

UN CAS D'UTÉRUS TRIFIDE

Kystes de l'ovaire et du ligament large

OPÉRATION ABDOMINO-VAGINALE

GUÉRISON

PAR LE

D<sup>r</sup> DEPAGE

Bruxelles 1894

Extrait des

*Annales de la Société belge de Chirurgie*, n<sup>o</sup> 3.

H. LAMERTIN

Libraire-Editeur — Bruxelles

IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE BULENS

Rue de l'Escalier, 22

BRUXELLES



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)

**Biblioteka Główna  
WUM**

Biblioteka Główna WUM

**Br.6784**



000024944



## UN CAS D'UTÉRUS TRIFIDE

### KYSTES DE L'OYAIRE ET DU LIGAMENT LARGE

#### OPÉRATION ABDOMINO-VAGINALE

#### GUÉRISON

Les vices de conformation des organes génitaux ne constituent pas une anomalie bien rare; les matrices bifides, entre autres, sont plus fréquentes qu'on ne le croit généralement, mais nous ne connaissons, dans la littérature, aucun cas d'utérus trifide; à ce point de vue, l'observation que nous avons l'honneur de vous présenter offre le plus haut intérêt.

Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans, de constitution forte, qui nous a été envoyée, il y a quelque temps, pour une tumeur abdominale. Cette jeune fille est entrée à notre institut de la rue Sans-Souci le 12 avril 1894; ses parents sont bien portants, elle a 7 frères et 6 sœurs tous bien portants et n'a jamais eu de maladies antécédentes. Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 18 ans et demi; chez ses sœurs, les règles sont également apparues à une époque tardive.

Elle souffrait depuis le début de l'apparition des règles, de douleurs vagues dans le dos et dans le ventre, lesquelles, dans la suite, se sont de mieux en mieux localisées. Ces douleurs étaient assez fortes, tirailantes, donnant des besoins fréquents d'aller à selle. Elles venaient par accès, apparaissaient au 5<sup>me</sup> jour des menstrues et duraient parfois pendant 10 jours, pour réapparaître ensuite, d'une façon régulière et constante à l'époque menstruelle suivante.

La patiente ne s'est jamais aperçue d'un gonflement du ventre.

D'ailleurs les règles ont toujours été normales et elles sont apparues pour la dernière fois le 26 du mois de mars. Il y avait en outre, une légère leucorrhée.

*L'état général* est satisfaisant ; coloration intense de la face ; cœur normal ; rien du côté de la poitrine et du tube digestif.

*A l'examen objectif* l'abdomen est peu développé, un peu plus proéminent du côté gauche ; la peau du ventre est normale.

*A la palpation* on sent dans la fosse iliaque du côté gauche une tumeur du volume d'une tête d'enfant, dépassant légèrement à droite la ligne médiane. Cette tumeur est peu mobile, paraît fluctuante, irrégulière, mais non lobulée, et s'enfonce dans le petit bassin. A côté, à droite et en dessous de celle-ci, immédiatement derrière le pubis, on sent une seconde tumeur, plus dure que la première et ne paraissant pas fluctuante ; elle semble avoir le volume du poing et s'enfonce également dans le petit bassin.

*Au toucher vaginal* on ne sent pas le col de la matrice, mais dans le vagin bombe une tumeur qui s'étend surtout à gauche.

Au speculum on constate que le col est porté en avant et à droite ; il est complètement effacé et ne se manifeste que par un orifice arrondi.

Le cathétérisme démontre que l'utérus est complètement refoulé à droite et qu'il mesure 6 centimètres, la vessie a également dévié à droite et se trouve au-devant de la matrice.

Par le toucher combiné avec le palper abdominal, on constate que la tumeur, qui fait saillie dans le vagin, glisse sur la tumeur fluctuante observée par le palper abdominal. Les deux poches sont indépendantes l'une de l'autre bien qu'elles se touchent.

