

Zeitschrift: Das Rote Kreuz : offizielles Organ des Schweizerischen Centralvereins vom Roten Kreuz, des Schweiz. Militärsanitätsvereins und des Samariterbundes

Herausgeber: Schweizerischer Centralverein vom Roten Kreuz

Band: 42 (1934)

Heft: 7

Artikel: Les étapes de l'anesthésie chirurgicale

Autor: Bouquet, Henri

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-547083>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 15.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

	Opium	Morphin	Heroïn	Kokaïn	Canabis indicae	Haschisch etc.
1930	9,315	700	1,707	120	24,250	2,465
1931	22,180	530	988	69	11,886	1,804

Es wird angenommen, dass die beschlagnahmten Mengen nur 10 Prozent der geschmuggelten betragen.

Nach den Schätzungen der technischen Organe des Völkerbundes sind anscheinend ungefähr 36 Tonnen Morphin in Zeitraum von 1925/1929 dem Schleichhandel in Form von Morphinnestern, welche die Konvention von 1925 noch nicht erfasst hatte, zugeführt worden. Ungefähr 21 Tonnen mehr Morphin und Diazetylmorphin (Heroïn), als dem medizinischen Bedarf entspricht, sind anscheinend als solche in nicht fabrizierende Länder im Zeitraum 1925-1930 ausgeführt worden. 10 Tonnen Betäubungsmittel gingen im Jahre 1930 in

den Schleichhandel über. Diese Ergebnisse gestatten die Schlussfolgerung, dass man nicht nur die Fabrikation der Betäubungsmittel, sondern auch die Erzeugung der Rohstoffe kontrollieren und beschränken muss. In dieser Richtung liegen die Bemühungen des Völkerbundes, welche die Anwendung der Konvention auf die Beschränkung der Betäubungsmittelfabrikation zu erlangen suchen, sowie den Zusammentritt einer Konferenz ins Auge fassen, um die Möglichkeit der Beschränkung und der Kontrolle des Anbaues der Mohn- und der Kokapflanzen, sowie die Ernte der Kokablätter zu prüfen. (Fortsetzung folgt).

Les étapes de l'anesthésie chirurgicale.

En 1847 (retenons bien qu'il n'y a pas encore cent ans) le bruit se répandit à Paris que des chirurgiens anglais avaient réussi à pratiquer des opérations exemptes de souffrances pour le patient, grâce à l'inhalation, par celui-ci, de vapeurs d'éther. La nouvelle, bien entendu, fit sensation, d'autant plus que, peu d'années auparavant, des hommes aussi considérés que Velpeau avaient prophétisé que la suppression de la douleur au cours des interventions chirurgicales était une «chimère qu'il n'était plus permis de poursuivre». D'autres, naturellement, avaient fait chorus. Velpeau fut d'ailleurs l'un des premiers à expérimenter la méthode nouvelle et à en obtenir des succès. Ses réussites, celles de Maligne, de Roux, d'autres encore n'empêchèrent pas que cette innovation fût

fortement discutée. Il y eut des débats passionnés dans les Académies et les journaux médicaux ou même politiques, et le célèbre physiologiste Magendie fut de ceux qui s'élevèrent vivement contre cette «insensibilisation» qu'il jugeait à la fois immorale, dangereuse et trop souvent inefficace, en même temps qu'il émettait un doute sur la nécessité de supprimer la douleur, laquelle avait, disait-il, son rôle à jouer dans la guérison des maladies chirurgicales.

Ce progrès sans égal nous venait, en réalité, d'Amérique, et était moins récent qu'on ne le supposait en Europe. En 1844, Horace Wells, dentiste de Boston, avait réussi à supprimer les atroces souffrances des opérés en leur faisant inhaler du protoxyde d'azote. Deux ans plus tard, Jackson et Morton avaient rem-

placé le «gaz hilarant» par l'éther. Il est même acquis aujourd'hui que, dès 1842, un autre Américain, W.-C. Long, avait déjà employé l'éther avec grand succès dans des circonstances identiques. A la fin de 1847, un autre anesthésique, considéré jusqu'alors comme une simple curiosité de laboratoire, le chloroforme, entra en scène.

