

fusionnées, l'arbre de vie a fait son apparition dans la cavité de l'organe, tandis que le vagin est encore lisse. Le col de l'utérus est formé. Le périnée s'est élargi. Tandis que le vagin se développait, le sinus uro-génital, demeuré stationnaire, est devenu accessoire, de telle sorte que la vessie paraît maintenant s'ouvrir dans le canal génital. Le sinus uro-génital est désormais le vestibule du vagin où l'hymen fait saillie. Le tubercule génital s'est réduit aux proportions du clitoris, les bords de la fente génitale ont formé les petites lèvres.

4° Période, de la 20<sup>e</sup> semaine à la fin de la période fœtale. — Elle est marquée par la formation de plis dans la muqueuse vaginale et dans le col de l'utérus et par le développement du fond de l'utérus.

5° Période, de la naissance à la puberté. — L'utérus augmente un peu d'épaisseur : vers la sixième année, la muqueuse utérine qui, jusqu'alors, était plissée, devient lisse, et il n'y subsiste plus qu'un seul pli vertical.

**Étiologie. Pathogénie.** — On a longtemps considéré les malformations de tous les organes comme de simples caprices de la nature. Les premières tentatives d'explication rationnelle, basées sur l'arrêt du développement, appartiennent à Meissner<sup>1</sup> et à Busch<sup>2</sup>, mais c'est A. Kussmaul<sup>3</sup> qui a surtout développé et rendu classiques ces notions dans un ouvrage magistral qui a fait oublier ses devanciers. En France, cette classification nouvelle fut d'abord exposée par Le Fort<sup>4</sup>. Depuis lors, de très nombreuses observations ont été publiées isolément ou dans des travaux d'ensemble<sup>5</sup>. Fürst a beaucoup contribué à déterminer l'époque exacte du développement embryonnaire à laquelle correspond chaque anomalie.

Quelle est la cause initiale des anomalies des organes génitaux ? Faut-il admettre un arrêt du développement ou remonter plus haut, vers une cause supérieure, l'atavisme, reproduisant sporadiquement dans une espèce les formes d'une autre espèce, par l'effet de ce que Darwin a appelé un phénomène de réversion ? Je me borne à indiquer cet intéressant point de vue.

Les causes prédisposantes sont très obscures. Il n'est pas douteux que l'hérédité n'entre souvent en jeu, quelque paradoxal que le fait puisse paraître, quand il est énoncé pour des cas d'absence d'utérus.

<sup>1</sup> FR. L. MEISSNER. *Die Frauenzimmerkrankheiten*, Leipzig, 1845, t. I, p. 545 et 555.

<sup>2</sup> W. H. BUSCH. *Das Geschlechtsleben des Weibes*, 1875, Bd. III.

<sup>3</sup> A. KUSSMAUL. *Von dem Mangel der Verkümmerng und Verdopplung der Gebärmutter, von der Nachempfängniss und der Ueberwanderung des Eies*. Würzburg, 1859.

<sup>4</sup> L. LE FORT. *Des vices de conformation de l'utérus et du vagin et des moyens d'y remédier*. Thèse d'agrég., Paris, 1865.

<sup>5</sup> Consulter spécialement : P. MÜLLER. *Loc. cit.* — LAS CASAS DOS SANTOS. *Missbildungen des Uterus* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XIV, Heft 1, p. 145).

Étiologie et pathogénie des malformations vagino-utérines.

Squarey<sup>1</sup> cite le cas de trois sœurs qui n'avaient jamais eu de règles, et dont les trois tantes étaient stériles.

La cause immédiate, la condition anatomique de la malformation, est, dans l'immense majorité des cas, un simple arrêt dans l'évolution morphologique ou dans la croissance organique. Il importe de faire une distinction très nette entre ces deux catégories de faits. Dans la première, l'organe, tout en présentant le type fœtal, peut avoir des dimensions adultes ; dans la seconde, qui peut exister seule ou se combiner à la première, l'organe ayant le type adulte a été atteint d'aplasie, il est resté plus petit, en totalité ou dans certaines de ses parties.

