

à d'autres narcotiques, la guérison complète de ces désastreuses habitudes par l'enlèvement des annexes utérins, qui se trouvaient malades depuis plus ou moins longtemps.

Nous rencontrons assez fréquemment des cas de cette folie survenant au moment de la ménopause et il serait à désirer que la loi nous autorisât à placer ces malades en réclusion jusqu'à ce que cette période dangereuse fût terminée. Je ne puis m'étendre d'avantage sur ce sujet sans empiéter sur le domaine de l'aliéniste, mais je pourrais citer quelques beaux exemples de cette forme particulière d'aliénation mentale.

J'ai rencontré des malades dont la folie consistait à se croire enceintes à la suite de rapports avec d'autres hommes que leurs maris; mais dans un cas encore plus bizarre la pauvre femme croyait être devenue enceinte à la suite de cohabitation avec un chien. Nous éloignâmes la malade de son milieu habituel, sans cependant lui ordonner une réclusion complète, nous prîmes grand soin de diriger son esprit dans une autre direction et après douze mois d'isolement elle abandonna son idée fixe et elle renonça complètement à ses habitudes d'intempérance. Le point important du traitement de tous ces cas est d'éloigner de suite la malade de son milieu habituel.

Au moment de la ménopause, la plupart des femmes acquièrent une certaine tendance à l'embonpoint, et ce dernier symptôme, survenant au moment de la cessation des règles, a été fréquemment une cause d'erreurs assez graves. Les femmes se croient *enceintes*, *atteintes d'hydropisie* ou de ces *tumeurs* dont on parle actuellement si souvent dans le public. Elles viennent alors réclamer les conseils du chirurgien et il est souvent très difficile de leur faire comprendre qu'il ne s'agit que d'un développement adipeux anormal; ce dernier peut d'ailleurs prendre si bien l'aspect d'une « *tumeur abdominale* » qu'il m'est arrivé plusieurs fois d'avoir

beaucoup de peine à convaincre les collègues, qui m'amenaient leurs malades, qu'il ne s'agissait que de cet état particulier de la nutrition.

Lorsque la cessation de la menstruation a été subite, l'envahissement de l'épiploon par le tissu adipeux est excessivement rapide et il peut atteindre des proportions si considérables, que la malade paraît mince sur toutes les autres parties du corps. Après quelques mois néanmoins il se fait une nouvelle distribution du tissu adipeux, il diminue sur l'épiploon et il se répartit plus également dans tout l'ensemble des tissus sous-cutanés et la femme prend rapidement l'apparence d'embonpoint particulière à cette époque de leur existence.

En parcourant certaines statistiques d'opérations abdominales, qui ont été publiées dernièrement, il ne peut exister aucun doute que quelques-uns de ces cas ont été opérés par des chirurgiens, qui croyaient avoir affaire à des tumeurs ovariennes, et qui après l'incision abdominale ne constataient que la présence de *vulgaires lipomes*.

Je ne connais pas de meilleur traitement pour tous ces symptômes subjectifs de la ménopause que l'emploi des purgatifs drastiques, la distraction et les voyages. J'ai aussi constaté un grand soulagement après de petites *saignées*, mais il faut toujours employer ce procédé avec discrétion. Lorsque les symptômes observés semblent dépendre d'états pathologiques bien définis, comme la métrite chronique, etc., ils devront naturellement être traités d'après les principes que nous avons déjà indiqués ailleurs.

Absence de l'utérus. — Nous avons déjà parlé de l'absence congénitale de l'utérus, car elle est généralement accompagnée du développement incomplet du vagin, représenté uniquement par un simple cul-de-sac.

Utérus infantile. — C'est à *Simpson* que nous devons cette dénomination, indiquant le développement incomplet de cet organe; l'expression peut être utile et compréhensible, mais,

comme tant d'autres dans notre nomenclature, elle n'est pas exacte. Il est clair que par le mot « *infantile* » nous ne voulons pas dire que dans ces cas l'utérus conserve exactement le volume qu'il présente chez les enfants, mais nous voulons indiquer qu'il a subi un arrêt de développement plus ou moins considérable, qu'il existe des troubles ou quelquefois une suppression complète de la menstruation et que les fonctions gestatives de l'utérus sont supprimées. Cet arrêt de développement peut survenir à toute période de l'existence; de sorte que d'une part nous pouvons rencontrer chez une femme adulte et très bien développée, un utérus qui n'est pas plus volumineux qu'au moment de la naissance, et d'autre part l'arrêt de développement ne sera souvent indiqué que par la forme conique du col et par une antéflexion très marquée du corps de l'utérus. Entre ces deux extrêmes nous pourrions d'ailleurs rencontrer tous les différents degrés intermédiaires.

