

CHAPITRE VII

OBSTACLES SIÉGEANT AU COL DE L'UTÉRUS.

Les obstacles que le col de l'utérus peut présenter sont dus à l'agglutination de ses lèvres, à son oblitération complète, à la rigidité de l'orifice, à sa rétraction spasmodique, à son obliquité, à différentes tumeurs, et à la dégénérescence squirrheuse ou autre de son tissu.

§ I. — Agglutination de l'orifice externe de l'utérus.

Cette agglutination de l'orifice utérin est une complication très-rare. On en trouve peu d'exemples dans les auteurs; mais peut-être, comme le fait remarquer M. Nægele, auquel j'emprunte les détails qui suivent, cette rareté des observations tient-elle à ce que les divers degrés de cette agglutination ont échappé au médecin, la nature triomphant seule de l'accident dans beaucoup de cas.

On doit en soupçonner l'existence lorsque, dès le commencement du travail, le segment inférieur descend profondément dans l'excavation pelvienne, et n'offre aucune trace d'orifice, ou lorsque l'orifice se présente sous la forme d'un pli ou d'un creux un peu déprimé à son centre, et ne correspondant pas le plus souvent à l'axe du bassin. Le centre de ce petit creux est ordinairement occupé par une trame filamenteuse, des filaments charnus, une toile celluleuse, au centre de laquelle se trouve une petite ouverture très-rétrécie: quelquefois les lèvres sont agglutinées par un mucus consistant. A mesure que les contractions prennent plus d'énergie, le segment inférieur de l'utérus est poussé dans l'excavation, et s'amincit à un tel degré, qu'à la première exploration on croirait que les membranes seules séparent le doigt de la tête. Malgré la violence des douleurs, l'orifice de l'utérus n'est pas seulement étroitement fermé, mais encore il paraît s'élever davantage et se porter latéralement. Sous l'influence de contractions énergiques, l'orifice peut s'ouvrir spontanément; mais s'il résiste, et que l'accoucheur méconnaisse la cause de la difficulté, il peut en résulter une rupture de la matrice, ou une paralysie qui n'offre pas moins de dangers.

Quelle est la nature de cette agglutination de l'orifice?

Il est certain que cette agglutination de l'orifice ne peut se compléter qu'après la fécondation; il est probable qu'elle succède à une inflammation du col et de la partie supérieure du vagin. Le tissu pseudo-membraneux ou fibreux qui la constitue est semblable, dit Nægele, à cette matière qui sert de moyen d'union entre le placenta et la matrice, à celle qui unit les poumons avec la plèvre costale, ou les intestins entre eux et avec la paroi abdominale, lorsque l'inflammation se termine par adhérence. Dans un cas où l'autopsie d'une femme

morte pendant le travail permit d'en constater la nature, on trouva que la coarctation du col était tellement résistante, qu'elle ne put être déchirée ni rompue par une forte impulsion; la membrane qui le bouchait était comme de nature aponévrotique.

On ne peut pas préciser à quelle époque elle commença à se former. Chez une femme qui présenta pendant le travail cette particularité, l'orifice était encore ouvert six semaines avant l'accouchement.

La curation de l'agglutination de l'orifice n'a offert aucune difficulté dans le plus grand nombre des cas. A l'aide du doigt ou d'un instrument obtus, la membrane a été facilement rompue. Le plus souvent, pendant l'opération, quelques gouttes de sang ont paru. L'index doit être préféré à tout autre instrument: car si le doigt ne suffit pas pour lever l'obstacle, on doit attendre peu de secours de l'instrument.

Il n'est pas possible de savoir pourquoi cette agglutination de l'orifice, qui cède le plus souvent à la pression du doigt, peut résister à la violence de fortes douleurs.

J'ai observé deux faits d'agglutination de l'orifice externe. Dans le premier cas, chez une femme de l'hôpital des Cliniques, j'avais constaté cette agglutination en pratiquant le toucher pendant la grossesse. Je fus prévenu quand le travail se déclara: l'orifice résista d'abord, mais quand les douleurs devinrent très-énergiques, les adhérences cédèrent spontanément et l'accouchement se termina naturellement. Dans le second cas, je fus appelé par un médecin de la ville, pour une primipare chez laquelle les douleurs de l'accouchement duraient depuis trois jours, sans que le travail eût fait aucun progrès. Je pus m'assurer, en touchant cette malade avec le plus grand soin et à plusieurs reprises, qu'il n'existait aucun orifice sur le segment inférieur de la matrice; je crus cependant reconnaître la place de l'orifice externe à une très-petite dépression. Pendant une contraction, j'essayai de détruire les adhérences avec mon doigt, que je poussai fortement, en le faisant tourner rapidement. Après quelques tentatives infructueuses, je réussis à déchirer les adhérences. L'ouverture que je venais de créer s'agrandit rapidement, et l'accouchement eut lieu régulièrement.

§ II. — Oblitération complète du col.

Il est aujourd'hui prouvé que le col peut être complètement oblitéré au moment de l'accouchement, et que les adhérences peuvent être assez solides pour qu'il soit impossible de les déchirer avec le doigt. Ce cas est d'ailleurs excessivement rare, et il ne faudrait pas s'en laisser imposer par une obliquité très-prononcée du col, qui le rendrait difficilement accessible, ou par l'agglutination des lèvres de l'orifice. Une disposition qui pourrait aussi faire croire à une oblitération du museau de tanche, c'est le croisement de ces deux lèvres. Plusieurs fois, dit Dugès, nous avons senti l'antérieure couverte et embrassée par la postérieure qui masquait ainsi l'orifice, de sorte que le doigt n'y pouvait pénétrer que dans une position très-oblique. Cette introduction donnait moyen de rectifier promptement l'erreur, et de réduire les parties à un état plus favorable.

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. C'est là, on le voit, une différence bien peu importante au point de vue de la nature de l'affection.

Le travail le plus complet que nous possédions sur l'oblitération du col de l'utérus a été publié, en 1860, par M. Depaul, qui a ajouté trois observations personnelles aux faits déjà connus.

L'oblitération porte habituellement sur l'orifice externe; exceptionnellement elle a lieu à l'orifice interne. Le travail morbide qui produit l'oblitération débute quelquefois après la fécondation, mais il paraît probable que le plus souvent il existait antérieurement; qu'il avait déjà notablement rétréci l'ouverture du col, et que la grossesse, intervenant, a créé des conditions favorables pour compléter la soudure. De l'étude attentive des faits, M. Depaul conclut que les violences que subit le col de l'utérus pendant un premier accouchement, surtout lorsqu'il est long, pénible, et qu'il nécessite l'intervention des instruments, peuvent être le point de départ de ces oblitérations complètes. Toutes les inflammations, toutes les altérations du col, peuvent être suivies d'oblitération; aussi les primipares n'en sont pas exemptes, quoique moins exposées peut-être que les multipares.

Dans l'oblitération du col, le travail débute régulièrement; les contractions utérines se soutiennent pendant plusieurs heures, ou plusieurs jours, puis elles finissent par s'éloigner et même par disparaître. Le vagin présente souvent de la chaleur et de la sécheresse. Le segment inférieur de l'utérus, aminci, descend très-bas, mais il est impossible d'y trouver un orifice. Le diagnostic exige, pour être certain, une grande habitude du toucher; on devra explorer le vagin dans toute son étendue, jusqu'à son insertion sur l'utérus, sans quoi on est exposé à prendre pour une oblitération une simple obliquité de l'orifice. C'est là une erreur qui a été souvent commise, contre laquelle on ne saurait donc être trop en garde.

