

écoulement sanguin abondant pour que la femme présente un état général inquiétant; il suffit en effet que la collection sanguine soit volumineuse pour que se manifestent tous les symptômes d'une hémorragie interne plus ou moins grave (faiblesse et rapidité du pouls, nausées et vomissements, etc.).

La terminaison du thrombus varie: ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'il suppure. Le plus habituellement le thrombus se termine par résolution; la tumeur diminue peu à peu pour bientôt disparaître. Dans certains cas, il se produit du sphacèle de la paroi du thrombus; à la chute de l'eschare, le thrombus se trouve en communication avec le vagin et peut s'infecter.

Pronostic. — Le pronostic ne présente plus à l'heure actuelle de gravité que lorsque l'épanchement sanguin dû au thrombus est volumineux et remonte dans l'abdomen, ou lorsque les précautions antiseptiques n'ont pas été suffisamment prises. Aussi ne faut-il guère tenir compte des statistiques anciennes qui donnaient une mortalité considérable pour la mère et le fœtus, lorsque le thrombus survenait avec l'accouchement.

Diagnostic. — Le diagnostic du thrombus est généralement facile lorsqu'il survient chez une femme dont on suit l'accouchement: c'est la seule tumeur qui apparaisse ainsi au cours ou à la fin du travail et prenne un aussi rapide développement.

Les phénomènes généraux qui accompagnent toute hémorragie grave, et qui surviennent au moment où le thrombus se forme, peuvent faire penser au moment de la délivrance à une inversion de l'utérus: il suffit de pratiquer le toucher avec soin pour différencier la tumeur formée par le thrombus de celle formée par l'utérus inversé.

Lorsqu'on a reconnu l'existence d'un thrombus, il est utile, au point de vue du pronostic, d'en déterminer la variété; la chose est assez facile en se rappelant les quatre variétés principales décrites par Hervieux:

1° *Thrombus vulvaires*; ce sont les plus fréquents; ils sont généralement limités à l'une des grandes lèvres et présentent un volume plus ou moins considérable. A la face interne la tumeur, n'étant recouverte à ce niveau que par la muqueuse, présente une coloration violacée.

2° *Thrombus périnéaux*. — L'épanchement sanguin se trouve limité naturellement par les aponévroses du périnée; toutefois, au point de vue pratique, Hervieux n'en distingue que deux variétés: le thrombus *superficiel* qui peut se prolonger en arrière, jusqu'à l'anus, remonter en avant jusqu'au pubis et même jusqu'à la paroi abdominale, puis sur les côtés, envahir la région fessière; le thrombus *profond* qui peut gagner les fosses iliaques en décollant le péritoine et remonter même au niveau de la région lombaire.

3° *Thrombus vaginaux* ou *intra-pelviens*. — La tumeur occupe les parties latérales du vagin; elle est généralement située d'un seul côté; elle peut cependant contourner le vagin et l'entourer de tous côtés. Il est alors commun de voir l'épanchement sanguin fuser soit en avant, soit en arrière; il peut remonter assez haut dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

4° Lorsque l'épanchement sanguin est aussi étendu, remontant le long de

la paroi abdominale, Hervieux le désigne sous le nom de *tumeur sanguine péri-abdominale*: c'est une variété rare.

Traitement. — Peut-on empêcher la formation du thrombus de la vulve et du vagin? Dans une certaine mesure, pendant la grossesse, il est utile chez une femme qui présente des varices génitales d'éviter la fatigue, la station debout prolongée et les traumatismes locaux; mais il faut se rappeler que, dans certains cas, c'est sans cause déterminante appréciable que se produit l'hémorragie.

Pendant le travail, l'accoucheur peut, jusqu'à un certain point, prévenir la production du thrombus en ne laissant pas la femme faire de trop longs efforts d'expulsion, et, s'il intervient à l'aide du forceps, en se servant avec douceur du forceps Tarnier.