J'ai eu l'occasion d'observer un exemple remarquable de la première variété chez une jeune dame, qui pendant plusieurs années avait été tenue dans un état de demi-réclusion pour la simple raison qu'il existait quelques doutes sur son véritable sexe. Elle avait été plus ou moins bien examinée par différents praticiens, qui étaient arrivés à la conclusion qu'elle était soit une hermaphrodite, soit un mâle incomplet. Je trouvais que les organes externes étaient normaux, et qu'il existait un vagin parfaitement bien développé; l'utérus était minuscule, ayant conservé le volume qu'il présentait au moment de la naissance; l'exploration bimanuelle pendant la narcose nous démontra l'état des organes d'une manière absolument évidente et aujourd'hui que cette question de sexe est élucidée, la jeune dame a repris dans la société la position qu'elle aurait toujours dû occuper. Elle n'avait jamais été réglée et ne le sera probablement jamais; mais elle doit être considérée comme nubile, quoique je ne pense pas qu'elle ait la plus petite chance de devenir mère.

Des exemples aussi accentués que celui-ci ne sont pas fréquents, mais les cas où il existe un léger degré d'arrêt de développement suffisant toutefois pour donner lieu à des troubles de la menstruation et devenir un obstacle à la fécondation, se rencontrent très souvent. Ces cas sont si fréquents que je crois pouvoir dire qu'à eux seuls ils constituent presque la moitié de ma clientèle privée et une bonne partie de la consultation externe de mon hôpital. Je serais très porté à croire que cette grande proportion doit être due aux maladies exanthématiques de l'enfance.

Le *diagnostic* de cette affection est des plus simples. L'anamnèse est déjà très caractéristique, car on trouvera toujours que la menstruation n'est survenue que très tardivement, l'époque de son apparition étant reculée en proportion du degré de la lésion. Plusieurs de ces cas les plus prononcés me furent amenés à l'âge de 17 ou de 18 ans, ou même plus tard, pour la simple raison que la menstruation ne s'était pas encore établie, quoique les jeunes malades ne souffrissent que fort peu de ce retard.

Je conseille toujours, aussi bien aux parents qu'aux malades, de prendre patience et de ne rien faire du tout, conseil qui d'ailleurs est rarement suivi, quoique je sois assuré qu'il est le plus sage de tous ceux que l'on puisse donner à ces malades. Dans les cas les plus prononcés la menstruation ne s'établit jamais et les femmes n'en souffrent aucunement; elles ont alors une existence que je leur envierais certainement, si j'appartenais à leur sexe, et que je fusse aussi bien renseigné sur les affections pelviennes que je le suis actuellement.

Dans les cas moins accentués, la menstruation apparaît tardivement; elle est au début irrégulière et peu abondante, puis elle peut se régulariser pendant quelques années et souvent elle disparaît avant trente ans; elle détermine toujours de vives souffrances et de graves malaises pendant tout le

temps de sa durée. Lorsque ces femmes se marient, elles restent stériles dans la grande majorité des cas ; mais, si elles ont le bonheur de devenir enceintes, leurs organes ont l'occasion de se développer pendant la gestation et leur existence ultérieure s'améliore considérablement.

Dans quelques-uns des cas les plus légers, l'incision bilatérale du col et l'emploi de tiges intra-utérines pourront procurer une amélioration importante et contribueront souvent à obtenir une première grossesse. Mais, en me basant sur l'expérience que j'ai acquise en chirurgie pelvienne pendant ces quinze dernières années, je suis arrivé à la conviction qu'il eût été préférable que l'on n'eût jamais introduit dans la pratique gynécologique l'usage de ces tiges intra-utérines. La *discision du col* est en elle-même une opération bien inoffensive, mais, comme elle doit toujours être suivie de l'emploi des pessaires intra-utérins, elle est sujette à la même critique. La dilatation graduelle à l'aide de mes dilateurs coniques est une pratique beaucoup moins dangereuse, par conséquent mon traitement actuel de tous ces cas se trouve réduit à cette méthode et j'en ai obtenu des résultats très satisfaisants, c'est-à-dire que j'obtiens toujours une amélioration manifeste des symptômes et qu'il arrive parfois que la grossesse suit de près mon traitement.

