CHAPITRE VIII.

Application des bandages herniaires.

A. *Bandages herniaires.*

A. *Bandages herniaires.*—Les bandages herniaires ou brayers sont des cerceaux élastiques, terminés à une de leurs extrémités par une pelote, et destinés à contenir les hernies. Ces brayers doivent tous avoir une longueur suffisante pour embrasser tout le bassin à l'aide d'une courroie attachée à une des extrémités qui vient croiser la pelote, et se fixer sur celle-ci au moyen de petits crochets qu'elle supporte.

Les brayers sont composés : 1° d'un *ressort d'acier* courbe, pouvant s'adapter autour du bassin, et légèrement tordu sur lui-même; 2° d'une *pelote* de forme variable dans les diverses espèces de bandages : cette pelote est supportée par un ressort d'acier, qui souvent présente, au point où elle se trouve fixée, une partie plus étroite et légèrement tordue, désignée sous le nom de *col;* 3° d'une garniture de peau de daim qui enveloppe le ressort et la pelote; 4° enfin des *sous-cuisses* servent à fixer le bandage.

Il y a trois espèces principales de bandages : l'*inguinal*, le *crural* et l'*ombilical*.

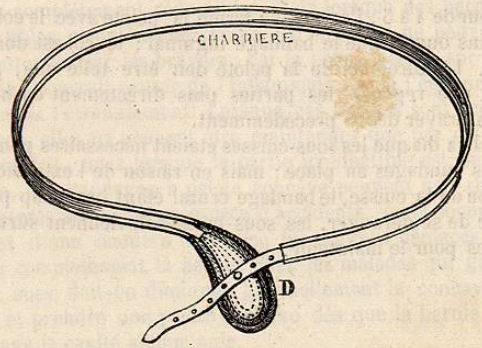
On a imaginé des bandages de plusieurs formes; je ne les décrirai pas, me contentant de parler de ceux qui sont principalement employés dans les hôpitaux : je veux dire les bandages désignés par M. Gerdy sous le nom de *bandages à pelotes épaisses*. Je renverrai pour plus de détails au *Traité des pansements et de leurs appareils*, par M. Gerdy, tome Ier, 2e édition, page 303 et suivantes.

1° *Bandage inguinal* (fig. 111).— Il sert à contenir les hernies inguinales; la torsion du ressort doit être telle qu'il existe entre la partie qui sera appliquée sur la hernie et celle qui doit porter sur la dépression sacro-lombaire un écartement de 6 centimètres environ.

La pelote est immobile sur le ressort; elle a la figure d'un demi-ovale, dont la grosse extrémité correspond au pilier interne de l'anneau; elle doit être dirigée de telle sorte qu'elle appuie d'avant en arrière, de bas en haut et un peu de dedans en dehors, dans la direction du canal inguinal; elle prendra toujours un point d'appui solide sur le pubis, afin que la hernie ne glisse

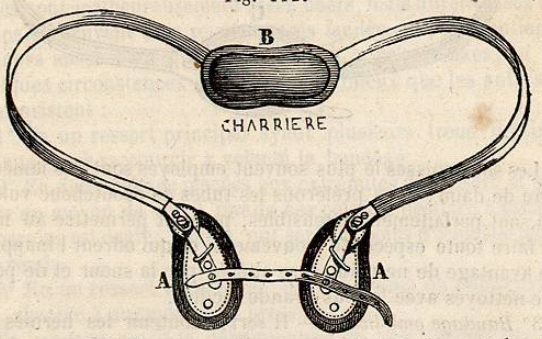
pas entre l'os et la pelote. La face postérieure est convexe, plus épaisse au centre que sur la circonférence; mais toutefois elle présentera une épaisseur plus grande en bas qu'en haut, afin de s'opposer au passage de la hernie au-dessous de la pelote.

Fig. 111.



On fabrique encore des bandages inguinaux à deux pelotes, lorsqu'on veut contenir avec le même bandage une hernie de chaque côté; ceux-ci sont fortement courbés en avant des pubis, afin de permettre à la saillie de ces os de laisser les muscles droits de l'abdomen passer facilement au-dessous du ressort; ils

Fig. 112.

