

Pour l'antisepsie, le flambage (fig. 47) ou l'immersion dans l'eau bouillante sont les moyens les plus pratiques.

En vue d'une opération, il est plus sûr et plus commode de faire passer à l'étuve sèche tous les instruments enfermés dans une même boîte. Température 150°, pendant une demi-heure.

Les instruments en *gomme* et en *caoutchouc* seront désinfectés par un séjour pendant vingt-quatre heures au moins dans une solution phéniquée au $\frac{1}{20}$ ou sublimée au $\frac{1}{1000}$.

La plupart des instruments en verre peuvent être passés à l'étuve, sinon ils seront désinfectés comme le caoutchouc.

La *gaze simple* employée le plus souvent sous forme de bandes, sera trempée dans l'eau bouillante, puis dans une solution de sublimé au $\frac{1}{1000}$. Une de ces deux immersions peut suffire au besoin.

La *gaze iodoformée* est par elle-même suffisamment antiseptique pour ne nécessiter aucune préparation spéciale.

Le *coton hydrophile*, s'il doit servir à de simples pansements vaginaux, ne nécessite pas de désinfection spéciale, il sera seulement bon de le recouvrir d'un antiseptique pulvérulent (iodoforme, salol), ou de l'imbiber d'une solution antiseptique (sublimé, acide phénique). Si le coton hydrophile doit être porté au contact d'une plaie récente, il sera prudent de le faire passer dans l'étuve sèche; avant toute opération, on peut en mettre dans les boîtes d'instruments une certaine quantité, qui se trouve étuvée en même temps qu'eux.

Les *éponges*, qu'on a en vain essayé de remplacer par d'autres tissus, ne présentent aucun danger septique, si elles sont bien désinfectées.

Voici leur meilleur mode de préparation (Terrillon):

1° Les éponges neuves sont battues avec un maillet de bois, afin d'enlever toutes les particules calcaires qu'elles renferment;

2° On les lave ensuite à l'eau chaude (50 à 60°) de façon à leur faire perdre une matière verdâtre qu'elles conservent souvent; le lavage entraîne les grains de sable que le battage a mis en liberté;

3° Les éponges, bien comprimées, sont plongées dans une solution froide de permanganate de potasse à $\frac{1}{100}$; elles y restent de quarante-cinq à soixante minutes, temps nécessaire à l'oxydation des parties organiques qu'elles contiennent;

4° Après avoir été de nouveau lavées à l'eau chaude à 60°, on les jette dans une solution de bisulfite de soude à $\frac{2}{100}$. Les éponges blanchissent alors à cause du dégagement d'acide sulfureux.

Les placer dans une solution de sublimé au $\frac{1}{1000}$, où elles doivent séjourner au moins pendant dix heures avant d'être employées; les conserver dans ce liquide.

Après chaque opération, les éponges sont soumises à la même préparation, moins le battage. Si l'opération est simple et ne présente aucune trace d'éléments septiques, il suffit de les laver à grande eau et de les remettre dans la solution de sublimé au $\frac{1}{1000}$.

L'eau employée pour toute opération, surtout pour la laparotomie, devra être passée au filtre Chamberland, le seul qui présente une garantie sérieuse au point de vue microbien. — A défaut de filtre, on emploie l'ébullition. — La distillation pourrait également être employée, quand on a un appareil pratique à sa disposition; mais le filtrage ou l'ébullition seront en pratique les procédés de choix.

VII

INJECTIONS

SOMMAIRE

1° Injections interstitielles.

2° Injections cavitaires.

a. Vaginales.

1° antiseptiques.

2° thermiques.

3° mécaniques.

4° médicamenteuses.

b. Utérines.

c. Vésicales.

d. Urétrales.

e. Rectales.

Les injections sont tantôt *interstitielles*, c'est-à-dire faites dans l'épaisseur même des tissus, tantôt *cavitaires*, pratiquées dans le vagin, dans l'utérus, dans la vessie ou dans le rectum.

1° Les *injections interstitielles* sont conduites dans l'épaisseur du col utérin ou d'un fibrome facilement accessible, à l'aide d'une seringue analogue à celle de Pravaz, mais de plus grandes dimensions.

On a injecté de la teinture d'iode, de l'alcool, de la liqueur arsénicale de Fowler, de l'acide phénique, et surtout de l'ergotine.

Cette méthode, vivement soutenue par Schükling, est peu employée, car ses résultats ne sont pas suffisamment bons pour compenser les dangers auxquels elle expose.

2° Les *injections cavitaires* s'exécuteront différemment, suivant leur siège et suivant le but thérapeutique qu'on se propose. — Elles peuvent être: a, vaginales; b, utérines; c, vésicales; d, urétrales; e, rectales.

A. — VAGINALES

Les injections vaginales sont celles qu'on aura le plus souvent à pratiquer. Quand au lieu de quelques litres (1 à 3 environ) on en fait passer un plus grand nombre par la cavité vaginale, l'injection prend le nom d'*irrigation*.

L'irrigation peut même être continue, c'est-à-dire durer pendant plusieurs heures consécutives.

L'irrigation *continue* est peu employée en gynécologie, parce qu'elle constitue une méthode compliquée; il n'en est pas de même de l'irrigation *temporaire*, qui se fait d'ailleurs comme une injection, dont elle ne diffère que par l'abondance du liquide et la durée.

L'injection vaginale suivant le but thérapeutique qu'on se propose peut être :

Antiseptique;
Thermique;
Mécanique;
Médicamenteuse.

Quelle que soit la variété, un appareil (injecteur) destiné à porter le liquide jusque dans la cavité vaginale sera indispensable.

Le nombre des injecteurs est considérable; le plus simple est le meilleur.

Tous les appareils à pompe et à soupape sont mauvais, parce qu'ils lancent le liquide en jet saccadé, pouvant heurter le col utérin, et parce que leur propreté est toujours douteuse.

On peut recommander à cause de sa simplicité, le syphon constitué par un tube en caoutchouc (fig. 49) et qui après avoir été amorcé, permet d'injecter dans le vagin le liquide contenu dans le vase où baigne une des extrémités du tuyau.

Le vide-bouteille de M. Galante (fig. 50), qui peut s'adapter à une bouteille quelconque, est un appareil très pratique, de même les vide-bouteilles récemment préconisés par MM. Budin et Crouzat.