Simpson employait dans ces cas et recommandait l'usage du pessaire galvanique intra-utérin ; j'ai suivi pendant longtemps cette pratique, en enregistrant avec plaisir les résultats obtenus, car les malades étaient soulagées très rapidement et certainement le développement de l'utérus faisait des progrès manifestes. Mais quelques cas de morts inexplicables, survenues des mois ou même des années après le traitement, trouvèrent subitement une explication à l'occasion d'une autopsie, où la présence d'un pyosalpinx rompu me fit reconnaître l'accident que j'avais déterminé ; depuis lors j'abandonnai pour toujours l'usage des tiges galvaniques.

Ma détermination se trouve encore renforcée par le fait que ce traitement dangereux n'a qu'un résultat absolument *temporaire*. En effet, lorsque j'eus l'occasion de revoir quelques-uns de mes meilleurs cas deux ou trois ans après le traitement, je trouvai qu'ils étaient dans une situation pire que lorsque je les avais vus pour la première fois. La liste actuelle de mes laparotomies contient en outre un certain nombre de cas où cette grave opération a été nécessitée par mon propre traitement au moyen des pessaires intra-utérins, simples ou galvaniques, mais je dois dire qu'elle en contient aussi d'autres où les accidents sont survenus à la suite du même traitement, appliqué par d'autres chirurgiens.

Un travail très remarquable sur l'*utérus infantile* a été publié récemment par mon ancien élève le Dr *Arthur Johnstone*, de Danville (Kentucky). Il traite de ce vice de conformation en parlant de la fonction et des modifications de l'utérus pendant la menstruation et son exposé simplifie beaucoup la question. Il commence par démontrer que le col et le corps de l'utérus ne présentent pas seulement des différences anatomiques, mais que leur fonctionnement et leur pathologie diffèrent aussi considérablement. Il est surprenant que ce simple fait n'ait pas été reconnu plus tôt, en observant surtout combien sont différentes pendant la grossesse, les fonctions de ces deux parties de l'utérus et en constatant que les myomes n'intéressent presque jamais que le *corps* et les tumeurs cancéreuses, le *col* de l'utérus. Qu'il me soit permis de reproduire ici quelques-unes de ses idées les plus originales (1).

« Je crois que les rapports entre le col et le corps utérin sont très analogues à ceux qui existent entre le pylore et l'estomac. Non seulement le col protège l'entrée de la cavité utérine, mais il oppose une certaine résistance à la sortie du contenu, tout en aidant son expulsion à un moment donné. Non

(1) *Transactions et American gynecological Society*, 1888.

seulement la partie cervicale possède une circulation et une innervation propres, mais encore ses fibres musculaires diffèrent quant à leur distribution et à leur direction de celles du corps. Histologiquement, le revêtement du canal cervical ressemble beaucoup à celui des voies aériennes. Sa couche épaisse d'épithélium cilié, recouvrant un tissu aréolaire, assez lâche, dans lequel se trouvent enfouies de nombreuses glandes muqueuses, est l'analogue de cette région ; et, si ce n'était le volume des cellules épithéliales, on pourrait facilement tomber dans l'erreur de prendre un fragment de cette région pour un spécimen provenant de la trachée ou de la trompe d'*Eustache*. En d'autres termes, celui qui a un peu étudié cette muqueuse se rendra compte de suite que sa seule et unique fonction consiste à sécréter un liquide de protection, dont le plus bel exemple est le bouchon muqueux qui oblitère le col pendant la grossesse ».

« L'expérience clinique confirme aujourd'hui l'ancienne idée, que nous pouvons rencontrer un col trop petit, associé à un corps utérin parfaitement normal. J'ai déjà dit que j'envisageais le col comme un organe distinct du corps, par conséquent on peut supposer que la cause de cette disproportion est l'arrêt de développement du col lui-même ».

« J'ai pour ma part la certitude que la plupart, si ce n'est toutes les flexions utérines soi-disant d'origine congénitale, sont dues à cet arrêt prématuré dans la croissance du col ; ce sont ces cas, dont la dysménorrhée est un des principaux symptômes, qui ont valu au dilatateur utérin son immense popularité. Les modifications pathologiques du canal cervical sont alors causées soit par la pression que le corps utérin adulte doit exercer pour forcer l'écoulement de ses sécrétions à travers un orifice trop étroit, soit par le poids que ce corps volumineux et trop pesant exerce sur un soutien que la nature lui a fourni trop faible et insuffisant ».

