

sont entre le pubis et le sacrum, car la compression qu'il exerce dans ce dernier sens sur la vessie et le rectum, produit souvent des épreintes vésicales et intestinales, jusqu'à ce que ces organes y soient habitués.

« Les pessaires en *bondon* représentent assez bien un cône, traversé dans sa longueur par un trou; la base est en rapport avec l'utérus et le sommet est libre au dehors. La base peut être convexe, plane ou concave, suivant l'indication que l'on se propose: il vaut mieux, en général, qu'elle soit à cuvette dans le cas de descente de matrice. Le sommet présente deux anneaux ou deux prolongements latéraux qui servent à attacher les liens propres à fixer le pessaire à une ceinture.

« La plupart des pessaires que recommandent les accoucheurs anglais sont construits en bois de buis; leur forme est ovale ou ronde; plusieurs aussi ont la forme soit d'une boule, soit d'un œuf: l'intérieur de ces derniers est creux, ils offrent à leurs deux extrémités des trous qui sont destinés à l'écoulement des menstrues. Les pessaires *ovoïdes* et à *boule*, construits en buis, jouissent d'une grande vogue à Londres.

« Les pessaires en *bilboquet*, qu'on appelle aussi pessaires à *tige*, à *pivot* ou à *pétiole*, ont été imaginés, dans le siècle dernier, par Suret, de l'Académie de chirurgie (1), pour éviter la pression que les pessaires exercent ordinairement sur la vessie et sur le rectum, et pour mieux retenir la matrice dans les cas où les tubérosités des os ischionne pourraient supporter le pessaire. Les pessaires à tige ne diffèrent des ronds et des ovales qu'en ce qu'il part d'une de leurs faces trois branches qui, séparées par une distance égale, descendent et viennent se réunir à une tige unique plus ou moins longue, et percée d'un trou pour attacher des cordons destinés à fixer le pessaire à une ceinture ou à un bandage de corps, mais ces pessaires, que l'on construit en ivoire ou en gomme élastique, ne soutiennent la matrice que très-imparfaitement; leur point d'appui se trouvant à l'extrémité de la tige qui est hors de la vulve, la partie supérieure qui est évasée et dans laquelle est reçu le col utérin, est vacillante et peut, dans un mouvement brusque, abandonner cet organe. Ces pessaires peuvent, en outre, occasionner des accidents dans les chutes, et nuisent toujours au coït. Si le périnée est déchiré, les pessaires en bilboquet, quelque incommodes qu'ils soient, doivent être employés, parce qu'ils sont les seuls que la femme puisse supporter. On ne peut faire usage, dans cette circonstance, des pessaires ovales ou ronds, qui ne tiennent que parce qu'ils appuient sur le périnée. »

Un bon pessaire, dit sir Clarke, devrait réunir les avantages de la fermeté, de la légèreté et de la résistance du tissu, afin de ne point céder à la pression, de ne pas gêner par son poids, et de ne pas s'imbiber des liquides de sécrétion. Les pessaires de buis réunissent tous ces avantages,

(1) Suret, in Levret, *Sur les pessaires* (Journ. de méd., t. XXXIV, p. 449).

et, comme ce bois n'est pas rare, on peut se procurer facilement de ces pessaires.

On a essayé de construire un pessaire qui, une fois dans le vagin, pourrait s'étendre à volonté. Thomas Simson de Saint-Andrew en a imaginé un de ce genre, mais il n'a pas été généralement adopté (1).

M'Clintock a réussi avec une espèce de sac de caoutchouc vulcanisé. Il l'introduisait plié, et le pessaire se développait ensuite de lui-même par sa propre élasticité. M. Lund a proposé un ressort d'acier en spirale légèrement courbé et enfermé dans une enveloppe de caoutchouc, le tout maintenu par un bandage (2). [Coxeter en a construit un sur ce principe (fig. 176).] M. Scholefield (3), Read (4), et Ritchie (5), ont chacun inventé une nouvelle forme de pessaire.

Depuis quelques années, j'ai eu recours, pour des cas légers de prolapsus, aux anciens pessaires médicamenteux. Je fais fabriquer un petit sac de grosse mousseline de 3 pouces de long sur 1 de large, soit plus, soit moins, suivant le degré de relâchement du vagin. Je remplis ce sac d'écorce de chêne, de matico ou de noix de galle broyée. Je les trempe dans l'eau, je les frotte de cérat ou d'huile, et je les introduis dans le vagin. Au bout de deux ou trois jours je les retire et je fais introduire un nouveau sac par la malade elle-même.

