

l'ovaire, ou de l'inflammation péri-cœcale. Alors, dans ce cas, le meilleur signe sera l'intensité de la douleur et des troubles de l'état général, qui sont beaucoup plus marqués dans la maladie que je viens de décrire. Je crois aussi que, dans la tumeur péri-cœcale, la percussion donne un son clair, tandis qu'elle donne toujours un son mat dans la cellulite pelvienne.

J'ai vu prendre cette maladie pour une sciatique; quand la tumeur est dans le pelvis et qu'on exerce une pression sur des nerfs qui émergent de cette cavité, la douleur peut être limitée au trajet des nerfs et donner le change même à un observateur soigneux. Cependant un examen minutieux nous permettra de rapporter cette douleur à sa source véritable, et alors un examen interne nous en révélera la cause. La flexion de la cuisse et l'impossibilité de la redresser doit nécessairement nous conduire à examiner l'aîne et à découvrir la tumeur.

#### § VI. — Traitement.

Les indications principales sont: 1° d'amener la résolution de la tumeur, ou 2° de faciliter la suppuration et de donner issue au pus.

1° Si le médecin est appelé au début de la maladie, il lui est souvent possible d'en arrêter les progrès, comme l'a bien fait observer Doberty, et même encore, lorsque la maladie dure depuis un certain temps, comme dans l'observation de Puzos. Pour arriver à ce résultat, cet auteur, ainsi que Mauriceau, recommandent des saignées répétées par la veine, des purgatifs, des altérants et des absorbants, etc. Je crois que des applications réitérées de sangsues auront le même effet avec moins de perte de force pour la malade. On en appliquera une douzaine sur la tumeur, puis on la recouvrira de cataplasmes, et on reviendra aux sangsues si cela est nécessaire, c'est-à-dire si la douleur et les battements n'ont pas été atténués. L'énergie de ce traitement doit être évidemment en rapport avec l'état général du sujet. Si on réussit à enrayer les progrès de l'inflammation, on aura avec avantage recours à l'application successive de petits vésicatoires; des fomentations et, suivant l'occasion, un bain de siège soulageront la malade, qui se trouvera encore mieux d'injections d'eau chaude faites deux fois par jour. A l'intérieur, on prescrira du mercure à dose fractionnée, peut-être même jusqu'à affecter un peu les gencives. On aura de temps en temps recours à un purgatif. Cependant je confesse qu'un purgatif énergique n'est pas très-utile, et il a souvent augmenté les douleurs. Si la douleur donne de l'insomnie, on administrera une préparation d'opium. Quand les symptômes de la maladie cèdent, j'ai vu appliquer avec grand avantage un emplâtre sur la tumeur. La diète doit être douce et nutritive à la fois, mais non excitante.

2° Si toutefois, malgré le prompt et soigneux usage des moyens que je viens d'indiquer, la maladie ne cédait pas du terrain, on peut tenir pour

certain que la suppuration surviendra; on la favorisera par des fomentations et des cataplasmes. La formation du pus sera souvent marquée par des frissons; mais, le plus souvent, ce sera seulement par le doigt qu'on en acquerra la certitude. Je ne saurais trop répéter à mes lecteurs le grand avantage qu'il y a à faire une ouverture dans l'abcès aussitôt que possible: on déterminera ainsi le cours que doit prendre le pus, au lieu de le laisser fuser et se frayer une issue en un point incommode ou dangereux. Si l'on constate que la paroi de l'abcès s'amincit vers le vagin, on peut être tranquille, pourvu que l'ouverture se fasse assez large. Si l'ouverture n'est pas assez grande, il faut l'agrandir. Une ouverture par le vagin, le rectum ou les parois abdominales, ne présente pas de danger sérieux, et il vaut infiniment mieux la faire que de courir la chance d'une ouverture dans le péritoine. Notre premier devoir est de nous assurer que l'ouverture spontanée ou artificielle est assez large pour vider complètement le sac.

Si l'ouverture se faisait en un point incommode ou dangereux, il vaudrait souvent mieux faire une contre-ouverture plutôt que de laisser se perpétuer une communication fistuleuse.

