

paravant nous devons essayer tous les autres modes de traitement. »

Je puis seulement ajouter que, dans les cas graves dont il est fait mention dans ce dernier paragraphe, la décision pour l'intervention chirurgicale, c'est-à-dire pour l'enlèvement des annexes de l'utérus, devra être influencée autant par la position sociale de la malade que par le degré des lésions. Ainsi, si nous prenons pour exemples deux malades, l'une appartenant à la classe aisée, pouvant prendre le repos nécessaire et s'accorder toutes les petites facilités de la vie qui contribuent tant à soulager la souffrance, l'autre se trouvant être une simple domestique, qui est obligée de travailler pour gagner son existence journalière, les indications dans ces deux cas seront bien différentes.

Supposons en premier lieu que chez ces deux malades l'utérus soit très atrophié, que les annexes soient d'un volume anormal, enfin que la menstruation ne se soit jamais établie quoiqu'il survienne chaque mois des souffrances excessivement vives; on ne peut faire autre chose, vis-à-vis d'un cas pareil, que d'enlever les annexes de l'utérus et après cette intervention le soulagement sera immédiat et complet. J'ai opéré actuellement un certain nombre de ces malades, appartenant à toutes les classes de la société, et les résultats ont grandement contribué à me faire admettre que *les trompes*, ou *quelque appareil nerveux en relation intime avec les trompes*, sont en rapport direct avec les phénomènes de la menstruation.

Examinons à présent le cas où, chez ces deux mêmes malades, il existe le même degré d'insuffisance de développement; chez toutes deux la menstruation a été très tardive, très irrégulière, insuffisante et très douloureuse, mais l'une appartient à la classe aisée et la seconde est une domestique. Il ne sera pas nécessaire d'opérer la première, tandis qu'on devra le faire pour la seconde; car celle-ci vous dira qu'elle

est incapable de travailler pendant 8 jours par mois, qu'elle ne peut par conséquent garder sa place et gagner sa vie. D'après ma propre expérience, ces malades acceptent avec enthousiasme la proposition d'une intervention chirurgicale qui leur procurera un soulagement complet et permanent et elles sont toujours très reconnaissantes du résultat. Comme ces cas ne sont pas compliqués d'adhérences ou de lésions secondaires, la guérison opératoire est la règle et par conséquent l'argument du danger couru ne peut entrer en ligne de compte contre l'opération. Je ne puis d'ailleurs qu'appuyer l'expérience du D^r *Johnstone*, quand il dit qu'on doit examiner avec grand soin chaque cas avant d'opérer.

Utérus double. — L'utérus double est constitué par la persistance d'une des premières phases de développement de l'organe. C'est un de ces retours au type primitif, qui démontrent si bien l'exactitude de la théorie de *Darwin* sur la descendance de l'homme. Ce vice de conformation est assez fréquent et il peut présenter différentes variétés. Celle que l'on rencontre le plus fréquemment est la persistance de cette forme d'utérus que présente le fœtus au troisième mois, lorsque la division que l'on retrouve plus tard dans les trompes descend jusqu'à la hauteur de l'orifice interne. Cette malformation présente diverses variétés selon que la fusion des deux conduits de *Müller* fait totalement défaut ou qu'elle est restée *incomplète*. Ainsi dans quelques cas c'est la réunion à la partie supérieure qui fait défaut, l'utérus restera alors *double* et le vagin sera simple; dans d'autres cas c'est le contraire qui se produit, la réunion fait défaut à la partie inférieure tandis qu'elle existe à la partie supérieure, le conduit vaginal sera *double* et l'utérus reste simple. La fusion peut aussi faire entièrement défaut, de sorte que les deux conduits génitaux restent séparés et qu'ils viennent s'ouvrir dans le petit cloaque uro-génital, représenté seulement chez la femme par les petites lèvres, condition qui peut aussi exister

chez les batraciens. Il est très intéressant de constater que ces vices de conformation peuvent se rencontrer aussi bien chez les animaux supérieurs que chez la femme.

L'importance clinique de ces malformations réside principalement en la rétention du sang menstruel dans une des cavités, tandis qu'il s'écoule librement à travers la seconde. *Gustave Simon* a relaté un cas de cette espèce. La grossesse peut aussi occuper l'un des utérus, de sorte qu'après avoir examiné l'autre moitié restée vide, on pose le diagnostic de grossesse ectopique, ce qui m'est arrivé personnellement.

La variété la plus rare est certainement celle où la fusion des conduits primordiaux fait complètement défaut, ils restent alors distincts jusqu'à leur partie inférieure, c'est-à-dire jusqu'au vestibule, qui constitue chez la femme le véritable sinus uro-génital. J'ai eu l'occasion d'observer deux ou trois cas semblables. Un auteur récent, que l'on donne comme la plus grande autorité moderne en matière tératologique, est tombé dans une grossière erreur en supposant que ces malformations constituaient un état analogue à celui du célèbre cas d'un jeune garçon portugais, décrit dans tous ses détails par le Dr *Handyside*, d'Édimbourg (1); car ce dernier vice de conformation était certainement dû à la fusion de deux embryons et aucunement à un arrêt de développement.