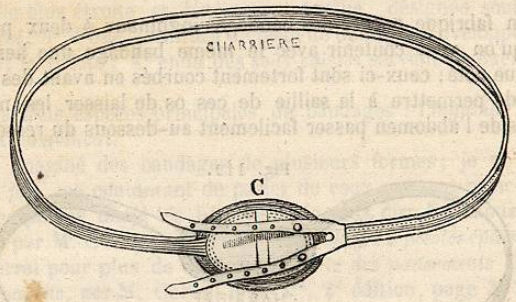


s'appliquent difficilement, et compriment inégalement les deux hernies : aussi conseille-t-on de placer le ressort du côté de la hernie qui a le plus de tendance à sortir. Le bandage inguinal double (fig. 112) lui est préférable.

2° *Bandage crural.* — Destiné à contenir les hernies de ce nom, il est, comme le précédent, formé d'un ressort en demi-cercle, qui embrasse la hanche du côté malade. Le col est plus court que celui du bandage inguinal ; car la hernie crurale est en dehors de la hernie inguinale ; la pelote est ovalaire, à grosse extrémité en bas ; sa hauteur est de 7 à 8 centimètres environ, sa largeur de 4 à 5 ; l'angle que forme la pelote avec le col est un peu moins ouvert que le bandage inguinal ; le col est donc plus oblique. La direction de la pelote doit être telle que, par son ressort, elle repousse les parties plus directement en haut que celle du brayer décrit précédemment.

J'ai déjà dit que les sous-cuisses étaient nécessaires pour maintenir les bandages en place ; mais en raison de l'extension et de la flexion de la cuisse, le bandage crural étant beaucoup plus susceptible de se déranger, les sous-cuisses deviennent surtout nécessaires pour le maintenir.

Fig. 113.



Les sous-cuisses le plus souvent employés sont des lanières de peau de daim ; nous préférons les tubes de caoutchouc vulcanisé qui sont parfaitement extensibles, peuvent permettre au malade de faire toute espèce de mouvement, et qui offrent l'inappréciable avantage de ne point être altérés par la sueur et de pouvoir être nettoyés avec la plus grande facilité.

3° *Bandage ombilical.* — Il sert à contenir les hernies ombilicales, congénitales ou accidentelles, et les hernies peu volumineuses de la ligne blanche. Comme les précédents, il se compose d'un ressort demi-circulaire devant embrasser la moitié du tronc, et terminé par une courroie qui doit en achever le tour. Il n'a

pas de col oblique ; sa pelote demi-circulaire, très large, très épaisse au centre, et beaucoup plus mince sur les bords, est courbée dans toute son étendue suivant une direction horizontale (fig. 113).

Tous les bandages dont nous venons de parler ont leur pelote convexe ; ils ne doivent être appliqués que pour maintenir les hernies complétement réductibles. Mais lorsque des hernies sont irréductibles complétement ou en partie, elles ne peuvent plus être contenues par les brayers ; car la pelote, pesant sur la partie déplacée, pourrait causer de l'inflammation, de l'engouement et quelquefois l'étranglement. Lorsque ces hernies sont très volumineuses, elles ne peuvent être maintenues que par un suspensoir bien fait ; mais lorsque la partie irréductible est peu considérable, des bandages à pelote concave peuvent non seulement les contenir sans aucune espèce d'accidents, mais encore, comprimant d'une manière uniforme les organes déplacés, ils font rentrer complétement la hernie chez les malades qui gardent le repos ; aussi doit-on diminuer graduellement la concavité de la pelote et prendre une pelote convexe dès que la hernie est rentrée dans la cavité abdominale.