Enfin, il y a des faits qui semblent ne pouvoir s'expliquer que par un véritable processus pathologique, ayant produit des adhérences et des soudures, durant la vie embryonnaire. De cet ordre seraient certaines brides vaginales, et aussi la bride péritonéale allant de la paroi postérieure de la vessie à la face antérieure du rectum qu'on a trouvée dans plusieurs cas d'utérus bicorne. A la vérité, il faut être très sobre de pareilles explications, qui ne tendraient à rien moins, si on les acceptait trop facilement, qu'à dispenser de toute autre recherche. Dans les cas d'adhérences vaginales, l'influence pathologique qu'on a invoquée peut être contestée et on peut faire intervenir l'arrêt de développement, puisqu'à un certain moment la lumière de ce canal n'existe pas. Quant à la bride péritonéale passant au-dessus de l'utérus bicorne, il est aussi naturel d'admettre qu'elle est un effet de la malformation que de l'indiquer comme cause.

Les malformations de l'utérus et du vagin sont fréquemment solitaires. C'est ainsi qu'on observe simultanément l'absence complète d'un des segments du canal génital avec le développement rudimentaire ou le cloisonnement de l'autre. Toutefois, comme ces anomalies peuvent aussi exister séparément, il y a un véritable intérêt clinique à décrire, dans des chapitres distincts, les vices de développement du vagin et ceux de l'utérus.

### Malformations du vagin.

I. Absence complète et développement rudimentaire. — Anatomie pathologique et symptômes. — Anatomiquement, il y a une différence radicale entre ces deux variétés, mais elle s'efface au point de vue clinique. Dans l'absence complète, il n'y a aucune trace de tissu vaginal intermédiaire à la vessie et au rectum ; dans le développement rudimentaire, il existe des trainées fibreuses de tissu conjonctif dans la direction que devrait occuper le vagin.

<sup>1</sup> C. E. SQUAREY. *Obstet. Transact. of London*, 1875, t. XIV, p. 212. — Des cas analogues ont été cités par HAUFF et PHILIP (SCHRÖDER. *Mal. des org. gén. de la femme*, trad. franç., p. 57).

Absence complète et développement rudimentaire du vagin. Anatomie pathologique et symptômes.

L'utérus peut manquer totalement, ou être réduit à un noyau rudimentaire<sup>1</sup>. Dans d'autres cas, il est normal, les ovaires existent, mais il n'y a pas de molimen menstruel. Plus exceptionnellement, ils donnent lieu à des douleurs périodiques au moment de l'ovulation. L. Le Fort a observé un cas où l'utérus existait et où il y avait des douleurs excessives à chaque époque menstruelle, accompagnées