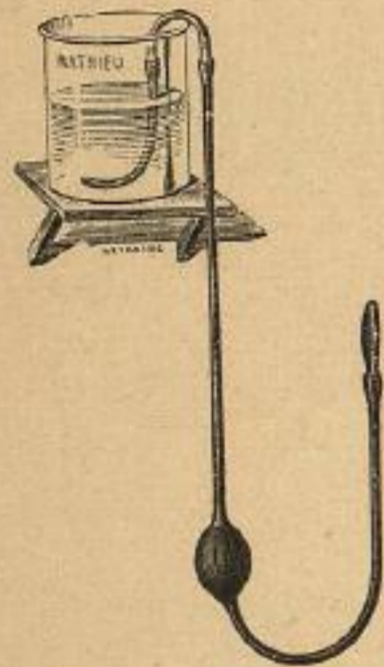


Fig. 49. — Injecteur siphon.

L'injecteur le plus commode et dont le volume constitue le seul inconvénient, est celui représenté par la figure 51 (injecteur sphérique en métal émaillé). Il se compose d'un réservoir sphérique en métal émaillé contenant deux litres, muni d'une anse et d'une tubulure sur laquelle s'adapte un tuyau en caoutchouc, dont l'extrémité vient se terminer à la canule vaginale. Émaillé, il n'est pas altéré par le sublimé; en métal, la chaleur ne peut le briser, comme cela arrive avec le verre; enfin, le liquide descendant par son propre poids s'écoule doucement et d'une façon continue, sans produire aucun traumatisme sur les organes génitaux.

Comme *canule vaginale*, on se servira :

Soit d'un simple tube en verre, terminé à ses deux extrémités par une seule ouverture; la canule en pomme d'arrosoir est moins facile à purger l'air.

Soit d'une canule en caoutchouc; un tube en caoutchouc semi-rigide constitue l'appareil le plus commode.

Soit d'une canule en métal avec extrémité grillagée (fig. 51). C'est à cette variété que je donne la préférence.

Revenons aux diverses variétés d'injections vaginales, qui réclament chacune un manuel spécial.

1° **Injection antiseptique.** — Se servir comme solution de bichlorure de mercure à $\frac{1}{4,000}$ ou d'acide phénique à $\frac{1}{100}$. — Température froide ou tiède.

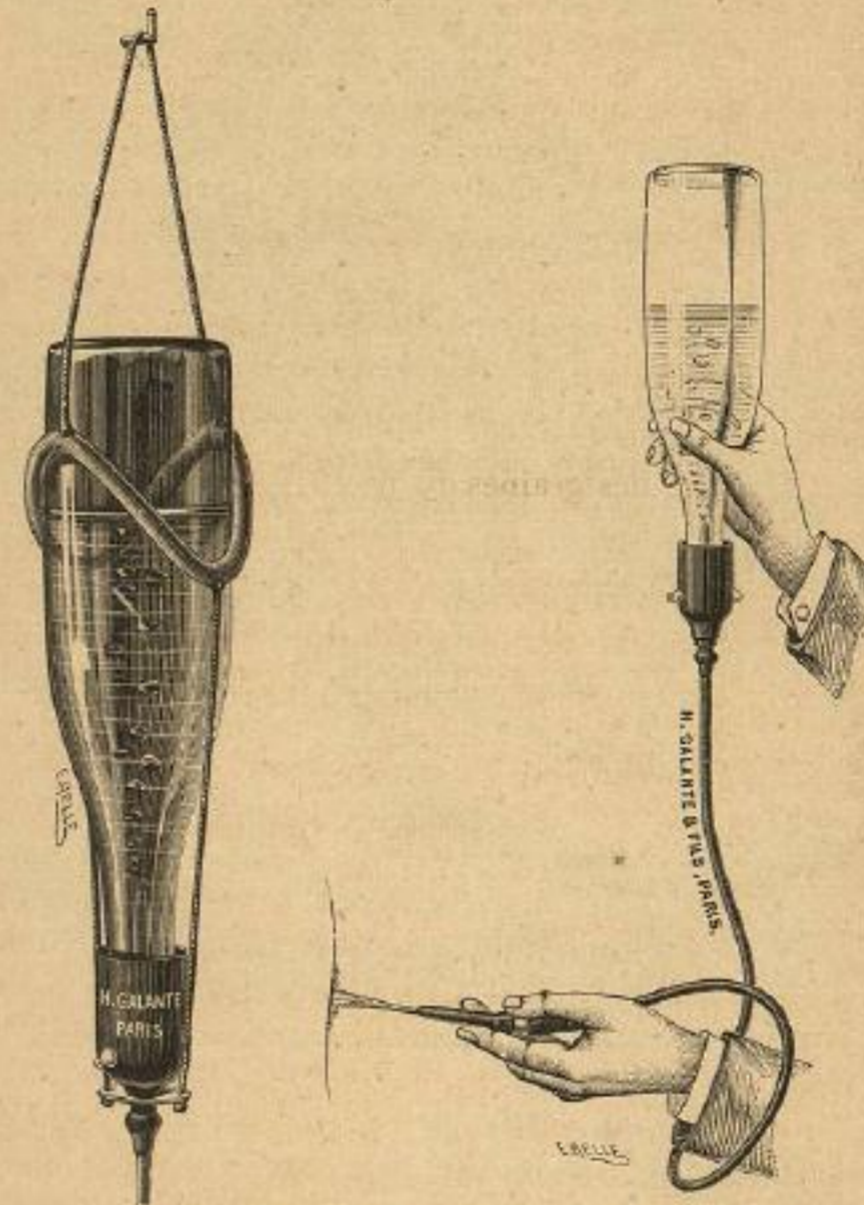


Fig. 50. — Vide-bouteille de M. Galante.

Placer la femme en position vulvaire; chaque pied reposant sur une chaise ou un tabouret élevé; une toile cirée ou plusieurs journaux superposés sont placés sous le siège et viennent pendre, par leur extrémité, dans un seau destiné à recueillir le liquide.

Commencer par un savonnage soigneux de la vulve. Introduire ensuite la canule dans le vagin, et pendant l'écoulement du liquide, avec un ou deux doigts, frotter toute la surface vagino-cervicale, de manière à détacher tout le mucus qui la recouvre.

2° **Injection thermique.** — La chaleur et le froid ont une action analogue sur l'utérus; ils amènent la contraction de la fibre musculaire et exercent par là même une action décongestive et hémostatique.

L'eau froide doit être à la température de 0 à 10°, et l'eau chaude de 40 à 50°; entre ces limites (10 à 40°), l'eau devient tiède et n'exerce plus la même action.

