

1° Incision du cul-de-sac postérieur (fig. 147); 2° incision verticale médiane de toute la paroi postérieure de l'utérus (fig. 148); 3° réduction de l'inversion utérine (fig. 149); 4° reconstitution, au moyen de sutures, du corps utérin jusqu'à l'isthme (fig. 150); 5° reposition de l'utérus; 6° reconstitution du col utérin.

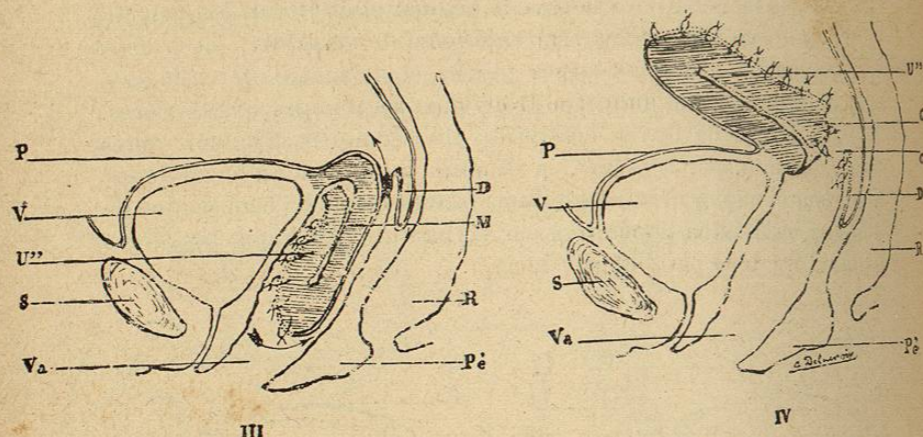


Fig. 149. — Troisième et quatrième temps : Après l'incision postérieure, les deux coques ou moitiés de l'utérus tenant encore en avant ont été retournées sur elles-mêmes, de telle sorte que la fente ou incision utérine péritonéale est extérieure et vaginale. Il suffit alors de suturer, par des points séparés muco-muqueux et musculo-péritonéaux, les deux lèvres de l'incision du corps de l'utérus en U''.

Fig. 150. — Quatrième et cinquième temps : Reposition de l'utérus en faisant repasser son fond par la fente vaginale élargie et suture de la portion cervicale. — Explication des lettres : U, U', U'', U''', utérus; C, incision du cul-de-sac vaginal; M, muqueuse utérine; P, péritoine; D, cul-de-sac de Douglas; Va, vagin; V, vessie; S, pubis; R, rectum; Pe, périnée; Co, col utérin reconstitué.

Piccoli (1) a pratiqué, à peu près en même temps, une opération analogue.

AUDIGÉ, Traitement de l'inversion utérine chronique, thèse de Paris, 1881, n° 459. — BOULLY, *Encyclop. intern. de chir.* Paris, 1888, t. VII. — J.-M.-F. BRASSEUR, De l'hystérectomie vaginale dans l'inversion utérine puerpérale irréductible, thèse de Paris, 1895, n° 447. — COSTE, thèse de Lyon, 1897. — DELAGÈNIÈRE, Chirurgie de l'utérus. Paris, 1898. — PIERRE DELBET, Traité de chirurgie publié sous la dir. de DUPLAY et RECLUS. Paris, 1899, t. VIII, p. 257, art. INVERSION. — PAUL DENTCÉ, Traité de l'inversion utérine. Paris, 1883, fig.; contient une bibliographie assez complète jusqu'à la date de sa publication. — TH. A. EMMET, La pratique des maladies des femmes, trad. par Ad. OLIVIER. Paris, 1887, p. 400. — PÉRIER, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1880, p. 379. — KUSTNER, *Centralblatt für Gynæk.*, 1893, p. 945. — LE FORT, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 201. — LÉPREVOST, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 503, rapp. de TILLAUX. — PERTIN, thèse de Montpellier, 1895-1896. — POLAILLON, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, juin 1888. — PONEY (de Montevideo), *La Gynécologie*, 15 février 1897. — PUECH, *Montpellier médical*, 1892. — SECHÉYRON, thèse de Paris, 1885. Traité d'hystérectomie et d'hystérectomie par la voie vaginale. Paris, 1889. — TERRIER, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, t. XI, p. 911.