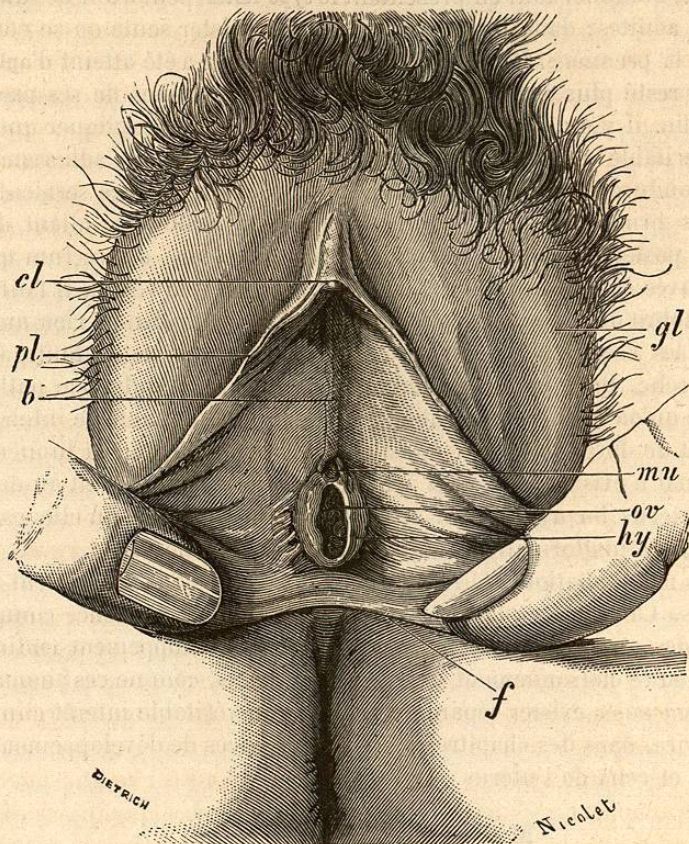


Fig. 490. — Absence de vagin et d'utérus (ou utérus rudimentaire?) avec un hymen bien développé.

d'hémorragies supplémentaires par les conjonctives, la peau des jambes qui se fendillait spontanément, ou d'hémoptysies<sup>2</sup>. On a vu la vulve faire complètement défaut<sup>3</sup> en même temps que le vagin.

<sup>1</sup> V. SWIECICKI (*Wien. med. Blätter*, 1891, n° 6, p. 85) a signalé un cas d'absence du vagin, de l'utérus, et de l'ovaire gauche.

<sup>2</sup> L. LE FORT. *Manuel de méd. opér. de Malgaigne*, 9<sup>e</sup> édit., 1889, p. 702. — R. FROMMEL (*Münchn. med. Woch.*, 1890, n° 15, p. 265) a publié un cas analogue à celui de LE FORT, au point de vue des douleurs.

<sup>3</sup> POLAILLON. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 25 mars 1887, p. 204.

Mais le plus souvent elle est bien conformée, et il y a même une petite dépression infundibuliforme, en arrière des petites lèvres, bien développées; on a fréquemment trouvé l'hymen parfaitement normal (fig. 490). Le canal de l'urèthre est parfois dilaté par suite des tentatives de coït.

On doit distinguer deux variétés importantes, selon que cette absence complète ou ce développement rudimentaire portent sur toute la longueur du conduit vaginal ou seulement sur une de ses parties. On sait que l'évolution de la cavité vaginale aux dépens des conduits de Müller se fait toujours de haut en bas<sup>1</sup>. On conçoit, par suite, difficilement que ce soit la partie inférieure du vagin qui existe le plus souvent au lieu de la partie supérieure, lorsqu'il y a arrêt de développement. Je crois qu'il faut voir dans ces faits la persistance et l'allongement anormal du canal vestibulaire, ou partie antérieure du sinus uro-génital. Cette sorte d'embouchure ectodermique, assez insignifiante à l'état normal, reprend alors la prépondérance qu'elle a eue à la période embryonnaire, avant qu'elle ne fût refoulée et distancée par le développement du canal müllérien. Ce cul-de-sac qu'on observe si fréquemment dans les cas d'absence du vagin et de l'utérus a une longueur de 2 ou 3 centimètres et une médiocre largeur, à peine suffisante pour l'introduction du bout du doigt; mais cette longueur et cette largeur peuvent être considérablement développées par la pratique du coït. Le cul-de-sac vestibulaire est fermé par une membrane nacréée, réticulée, d'aspect cicatriciel.

On a vu manquer la partie médiane du vagin, et ses deux tronçons être séparés par une membrane d'épaisseur variable et parfois perforée; il y a eu alors, sans doute, arrêt de développement du vagin müllérien et développement compensateur du canal vestibulaire, qui est allé à sa rencontre et n'a pu se fusionner avec lui. On a vu aussi ces deux conduits empiéter l'un sur l'autre, en chevauchant, sans s'aboucher. Admettre en pareil cas qu'un des conduits de Müller est oblitéré en haut et l'autre en bas, c'est émettre une hypothèse bien invraisemblable<sup>2</sup>. Celle que je viens de proposer paraît plus naturelle.