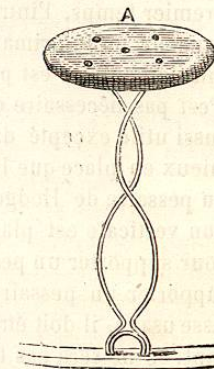


Fig. 176. — Pessaire à ressort de COXETER.

Ces petits sacs ressemblent aux sachets de Levret, et je suis heureux de m'appuyer sur l'autorité de Meigs (6) qui parle aussi très-favorablement de l'usage de ces pessaires.

J'ai fait usage d'un pessaire composé d'une mince lame de gutta-percha. Cette substance est très-malléable; je m'en suis bien trouvé: il est facile de l'introduire et il n'empêche pas le cours des menstrues.

C'est ici le lieu de reconnaître de nouveau la supériorité du pessaire de Hodge. En donnant plus de longueur à la portion verticale, on distend autant que cela est possible le cul-de-sac postérieur du vagin, et la forme même du pessaire le maintient en position.

Après le pessaire d'Hodge, celui auquel je donne la préférence est le pessaire circulaire de bois, de gutta-percha ou de caoutchouc.

(1) Th. Simson, *Edinburgh med. essays and observ.*, vol. III, p. 288; *Essays et observ.*, art. 18, p. 379. — Davis, *Obstetr. medic.*, plate XI, fig. 3. — *Commentarii de rebus in scientia naturali et medicina gestis*. Leipzig, vol. IX, part. I, p. 127.

(2) Lund, *Guy's Hospital Reports*, 1846.

(3) Scholefield, *Lancet*, 6 mai 1848.

(4) Read, *ibid.*

(5) Ritchie, *Ranking's Abstract.*, vol. X, p. 207.

(6) Meigs, *Females and their diseases*. Philadelphia, 1848.

Les pessaires ovales d'argent sont parfois utiles, il faut se rappeler que le métal peut être amené à l'épaisseur d'une feuille de papier à lettres sans perdre trop de sa solidité, et que l'on peut ainsi faire un pessaire de toute forme et excessivement léger.

Le mode d'introduction du pessaire est très-simple. La malade étant placée sur le dos ou sur le côté, l'instrument est présenté par son long diamètre à l'entrée de la vulve. Une fois introduit dans le vagin, on le retourne partiellement pour le placer en travers au-dessus des tubérosités de l'ischion. Si l'orifice du pessaire est assez large, on doit pouvoir passer le doigt à travers pour arriver jusqu'à l'orifice de l'utérus. Le premier temps, l'introduction, est douloureux, il doit donc être fait avec douceur en imprimant à l'instrument un mouvement de rotation. Le pessaire globulaire est plus facile à introduire, et, une fois dans le vagin, il n'est pas nécessaire de changer sa position, mais il ne m'a pas paru être aussi utile excepté dans les cas de déchirure du périnée; il tient alors mieux en place que les pessaires d'une autre forme. Pour l'introduction du pessaire de Hodge, le point principal est de bien s'assurer que la portion verticale est placée derrière le col. Quand le vagin est trop irritable pour supporter un pessaire d'une matière résistante, il peut ordinairement supporter un pessaire de gomme élastique. Quel que soit celui dont on fasse usage, il doit être retiré de temps en temps; si l'écoulement est abondant, ce ne sera pas trop que de le retirer une fois par mois, sinon il faudra le changer tous les trois ou six mois. Des conséquences très-sérieuses ont résulté de la négligence de cette précaution. Denman fait observer que les pessaires, une fois bien introduits, peuvent souvent être portés pendant plusieurs années de suite sans grand inconvénient, mais quelquefois, par suite de l'hypertrophie et de l'étranglement du col utérin dans l'anneau d'un pessaire resté longtemps en place, on en arrive à ne plus pouvoir le retirer. Dans ce cas il faut serrer fortement entre l'index et le pouce le col utérin jusqu'à ce qu'on en ait assez réduit le volume pour le dégager. Au besoin l'on fait glisser entre la circonférence interne du pessaire et le col un bout de ruban, et l'on tire au moyen de ce ruban en repoussant le col en arrière. Enfin, si tous ces divers procédés échouent, il faut couper la circonférence du pessaire avec de fortes pinces. Le pessaire globulaire peut toujours être retiré au moyen d'une pince (1).