J'aurai l'occasion plus loin de revenir sur ces communications avec la vessie, etc. Quand le pus a été complètement évacué, l'alimentation doit être substantielle, et l'on doit conseiller l'usage du vin. Ces abcès, quand ils surviennent après un premier accouchement, ne sont généralement pas sujets à retour après une seconde couche, et presque toujours, en pareil cas, la guérison a été complète.

### CHAPITRE VIII

#### HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE, PÉRI-UTÉRINE OU PELVIENNE.

Ces différents noms ont été donnés à une maladie à peu près inconnue jusque dans ces dernières années, et dont nous devons la description à nos confrères du continent. Elle consiste dans un épanchement de sang: 1° dans le repli péritonéal qui est derrière l'utérus; 2° dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Ce n'est pas une maladie fréquente; mais il est facile de la prendre pour une autre affection.

Sans aucun doute, il existe des observations rapportées par les anciens auteurs, que nos connaissances actuelles nous permettent de rapprocher de cette espèce d'hémorrhagie; mais nous ne devons pas nous reporter en arrière plus loin qu'aux observations de Récamier en 1841 (1). D'autres

(1) Récamier, *Tumeurs fluctuantes du petit bassin* (Revue médicale, 1841, p. 31).

observations ont été publiées par Velpeau (1) et par Bernutz, qui en a fourni plusieurs (2). C'est surtout à Nélaton, en 1850, que nous devons la description très-complète de cette maladie. Ce chirurgien lui a donné le nom d'hématocèle rétro-utérine. Les cas observés à l'hôpital des cliniques ont été publiés par Viguès (3), qui considère cette tumeur comme étant toujours extra-péritonéale. En 1851, Gaillet et Bauchet ont publié une excellente reproduction des leçons de Nélaton sur ce sujet (4).

Depuis cette époque, cette maladie a fait l'objet d'une foule de dissertations inaugurales. Des observations ont été publiées par Mikschik (5), Kauffmann (6), Tardieu (7) et Royer (8). Des recherches ont été faites, afin de connaître la source de l'hémorrhagie, par Richet, et elles ont été publiées par Devalz. Des opinions diverses ont été émises à cette occasion par Scanzoni, Puech (9), Trousseau (10), Oulmont (11), Nonat (12), Gallard et Becquerel (13).

Cependant le traité le plus complet est le mémoire de Aug. Voisin (14), auquel j'ai beaucoup emprunté. Je trouve cependant qu'il a, au point de vue de la pathologie, singulièrement limité ses vues.

Cette question, néanmoins, n'a été dédaignée ni en Angleterre ni en Amérique, car elle a été traitée par Tilt, West, Simpson, M'Clintock (15); Byrne (de New-York), et Mathews-Duncan, d'Édimbourg (16).

### § I. — Pathologie.

La première question à résoudre est de savoir s'il faut ne comprendre dans cette maladie que les cas où le sang est épanché dans le sac péritonéal et s'est enkysté, comme le veut Aug. Voisin, ou s'il ne faut pas comprendre aussi les cas où le sang est extravasé derrière l'utérus et autour de cet

(1) Velpeau, *Recherches anatomiques sur les cavités closes* (Annales de la chirurgie française et étrangère, t. VII, p. 430. Paris, 1843).

(2) Bernutz, *Archives générales de méd.*, 1848, vol. XVII et XVIII, et *Clinique des maladies des femmes*, 1860, t. I.

(3) Viguès, Thèse, 1850.

(4) Nélaton, *Gazette des hôpitaux*, 1851.

(5) Mikschik, *Études sur la pathologie des ovaires*. Leipzig, 1854.

(6) Kauffmann, *Archives de la Société obstétricale de Berlin*, vol. VIII.

(7) Tardieu, *Observations de médecine légale sur les cas de mort naturelle* (Annales d'hygiène et de médecine légale. Paris, 1854, vol. II, p. 157).