On devra toujours pratiquer, avec soin, le toucher rectal et l'associer au cathétérisme ou même au toucher vésical, parfois facilité par la dilatation de l'urèthre consécutive au coït anormal, et qu'on peut rapidement compléter avec des bougies de Hegar. On percevra ainsi le cordon fibreux qui existe dans les cas de développement rudimen-

<sup>1</sup> RICHARD GEIGEL, *loc. cit.* — F. TOURNEUX et CH. LEGAY, *loc. cit.*

<sup>2</sup> SCHRÖDER. *Maladies des organes gén. de la femme*, trad. franç., 1886, p. 497.

taire, et qui peut être d'un précieux secours, comme guide, pendant l'opération. En cas d'absence ou d'état rudimentaire de l'utérus, le toucher rectal permettra de percevoir la sonde non seulement en bas, mais aussi en haut. On recherchera avec soin les ovaires par la palpation abdominale, combinée avec le toucher rectal. Cet examen devra toujours être fait sous l'anesthésie chloroformique.

Traitement.

**Traitement.** — L'absence de tout ou partie du vagin donne lieu à des indications thérapeutiques bien différentes, selon l'état de l'utérus. Si cet organe est bien développé, il surviendra, au moment de la puberté, des phénomènes d'hématométrie qui nécessiteront une intervention sur laquelle j'aurai à revenir plus tard.

Castration.

S'il n'existe pas d'utérus, mais seulement des ovaires bien développés, les douleurs dysménorrhéiques qui paraîtront au moment de l'ovulation pourront être une raison suffisante pour pratiquer la castration. Cette opération a été plusieurs fois faite avec succès<sup>1</sup>.

Création d'un vagin artificiel. (Opération d'Amussat).

Restent les cas où il n'y a qu'une difformité et une infirmité sexuelle, et où la femme réclame la création d'un vagin uniquement en vue du coït. Est-on autorisé à essayer de créer un vagin artificiel, purement *pro formâ* et en dehors d'une indication fournie par des accidents de rétention? La question a été résolue d'une façon différente. Schröder, Hegar et Kaltenbach inclinent vers la négative, en insistant sur les dangers de l'opération et le risque de s'égarer et de blesser les organes voisins, quand on n'a pas pour se guider la tumeur utérine. Mais Le Fort<sup>2</sup> fait judicieusement remarquer qu'il est des circonstances où une opération de complaisance peut devenir une opération de nécessité.

Elle a été d'abord pratiquée par Amussat.

Si l'on se décide à faire un vagin artificiel, on procédera avec les plus grandes précautions au décollement du rectum, au fond de la dépression vulvaire, en s'aidant surtout des doigts, dès que les parties molles auront été divisées, et procédant pas à pas, par une sorte de dissection et de dilacération combinées. Le doigt de l'opérateur ou d'un aide sera maintenu dans le rectum et une sonde sera placée dans la vessie.

Dès qu'on sera arrivé assez profondément, 6 à 8 centimètres environ, on procédera au second temps de l'opération, qui n'est pas le

<sup>1</sup> LAS CASAS DOS SANTOS (*loc. cit.*) mentionne les opérations de TAUFFER, LANGENBECK, PEASLEE, SAVAGE, KLEINWÄCHTER. — DUVELIUS (*Soc. obst. et gyn. de Berlin*, in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 9, p. 143) rapporte une opération de ce genre. Les ovaires, enlevés par A. MARTIN, contenaient des corps jaunes et des cicatrices.

