nombreux états morbides (malpositions, endométrite, métrites chroniques). Son action *utéro-motrice* est bien manifeste et surtout avantageuse par l'absence de manifestations douloureuses ou tétaniques.

Le tamponnement intrautérin constitue une méthode de traitement dans de nombreuses affections gynécologiques spéciales.

Dans l'*endométrite*, principalement la forme *catarrhale chronique*, sans fongosités, son emploi devra être préféré à tous les autres moyens thérapeutiques et entrer en première ligne.

Pour les formes atrophique, ou celles de nature gonorrhéique ou tuberculeuse, c'est la tamponade médicamenteuse de Fritsch qui devra être employée de préférence.

Dans les cas de malpositions, surtout de flexions, la tamponade trouvera son emploi pour récalibrer le canal cervical, modifier le tissu musculaire utérin, traiter l'*endométrite* existante, et enfin aidera à la réduction et maintiendra la dilatation prolongée, rendue nécessaire pour le massage et le détachement des adhérences et brides existantes.

Vis-à-vis de complications pelviennes chroniques, de collections des trompes, le drainage de la cavité utérine par la tamponade, associé au massage, pourra être indiqué, amener la guérison de ces affections, l'expulsion des liquides retenus dans les trompes. On devra *toujours* y avoir recours avant de procéder à la salpingotomie et à la castration.

Pour le diagnostic, le traitement des symptômes, palliatif et opératoire de toutes les tumeurs fibreuses sous-muqueuses et de certaines tumeurs intersticielles,

le tamponnement sera presque indispensable. Il assurera la sécurité des suites opératoires et constituera dans ces cas un excellent pansement antiseptique.

Pour le traitement palliatif, la cautérisation des tumeurs malignes du col ou du corps de l'utérus, il servira à maintenir la cavité dilatée, à écarter, à étaler les surfaces sanieuses ; il empêchera l'infection et la rétention des liquides fétides, constituera en un mot un pansement aussi propre et antiseptique qu'il est possible de l'obtenir dans ces cas-là.

Ainsi, comme nous l'annonçons en tête de notre travail, il répondra à double but : moyen de dilatation prolongée et méthode thérapeutique.

Genève, 15 avril 1889.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉFACE	1
<i>Division du sujet</i>	3
HISTORIQUE	5
<i>Technique du tamponnement</i>	11
<i>Particularités de la dilatation par tamponnement</i>	29
<i>Ses applications au diagnostic et à la thérapeutique</i>	
<i>générale</i>	45
<i>Application du tamponnement à la thérapeutique</i>	
<i>de quelques affections spéciales</i>	61
CONCLUSIONS GÉNÉRALES	105

*La Faculté de Médecine, après avoir lu la présente
thèse, en autorise l'impression sans entendre par là
émettre d'opinion sur les propositions qui s'y trouvent
énoncées.*

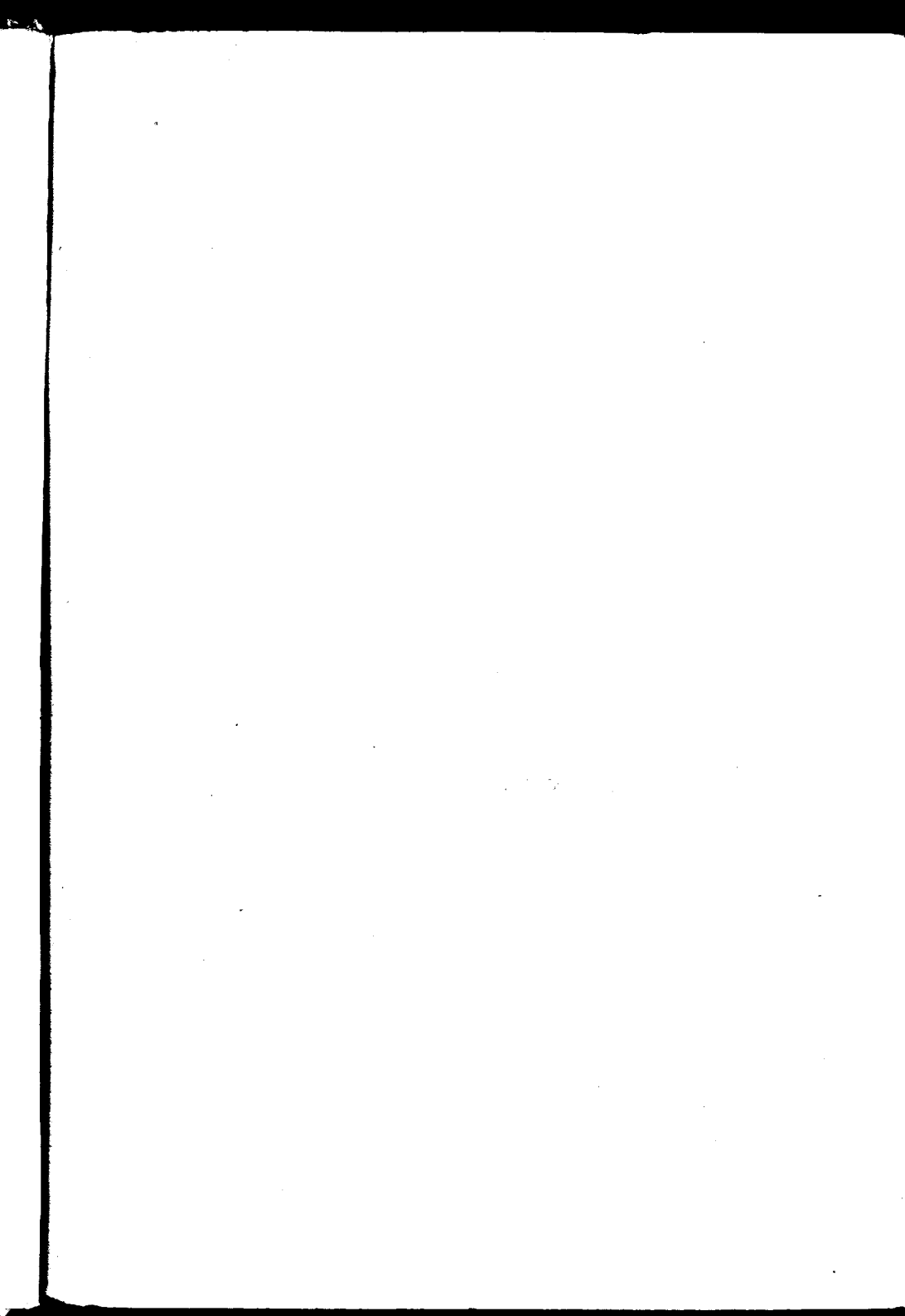
Genève, 9 mai 1889.

Pour le doyen de la Faculté,

Prof. Dr LASKOWSKI.



11826



16469