(8) Royer (de Joinville), *Hémorrhagie abdominale suivie de rupture spontanée*, rapport de Velpeau (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1855, vol. XXI, p. 21).

(9) Puech, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1858.

(10) Trousseau, *Gazette des hôpitaux*, juin 1858 et *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*. 4<sup>e</sup> édition. Paris, 1872.

(11) Oulmont, *Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, vol. IV, n<sup>o</sup> 1.

(12) Nonat, *Gazette hebdomadaire de médecine*, août 1858.

(13) Becquerel, *Traité des maladies de l'utérus*, 1859.

(14) Voisin, *De l'hématocèle rétro-utérine et des épanchements sanguins non enkystés de la cavité péritonéale du petit bassin*, etc. Paris, 1860, avec une planche.

(15) M'Clintock *Clinical Memoirs on diseases of women*, p. 240.

(16) Duncan, *Edinburgh Monthly Journal*, octobre 1862.

organe, mais en dehors du péritoine, comme l'indiquent Huguier, Robert, Nonat, Becquerel. Si réellement, dans le premier cas, les accidents sont dus à des troubles de la menstruation, et qu'il en soit autrement dans le second, cette classification serait justiciable. Mais ce n'est pas là un fait établi. Je me propose donc de comprendre les deux variétés dans la même description.

La maladie consiste en un épanchement sanguin, soit dans le sac péritonéal entre le rectum et l'utérus, *hématocèle intra-péritonéale*, soit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal derrière l'utérus ou autour de cet

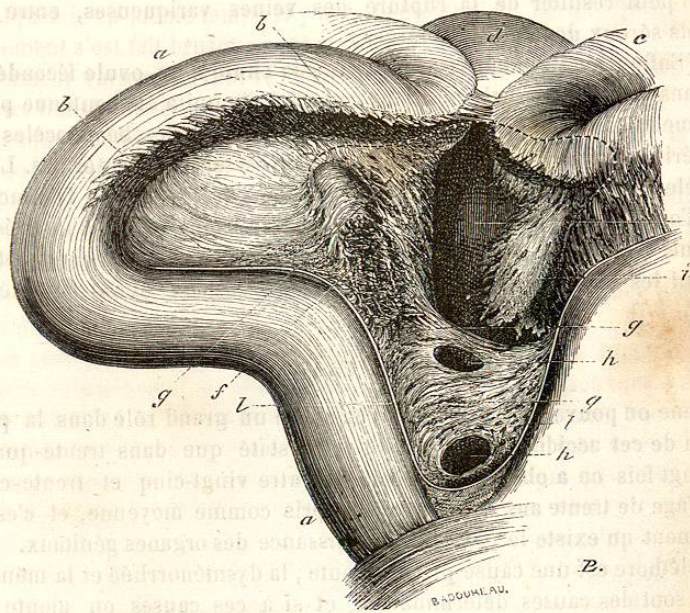


Fig. 57. — Hématocèle rétro-utérine, vue d'arrière en avant (\*).

organe, *hématocèle extra-péritonéale*. Si le sang est versé rapidement dans le péritoine, s'il s'échappe de veines variqueuses ou s'il est mélangé à du mucus, suivant Voisin, il ne s'enkystera pas; mais s'il est versé lentement, il se développe une légère inflammation, la membrane séreuse contracte des adhérences autour de l'épanchement, et s'enferme dans une

(\*) a a a, rectum détaché en partie de ses attaches normales et porté à gauche afin de montrer la cavité rétro-utérine par sa face postérieure; b, b, adhérences fibrineuses qui unissaient cette portion du rectum à l'anse d'intestin grêle; c, c, anse d'intestin grêle formant une partie du plafond de la poche rétro-utérine; d, vessie; e, utérus vu par sa face postérieure et couvert de produits fibrineux; f, trompe utérine gauche dilatée et cachée par des adhérences; g, g, cloison fibreuse parfaitement organisée divisant la poche rétro-utérine en deux moitiés qui ne communiquaient plus que par les pertuis h, h; i, trompe utérine droite dilatée; l, l, péritoine pelvien recouvert de dépôts fibrineux, dessin fait d'avance une pièce recueillie dans le service de M. OULMONT (Aug. VOISIN.)

cavité entre le rectum et l'utérus. Quand l'épanchement est sous-péritonéal, il ne se fait rien de pareil.