Lorsque le thrombus est constitué, quelle conduite faut-il tenir? D'une manière générale, l'expectation antiseptique est la règle; pendant la grossesse, le repos au lit est naturellement prescrit; on se contente de faire tant bien que mal de la compression, qui devra être énergique et surtout antiseptique si le thrombus vient à se rompre.

Au cours du travail, à moins que le thrombus n'apporte par son volume un obstacle presque complet à l'expulsion du fœtus, il faut se garder de l'inciser, mais terminer le plus tôt possible l'accouchement à l'aide du forceps.

Après la *délivrance*, on doit compter sur la résolution du thrombus; ce n'est que lorsqu'il vient à supurer que l'on a recours à l'incision.

DES MALFORMATIONS DU VAGIN ET DE L'UTÉRUS

Certaines malformations de l'utérus et du vagin¹, celles qui permettent la fécondation, présentent un réel intérêt au point de vue obstétrical.

L'utérus et le vagin naissent de deux canaux juxtaposés, les canaux de Müller, et sont tout d'abord doubles; ces canaux se soudent bientôt l'un à l'autre; la cloison de séparation se résorbe de bas en haut; il n'y a plus alors qu'un seul conduit vagino-utérin.

Les malformations utérines et vaginales résultent d'un arrêt de développement; tantôt les deux tubes de Müller restent accolés l'un à l'autre, la cloison médiane ne se résorbe pas; il existe alors un appareil génital absolument double: deux utérus avec cols distincts, deux vagins ou deux cavités vaginales séparées par une cloison.

Dans certains cas, la cloison ne disparaît que dans l'utérus: le vagin reste cloisonné. Cette cloison peut être incomplète; ses vestiges forment des brides transversales, des replis falciformes, plus ou moins obliques suivant la situation respective qu'occupaient primitivement les canaux de Müller.

Lorsque les canaux de Müller s'atrophient, le vagin fait défaut avec ou sans utérus.

L'absence de vagin rend la fécondation impossible; elle n'a par suite aucun intérêt au point de vue obstétrical. Nous ne parlerons donc que des anomalies

¹ Consulter le *Traité de gynécologie* de Pozzi, 5^e éd., p. 1209.

suivantes : 1° vagin double; 2° cloison vaginale incomplète; 3° brides formées par les débris de la cloison.

Malformations vaginales. — *a.* Lorsque la cloison vaginale est complète, il y a généralement deux utérus; il est rare que les deux conduits vaginaux soient également développés. L'un d'eux est habituellement plus large : c'est celui qui répond à l'utérus gravide et dans lequel se pratique habituellement le coït. C'est par ce conduit vaginal qu'est expulsé, généralement avant terme, le produit de conception. La cloison vaginale se trouve seulement refoulée sur le côté, et n'oppose aucun obstacle à la sortie du fœtus.

b. Si la cloison vaginale est incomplète, et si la partie fœtale vient buter contre sa partie supérieure, on l'incise, au moment du travail, lorsqu'elle paraît épaisse, résistante, et qu'elle gêne la progression du fœtus.

c. Lorsqu'il existe seulement des brides falciformes, incomplètes dans le vagin, elles cèdent le plus habituellement sans difficulté au moment de la période d'expulsion.

Malformations utérines. — Laissant de côté les cas où il n'y a pas de tout d'utérus (*uterus deficiens*) par suite de l'atrophie des tubes de Müller, voyons quelles sont les autres malformations :

1° *L'utérus unicorne*, qui résulte du développement d'un seul des canaux de Müller, l'autre s'étant atrophié;

2° *L'utérus double*, avec ses trois principales variétés qui dépendent d'un défaut de fusion des deux canaux de Müller.

A. L'utérus didelphe (*uterus duplex, separatus, diductus*), qui résulte de ce que les deux conduits de Müller se sont développés isolément jusqu'au niveau du vagin qui est double.

