

moins divergents, comme dans l'utérus bicorne. Ici, chaque segment a presque l'apparence d'un utérus complet; on dirait, avec raison, deux utérus unicornes également développés et juxtaposés sans fusion. On a cru longtemps que cette malformation ne se produisait que chez les fœtus non viables, avec d'autres monstruosités graves. On la rencontre, en effet, dans ces conditions, coïncidant avec l'exstrophie vésicale, l'atrésie de l'anus et la persistance du cloaque. Les cas observés chez les adultes sont tous de date relativement récente; mais il est probable qu'il faut reviser et attribuer à l'utérus didelphe plusieurs observations anciennes, classées parmi les utérus bicornes¹. Le cas le plus probant d'utérus didelphe chez la femme adulte est celui d'Ollivier² (fig. 499), trouvé à l'autopsie d'une femme de 42 ans, mère de 6 enfants. Heitzmann³ en a observé un cas, chez une jeune fille de 25 ans; le vagin était cloisonné et divisait le col; le cathétérisme simultané des deux cavités montrait que, réunies au niveau du col, elles divergeaient beaucoup au-dessus et se trouvaient dans deux organes distincts et mobiles.

On n'a pas signalé dans l'utérus didelphe la présence du ligament vésico-rectal qui passe si souvent au-dessus de la division de l'utérus bicorne.

Il est toujours très difficile, dans les examens cliniques, de décider s'il s'agit d'un utérus bicorne complet ou d'un utérus didelphe. Cette détermination ne peut guère se faire, avec certitude, que sur des pièces anatomiques. L'histoire clinique de ces deux malformations paraît, du reste, se confondre, autant qu'on en peut juger par le peu d'exemples que nous possédons de la dernière.

L'atrésie d'un des segments de l'utérus didelphe peut produire l'hématométrie latérale⁴. La grossesse peut se produire dans les deux cavités simultanément⁵.

¹ La classification exacte donne encore maintenant matière à contestations; ainsi le cas de HEPNER (*Schmid's Jahrb.*, 1871, t. III, p. 161), considéré par SCHRÖDER (*loc. cit.*, p. 59, en note) comme un cas d'utérus didelphe, est formellement rejeté, par BREISKY (*loc. cit.*, p. 265), au rang d'utérus rudimentaire bipartitus.

² A. OLLIVIER (*Compte rendu de la Soc. de Biologie*, in *Gaz. méd. de Paris*, 1872, p. 165). Il rapproche son cas d'un autre, relatif à une femme de 25 ans observée par BONNET, cité par LE FORT (*loc. cit.*, p. 25). — FRANZ FREUDENBERG (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1880, Bd. V, p. 354) a publié une observation d'utérus didelphe où l'utérus droit était fermé. — FRITZ BENICKE (*ibid.*, 1877, Bd. I, p. 566) a assisté à un accouchement où le fœtus était placé dans le segment gauche d'un utérus didelphe.

³ J. HEITZMANN. *Spiegelbilder der gesunden und kranken Vaginalportion und Vagina*, Vienne, 1884, p. 71.

⁴ STAUDE cité par P. MÜLLER. *Die Sterilität der Ehe*, 1885, p. 272.

⁵ SOTSCHAWA. *Moskowl. med. Gaz.*, 1878, n° 25 (Anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1879, n° 6, p. 152). — H.-ST. CLAIR GRAY. *Glasgow med. Journ.*, mars 1889, t. XXXI, p. 182. — ALTHEN (de Wiesbaden). *Schwangerschaft in beiden uteri bei Duplicität der Genitalien* (*Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 40, p. 711).