Le seul traitement à employer est l'hystérotomie vaginale. Toutes les fois que la chose est possible, c'est sur le point oblitéré lui-même qu'il faut pratiquer l'incision; on le reconnaît souvent à une petite dépression correspondante au tissu cicatriciel qui est très-aminci.

Le manuel opératoire est assez simple. « Dans un cas, dit M. Depaul, je m'étais servi avec succès d'une paire de longs ciseaux; mais je préfère un bistouri ordinaire, suffisamment long, pointu ou arrondi, qu'on garnit de linge jusqu'à un centimètre de son extrémité. Il doit être conduit sur les doigts de la main gauche, préalablement introduits jusqu'à la partie sur laquelle on veut pratiquer l'ouverture. C'est dans le sens transversal qu'il faut faire agir son tranchant, de manière à diviser les tissus, couche par couche, dans l'étendue de 8 à 10 millimètres seulement. »

On pourrait encore procéder autrement, et saisir la partie à inciser entre les mors d'une pince à griffes très-courtes. Le pli que l'on ferait saillir en tirant sur la pince serait facilement incisé avec des ciseaux droits, sans aucune crainte de blesser l'enfant.

Le premier temps de l'opération est terminé quand on a pénétré jusqu'à l'œuf. Dans un second temps, on fait des débridements multiples avec un bistouri boutonné et des ciseaux courbes. L'accouchement est ensuite abandonné à la marche ordinaire.

§ III. — Rigidité du col.

La rigidité du col, qu'on appelle encore *rigidité anatomique, mécanique*, est beaucoup plus rare que le spasme du col utérin, que l'on désigne souvent par le nom de

rigidité spasmodique. Dans la rigidité anatomique, dont nous nous occupons ici, les fibres du col semblent avoir une résistance extraordinaire, que nulle altération ne peut expliquer; c'est une espèce de résistance passive en vertu de laquelle le col ne cède pas à la dilatation. Son tissu paraît dense et pourrait être comparé à du cuir imbibé de graisse. Le travail se prolonge sans que l'orifice se dilate; celui-ci conserve au contraire une certaine épaisseur, et c'est en vain que les contractions utérines se succèdent, et que la femme s'épuise en d'inutiles efforts. Il ne faut pas confondre cet état anatomique de l'orifice avec un col qui reste simplement épais, parce que les contractions utérines sont insuffisantes, mal dirigées, ou annihilées par un obstacle mécanique à l'engagement du fœtus.

Dans certaines circonstances, les fibres du col de l'utérus semblent donc avoir une résistance extraordinaire. Bien qu'elles n'offrent aucun des caractères que nous allons indiquer comme appartenant à une rétraction inflammatoire et spasmodique, leur dilatation ne s'opère pas: suivant Dewees, cette résistance du col se rencontre surtout chez les femmes très-jeunes, chez celles qui sont âgées et qui accouchent pour la première fois, ou bien lorsque le travail s'est déclaré prématurément. Il est un symptôme qui pourra faire soupçonner cette rigidité du col: c'est celui que l'on appelle ordinairement douleurs de reins, douleurs qui ont toujours paru à madame Lachapelle une conséquence de la rigidité de l'orifice externe, soit qu'elle éprouve alors une sorte de crampe, soit que, soutenant par sa rigidité l'effort de contractions utérines, il souffre plus que quand il est ramolli. Les bains longtemps prolongés et employés dès le début du travail, et la saignée du bras, si l'état général ne s'y oppose pas, sont tous les moyens qu'on doit alors employer.

Du reste, cette lenteur excessive se manifestant dès le début du travail, c'est-à-dire à une époque où les membranes sont encore intactes, ne compromet en rien la vie du fœtus, et est seulement pour la mère la cause d'une fatigue excessive. Aussi, à moins de complication accidentelle et grave, il n'y a guère qu'à prendre patience. On comprend cependant que si le travail se prolongeait par trop, et de manière à compromettre gravement par sa durée la vie de la femme, il serait opportun de pratiquer quelques incisions sur les parties latérales du col.

§ IV. — Rétraction spasmodique du col.

D'autres fois il arrive qu'après avoir offert déjà un degré de dilatation assez considérable, le col est affecté d'un resserrement spasmodique, et que sa dilatation ultérieure est ralentie ou complètement suspendue pendant plusieurs heures. L'orifice présente alors un bord tranchant et aminci, plus chaud, plus sec, beaucoup plus sensible à la pression du doigt, en un mot, beaucoup plus irritable que dans l'état ordinaire.

Cet état, qu'on a désigné sous le nom de contraction spasmodique de l'orifice externe, *rigidité spasmodique*, peut être confondu avec la simple rigidité dont nous avons parlé plus haut, et avec la rétraction assez naturelle qu'éprouve le col, lorsque après la rupture des membranes une partie de l'enfant ne vient pas

s'engager dans son ouverture. Mais, dans ce dernier cas, les bords de l'orifice, épais, mous, facilement dilatables, permettront toujours d'éviter l'erreur. Dans le premier, le diagnostic est souvent plus difficile, si l'on n'a observé tous les phénomènes du travail, et la sensibilité excessive du col, qui ne se rencontre pas, en général, dans la rigidité, permettra seule de reconnaître qu'on a affaire à la rétraction spasmodique (1).

Cet état de spasme n'est pas, en général, de très-longue durée; mais, pendant qu'il existe, la dilatation est excessivement lente, et quelquefois à peu près nulle: le plus souvent, cependant, les efforts du corps de la matrice finissent par surmonter cette résistance, et la tête du fœtus franchit l'orifice; mais, dans quelques cas, il arrive que, n'étant plus soutenu, le col revient aussitôt sur lui-même, embrasse plus ou moins fortement le cou du fœtus, et doit se dilater de nouveau pour le passage des épaules. Cette dilatation secondaire n'est pas aussi facile qu'on pourrait le supposer.

Ce spasme de l'orifice externe peut se rencontrer chez les femmes fortes et pléthoriques, mais aussi chez les individus lymphatiques, nerveux, très-irritables, à fibre blanche et molle. Dans le premier cas, la saignée du bras est un des premiers moyens à employer; dans le second, elle pourrait être nuisible. Dans les deux circonstances, on pourra recourir avec avantage aux fumigations émoullissantes, aux bains, à l'administration du laudanum en lavement, mais de préférence à l'application de la belladone sur le col de l'utérus. Chaussier, qui a surtout insisté sur l'emploi de ce dernier médicament, se servait d'une pommade qu'il préparait en triturant et mélangeant 4 grammes d'extrait ou de suc de belladone avec 32 grammes d'axonge. L'emploi de la pommade est assez difficile, et M. le professeur P. Dubois aime mieux se servir de l'extrait sec. On en forme une petite boulette, grosse comme un pois, que l'on place sur l'ongle de l'indicateur, puis on porte le doigt jusque sur le col de l'utérus. La chaleur et l'humidité des parties ramollissent l'extrait de belladone de manière qu'il est assez facile, au bout de quelques minutes, d'en barbouiller la surface externe et interne du col.

La belladone, tant vantée par quelques accoucheurs, est regardée par quelques autres comme un médicament sans efficacité. Cette divergence d'opinion me paraît tenir à ce que l'on a confondu la simple rigidité et la rétraction spasmodique. Sans action dans le premier cas, elle me paraît très-avantageuse dans le second.

