Annales Gyn 1874 V-2

DE L'HÉMATOMÈTRE

DANS LA CORNE RUDIMENTAIRE D'UN UTÉRUS UNICORNE.

Par le Dr Albert Puech (de Nîmes).

L'utérus unicorne est une anomalie de l'organe gestateur caractérisée par l'absence, ou tout au moins le développement incomplet de l'une des cornes. Produite par un arrêt de développement ayant frappé celle-ci de la cinquième à la huitième semaine de la vie embryonnaire, cette anomalie se divise naturellement en deux formes principales : dans l'une, l'absence est absolue (*utérus unicorne proprement dit*); dans l'autre, à côté de la corne normalement configurée, existe un rudiment de l'autre corne (*utérus unicorne avec corne rudimentaire*).

Ces divisions ne sont pas les seules qui puissent être établies et, en tenant compte des faits existants, je suis arrivé à proposer la classification suivante (1) :

Utérus unicorne.	A, sans rudiment de l'autre corne.	sans ovaire ni trompe. avec ovaire et trompe.
	B, avec rudiment de l'autre corne.	solide. creux sans canal de communication. creux avec canal.

(1) V. Courty. *Traité des maladies de l'utérus*, Paris, 1872, p. 87.

history-of-obgyn.com

Digitized by Google

De ces deux formes, la première est la plus rare et est seulement représentée par une dizaine d'observations ; pour ma part, j'en ai recueilli quatre exemples relatés dans ma monographie sur *les ovaires*. La seconde, au contraire, plus riche en observations (quatre-vingts environ), est en même temps la plus intéressante à connaître et la plus curieuse à étudier. Si, au point de vue physiologique, l'existence d'un rudiment solide est sans importance, il n'en est pas de même des deux autres variétés.

La cavité existant au centre de la corne rudimentaire, peut alors être apte, dans une certaine mesure, à remplir sa destination, et être, tour à tour, le siége d'une exhalation sanguine ou même d'une grossesse. Rappelons, en passant, les faits de Benoît Vassal (1669), de Dionis (1683), de Pfeffinger et de Fritze (1779), de Canestrini (1789), etc., etc., dans lesquels celle-ci a été l'organe gestateur au grand détriment de la femme. Si, faute d'une saine interprétation, ces observations ont été rattachées à l'histoire des grossesses extra-utérines, il n'en est plus de même aujourd'hui : elles sont appréciées à leur véritable valeur et, depuis la note de Stoltz à l'Académie des sciences (1856) et l'ouvrage de Kussmaul (1859), elles ont conquis la place à laquelle elles avaient droit.

Ce n'est point ici le lieu d'écrire l'histoire complète de cette anomalie, mais il m'a paru que ces considérations préliminaires, loin de constituer un hors-d'œuvre, auraient pour avantage de faciliter la compréhension du sujet. Il s'agit, en effet, de cas relativement rares, ayant encore une place très-restreinte dans les traités de gynécologie et pour ce motif à peu près complètement inconnus pour la grande majorité des praticiens.

Quant aux faits qui ont été l'occasion de ces remarques, ils sont uniques par la circonstance de l'hématomètre dans la corne rudimentaire. Sans doute, la première observation de Stoltz en était une preuve cadavérique ; mais si elle suffisait pour en établir la possibilité, elle passait sous silence les caractères cliniques. Il n'en est pas de même pour la suivante, aussi, à raison de son importance spéciale, je l'ai traduite à peu près textuellement.

history-of-obgyn.com

Une fille fut menstruée à 14 ans et depuis régulièrement et sans douleurs. A l'âge de vingt ans, elle souffrit pendant six mois de convulsions dans les extrémités et le visage, sans qu'il en résultât le moindre trouble du côté de la menstruation. A 25 ans, pendant un violent orage, environ quatorze jours après l'époque menstruelle, elle fit une course forcée, à la suite de laquelle il survint une hémorrhagie par les voies génitales. Depuis cette époque, les règles furent avancées, douloureuses et suivies dans la période intercalaire de pression et de pesanteur dans le bas-ventre. Peu après, le médecin traitant constata une petite tumeur placée à droite et au-dessus de la branche horizontale du pubis. Ultérieurement les menstrues retardèrent et devinrent médiocres; les douleurs augmentèrent dans l'hypochondre droit et s'accompagnèrent de troubles digestifs. De temps en temps, symptômes de péritonite suraiguë avec fièvre; état misérable nécessitant le séjour au lit.

A 26 ans lorsqu'elle vint à Fribourg-en-Brisgau se confier aux soins d'Hégar, la nutrition était défectueuse et l'aspect pâle. A droite, au-dessus de la branche horizontale du pubis, se constatait une tumeur du volume d'un œuf d'oie, résistante, peu mobile et douloureuse à la pression. La portion vaginale est normale de volume et de forme, et le méat constitue une fente transversale. Dans le cul-de-sac postérieur du vagin, on sent un corps utérin d'apparence normale, lequel est en légère rétroversion du côté gauche. A droite du col siége la tumeur résistante, mais elle ne descend pas jusqu'au cul-de-sac. Après une pression effectuée par le dehors, le cul-de-sac devient plus bombé et le doigt sent la tumeur dans la plus grande partie de son étendue. Celle-ci siége réellement sur le côté. La consistance en est résistante, la surface non complètement lisse, la sensibilité grande, la mobilité médiocre, mais, à raison de la douleur, on n'insiste pas. Par le rectum, on découvre un cordon de l'épaisseur d'une sonde, longue de 25 à 30^{mm} qui, se détachant de l'isthme de l'utérus, va à la tumeur. Au-dessous de celui-ci est un sillon mou, cependant on sent entre le col et la tumeur, des liens membraneux qui sont interprétés comme des exsudats péritonitiques. Du reste, en ce qui concerne l'utérus, l'exploration rectale donne le même résultat que l'exploration vaginale et ne permet pas de conclure à l'existence d'un utérus unicorne.