Maintenant, quelles sont les sources de l'hémorrhagie? Autant qu'on a pu s'en assurer, elles paraissent être les suivantes:

1° Le sang peut provenir d'une vésicule de Graaf, pendant la période de congestion, à l'époque menstruelle;

2° Un reflux du sang de l'utérus à travers les trompes de Fallope, par suite d'une obstruction au niveau de l'orifice utérin;

3° L'épanchement peut être la conséquence d'une hémorrhagie dans les trompes;

4° Il peut résulter de la rupture des veines variqueuses, entre les feuilletés séreux des ligaments larges;

5° [[Enfin à une ponte extra-utérine, à la chute d'un ovule fécondé ou non dans le péritoine pelvien. Dans cette théorie qui a été soutenue principalement par M. Gallard, « le mode de formation des hématoécèles rétro-utérines doit être assimilé à celui des grossesses extra-utérines. L'hématoécèle est une grossesse extra-utérine moins le produit de la conception. Toutes les hématoécèles qui sont sous la dépendance d'une lésion ovarique, ne sont autre chose que des grossesses extra-utérines, et le sang qui les constitue contient dans tous les cas un ovule fécondé ou non (1). » ]]

### § II. — Causes.

Comme on pouvait s'y attendre, l'âge joue un grand rôle dans la production de cet accident. Aug. Voisin a constaté que dans trente-quatre cas, vingt fois on a observé cet accident entre vingt-cinq et trente-cinq ans. L'âge de trente ans peut donc être pris comme moyenne, et c'est à ce moment qu'existe la plus grande puissance des organes génitaux.

La pléthore est une cause prédisposante; la dysménorrhée et la ménorrhagie sont des causes déterminantes, et si à ces causes on ajoute les rapports sexuels, nous les aurons à peu près toutes énumérées. Sur dix cas où la menstruation semble avoir joué un rôle, sept fois le coït avait eu lieu pendant ou peu après l'époque menstruelle.

Le ténesme, des efforts violents, une chute, etc., peuvent à la rigueur avoir une influence sur la production de l'hématoécèle.

Il est raisonnable de penser qu'une altération du sang puisse favoriser le développement de cette maladie, comme chez la malade de Scanzoni, qui avait la rougeole et mourut subitement, au début de la menstruation, d'une hémorrhagie dans le péritoine, provenant de la trompe du côté gauche.

Dans l'observation de Bouillaud, la malade était sous le coup d'une varicelle, et il y eut une hémorrhagie alarmante à l'apparition des règles, trois jours après l'éruption.

(1) Gallard, *Bulletins de la Société anatomique*, avril 1852.

### § III. — Symptômes.

Le mode d'invasion est variable, tantôt brusque, tantôt graduel. Voisin prétend que, pour l'hémorrhagie non enkystée, l'invasion est brusque, qu'elle est au contraire graduelle quand elle s'enkyste. Certes les symptômes sont très-alarmants, quand le sang est répandu dans le péritoine.

Que l'épanchement soit brusque ou graduel, il y a toujours de la douleur, surtout dans le bassin, mais souvent s'irradiant dans le bas-ventre, avec des exacerbations très-violentes, si la tumeur est volumineuse.

Quelquefois en même temps il y a de la prostration, surtout quand l'épanchement s'est fait brusquement et dans la cavité péritonéale.

La tumeur variera suivant le siège et l'étendue de l'épanchement. Elle peut être limitée dans la cavité pelvienne, qu'elle peut au contraire remplir presque complètement. Dans beaucoup de cas, on peut sentir la tumeur au-dessus du pubis.

Généralement le ventre est tuméfié et sensible à la pression, surtout au niveau de la tumeur, qui peut graduellement diminuer pour reparaître à la prochaine époque.

Si la malade résiste, chaque période menstruelle est marquée par des symptômes plus graves.