On a fait diverses objections à l'emploi des pessaires. Après avoir vanté les injections et les toniques, Leake (2) fait remarquer que ces moyens sont, à tous les points de vue, préférables à ces instruments douloureux et repoussants appelés pessaires, et dont on a fait si souvent usage au détriment des malades; car, au lieu de fortifier une partie af-

(1) Denman, *Midwifery*, p. 67.

(2) Leake, *Diseases of women*, p. 136.

faible, ils ajoutent un nouvel inconvénient à ceux qui existent déjà, et ils sont par conséquent tout à fait nuisibles. Il formule ses objections sous trois chefs :

1° Si le pessaire est trop petit, il ne peut rester dans le vagin;

2° S'il est trop large, il cause une douleur vive et une leucorrhée abondante;

3° Il est arrivé, dans certains cas, qu'il a perforé la cloison et pénétré dans le rectum.

Annan, de Baltimore (1), dit à propos des pessaires : « Qu'un corps étranger pressant continuellement sur la muqueuse du vagin doit inévitablement développer de l'inflammation et que, dans beaucoup de cas, le pessaire est impossible à supporter. — L'ulcération est souvent le résultat de ce traitement, et l'on a vu une communication s'établir entre le rectum et le vagin, et le pessaire passer dans les intestins. Une autre objection est que le pessaire dilate le vagin, et qu'une fois enlevé, il laisse l'utérus en disposition plus favorable encore pour tomber en prolapsus. »

Annan avait fait construire un instrument dont la partie supérieure ressemble au ressort et à la courroie d'un bandage herniaire double, moins les tampons, et qui est destiné à embrasser le sacrum et les saillies de l'ileum. A ce ressort circulaire est attaché, à angle droit, un autre anneau d'une longueur suffisante pour gagner le bord antérieur du périnée, et se terminant par un tampon très-souple. Ce deuxième ressort avait une courbure telle, qu'il arrivait juste au devant des grandes lèvres. Cet appareil fut appliqué avec succès dans plusieurs cas.

Dieffenbach (de Berlin) a fait connaître son opinion sur la valeur des pessaires (2) : « J'ai vu souvent cet instrument donner lieu à des écoulements putrides très-abondants, porter quelquefois la dilatation du vagin à un point très-fâcheux, amener dans d'autres cas une rétraction funeste du même organe; enfin, quelquefois, être le point de départ de productions fongueuses ou cancéreuses de la membrane muqueuse. Quelquefois, j'ai pu extraire les pessaires avec mes doigts, mais souvent ils étaient recouverts de croûtes dures et résistantes, et j'étais obligé de les broyer avec de fortes pinces. Plusieurs malades ont souffert de violentes irritations de la vessie; d'autres, pendant des années, d'une constipation opiniâtre. » D'autre part, on ne peut nier cependant que les pessaires et les éponges ne soient utiles dans quelques cas, quand ils sont employés à propos par une main habile (3).

Hamilton (4) fait à l'usage des pessaires les objections suivantes :

1° Ils ne peuvent agir que comme palliatifs, quel que soit le degré de la maladie;

(1) Annan, *The American Journ. of med. sciences*, août 1836.

(2) Dieffenbach, *Berlin medizinische Zeitung*, 1836, n° 31.

(3) *Lancet*, 20 mai 1837, p. 303.

(4) Hamilton, *Practical observations*, p. 28, 29.

2° Ils déterminent de l'irritation dans le vagin et ils augmentent l'écoulement vaginal;

3° A moins d'être parfaitement placés, ils exercent sur les organes pelviens une compression nuisible;

4° S'ils ne sont pas très-souvent retirés et nettoyés, ils s'encroûtent de matières calcaires; ils deviennent une cause d'irritation;

5° Ils condamnent pour la vie la malade aux soins des médecins;

6° Enfin, de temps en temps, on rencontre des cas où, par suite de la déchirure du périnée, les pessaires sont entièrement inapplicables.