On a imaginé des bandages à pelotes mobiles, afin qu'elles puissent se prêter à tous les mouvements sans cesser de comprimer la hernie. Ces bandages sont fort ingénieux, fort commodes, et la mobilité des plaques, que l'on pourrait croire nuisible pour une contention parfaite, la favorise au contraire ; car elle permet de comprimer, quelle que soit la position du malade. Ces bandages sont malheureusement assez chers, mais durent assez longtemps et peuvent être regarnis très facilement ; ils contiennent toujours aussi bien que les bandages à pelotes fixes, et dans quelques circonstances ils contiennent mieux que les autres (1). Ils consistent :

1° En un ressort principal ayant plusieurs trous destinés à allonger ou à raccourcir à volonté le bandage.

2° En deux pelotes placées aux extrémités du ressort et contenues au moyen de vis. L'une de ces pelotes, destinée à maintenir la hernie, est ovale ; l'autre, qui sort du point d'appui en arrière, est ronde.

3° En un ressort additionnel, mis au-dessus du ressort principal, destiné à augmenter la pression.

Ce bandage reçoit la dénomination de *côté opposé*, parce que

(1) Gerdy, *loc. cit.*, t. Ier, p. 329.

son ressort est construit de telle manière qu'il doit être appliqué sur la hanche opposée à celle où la hernie est située.

La plaque de devant sera placée sur l'ouverture herniaire, et toujours dans le sens du pli de la cuisse.

La plaque de derrière doit être mise à la base de la colonne vertébrale en arrière du sacrum.

Le ressort de ce bandage est construit de telle manière qu'il ne comprime pas la hanche, et que la pression s'exerce seulement d'avant en arrière. M. Wickham a modifié ces appareils en appliquant au ressort du bandage une vis de pression au moyen de laquelle on peut augmenter ou diminuer la pression, lorsque le bandage est appliqué.

B. *Application des bandages herniaires.*

Pour appliquer les bandages herniaires, on fait coucher le malade ; on réduit complétement la hernie, et le doigt étant appliqué à l'ouverture de l'anneau afin d'empêcher les viscères de sortir de nouveau, on déploie le bandage, dont on placera l'extrémité postérieure en arrière pendant que la plaque est ramenée sur la hernie, et l'on retire la main au fur et à mesure qu'on fait avancer la pelote sur l'anneau. On ramène ensuite la courroie en avant, et on la fixe solidement aux clous ou aux crochets qui sont sur la face externe de la plaque. Lorsque des sous-cuisses sont nécessaires, ils doivent être placés immédiatement. Quand le bandage est posé, on fait lever le malade, on examine si la plaque est bien ajustée sur l'anneau, si le ressort s'adapte convenablement au contour de l'os des iles : on le fera tousser afin de s'assurer si la hernie est bien maintenue.

Tout bandage herniaire doit tenir du premier coup ; il faut qu'un déplacement de 3 ou 4 lignes ne nuise pas à son efficacité ; car si un bandagiste s'est trompé en le plaçant, comment espérer que les malades, qui sont loin d'avoir les connaissances nécessaires, éviteront toujours ce léger déplacement (1).

L'usage des brayers est quelquefois suivi de gêne dans les premiers jours de leur application ; mais au bout de quelque temps, le malade s'y accoutume ; il peut même facilement conserver son bandage pendant la nuit. Les accidents qui peuvent résulter de l'emploi d'un bandage trop serré sont le gonflement inflammatoire du scrotum et du testicule, des varices du cordon, quelquefois même la gangrène de la peau et des parties sous-

(1) Malgaigne, *Leçons cliniques sur les hernies*, p. 164.

jacentes : dans ces circonstances, on cessera l'usage du bandage, si ces accidents étaient trop graves ; s'ils l'étaient moins, on se servirait d'un brayer moins serré.

Chez les sujets trop maigres, dont le ventre est déprimé, la pelote se trouve portée en haut par les mouvements de flexion de la cuisse ; alors les sous-cuisses sont indispensables. On a prétendu que, chez ces mêmes individus, une pelote trop convexe écartait l'ouverture de l'anneau.

Chez ceux qui sont trop gras, le bandage, repoussé par la saillie du ventre, peut descendre au-dessous de la hernie ; on soutient alors la pelote par des scapulaires.

Les bandages herniaires peuvent aussi amener la cure radicale des hernies lorsque le sujet est jeune et tranquille et que la maladie est récente.

