

II DYSTOCIE CAUSÉE PAR LE COL DE L'UTÉRUS

Pour que l'accouchement se termine par les voies naturelles, il faut d'abord que le col de l'utérus s'efface, puis que l'orifice utérin se dilate d'une manière suffisante pour permettre le passage du fœtus. Dans certains cas ces deux phénomènes importants de l'accouchement ne se produisent qu'avec une extrême lenteur ou même n'arrivent pas à se produire complètement.

Tout en leur accordant une influence bien inégale, nous allons étudier les principales causes qui empêchent l'effacement du col :

1° *L'oblitération* du col; 2° les différentes variétés de *rigidité*; 3° les *lésions cancéreuses*.

C'est à dessein que nous ne parlons pas de l'influence des *déviation*s du col; car s'il est manifeste que, dans certains cas où le col est fortement dévié sur les côtés ou en arrière, la dilatation progresse lentement, il est non moins évident que ces déviations du col ne sont que secondaires à des déviations du corps : pour que la marche du travail soit régulière, ce n'est point le col qu'il faut essayer de redresser directement, mais bien le corps de l'utérus. Il est toutefois utile, lorsqu'on a constaté une mauvaise direction du col de l'utérus, d'essayer de le ramener dans l'axe : assez souvent au cours du travail lorsqu'on constate que l'orifice utérin, dévié en arrière, ne se dilate pas, il suffit d'en accrocher la partie antérieure avec le doigt de manière à le ramener en avant. La dilatation marche alors rapidement.

Dans certains cas la déviation du col en avant ou en arrière ne tient point à la déviation du corps, mais à une ampliation localisée du segment inférieur, à une *ampliation sacciforme*; ici encore la déviation du col n'est que secondaire.

Nous signalerons simplement les *œdèmes* que l'on observe du côté du col et en particulier au niveau de la partie antérieure de l'orifice utérin. Ces lésions se présentent dans deux conditions : 1° ou bien *dans les positions postérieures*, lorsque la tête mal fléchie vient, par sa partie frontale, comprimer le tissu utérin contre la paroi osseuse; 2° ou bien *dans les bassins petits*, lorsque la femme, en faisant des efforts avant la dilatation complète, pousse la tête fœtale qui comprime l'orifice utérin pincé entre elle et la paroi du bassin. Il faut éviter que cet œdème n'augmente, et, dès que la chose est possible, on essaie avec l'index recourbé de maintenir ce bourrelet œdémateux pendant la contraction utérine et de le faire glisser par-dessus la tête fœtale.

Dans certains cas où l'œdème est très accusé, il se développe, dans l'épaisseur de la portion œdématisée, des ruptures vasculaires, qui donnent naissance à des épanchements sanguins : s'ils viennent à se rompre, il se produit une hémorrhagie généralement légère.

1° *Oblitération du col*. — Ce sont des faits bien exceptionnels que ceux dans lesquels il y a *agglutination* de l'orifice externe (Nægele), et surtout

oblitération du col (Depaul) assez complète pour mettre obstacle à l'accouchement.

L'oblitération complète du col doit être postérieure à la conception : elle serait alors consécutive à des injections caustiques, à des cautérisations faites avec le nitrate d'argent ou le fer rouge, au début de la grossesse.

On a différencié l'oblitération de l'orifice externe de celle de l'orifice interne. Avant de porter un tel diagnostic il faut explorer le vagin avec grand soin avec le doigt et à l'aide du spéculum et rechercher si la partie que l'on prend pour le col obstrué n'est pas une bride du vagin ou n'est pas un col présentant un vice de conformation.

Il faut de plus se rappeler les faits de *dilatation sacciforme* de l'utérus, dans lesquels la paroi postérieure du segment inférieur est très distendue, très amincie et dans lesquels le col utérin est dévié en haut; pour l'atteindre, il est parfois nécessaire d'introduire la main dans le vagin pour glisser le doigt derrière la symphyse pubienne. Cependant, d'après Tarnier, « l'oblitération réelle du col n'est pas douteuse; elle ne diffère, à vrai dire, de la simple agglutination de l'orifice externe, que par une résistance plus grande des adhérences qui ne pourraient être détruites que par une opération ». Si cette complication est constatée, il faut débrider l'orifice oblitéré avec un bistouri ou des ciseaux.

Chez certaines femmes ayant subi l'opération de Schröder ou une opération analogue (amputation du col), il existe au niveau du col du tissu de cicatrice qui peut gêner la dilatation : le fait est exceptionnel.

2° *Rigidité du col de l'utérus*. — Le col est dit *rigide* lorsque son effacement et sa dilatation ne progressent pas ou ne s'opèrent qu'avec une extrême lenteur.

Cette question de la rigidité du col est encore controversée à l'heure actuelle, tout au moins au point de vue des distinctions qu'il faut établir parmi les différentes variétés de rigidité; c'est ainsi que nombre d'auteurs admettent encore la rigidité *anatomique*, la rigidité *spasmodique*, la rigidité *pathologique*. Cette dernière existe réellement : elle consiste dans les obstacles qui résultent de lésions du col, cicatrices anciennes, manifestations syphilitiques, etc.

Quant aux variétés *anatomique* et *spasmodique*, elles sont discutées, bien que leur description réponde à certains états du col que l'on constate au cours du travail : parfois en effet le col ne s'efface et ne se dilate que péniblement; il reste épais, dur, infiltré; si la dilatation a commencé, elle ne progresse plus, les bords de l'orifice sont infiltrés, œdématisés. On a comparé la sensation fournie par le col atteint de *rigidité anatomique* à celle donnée par le *cuir bouilli*.