(1) PICCOLI, *Arch. d'obst. et de gynéc.*, année V, fasc. 8.

II

ED. SCHWARTZ

Chirurgien des hôpitaux,  
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

UTÉRUS

Les anomalies de développement, les lésions et les maladies diverses de la matrice seront exposées dans les chapitres suivants : 1° les *malformations congénitales*; 2° les *vices de conformation acquis*; 3° les *corps étrangers*; 4° les *lésions traumatiques*; 5° les *métrites*; 6° les *néoplasmes*; 7° les *fibromes*.

MALFORMATIONS CONGÉNITALES DE L'UTÉRUS.

Les vices de conformation congénitales de l'utérus sont nombreux et quelques-uns d'entre eux importants au point de vue pratique. Tous se déduisent du développement normal. En effet, il existe primi-

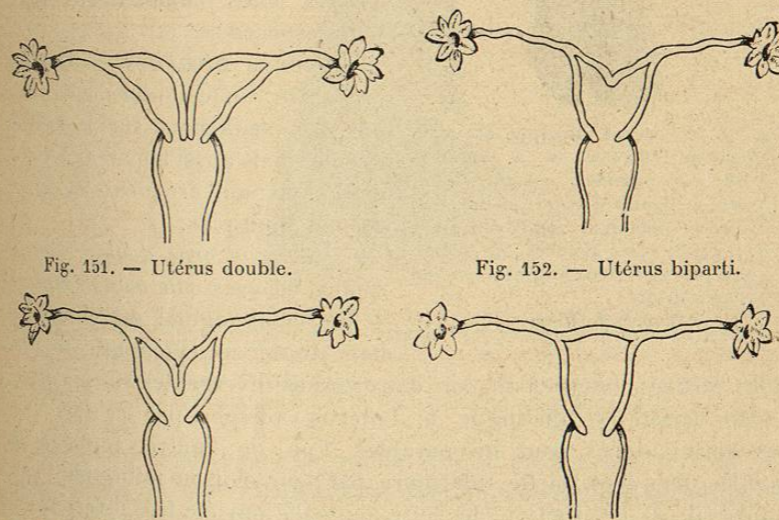


Fig. 151. — Utérus double.

Fig. 152. — Utérus biparti.

Fig. 153. — Utérus bicorné.

Fig. 154. — Utérus simple, utérus normal.

Fig. 151 à 154. — Malformations de l'utérus (arrêt de développement).

tivement deux utérus tout à fait séparés, qui se rapprochent ensuite, ne formant plus extérieurement qu'un seul organe encore divisé en deux chambres. La cloison elle-même se résorbe bientôt, de bas en haut généralement; enfin la matrice présente encore deux cornes se-

confondant vers la fin du troisième mois. Les anomalies utérines ont été diversement classées. Rappelons qu'elles sont souvent associées à une malformation vaginale. Nous les diviserons ainsi en nous basant sur l'excellent article du Dr Rieffel dans le *Traité d'anatomie* de Charpy et Poirier.

1° **Anomalies par défaut.** — a) Absence totale, réelle (*uterus deficiens*), très rare, qu'on ne doit pas confondre avec : b) absence apparente ou utérus rudimentaire, réduit à une lame fibro-musculaire intermédiaire à la vessie et au rectum, parfois creusée d'une petite cavité.

II. **Anomalies de nombre.** — Les deux utérus et les deux vagins primitifs persistent, ainsi qu'on l'observe normalement chez les marsupiaux. C'est une anomalie très précoce dite utérus didelphe (*uterus duplex separatus cum vagina separata*).

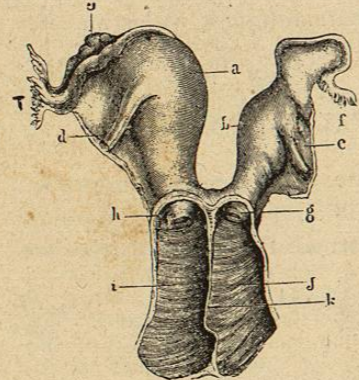


Fig. 155. — Utérus didelphe et vagin cloisonné (Ollivier). — a, segment droit ; b, segment gauche ; c, d, ovaire et ligament rond droits ; e, f, ovaire et ligament rond gauches ; g, j, col et vagin gauches ; k, cloison qui sépare les deux vagins ; h, i, col et vagin droits. (D'après S. Pozzi.)