<sup>2</sup> LE FORT. *Manuel de méd. opérat. de Malgaigne*, 9<sup>e</sup> édit., 1889, t. II, p. 698. — Deux autres cas sont dus à MAX STRAUCH. *Zur Castration wegen functionirenden Ovarien bei rudimentärer Entwicklung der Müller'schen Gänge* (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XV, Heft 1, p. 138).

moins important, et qui consiste à revêtir de tégument le fond de l'infundibulum créé, pour s'opposer à la rétraction cicatricielle. On utilisera, pour cela, le décollement et le glissement de la muqueuse et de la peau voisines; on les aura soigneusement ménagées dans l'incision première, qu'il convient de faire transversale, suivie de deux petits débridements latéraux, en H. Après les sutures, le canal artificiel sera bourré de gaze iodoformée, et on continuera ce tamponnement jusqu'à cicatrisation parfaite. On pourra ensuite lui substituer un mandrin ou un pessaire Gariel.

Malgré tout le soin apporté à cette opération, dont Picqué<sup>1</sup> a publié un bel exemple, il faut compter que le résultat opératoire primitif se maintient difficilement, car l'angle dièdre qui forme le fond de la cavité est très difficilement tapissé par la greffe, et le tissu cicatriciel qui s'y forme a une tendance invincible, même quand cette greffe paraît lui adhérer, à refouler le lambeau en dehors et à combler peu à peu la cavité. Heureusement que l'œuvre du chirurgien trouve souvent un auxiliaire précieux dans la pratique quotidienne du coït, qui arrive, chez certaines opérées, à donner des résultats tout à fait inespérés (Richet).

Polailon, dans un cas où il a pu parvenir jusqu'à l'utérus, a procédé en deux séances, à trois semaines de distance<sup>2</sup>; ces opérations successives étaient, du reste, préconisées par Amussat qui, le premier, a tenté la création d'un vagin artificiel.

Le Fort a obtenu un succès remarquable par l'électrolyse dans un cas où l'utérus existait et où les règles étaient remplacées par des hémorrhagies supplémentaires. Il fit construire un cylindre de buis dont l'extrémité formée par un bout de cuivre était en rapport avec le pôle négatif d'une pile de 5 à 6 éléments Morin, au sulfate de cuivre; une plaque métallique placée sur le ventre, avec interposition de compresses mouillées, établissait la communication. L'appareil était mis en place la nuit. Au bout de peu de temps, la tige se creusa un canal de 7 à 8 centimètres de profondeur, que Le Fort élargit progressivement, d'abord avec un instrument analogue à une pince à gants, et dont une branche se terminait par un ajutage de cuivre, puis avec un dilateur en bois. Le résultat obtenu fut immédiatement des plus satisfaisants; mais nous ignorons s'il s'est maintenu<sup>3</sup>.

Électrolyse.

**II. Vagin unilatéral.** — Il est probable que dans bien des cas, sans que cette anomalie de développement soit apparente, un seul des

Vagin unilatéral.

<sup>1</sup> L. PICQUÉ. *Absence congénitale du vagin : opération autoplastique, création d'un conduit vaginal artificiel* (*Annal. de Gyn.*, févr. 1890, t. XXXIII, p. 124).

<sup>2</sup> POLAILLON. *Absence complète de vagin. Douleurs menstruelles périodiques, création d'un vagin artificiel* (*loc. cit.*, p. 204).

<sup>3</sup> LE FORT, *loc. cit.*, p. 702.

canaux de Müller sert à former le vagin; c'est, sans doute, ce qui a lieu dans le cas d'utérus unicorne. On peut soupçonner ce fait, d'après l'étroitesse du canal. Dans les faits de duplicité partielle du vagin, il y a eu développement incomplet d'un des canaux de Müller, et le vagin est partiellement unilatéral; mais il est plus naturel de ranger ces faits dans la classe suivante.

Vagin cloisonné.

III. **Vagin cloisonné.** — Quand la cloison divise la totalité du vagin, l'utérus est aussi double ou, pour mieux dire, divisé. Il peut y avoir, comme je l'ai dit plus haut (p. 1093), un hymen perforé de deux orifices, simulant un double hymen, ou seulement un hymen annulaire, séparé de la cloison par un intervalle appréciable. La cloison n'est généralement pas placée au milieu de l'organe, de telle sorte que l'un des conduits, le gauche ordinairement, se trouve situé un peu en avant de l'autre.