B. L'utérus bicorne (*uterus bicornis*) dans lequel la fusion des canaux de Müller n'a lieu qu'au niveau du col ou un peu au-dessus. Il en existe plusieurs variétés suivant que la fusion se fait plus ou moins bas.

Lorsque le dédoublement des deux canaux persiste jusqu'au niveau du col qui est cloisonné, on a *l'utérus bicorne double* proprement dit (*uterus bicornis duplex ou septus*). Si la fusion se fait un peu plus haut, le col est gros mais n'est pas divisé : il s'agit d'un *utérus bicorne unicervical* (*uterus bicornis unicollis*).

C. L'utérus biloculaire (*uterus bilocularis, uterus septus bipartitus*) n'est qu'une variété moins accusée encore de l'utérus bicorne : l'utérus a une configuration extérieure presque normale; seule, une cloison médiane plus ou moins haute divise en deux loges la cavité de l'utérus. Le vagin peut être simple ou divisé en deux par une cloison.

3° *L'utérus cordiforme* qui n'est pour ainsi dire plus qu'une ébauche de l'utérus à l'état normal : c'est cet utérus qu'on a appelé aussi *uterus armatus*. La cloison médiane a laissé, généralement vers le fond de l'utérus, un éperon peu saillant; ou elle n'existe même plus à cet état : il persiste seulement au niveau du fond de l'utérus une légère dépression.

1° *Utérus unicorne.* — La grossesse est possible et peut même aller à terme, ainsi que le prouvent les observations de Chaussier et d'Everard-Home.

Le Fort a distingué deux variétés d'utérus unicorne : une première dans laquelle un des tubes est atrophié sur toute son étendue, l'autre dans laquelle

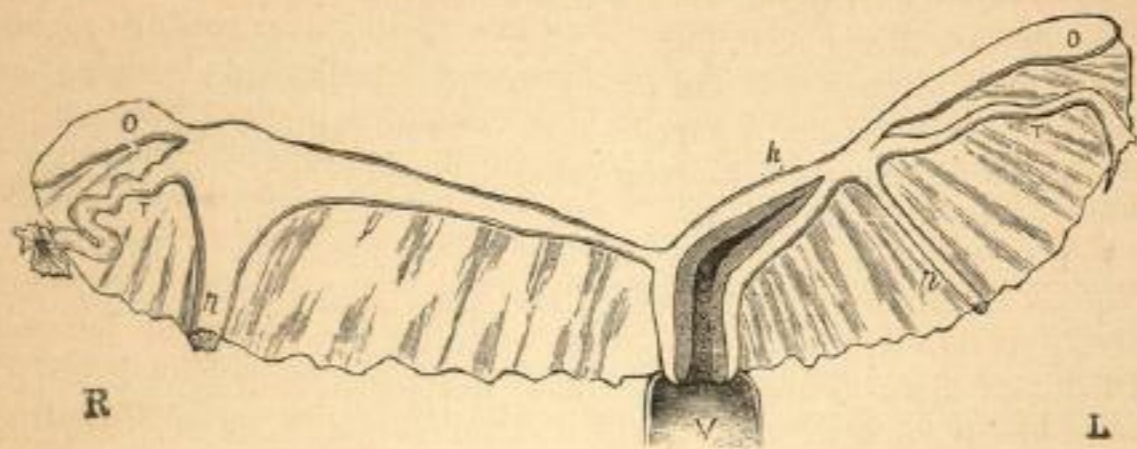


Fig. 451. — Utérus unicorne (Schröder).

R, Côté droit; L, Côté gauche; la corne gauche (h) est normalement développée et communique avec la cavité utérine. La corne droite se présente sous la forme d'une bandelette allongée; un point de jonction avec la trompe est indiqué par l'insertion du ligament rond qui est hypertrophié. r, Ligament rond; O, Ovaire; t, Trompe; V, Vagin.

le canal de Müller s'est seulement atrophié au niveau de l'utérus; en réalité cette dernière variété représente un utérus bicorne dont l'une des moitiés est restée rudimentaire (fig. 451).