« C'est à ces arrêts de développement survenant à une épo-

que quelconque avant que l'organe ait pu atteindre sa pleine maturité, que nous devons cet état, connu généralement sous le nom d'*utérus infantile*. J'en ai actuellement la preuve dans un utérus d'une longueur de 2 pouces, qui fut enlevé chez une femme très bien développée, d'une stature même au-dessus de la moyenne, âgée de 39 ans. Elle avait toujours eu une menstruation difficile et très irrégulière. C'était un de ces cas, bizarres et restés inexplicables jusqu'à présent, où la menstruation peut cesser complètement pendant des années (dans le cas présent elle avait fait défaut pendant cinq ans), puis redevenir relativement régulière pendant une année ou deux. Au microscope, l'endométrie présentait les conditions que, dans mon travail sur le processus de la menstruation, j'ai présenté sous les numéros XI et XII. Cette pauvre femme avait ainsi pendant toute sa vie *essayé d'avoir ses règles avec un revêtement utérin*, qui était assez semblable à celui que l'on rencontre chez le pigeon, avec cette grande différence qu'elle n'avait que fort peu ou point de lymphe pour remédier au manque de tension ».

« Doit-on s'étonner de ce que les règles trouvent quelque difficulté à se frayer un passage à travers les interstices de ces tissus durs et résistants ? Est-il surprenant que la tension causée par ce passage devienne l'origine de violentes douleurs ? Et, si nous considérons le degré inférieur du développement du revêtement muqueux, devons-nous être bien surpris en trouvant qu'il lui est presque impossible de se convertir en cet état cellulaire particulier, qui est indispensable pour la formation du placenta ».

« Voilà pourquoi nous voyons que ces femmes sont condamnées à une stérilité perpétuelle, quoique leurs ovaires soient absolument sains, et qu'il n'existe chez elles aucun obstacle à la fécondation de l'ovule. Les causes éloignées de cet arrêt de développement sont nombreuses et elles sont trop obscures pour que j'essaie de les rechercher actuellement. La

première et une des plus évidentes sont les lésions traumatiques des organes sexuels ».

« Ainsi je me souviens d'une femme mariée, très bien développée, mais dont l'utérus atteignait à peine le volume d'un dé à coudre; cet arrêt de développement avait été déterminé par un coup de corne de taureau reçu dans le vagin à l'âge de 11 ans. Elle avait eu quelques indices de menstruation, car elle avait ressenti plusieurs fois des douleurs précur-sives, si bien décrites par *Stevenson*, mais elles apparaissaient très irrégulièrement et elles n'aboutissaient jamais à un véritable écoulement ».

« Peut-être arriverons-nous à faire un peu de lumière sur cette intéressante question en étudiant les causes de la ménopause artificielle. Dans un cas où les deux ovaires et les deux trompes avaient été extirpés dans une première opération sans réussir à obtenir la ménopause, *M. Lawson Tait*, dont j'étais l'assistant à ce moment, pratiqua une hystérectomie sus-vaginale. En examinant la pièce ainsi obtenue, je découvris qu'une certaine partie des trompes de Fallope avait été laissée intacte par la première opération, et que de gros troncs nerveux, passant du ligament large dans l'utérus, avaient ainsi échappé à cette première intervention opératoire. La seconde fut couronnée d'un plein succès, au point de vue des résultats tant immédiats que secondaires ».

« Ceci me conduisit à étudier plus attentivement l'innervation du ligament large et je trouvai qu'en dehors d'une grande quantité de filaments nerveux, qui accompagnent la trompe de Fallope et la branche utérine de l'artère spermatique, il existe un tronc nerveux particulièrement volumineux qui arrive de la partie profonde du ligament large et qui entre en faisant un angle très aigu avec le corps utérin dans la corne de cet organe juste au-dessous de la trompe. Ce tronc nerveux chemine si près le long du corps utérin, que si le chirurgien ne prend pas bien garde d'enlever la totalité de la

trompe, il peut très bien le laisser de côté. J'ai l'idée que c'est ce nerf qui préside à l'activité du revêtement de la muqueuse utérine, et que sa section amène pour cette région exactement les effets que produit la section de la corde du tympan pour la glande sous-maxillaire ».