Vagin borgne latéral.

Une variété importante de cette malformation est ce qu'on pourrait appeler le **vagin borgne latéral** (*atresia vaginæ lateralis*). Elle est constituée par un développement rudimentaire d'un des conduits de Müller ayant formé un demi-vagin, qui demeure fermé du côté de la vulve, tandis qu'en haut il reçoit un des cols de l'utérus double ou bicorne. Cette lésion siège presque toujours à droite (20 fois sur 28, d'après Puech). Ainsi se trouve constituée une poche, plaquée contre la paroi du vagin principal, où elle demeure perdue et ignorée jusqu'au moment où elle se remplit de sang, à l'époque de la puberté, ou de pus, à la suite d'une infection qui s'est communiquée à elle par un point faible de la cloison. De la sorte prennent naissance ces collections bizarres, qui déroutent longtemps le diagnostic, et qu'on a appelées **hématocolpos** et **pyocolpos latéraux**<sup>1</sup>. Le premier, dû à la rétention des règles, coïncide souvent avec une hématométrie latérale; mais la collection de pus du pyocolpos peut être bornée à la poche vaginale, sans distension du segment correspondant de l'utérus, car elle arrive rapidement à se faire jour au dehors, en perforant la cloison vaginale (comme j'en ai rencontré un exemple). On a pourtant observé des cas de pyométrie concomitante; ils sont graves, et la perforation, qui peut se faire en un point élevé de la cloison, dans l'utérus, ne fait pas disparaître les accidents, car la poche se remplit bientôt de nouveau, après son évacuation (Breisky).

Hématocolpos et pyocolpos latéraux.

Quand il y a coïncidence d'hématométrie, la collection peut ressembler, à s'y méprendre, à celle d'une hématoécèle pelvienne intrapéritonéale. Quand la tumeur vaginale existe seule, on peut croire à

<sup>1</sup> Les premiers cas en ont été décrits par HOLST. *Beiträge z. Gyn. u. Geb.*, Tubingue, 1865, Heft I, p. 65. — VERR. *Krankh. der weibl. Geschlechtsorg.*, 2<sup>e</sup> édit., Erlangen, 1867. — G. SIMON. *Monatsch. f. Geb.*, 1864, t. XXIV, p. 292. — BREISKY (*loc. cit.*) en a rassemblé 47 cas.

un kyste du vagin, et Freund<sup>1</sup> a même soutenu que certains de ces kystes n'avaient pas d'autre origine; il y a là, je crois, une véritable confusion entre deux lésions très distinctes.

Le cloisonnement du vagin peut être partiel; c'est alors la partie supérieure de la cloison qui manque, car la coalescence des canaux de Müller se fait de haut en bas<sup>2</sup>. Cependant, lorsque l'utérus est double, on trouve parfois le vagin cloisonné à sa partie supérieure, comme si la cloison utérine se prolongeait dans le vagin, tandis que la partie inférieure s'est fusionnée.

Ordinairement, la cloison est épaisse, charnue, rappelant la consistance de la cloison recto-vaginale. Mais elle peut être amincie en certains points ou perforée. Enfin, elle est parfois réduite à des vestiges, à des brides fibreuses tendues, comme des ponts, de droite à gauche. On a vu, tour à tour, dans ces lésions des restes de la fusion des conduits de Müller ou des adhérences formées pendant la vie embryonnaire.