Lorsque le dédoublement des organes est limité à l'utérus et qu'il survient une grossesse, il peut se produire des accidents très sérieux par rupture utérine. Ces cas ne doivent pas être confondus avec ceux de « *grossesse ectopique* », dont je parlerai dans le dernier chapitre de cet ouvrage; car, aussi longtemps que le produit de la gestation est renfermé dans une cavité utérine, si malformée soit-elle, on ne peut parler d'une grossesse *extra-utérine*. Il est bien compréhensible qu'un utérus, présentant des anomalies de structure aussi importantes, comme c'est la règle pour ces utérus doubles, se

(1) *Lancet*, 1863.

trouvera dans les mêmes conditions que la trompe de Fallope et ne pourra résister à la distension produite par le développement du fœtus; il surviendra presque inmanquablement une rupture.

Grâce aux intéressantes recherches de mon ancien maître, Sir *William Turner*, le distingué professeur d'anatomie à l'Université d'Édimbourg, nous possédons l'observation détaillée d'un cas pareil (1), que je tiens à relater.

Utérus double, avec col unique. La corne gauche rudimentaire est occupée par une grossesse. Rupture de cette corne et passage du fœtus dans la cavité péritonéale. — Au mois de mai 1865 je reçus du professeur Sir *James Simpson* afin d'en faire l'examen, une préparation comprenant un utérus et ses annexes, avec le vagin et la vessie, pièce qui avait été envoyée par le Dr *Brotherston*, de Alloa. Dès le premier examen de la préparation, je me rendis compte qu'elle était des plus intéressantes et je priai le Dr *Brotherston* de me fournir quelques renseignements sur ce curieux cas, ce qu'il fit avec la plus grande complaisance. Voici d'ailleurs son observation clinique.

« Je fus appelé le 11 mai, de grand matin, à voir C. G. âgée d'environ vingt ans, qui avait été prise subitement de symptômes graves. Je la trouvai couchée tout habillée sur son lit. Elle était très pâle, sans pouls et poussant de profonds soupirs. Elle se plaignait d'une grande faiblesse, de vertiges et de bourdonnements d'oreille. En examinant l'abdomen, je ne découvris rien d'anormal, mais il existait une légère douleur à la pression. Je prescrivis du brandy et de l'eau chaude et un grand sinapisme sur l'abdomen. Elle rejeta l'eau-de-vie presque immédiatement.

Je pratiquai le toucher vaginal et je trouvai le col un peu entr'ouvert; il n'existait aucun écoulement par le vagin. Je fis augmenter la dose de brandy et d'eau et je la quittai. Je revis ma malade à neuf heures et demie et je ne trouvai pas grand changement dans les symptômes; néanmoins elle était plus faible et il était évident qu'elle se mourait. Le Dr *Duncanson* eut l'obligeance de la voir avec moi, mais elle mourut dans la même journée.

D'après l'ordre du procureur général l'autopsie fut pratiquée par le Dr *Duncanson* et par moi-même. La surface externe du corps ne présentait rien de particulier. Le cerveau et ses membranes, les organes thoraciques étaient sains.

La cavité abdominale contenait une grande quantité de sang extravasé, quantité que l'on peut estimer à quatre livres et demie. Nous

(1) Elle a été publiée dans l'*Edinburgh Medical Journal*, mai 1866.

enlevâmes avec beaucoup de soin ce sang, dont de prime abord nous ne pouvions reconnaître l'origine, et nous découvrîmes alors dans la cavité péritonéale un fœtus, qui paraissait avoir atteint environ le troisième mois. Il était encore enveloppé dans ses membranes et elles n'étaient pas même rompues.

Nous trouvâmes que l'utérus lui-même était un peu augmenté de volume, mais vide et déplacé du côté droit par la pression du fœtus. La cause de la mort était évidemment l'hémorragie due à la rupture utérine et au passage du fœtus dans la cavité péritonéale.

Un examen minutieux des rapports anatomiques de cette préparation me conduisit bientôt à la conclusion que j'avais affaire à un de ces cas intéressants de malformation utérine, constituée par la persistance de la division embryonnaire de cet organe en deux cornes distinctes. L'une des deux, la gauche, n'était pas aussi développée que l'autre et elle contenait la grossesse, l'hémorragie occasionnée par sa rupture avait été évidemment la cause de la mort. On se rendra compte, par la description qui suit, que telle était la nature de la préparation.