Si tous ces moyens étaient sans action, ou si un accident compromettant la vie de la mère ou de l'enfant nécessitait une prompte terminaison du travail l'accoucheur devrait choisir entre l'introduction forcée de la main et les débridements multiples sur le col. (Voy. *Difficultés de la version pelvienne.*)

(1) La rigidité est une force passive par laquelle les fibres de l'orifice résistent à la dilatation qu'elles doivent subir. La contraction spasmodique est une force active par laquelle les fibres se rétractent, diminuant le diamètre de l'ouverture que présentait auparavant l'orifice.

Le débridement du col, ou hystérotomie vaginale, est certainement préférable. Pour pratiquer cette opération, on place un bistouri boutonné sur l'index, et on le conduit jusque sur l'orifice que l'on coupe en sciant et en pressant tout à la fois. La plus grande partie de la lame de l'instrument aura été préalablement recouverte d'une bandelette de toile pour protéger le vagin. Les incisions multiples se présentent ici avec tous leurs avantages, et exposent beaucoup moins à une déchirure consécutive qu'une seule incision; il est rare qu'on soit obligé de leur donner plus d'un centimètre d'étendue, et même moins, car presque toujours on se contente de faire sur le pourtour de l'orifice une plaie de quelques millimètres seulement. On incisera de préférence les parties latérales du col; en cas de besoin, on peut néanmoins porter l'instrument sur la lèvre antérieure, et enfin sur la lèvre postérieure.

Cette opération est simple dans la grande majorité des cas; on peut y rencontrer cependant quelques difficultés pour le maniement d'un bistouri boutonné ordinaire. C'est alors qu'on emploie un bistouri boutonné, courbé en forme de croissant, tranchant sur un bord concave. Pour mon compte personnel, je donne, presque dans tous les cas, la préférence à des ciseaux coudés en bec de corbin. On guide cet instrument avec l'index; on l'entr'ouvre au niveau de l'orifice, et l'on engage l'une des lames entre l'œuf et l'orifice, après quoi l'on incise.

Mais ce n'est pas seulement l'orifice externe qui peut s'opposer à la complète expulsion du fœtus. Bien souvent aussi l'orifice interne, ou mieux le point des parois utérines qui correspond à celui où se trouve l'orifice interne dans l'état de vacuité, se resserre violemment sur le cou, avant même que la tête ait franchi l'orifice externe, de sorte que celle-ci, retenue dans la portion de l'organe qui appartient au col après l'accouchement, ne peut plus avancer. Cette contraction de l'orifice interne ne survient que lorsque déjà depuis longtemps les eaux sont écoulées; elle résulte évidemment, comme le fait remarquer Dewees, de la double tendance de l'utérus à reprendre sa forme primitive et à s'accommoder à la forme des parties contenues dans sa cavité.

On peut soupçonner que telle est la cause du ralentissement survenu dans la marche de la tête, lorsque, malgré l'énergie des douleurs, et en l'absence de toute autre cause de dystocie, on ne la voit faire aucun progrès. Pendant la contraction, elle se rapproche de l'orifice vulvaire; mais, aussitôt après, elle remonte à sa place primitive. Enfin, si l'on glisse la main au-dessus de la tête, on sent qu'elle est libre dans l'excavation; mais on trouve un des orifices, le plus souvent l'interne, fortement resserré autour du cou.

La saignée, les bains généraux, le laudanum en lavement, seraient encore ici utilement employés; mais quelquefois la rétraction de l'orifice interne persiste malgré leur emploi. Si la version était alors jugée nécessaire, on éprouverait les plus sérieuses difficultés pour faire pénétrer la main à travers la partie rétractée; si l'on croyait devoir appliquer le forceps, comme il faudrait le faire si la tête, déjà engagée, était retenue par la rétraction de l'orifice interne, celui-ci rendrait le dégagement impossible en arrêtant les épaules. C'est alors qu'on devrait avoir recours à la saignée du bras poussée jusqu'à la syncope, moyen très-vanté et si souvent employé avec succès par Dewees. Pour n'être pas obligé de tirer une trop grande quantité de sang, on devrait, si cela était possible, faire tenir la

femme debout : dès que l'évanouissement survient, on la place sur son lit, et, au dire de l'accoucheur américain, le relâchement, produit par la syncope dans l'orifice rétracté, est tel qu'on peut toujours avec facilité, soit pratiquer la version pelvienne, soit extraire la tête avec le forceps. Dans les cas, enfin, où l'état général ne permet pas d'avoir recours à la saignée, on pourrait employer avec avantage les opiacés à haute dose, soit par la bouche, soit en lavement. Le chloroforme peut rendre de très-grands services.

On conçoit que, dans l'accouchement naturel par le pelvis, cette rétraction de l'un des orifices puisse encore arrêter la tête. Si l'orifice externe rétracté est seul cause de la difficulté, on aura recours aux incisions multiples pratiquées sur le pourtour du col, mais, si c'est l'orifice interne, il est évident que le conseil de Dewees devrait être suivi : il faut d'ailleurs se décider assez promptement, au moins si l'enfant est encore vivant ; car, bien que la strangulation du fœtus par compression directe soit difficile à admettre, il n'en est pas moins vrai que le cordon ombilical, presque toujours comprimé dans ces fâcheuses circonstances, expose le fœtus à une mort assez prompte. Si l'enfant a cessé de vivre, on peut avec avantage employer la belladone ou les opiacés à l'intérieur, suivant l'orifice qui est rétracté.

L'usage des anesthésiques pourrait rendre ici quelques services en faisant cesser le spasme partiel des fibres utérines ; M. Dubois y avait recours quelquefois avec avantage, on en trouvera un exemple dans l'excellente thèse que le docteur Tissier a publiée sur ce sujet. (*Thèses de Paris*, 1860.) Dans tous les cas on devra essayer le chloroforme avant d'avoir recours à la saignée poussée jusqu'à la syncope.

§ V. — Obliquité de l'orifice.

Par suite de la direction habituelle de l'utérus, le col est légèrement tourné en bas et en arrière. Cette obliquité postérieure peut, dans quelques cas, être beaucoup plus considérable ; dans quelques autres, l'orifice peut être dirigé fortement en avant ou vers un des côtés du bassin. Nous aurons plus loin, en traitant des inclinaisons vicieuses du corps de la matrice, à parler de l'influence que les rétroversions et les obliquités latérales ont sur la direction du col. Nous voulons, pour le moment, signaler l'obliquité postérieure de l'orifice, qui est de toutes la plus fréquente.

L'obliquité postérieure du col peut tenir à l'antéversion exagérée du corps de l'organe ; mais elle peut aussi être très-prononcée, bien que le fond de la matrice ne soit pas porté plus en avant qu'à l'ordinaire. Cette direction vicieuse de l'orifice peut se produire pendant le travail ; mais elle peut aussi exister dès les derniers temps de la grossesse.

Dans le premier cas, l'obliquité tient à ce que la dilatation de l'orifice s'opère plus aux dépens de sa lèvre postérieure, le plan de cette ouverture se trouve, dans la majorité des cas, naturellement porté en arrière du grand axe de l'organe. Cette dilatation irrégulière peut, en dehors de toute déviation du fond de

la matrice, produire une obliquité telle du col, que le plan de son ouverture, au lieu d'être horizontal, a une direction presque verticale ; de sorte qu'il est tourné vers la face antérieure du sacrum, que son bord antérieur est devenu bord inférieur, et que son bord postérieur est maintenant supérieur. Quand elle existe avant le début du travail, le mécanisme de sa production est tout différent. Nous savons que, dans les présentations du sommet, la tête du fœtus s'engage, dès le dernier mois, dans l'excavation du bassin, en poussant au-dessous d'elle la partie inférieure de l'utérus. Or, grâce à la direction normale de cet organe, il est évident que la tête doit particulièrement appuyer sur la portion antérieure à l'orifice, et que c'est cette portion antérieure qu'elle doit pousser au-dessous d'elle : il est dès lors facile de comprendre que l'ouverture externe du col doit forcément être placée tout à fait en arrière de la saillie qu'elle forme dans le petit bassin.