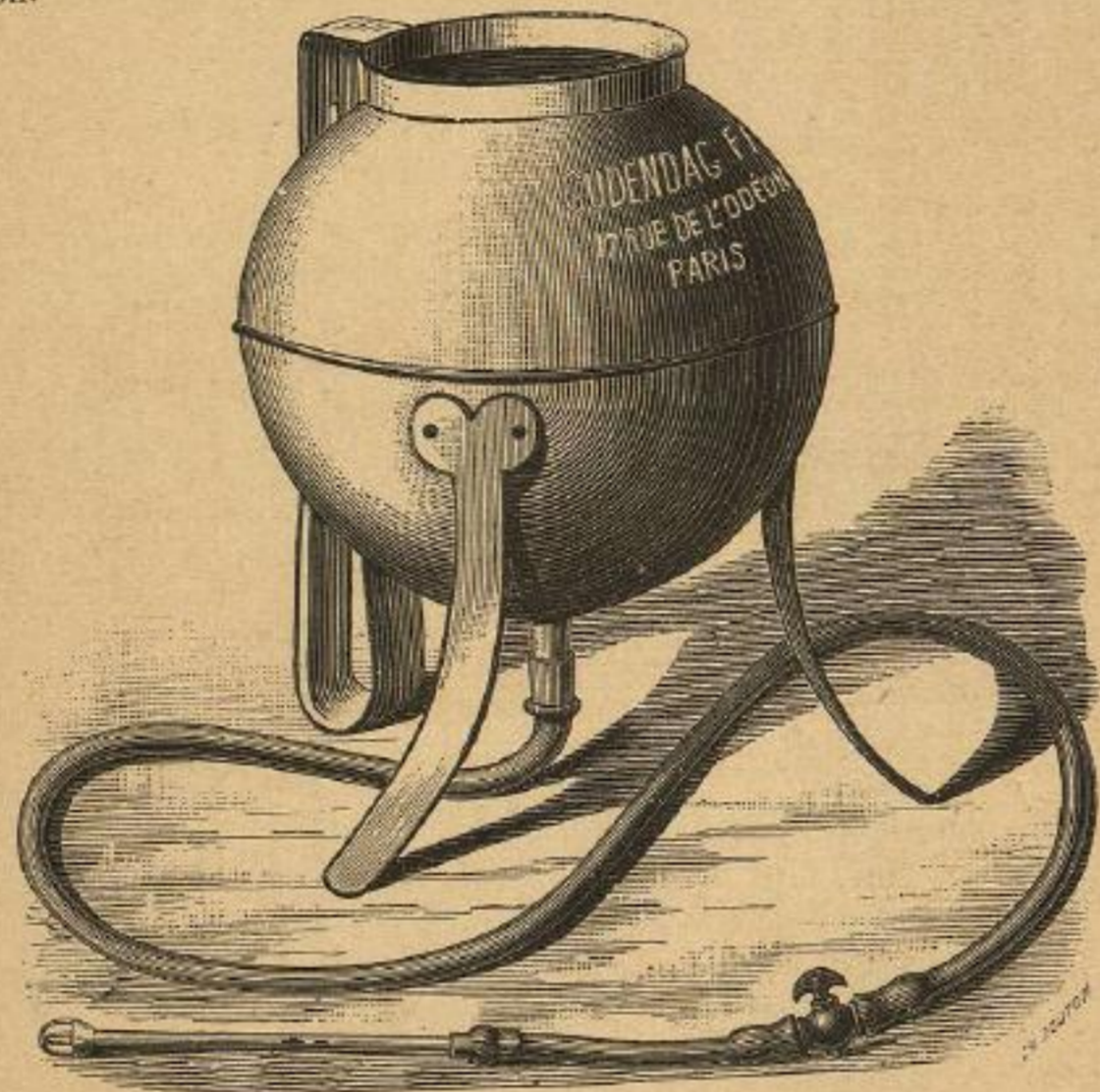


Fig. 51. — Injecteur vaginal en métal émaillé.

On préfère en général l'usage de liquide chaud, parce qu'il est mieux toléré par la femme et parce qu'il est plus aisé de se procurer de l'eau suffisamment chaude que suffisamment froide.

Pour pratiquer cette injection on peut laisser la femme dans la position longitudinale sur son lit ou la mettre dans la position vulvaire.

Position vulvaire. — Les détails en ont été donnés précédemment (voir fig. 46). Pour empêcher le reflux trop rapide du liquide, la femme ou l'opérateur applique une main sur la vulve, comme l'indique la figure 53.

Position longitudinale. — On glisse sous le siège de la malade un bassin, soit arrondi, soit de préférence ovale; si l'injection doit être abondante et dépasser deux litres, il est nécessaire d'avoir un bassin qui permette l'écou-

lement simultané du liquide, comme cela est représenté par la figure 54, où le dispositif général de l'opération est indiqué.