En l'un de ces derniers cas, l'auteur tenta un nouveau mode de traitement, il y a une vingtaine d'années. Il essaya de déterminer une inflammation de la surface interne du vagin, dans le but de déterminer des adhérences. Pour cela, il introduisit d'abord un emplâtre irritant, puis une autre fois un petit sac rempli de poudre d'alun. Une inflammation se produisit, en effet, mais il n'y eut pas pour cela adhérence. Ces tentatives ayant échoué, l'auteur fut amené, en face d'un très-mauvais cas, à conseiller une opération chirurgicale : la suture des parois vaginales. L'opération fut faite très-habilement par Liston, mais échoua; et les douleurs de la malade furent telles, que l'auteur se promit bien de ne plus jamais tenter semblable opération. Hamilton revint alors aux pessaires, mais après un accident très-grave qu'il eut l'occasion de voir, il les abandonna de nouveau et pour jamais. Depuis lors, il s'est contenté d'un bandage en T, avec un coussin placé à l'orifice du vagin, et ce moyen lui a parfaitement réussi, quel que soit le degré du prolapsus. Dans les cas plus graves, la bande est en toile fine, recouverte d'une mince peau de chamois. Dans les cas plus sérieux, il fait usage d'un ressort d'acier très-souple, comme celui des bandages ordinaires. Le coussin est bourré de crin de cheval et doit être de 6 pouces de long, sur 3 de large. L'épaisseur varie suivant les cas : plus les parties sont déplacées, plus le coussin doit être volumineux. Il faut porter cet appareil tant que la malade est hors du lit et tant qu'il existe un symptôme de la maladie. Du reste, il soulage notablement les malades, qu'il met en état de marcher, point si important pour le soulagement ou la guérison complète de la maladie. »

On peut donc résumer ainsi les objections faites aux pessaires :

1° Ils sont très-déplaisants;

2° Trop petits, ils tombent et ne servent à rien;

3° Trop grands, ils irritent le vagin et provoquent de la leucorrhée;

4° Ils donnent lieu à des inflammations, à des altérations, à des productions fongueuses;

5° Ils déterminent des écoulements putrides par le vagin;

6° Ils augmentent la dilatation du vagin;

7° Ils amènent la rétraction du même organe;

8° Après en avoir fait usage, les malades souffrent de cystite et de constipation;

9° Le pessaire s'encroûte facilement de matières calcaires, et il faut ensuite le broyer pour le retirer;

10° On a vu des pessaires perforer les parois vaginales et pénétrer dans le rectum.

A la première objection on peut répondre que les femmes n'ont rien à supporter qu'elles n'acceptent dans toutes les manœuvres de l'accouchement.

A la deuxième et à la troisième objection, on peut dire que, s'il y a erreur de dimensions, c'est la faute du médecin, et qu'avec un peu d'attention, on peut y remédier facilement.

Les quatrième, cinquième, huitième, neuvième, dixième objections n'ont de valeur qu'en cas de négligence grossière, et ne peuvent être acceptées comme un argument sérieux contre l'usage du pessaire.

Les sixième et septième objections ne peuvent être vraies toutes les deux à la fois. Sans aucun doute, un pessaire maintiendra dilatée la portion du vagin où il se trouve, mais tout aussi sûrement, l'orifice vaginal ne sera plus sans cesse distendu par le prolapsus utérin : et si, à chaque changement de pessaire on diminue le diamètre du nouveau pessaire, on pourra faire marcher concurremment le rétrécissement du fond du vagin et de l'orifice vaginal, et l'on finira par obtenir une guérison complète. Il ne faut donc pas accepter les yeux fermés toutes les objections faites à l'emploi des pessaires. Il y a positivement un grand nombre de faits parfaitement authentiques qui démontrent que, non-seulement ils ne sont pas nuisibles, mais encore qu'ils sont très-utiles, et qu'ils sont même préférables à toute autre espèce de traitement.

Je pense donc qu'on est en droit de poser les conclusions suivantes :

1° On peut appliquer un pessaire quand il n'y a ni irritation, ni inflammation, ni maladie organique de l'utérus, du vagin ou d'un organe voisin;

2° La dimension, la forme, doivent être adaptées avec soin à la dimension du bassin et aux circonstances particulières du cas actuel;

3° Une fois le pessaire mis en place, il faut surveiller avec soin la malade; s'il y a lieu, on retire l'instrument pour un moment, quitte à le ré-introduire ensuite. Blundell fait observer qu'au moment où l'utérus est replacé, il arrive souvent que la malade est prise de douleur et de fièvre; de sorte qu'au premier abord on peut craindre une inflammation abdominale. Si ces symptômes persistent quelque temps avec intensité, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de retirer le pessaire et de laisser les parties retomber. La saignée du bras, des sangsues sur l'abdomen, des fomentations émollientes, des cataplasmes, des purgatifs, sont les divers moyens à employer. Si les symptômes sont légers, que le pouls ne s'élève pas au-dessus de 100 ou de 105 pulsations à la minute, je serais d'avis, tout en faisant usage des moyens dont nous venons de parler, de laisser le pessaire en place, d'avoir soin seulement de vider la vessie pour faire de la

place. Du reste, s'il faut retirer le pessaire, ce ne serait que pour un temps; au bout de quelques semaines on y reviendrait, en ne le laissant d'abord que quelques heures de suite en place; peu à peu, on habitue les parties au contact d'un corps étranger, et les parties se replacent normalement (1);

4° Si la malade supporte bien d'emblée le pessaire, il n'en faut pas moins le retirer de temps en temps pour le nettoyer;

5° Autant que possible, à chaque déplacement du pessaire, il faut en introduire un neuf et d'un diamètre plus petit;

4° Le jour qui précède et le jour qui suit l'introduction d'un nouveau pessaire, il faut faire dans le vagin des injections vaginales astringentes ou même avec de l'eau froide.