À l'extrémité supérieure d'un vagin normal (*k*) se trouvait le col utérin, qui se terminait pour un organe de forme ovalaire (*a*) ressemblant au premier abord au corps utérin, mais qu'un examen plus minutieux faisait bientôt reconnaître non pour l'organe entier, mais seulement pour la corne droite d'un utérus double. Au lieu de se trouver dans le même axe que le vagin et le col, il est incliné obliquement en haut et à droite, et il se termine par une extrémité arrondie. Il est recouvert par le péritoine en avant, en arrière et à gauche, tandis que du côté droit la séreuse s'éloigne de lui pour former les plis du ligament large.

Le bord gauche est convexe et libre. Sa plus grande longueur, de l'orifice externe à l'extrémité de cette corne, est d'environ 12 centimètres. Le ligament rond du côté droit (*d*), la trompe de Fallope (*f*), l'ovaire (*e*) et son ligament sont attachés au sommet de cette corne. Leurs rapports entre eux et leurs points d'insertion sont d'ailleurs normaux.

La trompe de Fallope, y compris son extrémité frangée mesure 14 centimètres de long, elle est perméable dans toute son étendue. L'organe de Rosenmüller est nettement visible dans le repli tubo-ovarien du péritoine.

Les parois de cette corne utérine sont plus épaisses que celles de l'utérus gravide normal, et sa cavité contient une caduque épaisse et bien formée, mais pas de fœtus. Le canal cervical est oblitéré par un bouchon de mucus très épais. Le col, l'orifice externe et le vagin sont simples. La cavité de cette corne utérine se continue avec celle du col. L'ovaire est aplati sur ses deux faces et il existe sur sa face antérieure une petite tumeur pédiculée de la grosseur d'un pois. Il ne renferme aucun corps jaune, mais on voit sur sa surface externe des traces d'anciennes cicatrices.

De la partie médiane du bord gauche de cette corne utérine, non loin de sa jonction avec le col, se détache presque à angle droit une bride aplatie (*c*) qui réunit et constitue un véritable pédicule à la partie dilatée de la corne gauche. Cette bride s'étend en haut et à gauche sur une longueur d'environ cinq centimètres avant de se confondre avec la portion dilatée de la corne utérine gauche (*b*). Ce pédicule mesure 3 centimètres et demi de circonférence. Il est recouvert par un feuillet péritonéal, se continuant d'une part avec celui qui recouvre la corne gauche et d'autre part avec celui qui enveloppe la corne droite et la vessie.

Après dissection de cette séreuse on trouve que le pédicule est formé principalement par des faisceaux musculaires, dans l'intérieur desquels

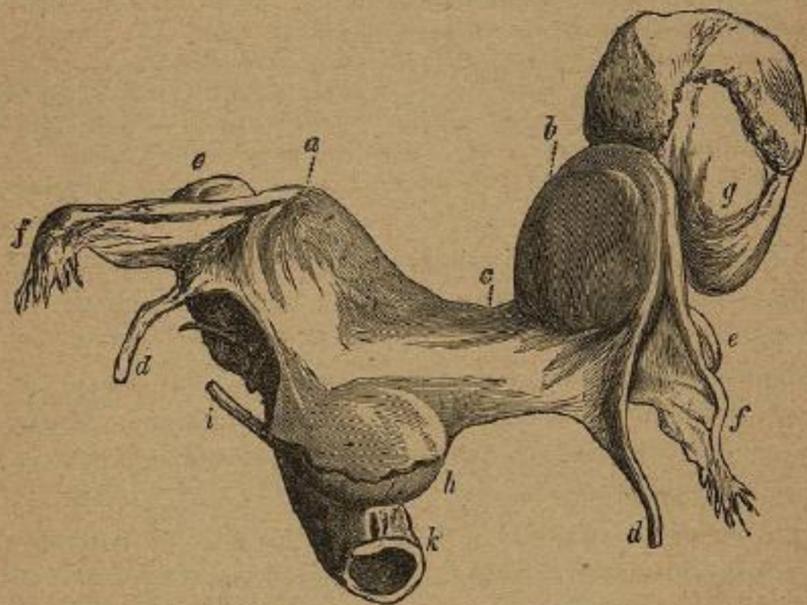


Fig. 20. — Rupture d'un utérus double gravide.

des vaisseaux sanguins volumineux, artères et veines, se continuent jusqu'à la partie dilatée de la corne gauche. Cet utérus gauche est pyriforme, sa circonférence mesure à sa partie la plus large environ 27 centimètres. Il existe sur la face postéro-externe une rupture, longue de 9 centimètres, à travers laquelle le fœtus, enveloppé dans ses membranes, et une masse vasculaire, analogue au placenta, ont passé dans la cavité péritonéale.

Le ligament rond (*d*), la trompe de Fallope (*f*), le ligament de l'ovaire et l'ovaire (*e*) du côté gauche sont attachés au sommet de cet utérus, leurs rapports réciproques sont absolument normaux.