Le malade devra conserver son bandage le jour et la nuit, car le moindre effort ferait sortir l'intestin, qui pourrait s'étrangler. Ce n'est d'ailleurs qu'en conservant constamment un bandage que l'on peut espérer obtenir la guérison radicale d'une hernie. Il devra également éviter tout effort violent, et s'il se trouvait forcé par les circonstances, une main appliquée sur la pelote la maintiendrait solidement fixée, afin que l'intestin ne la fasse pas céder. La même précaution devra être prise dans les efforts de vomissements et de défécation.

Il arrive quelquefois que les malades, afin d'éviter la gêne que leur cause un bandage, dont la garniture est altérée par la sueur, appliquent la pelote par-dessus leur chemise. La chemise se déplace fort souvent, le bandage contient mal la hernie ; il vaut beaucoup mieux envelopper la pelote et toute la garniture d'un morceau de linge fin, que l'on renouvelle toutes les fois que des soins de propreté l'exigent.

Souvent les hernies ne peuvent être facilement réduites. Je ne parle pas ici des hernies rendues irréductibles par les adhérences de l'intestin avec le sac, ni parce qu'elles sont trop volumineuses, mais bien des hernies étranglées. Dans ces circonstances, il faut tenter la réduction par des moyens plus violents. L'un consiste à repousser l'intestin dans la cavité abdominale à l'aide du taxis ; l'autre, c'est l'opération de la hernie étranglée ; opération qui consiste à couper l'anneau ou le collet du sac qui, par la constriction qu'ils exercent sur l'anse intestinale herniée, s'opposent à sa rentrée dans le ventre. Nous ne nous occuperons ici que du *taxis*.

§ 1. — Taxis.

Nous distinguerons trois espèces de taxis : le *taxis simple*, le *taxis prolongé* et le *taxis forcé*.

A. *Taxis simple.*

1° *Position du malade.* — Avant de commencer cette opération, on aura soin de mettre les parties dans le plus grand relâchement possible. Le malade sera couché sur le dos, la tête fléchie sur le thorax, car même les sterno-cléido-mastoïdiens doivent être relâchés; le thorax sera légèrement fléchi sur le bas-ventre, les cuisses sur le bassin, mais non écartées ; en même temps, on recommandera au malade de ne faire aucun effort. D'autres moyens seront ajoutés afin d'empêcher la contraction spasmodique des muscles : tels sont les bains, les inhalations anesthésiques, les narcotiques pris à l'intérieur ; les lavements de tabac sont encore employés comme stupéfiants ; enfin, une saignée, qu'on laissera couler jusqu'à la syncope, sera aussi un puissant auxiliaire pour faciliter la réduction de la hernie. Le plus souvent, les bains ajoutés à la position sont suffisants.

La cavité abdominale, et par conséquent l'orifice de l'anneau, seront mis dans une position déclive par rapport à la tumeur. Fabrice d'Aquapendente renversait son malade la tête en bas. Il dit : « Il faut pendre le malade par les pieds et par les mains » et le secouer souvent, ayant le corps renversé et la teste en bas (1). » La position déclive de l'abdomen favorisera singulièrement la rentrée des viscères ; car, d'une part, ceux-ci seront entraînés en bas par leur propre poids, et seront encore tirés par la contraction des intestins ; d'autre part, le chirurgien aura une force de moins à vaincre, c'est-à-dire la pression que les organes restés dans la cavité exercent sur ceux qui sont sortis.

2° *Direction des efforts de réduction.* — Pendant l'opération, on fera attention à diriger les efforts de réduction dans la direction des anneaux, c'est-à-dire que les viscères doivent être repoussés en sens inverse de la marche qu'ils ont suivie. Il ne faut pas oublier que lorsque les hernies sont anciennes et volumineuses, les anneaux se déforment, leur trajet devient de moins en moins oblique; aussi cette circonstance doit-elle toujours entrer en ligne de compte quand on veut pratiquer le taxis.

Examinons dans quelle direction doivent être dirigés les efforts.