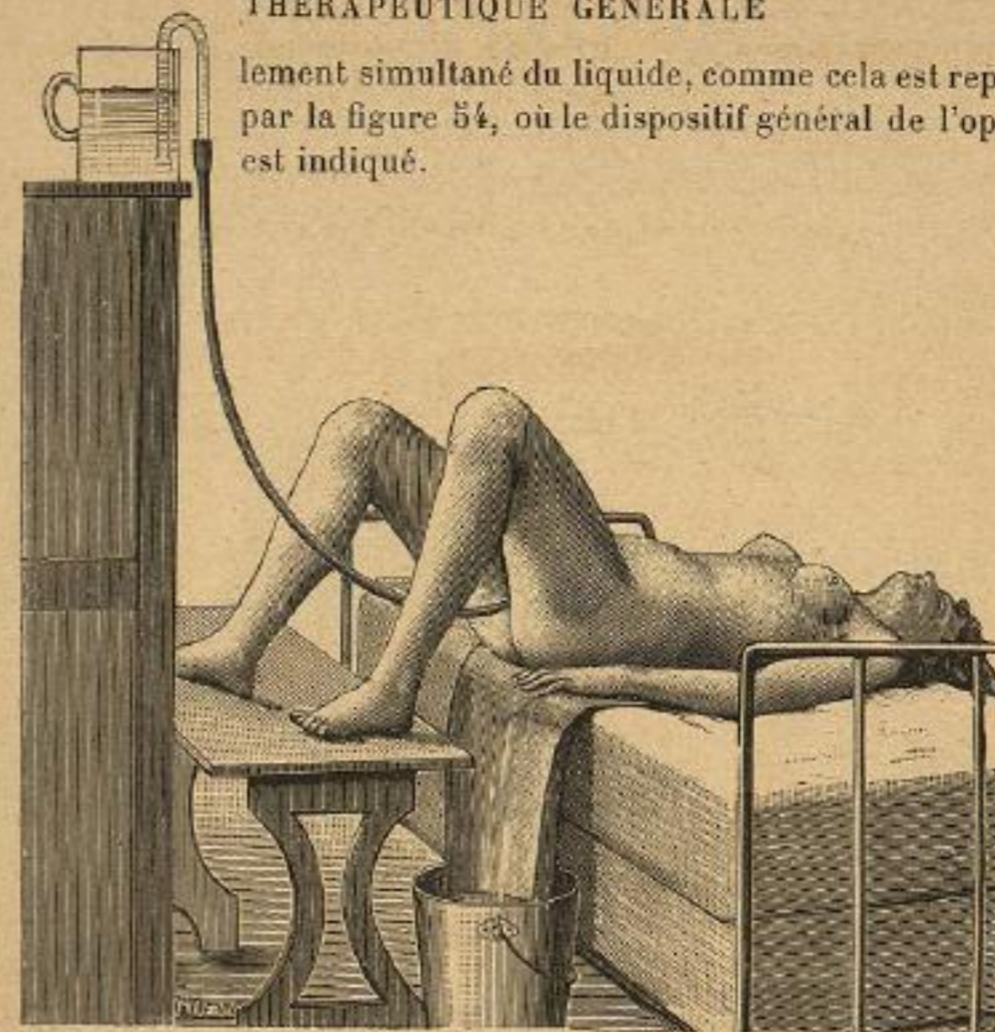


Fig. 52. — Femme prenant une injection vaginale dans la position horizontale.

Le liquide devra être tenu à 50° dans l'injecteur vaginal; inutile d'ailleurs de prendre un thermomètre, la main renseigne suffisamment; le liquide doit être à la limite de la température supportable.

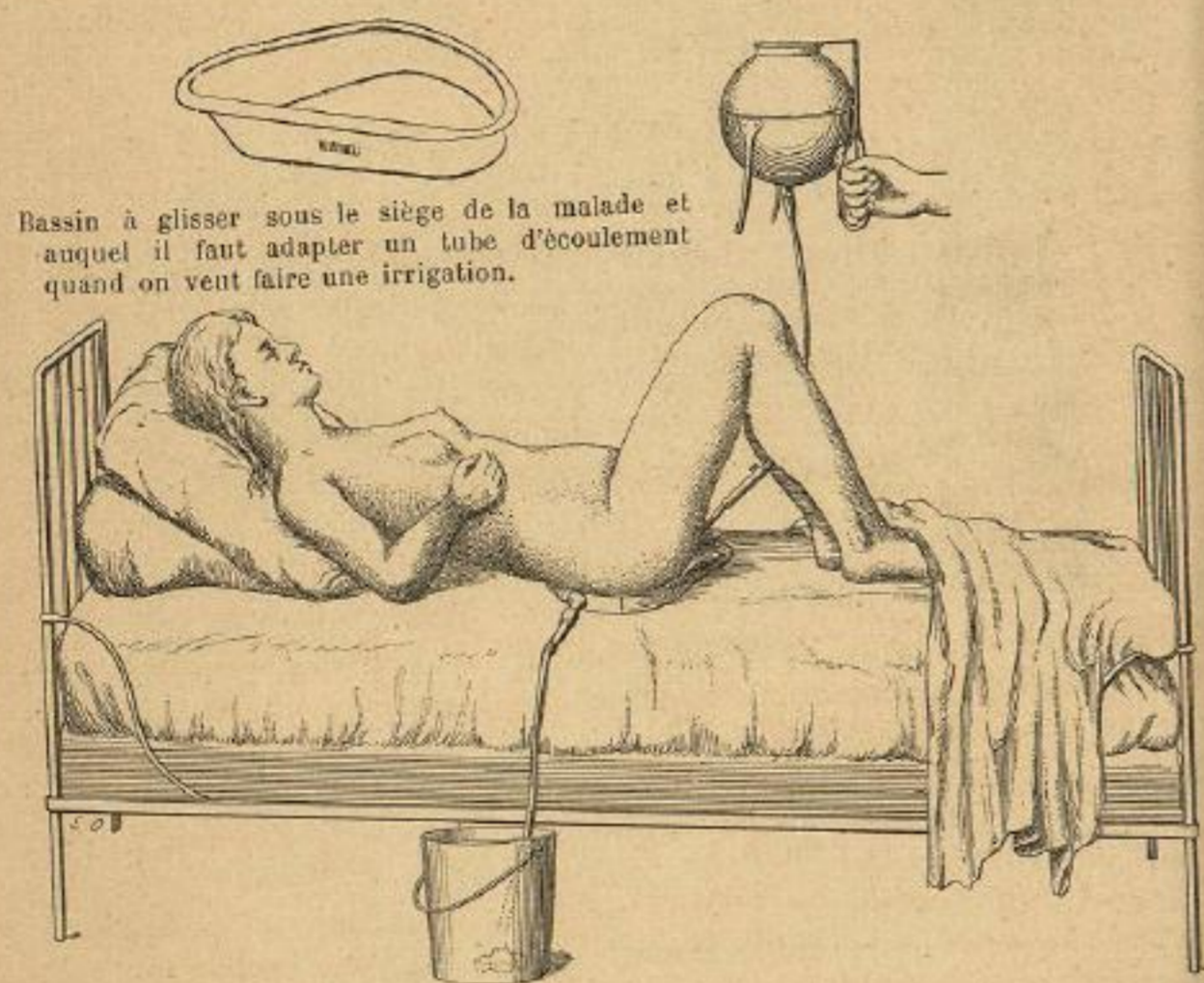
Pendant que l'eau s'écoule dans le vagin, il faut avoir soin d'obstruer la vulve avec les doigts placés parallèlement aux grandes lèvres, deux de chaque côté de la canule, qui se trouve entre le médius et l'annulaire; on règle ainsi la sortie du liquide. — Quand, en effet, une certaine quantité d'eau chaude est arrivée dans le vagin qu'elle a distendu, elle se refroidit; en écartant les doigts vulvaires, on laisse alors partir une partie du contenu, qui est aussitôt et spontanément remplacée par une quantité égale venant du réservoir et qui réchauffe le restant du contenu vaginal.

C'est ainsi par une série d'injections subintrantes, qu'on permet le mieux à la chaleur d'exercer son heureuse action sur les organes génitaux.



Fig. 53. — Main obturant la vulve pour empêcher le reflux du liquide injecté dans le vagin.

Ces injections seront faites avec de l'eau simple préalablement bouillie ou filtrée, sans addition de médicaments, car c'est uniquement par leur température qu'elles agissent; au besoin, on pourra cependant y ajouter un peu d'acide phénique ou borique en faible quantité. Quelques gynécologues font usage de sublimé à $\frac{1}{4000}$, non pour rechercher une action médicamenteuse, mais simplement pour stériliser l'eau; cette pratique me semble recommandable.



Bassin à glisser sous le siège de la malade et auquel il faut adapter un tube d'écoulement quand on veut faire une irrigation.

Fig. 54. — Injection vaginale, donnée dans la position longitudinale de la femme.