« Je vis encore, avec *M. Lawson Tait*, un autre cas qui parle aussi en faveur de cette interprétation. Un chirurgien d'Édimbourg avait pratiqué une opération dans le but d'obtenir la ménopause artificielle, mais la malade vint nous dire qu'un seul ovaire et une seule trompe avaient été extirpés ».

« A la seconde opération on ne trouva aucune trace ni d'ovaire ni de trompe du côté droit; la première intervention avait porté sur le côté gauche. Comme la malade était absolument désespérée par ses souffrances continuelles, et qu'elle avait prié *M. Lawson Tait* de faire tout ce qu'il était possible pour améliorer son état, ce chirurgien pratiqua l'extirpation de l'utérus au niveau de l'orifice interne ».

« Je recueillis la pièce et je la soumis à la congélation, puis j'examinai avec beaucoup de soin chaque coupe depuis le revêtement muqueux jusqu'à la surface péritonéale, et je trouvai un développement exagéré des follicules utérins de la corne droite. »

« Après la première opération le revêtement muqueux du côté gauche s'était trouvé complètement isolé de son appareil nerveux, mais du côté droit, malgré l'absence congénitale de la trompe et de l'ovaire, le plexus nerveux exerçait néanmoins une action manifeste sur cette partie de l'endomètre jusque à ce qu'il fût supprimé par la seconde opération. Je pense que nous avons donc le droit de dire que la ménopause artificielle n'est due ni à l'extirpation de l'ovaire, ni à l'enlèvement de la trompe elle-même, mais que c'est la *névrotomie* qui accompagne l'ablation de ces organes, qui isole complètement la muqueuse utérine et la laisse dans un état

analogue à celui du membre inférieur après la section du sciatique ».

« Si ces considérations se trouvent vérifiées, nous aurons à chercher la cause de l'arrêt de développement de l'utérus pendant l'enfance et l'adolescence dans les troubles de l'innervation, comme c'est le cas pour la myélite aiguë de la paralysie infantile ».

« De plus nous voyons par la distribution anatomique du plexus sympathique, se rendant dans l'utérus, combien ses rameaux nerveux peuvent être facilement intéressés par les affections tubaires et par celles du ligament large. D'autre part, il est difficile de se faire une juste idée de la fréquence de ces processus inflammatoires chez l'enfant, et les symptômes d'une névrite aiguë consécutive sont si légers, qu'ils peuvent très facilement passer inaperçus. Aussi ne devons-nous pas être très surpris, si les seules indications de son passage se trouvent être des troubles trophiques, suivis de l'arrêt de développement de l'organe intéressé. »

« Je n'ai presque rien de nouveau à dire quant au traitement de ces malades. Pour quelques-uns des cas les moins avancés l'emploi des tiges intra-utérines et les différentes méthodes d'application de l'électricité pourront rendre des services ; mais, dans la grande majorité des cas, nous n'obtiendrons que des échecs, comme d'ailleurs nous devons nous y attendre si notre explication de la pathologie de ces accidents est exacte. Mais il est un autre point du traitement qui donne lieu actuellement à beaucoup de discussions ; devons-nous intervenir pour obtenir la ménopause artificielle ? Dans la grande majorité de ces cas de malformation, je répondrai sans hésitation : non, nous ne devons pas le faire ! Mais il existe un certain nombre de malades, chez lesquelles les ovaires deviennent si volumineux et si douloureux, que l'existence leur devient une véritable torture. Pourquoi ne pourrions-nous pas débarrasser de leurs souffrances ces femmes d'ailleurs

irrémédiablement stériles, et les rendre à la société ? On devra cependant toujours procéder avec le plus grand soin à la sélection de ces cas. »

Le docteur *A. Johnstone* résume ses idées dans les conclusions suivantes, et je puis seulement dire que d'une part elles m'expliquent absolument la pathogénie et les constatations cliniques de « l'utérus infantile » et que d'autre part j'approuve absolument les conclusions thérapeutiques auxquelles il est arrivé :

« 1. — L'utérus n'est pas seulement un organe indépendant, mais il est encore formé de deux parties, dont les fonctions sont entièrement différentes, et qui peuvent subir un arrêt de développement soit individuellement, soit toutes deux simultanément. »

« 2. — Le développement de la région cervicale est beaucoup plus souvent intéressé dans ces anomalies que celui du corps. »

« 3. — Les flexions d'origine congénitale sont en grande partie dues à cet arrêt de développement. »

« 4. — Cet arrêt de croissance du corps utérin est presque toujours accompagné de troubles trophiques du revêtement muqueux. »