(1) Fabrice d'Aquapendente, *Œuvres chirurgicales*, p. 191. Lyon, 1649.

a. *Taxis de la hernie inguinale.* — La hernie inguinale se distingue des autres par les caractères suivants : elle se présente sous la forme d'une tumeur peu élevée située au-dessus de l'arcade crurale, étendue obliquement de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'anneau inguinal ; tantôt elle s'arrête au pli de l'aine, dans ce cas elle a reçu le nom de *bubonocèle ;* tantôt elle pénètre dans les bourses, elle est alors appelée *oschéocèle.* La tumeur est piriforme, à grosse extrémité dirigée en bas ; si l'on place le doigt sur l'épine du pubis, on sentira le pédicule de la tumeur au-dessus du doigt, caractère qui la fera toujours reconnaître de la hernie crurale.

Pour réduire ces hernies, le malade sera placé comme nous l'avons dit plus haut, de manière que tous les muscles soient dans le relâchement; le chirurgien se place du côté correspondant à la tumeur; passe sa main sous la cuisse du côté malade; dirige les efforts obliquement de bas en haut, de dedans en dehors et un peu d'avant en arrière; si la tumeur est interne, c'est-à-dire située en dedans de l'artère épigastrique, la direction serait un peu plus d'avant en arrière et moins oblique en dehors. Il en est de même lorsque la maladie est ancienne et que la hernie est très volumineuse.

b. *Taxis de la hernie crurale.* — La hernie crurale est plus difficile à reconnaître au début que la hernie inguinale ; car elle se trouve profondément cachée sous l'arcade crurale ; on ne peut la trouver qu'en inclinant en avant le tronc du malade, en lui faisant fléchir les cuisses et tourner un peu en dedans : alors on peut, si l'on porte le doigt dans la direction du canal crural, constater la présence de la tumeur.

Lorsqu'elle fait saillie à la partie antérieure de la cuisse, elle se présente sous la forme d'une tumeur globuleuse arrondie placée sur la partie moyenne et un peu interne de la cuisse ; quelquefois elle remonte vers la partie supérieure du membre ; mais sa forme, car elle est allongée transversalement, sa situation au-dessous du cordon spermatique et la position de son pédicule au-dessous du doigt placé sur l'épine du pubis, la distinguent facilement de la hernie inguinale arrêtée au pli de l'aine. Le rapprochement des deux anneaux chez la femme, la non-existence du cordon testiculaire, rendent le diagnostic plus difficile chez celle-ci que chez l'homme.

Pour réduire cette hernie, après avoir mis les muscles dans le relâchement afin de donner aux anneaux la plus grande largeur possible, on tentera de repousser l'intestin dans l'abdomen ; si la tumeur est peu volumineuse, si elle est encore dans l'infundi-

bulum, les efforts de réduction devront être dirigés de bas en haut et un peu de dedans en dehors; si la tumeur s'était recourbée, il faudrait alors la porter en arrière; et quand l'orifice externe du canal inguinal serait franchi, elle serait portée dans la direction que nous venons d'indiquer.

c. *Taxis de la hernie ombilicale.* — La hernie ombilicale ne peut être confondue avec aucune autre hernie. Il en est de deux espèces : les unes *congénitales*, que l'on rencontre chez les enfants; d'autres *accidentelles*, qui se font au pourtour de l'anneau ; à cette espèce de hernies doivent être rattachées celle de la ligne blanche, les éventrations.

La réduction de cette hernie ne présente aucune difficulté. Si la tumeur est peu volumineuse, on dirigera les efforts d'avant en arrière; dans le cas contraire, on presserait un peu de bas en haut. Quelquefois le peu de résistance de la paroi abdominale la fait fuir sous les efforts du chirurgien ; d'autres fois, les malades sont tellement gras que l'on ne peut circonscrire le pédicule de la tumeur. Ces complications n'apportent aucune modification dans le manuel opératoire ; l'opération est seulement un peu plus longue et un peu plus difficile.

3° *Compression de la tumeur.* — Elle ne doit pas être comprimée directement, même suivant la direction du canal, car elle serait aplatie sur l'orifice de l'anneau ; la masse herniaire doit, au contraire, être allongée. Nous allons donner quelques détails sur ce temps de l'opération.