Quoi qu'il en soit du mécanisme et de l'époque de sa production, son influence sur la marche du travail est toujours la même. La tête du fœtus, chassée par la contraction, pousse devant elle la paroi antérieure et inférieure de l'utérus. On conçoit combien cette circonstance peut retarder l'accouchement. La dilatation du col doit, en effet, être fort lente et ne se faire qu'imparfaitement ; de plus, les efforts expulsifs viennent se briser contre la partie antérieure du col, partie antérieure qui, répondant au vide du bassin et distendue par la tête, est entraînée quelquefois jusqu'à la vulve, et menace de se rompre. Le plus souvent le temps suffit pour rectifier cette situation vicieuse du col utérin : toutefois, il faut engager la femme à rester couchée le plus longtemps possible ; car on conçoit que, pendant la station, le corps de l'utérus, se portant en avant, augmente toujours un peu cette obliquité postérieure du col. On peut encore hâter la terminaison du travail en ramenant avec le doigt l'orifice à sa position naturelle ; pour cela, on accroche, pendant l'intervalle des douleurs, la lèvre antérieure du col, et on la ramène avec grand ménagement au centre du vagin, puis on la maintient dans cette position jusqu'à ce qu'il survienne une nouvelle contraction. Alors la tête, fortement poussée, s'engage dans l'ouverture du col et ne lui permet plus de reprendre sa position primitive. Après cette petite manœuvre, on voit quelquefois le travail se terminer avec une très-grande rapidité.

Il arrive quelquefois que le col de l'utérus est déjà très-dilaté, mais que cette dilatation n'est pas encore assez considérable pour permettre aux bosses pariétales de le traverser. Les choses restent longtemps dans cet état, malgré de vives et longues souffrances. On peut alors singulièrement hâter l'engagement de la tête en exerçant une légère pression avec l'extrémité de l'index sur tout le pourtour du col, que l'on contourne rapidement.

Enfin, souvent la dilatation est déjà complète, la tête est déjà plongée dans l'excavation, et, malgré les efforts expulseurs de l'utérus, elle est retenue par la lèvre antérieure du col qu'elle repousse au devant d'elle. La tête ne peut surmonter la résistance que lui offre l'espèce de bandeau que forme la lèvre antérieure, et plusieurs heures peuvent se passer ainsi sans aucun progrès dans la marche du travail. Il suffit, pour voir la tête s'engager rapidement au détroit

inférieur, de suivre le conseil suivant : Profitant de l'intervalle d'une douleur, l'accoucheur accroche avec son doigt la lèvre antérieure, et l'attire vers la symphyse des pubis jusqu'à ce que la douleur se manifeste : alors l'extrémité du doigt est placée sous cette portion du col, la repousse au-dessus de la partie de la tête qui s'avance, et cela assez haut pour dépasser la bosse occipitale : on voit presque immédiatement l'occiput s'engager dans l'arcade pubienne, et l'accouchement se termine deux ou trois heures plus tôt qu'il ne l'aurait fait sans cette manœuvre. Quelquefois il est nécessaire de répéter ces tentatives plusieurs fois ; mais comme, faites avec prudence, elles n'offrent aucun inconvénient, on peut y revenir sans crainte. Nous ajouterons que le moment le plus convenable pour agir ainsi est celui où la tête, arrivée sur le plancher du bassin, est sur le point de franchir le détroit inférieur, où les douleurs sont énergiques, et où le col de l'utérus est assez dilaté pour permettre à la tête de passer, si l'axe de son ouverture est parallèle à l'axe de la tête.

§ VI. — Tuméfaction et allongement de la lèvre antérieure.

Il n'est pas rare de voir la tête s'engager bien avant l'entière dilatation du col. La lèvre antérieure se trouve nécessairement alors comprimée entre la tête et la symphyse pubienne. Le plus souvent cette compression et la douleur qu'elle détermine cessent par la prompt terminaison du travail ; mais si celui-ci se prolonge, si surtout, le bassin offrant à peine ses dimensions normales, la compression est très-violente, il en résulte une tuméfaction considérable de la portion de la lèvre antérieure placée au-dessous. Duclos (de Toulouse) a observé trois cas semblables, dont deux sur la même femme. M. Nægele en a publié un autre, M. Lever deux, et M. Danyau dit en avoir observé un septième. M. Biot a observé un cas dans lequel la tumeur, formée par la lèvre antérieure, avait 3 centimètres d'épaisseur et fut poussée jusqu'à la vulve. L'application du forceps permit seule la terminaison du travail. Voici un des cas cités par Duclos : Une femme de trente-quatre ans, en travail de son cinquième enfant, éprouva tout à coup, après vingt-quatre heures de douleurs modérées, une souffrance aiguë, et poussa un cri perçant. Un corps allongé parut entre les lèvres de la vulve, et cette apparition fut accompagnée d'une légère hémorrhagie, de pâleur et de faiblesse. A son arrivée, il trouva une tumeur cylindrique, faisant hors de la vulve une saillie de quatre travers de doigt, large de deux pouces à l'endroit de sa sortie, inégale, résistante, d'une couleur vineuse. Après quelque hésitation, il reconnut qu'elle était formée par la lèvre antérieure allongée et tuméfiée.

Il pensa d'abord à l'application du forceps, mais il se contenta d'aider à la sortie de la tête, en attirant l'occiput d'une part, et de l'autre le front à l'aide de l'index préalablement introduit dans le rectum. L'accouchement se termina seul dans les cas observés par MM. Nægele et Danyau. Il en fut de même chez une des femmes citées par Lever. Le plus souvent il n'y a donc rien à faire. Si pourtant la tumeur était considérable, fortement tendue, noire et comme me-

nacée de gangrène, on pourrait, à l'exemple du chirurgien anglais que je viens de citer, pratiquer un certain nombre de mouchetures dans le but d'évacuer les liquides infiltrés et de déterminer l'affaissement de la tumeur.

En résumé, je ferai remarquer, avec M. Danyau, que cette sorte de tumeur ne peut guère être considérée comme un obstacle mécanique à l'accouchement. C'est bien plutôt à la douleur extrême dont elle est le siège, au trouble et à l'irrégularité que cette douleur détermine dans les contractions utérines, qu'il faut attribuer la longueur excessive du travail.

C'est certainement aux faits de cette nature qu'il faut rapporter les cas cités récemment par M. Montgomery, et dont nous parlerons quelques lignes plus bas (§ 8) sous le nom de *thrombus des lèvres du col*. Les observations de l'accoucheur irlandais nous paraissent semblables à celle que nous venons de citer. Seulement, au point de vue du pronostic, il est important de distinguer la simple infiltration du véritable épanchement.

Suivant M. Montgomery, cette circonstance a pu faire croire dans un cas à l'insertion du placenta sur le col, le tissu de la lèvre ainsi infiltrée ayant une assez grande ressemblance avec le tissu placentaire. Mais, comme il le fait remarquer, il sera toujours assez facile de constater que la tumeur n'est pas seulement appliquée à la face interne de la matrice, mais bien dans l'épaisseur même de son propre tissu. Le doigt ne pourra jamais se loger entre la tumeur et la paroi interne de l'utérus.

§ VII. — Abscess des lèvres du col.