3° Injection mécanique. — Le seul but de l'injection en pareil cas est la distension du vagin, destinée à pratiquer une sorte de massage interne.

Cette distension, jointe à l'action de la chaleur, est salutaire dans certains cas de pelvipéritonite ancienne.

On l'obtient en élevant le réservoir de l'injecteur de 1 mètre à 1^m,50 au-dessus du niveau vulvaire, et en empêchant avec la main la sortie du liquide hors des organes génitaux.

4° Injection médicamenteuse. — Les médicaments les plus variés ont été employés : laudanum, vin aromatique, tanin, alun, perchlorure de fer, permanganate de potasse, vinaigre, eau de feuilles de noyer, etc.

L'action de ces médicaments, dilués dans l'eau de l'injection et ne séjour-

nant que quelques instants dans le vagin, dont le pouvoir absorbant est très faible, peut en général être considérée comme faible.

Il convient cependant d'excepter les poudres (tanin et alun) qui, restant dans le vagin après l'injection, agissent par leur séjour prolongé; de même les antiseptiques dont il a été question au début de ce chapitre, et enfin les caustiques (solution de nitrate d'argent), qui peuvent rendre de réels services comme modificateurs de la surface vaginale.

B. — INJECTIONS UTÉRINES

Les injections dans la cavité du corps et du col de l'utérus n'auront en dehors de la puerpéralité des chances de réussite que si elles sont faites dans un but antiseptique.

Les injections caustiques, préconisées par quelques auteurs, sont en général abandonnées, car on leur préfère l'usage de caustiques solides ou pâteux

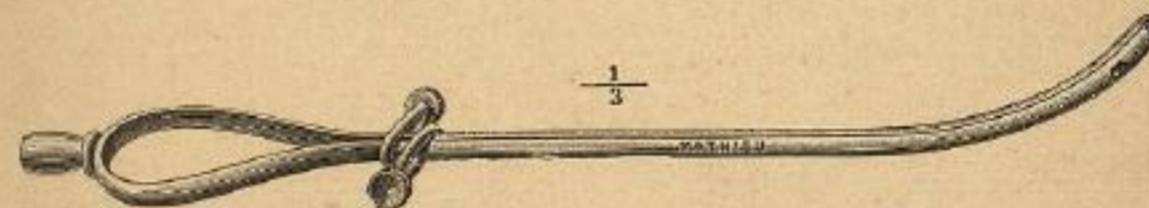


Fig. 55. — Sonde de M. Doléris.

Pour porter le liquide jusque dans l'utérus on se servira d'une des nombreuses sondes préconisées à cet effet, et parmi lesquelles celle de M. Doléris (fig. 55) est une des meilleures, car elle permet la dilatation simultanée de l'isthme utérin, assurant ainsi le libre retour du liquide.

La sonde en fer à cheval de M. Budin est au contraire préférable quand il s'agit d'utérus puerpéral.

Quand l'injection doit être suivie ou accompagnée du curage utérin, il suffit de se servir de la eurette irrigatrice, dont on verra la description et l'usage au traitement de l'endométrite.

Pour pratiquer l'injection, la femme est placée dans la position vulvaire (fig. 46) comme pour l'injection vaginale antiseptique, et ayant fait le lavage préalable de la vulve et du vagin, on introduit, après l'avoir amorcée, la sonde dans l'utérus, soit à l'aide du doigt, soit après application du spéculum, soit après abaissement du col avec une ou deux pinces à griffe; cette dernière manœuvre, nullement dangereuse et peu douloureuse, est celle qui facilite le plus l'opération.

On emploiera les mêmes liquides antiseptiques que pour le vagin.

Les injections intra-utérines devront toujours être faites avec la plus grande prudence, car soit par action réflexe, soit par pénétration du liquide injecté dans la circulation et peut-être aussi par le fait du reflux de liquide par la trompe, bien que cette dernière explication soit peu satisfaisante, elles peuvent être la cause d'accidents graves, parfois même promptement mortels.

Les cas relatés par les auteurs sont nombreux. *Pletzer*¹ a récemment rapporté un cas de mort prompte après une injection de perchlorure de fer, et de contraction tétanique après une injection de teinture d'iode.

Ces diverses injections, pouvant être suppléées par des cautérisations d'une autre nature, devront être réservées à des cas exceptionnels.

La prétendue sécurité donnée par la sonde à double courant n'est qu'illusoire quant à ce qui concerne les liquides caustiques ayant une action énergique sur la surface utérine.

Les accidents que peuvent causer les injections intra-utérines ont été récemment bien étudiées par M. *Bonvalot*².

Réunissant toutes les observations, où des accidents sont survenus à la suite d'explorations ou d'injections génitales, cet auteur a montré que des syncopes graves et même mortelles pouvaient survenir par action de la cause soit sur le col, soit sur le corps de l'utérus :

Action sur le col :

Injection vaginale;
Simple toucher.

Action sur le corps :

Cathétérisme utérin;
Injection intra-utérine;
Manœuvre abortive;
Accouchement ou avortement spontané.

Le mécanisme de la syncope et de la mort, quand elle se produit, paraît être, en dehors des cas où il existe des lésions susceptibles de l'expliquer, des phénomènes d'inhibition.

Par inhibition on entend l'arrêt d'une fonction organique par action réflexe, et dans le cas particulier l'arrêt du cœur; le nerf d'arrêt étant pour cet organe le pneumogastrique.

Quant à ce qui concerne les injections intra-utérines, qui nous intéressent ici d'une façon spéciale, le mécanisme de la mort invoqué par les auteurs est :

Soit la pénétration de liquide dans le péritoine par les trompes;
Soit la pénétration d'air ou de liquide dans les veines utérines;
Soit les phénomènes d'inhibition en question.

Sans vouloir nier les deux premiers mécanismes, qui semblent avoir été nettement prouvés par quelques auteurs, on tend actuellement à admettre que le mécanisme de la mort par inhibition cardiaque doit être le plus fréquent, et que c'est lui qui répond le mieux à la généralité des faits.

Donc, tout en prenant les précautions désirables pour faciliter le retour du liquide, et pour empêcher par là même la pénétration soit dans les trompes,

¹ *Cent. f. gyn.*, 1892, n° 48, et 25.

² *De la Mort subite. Phénomènes d'inhibition ayant pour point de départ l'utérus.* Thèse de Paris, 1892.

soit dans les veines utérines, le médecin doit savoir que dans certains cas, heureusement très rares, il ne pourra prévenir les accidents syncopaux en question et la mort qui en est parfois le résultat.

Les accidents en pareil cas ne dépendent pas du médecin ni d'une imprudence commise par lui, mais uniquement du sujet auquel il a affaire.