Les mouvements imprimés à la tumeur abdominale fluctuante ne se transmettent que très faiblement au col de la matrice, tandis que ceux imprimés à la tumeur solide s'y transmettent parfaitement ainsi qu'à la tumeur qui bombe dans le vagin. Par le toucher rectal on ne sent rien de bien particulier.

Le diagnostic dans ce cas fut douteux. Notre première impression fut : kyste de l'ovaire, mais à un examen minutieux, il nous parut plus logique d'admettre l'existence de tumeurs fibreuses multiples sous-péritonéales, développées près du col de la matrice. Ce diagnostic nous parut d'autant plus admissible qu'il était d'accord avec les symptômes subjectifs de la maladie.

Il fut décidé d'intervenir par la laparotomie. Celle-ci fut faite le 14 avril d'après les méthodes habituelles sous l'asepsie la plus rigoureuse. A l'ouverture du ventre, on arriva sur une tumeur fluctuante, kystique, développée dans le ligament large, en connexion intime avec la tumeur qui se trouvait derrière le pubis et celle qui tombait dans le vagin. Ce kyste était très adhérent, en avant à l'épiploon qui le recouvrait tout entier, et profondément aux intestins. L'extirpation du néoplasme fut difficile, laborieuse et l'on eut beaucoup de peine à mettre une ligature en chaîne à sa base. Impossible d'enlever les autres tumeurs par la voie abdominale. En enfonçant la main dans la fosse iliaque droite on constata que l'ovaire avait le volume d'un gros œuf et qu'il était kystique. Cet ovaire fut extirpé. On referma alors le ventre ; on appliqua un pansement provisoire et on mit la femme dans la position gynécologique afin d'attaquer les autres tumeurs par la voie vaginale : incision circulaire autour du col, décollement de la vessie, ouverture des culs-de-sac ; placement de pinces au fur et à mesure qu'on libéra les côtés de la matrice. Ce fut celle-ci qu'on extirpa d'abord, puis on enleva la tumeur sous-pubienne et enfin, en dernier lieu, la tumeur kystique qui occupait tout le bassin du côté gauche. Cette opération par le vagin fut des plus pénibles ; elle dura plus d'une heure et nécessita le placement d'une dizaine de pinces.

Pansements vaginal et abdominal aseptiques habituels.

Toutes les tumeurs renfermaient du sang altéré, ressemblant à une bouillie noire qui contenait de petites concrétions sanguines. Un fait qui nous a frappés, c'est que la tumeur du petit bassin qui, avant l'opération, avait des parois minces et offrait les dimensions d'une tête d'enfant, s'était fortement contractée à la suite de l'écoulement de son contenu, au point de ne plus présenter que le volume d'une pomme ; les parois par contre s'étaient fortement épaissies. La tumeur qui paraissait solide à l'examen était également cavitairé, contenait du sang, et avait aussi diminué après l'ablation, mais le phénomène sur celle-ci était moins visible que sur la tumeur précédente.

Les suites de l'opération furent simples : il y eut quelques vomissements ; la température oscilla entre 36,3 et 37,5 ; toutefois, pendant les premiers jours, l'opérée ressentit de vives douleurs dans le

ventre et son pouls fut assez inquiétant : il était petit, dépressible et battait jusque 132 à la minute.

On enleva les pinces et le tampon vaginal 48 heures après l'opération et l'on fit tous les jours deux à trois injections d'eau stérilisée.

Bientôt les douleurs du ventre disparurent et le pouls redevint normal.

Après une semaine, on refit le pansement abdominal et le 15<sup>me</sup> jour l'opérée sortit de l'Institut complètement guérie.