Dans d'autres cas la dilatation a commencé; la femme a des douleurs; elle souffre beaucoup et se plaint fortement à chaque contraction. Au toucher on trouve l'orifice étroitement appliqué sur la partie fœtale; les bords en sont minces, tranchants, et très douloureux; ces sensations caractérisent la *rigidité spasmodique*. Ces deux états peuvent persister pendant longtemps et

l'on a pu voir dans certains cas le fœtus succomber avant que l'orifice se soit dilaté.

Dans d'autres cas la rigidité n'est que temporaire; peu à peu le travail progresse; le col perd les caractères que nous avons indiqués; le travail marche régulièrement et l'accouchement se termine sans incidents, non sans toutefois endommager le contour de l'orifice utérin qui présente une déchirure plus ou moins étendue.

Dans des cas rares l'obstacle formé par le col rigide n'est surmonté qu'au prix d'une perte de substance assez considérable: une véritable calotte de tissu utérin, au centre de laquelle se trouve l'orifice, se détache du segment inférieur, créant ainsi une large voie par laquelle le fœtus va passer (fig. 427). C'est en pratiquant l'examen histologique de fragments de tissu utérin ainsi détachés que Bouffe de Saint-Blaise et Wallich ont montré qu'il n'y avait point, dans ces parties, de lésions anatomiques; Wallich a de plus constaté qu'il existait une infiltration œdémateuse de la portion de tissu utérin détachée.

Voyons comment cette question a été successivement envisagée par les différents auteurs depuis le commencement du siècle; nous verrons ensuite comment, à notre avis, l'on peut comprendre ces faits et, par suite, quel traitement il convient d'appliquer suivant les cas. Mme Lachapelle considérait la rigidité de l'orifice utérin comme assez fréquente. « On la rencontre souvent, disait-elle, avec inertie par épuisement, soit comme cause, soit comme effet. De même que l'inertie, la rigidité de l'orifice nécessite souvent les secours de l'art pour l'extraction du fœtus; elle peut parfois être surmontée par les seuls efforts de la nature, et de même que l'inertie, la rigidité peut être temporaire, et quelques médications telles que les bains, la saignée, peuvent en abrégier la durée. » Mme Lachapelle ajoute qu'on voit parfois l'orifice externe « conserver une épaisseur, une dureté assez considérable et résister aux contractions utérines, soit que cet effet soit dû à une sorte de spasme, soit qu'on doive le regarder comme une disposition organique particulière ».

Pour Baudelocque, il semble que la rigidité du col et sa rétraction spasmodique soient la même chose. Baudelocque fait remarquer que, « sans aucune modification de structure, par simple rigidité, l'orifice utérin peut n'être pas disposé à s'ouvrir et retarder ainsi l'accouchement. Souvent les douleurs sont en même temps faibles et rares et l'orifice paraît ne pas se dilater, par suite d'un état vicieux de la contractilité utérine. »

Cazeaux et Tarnier considèrent la rigidité anatomique du col, d'origine mécanique, comme beaucoup plus rare que le spasme, c'est-à-dire que la rigidité spasmodique. Ils attribuent cette rigidité anatomique à ce que, sans qu'aucune altération puisse l'expliquer, les fibres du col offrent une résistance extraordinaire à l'action des fibres du corps. « Cette résistance du col se rencontre surtout chez les femmes trop jeunes, chez celles qui sont âgées et qui accouchent pour la première fois, ou bien lorsque le travail s'est déclaré prématurément. » Ces auteurs ajoutent « qu'il ne faut pas confondre cet état anatomique du col avec un orifice qui reste simplement épais parce

que les contractions utérines sont insuffisantes, mal dirigées, ou annihilées par un obstacle mécanique à l'engagement du fœtus ».

Il y a lieu de se demander dès maintenant si la presque totalité des cas de rigidité anatomique ne rentrent pas précisément dans cette catégorie de faits dont Cazeaux et Tarnier veulent les séparer.