Le chirurgien embrassera la tumeur de ses deux mains, entraînera légèrement le pédicule, s'il y a possibilité, afin de rendre aussi praticable que possible le trajet rétréci de l'anneau; la tumeur sera ensuite malaxée doucement, afin de rendre les matières qu'elle renferme d'une consistance uniforme; puis, pour diminuer le volume de la tumeur, ces matières seront repoussées dans la cavité abdominale. Il aura soin, pendant cette manœuvre, de ne pas appliquer l'extrémité de la masse herniaire contre l'orifice externe de l'anneau; car alors ses efforts seraient complétement superflus; il s'efforcera, au contraire, de faire rentrer d'abord, avec les doigts de la main droite, les parties les plus voisines de l'ouverture de sortie. Puis, quand ces parties seront dans l'anneau, il saisira la tumeur un peu plus haut, en prenant toutes les précautions nécessaires pour que la partie réduite ne sorte pas. Il continue de la même manière jusqu'à ce que toute la partie herniée soit rentrée dans la cavité abdominale. Lorsque la tumeur sera très volumineuse, il la fera soutenir par un aide pendant que, de son côté, il la fera rentrer de la manière ci-dessus indiquée. La

sensation que le chirurgien éprouve quand il réduit une hernie n'est pas la même pour les hernies épiploïques et les hernies de l'intestin.

L'*entérocèle*, que l'on peut reconnaître à sa forme, est généralement plus volumineuse ; elle a une consistance élastique quand elle ne contient que des gaz, molle et pâteuse lorsqu'elle renferme des matières. Elle est unie et facile à réduire, quoique assez souvent elle ne puisse être saisie qu'avec peine, et qu'elle échappe facilement à la pression. La réduction se fait habituellement en bloc, et l'on entend alors un bruit particulier qui a été désigné sous le nom de *gargouillement*.

L'*épiplocèle*, au contraire, est inégale, molle, pâteuse, moins douloureuse que l'entérocèle; son volume est beaucoup moins variable ; sa consistance est toujours la même ; sa réduction se fait d'un manière lente, graduée, et ne produit aucun bruit. Il est inutile d'ajouter que cette hernie ne peut s'engouer.

Quant à l'*entéro-épiplocèle*, cette hernie est formée de deux parties : l'une élastique, changeant facilement de volume, c'est l'intestin ; l'autre, plus molle, plus difficile à déplacer, c'est l'épiploon.

4° *De la force et du temps qu'on doit apporter dans les efforts de réduction.* — La délicatesse des organes que contiennent les hernies s'oppose à toute pression violente; mais quand les efforts sont assez modérés, ils peuvent être continués pendant longtemps: c'est ce que l'on a désigné sous le nom de *taxis prolongé*. Quelques chirurgiens font des efforts considérables pour faire rentrer la hernie : c'est ce qui a été appelé *taxis forcé*.

B. *Taxis prolongé.*

Les hernies engouées et les hernies épiploïques ne pouvant être réduites quelquefois qu'avec beaucoup de peine, il est souvent nécessaire de prolonger les efforts de réduction pendant un temps fort long : cette opération constitue le *taxis prolongé*.

Quelquefois l'intestin ne peut être réduit qu'en partie: il est alors nécessaire d'appliquer sur la tumeur un bandage compressif, afin d'empêcher la partie déjà rentrée de sortir une seconde fois. Une seconde tentative sera faite, puis une troisième, jusqu'à ce que tous les organes déplacés soient introduits dans la cavité abdominale. Il va sans dire que les précautions préliminaires et la direction des efforts seront les mêmes qu'il a été dit plus haut.

C. *Taxis forcé.*

Je ne parlerai du taxis forcé que pour blâmer cette pratique ; car si le taxis a l'avantage de prévenir une opération souvent mortelle, il ne faut pas oublier qu'une constriction trop violente sur des viscères déjà malades pourra augmenter l'inflammation, amener la mortification des tissus, et déchirer même l'intestin. Et qu'aura-t-on réduit dans ce cas? Un intestin dans un état tel, que le malade succombera rapidement à une péritonite, souvent causée par l'épanchement de matières dans l'abdomen.