IV. **Utérus fœtal ou infantile.** — Cette anomalie se produit quand l'utérus, complètement développé dans sa forme générale, reste stationnaire en conservant les proportions et presque les dimensions qu'il avait à la naissance. On a établi une différence un peu subtile entre l'utérus fœtal, qui représente le dernier stade d'évolution de la vie embryonnaire, et où les plis de la muqueuse s'étendent dans le corps même de l'utérus, et l'utérus infantile, où cet organe offre le type de l'enfant nouveau-né, et où les plis palmés n'existent plus que dans le col. Il y a là une simple nuance d'anatomie pathologique qui mérite seulement d'être mentionnée; à tous les autres points de vue ces deux variétés se confondent. Ce qui les caractérise également, c'est la disproportion entre le col et le corps utérin, reproduisant le type fœtal. Le col est deux ou trois fois plus long que le corps, et tandis que ses parois sont relativement épaisses, celles du corps sont minces et parfois membraneuses. La longueur totale de la cavité utérine n'excède pas 4 centimètres; le museau de tanche est petit, à orifice étroit, de forme conique ou légèrement *tapiroïde* (en museau de tapir). Le vagin est ordinairement court et étroit; les parties génitales externes sont parfois peu développées, les seins petits; il y a une aménorrhée complète.

L'existence de l'atrophie de l'utérus sera facilement reconnue par la palpation bi-manuelle, aidée du toucher rectal; pour distinguer l'utérus de type fœtal de l'utérus pubescent¹, qu'on pourrait appeler *prépubère*, qui présente les mêmes dimensions réduites et occasionne la même aménorrhée, on doit se guider, théoriquement, sur le volume du col. Dans l'utérus fœtal ce segment offre une certaine fermeté, surtout dans sa portion sus-vaginale; dans l'utérus pubescent, au contraire, tout l'organe, y compris le col, est mince et relâché. A vrai dire, en clinique ces nuances, d'ailleurs sans intérêt pratique, sont à peu près illusoire.

Petites anomalies de l'utérus.

Il convient de décrire, sous ce nom, quelques malformations légères qui ne rentrent pas dans le cadre de celles qui ont été précédemment exposées.

Obliquité et latéro-position congénitales de l'utérus. — Elles sont dues à une véritable asymétrie de l'utérus, dont l'une des moitiés est

¹ L'utérus pubescent a été décrit sous le nom d'ATROPHIE CONGÉNITALE DU COL ET DE L'UTÉRUS (Livre VII, p. 577). — L'hypertrophie congénitale de l'utérus est décrite à propos des MENSTRUATIONS PRÉCOCES (Livre VIII, p. 585).

Utérus fœtal ou infantile.



Fig. 500. — Utérus infantile (Schröder).

Obliquité congénitale.

prédominante, et entraîne une distorsion de l'organe, qui s'incline du côté le plus développé : la brièveté relative du ligament large en est la conséquence. Dans les cas peu accusés, il y a simple latéversion, qui peut être comparée à l'antéversion congénitale. Quand elle est très marquée, on pourrait confondre cette anomalie avec un utérus unicorne, si l'on n'était averti de cette cause d'erreur.

Duplicité de l'orifice externe du col.

Duplicité de l'orifice externe du col (*uterus biforis*). — Un double orifice du museau de tanche peut exister en l'absence de tout cloisonnement du canal génital¹. Cette anomalie a causé des accidents pendant la délivrance ; le plus souvent cette bride est repoussée latéralement ou bien déchirée ; pourtant, on a vu une hémorrhagie assez grave en être la conséquence. On conçoit quelle peut être la per-

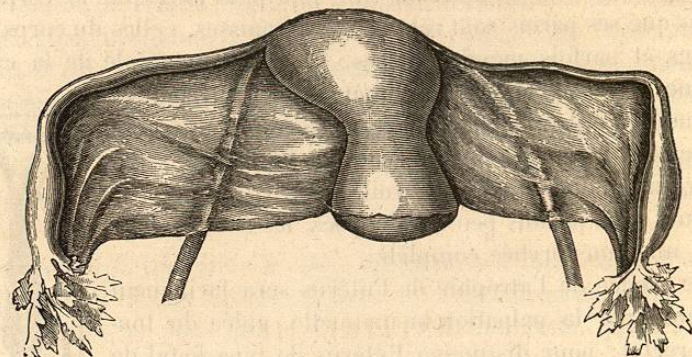


Fig. 501. — Obliquité congénitale de l'utérus. Développement incomplet du côté droit (Tiedemann)

plexité de l'accoucheur s'il ne songe pas à cette anomalie ; s'il la reconnaît, il tâchera de maintenir la bride sur le côté et de dégager la partie fœtale, ou, s'il n'y réussit pas, il la coupera entre deux ligatures².