D'autre part, la possibilité de ces accidents d'une gravité exceptionnelle ne doit pas faire abandonner l'usage de moyens, dont la puissance thérapeutique est reconnue; car, pour un accident qu'il aura, le gynécologue guérira par contre un grand nombre de femmes.

En thérapeutique, tout remède a ses dangers qu'il faut connaître, mais ces dangers, à moins d'être notables, ne doivent pas conduire à l'abstention thérapeutique, ce qui serait une conséquence fâcheuse.

A côté de ces accidents graves il peut en survenir de moins sérieux, soit après l'injection, soit après toute intervention intra-utérine; tels sont les phénomènes d'inflammation péri-utérine, pelvi-cellulite ou pelvi-péritonite; parfois ce sont simplement des douleurs plus ou moins vives sous forme de coliques utérines, ou de pelvi-péritonisme et qui durent pendant quelques minutes, d'autres fois pendant quelques heures.

Ces derniers accidents douloureux sont bénins et seront facilement calmés à l'aide d'une piqûre de morphine; ils se distinguent des accidents inflammatoires par l'absence de fièvre et par l'insensibilité relative des culs-de-sac au toucher vaginal.

Quant aux accidents inflammatoires, ils seront combattus par un traitement approprié. (Voir *Pelvi-péritonite, Pelvi-cellulite, Salpingo-ovarite.*)

C. — INJECTIONS VÉSICALES

L'injection vésicale comme la vaginale sera, suivant les cas, *antiseptique, thermique, mécanique, médicamenteuse.*



Fig. 56. — Sonde vésicale à double courant.

On pourra la pratiquer avec une sonde vésicale ordinaire en gomme ou en métal.

Le liquide sera introduit à l'aide d'une seringue ou de l'injecteur vaginal ordinaire suffisamment élevé pour vaincre la tonicité de la vessie.

Toutefois l'injection se fera plus commodément et plus complètement avec une sonde à double courant (fig. 56).

L'injection sera pratiquée d'après les mêmes principes que ceux qui vont être indiqués pour le rectum (voir fig. 58).

Les deux mains régleront l'entrée et la sortie du liquide.

D. — INJECTIONS URÉTRALES

Les injections urétrales se font en cas d'urétrite.
On peut les pratiquer avec une simple seringue de verre, dont l'extrémité est

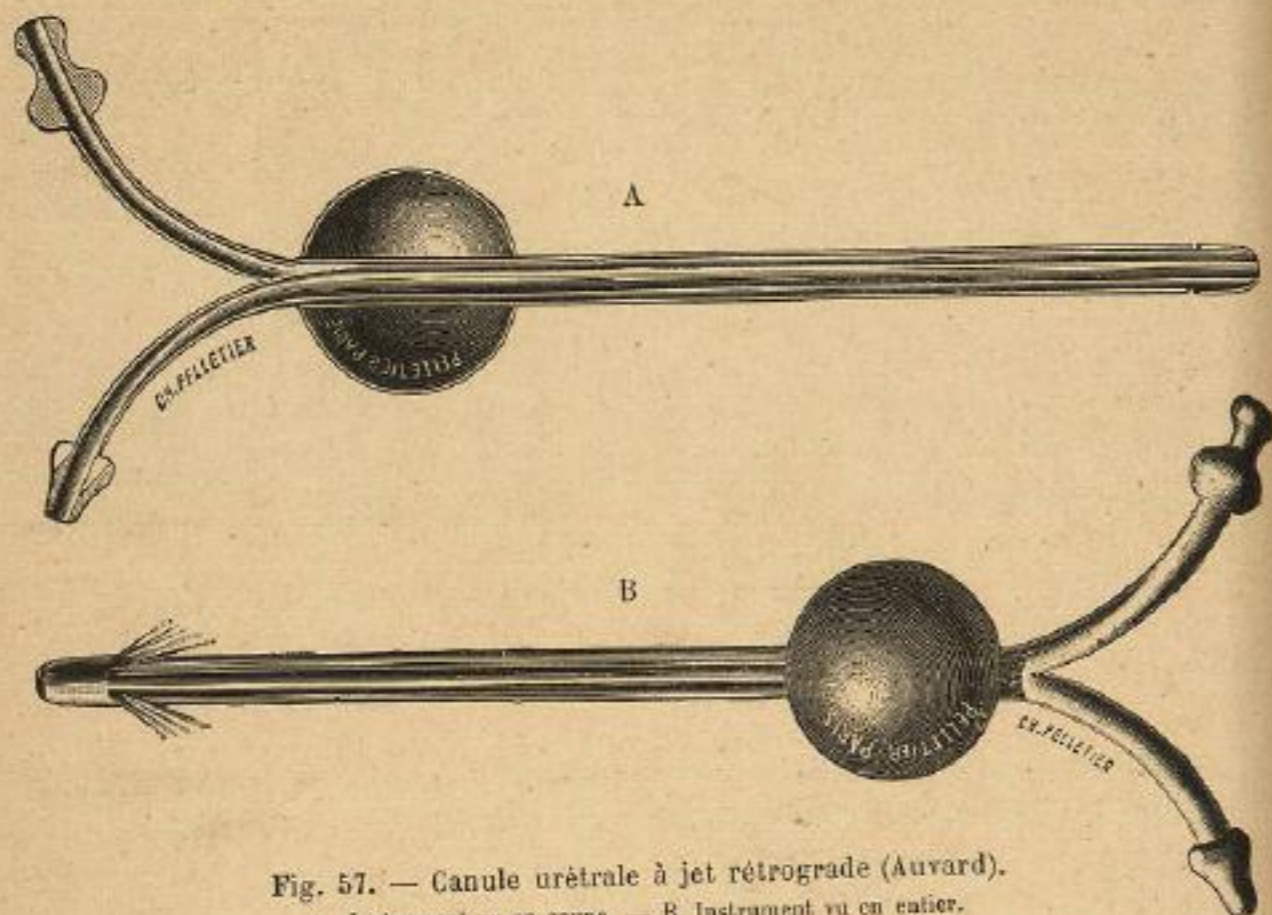


Fig. 57. — Canule urétrale à jet rétrograde (Auvard).
A. Instrument vu en coupe. — B. Instrument vu en entier.

introduite dans le méat urinaire et en poussant le liquide d'avant en arrière.
Ainsi effectuées, elles ont l'inconvénient d'entraîner vers la vessie les éléments pathogènes.