L'extrémité utérine de la trompe est située à 10 centimètres et demi de l'endroit où le pédicule se réunit à l'utérus. Sa longueur totale, y compris son extrémité frangée, mesure 45 centimètres; elle est perméable sur toute son étendue. On voit distinctement l'organe de Rosenmüller, situé dans le pli péritonéal tubo-ovarien; à l'extrémité externe de cet organe existe un petit kyste de la grosseur d'une petite noisette, formé selon toute apparence par la dilatation d'un de ses tubes.

La face antérieure de l'ovaire gauche est aplatie, mais la postérieure présente une petite proéminence à sa partie externe, qui, après incision, se trouve être le siège d'un corps jaune. La surface externe de l'ovaire présente de nombreuses cicatrices. Les parois de cet utérus sont musculaires, comme celles d'un utérus gravide, et on peut voir à l'endroit de la rupture le placenta, qui est encore partiellement adhérent à la surface interne. Le pédicule est examiné et disséqué avec le plus grand soin, afin de rechercher s'il n'existe pas un canal, mettant en communication la cavité de la corne gauche gravide avec celle de la droite, avec la cavité cervicale ou avec le vagin, mais nous ne pûmes rien découvrir de pareil; il n'existe pas non plus d'orifice quelconque aux deux extrémités de ce pédicule ».

Il est excessivement intéressant de constater que, dans ce cas, — qui est certainement le mieux défini de tous ces cas de grossesse anormale, — la rupture se soit produite à la même époque (douzième semaine) que dans la grossesse tubaire et que la cause de la mort ait été absolument identique à celle qui survient après la rupture de la trompe de Fallope.

Sir *William Turner* dit, dans son travail, qu'à un examen superficiel un cas pareil peut très bien être confondu avec une grossesse tubaire, et il pense qu'une telle confusion doit être survenue plus d'une fois. Dans une lettre qu'il m'adressa, il regardait comme possible que quelques-uns de mes cas de grossesse tubaire, opérés au moment de la rupture, aient été réellement des grossesses contenues dans une des cornes d'un utérus double. Il existe néanmoins un argument bien concluant contre cette supposition, c'est la formation invariable à l'endroit de la section de la poche tubaire, de *plis mamelonnés* caractéristiques. Cette curieuse formation est due à la rétraction inégale des deux couches dont est formée la trompe de Fallope. La couche musculaire se rétracte for-

tement et la couche muqueuse fort peu, de sorte que cette dernière fait hernie au moment de l'incision et donne lieu à une certaine projection des tissus. Cela se produit toujours au moment de l'incision d'une trompe de Fallope sur le vivant, et peut être regardé comme absolument caractéristique.

D'ailleurs je n'entends pas du tout contredire Sir *William Turner*, lorsqu'il nous dit que ces grossesses situées dans une corne utérine peuvent très bien être prises pour des grossesses ectopiques, mais je pense que cette erreur ne pourra se produire que bien rarement, car nous savons actuellement que la grossesse tubaire est *très fréquente*, tandis que l'utérus double est *très rare*, et je suppose que la grossesse survenant dans un tel utérus doit être regardée comme une éventualité bien exceptionnelle. Dans tous les cas le traitement chirurgical sera le même pour les deux accidents et, un fait caractéristique pour la grossesse située dans une corne utérine, c'est qu'il semble toujours exister dans ces cas un pédicule bien développé.

Sir *William* nous donne quelques indications qui faciliteront le diagnostic différentiel, et elles ont une telle importance que je désire les reproduire ici.

« Afin d'arriver à différencier ces deux variétés de grossesse anormale, nous devons diriger notre attention tout spécialement sur deux organes, le *ligament rond* et la *trompe de Fallope* du côté gravide, afin de déterminer avec soin leurs positions respectives et leur point d'insertion exact. Ainsi que cela bien connu, le ligament rond s'insère à l'état normal à l'angle supérieur de l'utérus, immédiatement en avant de la *trompe de Fallope*. Lorsque la grossesse est d'origine tubaire on trouvera naturellement le ligament rond attaché au corps de l'utérus *du côté interne ou utérin* de la poche dilatée, contenant le fœtus; d'autre part lorsque la grossesse sera renfermée dans une corne utérine, le lieu d'insertion du ligament rond se trouvera *du côté externe* de la poche dila-

tée, contenant le produit de la gestation. Dans les deux préparations que j'ai eu l'occasion d'étudier, la situation du ligament rond se trouvait être telle que je viens de l'indiquer.