De véritables abcès se développent parfois dans l'épaisseur des lèvres du museau de tanche. Indépendamment de l'influence fâcheuse qu'ils peuvent avoir sur la grossesse, ils troublent nécessairement la marche régulière du travail. Quand ils envahissent une portion considérable du col, ils rendent sa dilatation très-douloureuse et très-lente ; et leur volume peut être assez grand pour s'opposer au passage de la tête. On trouve dans Bonet (*Sepulchretum*, vol. II, lib. III, sect. 38, obs. 2) l'histoire d'une femme qui mourut sans avoir été délivrée après cinq ou six jours de douleurs. A l'autopsie, on vit qu'un large abcès, rempli d'un pus putride, occupait le col de l'utérus. L'incision de la tumeur, si la fluctuation avait permis d'établir le diagnostic, serait évidemment le meilleur moyen à employer dans un cas semblable.

§ VIII. — Tumeurs sanguines ou thrombus des lèvres du col utérin.

Nous avons vu plus haut que pendant le travail la lèvre antérieure du col devient quelquefois le siège d'une tuméfaction considérable : cette tuméfaction peut être formée par une infiltration sanguine. Cette infiltration, qui peut devenir un obstacle mécanique à l'expulsion de la tête, est certainement le premier degré d'un accident beaucoup plus grave : car le sang, simplement infiltré d'abord peut, écartant les mailles des tissus du col, se réunir en foyer, et celui-ci,

s'ouvrant un peu plus tard, suivant le mécanisme propre au thrombus vulvaire, peut produire une hémorrhagie mortelle. Le docteur Johnston a communiqué à la Société obstétricale de Dublin une observation de ce genre, et le fait est assez remarquable pour que nous en donnions une courte analyse.

Une femme, déjà mère de six enfants, accoucha pour la septième fois, après quatre heures d'un travail facile. L'enfant s'était présenté par le siège. La délivrance eut lieu sans difficulté, et, pendant les trois premiers jours, la malade fut parfaitement bien; mais, vers le cinquième jour, elle fut prise, subitement et sans cause connue, d'une perte abondante.

L'utérus était parfaitement rétracté, et pourtant, malgré l'emploi des moyens les plus appropriés, elle mourut au bout d'une heure et demie. A l'autopsie, on constata l'intégrité de tous les organes abdominaux thoraciques. L'utérus était bien rétracté; seulement, sur le côté gauche du col, et à 2 centimètres et demi de l'orifice, on remarqua une déchirure à bords irréguliers et fortement colorés en noir. Cette ouverture, assez large pour permettre facilement l'introduction de deux doigts, conduisait dans une cavité creusée dans l'épaisseur du col et capable de contenir une petite orange. A la face interne de cette cavité, on aperçut cinq ou six vaisseaux béants, et assez larges pour y introduire une petite bougie. Par l'insufflation, on put s'assurer que ces vaisseaux communiquaient avec les sinus utérins. « Après avoir bien examiné la pièce, dit M. Montgomery, je ne doute pas qu'on ait eu affaire à un thrombus, dans lequel l'enveloppe extérieure, formée, soit par une mince couche de tissu utérin, soit seulement par la muqueuse utérine, s'est peu à peu amincie, puis enfin a été rompue. A la suite de cette rupture, le sang liquide ou coagulé s'est échappé, et l'hémorrhagie s'est continuée. » (*The Dublin quarterly Journal*, 1851.)

C'est bien probablement pendant le travail que se développent ces thrombus, et voilà sous quelles conditions. Lorsque le col est à moitié dilaté et que le liquide amniotique est écoulé, on voit la lèvre antérieure se tuméfier, s'épaissir, faire saillie, et descendre au-dessous de la partie qui s'engage le plus souvent de la tête, au dégagement de laquelle elle oppose parfois un obstacle insurmontable. Il se forme bientôt, dans l'épaisseur de cette lèvre, une infiltration sanguine qui peut se convertir en foyer sanguin. Celui-ci s'agrandit sans cesse, et ses parois, finissant par se rompre, donnent lieu à une hémorrhagie: la perte peut se montrer alors pendant le travail même, mais bien plus souvent elle n'apparaît qu'à une époque plus ou moins éloignée de celle de l'accouchement. Dans ce dernier cas, elle sera d'autant plus grave que l'accoucheur, rassuré par le retrait du globe utérin, ne pourra que très-difficilement en soupçonner la véritable cause.

Le tamponnement du vagin serait certainement alors le moyen le plus utile.

§ IX. — Tumeurs fibreuses et polypes du col.

Indépendamment de l'induration, du gonflement œdémateux, des dégénérescences cancéreuses dont le col utérin peut être le siège et dont nous parlerons

dans les paragraphes suivants, il est quelques tumeurs qui, tout en obstruant l'excavation, ont leur origine ou leur siège dans l'épaisseur même du col. Il en est d'autres qui, nées en un point du corps même de la matrice, auquel elles tiennent encore par un pédicule plus ou moins allongé, n'en descendent pas moins dans le col qu'elles obstruent.

A. *Tumeurs fibreuses du col.* — Des tumeurs fibreuses peuvent se développer dans le col comme dans l'épaisseur des parois du corps de la matrice. Chez une femme observée par madame Lachapelle, l'excavation du bassin était presque complètement obstruée par une tumeur qui paraissait renfermée dans les parois latérale et postérieure du col; elle avait, dit-elle, la grosseur de la tête d'un fœtus à terme, et aurait pu d'autant mieux en imposer à une personne inattentive, qu'on y sentait une dépression semblable à une fontanelle. Malgré le volume de la tumeur, le fœtus, fort petit et mort depuis longtemps, put s'aplatir et passer à travers l'étroit passage qui restait libre. Sur le cadavre d'une femme morte de péritonite à la suite d'un accouchement très-pénible, mais spontané, madame Boivin et Dugès trouvèrent un corps fibreux du volume du poing dans la paroi du col: l'enfant, mort-né, avait eu le crâne fracturé. Dans un autre corps, Rhamsbotham fut obligé de pratiquer l'embryotomie. La femme se rétablit.

Les tumeurs fibreuses s'observent assez souvent pendant la grossesse; elles peuvent occuper tous les points de l'utérus, mais elles sont plus graves quand elles en occupent le segment inférieur, parce qu'alors elles sont en rapport avec le petit bassin dans l'excavation duquel elles descendent quelquefois profondément.

Elles peuvent d'ailleurs être distinguées en sous-muqueuses interstitielles et sous-péritonéales. Ces dernières sont tantôt sessiles, tantôt pédiculées, et, dans ce dernier cas, elles descendent quelquefois dans le cul-de-sac recto-utérin et peuvent s'y immobiliser par la formation d'adhérences.

Habituellement les tumeurs fibreuses n'exercent pas d'influence fâcheuse sur la marche de la grossesse; dans quelques cas, cependant, elles provoquent des douleurs extrêmement vives, des troubles intestinaux, des rétentions d'urine, et la santé des malades a pu être assez gravement compromise pour exiger l'accouchement prématuré et même l'avortement, comme dans un cas observé par M. le professeur Depaul.

La grossesse exerce une influence manifeste sur l'évolution de ces tumeurs fibreuses. Des exemples qui paraissent incontestables semblent démontrer que ces tumeurs peuvent s'accroître rapidement; elles semblent quelquefois marcher à l'unisson avec l'hypertrophie du tissu utérin pour s'atrophier après l'accouchement. Mais il ne faut pas toujours compter sur un aussi heureux résultat. J'en ai cependant observé un cas qui m'a paru convaincant.