Cloisonnement transversal incomplet du col.

Cloisonnement transversal incomplet du col. — P. Müller³ a, pour la première fois, décrit une curieuse difformité du col utérin qui consiste dans la présence d'un repli transversal, faisant saillie dans sa cavité. Elle peut, après la dilatation de l'orifice externe, donner l'idée d'un second col emboîté dans le premier. Breisky avait aussi remarqué cette anomalie, mais son observation était restée inédite. Dans les deux faits, observés en dehors de la grossesse, la bride avait donné lieu à des hémorrhagies ; elle avait paru agir à la manière d'un corps fibreux, d'un polype. L'excision de cette bride a amené la cessation des accidents.

¹ C'est l'état normal chez le fourmilier.

² MEKUS. *Centr. f. Gyn.*, 1880, n° 13, p. 294.

³ P. MÜLLER. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1878, Bd. III, p. 159.

Elle peut aussi devenir un obstacle à la délivrance. Bidder⁴ a publié une observation très instructive à ce sujet. Plus tard, Budin² a de nouveau attiré l'attention sur ce sujet, en rapportant deux cas personnels où le cloisonnement du col n'avait pas été une cause de dystocie, et deux observations de Mme Henry où les cloisons paraissent placées, l'une à l'orifice interne, l'autre à deux centimètres au-dessus, dans le segment inférieur de la cavité utérine. Deux observations analogues ont, depuis, été données par E. Blanc³. Le cloisonnement peut disparaître après l'accouchement ou lui survivre.

On a rapproché cette anomalie des replis transversaux du canal génital qui existent à l'état normal chez certains animaux, et que j'ai signalés à propos des brides du vagin (p. 1124).

CHAPITRE III

ACCIDENTS DE RÉTENTION CONSÉCUTIFS AUX ATRÉSIES CONGÉNITALES.

(HÉMATOMÉTRIE. HÉMATOCOLPOS. HYDROMÉTRIE. PYOMÉTRIE. PYOCOLPOS. HÉMATO-SALPINX.)

Étiologie et symptômes. Hématocolpos. Hématométrie. Pyocolpos. Pyométrie. — Diagnostic. Hématocolpos latéral et hématométrie latérale. — Pronostic. — Traitement. 1° Hématocolpos total et hématométrie partielle. (Atrésie hyménale ou rétro-hyménale.) 2° Hématocolpos partiel et hématométrie partielle ou totale. (Atrésie d'une grande partie ou de la totalité du vagin.) 3° Hématométrie totale. (Atrésie du col utérin.) 4° Hématocolpos latéral et hématométrie latérale. (Atrésie d'une partie du canal génital dédoublé.) Indications de l'hystérectomie. 5° Hémato-salpinx. Indications de la salpingotomie.

Étiologie et symptômes. — J'ai indiqué dans quelles conditions le canal génital pouvait se trouver fermé par des atrésies, siégeant en divers points de son trajet, depuis l'hymen jusqu'à la portion rétrécie d'une corne rudimentaire. Cette occlusion, on l'a vu, peut complè-

Étiologie.
Symptômes.

⁴ E. BIDDER. Cité par P. MÜLLER, *loc. cit.*, p. 296.

² BUDIN. *Du cloisonnement transversal incomplet du col de l'utérus* (*Progrès méd.* avril 1887, p. 267 et 307).

³ EMILE BLANC. *Du cloisonnement transversal incomplet du col de l'utérus* (*Arch. de tocol.*, mai 1889, p. 359).