De plus dans les grossesses tubaires, la longueur de la trompe de Fallope du côté gravide, c'est-à-dire de la partie extérieure et non intéressée par la tumeur sera naturellement beaucoup moindre que celle de l'autre trompe non gravide et la diminution de longueur sera naturellement d'autant plus marquée que la poche se trouve plus rapprochée de l'extrémité frangée de la trompe. Par contre dans les cas de grossesse, occupant une corne utérine, il ne se produit aucune diminution dans la longueur de la trompe située du côté gravide ; au contraire, comme les deux observations nous le démontrent, la trompe située en dehors de la poche fœtale peut même être plus longue que celle du côté opposé, non gravide ».

La seconde observation, relatée dans le travail de Sir *William Turner* nous démontre clairement que la grossesse, occupant l'une des moitiés d'un utérus double, peut arriver à terme, que le travail peut être insuffisant à expulser l'enfant, que par conséquent ce dernier meurt et qu'il peut rester en place, constituant une véritable tumeur pelvienne, ainsi que je le montrerai pour un cas de grossesse du ligament large.

Tous les différents symptômes et les différentes phases de ces deux états pathologiques ont la plus grande analogie, car nous observerons dans les deux cas un *faux travail* et une *diminution notable du volume de l'abdomen* par résorption du liquide amniotique après la mort de l'enfant.

Utérus double avec col unique. La corne gauche est à l'état rudimentaire et elle est gravide. Rétention du fœtus après le terme de la gestation utérine. — Cette préparation fut envoyée à Sir *James G. Simpson* par le Dr *Scott*, de Dumfries, et c'est ce dernier qui fournit l'observation clinique suivante :

Je fus appelé, pour assister Mme M'Q., âgée de 35 ans, mariée, qui était en plein travail, à la suite d'une grossesse arrivée à terme.

A l'examen de la malade je constatai de suite que l'utérus était de volume normal et qu'il ne contenait pas de fœtus. Il existait une forte tuméfaction de l'abdomen, s'étendant un peu du côté gauche ; elle avait le volume et la forme d'un utérus gravide, arrivé à terme, elle contenait un fœtus bien développé. On entendait très nettement les bruits du cœur et les mouvements de l'enfant étaient vigoureux.

Les douleurs expulsives étaient très fortes, et pendant tout un jour elles furent accompagnées de convulsions, malgré l'emploi presque continu du chloroforme, qui contribua certainement à les atténuer. Les douleurs persistèrent pendant plusieurs jours, puis la malade se remit complètement au grand étonnement de ses amies et des voisins. La tuméfaction abdominale diminua graduellement de volume, de sorte qu'au moment de sa mort, qui survint six mois après par tuberculose pulmonaire, il n'était plus que du tiers de celui que j'avais constaté la première fois que je la vis. Toutes les parties y compris l'utérus vide et les annexes furent enlevés au moment de l'autopsie et elles furent envoyées au professeur *Simpson*.

« La préparation a été conservée fort longtemps dans l'alcool, par conséquent les tissus ont perdu leur coloration naturelle. La partie principale de la préparation consiste en une grande poche irrégulièrement ovoïde, mesurant environ 80 centimètres dans sa plus grande circonférence. Cette poche contient un fœtus mâle, arrivé à terme, qui est rattaché par un cordon d'un pied de long à un placenta ratatiné, s'insérant sur la paroi interne de la poche.

« Un des côtés de la poche fœtale est relié par un pédicule au col utérin, d'où part d'ailleurs un organe ressemblant à première vue au corps de l'utérus normal. Le problème à résoudre était de savoir aux dépens de quel organe cette poche fœtale est formée ? Est-elle absolument étrangère à l'utérus ? S'agit-il de la trompe de Fallope dilatée ? Ou bien sommes-nous en présence d'un cas d'utérus double, une des cornes contenant le produit de la gestation tandis que la seconde est restée vide ? Après un examen très minutieux des rapports anatomiques de cette préparation je me prononçai en faveur de cette dernière alternative.

« Une portion de l'extrémité supérieure du vagin avait été conservée (h), et le col utérin (i) long d'environ 3 centimètres occupe sa position normale. Sous forme de prolongement de la partie supérieure du col il existe un organe ovoïde (a) d'environ 4 centimètres et demi de long, n'ayant pas la direction normale de l'utérus, mais incliné obliquement en haut à droite et terminé par une extrémité pointue où viennent aboutir le ligament rond (d), la trompe de Fallope (f), le ligament de l'ovaire et l'ovaire (e).