Il faut savoir aussi que pendant la grossesse les tumeurs fibreuses se ramollissent quelquefois au point de simuler à merveille des tumeurs liquides. Ce ramollissement est tantôt central et comparable au ramollissement de certaines tumeurs encéphaloïdes; tantôt il consiste en un simple assouplissement du tissu morbide, qui s'aplatit sous la pression du doigt. Ce ramollissement doit être pris en sérieuse considération pour le pronostic, car il facilite l'aplatissement de la tumeur au moment de l'accouchement; mais il ne faut pas en exagérer l'importance, car, dans un cas récent, j'ai vu une tumeur semblable, ramollie à un très-haut degré, devenir un obstacle presque invincible à la terminaison de l'accouchement.

Quand ces tumeurs égalent ou dépassent le volume d'un œuf de poule, elles peuvent apporter un sérieux obstacle à l'accouchement si elles sont en rapport avec le petit bassin.

Dans une récente discussion soulevée à la Société de chirurgie, j'ai pu, avec MM. Depaul, Blot, Guéniot, citer un assez grand nombre de ces faits. Dans quelques-uns d'entre eux, la tumeur était si volumineuse et plongeait si profondément dans l'excavation que l'accouchement avait paru impossible par les voies ordinaires, et cependant, malgré des circonstances aussi défavorables, plusieurs femmes ont pu accoucher heureusement. C'est là un point important à bien établir, parce qu'il démontre quelle réserve il faut apporter dans le pronostic, même dans les cas qui paraissent les plus graves. Le col en s'effaçant entraîne avec lui les tumeurs qui lui adhèrent, et celles-ci en se rapprochant du grand bassin finissent par y glisser et laissent l'excavation libre pour l'engagement de l'enfant. Si le déplacement de la tumeur est incomplet on aura recours à une application de forceps ou à la version. Il ne faut d'ailleurs jamais recourir à une opération plus grave sans avoir préalablement tenté de réduire la tumeur en la refoulant avec la main introduite en entier dans le vagin. Cette manœuvre a été plusieurs fois couronnée de succès.

Dans un cas, j'ai eu recours avec avantage pour la malade à l'accouchement prématuré, mais il est difficile d'en préciser l'indication, parce qu'il est impossible de savoir à l'avance si le déplacement de la tumeur au moment de l'accouchement sera complet, incomplet ou nul.

Il ne faut cependant pas être trop confiant sur l'issue heureuse de l'accouchement dans ces faits qui constituent, en réalité, des cas très-graves de dystocie. Dans bon nombre d'observations, les malades n'ont pu être délivrées que par l'embryotomie ou l'opération césarienne, à laquelle il ne faut songer néanmoins qu'en dernière ressource.

M. Danyau a communiqué à l'Académie (1851) un cas dans lequel il fut plus heureux. Il parvint à énucléer une tumeur considérable développée dans la lèvres postérieure du col. Encouragé par cette pensée que s'il ne l'enlevait pas tout entière, il en emporterait du moins une assez grande partie pour frayer au fœtus un libre passage, il se décida à l'opération et fut assez heureux pour l'enlever en totalité. La tumeur offrait toutes les apparences d'un corps fibreux de l'utérus, pesant 650 grammes, et mesurait 15 centimètres dans son plus grand diamètre. Après l'énucléation complète la tumeur fut attirée en bas, mais son extraction ne put être complète qu'après qu'on l'eut préalablement divisée en deux parties égales.

Sur 42 cas de graves tumeurs fibreuses de l'utérus, que j'ai pu réunir et dans lesquelles l'accouchement était empêché par la présence de ces tumeurs au niveau du détroit supérieur et dans l'excavation, j'ai compté 13 guérisons, et 27 femmes ont succombé; pour deux autres, la terminaison est incertaine. Ces 42 observations sont ainsi réparties: accouchement spontané, 8 cas, 6 guérisons; forceps, 6 cas, 2 guérisons; version, 6 cas, 2 guérisons; accouchement prématuré, 4 cas, 4 guérisons; embryotomie, 4 cas, 4 mort; énucléation, 4 cas, 4 mort; opération césarienne, 14 cas, 2 guérisons; mort avant l'accouchement, 5 cas.

Une remarque curieuse que l'on peut faire en analysant ces observations, c'est que les présentations de l'extrémité pelvienne n'y sont guère moins fréquentes que la présentation du sommet. Ce résultat est, sans aucun doute, dû à la déformation de la cavité utérine par les tumeurs fibreuses et montre quelle est l'importance réelle de l'adaptation de l'ovoïde fœtal à l'ovoïde utérin dans l'étiologie des présentations.

Après l'accouchement, les tumeurs fibreuses, quelle que soit leur position, gênent la rétraction utérine et provoquent ainsi, assez souvent, des hémorrhagies

graves. Leur présence paraît aussi prédisposer les femmes à la métrite-péritonite.

Un fait non moins curieux que le précédent à signaler, c'est la possibilité de l'expulsion spontanée d'une tumeur fibreuse sous-muqueuse après l'accouchement. Plusieurs faits authentiques de ce genre ont été cités, on les explique par l'ulcération de la muqueuse, et la tumeur mise à nu peut être spontanément énucléée, après quoi elle est expulsée comme un corps étranger.

En février 1853, je fus appelé à donner des soins à une jeune dame à terme de sa troisième grossesse, et chez laquelle les eaux s'étaient écoulées depuis quatre jours. En pratiquant le toucher, je fus très-étonné de trouver toute l'excavation remplie par une tumeur qui paraissait avoir le volume de la tête d'un fœtus à terme. Il me fut tout d'abord impossible de trouver l'orifice, et ce ne fut qu'en portant le doigt très-haut, en avant à gauche, que je pus glisser l'index dans une espèce de doigt de gant qui me parut être le col avec toute sa longueur. Pénétrant plus profondément, j'arrivai enfin à l'orifice interne, au-dessus duquel je sentis la tête fœtale.

Quelle était la nature de cette énorme tumeur, qui avait ainsi dévié le col et s'était opposée à l'effacement qu'il doit subir dans les dernières semaines de la grossesse? Quel était son siège?

J'avais d'abord espéré avoir simplement affaire à une obliquité antérieure très-exagérée du col, et je me demandais si ce qui arrive quelquefois pour la lèvres antérieure ne se présentait pas ici pour la lèvres postérieure, et si celle-ci, fortement abaissée par la partie fœtale, ne constituait pas à elle seule la tumeur qui remplissait l'excavation. Mais cette tumeur offrait une consistance toute particulière, et une apparence de fluctuation qui ne ressemblait guère à la dureté de la tête; et cette hypothèse n'expliquait pas la persistance et l'exagération de la longueur du col. Un nouvel examen me disposait à croire à une tumeur solide développée dans l'épaisseur du col.

Les eaux continuaient à couler depuis quatre jours sans aucune douleur, je résolus d'attendre. Le lendemain, les choses étant dans le même état, je fis prier M. Dubois d'examiner la malade.

Après un examen prolongé, M. Dubois crut à l'existence d'un kyste liquide dans l'épaisseur d'une des lèvres; en conséquence, il conseilla d'attendre et de ponctionner si, après une certaine durée du travail, la tumeur paraissait constituer un obstacle insurmontable.

Je n'acceptai pas d'abord ce diagnostic; mais attendre les douleurs me parut aussi ce qu'il y avait de plus sage. Celles-ci se manifestèrent franchement le lendemain soir, cinq jours après la rupture des membranes; elles durèrent toute la nuit sans produire aucune modification, ni dans la tumeur, ni dans la situation et la longueur du col; pour éclairer le diagnostic, j'introduisis toute la main dans l'excavation, et, embrassant toute la tumeur, je déclarai avec joie à mon confrère, M. Parchappe, que je m'étais trompé, que M. Dubois avait raison, et que fort heureusement nous avions affaire à un kyste.

