

Ch. Meigs modifia cet instrument, en le convertissant en cercle de deux ou trois pouces (fig. 569). Fait avec un ressort de montre recouvert de gutta-percha, on l'introduit en le comprimant latéralement. Il agit comme celui de Hodge, et plus efficacement encore. M. Marion Sims en a fait construire en étain. Il faut alors les mouler avec beaucoup de soin pour chaque cas particulier.

Afin de parer aux divers inconvénients des pessaires : difficulté d'introduction, enlèvements fréquents pour le nettoyage, déplacements, compression, ulcérations etc., M. Gariel (*Gazette des hôpitaux*, 1852, nos 55, 61, 74) a proposé un pes-

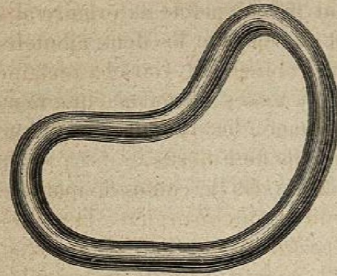


Fig. 569.

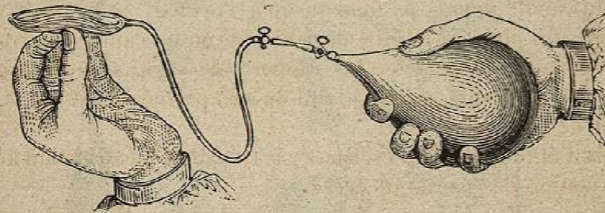


Fig. 570.

saire en pelote, composé de deux réservoirs d'air en caoutchouc vulcanisé mis en communication par un tube garni de deux robinets.

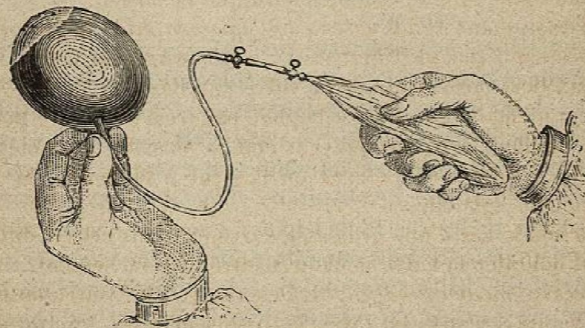


Fig. 571.

L'un des réservoirs, vidé d'air et réduit à un très-petit volume (fig. 570), est facilement introduit dans le vagin et conduit jusqu'au

col de l'utérus. On ouvre alors les robinets, et pressant avec la main sur le réservoir extérieur, on fait passer l'air qu'il contient dans le réservoir vaginal (fig. 571). Lorsque celui-ci est suffisamment gonflé, on ferme les robinets et l'on fixe la pelote extérieure aux vêtements, ou on l'enlève totalement en séparant les deux ajutoirs dont le tube est muni entre les deux robinets. M. Gariel a imaginé des pessaires à réservoir d'air offrant toutes les formes que nous avons décrites, mais sans grand avantage, les pessaires en pelote étant applicables à tous les déplacements de l'utérus.

Si l'on veut tenter la guérison radicale des descentes de matrice, quatre méthodes générales se présentent au chirurgien : la *cautérisation*, l'*excision*, la *ligature*, l'*occlusion partielle de la vulve*.

*Cautérisation.* Gérardin, en 1823, comprit l'utilité de la cautérisation, appliquée dix ans plus tard par M. Laugier. On s'est servi de différents caustiques, depuis le nitrate acide de mercure jusqu'au fer rouge. L'opération est simple : un spéculum brisé est introduit dans le vagin ; le chirurgien porte alors, soit sur les deux côtés du canal, depuis le fond jusqu'à l'orifice, soit sur la ligne médiane, un pinceau imbibé de caustique ou un cautère en roseau.

Il importe de se rappeler les rapports du vagin avec les organes voisins, et particulièrement le cul-de-sac périméal postérieur, afin d'éviter de graves dangers.

Après l'élimination des eschares, le travail de cicatrisation amène la coarctation des points ulcérés.

*Excision.* L'excision partielle et longitudinale de quelques plis du vagin conduit au même résultat, mais avec moins de certitude.

*Ligature.* La ligature, proposée par Bellini pour produire la mortification des lambeaux de la muqueuse vaginale, est plus difficile à pratiquer, plus longue et moins sûre que l'excision.

*Rétrécissement de la vulve, ou épisiographie.* L'épisiographie, imaginée par Frick (de Hambourg), consiste à aviver la face interne des deux tiers postérieurs de la vulve par l'excision d'une bandelette tégumentaire et à réunir la plaie par trois ou quatre points de suture simple. Ce chirurgien crut établir ainsi un obstacle insurmontable à l'issue de l'utérus en laissant à la femme la faculté des fonctions sexuelles.

On a cité le cas d'une grossesse survenue dans ces conditions, et il fallut débrider la vulve pour permettre l'accouchement.

*Rétrécissement du vagin.* M. Desgranges (de Lyon) a eu recours à de grosses serres-fines, avec lesquelles il saisit huit ou dix plis du vagin sur divers points, après la réduction de l'utérus. La femme doit rester couchée, le bassin légèrement élevé, jusqu'à la chute spontanée des serres-fines, dont on renouvelle deux ou trois fois