*Examen anatomo-pathologique des tumeurs extirpées* : les pièces sont au nombre de cinq :

1<sup>o</sup> La tumeur kystique du ligament large du côté gauche, extirpée par la laparotomie, offre une paroi assez épaisse; elle est constituée par du tissu conjonctif renfermant encore les restes de l'ovaire. La surface interne de cette paroi est lisse; elle limite une cavité unique, irrégulière, anfractueuse dans laquelle vient déboucher la trompe; sa surface externe est déchiquetée; on y voit une portion du ligament large et la trompe, fortement épaissie, présentant un canal étroit.

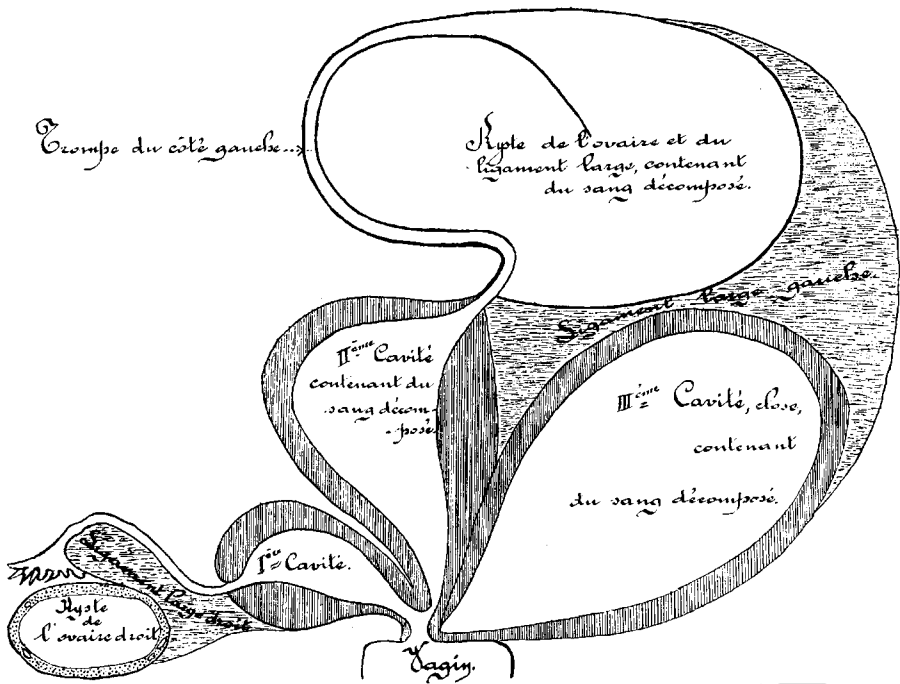
2<sup>o</sup> L'ovaire du côté droit a le volume d'un œuf et présente au centre un kyste sanguin. La zone ovulaire est fortement amincie et fibreuse. Le pavillon et la trompe n'offrent rien de particulier.

3<sup>o</sup> La matrice est petite; elle mesure 6 centimètres extérieurement; sa cavité est normale, mais on n'y voit qu'un seul orifice de trompe, lequel correspond à la trompe du côté droit. La paroi offre des caractères normaux; le col n'accompagne pas l'organe.

A l'examen microscopique d'une coupe faite à travers la paroi on constate les caractères histologiques d'un utérus normal. Toutefois l'épithélium a disparu pour ainsi dire d'une façon complète; le chorion renferme des glandes extrêmement nombreuses.

4<sup>o</sup> La tumeur qui se trouvait derrière le pubis et qui paraissait solide à l'examen de la malade, a le volume et l'aspect d'un corps de matrice; elle est aplatie d'avant en arrière et sa paroi mesure de 1 à 1 1/2 centimètre d'épaisseur. Cette tumeur offre une cavité qui ressemble à une cavité utérine; on y constate l'orifice d'une trompe lequel correspond à la trompe que nous avons mentionnée sur le kyste du côté gauche.