Le cloisonnement du vagin est souvent compatible avec l'accouchement normal. Dunning<sup>3</sup> a rapporté l'observation d'une jeune femme présentant deux vagins séparés par une cloison qui commençait au-dessus de la vulve et se continuait jusqu'à l'intervalle de deux petits cols; la sonde permettait de constater que la cloison se poursuivait dans l'utérus. Une grossesse étant survenue à droite, où la cavité utérine était, du reste, plus profonde, les deux cols se tuméfièrent également, et la cloison qui séparait les deux utérus disparut, probablement par résorption. Durant le travail, la cloison vaginale se fendit de haut en bas, la portion inférieure persistant seule; l'accouchement se fit sans difficulté. La résorption, pendant la grossesse, de la cloison qui sépare le vagin de l'utérus, paraît un fait assez fréquent; on dirait que ces tissus anormaux subissent de profondes perturbations dans leur nutrition, sous l'influence des changements qu'amène l'état puerpéral. De là vient, à la fois, le danger de rupture utérine, la facilité de déchirure de la cloison vaginale ou l'extensibilité inespérée de brides congénitales. Cependant il arrive que des cloisonnements incomplets forment un éperon qui s'oppose au passage de la tête fœtale. On peut les diviser, au moment du travail, sans danger d'hémorrhagie.

Pour les symptômes et le traitement de l'hématométrie, compliquant l'hématocolpos latéral, je renvoie au chapitre suivant.

<sup>1</sup> FREUND. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1877, Bd. I, p. 242.

<sup>2</sup> HOPPENHEIMER (*New-York med. Woch.*, fév. 1889, n° 2, p. 89) a rapporté un cas de vagin double où l'un des conduits était réduit à un simple cul-de-sac de 1 cent. 1/2, en arrière et à la partie inférieure de l'hymen.

<sup>3</sup> L.-H. DUNNING. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 1<sup>er</sup> déc. 1888, p. 762.

Quant au pyocolpos simple, sans dilatation de l'utérus, il demande à être ouvert très largement, sans quoi la suppuration devient intarissable. Je crois qu'il est indiqué de faire, en même temps que l'incision, la résection de toute la paroi de la poche qui formerait, sans cela, un double éperon longitudinal dans la cavité vaginale devenue unique. On peut faire cette section avec les ciseaux et en cautériser la tranche au thermocautère pour obtenir une hémostase rapide; on l'obtiendrait aussi avec un surjet de catgut. On complètera le traitement par des injections antiseptiques et le tamponnement iodoformé.

On exciserait de même une cloison ou des brides, résultant d'un cloisonnement incomplet, qui seraient une gêne pour la copulation.

Atrésie et sténose congénitales.  
Brides transversales

IV. Atrésie et sténose congénitales. Brides transversales — L'histoire de l'atrésie du vagin se confond, au point de vue anatomique, avec celle des imperforations de l'hymen, de l'absence et du développement rudimentaire du vagin, qui ont déjà été décrits.

La sténose (ou rétrécissement) d'origine congénitale, quand elle se présente sous forme d'adhérences partielles et de brides transversales est sans doute due à la persistance partielle de la soudure qui unit les parois vaginales, à un certain moment de l'existence embryonnaire, ainsi que Geigel l'a constaté sur un fœtus de 4 mois. Mais elle peut aussi provenir d'un arrêt de développement plus accusé des canaux de Müller, en un point déterminé de leur trajet; c'est ainsi qu'on a vu un rétrécissement considérable, admettant à peine une sonde de trousse, occuper le tiers supérieur seulement du vagin<sup>1</sup>. Les rétrécissements de cette nature siègent sur une assez grande hauteur.

Je mentionnerai simplement l'étroitesse du vagin dans les cas d'utérus unicorne; elle est sans doute due à ce que l'organe s'est formé aux dépens d'un seul conduit de Müller, l'autre ayant avorté dans toute la longueur du canal génital.

Les rétrécissements qui sont formés par des brides transversales peuvent affecter la forme de croissants ou de diaphragmes incomplets; ce sont assurément ces cas qu'on a parfois décrits comme des hymens supplémentaires<sup>2</sup>. Ces rétrécissements causent la rétention du

<sup>1</sup> KYRI. *Soc. obst. et gyn. de Vienne*, 15 mai 1888 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 7, p. 116). Dans ce cas, il y eut d'abord avortement, puis hématométrie. — M. ROTHENBERG (*Missbildungen des weiblichen Genitalschlauches*. Dissert. inaug., Königsberg, 1887) a observé une sténose siégeant au-dessus d'un vagin double.