Les deux matrices sont séparées par la vessie, le rectum, des anses grêles.

III. **Anomalies de forme et de cloisonnement.** — Nombreuses, elles comprennent plusieurs espèces :

1° **Utérus bicornes.** — Caractérisés par un dédoublement portant non seulement sur la cavité utérine, mais aussi apparent à l'extérieur. Ils sont fréquents et leurs variétés multiples.

a. **Utérus bicorne double** (*uterus duplex bicornis cum vagina septa*). — Le canal vaginal est cloisonné dans toute son étendue ; il y a

deux orifices externes du col, deux cornes divergentes sur le corps. Cette variété se distingue de l'utérus didelphe par ce fait que les deux utérus sont inséparables l'un de l'autre, intimement soudés dans leur partie inférieure par leur cloison mitoyenne. Les causes de la production de cette anomalie ont été très diversement interprétées.

b. **Utérus double bicorne bicervical** (*uterus bicornis, bicollis, Halban*). — La bifidité est limitée à l'utérus, le vagin est simple.

c. **Utérus bicorne unicervical** (*uterus bicornis unicollis*). — Les deux cornes et les deux cavités du corps existent, mais le col est simple.

d. **Utérus bicorne arqué** (*uterus arcuatus*). — La coalescence est

presque parfaite à l'intérieur et à l'extérieur, le dédoublement ne se manifeste que par une encoche au fond et une divergence des cornes.

e. Dans tous les cas précédents, les anomalies s'expliquent par une fusion incomplète des canaux de Müller juxtaposés dans un plan frontal. Ceux-ci exécutent parfois une rotation autour de leur axe longitudinal, de telle sorte qu'ils se placent l'un derrière l'autre. Si le développement de l'utérus n'est pas troublé, il y a simplement exagération de la torsion normale ; s'il y a arrêt de développement, les deux cavités de l'utérus bicorne seront l'une derrière l'autre, chacune portant un ligament rond et une trompe.

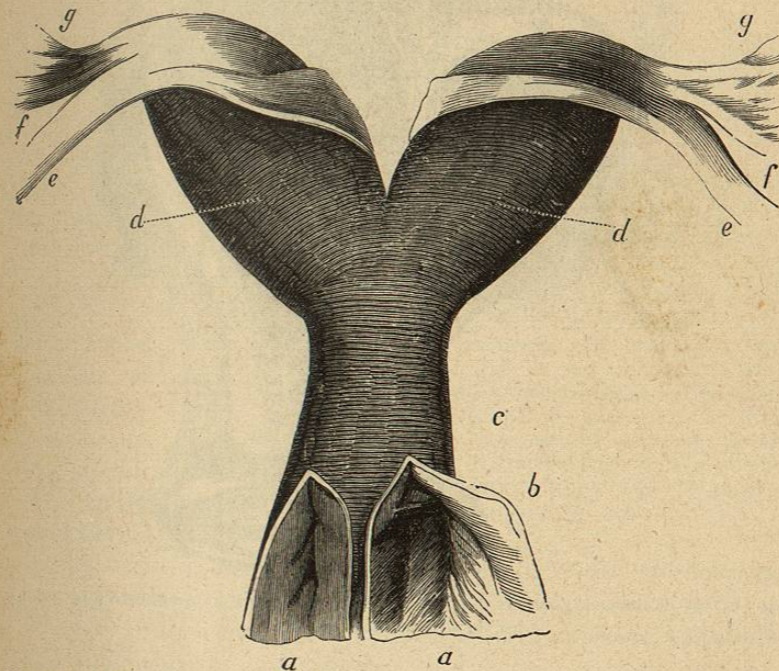


Fig. 156. — Utérus bicornes entièrement doubles et vagins doubles d'une jeune fille de dix-sept ans, d'après Schröder. — aa, les deux vagins ouverts ; b, orifice de l'utérus gauche ; c, les deux portions cervicales adossées ; d, d, les deux cornes utérines ; e, e, ligaments ronds ; f, f, les oviductes ; g, g, les ovaires.