Armé d'un long trocart qui avait au moins 3 millimètres de diamètre, je fis

une ponction, et, à ma grande surprise, il ne sortit rien. En vain je cherchai à déboucher la canule : rien.

Mes sensations étaient si nettes, et j'étais tellement convaincu que j'avais affaire à un kyste, que je n'hésitai pas à ponctionner de nouveau ; même résultat. Il fallut bien renoncer à cette idée.

En l'absence de M. Dubois, je priai mon confrère et ami M. Danyau, de venir m'aider de ses conseils. Je lui racontai tout ce qui s'était passé, j'insistai surtout sur le résultat de mes deux ponctions, et, malgré cela, M. Danyau, après avoir examiné la malade, resta convaincu de l'existence d'un kyste. Il n'y avait aucun inconvénient à ponctionner de nouveau. Il pratiqua deux ponctions successives, il ne s'écoula pas la moindre goutte de liquide. Il fallut bien se rendre à l'évidence : ce n'était pas un kyste.

Mais que faire alors ? Nous n'entendions pas les battements de cœur. Après avoir constaté notre impuissance à établir un diagnostic rigoureux sur la nature de la tumeur, nous pensâmes que, grâce à sa consistance molle et comme ongueuse, il nous serait possible de l'inciser dans toute son épaisseur et de nous frayer ainsi un passage pour arriver jusqu'au fœtus et l'extraire. Après l'incision, pensions-nous, le sang ou les liquides infiltrés dans cette espèce d'éponge s'écouleront, le volume de la tumeur diminuera et nous permettra peut-être l'extraction de l'enfant. La tumeur fut donc divisée en deux portions latérales, et nous pûmes arriver jusque sur la tête.

Le forceps fut d'abord appliqué avec beaucoup de peine, mais, malgré la diminution qu'avait subie la tumeur, elle obstruait l'excavation tout entière, et l'extraction de la tête fut impossible. La craniotomie et l'application du céphalotribe ne furent pas plus heureuses.

Le sang s'échappait en nappe de la tumeur incisée. La malade, pâle et décolorée, était à bout de ses forces. Les efforts utérins s'affaiblissaient de plus en plus. Un bien faible espoir nous restait : la version pelvienne. Elle fut immédiatement pratiquée, et le tronc du fœtus, entraînant la tumeur tout entière au dehors, nous permit enfin d'extraire le fœtus.

L'opération avait duré deux heures : la malheureuse dame était épuisée. Avant d'extraire le délivre, le seigle ergoté fut administré, l'utérus frictionné vivement, et le placenta fut presque chassé spontanément. Mais, malgré toutes nos précautions, malgré l'emploi des toniques et excitants de toute sorte, la matrice laissa encore échapper un peu de sang, et, chez une femme déjà épuisée par le sang perdu pendant l'opération, il n'en fallut pas davantage pour causer une terminaison fatale. Elle expira une demi-heure environ après l'accouchement.

L'autopsie fut faite. La tumeur, plus grosse que la tête d'un enfant à terme, était développée dans la *lèvre antérieure* du col. Son poids très-considérable avait, pendant la vie, imprimé au col un mouvement de torsion, par suite duquel la lèvre postérieure était devenue antérieure, ce qui explique la situation de l'orifice, comme le siège de la tumeur explique la longueur du col persistant malgré les progrès de la grossesse.

La tumeur était formée par un tissu mollassé et comme raréfié, une véritable

éponge, ressemblant au tissu placentaire raréfié, et dont les mailles circonscrivaient de nombreuses cavités dans lesquelles nous n'avons trouvé aucun liquide. L'examen le plus attentif ne nous fait voir aucun élément nouveau, aucun produit pathologique de nouvelle formation ; c'était tout simplement une énorme hypertrophie du tissu du col. Telle a été l'opinion de plusieurs professeurs qui ont pu examiner la pièce à l'École de médecine.

Tout porte à croire que cette tumeur s'était développée pendant cette dernière grossesse, car dix-huit mois avant ce dernier accouchement cette dame avait fait une fausse couche pour laquelle elle avait réclamé mes soins, et à cette époque le col utérin ne m'a offert aucune anomalie de structure et de forme.

B. Les *polypes*, ou tumeurs fibreuses pédiculées, qu'elles aient leur origine sur le col ou le corps, n'apportent d'obstacle à l'accouchement qu'au niveau du col ; nous les réunissons donc ici dans une même description. Elles n'offrent pas autant de gravité que les tumeurs précédentes ; car leur extirpation est le plus souvent possible, alors qu'elles semblent par leur volume devoir constituer un obstacle insurmontable.

Le diagnostic de ces tumeurs est en général assez facile. Les auteurs citent cependant à leur sujet quelques erreurs assez singulières. Le docteur Merriman relate un cas dans lequel un médecin instruit crut, en touchant un polype, sentir la tête d'un fœtus ; Smellie raconte deux observations semblables : on ne doit donc pas s'en rapporter à un examen trop superficiel.

L'influence des polypes utérins sur le travail varie suivant une foule de circonstances. Quand la tumeur est petite, elle peut être comprimée contre une des parois de l'excavation par la tête du fœtus, et celle-ci passe quelquefois au devant d'elle : le pédicule étant très-long, la masse fibreuse est poussée par la tête jusqu'en dehors de la vulve, et ne retarde que faiblement l'expulsion du fœtus. Appelé auprès d'une femme en travail, dit Francis Rhamsbotham, je trouvai une tumeur du volume d'un œuf d'oie pendante dans le vagin (fig. 109).

Je reconnus facilement un polype, dont le pédicule était attaché au-dessus du col, à la paroi interne de l'organe. La dilatation s'opéra rapidement, les membranes se rompirent ; puis, en moins d'une heure, la tête, violemment poussée par la contraction, chassa le corps du polype à l'extérieur de la vulve, et se dégagée (*Obstetrics med. and surg.*, p. 239). Après avoir traité avec son père la question de savoir s'il fallait procéder tout de suite à l'excision du polype, ils se décidèrent pour la négative. On peut donc, dans beaucoup de cas, se fier aux ressources de l'organisme, en se rappelant toutefois qu'une expectation trop longtemps prolongée n'est pas sans danger pour la mère et l'enfant. Quand on a suffisamment constaté l'impuissance des contractions utérines, la section du

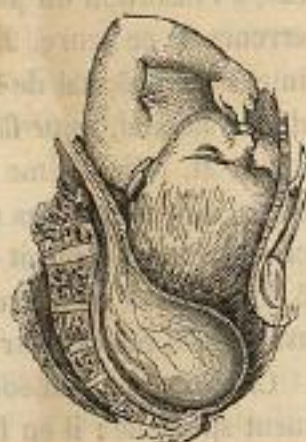


FIG. 109. — Cette figure, empruntée à Rhamsbotham, représente la situation du polype observé par cet auteur.

pédicule de la tumeur nous paraît la seule ressource. Si son volume rendait ensuite son extraction trop difficile, on pourrait le couper en plusieurs fragments, comme je l'ai vu faire deux fois, ou le saisir fortement avec un petit forceps armé de dents. La version pelvienne, conseillée par quelques accoucheurs, ne pourrait être pratiquée que dans les cas où la longueur du pédicule laisserait à la tumeur une grande mobilité et permettrait de la repousser au-dessus du détroit supérieur. Il est inutile de dire que si, pendant les derniers mois de la grossesse, l'existence d'un polype dans le vagin était reconnue, on devrait, dès le début du travail, procéder à son excision, si son volume était de nature à rendre la parturition difficile.