Depuis lors, ces trois protagonistes de l'insensibilisation, chloroforme et éther surtout, se sont partagé les faveurs des chirurgiens. L'un et l'autre ont eu et ont encore leurs partisans. L'éther est plus offensif pour l'appareil respiratoire, il est dangereusement inflammable, mais le chloroforme s'en prend plus volontiers au foie et aux reins, et le réveil en est plus pénible. Le protoxyde d'azote, qui laisse moins de suites désagréables, est, par contre, plus difficile à manier avec sécurité. Un quatrième compétiteur est intervenu dans la querelle, le chlorure d'éthyle, qui, réservé d'abord à de très courtes interventions, a été ensuite jugé digne par quelques chirurgiens de servir au cours d'opérations importantes. On a plus tard utilisé des mélanges destinés à additionner les avantages des uns et des autres et à diminuer leurs inconvénients. Ils sont constamment mis en œuvre à l'heure actuelle.

Cependant, il ne faut pas se dissimuler que toute narcose, c'est-à-dire toute insensibilisation totale par inhalation, est, en réalité, une intoxication et comme telle comporte des risques, l'anesthésiste ayant pour mission de les supprimer en maintenant le patient en deçà de la limite dangereuse. Si exceptionnels que soient les accidents de l'anesthésie chirurgicale (qui n'est efficace, rappelons-le, qu'à la condition d'aller jusqu'à la suppression de la conscience), on ne peut nier qu'ils existent, malgré les per-

fectionnements de tout ordre apportés à ce chapitre de l'art, malgré l'invention d'appareils doseurs fort ingénieux, malgré l'incalculable expérience acquise. Persuadés de cette vérité, les chirurgiens ne consentirent pas à s'en tenir à une méthode qui constitue cependant un progrès réellement formidable sur les errements des siècles passés, où toutes les drogues dont on les saturait n'empêchaient pas les opérés de souffrir d'indicible façon. On songea donc à remplacer, du moins dans un certain nombre de cas, cette insensibilisation générale, à certains titres un peu suspecte, par une anesthésie plus localisée où l'on ne rechercherait plus l'action sur le cerveau, considéré comme le centre de perception de la douleur. On pensa alors à agir sur les troncs nerveux qui la lui transmettent. Quand parut la cocaïne, ce fut vite chose faite. Cette fois, c'est un oculiste, Koller, qui, en 1884, révéla les propriétés anesthésiantes de cet alcaloïde. On se hâta de les mettre à profit pour «couper physiologiquement» les voies de la souffrance. On y réussit pleinement, et c'est justice de citer ici le nom de Paul Reclus comme celui du propagateur énergique, en France, de la technique nouvelle.

Toutefois, l'anesthésie locale — ainsi qu'on l'appelle — impose des complications gênantes aussitôt qu'on veut l'appliquer à des opérations importantes. Il faut injecter le remède plan par plan à mesure que l'intervention progresse, s'y reprendre donc à plusieurs fois au cours même de celle-ci, et, quand on dépasse une certaine dose d'alcaloïde, la toxicité de celui-ci entre en ligne de compte. Ce dernier inconvénient fut singulièrement réduit quand on adopta, à la place de la cocaïne, des succédanés comme la stovaine, la novocaïne, l'alocaïne. Les autres persistent et il faut des techniciens

spécialement exercés pour mener à bonne fin une anesthésie locale si elle doit avoir une certaine durée et embrasser un champ opératoire quelque peu étendu.

On tourna la difficulté en insensibilisant, toujours par l'intermédiaire des mêmes agents, des troncs nerveux de plus en plus importants, c'est-à-dire commandant des territoires de plus en plus étendus. En fin de compte, on en arriva à s'en prendre au plus gros de tous, à celui qui conduit au cerveau toutes les sensations, la moëlle épinière. Ainsi naquit l'anesthésie rachidienne ou rachi-anesthésie, préconisée, en 1889, par Tuffier, en France, et Bier, en Allemagne. Elle permet des insensibilisations extrêmement importantes, tout en laissant intacte la conscience de l'opéré et en évitant plusieurs périls de la narcose. Elle en a, par contre, qui lui sont propres. On la réserve, ordinairement, aux opérations faites sur la partie inférieure du corps, mais il est des chirurgiens qui, par des artifices délicats de technique, sont parvenus à obtenir ainsi l'anesthésie de l'organisme presque entier.

L'anesthésie rachidienne a des partisans enthousiastes, presque exclusifs, à qui leur habileté et leur expérience permettent d'en éviter les écueils. Ceux-ci, cependant, existent, ne serait-ce que la nécessité de compléter parfois par l'inhalation une anesthésie qui s'avérerait insuffisante. Diverses suites à tout le moins désagréables sont aussi possibles, de sorte que ce n'est pas encore là, à en croire la majorité des opérateurs, l'idéal poursuivi depuis le jour où la «chimère» de Velpeau est devenue une réalité.