Certains cas échappent cependant à cette pathogénie, tel celui de Holländer qui trouva deux utérus dont le postérieur était normal et portait les annexes droite et gauche. L'antérieur en était dépourvu et cependant était devenu gravide. Holländer explique cette bizarre anomalie par une fusion incomplète des deux canaux de Müller, et la formation d'un diverticule sur la paroi antérieure (*uterus accessorius*).

Parfois enfin, l'utérus n'étant pas bicorne, embryologiquement parlant, paraît cependant formé de deux loges, dont l'une n'est autre qu'un diverticule développé aux dépens des parois ou d'une corne uté-

rine par suite d'un défaut d'évolution limité de la tunique musculaire.

2° *Utérus biloculaires*. — La configuration extérieure de l'utérus est sensiblement normale, car la fusion des canaux de Müller s'est effectuée à la hauteur voulue. Le dédoublement ne porte que sur la cavité utérine, divisée par une cloison parfois perforée ou réduite à l'état d'une lame fenêtrée. La pathogénie de cette malformation est peu connue.

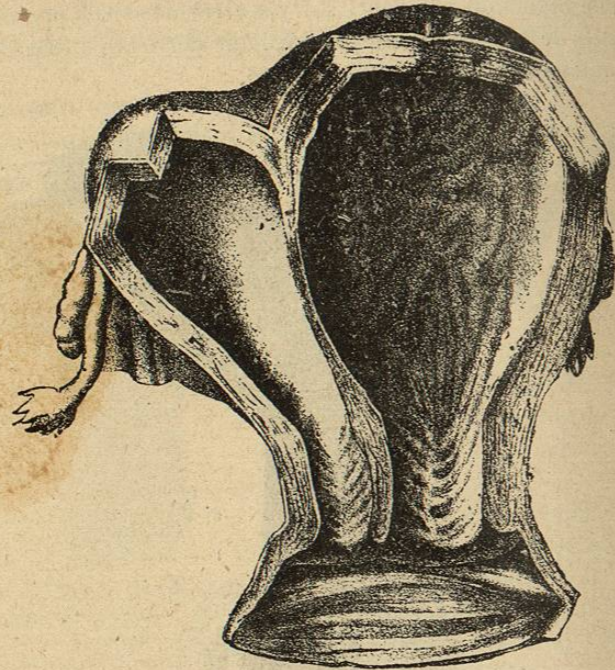


Fig. 157. — Utérus bipartitus avec double vagin, ouvert, pour montrer la cloison qui le sépare en deux loges.

Suivant l'étendue de persistance de la cloison, on distingue :

a. *Utérus bipartite* ou mieux *biloculaire total* (*uterus septus duplex*), divisé en deux dans toute la hauteur du corps et du col. Il y a donc deux museaux de tanche.

b. *Utérus biloculaire corporéal* ou mieux *cervico-corporéal* (*uterus subseptus uniformis*). — La cloison scinde la cavité du corps et du col en deux chambres, mais l'orifice externe est unique.

c. *Utérus biloculaire mi-cervical* (*uterus subseptus unicellis*). — La cavité du corps est cloisonnée, mais celle du col est unique.

d. *Utérus biloculaire cervical* (*uterus subseptus unicorporeus*). — La cavité du corps est simple, le canal cervical est double.

e. *Utérus avec duplicité de l'orifice externe du col* (*uterus biforis supra simplex*). — L'orifice externe seul est double, le reste de la cavité utérine est normal.

f. *Utérus cordiforme* (*uterus impartitus*). — La cloison médiane n'existe que dans la partie supérieure.

3° *Utérus unicornes*. — L'un des canaux de Müller s'est seul développé.

a. 1<sup>re</sup> variété. — L'autre conduit s'est atrophié dans toute son étendue, de sorte qu'il n'existe qu'une trompe en continuité avec la corne. C'est l'utérus unicorne proprement dit (*uterus unicornis sine ullo rudimento cornu alterius*).

b. 2<sup>e</sup> variété. — L'atrophie du canal de Müller est incomplète. Il existe, à côté d'une corne bien développée, une autre corne rudimentaire se continuant avec une trompe, et qui peut être le siège d'une grossesse ectopique. C'est l'utérus unicorne avec corne rudimentaire du côté opposé (*uterus unicornis excavatus cum rudimento cornu alterius*).