C'est assez l'avis de Barnes qui dit: « La rigidité du col est plus rare

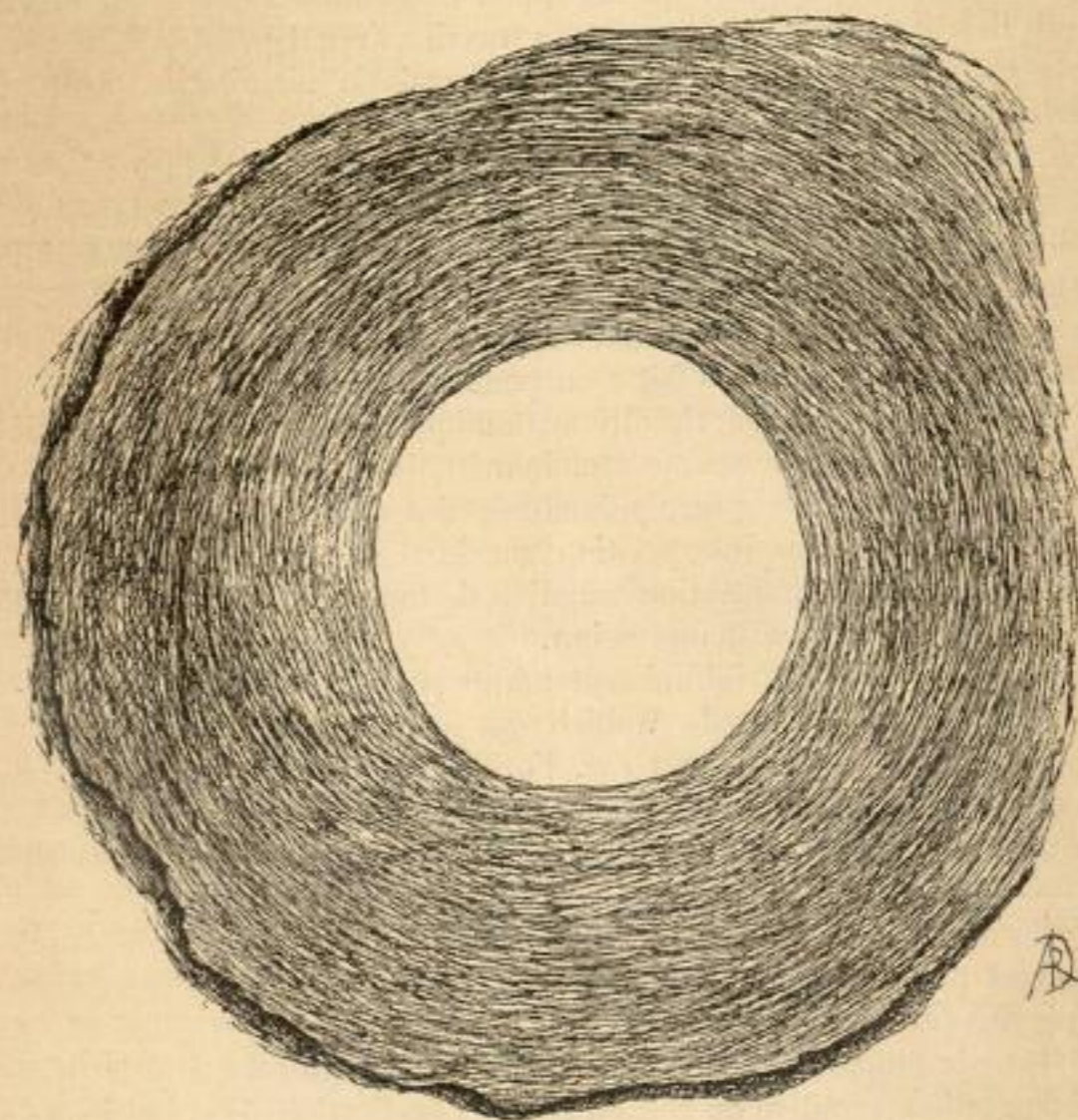


Fig. 427. — Fragment de tissu utérin détaché dans un cas de rigidité du col. (D'après nature.)
Au centre de la pièce se trouve un orifice arrondi qui est l'orifice utérin en voie de dilatation.

qu'on ne le suppose généralement; très fréquemment si l'orifice ne se dilate pas, c'est que la partie qui se présente ne pèse pas sur lui; mais si les membranes sont rompues prématurément et que la partie qui se présente presse directement sur l'orifice avant que la dilatation ait commencé, elle amène le spasme annulaire. »

Dolérus¹ est un peu du même avis, puisqu'il rejette la variété anatomique, faisant remarquer avec raison que dans les cas décrits par les auteurs les cols

¹ Des fausses rigidités du col utérin pendant l'accouchement. Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn., 1885.

étaient malades, ou bien transformés pendant le travail par la marche lente de l'accouchement.

A l'heure actuelle il faut distraire des faits décrits sous le nom de rigidité du col tous ceux dans lesquels le col ne se dilate pas, non parce qu'il résiste, mais parce qu'il y a *inertie utérine*, défaut de contraction de l'utérus.

Il faut également distraire les cas qu'on observait à l'époque où on administrait l'ergot de seigle au moment du travail : l'ergot produisait non seulement la contracture de l'orifice externe, mais la tétanisation de tout le muscle utérin.

En relisant les observations publiées de rigidité de l'orifice utérin, on note que presque toujours l'un des facteurs qui contribuent à la dilatation de l'orifice est en défaut. Tantôt il y a rupture prématurée des membranes ou bien défaut d'engagement du fœtus, rétrécissement du bassin, présentation vicieuse, insertion du placenta sur le segment inférieur, etc.

En analysant avec soin les faits, on peut voir que les deux états du col décrits sous les noms de rigidité anatomique et de rigidité spasmodique tiennent surtout à une anomalie dans le mécanisme physiologique de la dilatation; par suite de la rupture prématurée des membranes par exemple, la tête fœtale appuie sans interposition sur le segment inférieur et produit ainsi un œdème, une infiltration sanguine de toute la portion du col située au-dessous de la zone de compression.

Ce sont là les faits de rigidité anatomique pour lesquels les recherches de Bouffe de Saint-Blaise et de Wallich ont montré qu'il n'y avait point de lésion organique. Dans d'autres cas, l'orifice utérin ne s'infiltré pas, mais, par suite du défaut d'efficacité de la contraction utérine, la dilatation reste stationnaire. Toledo, dans sa thèse¹ faite sous l'inspiration de Wallich, conclut d'une manière analogue :

1° Il est une série de faits décrits sous le nom de *rigidité du col* qui ne répondent pas à une modification de texture de cet organe entraînant un trouble dans sa fonction;

2° Dans la plupart des faits dans lesquels on aurait localisé la dystocie dans une lésion primitive du col, on trouve l'explication de ces phénomènes dans l'absence d'un des facteurs habituels de la dilatation;

3° Parmi ces facteurs le défaut de contractions utérines paraît jouer le principal rôle : l'inertie caractérisée par l'irrégularité et l'insuffisance des douleurs explique le plus souvent cette sténose momentanée du col.

Diagnostic. — Lorsque chez une femme le travail marche lentement ou péniblement, il ne faut point se hâter d'incriminer le col comme créant obstacle et retardant la dilatation. C'est souvent dans une anomalie provenant de l'utérus, du bassin ou du fœtus, qu'il faut chercher la véritable cause de cette forme lente de l'accouchement.

Quand on constate par le toucher qu'en même temps que la dilatation

¹ Sur la rigidité du col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement (*Etude analytique et critique*). Juan I. Toledo. Thèse Paris, 1890.

reste stationnaire, l'orifice utérin présente les caractères indiqués par les auteurs comme caractérisant la rigidité anatomique ou spasmodique, il ne faut pas se hâter d'en conclure que c'est le col qui est la cause du défaut de progression du travail; il faut rechercher avec grand soin par un examen méthodique ce qui peut causer cet état du col et considérer par conséquent la rigidité non pas comme primitive, mais presque toujours comme secondaire.