Si on pratique le toucher, on trouvera certainement une tumeur plus ou moins volumineuse, le plus souvent derrière l'utérus, souvent sur les parties latérales, ou bien très-rarement à la partie antérieure, comme on le voit dans les observations de Braun. Si la tumeur est très-tendue, elle donnera la sensation d'un corps solide; mais je crois que, généralement, elle donne la sensation d'un liquide renfermé dans une cavité. Quelquefois si la tumeur est volumineuse, elle repoussera l'utérus hors de sa situation normale, et le rectum peut être comprimé. Le plus souvent on constatera des pulsations artérielles. L'emploi du spéculum n'offre pas, au point de vue du diagnostic, des avantages sérieux. La muqueuse qui recouvre l'épanchement présente une coloration violacée.

Souvent, au premier abord, il y a des troubles généraux, puis de la prostration: le pouls est petit et fréquent. Il survient des vomissements et de la diarrhée, de l'irritabilité et du ténesme vésical, et quelquefois de la dysentérie.

Quelle est la marche habituelle de cette maladie? Quand la quantité de sang est minime, la maladie guérit d'elle-même sans aucune intervention. D'autres fois, quand les premiers troubles ont cédé, que la tension a diminué, ce n'est le plus souvent qu'une question de temps, et tantôt le sang épanché se résorbe, tantôt la tumeur se ramollit, pointe en avant et s'ouvre, généralement sur un point de la muqueuse; mais elle peut s'ouvrir également dans le péritoine, et la mort peut en être la conséquence. La mort peut survenir soit à la suite de l'extension de l'hémorrhagie dans

le péritoine (Aug. Voisin) ou du développement d'une péritonite consécutive avec ses symptômes habituels.

#### § IV. — Diagnostic.

L'expérience a montré que le diagnostic n'est pas toujours aisé, et, pour y arriver, il faut non-seulement un doigt habile, mais encore des antécédents bien interprétés.

Une douleur subite et analogue à une crampe, avec plus ou moins de prostration, ou bien le développement graduel mais rapide cependant de la maladie, la douleur due à la distension, le siège de la tumeur, doivent être nos principaux jalons, et limitent, dans le cadre des maladies aiguës, les maladies qui peuvent, en donnant le change, passer pour une hématocele.

1° On distinguera l'hématocele du *phlegmon pelvien*, par l'invasion plus soudaine, l'absence de fièvre et une moindre sensibilité de la tumeur, que celle-ci soit interne ou externe. De plus, le phlegmon est plus souvent la conséquence d'un accouchement ou d'un avortement, et l'hématocele est le plus souvent liée à la menstruation.

2° La tumeur siégeant derrière l'utérus pourrait faire croire à une *rétroversion*, mais l'usage de la sonde utérine nous montrera que l'utérus n'est pas atteint, et s'il existe une tumeur au niveau des pubis, le diagnostic n'en sera que plus clair. Enfin la souffrance résultant de l'hématocele est bien plus marquée que celle de la rétroversion de l'utérus.

3° Des *tumeurs ovariques* ou *fibreuses*, situées en arrière, dans le cul-de-sac recto-vaginal, pourraient être confondues avec l'hématocele; mais l'interrogatoire nous montrera que le début n'a pas été brusque, qu'il n'y a pas eu de prostration ni de douleur. Ces tumeurs sont plus ou moins mobiles, et se montrent communément à une période plus avancée de la vie.

4° Jamais on ne prendra cette maladie pour une *affection maligne*, à cause de son apparition brusque et de l'absence d'écoulement.

[[ 5° Reste à faire le diagnostic entre l'hématocele *intra-péritonéale*, et l'hématocele *extra-péritonéale*, voici, à ce sujet, l'opinion de M. Courty(1).