Aussi pour les pratiquer avec plus de sécurité faut-il employer une seringue à jet rétrograde comme est, par exemple, celle de *Langlebert*, ou encore le petit appareil ci-joint construit dans ce but, et dont la figure 57 explique le mode et les détails de construction. — C'est, en somme une sonde à double courant, l'une des canules, par laquelle doit pénétrer le liquide d'injection se termine à un bon centimètre de l'extrémité de l'appareil, par une série d'orifices qui laissent échapper le liquide en le dirigeant en arrière, l'autre s'ouvre à l'extrémité de l'appareil, et indique en laissant écouler l'urine, le moment exact où on pénètre dans la vessie, afin que l'appareil ne soit pas enfoncé plus loin. La boule qui est à la base de l'instrument est simplement destinée à en faciliter la prise.

E. — INJECTIONS RECTALES

Les injections rectales, en dehors des lavements, tantôt simplement éva-

cuateurs, tantôt médicamenteux (chloral, laudanum, etc.), sont surtout thermiques et mécaniques.

Les injections chaudes, faites dans le rectum, en quantité aussi considérable que la femme peut les supporter, modifient heureusement les anciens exsudats de pelvi-péritonite, et aussi certaines déviations postérieures de l'utérus.



Fig. 58. — Injection rectale avec sonde à double courant.

Après l'évacuation préalable du rectum, on fera les injections à l'aide d'une sonde à double courant, très analogue à celle employée pour la vessie, mais munie de deux renflements (fig. 58) destinés à entrer en contact de la partie superficielle et profonde du sphincter anal, de manière à assurer une certaine fixité à l'appareil appliqué.

La femme peut prendre seule cette injection, couchée dans son lit; le réservoir injecteur est placé à 1 mètre environ au-dessus du niveau de l'anus, le réservoir récepteur au pied du lit, le tuyau qui y aboutit passant sous une des cuisses de la patiente.

Chacun des tuyaux d'arrivée et de départ est tenu par une main, pincé entre le pouce et l'index pour régler à volonté le passage du liquide.

La femme laisse arriver le liquide chaud (45 à 50°) jusqu'à ce qu'elle éprouve une sensation désagréable de réplétion dans le petit bassin; elle pince alors le tuyau d'arrivée, et au bout de quelques instants laisse échapper par le tuyau de sortie une certaine quantité de liquide.

La même manœuvre est recommencée une série de fois jusqu'à ce que l'injection soit terminée.

Il est bon que cette injection soit abondante, une dizaine de litres environ.

A cet effet, il convient d'avoir des réservoirs (injecteur et récepteur) de cette capacité, ou un aide qui les remplit et vide pendant l'opération.

Il est préférable, en terminant l'irrigation du rectum, de laisser une certaine quantité de liquide dans cette portion de l'intestin, afin que l'action en soit prolongée.

Ces irrigations rectales donnent de bons résultats dans les névralgies pelviennes et ovariennes, dans les anciennes pelvi-péritonite et pelvi-cellulite, dans les cas de congestion utérine avec fixation de l'organe par des adhérences péritonéales; enfin en décongestionnant l'utérus, elles calment certaines formes de dysménorrhée.

Je préfère le mode opératoire qui vient d'être décrit et où l'injection se fait d'une façon continue, aux simples lavements répétés que conseillent la plupart des auteurs.

VIII

TOPIQUES — SUPPOSITOIRES — TAMPONS

Les topiques, soit gazeux (injection dans le vagin d'acide carbonique, de chloroforme pulvérisé), soit habituellement liquides ou solides, peuvent être appliqués sur la vulve, à la surface vaginale, sur le col utérin, ou enfin dans la cavité utérine au niveau du col ou du corps.



Fig. 59. — Insufflateur (Auvard).

Ces topiques sont de différentes sortes :

Des *caustiques* (voir le chapitre qui leur est consacré);

Des *astringents* : alun, tanin, ratanhia;

Des *calmants* : belladone, opium, cocaïne, antipyrine;

Des *antiseptiques* : iodoforme, iodol, salol, acide borique.

À la vulve, les topiques liquides ou solides seront appliqués comme en

tout autre point de la surface du corps et maintenus par un bandage approprié.

Dans le vagin, les liquides seront injectés (voir le chapitre précédent sur les *Injections vaginales*¹), et les solides appliqués sous la forme de poudre, de pâte ou de corps durcis fondant à la chaleur et à l'humidité (*suppositoires*).

L'introduction des poudres (tanin, alun, iodoforme, etc.) exige l'emploi préalable du spéculum, de manière à permettre l'accès direct de la muqueuse

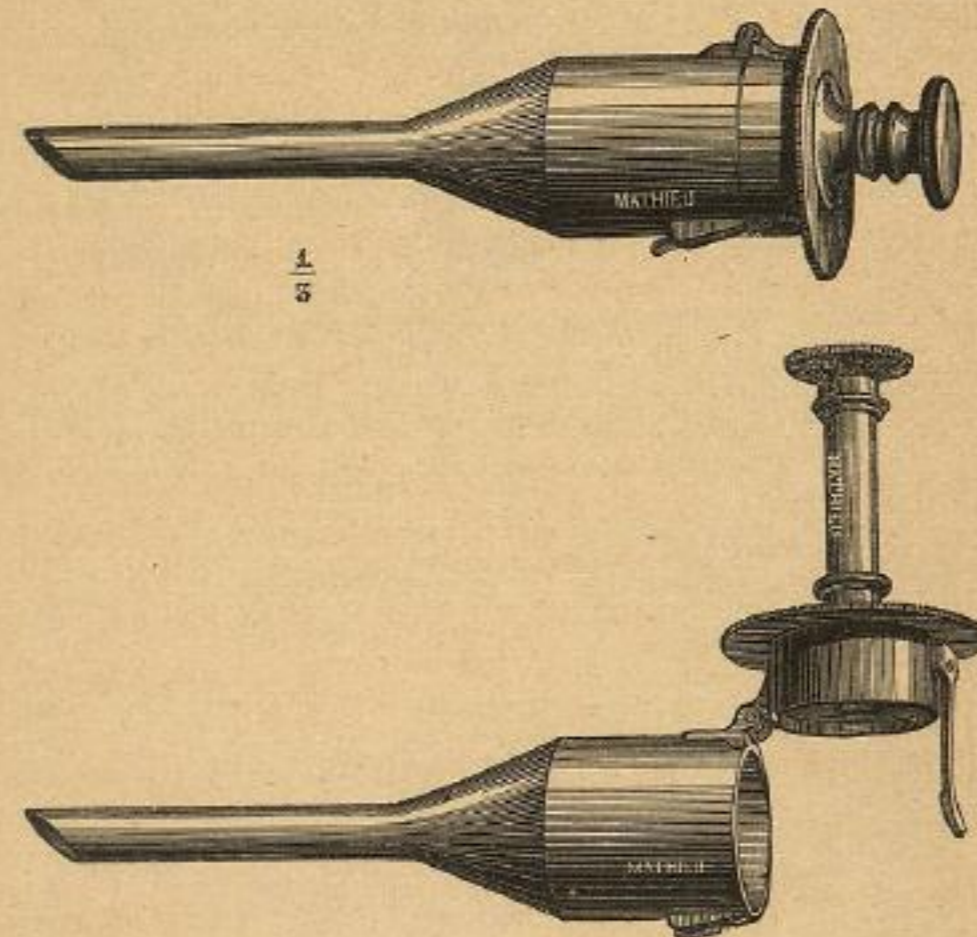


Fig. 60. — Porte-pommade (Auvard).

vaginale. La poudre sera portée sur le point désiré avec une spatule, ou mieux insufflée à l'aide d'un appareil spécial (fig. 59).

