

annexes gauches sont normales, mais à droite nous sentons, accolée à l'utérus, une tumeur du volume d'un œuf donnant assez nettement l'impression d'une lésion ovaro-salpingienne adhérente à l'utérus. A ce moment on pensa à la possibilité d'une grossesse extra-utérine, et cette opinion était surtout basée sur le retard survenu dans les règles qui toujours avaient été d'une régularité parfaite.

Ce diagnostic ne fut cependant pas maintenu et la continuité de la tumeur avec l'utérus qui semblait faire corps avec elle, l'abondance plus marquée des règles, pendant les dernières années, firent admettre l'existence d'un fibrome et, le 23 mars, l'hystérectomie vaginale fut pratiquée.

Les suites opératoires furent excellentes et la malade guérie quittait le service un mois après.

Voici la pièce : au niveau de la corne utérine droite, une tumeur du volume d'une noix, de laquelle la trompe saine semble se détacher. Cette tumeur fait corps avec l'utérus et il n'y a entre les deux aucune solution de continuité. Les parois utérines sont très épaissies. La coupe donne un volumineux caillot sanguin. En présence de cette pièce, il est facile de voir, en tenant compte des symptômes tumeur et hémorrhagie, que le diagnostic de fibrome devait certainement venir à l'esprit et même s'imposer si l'on songe à la fréquence des fibromes et à la rareté de la grossesse extra-utérine localisée en ce point de la sphère génitale.

Mais en admettant que le diagnostic de grossesse extra-utérine eût été établi et maintenu, quelle conduite devait tenir le chirurgien ? Devait-il faire une opération conservatrice ou la castration totale ? Dans ce cas particulier, une opération conservatrice eût certainement présenté l'inconvénient sérieux d'intéresser la cavité utérine. Pour enlever cette tumeur, en effet, il eût fallu la sculpter dans le corps utérin et fatalement la cavité eût été ouverte. Il est vrai qu'il restait la ressource de la fermer avec des sutures étagées en surjet ; mais je considère comme un danger la communication toujours possible avec la cavité utérine, même avec les meilleures sutures, et il me semble que, dans la majorité des cas, l'ablation totale, soit par voie abdominale, soit par voie vaginale, sera l'opération de choix. Pour mon compte, je donne la préférence à cette dernière, parce qu'elle m'a toujours donné les meilleurs résultats et que, si je ne craignais d'être paradoxal, je dirais presque que l'hystérectomie vaginale est une opération bénigne.

Maintenant, sous quelle étiquette ranger cette pièce ? Il est évident que la dénomination de grossesse extra-utérine interstitielle ne peut, suivant la remarque de M. Bar, lui être donnée, si on réserve cette appellation aux grossesses développées dans le seul trajet intra-utérin de la trompe, c'est-à-dire dans l'épaisseur même du tissu utérin. Il serait peut-être plus juste, en raison de la portion de la trompe intéressée, si petite soit-elle, de la qualifier grossesse extra-utérine tubo-interstitielle.

## II ET III.—*Deux cas de grossesse extra-utérine.*

Depuis la dernière séance où je vous présentais une pièce anatomique relative à une grossesse tubo-interstitielle, le hasard nous