

extérieures sont tuméfiées et comme meurtries. En renversant les grandes lèvres et en entr'ouvrant légèrement le vagin, on trouve des traînées rouges plus accusées, et, par place, une sensibilité plus accusée. Quand l'écoulement rouge a cessé, il se produit un écoulement blanc, épais et puriforme.

§ II. — Terminaison.

1° *Par résolution.* — Si la maladie est combattue dès le début, elle cède sans laisser de trace : la douleur, l'inflammation, diminuent rapidement et disparaissent.

2° *Par suppuration.* — Si l'inflammation est opiniâtre, on voit, au bout de quelques jours, la membrane muqueuse devenir à vif. Les plaies varient comme étendue : il peut n'y en avoir que sur les points où il y a eu pression violente ou, comme dans un cas que j'ai eu à observer, il y a peu de temps, tout le vagin peut s'ulcérer. En général, ces ulcérations ne sont pas profondes, excepté quand elles siègent en arrière de la vessie ou à la surface inférieure de l'urèthre, et il n'est pas rare que les ulcérations portant sur ces points donnent lieu à des fistules. Quelquefois, moins fréquemment, l'ulcération siège en arrière, et il y a fistule recto-vaginale. Quant au mode de guérison, elle se fait par des cicatrices irrégulières, disposées en travers du vagin, ou sous forme d'anneaux circulaires ou en spirale. Ces cicatrices diminuent le calibre du vagin, rendent les rapports sexuels difficiles, douloureux, ou même impossibles, et peuvent empêcher complètement le passage de l'enfant dans un second accouchement. Ce n'est que par des soins extrêmes et une surveillance très-attentive pendant la guérison des plaies du vagin, que ces résultats désagréables peuvent être empêchés.

3° *Par la gangrène.* — Si la pression a été très-considérable, les parties qui y ont été le plus exposées se mortifient et forment eschare. Quand ces eschares tombent, on peut se trouver en face d'une fistule vésico-vaginale, et, pendant la guérison de la plaie, il peut, ainsi que nous l'avons déjà dit, se former des cicatrices circulaires très-nuisibles. Il est beaucoup plus rare que le rectum se perfore.

§ III. — Traitement.

Dans la période inflammatoire, le traitement doit être antiphlogistique, variable comme énergie, suivant l'intensité de l'inflammation. Il peut y avoir à mettre des sangsues à la vulve. Les éméto-cathartiques, combinés avec les purgatifs salins, sont très-utiles. On peut les donner de manière à produire des nausées, sans aller jusqu'aux vomissements. Deux ou trois fois par jour, il faut faire des fomentations sur les parties extérieures et, dans les intervalles, appliquer un cataplasme sur la vulve. Deux ou trois

fois par jour aussi, on pourra faire des injections vaginales avec de l'eau tiède et du lait, ou une faible solution d'acétate de plomb. Je recommanderais beaucoup au médecin de faire lui-même ces injections, à moins qu'il ne puisse compter entièrement sur la garde. Une fois que les eschares sont tombées, il faut examiner avec soin, tous les deux jours, afin de se rendre compte des progrès de la guérison, et, quand les surfaces commencent à se couvrir d'une membrane nouvelle, il faut prendre des précautions pour empêcher la formation de cicatrices vicieuses. Pour arriver à ce but, il suffit de l'introduction répétée de bougies. D'abord, on introduira, soir et matin, une bougie très-fine, bien huilée, et il faudra, chaque fois, la laisser en place pendant un quart d'heure. Plus tard, à mesure que la sensibilité diminue, on augmente le diamètre de la bougie : on l'introduit plus souvent et on la laisse plus longtemps en place. Les injections tièdes seront continuées; mais, de temps en temps, il faut remplacer l'eau et le lait par un liquide légèrement astringent. Si l'on poursuit, d'une manière continue, ce mode de traitement, on arrive, dans la plupart des cas, à empêcher le rétrécissement du vagin. Dans un cas, dont j'ai déjà parlé plusieurs fois, l'eschare était énorme; cependant, grâce à ces moyens de traitement, j'obtins une guérison complète et sans la moindre altération de structure des tissus. Si l'état général l'indique, une fois l'inflammation calmée, il faudra prescrire des toniques et un régime fortifiant. Quant au traitement des fistules vésico-vaginales, ou recto-vaginales, nous en parlerons plus tard.

CHAPITRE IV

RUPTURE DE L'UTÉRUS (1)

§ I. — Fréquence.

Ce terrible accident n'a été pendant bien longtemps connu que des ac-

(1) BIBLIOGRAPHIE : Hippocrate, *Œuvres*, trad. Littré, *Épidémies*, liv. V, § 103, et liv. VII, § 49. — Pistor, *De foetu e rupto utero in abdomen prorumpente*, 1716. — Crantz, *Comm. de rupto utero*. Viennæ, 1756, p. 78. — Levet (A.), *Observation sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux*, 4^e édit., in-8, 1770. — Saviard, *Nouveau recueil d'observations chirurgicales commentées par le Rouge*. Paris, 1784, in-12. — Deneux, thèse. Paris 1804. — Percy, *Cas de rupture de l'utérus* (*Bulletin de la Faculté de médecine de Paris*, t. p. 348). — Bell (Ch.), *Action of the uterus producing rupture* (*Medico-chirurgical Transactions*, 1813, t. XIV, p. 314). — Lachapelle, *Pratique des accouchements*. Paris, 1825, t. III, p. 158, 172 et 187. — Dupré-Latour, *Rupture de l'utérus sans déchirure du péritoine* (*London medical and surgical Transactions*, et *Transactions médicales*, t. XII, p. 78.) — Garthshore, *Med. Journ.*, t. VIII, p. 331. — Green, *Case of the extraction of a living foetus from a woman killed by violence* (*Medico-chirurgical Transaction*, 1822, t. XII, p. 47). — Underwood, *London med. Journal*, t. VII, p. 321. — Wilson, *Annals of med.*, t. II, p. 317, et t. IV, p. 401.