Les pâtes (de préférence mélanges de vaseline, amidon, avec addition d'un médicament actif), dont j'ai préconisé l'emploi avec M. Terrillon, pourront être introduites dans le vagin à l'aide du porte-pommade, représenté par la figure 60, que M. Mathieu a construit en 1880 sur mes indications.

Les solides seront appliqués sous forme de suppositoires (pessaires médicamenteux de Simpson). Les suppositoires se préparent avec une des substances suivantes : *beurre de cacao*, cire blanche, suif, gomme.

¹ On a encore préconisé l'emploi de capsules gélatineuses, permettant l'introduction de liquides dans le vagin.

Exemple : Suppositoire à l'iodoforme

Iodoforme	1 gr.
Glycérine	0 50
Beurre de cacao	Q. s.

Pour un suppositoire.

On donne à ces suppositoires diverses formes : conique, cylindrique, ovale (fig. 61). Cette dernière est plus commode pour le vagin.



Fig. 61. — Suppositoires et pessaires médicamenteux.

Les suppositoires fondent en deux à six heures et entretiennent ainsi dans le vagin un bain médicamenteux d'un effet très salutaire.

Les topiques qu'on destine à la surface vaginale du col pourront être appliqués, d'après les procédés qui viennent d'être indiqués à l'instant pour le vagin; cette identité se comprend facilement si on réfléchit que le col utérin,

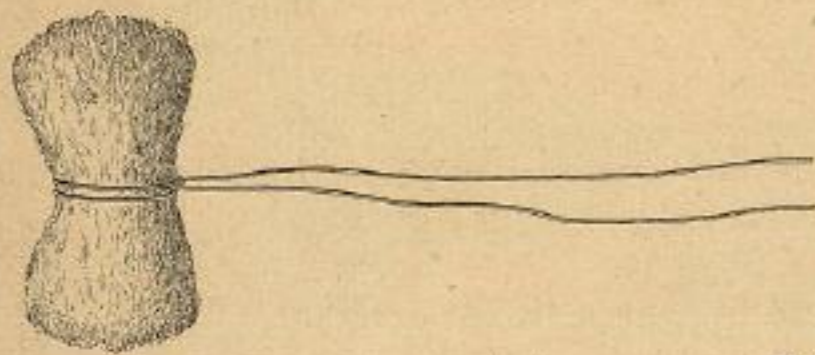


Fig. 62. — Tampon vaginal.



Fig. 63. — Crayon intra-utérin.

par sa surface libre, fait partie de la cavité vaginale qu'il complète supérieurement.

Toutefois, pour l'application de topiques cervicaux, on préfère le classique tampon de coton (ouate hydrophile) (fig. 62) qu'on imbibe de liquide, qu'on recouvre de pâte, ou dans lequel on enferme un corps pulvérulent, et qui est porté, à l'aide du spéculum, jusqu'au contact du col où il est abandonné.

Le topique ainsi appliqué agit forcément sur la surface vaginale en même temps que sur le col.

Les topiques intra-utérins sont de préférence des liquides (voir au chapitre précédent les *Injections intra-utérines*), et les suppositoires, faits avec les mêmes substances et médicaments que pour le vagin; mais ils ont ici une

forme allongée qui leur a valu le nom de *crayons*, ou encore de *bougies*; d'une longueur de 7 centimètres environ, ils peuvent, après l'application du spéculum être introduits jusqu'au fond de l'utérus. Pour empêcher leur sortie on place sur le col un tampon vaginal, qu'on laisse six à huit heures en place.

Tous ces topiques, très employés il y a quelques années, sont actuellement beaucoup moins en faveur, on leur reproche avec raison de n'agir que superficiellement; néanmoins, dans certaines affections, la vaginite par exemple, ils constituent la base du traitement, et leur action est des plus salutaires.

IX

PESSAIRES

Par *pessaire*, on entend tantôt un médicament de forme consistante qu'on introduit dans le vagin où il doit fondre et agir comme topique (tels les suppositoires vaginaux), tantôt un instrument destiné à maintenir l'utérus.

Donc deux variétés de pessaires :

- Les uns *médicamenteux*;
- Les autres *instrumentaux*.

Les premiers ont été étudiés avec les topiques, inutile d'y revenir ici. Je me bornerai à l'étude des seconds, auxquels d'ailleurs on réserve presque exclusivement la dénomination de pessaires.

Il existe quatre variétés de pessaires instrumentaux :

- 1° Les *vagino-abdominaux*;
- 2° Les *vaginaux*;
- 3° Les *utérins ou intra-utérins*;
- 4° Les *combinés ou mixtes*.

Ces diverses appellations se définissent d'elles-mêmes.

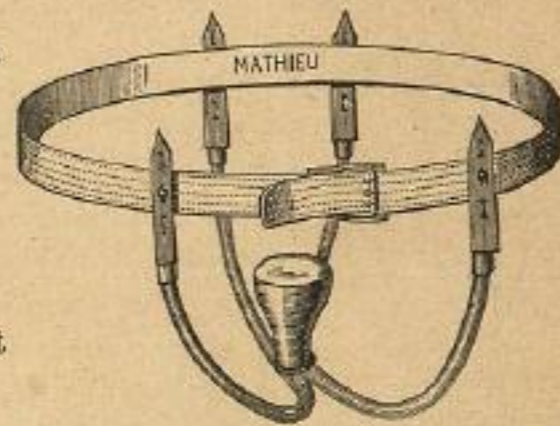


Fig. 64. — Pessaire vago-abdominal de Courty

Ces pessaires sont composés, ainsi que l'indique la figure 64, d'une pelote ou d'un anneau vaginal, fixé par des liens à une ceinture abdominale.

Il en existe de nombreux modèles; le plus simple est le meilleur, par exemple celui de Courty, représenté par la figure ci-jointe (fig. 64).

Ils sont destinés à remédier au prolapsus utérin.

2° *Pessaires vaginaux*. — Les pessaires vaginaux sont ceux qui ont le plus excité et tenté le génie inventif des gynécologues.