En possession de tant de méthodes, de tant de produits actifs, les chirurgiens continuent donc à chercher. Tous les procédés connus ont leurs inconvénients,

leurs périls, leurs causes d'échecs en même temps que leurs avantages. Accroître ceux-ci, faire disparaître ceux-là, tel est le programme à la réalisation duquel on persiste à s'attacher.

Nous avons vu, par exemple, que l'éther offrait certains dangers pour les voies respiratoires. En l'introduisant dans l'organisme par l'autre extrémité du tube digestif, ne pourrait-on faire disparaître cette cause d'échec? Ne pourrait-on aussi, par cette méthode détournée, supprimer l'angoisse du patient que l'on fait respirer sous le masque ou sous la compresse et dont la première sensation est celle de l'étouffement? Pirogoff l'avait déjà pensé, chose curieuse, dès l'avènement de l'anesthésie en 1847. Récemment on y est revenu. Ce fut, comme toujours, de l'enthousiasme chez les uns, une déception chez les autres. L'anesthésie rectale à l'éther a des partisans. Je crois qu'ils ne sont pas très nombreux.

Plus importante est la modification d'ordre général qui est intervenue depuis quelque temps. Elle consista d'abord dans l'emploi — devenu depuis lors courant — d'hypnotiques donnés avant l'anesthésie proprement dite, et dont le prototype est la morphine. Ils ont pour mission, qu'ils remplissent de façon très satisfaisante, de commencer l'insensibilisation du patient, d'apaiser en une certaine mesure ses craintes et de le conduire dans le calme à l'insensibilisation totale. On voulut faire plus encore et l'on eut l'idée d'employer ce que l'on appelle les «narcotiques de base», qui procurent l'anesthésie sans inhalation, réduisant à rien l'anxiété du malade, mais dont l'action doit être la plupart du temps complétée par un narcotique inhalé, à une phase où cette inhalation, n'utilisant d'ailleurs qu'une dose d'anesthésique très minime, n'aurait plus aucun incon-

vénient. Les corps susceptibles de jouer ce rôle fondamental sont en nombre. En premier lieu, il convient de nommer l'injection intraveineuse du chloral, universellement connu à un titre analogue, mais non identique. C'est aussi, à n'en pas douter, le premier en date, puisqu'il fut proposé en 1874 par un chirurgien de Bordeaux, Oré. On y renonça cependant, en raison de certaines actions nocives à mettre à son passif et qui intéressaient surtout les globules rouges du sang. Toutefois, on est revenu à lui en ces derniers temps, avec des modifications dans le mode d'emploi, mais la chose ne s'est pas généralisée. Vinrent ensuite les produits barbituriques, qui ont, et méritent d'ailleurs, une mauvaise presse en raison de la facilité avec laquelle se les procurent les candidats au suicide. C'est également par voie intra-veineuse qu'on les a administrés sous des noms qui n'apprendraient rien de plus au lecteur. En dernier lieu, se place l'avertine, alcool éthylique tribromé, qui se dispense en lavements. Elle réussit parfois à elle seule à procurer l'insensibilité recherchée, mais oblige aussi, la plupart du temps, à recourir aux anesthésiques de renfort, qui sont de préférence les mélanges comme ceux dont nous avons parlé et contenant du protoxyde d'azote. Un essai fait avec l'alcool éthylique lui-même en injection intra-veineuse par M. Garcia Marin ne paraît pas avoir eu, auprès des chirurgiens, un grand succès.

Enfin, il nous faut signaler, chez les partisans de la rachi-anesthésie, une recherche particulièrement active de nouvelles substances susceptibles de remplacer celles que nous avons énumérées. Ceux qui se sont adressés à la delcaïne, à la percaïne ou à la pantocaïne en disent le plus grand bien, mais ils ne composent encore qu'une minorité parmi

les chirurgiens, lesquels, en grand nombre, demeurent réservés devant ce mode d'anesthésie.

Est-ce tout? Non, car il nous faut parler maintenant des audacieux qui, devant les écueils et les inconvénients de l'anesthésie, quelle qu'elle soit, obtenue par des procédés chimiques, ont pensé qu'on pouvait les laisser de côté. L'insensibilisation par les courants électriques, préconisée par Leduc (de Nantes) il y a déjà longtemps, ne semble pas avoir réuni beaucoup d'adhésions. On pouvait penser cependant qu'elle se rapprochait beaucoup de l'idéal convoité. Rares sont ceux qui ont consenti à la mettre à l'épreuve, et nous ignorons où en est actuellement la question.