Mais il y a des cas, ainsi que le fait observer Hamilton, où les pessaires ne peuvent être employés, et il est très-heureux alors que l'on ne soit pas sans autre ressource. On peut essayer la *bombe* du docteur Annan (2), le *support utéro-abdominal* de G. A. Hull (3), la *compresse* de Hamilton, ou l'*appareil compresseur* de P. E. Lionet (4). Chaque mode de traitement peut avoir ses avantages, mais le fond est toujours le même, un support au niveau de l'orifice interne. Avec ces moyens, on empêche le prolapsus utérin, mais la descente de matrice n'en existe pas moins; le soutien posé à cette place ne peut servir à rien pour maintenir l'utérus à la hauteur normale dans le bassin; l'organe n'en reste pas moins sur le plancher du périnée, et par suite même le vagin est maintenu dans un état de dilatation constant. Il me semble donc que le reproche adressé aux pessaires, de maintenir les parties dilatées, peut s'appliquer à cette méthode, seulement la dilatation est entretenue par l'organe déplacé, au lieu de l'être par un instrument. Cependant Annan et Hamilton vantent beaucoup les succès qu'ils ont obtenus.

Goodman (5) a essayé un petit ballon en caoutchouc vulcanisé muni d'un tube et d'un robinet; on l'introduit vide et on le gonfle en place. On fixe le tube sur la cuisse au moyen d'une bande (fig. 177).

[Le pessaire de Goodman, ici décrit, n'est autre que le pessaire à air de Gariel (6). Tout en donnant la préférence aux pessaires en forme de pelote, déjà figurés (p. 536), M. Gariel a imaginé, pour le prolapsus, des pessaires à réservoir d'air offrant toutes les formes anciennes: *Pessaire en gimblette*, *pessaire à cuvette droite ou oblique* (fig. 178 et 179). Ces instru-

(1) Blundell, *On diseases of women*, p. 35.

(2) Annan, *The American Journal of the med. Sciences*, août 1836 (*Froriep's Neue Notizen*, 4 juillet 1837, t. III, p. 96).

(3) G. A. Hull, *On the utero-abdominal supporter*. London, 1838.

(4) Lionet, *De l'origine des hernies et de quelques affections de la matrice*. Paris, 1847.

(5) Goodman, *Lancet*, 28 septembre 1839.

(6) Gariel, *Sur quelques appareils de caoutchouc vulcanisé* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1849-1850, t. XV, p. 986); *Des pessaires en général* (*Gaz. des hôpitaux*, 1852, n° 55, 61, 74).

ments sont préférables aux pessaires rigides en ce sens que leur introduction est plus facile, puisqu'on les introduit vides d'air et qu'ils sont insufflés en place; mais l'ouverture centrale devient inutile, puisque la pos-



Fig. 177. — Pessaire à air de GOODMAN.

sibilité de retirer le pessaire chaque jour permet aux mucosités utérines et au sang des règles de s'écouler aussi facilement qu'on le désire. Les

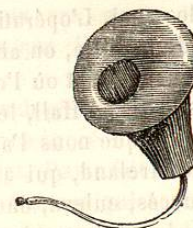


Fig. 178. — Pessaire GARIEL à cuvette droite.



Fig. 179. — Pessaire GARIEL à cuvette oblique.

pessaires à pelote ont l'avantage de s'accommoder à tous les déplacements possibles de l'utérus.

Bourjeaud (1) a proposé un pessaire (fig. 180) qui, par sa forme générale, se rattache à la classe des pessaires à tige, qui, par la forme particulière de sa pelote, appartient à celle des pessaires en gimblette, avec

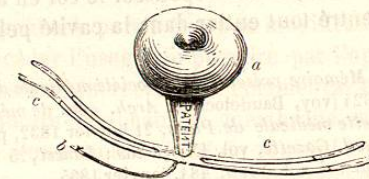


Fig. 180. — Pessaire à air de BOURJEAUD (*).

cette différence pourtant, quant à la tige, qu'au lieu d'être pleine elle est creuse, et qu'indépendamment de sa fonction de support, elle sert en même temps de canal pour l'écoulement des liquides utérins, et, quant au

(1) Bourjeaud, *De la compression élastique avec une note relative à un nouveau pessaire*. Paris, 1862.