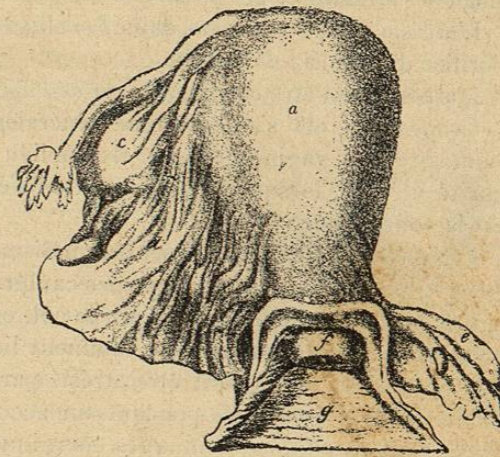


Fig. 158. — Utérus unicorne d'une femme accouchée pour la dixième fois et chez laquelle il y avait également absence du rein gauche (Chaussier). — a, paroi postérieure de l'utérus (moitié droite développée par la grossesse); b, trompe droite; c, ovaire droit; d, ligament large droit; e, trompe, ovaire, ligament large, atrophiés du côté gauche; f, portion vaginale du col; g, vagin.

#### IV. Anomalies du canal utérin. — C'est-

à-dire les vices de conformation dans lesquels la cavité utérine manque, ou est rétrécie sur une étendue plus ou moins considérable.

a. *Imperforation totale* (utérus plein). — Ne s'observe que sur les utérus rudimentaires ou atrophiés.

b. *Oblitération congénitale de la cavité du corps*.

c. *Imperforation ou sténose du canal cervical*.

d. *Imperforation ou sténose de l'orifice interne du col*.

e. *Oblitération congénitale de l'orifice externe du col*.

On attribue ces trois dernières variétés à une résorption parfaite des canaux de Müller en un point limité. On peut en rapprocher :

f. *Le cloisonnement incomplet du col par un repli transversal*, faisant saillie dans sa cavité et dans celle du segment inférieur.

Ces malformations ne sont généralement reconnues, au moins pour celles qui intéressent le corps, que lors d'opérations, de maladies intéressant l'organe ou ses annexes, telles que grossesses extra-utérines, tumeurs, etc., etc. Les malformations du col sont plus facilement accessibles; nous verrons que les atrésies et sténoses sont

justiciables d'interventions qui ne diffèrent en rien de celles qu'on pratique quand le vice de conformation est acquis.

#### VICES DE CONFORMATION ACQUIS DE L'UTÉRUS.

**Atrésies et sténoses de l'utérus.** — C'est le col qui est le siège des atrésies et des sténoses.

L'*atrésie du col* consiste dans l'occlusion ou l'imperforation de l'orifice du museau de tanche.

L'atrésie peut être *congénitale* ou *acquise*.

*Congénitale*, elle s'accompagne généralement d'autres malformations du canal vagino-utérin et donne lieu à des rétentions dans la cavité utérine, lorsque la menstruation s'établit; l'hématomètre en est la conséquence.

L'*atrésie acquise* succède à des traumatismes accidentels ou chirurgicaux ou dystociques, ou encore à des cautérisations, à des ulcérations.

Les opérations défectueuses sur le col, celles qui ont suppuré par suite d'une réunion imparfaite, donnent lieu à des atrésies souvent très marquées; le col peut être atrésié par suite de la cicatrisation d'une surface escarrifiée pendant un accouchement; les cautérisations et les caustiques chimiques énergiques, comme le chlorure de zinc en pâte ou en solution concentrée (1/3, 1/5) avec le cautère potentiel ou même le thermocautère, peuvent amener des atrésies de l'orifice du col.

Pozzi admet que l'orifice du museau de tanche peut s'oblitérer avec l'âge. De fait, chez certaines femmes âgées à col atrophique, la perméabilité a absolument disparu.