Est-il possible de reconnaître l'existence de l'utérus unicorne? Oui, d'après Schröder, si l'utérus augmenté de volume se dirige en formant un arc et en se terminant par en haut en pointe vers la crête iliaque de l'un des côtés, et si l'exploration combinée, interne et externe, permet de reconnaître de l'autre côté une petite tumeur adhérente à l'utérus par un court pédicule.

2° *Utérus double.* — Voyons-en les diverses variétés :

A. Utérus didelphe. — Il y a deux utérus (fig. 452), complètement distincts, situés l'un près de l'autre : sur le fond de chacun d'eux, à la partie externe, s'insèrent un ligament rond, une trompe et un ligament de l'ovaire. Les dimensions de chaque utérus peuvent être à peu près égales : le plus habituellement l'un d'eux a subi un arrêt de développement.

Le vagin est généralement double; il se trouve divisé en deux parties par une cloison médiane antéro-postérieure. Les dimensions respectives de chaque vagin sont en rapport avec celles de l'utérus auquel il correspond.

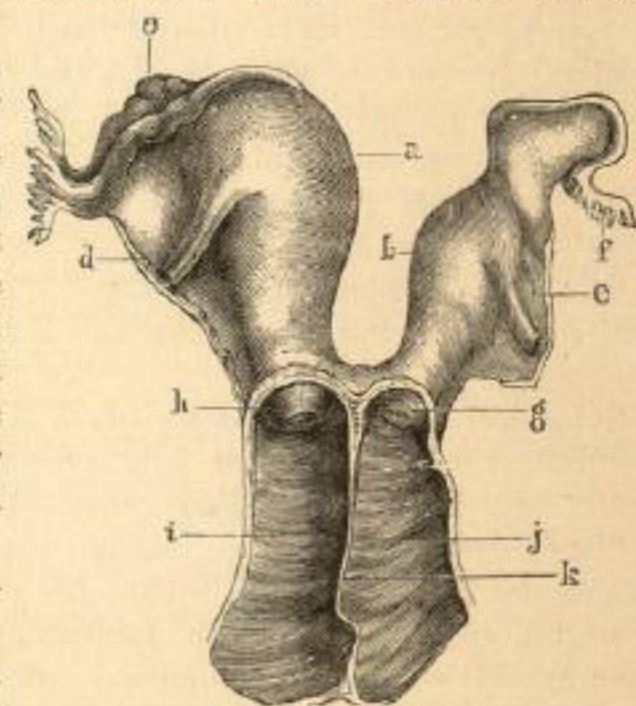


Fig. 452. — Utérus didelphe et vagin cloisonné (Ollivier). a, Segment droit; b, Segment gauche; c, d, Ovaire et ligament rond droits; e, f, Ovaire et ligament rond gauches; g, h, Col et vagin gauches; i, Cloison qui sépare les deux vagins; j, k, Col et vagin droits.

D'autres malformations peuvent coexister avec l'utérus didelphe, les plus fréquentes portent sur l'appareil urinaire; d'autres, incompatibles avec l'existence, ont été trouvées sur des fœtus mort-nés.

H. Chéron, interne de P. Budin, a réuni¹ 18 observations (dont une personnelle) de femmes ayant des utérus didelphes et qui ont été fécondées; dans une monographie, à laquelle nous empruntons tous ces détails, il a indiqué les particularités observées pendant la puerpéralité chez des femmes ayant ce vice de conformation.

La *menstruation* est tardive, souvent douloureuse; elle se fait presque toujours en même temps des deux côtés. Dans aucun cas de grossesse unilatérale, la menstruation n'a persisté de l'autre côté.

Les deux utérus peuvent être gravides; quelquefois c'est toujours dans le même utérus que se développe l'œuf. Dans un cas (Sotschowo) l'imprégnation aurait eu lieu dans le second utérus alors que le premier était déjà gravide. La grossesse évolue souvent jusqu'à terme: sur 29 grossesses simples, 24 sont allées jusqu'à terme; dans 5 cas l'expulsion de l'œuf a été prématurée ayant ce vice de conformation.

