

Les parois vaginales sont souples, sans être hypertrophiées, ni ramollies, ni colorées.

A l'*auscultation*, en bas, surtout du côté gauche, près de la ligne médiane, on entend un gros souffle utérin isochrone avec le pouls maternel. Malgré des recherches minutieuses, l'on ne peut retracer les bruits du cœur fœtal.

La malade affirme qu'elle n'est pas enceinte et qu'elle souffre depuis deux ans, des mêmes malaises, des mêmes douleurs, qui consistent dans des sensations de gêne, de pesanteur dans le ventre et dans le bassin, s'irradiant à la région lombaire, au dos, au sacrum et aux membres inférieurs.

Depuis quelques mois, il existe des troubles de compression qui se caractérisent par de la dilatation des veines sous-cutanées de l'abdomen, par de la constipation, de l'oppression et de l'œdème des jambes, au niveau des malléoles; la jambe gauche surtout est plus gonflée et plus douloureuse; il n'y a cependant pas de varices.

Avec quelques hésitations, laissant de côté les avantages d'une temporisation, qui nous aurait permis de préciser le diagnostic et d'éliminer l'hypothèse d'une grossesse possible dans un utérus néoplasique, nous cédon's aux sollicitations de la malade et nous décidons de pratiquer une laparatomie.

Après une préparation d'usage, qui consiste à purger les malades durant quelques jours, à leur faire suivre un régime lacté, surtout quand il y a de l'albumine dans les urines, enfin à aseptiser avec soin la paroi abdominale et le vagin, nous faisons, après chloroformisation, une incision médiane sous-ombilicale. A l'ouverture facile du péritoine, nous nous trouvons en présence d'un utérus très développé. A travers la couche mince du péritoine viscéral, on reconnaît le muscle utérin uniformément hypertrophié comme dans l'utérus gravidé; il est très vascularisé, il est lisse et ne contient pas de lobes néoplasiques. Au niveau des ligaments larges, les vaisseaux sanguins sont congestionnés et les veines en particulier sont très grosses et présentent des dilatations variqueuses.

Pour extraire l'utérus en dehors de la cavité abdominale, nous enfonçons le tire-bouchon au niveau de l'extrémité supérieure de la tumeur.

Après son extraction facile, à travers l'incision de la paroi, il s'échappe par la perforation faite au moyen de l'instrument, un liquide clair jaunâtre et visqueux. En palpant avec soin l'utérus, qui est plutôt rénitent, l'on perçoit nettement de la fluctuation, mais on ne peut découvrir aucune partie fœtale. Un aide pratique, sur l'utérus lui-même enveloppé de compresses stérilisées, l'*auscultation* qui reste négative.

La pièce en mains, malgré ces explorations, il persiste un doute que cet utérus anormalement développé pourrait être habité soit par un embryon, soit par une môle hydatiforme et nous décidons d'interrompre l'opération. La plaie utérine est suturée, l'organe remis en place et la plaie abdominale refermée.

Les suites opératoires furent très simples et la malade partit de l'hôpital, 15 jours après, guérie de cette intervention.

Le 7 octobre suivant, elle revient de nouveau à l'hôpital, et voici ce que nous constatons: la tumeur ne s'est pas sensiblement modifiée, malgré cette expectation de près de 3 mois; son volume est peu augmenté, sa consistance est plus molle, mais elle est encore ferme et rénitente. Le col a conservé sa position, mais il est un peu plus ramolli dans tout son ensemble, son orifice est à peine entre-ouvert.