(*) a, pelote en cuvette qui soutient largement le corps de l'utérus, et laisse libre le museau de tanche; le pédicule ou tige conique forme un prolongement de la cuvette; b, tube insufflateur; c, c, li-
snières élastiques au nombre de quatre, s'attachant à une ceinture.

corps même, qu'au lieu d'être seulement porté sur la tige, il fait corps avec elle et forme un canal continu].

Un procédé plus sûr et plus constant de guérison, c'est l'opération proposée pour la première fois par M. Romain Gérardin (1), et qui ressemble à l'opération adoptée par Hey et par Dupuytren pour la chute de l'anus. Cette opération a été pratiquée avec quelques modifications en Angleterre par Marshall Hall (2), Heming (3), Hayden et Ireland, en 1834 (4), en Allemagne par Dieffenbach (5), Fricke (de Hambourg) (6), Scanzoni (7) et Blasius (8), en France par Velpeau, en 1835 (9), Aug. Bérard (10), Roguetta, (11), Ph. J. Roux (12) et Stoltz, en Italie, par Bellini (13) et d'autres. L'*épisiographie*, c'est le nom donné à cette opération, consiste à retenir une bande de la membrane muqueuse vaginale et à réunir les deux lèvres de la plaie, de manière à rétrécir le canal. L'opération est facile. La malade étant placée dans la position de la taille, on abaisse l'utérus et on l'attire d'un côté ou de l'autre, suivant le point où l'on se propose d'enlever un lambeau de muqueuse. Dans le cas de Hall, le lambeau fut pris sur la paroi antérieure. Dieffenbach, ainsi que nous l'avons déjà vu, préfère enlever un lambeau de chaque côté. Ireland, qui a pratiqué deux fois cette opération, dont une fois avec succès, enleva, dans le premier cas, une large bandelette sur le côté, et, dans le second, une bandelette sur la partie antérieure et une autre sur la partie postérieure. L'opération peut être commencée, soit du côté du vagin, soit du côté de l'utérus, il faut avoir grand soin de n'intéresser que la membrane muqueuse et éviter surtout la vessie. Le lambeau doit être de forme triangulaire, le sommet tourné vers l'orifice de l'utérus. Trois fils suffisent en général, et il faut les introduire tous avant de commencer la suture. Le premier à serrer est celui qui est le plus près de l'orifice extérieur; à mesure que l'on serre les fils, il faut repousser le col en arrière, de telle sorte que l'organe soit rentré tout entier dans la cavité pelvienne avant que le

(1) Romain Gérardin, *Mémoire présenté à la Société médicale de Metz en 1823; à l'Académie de médecine en 1824* (voy. Baudelocque, *Arch. gén. de méd.*, t. VIII, p. 132).

(2) Marshall Hall, *Gazette médicale de Paris*, 21 janvier 1832, p. 32.

(3) Heming, *London med. Gazette*, vol. IX, p. 269; *Lancet*, 25 mai, 1^{er} juin 1839.

(4) Ireland, *Dublin Journal*, vol. VI, p. 484, janvier 1835.

(5) Dieffenbach, *Berlin med. Zeitung*, 1836, n° 31.

(6) Fricke, *Annalen der chirurg. Abtheil. des allgem. Krankenhauses*. Hambourg, 1833, t. II, p. 142.

(7) Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels*, trad. française. Paris, 1858.

(8) Blasius, *Neues Verfahren bei Gebärmutter Vorfällen* (Preuss. Vereines Zeit., 1844, n° 41).

(9) Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, 2^e édition. Paris, 1839, t. IV, p. 364.

(10) Aug. Bérard, *Gazette médicale*, 21 novembre 1835.

(11) Roguetta, *Bulletin de thérap. méd.-chir.*, septembre 1835.

(12) Roux, *Quarante années de pratique chirurgicale*. Paris, 1854, t. I, p. 450.