« 5. — Cet état embryonnaire de l'endomètre l'empêche de pouvoir subir les modifications nécessaires à la formation du placenta, d'où résulte la stérilité définitive. »

« 6. — Ces modifications sont très probablement dues à quelques troubles du sympathique pelvien. »

« 7. — Lorsqu'il existe une diminution marquée du volume du corps utérin, la dilatation du col ne donnera aucun résultat avantageux. »

« 8. — Lorsque l'existence devient insupportable par les symptômes dus à cet arrêt de développement, la ménopause artificielle peut être établie à l'aide d'une opération, mais au-

paravant nous devons essayer tous les autres modes de traitement. »

Je puis seulement ajouter que, dans les cas graves dont il est fait mention dans ce dernier paragraphe, la décision pour l'intervention chirurgicale, c'est-à-dire pour l'enlèvement des annexes de l'utérus, devra être influencée autant par la position sociale de la malade que par le degré des lésions. Ainsi, si nous prenons pour exemples deux malades, l'une appartenant à la classe aisée, pouvant prendre le repos nécessaire et s'accorder toutes les petites facilités de la vie qui contribuent tant à soulager la souffrance, l'autre se trouvant être une simple domestique, qui est obligée de travailler pour gagner son existence journalière, les indications dans ces deux cas seront bien différentes.

Supposons en premier lieu que chez ces deux malades l'utérus soit très atrophié, que les annexes soient d'un volume anormal, enfin que la menstruation ne se soit jamais établie quoiqu'il survienne chaque mois des souffrances excessivement vives; on ne peut faire autre chose, vis-à-vis d'un cas pareil, que d'enlever les annexes de l'utérus et après cette intervention le soulagement sera immédiat et complet. J'ai opéré actuellement un certain nombre de ces malades, appartenant à toutes les classes de la société, et les résultats ont grandement contribué à me faire admettre que *les trompes*, ou *quelque appareil nerveux en relation intime avec les trompes*, sont en rapport direct avec les phénomènes de la menstruation.

Examinons à présent le cas où, chez ces deux mêmes malades, il existe le même degré d'insuffisance de développement; chez toutes deux la menstruation a été très tardive, très irrégulière, insuffisante et très douloureuse, mais l'une appartient à la classe aisée et la seconde est une domestique. Il ne sera pas nécessaire d'opérer la première, tandis qu'on devra le faire pour la seconde; car celle-ci vous dira qu'elle

est incapable de travailler pendant 8 jours par mois, qu'elle ne peut par conséquent garder sa place et gagner sa vie. D'après ma propre expérience, ces malades acceptent avec enthousiasme la proposition d'une intervention chirurgicale qui leur procurera un soulagement complet et permanent et elles sont toujours très reconnaissantes du résultat. Comme ces cas ne sont pas compliqués d'adhérences ou de lésions secondaires, la guérison opératoire est la règle et par conséquent l'argument du danger couru ne peut entrer en ligne de compte contre l'opération. Je ne puis d'ailleurs qu'appuyer l'expérience du D^r *Johnstone*, quand il dit qu'on doit examiner avec grand soin chaque cas avant d'opérer.

Utérus double. — L'utérus double est constitué par la persistance d'une des premières phases de développement de l'organe. C'est un de ces retours au type primitif, qui démontrent si bien l'exactitude de la théorie de *Darwin* sur la descendance de l'homme. Ce vice de conformation est assez fréquent et il peut présenter différentes variétés. Celle que l'on rencontre le plus fréquemment est la persistance de cette forme d'utérus que présente le fœtus au troisième mois, lorsque la division que l'on retrouve plus tard dans les trompes descend jusqu'à la hauteur de l'orifice interne. Cette malformation présente diverses variétés selon que la fusion des deux conduits de *Müller* fait totalement défaut ou qu'elle est restée *incomplète*. Ainsi dans quelques cas c'est la réunion à la partie supérieure qui fait défaut, l'utérus restera alors *double* et le vagin sera simple; dans d'autres cas c'est le contraire qui se produit, la réunion fait défaut à la partie inférieure tandis qu'elle existe à la partie supérieure, le conduit vaginal sera *double* et l'utérus reste simple. La fusion peut aussi faire entièrement défaut, de sorte que les deux conduits génitaux restent séparés et qu'ils viennent s'ouvrir dans le petit cloaque uro-génital, représenté seulement chez la femme par les petites lèvres, condition qui peut aussi exister