

fluctuation. En cherchant à introduire le doigt entre la tumeur et la paroi vaginale, en se sent arrêté presque aussitôt. Le palper abdominal ne révèle l'existence d'aucune tuméfaction appréciable, l'utérus semble seulement quelque peu plus volumineux qu'à l'état normal et la main, appliquée sur cet organe, à travers la paroi abdominale ne constate qu'une sensation éloignée de déplacement quand on repousse en haut la tuméfaction du vagin. Par le rectum, on sent à la partie antérieure une masse dure impossible à déplacer et donnant au toucher la même sensation qu'une prostate hypertrophiée.

On porte donc le diagnostic suivant: Cloisonnement transverse du vagin par une membrane en arrière de laquelle est probablement accumulé le sang menstruel. Pour éclairer davantage le diagnostic une ponction est pratiquée sur la partie la plus proéminente de la tumeur au moyen de l'aspirateur Dieulafoy. On retire du sang noirâtre. Tout doute ayant disparu, on incise largement la cloison, et environ une livre de sang noir, poisseux et très épais s'écoule par l'ouverture. On injecte prudemment de l'eau tiède légèrement phéniquée pour laver la cavité aussi complètement que possible. En introduisant ensuite l'index dans l'ouverture on constate qu'en effet une véritable cloison membraneuse de deux à trois lignes d'épaisseur sépare le vagin en deux compartiments superposés l'un à l'autre. Le compartiment supérieur est très grand. Le col utérin en occupe la partie la plus élevée et est, aussi lui, dilaté de façon à permettre facilement l'introduction du doigt.

Une mèche de charpie est mise entre les lèvres de la plaie et changée ensuite deux fois par jour, des lavages méthodiques à l'eau phéniquée étant faits à chaque pansement.

Il n'y a pas de réaction inflammatoire. La température reste normale. Le pouls semble accéléré mais on constate bientôt qu'il l'est naturellement. La malade est au reste douée d'un tempérament nerveux bien caractérisé et avait eu une crise hystérique quelques heures avant l'opération.

Au bout de quinze jours l'ouverture de la cloison est rétrécie malgré l'introduction des tentes. On remplace celle-ci par une éponge préparée qu'on laisse en place dix-huit heures. En la retirant on voit que l'ouverture s'est de nouveau dilatée. Cette cloison semble d'ailleurs facilement extensible en même temps qu'élastique et rétractile, et, quelques jours après l'ablation de l'éponge on peut s'assurer que l'ouverture se contracte de nouveau. On y introduit derechef successivement plusieurs éponges préparées, après quoi on conseille à la patiente de pratiquer elle-même la dilatation avec une bougie ou son doigt, et elle laisse l'hôpital le 24 octobre. Nous avons eu devoir re-