L'utérus gravide se développe et présente les modifications habituelles à la grossesse; en même temps l'utérus non gravide augmente de volume: sa cavité s'agrandit, ses parois s'épaississent, le col se ramollit. Au moment du travail — par suite de la synergie fonctionnelle qui réunit les deux utérus, l'utérus vide se contracte: le col s'efface et l'orifice utérin se dilate même au point de permettre l'introduction du doigt.

Tous les accouchements — sauf un cas de Tschusy qui fit l'opération de Porro à cause de la sténose du col — se sont terminés par les voies naturelles; l'utérus vide peut cependant gêner l'engagement et l'expulsion du fœtus parce qu'il est augmenté de volume et quelquefois en rétroversion. On a dû recourir au forceps ou à la version dans le cas où l'on n'a pu réduire l'utérus.

Un autre obstacle moins sérieux à la sortie de l'enfant est créé par la cloison vaginale: elle cède habituellement ou bien on la sectionne, soit avant, soit au moment de l'accouchement.

La délivrance a lieu d'une manière normale: dans deux cas cependant on a pratiqué la délivrance artificielle. Les suites de couches sont apyrétiques; pendant cette période, Stauch, Tauffer ont noté que la muqueuse de l'utérus non gravide se détachait comme une caduque et était expulsée.

Le diagnostic de l'utérus didelphe est facile lorsqu'il y a deux vagins séparés, n'étant ni l'un ni l'autre le siège d'un rétrécissement congénital: le toucher permet de reconnaître deux cols. On distingue l'utérus didelphe de *Uterus septus* et de *Uterus bicornis* à ce que dans ces deux malformations la partie vide de l'utérus est intimement accolée à la partie gravide; dans l'utérus didelphe au contraire, l'utérus vide, indépendant de l'autre, reste au niveau de la symphyse ou se met en rétroversion dans le petit bassin. Après l'accouchement, une exploration minutieuse faite par le toucher et le

¹ De l'utérus didelphe considéré principalement dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. *L'Obstétrique*, 15 mars 1897.

palper combinés permet de reconnaître que les deux utérus sont indépendants l'un de l'autre.

Le diagnostic est plus difficile lorsqu'il existe un rétrécissement de la partie inférieure de l'un des vagins: on ne trouve qu'un vagin. Si c'est celui qui répond à l'utérus gravide, on prend pour une tumeur juxta-utérine l'utérus non gravide dont on ne perçoit pas le col. Si le vagin dans lequel on peut pénétrer répond à l'utérus vide, et si d'autre part on constate par le palper qu'il existe dans l'abdomen un fœtus déjà développé, on fait à tort, comme dans le cas de Rossa, le diagnostic de grossesse extra-utérine.

B. *Uterus bicornis*. — Les deux tubes de Müller, réunis au niveau du col, s'écartent à la partie supérieure: il existe deux cornes utérines isolées à droite et à gauche, et qui sont nettement distinctes.

Lorsque l'utérus est bicornis, l'une des cornes est généralement moins développée que l'autre; la conception peut avoir lieu dans les deux cornes: aussi la marche de la grossesse est-elle différente suivant que la corne gravide est plus ou moins développée; l'accouchement à terme ou près du terme s'observe d'autant mieux que la corne utérine peut atteindre un plus grand développement.

Ainsi chez certaines femmes, ayant l'utérus bicornis, la grossesse va jusqu'à terme lorsque le fœtus se développe dans la corne droite, tandis que l'avortement survient lorsque l'œuf est situé dans la corne gauche. Goutermann a ainsi rapporté l'observation d'une femme chez laquelle les neuf grossesses de la corne droite se sont terminées par avortement, sauf une où l'expulsion eut lieu à 7 mois; au contraire les trois grossesses de la corne gauche ont évolué jusqu'à terme.