Pronostic. — Le pronostic de la rigidité du col varie suivant que les phénomènes qui la caractérisent sont plus ou moins accusés, et surtout suivant l'époque du travail à laquelle ils apparaissent. Si, malgré un certain état de rigidité, la dilatation progresse, même lentement, le pronostic n'a rien d'inquiétant ni pour la mère ni pour le fœtus.

Au contraire, lorsque la dilatation est peu avancée, et que la rigidité vient à se produire, la vie du fœtus se trouve compromise si les contractions fortes et rapprochées viennent à chaque instant troubler la circulation fœto-placentaire. Le fœtus souffre d'autant plus facilement en pareil cas que presque toujours les membranes sont rompues prématurément : le liquide amniotique se colore, le fœtus ne tarde pas à succomber. On peut voir se déclarer les phénomènes de putréfaction intra-utérine qui forcent l'accoucheur à intervenir.

C'est cette complication qui rend le pronostic sérieux pour la mère. Il peut l'être également d'une autre manière lorsque des solutions de continuité viennent à se produire, soit au niveau du segment inférieur, soit au niveau du col.

Traitement. — Ce que nous avons dit de l'influence de la rupture des membranes sur la rigidité du col indique suffisamment qu'il ne faut jamais rompre artificiellement les membranes au début du travail, à moins qu'il n'existe l'une des indications formelles dont nous avons parlé à propos de la rupture artificielle des membranes.

Que convient-il de faire lorsqu'au cours du travail on constate que le col devient rigide, et que sa dilatation reste stationnaire? Nous ne citerons que quelques-uns des moyens employés, ceux qui nous paraissent le plus efficaces. Lorsque la rigidité semble causée par le défaut de contractions de l'utérus, par l'inertie, on a recours aux bains chauds prolongés et tout particulièrement aux injections vaginales chaudes à 48 degrés.

Si, au contraire, les contractions utérines sont fortes, répétées, douloureuses, on emploie avec succès les calmants, par exemple les injections hypodermiques de morphine, les opiacés à l'intérieur, les lavements de chloral, et surtout les inhalations de chloroforme qui, maniées avec prudence, peuvent régulariser les contractions utérines et favoriser la dilatation de l'orifice.

On doit surtout éviter de pratiquer trop souvent le toucher et de vouloir avec les doigts hâter la dilatation, ce qui n'a le plus souvent d'autre résultat que d'augmenter la contracture de l'orifice utérin et de l'organe tout entier. Dans la majorité des cas, il faut se rappeler que la rigidité n'est que temporaire et qu'une meilleure orientation de la partie fœtale, qu'une

meilleure direction de la contraction utérine peuvent rapidement en triompher.

Dans certains cas cependant, l'état général de la mère se traduisant surtout par une élévation de température, l'état de souffrance du fœtus, incitent l'accoucheur à intervenir. Nombre de moyens sont à sa disposition; il va de soi que, lorsque le fœtus est mort, le procédé le plus simple consiste à pratiquer le broiement de la partie fœtale qui, ainsi réduite, sert comme agent de dilatation de l'orifice de dedans en dehors.

Lorsque le fœtus est vivant, on peut recourir soit à l'écarteur de Tarnier, soit au ballon dilateur de Barnes ou de Champetier de Ribes.

L'emploi des incisions du col est encore controversé: il n'y faut recourir que lorsque les autres moyens de dilatation ont échoué; on glisse alors entre l'index et l'orifice utérin un bistouri boutonné avec lequel on pratique un débridement de quelques millimètres. On fait ainsi cinq ou six incisions multiples sur le pourtour de l'orifice.

Dans un certain nombre de cas, ces débridements ont pour résultat immédiat de faire progresser d'une manière très rapide la dilatation; ils ont l'inconvénient de s'étendre parfois au segment inférieur de l'utérus et de produire ainsi des déchirures étendues qui peuvent être mortelles, soit qu'il en résulte une hémorrhagie abondante, soit qu'elles créent des voies faciles à l'infection. Malgré ces inconvénients, Durhssen a cependant préconisé ces incisions profondes allant de l'orifice utérin jusqu'à l'insertion sur le col, incisions qu'il suture immédiatement après la délivrance; cette manière de faire est condamnée par la plupart des accoucheurs français.

Dans certains cas, la non-dilatation de l'orifice utérin et, par suite, sa rigidité secondaire proviennent d'un rétrécissement du bassin qui retient la tête élevée et l'empêche d'appuyer sur l'orifice utérin. Lorsqu'il semble qu'il y a une notable disproportion entre les dimensions du bassin et celles du fœtus, n'est-il pas sage, comme Pinard et Zweifel l'ont fait avec succès, de sectionner la symphyse du pubis, ce qui permet à la dilatation de l'orifice de se produire assez rapidement?

Dans les cas rares où l'accouchement a été précédé du détachement et de l'expulsion d'une certaine zone du tissu utérin, il faut tamponner avec soin le vagin et redoubler de soins antiseptiques.

3° *Rigidité pathologique.* — Il faut comprendre dans cette variété de rigidité du col de l'utérus toutes les affections néoplasiques, inflammatoires, traumatiques, qui viennent à modifier la texture du col et dont les altérations s'opposent plus ou moins complètement à la dilatation de l'orifice.

Nous rangeons dans ce groupe les cicatrices consécutives à des accouchements antérieurs ou à des opérations chirurgicales; ces cicatrices retardent la dilatation de l'orifice utérin. Il est rare qu'elles soient suffisamment résistantes pour nécessiter des débridements. Les cautérisations de la cavité cervicale, en particulier avec le chlorure de zinc, peuvent amener une atrésie de cette cavité qui gêne beaucoup la dilatation.