On ne peut nier que l'opération de la hernie étranglée ne soit très grave; mais elle sera bien plus dangereuse encore si elle est pratiquée sur un intestin rendu beaucoup plus malade par des efforts inconsidérés. Loin de proscrire le taxis, qui peut, dans une multitude de cas, produire des résultats très satisfaisants, j'ajouterai que nous pensons qu'on devra toujours essayer de réduire par ce procédé toute hernie étranglée, mais les efforts doivent toujours être ménagés; et si l'on voyait que la réduction ne fût pas possible par ce moyen, on devrait recourir sans retard à une opération qui aura d'autant plus de chance de succès que les efforts de réduction auront été moins violents.

Sans blâmer le taxis prolongé autant que le taxis forcé, je dirai qu'il peut faire perdre un temps précieux pour l'opération; cependant, lorsque les accidents d'étranglement ne donneront pas lieu à des symptômes trop alarmants, que la hernie aura déjà pu être réduite en partie, il sera permis d'attendre: mais, je le répète, les opérés guérissent d'autant mieux que la hernie est étranglée depuis moins de temps.

CHAPITRE IX.

Pessaires.

On donne le nom de *pessaires* à des instruments destinés à être introduits dans le vagin pour maintenir la matrice dans sa position normale, lorsque cet organe a éprouvé quelques déplacements. Ils servent encore à maintenir les hernies qui font saillie dans la cavité du vagin.

La nature de la matière qui entre dans la composition de ces instruments est extrêmement variée : on a fabriqué des pessaires de métal, d'or, d'argent, d'étain, d'ivoire, de buis, de

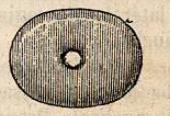
liége, etc.; des éponges taillées ont été introduites dans le vagin et ont été employées à la place des pessaires; enfin les pessaires qui sont le plus fréquemment en usage sont formés d'une espèce d'étoupe recouverte d'huile siccative de lin : ils sont généralement désignés sous le nom de *pessaires de gomme élastique*. Ces derniers pessaires ne sont pas beaucoup plus avantageux que les autres; cependant, comme ils sont moins durs que ceux que nous avons mentionnés, et comme ils possèdent une certaine élasticité, ils ont moins d'inconvénients que les pessaires complétement rigides. Enfin, on a fabriqué des pessaires de caoutchouc vulcanisés, dits *pessaires à réservoir d'air :* ceux-ci sont très élastiques et remplissent parfaitement les indications; nous nous arrêterons principalement sur ces derniers, que nous considérons comme les plus avantageux dans la plupart des cas.

La forme des pessaires est aussi extrêmement variable, nous ne signalerons que ceux qui sont le plus souvent employés.

Les uns, les *pessaires en gimblette*, ont la forme d'un anneau épais légèrement déprimé; ils sont percés à leur centre d'une ouverture de forme variable; les uns sont arrondis, les autres sont ovales.

Fig. 114.

Fig. 115.



Les *pessaires en bondon* ont la forme d'un cône allongé, à base en forme de cupule et à sommet tronqué; la base reçoit le col de l'utérus. Ces instruments sont percés d'un canal central qui donne passage à l'écoulement menstruel.

Les *pessaires en bilboquet, à pivot, à tige*, sont formés d'une espèce de cuvette soutenue par trois branches qui se réunissent en une tige commune. La cuvette reçoit le col de l'utérus, elle est percée de trous qui laissent passer le sang des menstrues; l'extrémité de la tige est percée de trous dans lesquels on engage les liens destinés à maintenir le pessaire en place. La tige du pessaire en bilboquet de Récamier renferme un ressort à boudin qui rend plus douce la pression que la matrice exerce sur le pessaire.

M. le docteur Maillot a fait confectionner un pessaire fort ingénieux. L'extrémité supérieure de son instrument est très évasée et reçoit le col de l'utérus; l'extrémité inférieure, moins évasée,