HÉMATOCÈLE INTRA-PÉRITONÉALE.	HÉMATOCÈLE EXTRA-PÉRITONÉALE.
Tumeur plus élevée, proéminent sur les côtés et en arrière de l'utérus.	Tumeur descendant dans la cloison recto-vaginale.
Utérus enclavé dans des directions variables, ne pouvant être soulevé.	Utérus repoussé en haut et en avant, plus distant de la tumeur anormale.
Pas de coloration, pâleur fréquente de la muqueuse.	Teinte violacée du cul-de-sac vaginal.

(1) Courty, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. 1872, p. 1052, 2<sup>e</sup> édition.

#### § V. — Traitement.

Si l'attaque a été soudaine et vive, notre premier soin sera de remédier à la douleur et à la défaillance par des alcooliques et par des stimulants; et plus tard, s'il survient de l'inflammation, par les sangsues et les mercuriaux. Si l'invasion a été graduelle, les premiers symptômes peu graves, et si la tumeur est peu développée, il sera prudent de se tenir dans l'expectative. En pareil cas, il n'est pas rare que le repos et une diète sévère fassent justice des accidents; ou bien encore, après que les phénomènes aigus ont cédé, on aidera à la résorption de l'épanchement par de petites doses de mercure, des cataplasmes, de petits vésicatoires, etc., ou l'on emploiera des moyens résolutifs par le vagin. En tout cas, on insistera sur le repos, associé à un traitement antiphlogistique.

Il reste maintenant à discuter le traitement chirurgical. Tout d'abord, l'avantage de diminuer la tension en donnant issue au sang épanché et en faisant des injections dans la poche, se présentait d'une manière si évidente, que ce moyen fut adopté par les chirurgiens français. Sur 20 cas ainsi traités, d'après Aug. Voisin, le résultat fut de 15 guérisons et 5 morts, résultat qui fit abandonner ce traitement. Le traitement adopté par Nonat consiste surtout dans le repos, la position horizontale, les cataplasmes, les onctions mercurielles, l'application du froid sur le ventre et les cuisses, et la saignée du bras trois fois par mois. Trousseau préconise surtout le fer et le quinquina comme moyens préventifs; les astringents et les acides contre l'hémorrhagie, en même temps que des cataplasmes émollients. Aran est opposé au traitement chirurgical et recommande les sangsues contre la péritonite.

Simpson conseille de s'abstenir de tout traitement chirurgical, quand la maladie suit une marche graduelle et tranquille. Mais si la tumeur vient à grossir par suite d'inflammation, il recommande, afin de fixer le siège de l'ouverture, de faire une large incision sur le point ramolli, immédiatement derrière le col de l'utérus, et d'enlever tous les caillots avec le doigt.

Suivant moi, si la souffrance déterminée par une forte tension n'est pas insupportable, il faut tenter l'expectation, ou des doses altérantes de mercure, l'application de cataplasmes, de teinture d'iode, des vésicatoires, etc. Mais si la tension est considérable et qu'il y ait à la portée du doigt un point fluctuant, il faudra faire en cet endroit une ponction avec un trocart mince, et plus tard, s'il est nécessaire, il faudra agrandir l'ouverture de manière à vider complètement le sac. Pour ma part, je n'ai pas grande confiance dans les injections.

Si l'on est assez heureux pour être appelé pour une hématocele en voie de formation, il sera bon de tenter de l'expectation, des applications froides et du repos horizontal. L'époque suivante des règles exigera une

attention spéciale : le repos absolu, de la tranquillité, quelques laxatifs et, s'il est nécessaire, quelques sangsues à la région ovarique suffiront probablement à conjurer de nouveaux accidents.

## SECTION II

## MALADIES DE L'UTÉRUS

## CHAPITRE PREMIER

## OCCLUSION DE L'UTÉRUS.

Avant d'en arriver à la description des maladies les plus communes de l'utérus, je crois utile de dire quelques mots de l'oblitération plus ou moins complète de l'orifice utérin, qu'elle soit congénitale ou acquise, car elle constitue certainement une variété importante dans les maladies fonctionnelles de cet organe.

Cette condition morbide de l'orifice utérin peut être ou congénitale ou acquise, ou complète ou incomplète.