Deux variétés importantes de rigidité pathologique du col sont constituées par des lésions déterminées par la syphilis et par le cancer au niveau du col.

Rigidité syphilitique. — L'influence de la syphilis sur la consistance du col n'est guère connue que depuis une vingtaine d'années; entrevue vers 1868 par Putégnat, elle a été signalée à nouveau dans les observations de Chiarleoni, de Chiara et Martinetti (1885), de Welponer (1870); en 1884 et 1885, Doléris et son élève Mme Mesnard ont publié des travaux sur les rapports de la syphilis et de la rigidité du col utérin pendant le travail de l'accouchement. Fasola a publié une importante observation démontrant une variété rare: la *sclérose généralisée du col* d'origine syphilitique. Signalons également une leçon de Maygrier sur ce sujet¹.

La syphilis peut produire des altérations du col de deux manières différentes, soit par suite de la présence de l'accident initial, du chancre induré sur le col, soit parce que des plaques muqueuses, des gommés, ont pu envahir cette région. Il est rare que le tissu cicatriciel, qui résulte de la présence du chancre induré au niveau de l'orifice utérin, l'ait envahi suffisamment pour mettre obstacle à l'accouchement. La dilatation se fait lentement, péniblement au niveau du tissu sain; parfois même il se produit une petite fissure dans le tissu cicatriciel laissé par le chancre.

Dans le cas de Fasola (1884), les lésions étaient plus accusées. Il existait une *sclérose généralisée du col et du segment inférieur* analogue à celle que la syphilis détermine si fréquemment dans d'autres organes; à l'œil nu, à l'autopsie on distinguait les tissus rigides des régions saines environnantes. Au microscope, Fasola constata les différents stades de l'hyperplasie conjonctive: au voisinage des parties saines, les fibres musculaires étaient simplement atrophiées, et il existait une infiltration de cellules embryonnaires; au niveau de la région malade, les fibres cellulaires avaient disparu et étaient remplacées par un tissu conjonctif serré, dense, fibreux. Les vaisseaux étaient oblitérés par hypertrophie de leurs tuniques moyenne et interne. Cette *sclérose syphilitique du col* est une cause grave de dystocie, qui peut nécessiter l'opération césarienne. « Dans des cas exceptionnels, analogues à celui de Fasola, où la sténose cervicale resterait invincible, malgré les incisions du col, on pourrait, comme l'indique l'accoucheur italien, poser la question de l'opération césarienne; l'infection presque constante de l'utérus en pareil cas devrait faire préférer l'amputation de Porro » (Maygrier).

Dans un cas de rigidité du col d'origine syphilitique, A. Martin² a vu l'expulsion du fœtus se produire tout d'un coup — après 52 heures de travail — à la suite d'une rupture étendue du col remontant jusqu'à l'insertion du vagin. Il est d'avis en pareil cas de pratiquer de petites incisions multiples sur l'orifice utérin.

Quelle que soit la nature de la rigidité du col ayant fait obstacle à l'accouchement, il est nécessaire d'examiner ces femmes aussitôt après la délivrance: si les lésions du col paraissent étendues, on suture ces solutions de continuité. C'est la meilleure manière d'éviter les ectropions et surtout la sténose de l'orifice externe et du canal cervical. Dans certains cas, en effet,

¹ *Leçons de clinique obstétricale*, 1895, p. 65.

² *Normandie médicale*, n° 2, 1^{er} février 1896.

où les lésions du col sont abandonnées à elles-mêmes, elles se cicatrisent vicieusement et produisent une atrésie du col qui deviendra cause de troubles divers, en particulier de dysménorrhée.

5° *Cancer du col de l'utérus.* — Jusqu'au dix-septième siècle prévalut l'opinion d'Hippocrate d'après laquelle le cancer utérin s'oppose à la fécondation; il faut arriver jusqu'à Bartholin et à Mauriceau pour avoir la preuve du contraire. Mauriceau montre que ce n'est point la fécondation, mais l'accouchement que le cancer de l'utérus rend difficile.

Fréquence. — Il n'est pas très commun de rencontrer le cancer de l'utérus chez une femme enceinte. D'après une statistique de Winckel, cette complication est notée 8 fois sur 15 000 accouchements; une statistique de Stratz donne 12 cas sur 17 900 accouchements.

Bien que le cancer puisse envahir le corps de l'utérus, il atteint plus fréquemment le col: les statistiques de Galabin et de Schröder ont montré que c'est surtout chez les nullipares que s'observe le cancer du corps, tandis que celui du col existe principalement chez les femmes qui ont eu déjà des enfants.

D'autre part, s'il est facile de concevoir qu'une grossesse puisse survenir et évoluer dans un utérus dont le col est cancéreux ou devient cancéreux après la fécondation, il est moins facile d'admettre qu'un utérus dont le corps est atteint par la dégénérescence cancéreuse puisse contenir un œuf dont le développement soit régulier. Aussi, comme l'a fait P. Bar dans sa thèse d'agrégation¹, nous n'envisagerons que le cancer du col dans ses rapports avec la grossesse et la parturition.

Disons tout d'abord que, quelle que soit sa forme clinique (ulcéreuse, végétante, ou infiltrante), la dégénérescence cancéreuse a une tendance à gagner les tissus voisins; ainsi que l'ont montré Ruge et Veit, si le cancer a débuté par la portion vaginale du col, il tend à envahir le vagin, le tissu cellulaire pelvien, la vessie; si c'est, au contraire, au niveau du canal cervical que débute le néoplasme, il s'étendra plutôt du côté du corps de l'utérus.