On pourrait en dire autant de l'anesthésie que l'on pourrait qualifier de psychique. M. Farez a publié des faits intéressants concernant ce qu'il nomme d'une façon à peu près identique la psycho-narco-anesthésie, et M. Etienne a réussi plusieurs insensibilisations totales par autosuggestion et hypnose. Je ne sais si je me trompe, mais j'ai l'impression que les chirurgiens, d'une façon générale, n'auront pas une tendance marquée à adopter une méthode que la plupart d'entre eux connaissent mal, et que les patients ne seront pas non plus très portés à se confier à elle.

Je m'en tiendrais là si je ne me croyais obligé de mentionner que, d'après certains, qui professent des idées originales, la musique aurait son rôle à jouer en cette matière en tant que simple adjuvant qui approfondirait le sommeil et le rendrait plus calme, tandis que d'autres ont affirmé que la respiration rendue volontairement ultra-rapide, en accroissant sans doute la proportion d'acide carbonique contenue dans le sang, ferait celui qui l'adopte insensible

à la douleur. Quelques stomatologistes en auraient retiré d'excellents effets. Je n'en doute pas, mais, de façon commune, on considérera sans doute que, pour se faire ouvrir le ventre, c'est vraiment insuffisamment sûr.

Que conclure de ce rapide exposé d'une question qui est actuellement à l'ordre du jour, sinon que depuis le jour où l'homme réussit cette sorte de miracle de pouvoir tailler dans la chair humaine sans la torturer, les efforts faits pour perfectionner cette merveille qu'est l'anesthésie chirurgicale ont été incessants? Il n'a pas suffi au médecin d'avoir réalisé cette «œuvre divine» dont parlait déjà le vieil Hippocrate; il a voulu le faire dans des conditions irréprochables d'activité et de sécurité. Nous sommes

ainsi parvenus à posséder une série de procédés dont on a pu voir la diversité et qui correspondent à peu près à toutes les éventualités qui peuvent se présenter. Les opérés ne sont pas, en effet, égaux devant l'anesthésie. Suivant l'état du patient, sa résistance, le genre d'opération qu'il doit subir, la durée de l'intervention, le chirurgien peut aujourd'hui choisir ce qu'il a conscience d'être préférable. Ne doit-il pas en résulter de la part du public une confiance de plus en plus grande dans ce temps préalable de l'opération, un abandon exempt d'angoisse qui contribue pour sa part et plus qu'on ne pourrait le croire à la réussite de l'acte chirurgical?

Dr Henri Bouquet.

Le Temps.

Die griechischen Wunderheilungen im Tempel von Epidaurus.

Länger als ein halbes Jahrtausend, von der Mitte des fünften vorchristlichen Jahrhunderts bis ins zweite Jahrhundert unserer Zeitrechnung hinein, war das griechische Epidaurus als Wallfahrtsort für Kranke und Gebrechliche berühmt. Schon in der zweiten Hälfte des vierten vorchristlichen Jahrhunderts hatten die Hüter des Heiltempels auf Steinen die geschehenen Wunder eingraviert, und heute noch können wir erfahren, wie die Männer und Frauen geheissen hatten, die hier von ihren Leiden in heiligem Schläfe geheilt worden sind; wir lernen aber auch die Krankheiten und Nöten kennen und auf welcher wunderbaren Art sie von Asklepius, ihrem göttlichen Helfer, geheilt worden sind.

Diese Aufzeichnungen, die beinahe amtlichen Charakter tragen, haben zum Ruhm des Heilortes viel beigetragen. Sie

waren für die Masse des Volkes bestimmt. Wie das wundergläubige Volk fühlt und empfindet, so wurden die Berichte abgefasst in schlichter Sprache. Aus dem gläubigen Herzen des Volkes sind sie entstanden, und sie sollten auch wiederum ins Herz des einfachen Mannes dringen, damit sie dem kranken Pilger Hoffnung und Mut einflössen, damit sie durch starken Glauben auch den Willen zur Heilung stärken möchten. Der Kranke solle an das Unmögliche glauben, denn was hier zusammenströmte, hatte die Ohnmacht der ärztlichen Kunst am eigenen Leib und am eigenen Geist erfahren. So haben denn auch ein paar Dutzend Heilungen mehr Hoffnung in die Herzen der Leidenden gepflanzt, als die vielen Tausende der Ungeheilten den Unglauben zu verstärken mochten.