« Le bord gauche de cet organe, convexe et libre, est ainsi que ses

faces antérieure et postérieure recouvert par le péritoine, qui du côté droit se continue normalement pour former le ligament large (*g*.) Cet organe ovoïde représente évidemment la corne utérine droite. Après son incision

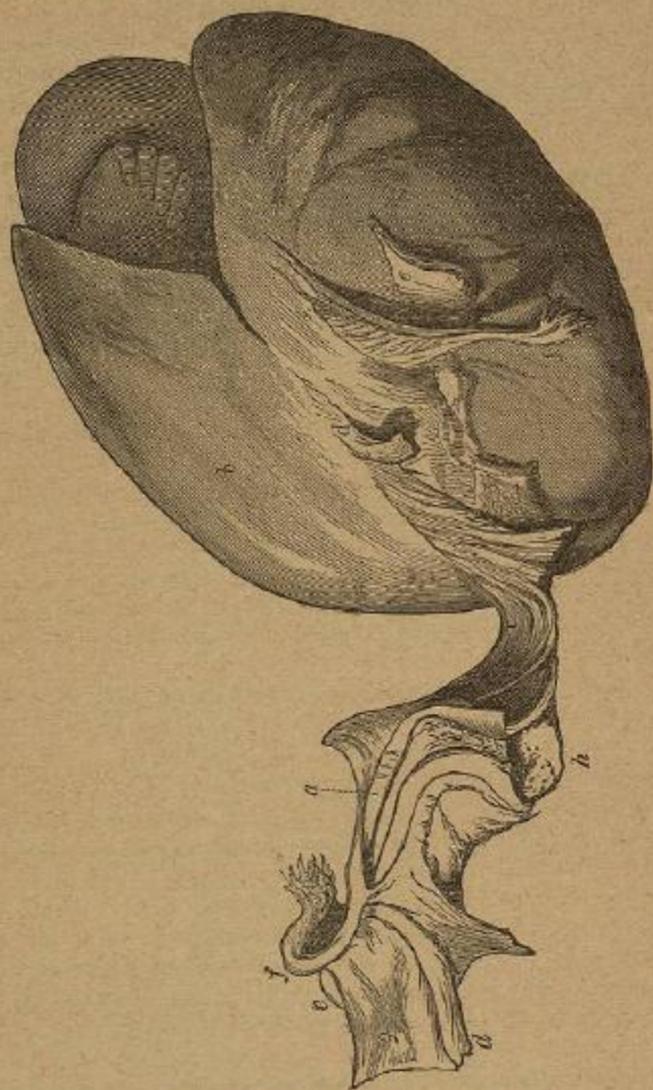


Fig. 21. — Seconde observation de Sir William Turner.

longitudinale on constate que sa cavité intérieure se continue avec le canal cervical, les deux formant l'un avec l'autre un angle obtus. La

cavité utérine communique par son autre extrémité avec l'intérieur de la trompe de Fallope droite (*f*), longue de 8 centimètres, et repliée sur elle-même par de nombreuses adhérences. Il n'existe pas de bouchon muqueux dans le col utérin, et pas de caduque dans la cavité, les parois utérines ne présentent pas une épaisseur plus forte qu'à l'état normal.

« Sur le côté gauche du col vient s'insérer une large bride musculo-membraneuse, formant une espèce de pédicule (*c*), longue d'environ 6 centimètres s'étendant à gauche et se terminant dans la paroi de la poche fœtale déjà décrite (*b*). Les fibres musculaires formant ce pédicule se continuent d'une part avec celles du col utérin et la corne utérine droite, d'autre part avec celles formant les parois de la poche. Toute l'étendue de cette bride est recouverte par le péritoine, se prolongeant d'un côté sur la moitié droite de l'utérus, de l'autre sur la poche fœtale. Un certain nombre d'artères et de veines de gros calibre occupent l'intérieur de ce pédicule.

« La trompe de Fallope gauche (*f*) et son repli péritonéal, s'insèrent au sommet de cette poche ovulaire; en arrière de son point d'insertion, environ à 7 centimètres $\frac{1}{2}$ de celui-ci se trouvent l'ovaire (*e*) et son ligament, tandis qu'en avant et à la même distance de la trompe on constate la présence du ligament rond (*d*) s'insérant de même sur la paroi de la poche. La distance entre le pédicule et le point d'insertion de la trompe est d'un peu plus de 12 centimètres.

« Après constatation de ces rapports anatomiques, il ne peut exister aucun doute que cette poche fœtale est formée aux dépens de la corne utérine gauche dilatée et gravide; l'augmentation des distances entre les points d'insertion des différents organes partant du sommet de cette moitié utérine est certainement due à la croissance des parois de la poche fœtale, s'étant développées sous l'influence de la grossesse. La trompe gauche, mesurée depuis son point d'insertion sur la poche, a une longueur de 15 centimètres; une sonde fine peut être passée sans difficulté dans son canal jusqu'à la paroi de la poche, mais son orifice interne est oblitéré.

« Du côté gauche on voit distinctement l'organe de Rosenmüller, logé dans le repli péritonéal tubo-ovarien; du côté droit par contre, par suite de l'épaississement de ce feuillet, cet organe n'est pas visible. Les surfaces des deux ovaires sont aplaties et elles ne présentent que fort peu de traces d'anciennes cicatrices. On ne constate la présence d'aucun corps jaune, ni d'un côté, ni de l'autre.