Influence de la grossesse sur le cancer utérin. — Il est exceptionnel en effet que la marche du cancer utérin ne soit pas accélérée par la grossesse: ce qui tient au ramollissement des tissus qui se laissent plus facilement infiltrer, à la transformation embryonnaire des éléments cancéreux et à l'afflux sanguin plus considérable au niveau des parties malades. Bien rarement les lésions restent stationnaires; c'est à tort qu'on a avancé qu'elles rétrogradaient et pouvaient même disparaître. C'est surtout quand le cancer débute pendant la grossesse qu'il suit une marche rapide (Cohnstein).

Cette influence nocive de la grossesse sur le cancer se traduit localement par une augmentation des lésions et par l'exagération des symptômes: douleurs, écoulements sanieux, hémorragies, etc.; en même temps la propagation du néoplasme aux organes voisins est plus rapide. L'état général devient mauvais et si les lésions s'étendent avec rapidité, la cachexie peut faire de tels progrès que la malade succombe, avant tout début de travail.

¹ *Du cancer utérin pendant la grossesse* (Paris, 1886)

Dans la pluralité des cas l'affection cancéreuse reste assez localisée pour que la femme mène sa grossesse jusqu'à terme.

Influence du cancer utérin sur la grossesse. — Cette influence du cancer du col de l'utérus sur la grossesse est variable; dans les deux tiers des cas, en effet, l'accouchement se fait à terme (Cohnstein, Bar).

Lorsque l'avortement ou l'accouchement prématuré ont lieu, ils peuvent être dus soit au mauvais état général de la femme minée par le cancer ou par les hémorragies continues, soit à la propagation du néoplasme à la paroi du corps de l'utérus et aux lésions de la caduque, soit à des infections secondaires dont la porte d'entrée est la lésion cancéreuse. — Le siège du néoplasme présente à cet égard un certain intérêt; l'accouchement à terme a lieu plus souvent dans les cas où la portion vaginale du col est seule envahie, que dans ceux où tout le canal cervical est atteint.

La vie du fœtus est menacée par ce fait que l'interruption de la grossesse peut avoir lieu à une époque très éloignée du terme; il est plus difficile de déterminer si la seule présence d'une tumeur cancéreuse au niveau du col de l'utérus peut suffire à entraîner la mort du fœtus ou du moins à diminuer sa vitalité. D'après Hermann, sur 128 enfants nés de femmes cancéreuses, la moitié seulement étaient vivants. D'après Porak, les enfants nés de femmes ainsi malades s'élèvent mal, restent débiles; des faits contraires ont été observés.

Accouchement. — Au moment de l'accouchement, les lésions cancéreuses subissent, au cas où l'expulsion par les voies naturelles est possible, un traumatisme qui accélère la marche de l'affection. Il se produit, de même que pour les fibromes, un certain degré de ramollissement qui facilite la dilatation. C'est ce qui permet, dans un certain nombre de cas, l'accouchement spontané et même assez rapide; parmi les conditions qui favorisent l'accouchement spontané, il faut noter la limitation du néoplasme en particulier à la lèvre postérieure du col (Cohnstein), la friabilité des tissus malades augmentée par le ramollissement dû à la grossesse. L'accouchement rapide n'est pas toujours d'un pronostic heureux dans le cancer de l'utérus; il peut être, en effet, le résultat de déchirures, qui se limitent parfois aux tissus malades, mais qui peuvent s'étendre aux tissus sains.

Dans la pluralité des cas l'accouchement traîne en longueur, l'utérus se contracte d'abord d'une façon normale, et même énergique; mais peu à peu il se fatigue et ne lutte plus que d'une manière inefficace contre l'infiltration cancéreuse du col. Tantôt l'accouchement seulement prolongé se termine spontanément sans complication; tantôt la dilatation, qui reste longtemps stationnaire, ne se complète que grâce aux déchirures du col. Ces lésions présentent les plus grandes variétés au point de vue de leur siège, de leur direction, de leur profondeur. Généralement ce sont les tissus envahis par le néoplasme qui cèdent; si la dilatation des parties saines est déjà portée à son maximum, l'accouchement ne tarde pas à se faire; dans d'autres cas, c'est au niveau de l'union des tissus sains et des tissus malades que se fait la déchirure. D'une manière générale ces déchirures ont un pronostic d'autant moins grave qu'elles sont réparties sur des points différents; lorsqu'il n'existe

qu'une seule déchirure, elle peut remonter assez haut au niveau du segment inférieur et constituer une véritable déchirure de l'utérus.

Lorsque le cancer a envahi les organes voisins, la solution de continuité peut intéresser ces organes et l'on a ainsi constaté des déchirures de la vessie, du rectum, etc....

Les déchirures du col de l'utérus cancéreux s'accompagnent parfois d'hémorragies plus ou moins abondantes qui peuvent devenir mortelles : généralement l'écoulement sanguin reste modéré tant que la partie fœtale appuie sur ces parties, faisant, en quelque sorte, de l'hémostase par compression. Ce n'est qu'après l'accouchement qu'on voit l'écoulement devenir plus abondant et déterminer les phénomènes généraux liés à toute hémorragie grave.

Parfois l'envahissement des organes du petit bassin par le cancer est tel que la dilatation ne peut se faire et qu'il se produit au niveau du segment inférieur ou même plus haut une déchirure intéressant plus ou moins complètement la paroi utérine; il y a une véritable rupture de l'utérus. Enfin il arrive que les femmes meurent d'épuisement, soit vers la fin de la grossesse, soit au cours du travail, sans être accouchées.

Ce qui vient encore, dans certains cas, aggraver le pronostic maternel, c'est que, sous l'influence de la prolongation du travail, le fœtus souffre, succombe et subit la putréfaction intra-utérine. Cette complication est non seulement grave au moment de l'accouchement, mais peut entraîner des suites de couches pathologiques.