Lorsque la grossesse évolue dans une corne utérine suffisamment développée, l'accommodation du fœtus ne se fait pas d'une façon normale, l'utérus n'ayant pas la forme ovoïde. Aussi les présentations du siège, de l'épaule, sont-elles communes.

Au moment de l'accouchement, la présence de la corne vide, mais hypertrophiée, peut venir gêner l'engagement du fœtus, en oblitérant une partie du bassin. Müller et Borinski ont rapporté deux faits de cette nature.

Dans certains cas, l'une des cornes utérines ne communique ni avec le vagin, ni avec l'autre corne, et cependant elle peut devenir gravide; d'après Kussmaul, l'orifice de communication entre les deux cornes a existé, mais il a disparu sous l'influence de la grossesse. Les observations de Schröder ont cependant montré que l'orifice de communication peut réellement faire défaut et la fécondation avoir lieu par la voie péritonéale: un spermatozoïde passe à travers la corne bien développée et va féconder un ovule provenant de l'ovaire correspondant; cet ovule fécondé est recueilli par la trompe du côté opposé qui le conduit dans la corne rudimentaire (supermigration externe de l'œuf). Dans d'autres cas, c'est le spermatozoïde qui chemine ainsi sur le péritoine, et va féconder un ovule du côté opposé (supermigration externe du sperme). La marche de la grossesse dans une corne ainsi rudimentaire ressemble beaucoup à la marche de la variété tubaire de la grossesse extra-utérine: la rupture se produit généralement entre le 4^e et

le 5^e mois : quelquefois la rupture est plus précoce : elle peut manquer. C'est

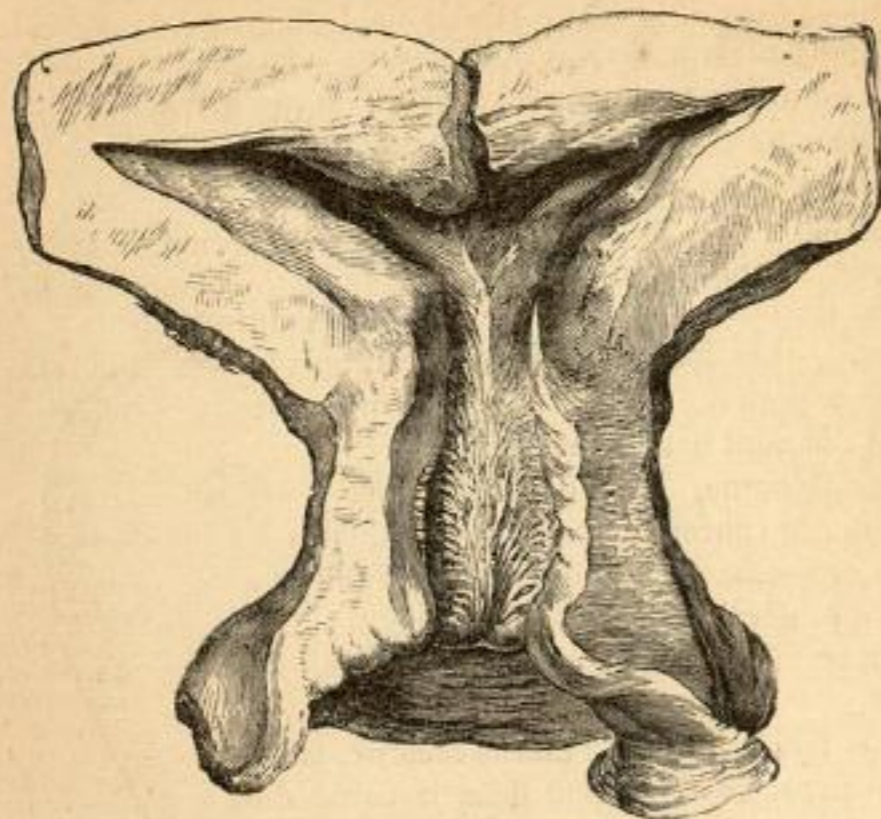


Fig. 455. — Utérus bicorne arqué (Barnes).

ce qui s'observe lorsque le fœtus succombe ; il peut survenir des phénomènes de faux travail avec expulsion de la caduque normalement développée. Le fœtus subit toutes les transformations que nous avons décrites à propos de la grossesse extra-utérine.