« Il était de toute importance de s'assurer s'il existait une communication quelconque entre l'intérieur de cette trompe gauche gravide et le vagin, la cavité cervicale ou la moitié utérine non gravide; l'examen du pédicule fut donc fait avec le plus grand soin, mais on ne put découvrir aucun orifice soit sur son extrémité cervicale, soit à son point d'insertion sur la poche fœtale. Le péritoine fut soigneusement disséqué, et on fit une coupe à travers ce pédicule, mais les seuls orifices,

que l'on constata sur cette section, se trouvèrent appartenir à des vaisseaux sanguins dilatés, ainsi que nous le démontra l'injection d'une matière colorante et l'exploration au moyen de la sonde.

« J'arrivai donc nécessairement à la conclusion que le pédicule ne contenait aucun canal reliant la corne gravide avec le vagin, le col ou la moitié utérine du côté droit.

« L'état du fœtus, du placenta et des parois de la poche fœtale indiquait bien nettement que l'enfant avait déjà cessé de vivre quelque temps avant la mort de la mère. Les tissus fœtaux étaient en voie de résorption, surtout dans la région dorsale, où une large surface cutanée et des tissus sous-jacents avaient disparu et où les côtes et les vertèbres dorsales étaient à nu. Le placenta était plus durci et plus ratatiné, que ne le produit généralement l'alcool, dans lequel la préparation avait été conservée. Les parois de la poche utérine étaient minces et atrophiées. À certains endroits les fibres musculaires avaient presque disparu et il existait sur la surface interne de larges plaques calcaires, indiquant un degré avancé de dégénérescence des parois utérines.

« Par conséquent dans les cas de grossesse occupant l'une des cornes utérines, l'époque à laquelle la gestation peut arriver variera selon l'état de développement de la corne, qui renferme le produit. Lorsqu'elle est bien conformée et qu'elle communique largement avec le canal cervical et le vagin, la grossesse pourra arriver à terme et l'accouchement pourra se faire comme à l'état normal.

Par contre, lorsque la corne gravide est restée à l'état rudimentaire, tout particulièrement lorsque le canal de communication entre elle et le col ou le vagin se trouve partiellement ou complètement oblitéré, la rupture de la poche peut survenir dans le cours du troisième ou du quatrième mois.

Ce mode de terminaison d'une grossesse, occupant une des cornes utérines d'un utérus double, est très bien représenté par le cas survenu dans la pratique du Dr *Bratherston*, dont nous avons déjà parlé. Mais même lorsque la corne utérine est restée à l'état rudimentaire et qu'il existe une oblitération complète du canal de communication, non seulement la grossesse peut arriver très bien à terme sans rupture de la poche, mais le produit peut encore rester enkysté sans occasionner beaucoup d'inconvénient. Le cas si intéressant du Dr *Scott*, dont nous venons de parler, fournit la preuve de cette assertion.

Cette intéressante observation et la description si claire et

si précise de la préparation contribuent à nous donner l'explication de quelques cas anormaux, qui ne pouvaient être interprétés selon les idées que j'ai avancées dans le chapitre consacré à la *grossesse ectopique*.

Un autre cas assez intéressant à ce point de vue concerne une préparation, qui se trouve actuellement au *Collège des chirurgiens*; la tumeur était identique à celle dont nous venons de reproduire la description, seulement la grossesse n'était pas arrivée à terme. L'observation clinique fut présentée à la *Société de gynécologie*, par le Dr *Heywood Smith*, et en voici brièvement le résumé :

« Il opérait le 21 janvier, et à l'ouverture de la cavité abdominale on découvrit une tumeur, adhérente à l'épiploon, de coloration foncée brune verdâtre. On constata que l'utérus était libre et augmenté de volume, de même les ovaires et les trompes. D'après l'état de la tumeur il sembla indiqué de l'enlever dans sa totalité.

L'épiploon fut séparé partie en le détachant, partie en le sectionnant par portions entre deux ligatures; après quoi on constata que la tumeur était libre, c'est-à-dire qu'elle n'était reliée par aucun pédicule aux organes pelviens. Vu la présence d'un petit fibrome et l'état d'augmentation de volume de ces organes, les ovaires et les trompes furent aussi enlevés et la plaie abdominale fut refermée au moyen de sutures au crin de Florence.

La tumeur fut alors examinée et à la section on partagea en deux un gros placenta, épais, qui représentait un peu plus d'un tiers de la totalité de la tumeur; à l'ouverture de la poche, il s'écoula une certaine quantité d'un liquide brun verdâtre et on trouva un fœtus d'environ 5 à 6 mois, mort et tout à fait noir. Toute la poche était formée par une membrane épaisse, lisse, et rien n'indiquait sur la face extérieure le point d'insertion placentaire.