Diagnostic. — L'envahissement, par le cancer, du col de l'utérus grvide donne lieu à des erreurs de diagnostic; laissant de côté ce qui a trait au diagnostic du cancer du col de l'utérus non grvide, voyons quelles erreurs peuvent être commises: a, au cours de la grossesse; b. pendant le travail.

a. *Pendant la grossesse.* — Les écoulements sanguins qui coïncident habituellement avec le cancer de l'utérus peuvent faire méconnaître la grossesse. Constatant une augmentation du volume de l'utérus chez une femme manifestement atteinte de cancer, on croit que cette hypertrophie est due à l'envahissement du corps par le néoplasme, tandis que l'utérus est devenu grvide. Lorsque ce diagnostic doit être posé dans les premiers mois de la grossesse, en l'absence des signes de certitude, ce n'est que par l'examen répété de l'utérus que l'on peut constater une augmentation de volume qui ne saurait être attribuée seulement à l'envahissement par le cancer.

Le diagnostic se pose parfois d'une autre manière: la femme est enceinte; il se fait par les organes génitaux un écoulement sanieux, sanguinolent, quelquefois fétide; est-il dû à un cancer du col, à une vaginite? Généralement le diagnostic est très facile: il suffit de pratiquer le toucher pour constater que la paroi vaginale est rugueuse, mamelonnée, et que l'inflammation dont elle est le siège (vaginite granuleuse) est la cause de l'écoulement.

Parfois cependant le diagnostic devient plus délicat: un certain nombre de végétations plus ou moins volumineuses ont envahi le col en s'agglomérant; elles simulent un champignon analogue à l'épithélioma; on se demande alors si la vaginite n'est point causée par l'écoulement irritant qui provient de cette lésion. Il suffit d'examiner la femme à plusieurs reprises,

d'instituer le traitement de la vaginite granuleuse pour la voir peu à peu disparaître après l'accouchement.

Nous ne citerons que pour mémoire quelques erreurs de diagnostic qui ont consisté à prendre pour un cancer du col des cicatrices anciennes et cette transformation particulière que l'on observe dans la rigidité du col et dont on a comparé la sensation à celle du cuir bouilli.

b. *Pendant le travail.* — On peut être appelé à faire le diagnostic de cancer du col au cours du travail: la femme depuis longtemps a des douleurs, elle n'accouche pas, elle perd du sang; on pratique le toucher et l'on trouve dans l'orifice utérin une tumeur tomenteuse, irrégulière, qu'un examen quelque peu attentif fait reconnaître pour la face utérine du placenta: cette erreur a plusieurs fois été commise (Denmann, Mme Lachappelle, etc.).

Ribemont-Dessaignes a observé, en 1875, une femme accouchée depuis plusieurs jours et apportée à l'hôpital dans un état des plus graves. Un liquide noirâtre d'odeur infecte s'écoulait des organes génitaux. Au toucher on sentait le fond du vagin rempli par une sorte d'énorme champignon mollasse qui fit penser tout d'abord à l'existence d'un épithélioma. Un examen plus approfondi permit de reconnaître qu'au-dessus de cette masse, le col existait parfaitement sain. La masse fongueuse n'était autre chose que le placenta que le médecin assistant à l'accouchement avait négligé d'extraire après avoir rompu le cordon.

La tumeur formée par le néoplasme du col a été, dans quelques rares observations, prise pour une partie fœtale et confondue avec les fesses, les extrémités fœtales et même avec la tête. Il suffit d'un examen quelque peu attentif pour éviter une telle méprise.

Pronostic. — Le pronostic ressort de tout ce que nous avons dit des rapports du cancer et de la grossesse; la marche du néoplasme, déjà accélérée par la grossesse, devient encore plus rapide après l'accouchement.

Lorsque l'avortement ou l'accouchement prématuré ont lieu, l'état général de la femme est habituellement mauvais. Quand l'accouchement a lieu à terme, la dystocie peut être suffisante pour entraîner la mort de la femme, si l'on n'intervient pas rapidement.

Quand l'accouchement a lieu par les voies naturelles, spontanément ou non, la femme est plus exposée qu'une autre à l'infection septicémique par suite des fissures qui se produisent au niveau des tissus sains ou morbides, et par suite du sphacèle qui existe en certains points des tissus malades.

Le pronostic pour le fœtus est moins grave; cependant il peut succomber au cours du travail ou présenter, dans les jours qui suivent l'expulsion, des phénomènes infectieux. D'après Hermann, sur 128 enfants nés de mères cancéreuses, la moitié seulement étaient vivants quelque temps après la naissance.

Traitement. I. *Pendant la grossesse.* — Lorsqu'au cours d'une grossesse on a fait le diagnostic de cancer de l'utérus quelle est la conduite à tenir? Deux méthodes sont en présence:

A. L'une qui consiste à interrompre le cours de la grossesse dans le but de faire cesser son influence nocive sur le néoplasme, ou à traiter ce néoplasme par une opération plus ou moins radicale.

B. L'autre méthode n'a d'autre but que de sauvegarder autant que possible la vie du fœtus, faisant comparativement peu de cas des jours de la mère, qui sont déjà comptés. Elle consiste à laisser la grossesse évoluer jusqu'à terme ou à n'intervenir par l'opération césarienne que lorsque les accidents qu'elle présente ont un caractère particulier de gravité.

A. La première méthode comprend divers procédés :

1° On interrompt la grossesse en provoquant l'avortement ou l'accouchement prématuré. Lorsqu'on intervient dès les premiers mois de la grossesse, on agit dans le double but d'empêcher la propagation rapide du cancer et de pouvoir à bref délai recourir à une opération curative par l'amputation vaginale ou mieux encore par l'hystérectomie vaginale; cette dernière méthode a été employée avec succès par Olshausen, Bouilly, Theilhaber¹.