## ARTICLE PREMIER

## OCCLUSION CONGÉNITALE.

En parlant de l'atrésie vaginale, j'ai cité un certain nombre de cas où l'orifice utérin offrait des conditions analogues, et ce double vice de conformation n'est pas rare. Mais, d'autre part, il peut se faire que les conditions anatomiques du vagin soient normales, et qu'en même temps l'orifice utérin soit imperforé, comme dans les observations publiées par Oldham (1), Owen (2), Martin (3), Hatin (4) et d'autres (5).

## § I. — Symptômes.

Les symptômes, dans ces cas, dépendent tout à fait de l'existence des règles. Si elles existent, on observera un effort de la nature à l'époque voulue, du malaise, de la souffrance, une sensation de poids dans le ventre, du ténesme utérin, de la douleur de reins, puis une tumeur se forme

(1) Oldham, *Med. Times and Gazette*, 27 mars 1852.

(2) Owen, *Lancet*, 14 octobre 1837.

(3) Martin, *Bull. méd. belge*, février 1838.

(4) Hatin, *Journal des connaissances médicales*, avril 1839.

(5) *London Med. Journal*, vol. IV, p. 243.

graduellement au-dessus des pubis, ressemblant, pour la forme et la situation, à un utérus gravide. S'il n'existe pas de sécrétion menstruelle, et il peut ne pas y en avoir, comme on le voit dans les observations d'Oldham et Waston, il n'y aura pas de tumeur, ni aucun des phénomènes qui caractérisent les périodes cataméniales. Le fait du développement complet des organes sexuels nous conduit à admettre l'existence des ovaires, ce qui rend plus difficile l'explication de l'absence de sécrétion menstruelle, à moins que nous ne l'attribuions à ce merveilleux instinct par lequel les organes s'accoutument, pour ainsi dire, aux circonstances particulières qui les entourent.

Il n'est pas moins curieux de voir que des femmes placées dans ces conditions exceptionnelles puissent conserver leur santé pendant un temps souvent fort long, comme cela est noté dans l'observation de Oldham.

Quand l'accumulation prend une certaine importance, il sera facile de faire une erreur de diagnostic, si on examine légèrement. La forme, la situation de l'utérus, la sensation que donne le toucher de la tumeur, ressemblent à ce qu'on rencontre dans la grossesse. Mais il est vrai qu'on n'entend ni le souffle placentaire, ni les bruits du cœur du fœtus. Quoique ces signes puissent nous éloigner de l'idée d'une grossesse normale, ils ne jetteraient qu'une lumière bien insuffisante sur la véritable nature de la maladie. Mais l'existence d'un molimen menstruel, l'absence de tout écoulement, doit nous faire supposer qu'il y a quelque vice organique. L'examen au spéculum et avec une bougie nous apprendra aussitôt que l'orifice utérin est imperméable.

## § II. — Traitement.

S'il y a accumulation de sang, l'indication est formelle : il faut débrider l'orifice. L'opération n'est pas difficile, mais elle demande un peu de soin. On peut ou non se servir de spéculum, selon qu'on le trouve plus ou moins commode. On placera, dans la direction de l'orifice utérin, la pointe d'un bistouri droit, et l'ouverture sera faite en poussant en haut, jusqu'à ce que le contenu s'échappe; puis on agrandira l'ouverture sur les parties latérales autant qu'il sera nécessaire. On pourra également se servir d'un trocart muni d'un long manche; on laissera la canule, après en avoir retiré la pointe, jusqu'à ce que l'utérus soit complètement vidé; on injectera de l'eau tiède dans le vagin, et on appliquera une bande de ventre. Un ou deux jours après que la collection sanguine aura été évacuée, on fera bien d'introduire dans l'ouverture une bougie élastique ou un morceau d'éponge, de façon à conserver l'ouverture béante.

Quant aux cas analogues à ceux de Oldham, dans lesquels il n'y avait pas d'accumulation de liquide et qui n'offrent qu'un inconvénient, la stérilité, l'opération est discutable. Je crois que l'intervention chirurgicale n'est pas indispensable; mais comme il y a là un vice de conformation, il