Le diagnostic de la grossesse développée dans une corne rudimentaire est presque impossible à faire avec la grossesse extra-utérine ; il présente même des difficultés

à l'autopsie. Toutefois l'insertion du ligament rond est alors un précieux point de repère : dans l'utérus bicorne, elle a lieu en dehors du sac fœtal ; dans la grossesse tubaire, elle est située entre l'utérus et le sac fœtal.

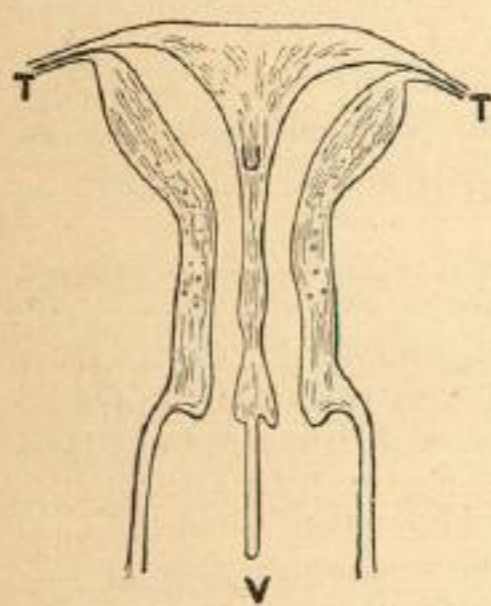


Fig. 454. — Utérus biloculaire et vagin cloisonné ; coupe verticale (Küssmaul).

U, Cloison qui sépare la cavité utérine en deux parties latérales ; T, Trompes ; V, Vagin partagé en deux par la prolongation de la cloison utérine.

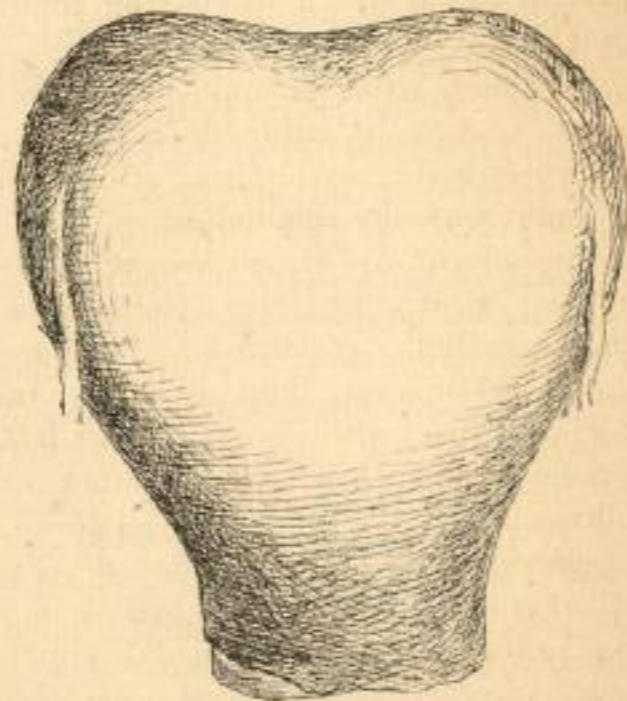


Fig. 455. — Utérus cordiforme présentant une dépression au niveau de son fond.

à l'autopsie. Toutefois l'insertion du ligament rond est alors un précieux point de repère : dans l'utérus bicorne, elle a lieu en dehors du sac fœtal ; dans la grossesse tubaire, elle est située entre l'utérus et le sac fœtal.