(13) Bellini, *Bolletino delle scienze med.*, janvier 1836; *De la colpodesmographie* p. 35.

dernier point de suture soit arrêté. Dans la majorité des cas il n'y a pas d'hémorrhagie: une fois cependant j'en ai vu une qui a failli devenir fatale quelques heures après l'opération. Pour se mettre en garde contre cet accident, il est bon de ne serrer les fils ou de ne réduire le prolapsus que plusieurs heures après les incisions. La malade n'accuse pas de douleur pendant l'excision, excepté au moment où l'on coupe près de l'orifice externe. Plus tard elle se plaint de douleur et de chaleur dans le vagin et d'un peu d'écoulement. La vaginite peut se déclarer et forcer à l'enlèvement des fils ainsi qu'à l'emploi des antiphlogistiques. Dans les cas ordinaires, les fils tombent à des époques qui varient du quinzième au vingtième ou trentième jour. Des injections froides seront faites deux ou trois fois par jour, le régime sera modéré, la malade gardera un repos absolu. Deux ans après l'opération, une malade de Hall, examinée, on constata que l'utérus et la vessie étaient parfaitement remis à leur place.

Dieffenbach cite un grand nombre de femmes qui furent complètement guéries par ce procédé.

A ce sujet, Davis fait observer que cette opération ne peut être applicable aux femmes qui sont encore en âge d'avoir des enfants, vu qu'un rétrécissement semblable du vagin rendrait le travail difficile et même dangereux. Sans doute que l'expérience viendra modifier l'opération dont nous venons de parler (1).

Sur ce même point, Cross fait remarquer que dans un grand nombre de cas ce résultat lui a été favorable, et le plus zélé prôneur de la méthode, le docteur Fricke, rapporte un cas d'épisiographie chez une femme qui devint plus tard enceinte et qui accoucha avec le forceps sans qu'on fût obligé de faire aucune section (2). Sur quatre opérées, Fricke en a guéri trois (3).

La méthode de Langenbeck paraît être une modification de ce procédé. Il propose de faire précéder l'usage du pessaire par l'opération suivante: après avoir vidé la vessie et le rectum, je commençai par enlever sur la paroi gauche du vagin un lambeau de membrane muqueuse ayant la forme et la dimension d'une moitié d'œuf de poule. La petite extrémité de l'ellipse était placée en arrière, la portion ovale en avant tout près des lèvres, je plaçai alors cinq forts points de suture de chaque côté, les deux points postérieurs furent appliqués les premiers, puis l'utérus réduit à sa position normale, et seulement alors les derniers points de suture furent appliqués. Sans cette précaution il aurait peut-être été impossible de ré-

(1) Davis, *Obst. med.*, vol. I, p. 567.

(2) Ce cas a été publié par le docteur Platt, *Zeitschrift für die gesammte Medizin*, t. II, p. 142; *Gazette médicale de Paris*, 1839.

(3) Fricke, *Transactions of the Provincial med. and chir. Association*, vol. V, p. 92; *Annalen der chirurg. Abtheil. des allgem. Krankenhauses in Hamburg*, 1833; *Gaz. med.*, 1835, p. 249-268.

duire ensuite l'utérus. A la suite de cette opération, la malade eut de la fièvre, quelques douleurs dans le vagin, on appliqua un traitement antiphlogistique, des injections froides répétées toutes les heures, le premier jour, et finalement la malade guérit complètement. Dieffenbach a refait plusieurs fois cette opération et toujours avec succès. Il posait très-peu de points de suture, généralement trois, quelquefois pas un seul. Une fois l'utérus réduit, il arrive souvent que les bords de la plaie viennent se mettre en contact.

Il est un procédé encore plus simple, c'est, une fois l'utérus réduit, de saisir un pli du vagin entre les pinces de Museux, et de le couper. Mais il faut toujours prendre garde de ne pas blesser la vessie ou le rectum. Il ne faut pas entamer cette opération avant de s'être assuré que ni l'utérus, ni ses appendices, ni les organes environnants ne sont malades. Il ne faudrait pas non plus l'entreprendre chez une femme d'un âge avancé.

Dans les cas d'hypertrophie longitudinale, Huguier (1) propose d'enlever le col au premier degré, et, quand on en est au second degré, d'enlever avec le col une partie du corps. Il dit avoir réussi dans treize cas. Dans le premier cas, on peut se servir de l'écraseur ou de la ligature ordinaire, ou du bistouri; dans le deuxième, après avoir adapté le procédé de Marion Sims, on met au contact les bords de la plaie à l'aide d'une suture, et on laisse un cathéter dans le col utérin pour le maintenir perméable. Je dois du reste renvoyer au mémoire de Huguier pour de plus amples renseignements, [[ainsi qu'à l'article qui a été consacré spécialement à l'étude de cet allongement hypertrophique, et où les détails de l'opération ont été exposés]].