Lorsque l'atrésie existe chez une femme encore réglée, elle se manifeste par l'accumulation, au moment des règles, du sang dans l'utérus et dans les trompes; toujours l'oblitération complète est précédée dans ces cas de signes d'un rétrécissement progressif de l'orifice se manifestant par de la dysménorrhée, des douleurs vives au moment des époques qui s'établissent plus ou moins péniblement. Lorsque l'atrésie se produit chez la femme qui n'est plus réglée, elle peut ne donner lieu à aucun accident lorsque l'utérus n'est pas infecté; celui-ci s'atrophie alors et ne réagit pas. Quand l'utérus est infecté, il peut en résulter des accidents graves de rétention de sécrétions purulentes (pyométrie) ou de gaz (physométrie).

Le traitement consistera à inciser l'imperforation, à rétablir la perméabilité du col et à la maintenir: puis, s'il est nécessaire, à désinfecter la cavité utérine.

La *sténose* est le rétrécissement du col. Comme l'atrésie, elle peut être *congénitale* ou *acquise*.

Quand elle est *congénitale*, le col est ordinairement conformé en cône, en museau de tapir.

Le col, pointu comme un pain de sucre, est long et percé à son sommet d'un tout petit orifice. Lorsque la lèvre antérieure déborde un peu, le col prend la forme tapiroïde. La sténose congénitale peut être encore le résultat d'une antéflexion qui efface le calibre du canal cervical plutôt qu'il le rétrécit.

La sténose *acquise* reconnaît les causes que nous avons signalées plus haut pour l'atrésie. Toutefois, le procédé caustique du chlorure de zinc de Dumontpallier dans le traitement des métrites doit être particulièrement signalé comme néfaste et accusé de grands méfaits au point de vue de la production des sténoses acquises du col utérin. Il en est de même des opérations mal faites de Schröder, de Simon, etc.

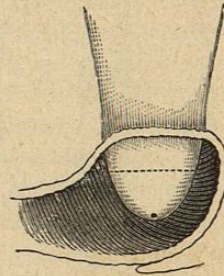


Fig. 159. — Hypertrophie conique du col.

La sténose du col intéresse généralement le canal qui fait suite à l'orifice du museau de tanche; au-dessus du rétrécissement, le canal cervical peut être dilaté en ampoule et retenir les sécrétions visqueuses qui ne peuvent pas s'écouler par le trajet sténosé; dès que celui-ci est franchi par un cathéter, une petite bougie, celle-ci se meut à l'aise dans la cavité ampullaire qui le surmonte. Lorsque le rétrécissement acquis du col est très étroit, au centre d'un tissu cicatriciel qui envahit tout ou partie de la hauteur du canal cervical, lorsqu'il y a en même temps infection utérine, il n'est pas rare de constater, avec de l'endométrite corporelle, des lésions de salpingite par rétention et distension.

D'après Pozzi et la plupart des auteurs, la stérilité et la dysménorrhée seraient les deux principaux symptômes des rétrécissements du col qui se compliquent ordinairement de métrite par suite de la stagnation des sécrétions. Ainsi se trouverait constituée une des formes de la métrite virginale dans les cas de sténose congénitale.

Lorsque les lésions sont plus sérieuses, il n'est pas rare de voir les sténoses du col se compliquer de suppurations tubaires et pelviennes.

L'examen au spéculum montre le col absent lorsqu'il a été amputé, au milieu un petit orifice dans lequel on peut insinuer le bout de l'hystéromètre; mais il est impossible de l'enfoncer et il faut se servir soit de stylets minces, soit de petites bougies olivaires en gomme ou en baleine pour pénétrer, et cela à frottement, dans la cavité utérine. Il est des cas où le cathétérisme est tout à fait difficile et ne peut être réussi qu'au bout de plusieurs séances de recherches; il est même impossible lorsque la sténose est très accentuée.

Le traitement de la sténose du col varie suivant les cas.

Le plus simple, quand la sténose n'est pas très accentuée, qu'elle soit congénitale ou acquise, est de faire la dilatation, à l'aide de très minces tiges de laminaire. Il faut que la dilatation soit maintenue à