C. *Utérus biloculaire*. — C'est celui dans lequel la cloison de séparation persiste plus ou moins complète (fig. 454) ; la marche de la grossesse dépend uniquement de la manière dont la corne gravide se laisse développer. La présence de la cloison modifie encore la forme de la cavité utérine et nuit à l'accommodation. Elle peut gêner la descente de la partie fœtale, tout en se laissant repousser par elle.

5^o *Utérus cordiforme*. — C'est la plus fréquente des malformations utérines. F.-J. Herrgott l'a décrite (1859), en lui donnant le nom d'utérus arqué (fig. 455), échanuré, cordiforme, et en se demandant si cette forme anormale de l'utérus n'était pas la cause de certaines présentations vicieuses du fœtus. Dans cet utérus, la cloison médiane n'a pas disparu et forme un éperon qui descend plus ou moins bas (fig. 455 et 456) ; quelquefois l'éperon est à peine visible, et cependant il existe extérieurement une dépression assez marquée au niveau du fond de l'utérus.

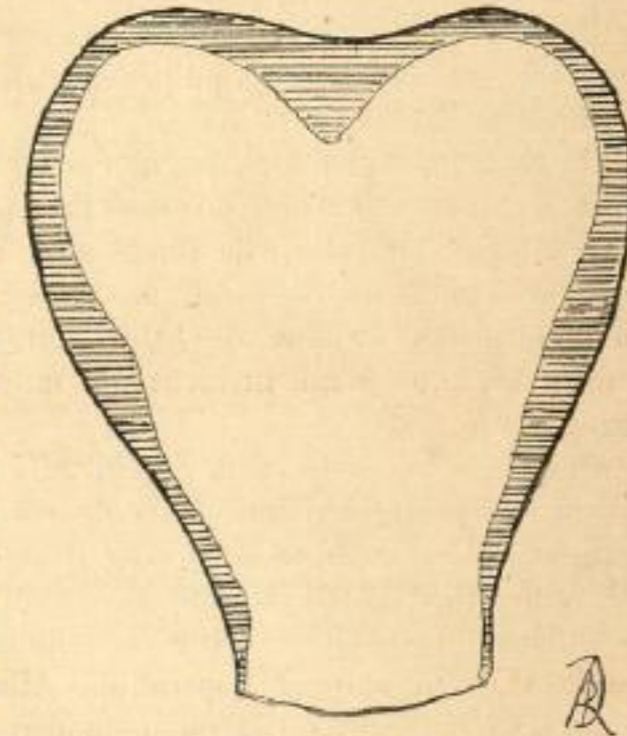


Fig. 456. — Coupe de l'utérus représenté fig. 455, montrant l'éperon situé au niveau du fond de l'organe et correspondant à la dépression extérieure.

Les présentations transversales du fœtus sont fréquentes dans cet utérus : Pinard considère même que lorsque chez une primipare à terme, ayant le bassin normal, il existe une présentation de l'épaule, il y a de grandes chances pour que l'utérus soit malformé. La version par manœuvres externes est néanmoins possible dans la pluralité des cas.

La délivrance dans ces utérus cordiformes a besoin d'être faite avec soin : souvent le décollement du placenta se fait mal parce que les parois utérines n'ont ni l'épaisseur, ni la rétractilité normales, et il est nécessaire de pratiquer la délivrance artificielle.

« Dans le cas de malformation utérine, dit Picot, les membranes seront plus souvent adhérentes et on observera plus fréquemment leur rétention. Lorsque ces membranes sont complètes, si on tâche de reconstituer la forme de l'œuf, on voit qu'au point correspondant à l'échancre de l'utérus, il existe une dépression qui permet de confirmer le diagnostic. »

RUPTURE DE L'UTÉRUS

Les ruptures de l'utérus peuvent être observées : 1^o pendant la grossesse ; 2^o pendant le travail.