On a fait différents essais pour arriver à diminuer le calibre du vagin (2) et faire adhérer les parois opposées. On a généralement échoué à cause du peu de disposition qu'ont les membranes muqueuses à s'unir. En 1833, Laugier a cautérisé une large bande de membrane muqueuse du vagin avec du nitrate acide de mercure. Benj. Philipps (3), avec de l'acide nitrique. Dans deux ou trois cas, j'ai réussi en cautérisant légèrement avec de l'acide nitrique, et en introduisant un sachet de matico qui resta quelque temps en place, la malade gardant la position horizontale. L'acide doit être appliqué très-légèrement de manière à irriter la membrane sans faire plaie. Une application de fer rouge a été aussi proposée et essayée par Laugier (4) : Evary Kennedy (5) a usé de ce procédé avec succès.

(1) Huguier, *Sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus* (Mém. de l'Acad. de méd. Paris, 1859, t. XXIII, p. 433).

(2) Voyez Pauli, *Hente und Pfeuffer Zeitschr.*, t. III. — *Med. chir. Rev.*, avril 1839, p. 610. — Bellini, *Annali univ. de medicina*, juillet et août 1836.

(3) Philipps, *Med. Gaz.*, 18 mai 1839, p. 283; *London Med. Gaz.*, t. XXIV, p. 494.

(4) Laugier, *Cautérisation du vagin au fer rouge* (*Encycl. des sciences méd.*, vol. XXXVII, p. 192, septembre 1835).

(5) E. Kennedy, *Lancet*, 1839, t. II, n° 12.

A. Desgranges (de Lyon) a préconisé l'application de dix ou douze serre-fines à la partie supérieure du vagin, elles déterminent de l'inflammation et même une plaie qui, en se guérissant, entraîne le rétrécissement du canal.

[Les instruments que Desgranges emploie pour cela sont des pinces (fig. 181) longues de 70 à 75 millimètres, recourbées sur le plat, à branches croisées et dont l'extrémité est garnie de dents ou de pointes, de véritables serre-fines, et un autre instrument appelé *tenette à gouttière* (fig. 182), pour porter et introduire les pinces. On introduit d'abord dans le va-

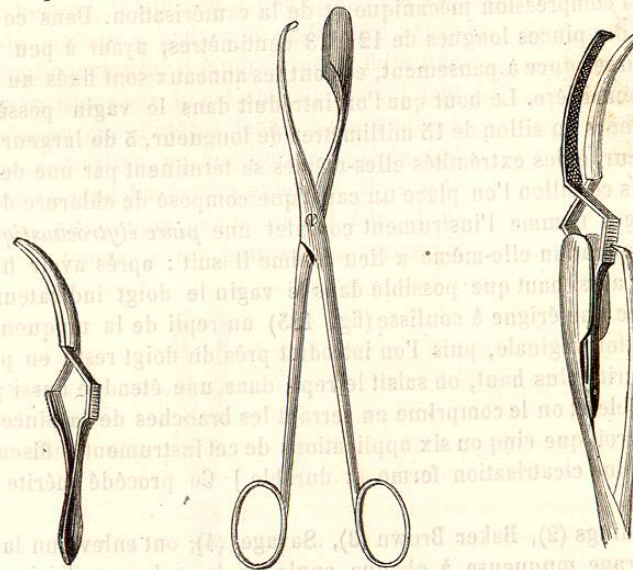


Fig. 181. — Pince vaginale de DESGRANGES.

Fig. 182. — Tenette à gouttière de DESGRANGES pour le pincement du vagin.

Fig. 183. — Tenette à gouttière avec la pince vaginale, prête à être portée dans le vagin.

gin un speculum trivalve, puis on place avec le porte-pince ou tenette composée de deux branches, dont l'une est munie d'un ressort sur lequel vient se fixer l'autre branche et qui sert à maintenir la pince ouverte, ces grandes serre-fines (fig. 183) dans les endroits du vagin où l'on peut les appliquer, de telle sorte qu'il y en ait deux ou trois dans chaque intervalle entre les valves du spéculum. On commence toujours par la paroi postérieure du vagin et toujours par la serre-fine la plus rapprochée de la vulve; sur la paroi antérieure, au contraire, on place d'abord la pince la plus élevée. Ayant éloigné le spéculum, on introduit dans le vagin un *pistil*, muni d'un bouton en forme d'olive, repoussant de bas en haut le fond du vagin et fixé extérieurement au moyen d'un bandage. La malade reste alors tranquille dans une position horizontale, couchée sur le dos. Les petites pinces tombent d'elles-mêmes du cin-