A raison de l'incertitude du diagnostic, ponction explorative par les parois de l'abdomen donnant un liquide théiforme caractéristique et contenant en outre de nombreux corpuscules de pus. Cette ponction qui ne fut suivie d'aucun accident assura le diagnostic, mais laissa dans l'incertitude sur le traitement convenable. Après avoir discuté longuement le pour et le contre, la thérapeutique expectante, la ponction répétée, l'extirpation de la tumeur, l'établissement d'une fistule soit par l'abdomen, soit par le cul-de-sac supérieur du vagin,

history-of-obgyn.com

Hégar s'arrêta à ce dernier parti qui était en définitive le seul logique.

Pour en diminuer la gravité, l'opération fut faite en deux temps et à deux mois d'intervalle.

Le premier temps, complètement original, en pareille matière du moins, eut pour but de circonscrire l'inflammation et, tout à la fois, d'immobiliser la tumeur. A cet effet, de la poudre de Vienne fut apposée au fond, du cul-de-sac et à quelque distance de la portion vaginale; il n'est pas précisé ni la durée de l'application, ni l'étendue de l'eschare, il est seulement dit que, lorsque l'eschare fut tombée, la malade fut renvoyée à sa maison. A son retour, deux mois plus tard, la tumeur était moins mobile, l'endroit de la cautérisation se reconnaissait à un enfoncement cicatriciel assez marqué du côté de la portion vaginale. Quant à la tumeur, elle était un peu plus grosse et un peu moins résistante.

Le second temps, effectué sans le concours du spéculum, consista en une ponction faite avec un trocart médiocrement fort, introduit sur la partie latérale de la cicatrice. Il s'en écoula 100 grammes de sang théiforme naturellement et sans exercer la moindre pression. Lorsque la tumeur se fut considérablement rapetissée, une compression soignée fut faite, ainsi qu'une injection sous-cutanée de morphine. Il survint à la suite un peu de fièvre et quelques symptômes de péritonite, mais cependant pas plus forts que ceux qui s'étaient montrés antérieurement d'une façon spontanée, mais quoique l'urine fût expulsée par la vessie, on constata un écoulement involontaire d'urine. La double perforation de la vessie et de la corne fut démontrée un peu plus tard en ce que avec l'urine fut chassé par l'urètre du sang altéré. Cette double perforation ne persista pas; l'écoulement d'urine par le vagin disparut au bout de huit jours; quant à l'écoulement de sang par l'urèthre, il se montra encore pendant l'époque suivante qui survint au bout de quatorze jours et s'accompagna de douleurs très-fortes.

Pendant la seconde époque l'urine resta claire et le sujet restera soulagé jusqu'à une nouvelle distension de la corne rudimentaire qui alors avait tout au plus le volume d'une noix. L'opération n'a donc pas eu un plein succès : si elle a remédié aux accidents existants, elle n'a point prévenu leur retour (Beiträge zur Geburtsh 1874, T. III, p. 146).

Dans les considérations qui précèdent cette belle observation, Hégar s'est occupé, avec juste raison, de déterminer les conditions anatomiques de la corne rudimentaire par le dépouillement des cas analogues, mais faute d'avoir une connaissance

history-of-obgyn.com

complète de la littérature de cette anomalie, il n'a point résolu la question d'une façon très-nette. Ce n'est point ici le lieu de combler cette lacune ; qu'il me suffise de dire, en attendant de fournir les preuves à l'appui, que presque toujours le pédicule de la corne rudimentaire s'insère au niveau du méat interne et que, par suite, la corne se trouve assez éloignée du cul-de-sac du vagin. Partant, l'opération préliminaire qui a été pratiquée à raison de la mobilité de la tumeur, c'est-à-dire la cautérisation du cul-de-sac du côté où siége celle-ci a été légitimement et rationnellement instituée ; elle a eu pour conséquence de favoriser la production d'adhérences péritonéales résistantes et, par suite, elle a nécessairement amoindri les dangers de la ponction faite ultérieurement.

Le bien fondé de cette pratique ne saurait faire passer sous silence un inconvénient qui en est vraisemblablement résulté, c'est-à-dire l'oblitération rapide du trajet fistuleux. La ponction qui porte sur un tissu cicatriciel a, sans contredit, plus de tendance à voir disparaître ses effets que celle qui porte sur un tissu parfaitement sain. D'autre part, le trocart qui a été choisi pour instrument perforateur ne fournit pas une ouverture suffisante pour créer une fistule permanente qui était, dans l'espèce, le but que l'on cherchait à atteindre. Il y aurait là matière à bien des réflexions, mais elles trouveront place dans une autre occasion. La seconde observation donnée par Hégar est, en effet, incomplète, et nul doute que, lorsqu'il aura obtenu le résultat recherché, il ne revienne sur ce sujet. Il est, sans contredit, plein d'intérêt et, à raison de sa nouveauté, il méritait les détails dans lesquels nous avons cru devoir entrer.

history-of-obgyn.com