<sup>2</sup> FR.-L. MEISSNER. *Die Frauensimmerkrankheiten*, 1845, t. I, p. 355. — I. KLEINWÄCHTER (*Die angeborenen partiellen Verengerungen der Vagina*, in *Prag. med. Woch.*, 1890, n° 48, p. 589) pense que ces rétrécissements sont plus rares que les autres; sur 21 cas, dont 1 personnel, de sténose congénitale, il n'a trouvé qu'un seul rétrécissement occupant la partie supérieure du vagin.

sang dans l'utérus quand un obstacle momentané vient en obstruer la lumière: puis une débâcle se produit, suivie elle-même d'une nouvelle accumulation de liquide; des accidents sérieux peuvent ainsi survenir.

L'obstacle à la copulation et à l'accouchement nécessite souvent l'intervention opératoire<sup>1</sup>. Je dois pourtant faire remarquer ici, comme dans les cas de cloisonnement vaginal, que, pendant le travail, les tissus se gonflent, s'amollissent et se distendent à un degré tout à fait inespéré, ce qui rend parfois inutile une intervention qu'on aurait cru nécessaire<sup>2</sup>. Cette extensibilité a pourtant des limites, et il ne faut pas hésiter à diviser avec des ciseaux une bride qui offrirait une résistance manifeste, au moment de l'accouchement. Pour avoir trop temporisé, on a vu survenir la rupture de l'utérus<sup>3</sup>.

On peut rapprocher l'anomalie que constituent les brides transversales observées dans le vagin, chez la femme, de la disposition qui existe, à l'état normal, chez certains animaux. Chez les cétacés<sup>4</sup> on a trouvé jusqu'à huit replis successifs simulant une série de museaux de tanche superposés. Chez la femelle du chimpanzé<sup>5</sup>, les plis du vagin forment des croissants fort étendus; chez la brebis<sup>6</sup>, les anneaux ou diaphragmes se succèdent dans le vagin jusqu'au col de l'utérus.

### Malformations de l'utérus.

I. Absence de l'utérus. Développement rudimentaire de l'utérus. — Ces deux malformations méritent d'être réunies dans une même description, car les différences qui les séparent, intéressantes au point de vue tératologique, n'ont aucune importance en clinique. Dans l'un et l'autre cas l'organe est annihilé, qu'on n'en trouve aucune trace ou qu'il en existe un vestige insignifiant.

L'absence complète (*defectus uteri*) est extrêmement rare et plusieurs des cas qui en ont été rapportés sont dus à une erreur d'interprétation; dans plusieurs autopsies, on paraît avoir pris pour les trompes ce qui n'était, en réalité, que des cornes utérines rudimentaires. L'insertion exacte des ligaments ronds est pour cette détermi-

Absence de l'utérus.  
Développement rudimentaire.

<sup>1</sup> C. HEYDER (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd XXXVI, p. 502) a fait l'excision au thermo-cautère d'un rétrécissement congénital à la fin d'une grossesse qui continua à évoluer normalement.

<sup>2</sup> SÄNGER. *Soc. obst. et gyn. de Leipzig*, 21 janv. 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 25, p. 440).

<sup>3</sup> E. KENNEDY. *Dublin Journ.*, 1840, t. XVI, p. 88.

<sup>4</sup> H. BEAUREGARD et BOULARD. *Journ. de l'anat. et de la physiol.*, 1882, t. XVIII, p. 187.

<sup>5</sup> G. V. HOFFMANN. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1878, Bd. II, p. 4.

<sup>6</sup> P. MÜLLER. *Ibid.*, Bd. III, p. 164.