Les cas où le diagnostic peut être ainsi posé de bonne heure sont extrêmement rares; lorsqu'ils se présentent, il n'est peut-être pas irrationnel de provoquer l'avortement. L'accouchement provoqué est beaucoup plus discutable, parce que la vie du fœtus entre ici en ligne de compte. Sans doute, dans certains cas, le fœtus étant plus petit pourra passer vivant plus facilement à travers une dilatation même incomplète; sans doute l'interruption de la grossesse peut jusqu'à un certain point permettre plus rapidement une intervention radicale, mais ces avantages ne peuvent entrer en parallèle avec les difficultés que l'on rencontre à provoquer le travail en raison même des lésions du col et avec les risques que l'on court d'avoir un fœtus dont la vitalité n'est pas suffisante.

Il n'est même pas démontré que, chez une femme atteinte de cancer du col de l'utérus, l'effacement du col et la dilatation de l'orifice utérin se fassent mieux vers le huitième mois de grossesse qu'à terme. Il faut en effet ici, comme pour les fibromes, tenir grand compte des phénomènes de ramollissement qui se produisent dans les derniers mois de la grossesse et qui permettent l'accouchement spontané dans des cas où l'opération césarienne semblait devoir être la seule ressource.

2° Le grattage avec la curette des tissus malades peut être utilisé dans certaines formes de néoplasme végétant avec hémorragie: Porak et Paquy ont rapporté (Soc. Obst. et Gyn., 12 octobre 1895) l'observation d'une femme qui fut curettée par Périer le 5 décembre et le 22 février; elle accoucha le 16 mai d'un enfant vivant pesant 5,250 grammes.

3° Quant à l'amputation du col de l'utérus gravide, elle constitue dans un tiers des cas un avortement provoqué déguisé, puisqu'elle amène l'expulsion de l'œuf. C'est une opération plus sérieuse qu'en dehors de la gravidité parce qu'elle s'accompagne d'hémorragie abondante.

4° L'extirpation complète de l'utérus, soit par le vagin, soit par l'abdomen (méthode de Freund), a donné quelques bons résultats immédiats.

Hernandez², faisant connaître en France les résultats obtenus par Mackenrodt (de Berlin), est partisan de l'intervention opératoire et il conclut que, chez la femme enceinte atteinte de cancer de l'utérus: « 1° pendant les trois

¹ Archiv. f. Gynäkologie, 1894, Bd. XLVII, Hft. 1, p. 56-105.

² Annales de gynécologie, août et septembre 1894.

premiers mois, l'opération de choix est l'hystérectomie vaginale; 2° lorsque le fœtus est viable (sept mois et demi), l'opération césarienne immédiatement suivie de l'extirpation totale de l'utérus et des annexes doit être faite; 3° entre le quatrième et le septième mois et demi, l'hystérectomie abdominale totale sera pratiquée sans retard. »

Dans une leçon faite sur ce sujet, Pinard¹ s'élève contre une intervention aussi systématique et conseille de ne pas intervenir par l'hystérectomie vaginale lorsque l'utérus cancéreux gravide atteint l'ombilic.

D'après Beckmann² l'hystérectomie vaginale totale pendant les quatre premiers mois de la grossesse, sans avortement provoqué, se fait d'ordinairement facilement malgré le volume de l'organe et donne de bons résultats.

B. Sauf exception, il ne nous paraît pas utile de recourir à une intervention pendant la grossesse; on se contentera de faire des injections vaginales désinfectantes; si les hémorragies sont trop abondantes, on aura recours au tamponnement vaginal ou même au grattage des tissus malades.

II. Pendant le travail. — Que convient-il de faire pendant le travail?

Autant que possible, de l'expectation antiseptique armée et prolongée: on a la chance de voir la dilatation progresser et l'accouchement se terminer plus ou moins laborieusement avec l'aide ou sans l'aide du forceps. On favorise la dilatation en faisant des injections vaginales chaudes répétées qui ont en même temps l'avantage d'assurer l'asepsie. Si néanmoins la dilatation demeure trop stationnaire, on peut recourir suivant les cas au petit ballon Champetier de Ribes ou à l'écarteur de Tarnier qui demande ici à être manœuvré avec beaucoup de prudence.

On peut avoir recours également aux petites incisions multiples faites sur le tissu sain: elles ont parfois l'avantage d'éviter les déchirures plus étendues.

Il va de soi que lorsque l'enfant a succombé au cours du travail, on peut, bien avant la dilatation complète, pratiquer le broiement de la tête: on favorise ainsi la dilatation; mais il ne faut pas oublier de procéder avec beaucoup de douceur au dégagement des épaules dont le diamètre non réduit peut avoir beaucoup de difficultés à traverser l'orifice incomplètement dilaté.

Lorsque la dilatation ne se fait pas, lorsque la mère ou le fœtus commencent à souffrir de ce travail prolongé, plutôt que de recourir à l'accouchement forcé par les voies naturelles, il est préférable de faire l'opération césarienne suivie de l'opération de Porro ou mieux de l'hystérectomie abdominale totale. Il vaut mieux la pratiquer hâtivement que d'attendre que la vitalité du fœtus soit compromise; aussi dans les cas où le néoplasme envahit tout le col ou une partie du vagin, il n'est point sage d'attendre que le travail soit avancé, il vaut mieux pratiquer de bonne heure l'opération césarienne avec amputation de l'utérus: c'est la seule manière de concilier les intérêts du fœtus et ceux de la mère.

¹ Bulletin médical, 12 juin 1895.

² Journal d'obstétrique et de gynécologie, Saint-Petersbourg, février 1896.

³ N. POUZOSKY, Ann. de gyn., avril 1897.