Ce qui constitue l'intérêt de ce cas, c'est la présence dans l'abdomen d'une poche fœtale entièrement libre, sans la moindre attache au bassin, à l'utérus ou à ses annexes. Les vaisseaux épiploïques n'étaient pas augmentés de volume et l'hémorrhagie ne fut pas très importante pendant l'opération. La préparation fut confiée à une commission pathologique, afin de l'examiner avec soin et de faire un rapport sur le cas.

Je faisais partie de cette commission et voici le rapport, que nous présentâmes :

« La poche renfermant le fœtus et le placenta est formée de fibres musculaires lisses, et elle ressemble dans sa structure à la trompe de Fallope, nous fîmes quelques coupes microscopiques de ce conduit, provenant de la même malade et nous pûmes ainsi comparer les préparations.

« La paroi externe de la poche présente quelques fragments de l'épiploon, qui démontrent que des adhérences solides se sont produites entre la trompe dilatée et ce dernier organe. Il est aussi important à noter que la trompe correspondant à la poche est à peine représentée, sauf par son extrémité frangée.

« L'ovaire correspondant contient un corps jaune volumineux. De plus, on ne voit aucune trace de rupture de la trompe, et il ne peut exister aucun doute que cette préparation représente un bel exemple de *grossesse tubaire*. »

Après nouvelle réflexion sur cette préparation, je suis tout disposé à l'envisager actuellement comme un cas de grossesse survenue dans la corne d'un utérus double, dont le pédicule, si bien décrit dans les préparations de Sir *William Turner*, s'est étranglé et nécrosé par rotation de la tumeur sur son axe. Le pédicule a disparu, laissant la tumeur détachée de ses insertions utérines, et la nutrition de la tumeur s'est faite au dépens de l'épiploon, par ses adhérences multiples avec lui. Nous savons d'ailleurs que c'est très souvent le cas pour les kystes ovariens.

J'ai eu l'occasion d'observer tous les différents stades de ce phénomène, depuis le moment de l'étranglement du pédicule, jusqu'à celui de sa séparation des attaches ordinaires de la tumeur. La coloration brune-verdâtre, que la tumeur présentait au moment de l'opération constitue un argument qui parle fortement en faveur de cette interprétation.

Le traitement chirurgical d'un cas pareil est des plus faciles, car le pédicule pourra toujours aisément être sectionné entre deux ligatures.

Le travail de Sir *William Turner*, constitue ainsi une contribution importante et de grande valeur pour l'étude de cette question si intéressante de la grossesse dans une des cornes d'un utérus double.

Avant de conclure avec cette question, je désire encore citer un cas, survenu dans ma propre pratique, qui montre quelles choses bizarres peuvent se produire après les sections abdominales :

Le 1^{er} mai 1884, j'avais fait une hystérectomie sur une malade du Dr *Raffles Harmar*, pour un myome très mou et volumineux, qui avait atteint son volume actuel en trois ans. La malade était très obèse et l'opération fut rendue très difficile, car nous eûmes beaucoup de peine à faire sortir la tumeur de la cavité abdominale. Je traitai le pédicule de la manière habituelle à l'aide de mon serre-nœud, tout en notant que la cavité utérine avait été largement ouverte.

Le myome pesait 15 livres 1/2, et en ouvrant la cavité contenue dans la tumeur extirpée, nous vîmes qu'elle occupait surtout un des côtés de l'utérus, comme c'est toujours le cas pour la variété de myome mou et oedématié.

La malade guérit rapidement et elle retourna chez elle six semaines après l'opération.

Quelques mois après, elle revint me voir pour une autre tumeur abdominale, qu'à mon grand étonnement je reconnus de suite pour une grossesse. A l'examen vaginal je trouvai que le col était volumineux et mou, ce qui confirmait mon diagnostic.

Ma première idée fut que je devais avoir enlevé l'utérus obliquement, que par conséquent j'avais laissé une trompe de Fallope, un ovaire et la trompe utérine correspondante. J'en conclus qu'il se produirait nécessairement une rupture de la cicatrice utérine et qu'à un moment donné je serais appelé pour extraire le fœtus de la cavité péritonéale.

M. *Harmar* fut assez aimable pour me prêter son assistance et pour surveiller la malade avec le plus grand soin. A notre grand étonnement le travail fut normal et elle accoucha d'un très bel enfant à terme.

Je l'examinai après son accouchement aussitôt qu'il était permis de le faire, et je trouvai l'explication de cette bizarre aventure. J'avais extirpé la *corne gauche* d'un utérus double, qui contenait le fibrome et j'avais laissé la *corne droite*, dans laquelle la grossesse s'était développée. Il est encore facile actuellement de se rendre compte de l'exactitude de cette interprétation.