Sur une coupe faite à travers la paroi de cette tumeur on observe, à l'examen microscopique, les caractères histologiques du corps de



COUPE SCHEMATIQUE REPRESENTANT LA DISPOSITION DES DIFFERENTES TUMEURS

l'utérus, mais ici on ne rencontre plus de trace d'épithélium et les glandes sont moins nombreuses.

5° La dernière tumeur est adhérente au col de la matrice et fait corps avec celui-ci. Elle a le volume d'un poing d'enfant et, à son aspect, on dirait également un utérus. La paroi est épaisse d'un centimètre, sa surface externe est plus ou moins déchiquetée, sa surface interne est lisse, limitant une cavité close dans laquelle ne vient déboucher aucun conduit.

Une coupe faite à travers la paroi présente également, à l'examen microscopique, la structure de la matrice; elle est formée par une couche externe très épaisse de nature fibro-musculaire lisse et une couche interne de tissu conjonctif jeune, rappelant le chorion. Celui-ci est moins épais que sur les coupes précédentes, il est infiltré de matière colorante du sang et à la surface les éléments cellulaires sont en voie de destruction. Par places, on y observe des utricules glandulaires muqueuses avec un épithélium cylindrique.

En résumé nous avons affaire ici à une matrice à trois lobes, à un kyste sanguin de l'ovaire droit et à un kyste sanguin développé aux dépens de l'ovaire, du ligament large et du pavillon de la trompe du côté gauche. La planche ci-contre représente une coupe schématique montrant la disposition de ces différentes tumeurs. Des trois lobes utérins, le premier, celui dont on a pu faire le cathétérisme, correspondant à l'ovaire droit et le second, celui qui se trouvait derrière le pubis, correspondant au kyste du côté gauche, constituaient une matrice bifide classique avec un col unique et deux orifices cervicaux internes. L'orifice cervical interne du premier lobe ne présentait rien de particulier; à l'examen de la malade, il permettait l'introduction facile de la sonde et la cavité utérine qui mesurait 6 centimètres avait été considérée comme normale à cause de l'effacement du col. L'orifice cervical interne du second lobe était au contraire rétréci, dévié, ne permettant pas l'introduction de la sonde; il était comprimé par le troisième lobe utérin qui venait bomber dans le vagin et la cavité était distendue par du sang altéré. Enfin le troisième lobe, situé à gauche et constituant une cavité close, prenait son insertion au niveau du col des deux autres et était également rempli de sang altéré.

La formation de la matrice bifide s'explique aisément : il s'agit là



d'une absence de soudure entre les conduits de Müller. Ce vice de conformation se rencontre de temps en temps et est signalé dans tous les ouvrages classiques, mais il est difficile de se rendre compte de la troisième cavité utérine. L'embryologie n'en donne aucune explication; tout au plus pourrait-on admettre que, pendant le développement des organes génitaux, il se soit formé un diverticulum dans l'un des conduits de Müller, lequel, dans la suite, se serait complètement fermé. Cette troisième cavité se serait formée d'après un processus semblable à celui des kystes dermoïdes. C'est la seule version, nous semble-t-il, qui puisse nous expliquer ce fait tératologique curieux.

Un autre point que nous devons chercher à élucider, c'est l'accumulation de sang dans deux des lobes utérins et la formation du kyste sanguin du côté gauche. D'après les renseignements fournis par la malade, il a été établi que celle-ci ressentait des douleurs atroces au 5<sup>me</sup> jour des règles, que ces douleurs persistaient pendant 10 jours et qu'elles réapparaissaient à chaque époque menstruelle. D'autre part, nous avons affaire à une cavité utérine close et à une cavité utérine dont l'orifice cervical est rétréci, cette dernière correspondant à l'ovaire gauche. Ces deux ordres de faits concordent pour expliquer cette accumulation sanguine par une rétention du sang des règles.

**Biblioteka Główna  
WUM**



Biblioteka Główna WUM

**Br.6784**



000024944

---

Impr. BULENS, rue de l'Escalier, 22, Bruxelles.

---



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)