§ X. — Tumeurs fongueuses, choux-fleurs, etc.

Ces tumeurs, qui se présentent sous la forme de choux-fleurs, peuvent naître de l'une ou de l'autre lèvre : elles acquièrent parfois un volume considérable, peuvent masquer l'orifice et le rendre presque inaccessible. Elles produisent souvent des hémorrhagies, et, comme le tissu fongueux qui les constitue offre quelque analogie avec le tissu placentaire, elles ont fait croire, dans quelques cas, à l'insertion du placenta sur le col. Madame Lachapelle, Denman, citent des erreurs de ce genre. J'ai été témoin d'un cas encore plus singulier : j'ai vu les internes à l'hôpital de Lourcine faire appeler M. Nélaton, qui était le chirurgien de cet hôpital, pour faire la version dans un prétendu cas de présentation de la main. M. Nélaton me pria de l'accompagner, et, à notre arrivée, nous constatâmes que ce que ces messieurs avaient pris pour une main était un énorme chou-fleur qui naissait de la lèvre antérieure du col. Son pédicule avait au moins 3 centimètres de longueur et sa base offrait cinq ou six petites végétations qui avaient été prises pour de véritables doigts.

Ces tumeurs sont souvent assez peu volumineuses pour permettre l'accouchement spontané : il en fut ainsi dans le cas que je viens de citer, mais dans beaucoup d'autres cas on a été beaucoup moins heureux. C'est ainsi que, sur les sept cas cités par Puchelt, il a fallu une fois pratiquer sur une autre partie du col dure et squirrheuse des incisions qui permirent d'introduire la main; dans un autre cas, enlever à l'aide de ciseaux la tumeur qui, fixée à la lèvre antérieure, occupait tout le vagin; dans un troisième, faire, à cause de la rupture de l'utérus, la gastrotomie, qui ne sauva pas même l'enfant; dans un autre, enfin, malgré la perforation du crâne, l'extraction de l'enfant fut impossible, et la femme succomba avant d'être délivrée. Une seule mère survécut !

§ XI. — Tumeurs enkystées.

Des tumeurs enkystées, adhérentes au col utérin ou aux parois vaginales, peuvent encore exister dans l'excavation. Elles sont en général arrondies, bien circonscrites, mobiles, élastiques, s'affaissent un peu sous une pression modérée, et quelquefois offrent de la fluctuation. La membrane muqueuse qui les recouvre

n'est point altérée. S'il restait quelques doutes sur la nature, une ponction exploratrice les dissiperait, si au moins elles contenaient un liquide; et dans le cas où elles contiendraient une masse solide, caséuse ou butyreuse, on en retrouverait quelques parcelles dans la canule.

Avant l'engagement de la tête on pourrait essayer de repousser la tumeur au-dessus du détroit supérieur. On se hâterait ensuite de rompre les membranes, pour déterminer l'engagement du fœtus. Dans le cas contraire, il faudrait, par une simple ponction, faire évacuer le liquide, ou bien faire une incision assez étendue pour pouvoir en exprimer par la compression les matières qu'elles contiennent.

§ XII. — Induration avec hypertrophie du col.

La lèvre antérieure en est beaucoup plus souvent le siège que la postérieure; mais la maladie peut affecter les deux lèvres. Dans aucun cas, le volume de la partie indurée n'est assez considérable pour gêner mécaniquement l'expulsion de l'enfant; mais l'altération retarde très-souvent et quelquefois même rend impossible la dilatation. La saignée, les bains, ont été conseillés avec avantage. Quelques praticiens anglais vantent surtout l'émétique à dose suffisante pour produire des nausées. Je n'ai pas eu occasion d'en constater l'efficacité. Si ces moyens étaient infructueux, ou si une circonstance plus grave nécessitait la prompte terminaison du travail, on devrait recourir aux incisions multiples pratiquées sur le col.

§ XIII. — Du col cancéreux.

Le col utérin, comme tous les organes de l'économie, peut être affecté de squirrhe, de tumeur encéphaloïde. Le pronostic est alors très-grave pour la mère et pour l'enfant : ainsi, sur vingt-sept femmes dont Puchelt a recueilli l'observation, cinq moururent pendant le travail, neuf peu de temps après l'accouchement, dix se rétablirent; on ignore le sort des trois autres. Toutefois, si la maladie est encore au premier degré, si l'état général de la femme n'est pas gravement altéré, si surtout la maladie est peu étendue ou la tumeur peu volumineuse, le danger est moins grand, et l'expulsion du fœtus peut se faire assez régulièrement. Mais alors même que l'accouchement s'est opéré spontanément, il n'a pas moins une bien fâcheuse influence sur la marche ultérieure de la tumeur : dans la plupart des cas, en effet, la pression à laquelle a été exposée la partie malade semble activer son développement, et, que le travail ait été naturel ou artificiel, ses progrès sont ensuite beaucoup plus rapides. Les enfants succombent aussi très-souvent dans les cas dont nous parlons. Des vingt-sept femmes citées plus haut, quinze accouchèrent d'un enfant mort, dix seulement d'un enfant vivant : il n'est rien dit de l'état des deux autres.

Les indications qui se présentent, dans les cas où le col est affecté de cancer, varient nécessairement suivant le siège et le volume de la tumeur. Si elle est peu

volumineuse, si surtout c'est la lèvre postérieure qui est malade, si le bassin est largement conformé, il y a tout lieu d'espérer que les efforts de la nature suffiront à la dilatation et à l'expulsion du fœtus. J'ai vu la dilatation s'opérer aux dépens de la lèvre antérieure, restée saine; l'autre était envahie en totalité par un cancer qui s'étendait aussi sur la paroi postérieure du vagin (1) : il ne faut donc pas trop se presser d'agir; mais si la dégénérescence est peu étendue, il ne faut pas oublier que la nature est presque toujours impuissante.

Quelques auteurs ont conseillé de larges saignées : avanta-genses dans les cas de rigidité du col ou de simple induration, les émissions sanguines ne feraient ici qu'affaiblir la malade, sans avoir aucune influence sur l'état de l'orifice. La seule ressource de l'art est encore dans les incisions multiples pratiquées sur le pourtour de la masse cancéreuse. La version ou l'application du forceps, conseillée par quelques accoucheurs, n'est évidemment praticable qu'autant que le bistouri aura préalablement facilité l'entrée de l'utérus. Sans cette précaution, il se forme nécessairement une ou plusieurs fissures qui partagent les lobes du squirrhe, et, au moment du passage de la tête, ces fissures peuvent s'élever très-haut et envahir même le corps de l'utérus. Si ces fissures ne se forment pas, le col, ne se dilatant pas, met obstacle à l'accouchement, et la femme est exposée à la rupture de l'organe, aux convulsions, à toutes les conséquences enfin des accouchements rendus laborieux par un obstacle mécanique, à moins qu'il n'y ait rupture de la portion sous-vaginale de l'utérus et passage du fœtus à travers cet orifice accidentel.

Dans les cas enfin où, même après les débridements, l'application du forceps est encore impossible, une grave question peut se présenter. En supposant l'enfant vivant, on n'a plus qu'à choisir entre l'embryotomie et l'opération césarienne. Quelque grave que soit cette dernière opération, elle me semble pourtant ici préférable à la première; pratiquée en temps opportun, elle donne de grandes chances de sauver l'enfant, et la vie de la mère est déjà si gravement

(1) Ce cas me paraît trop remarquable pour ne pas être rappelé, au moins en abrégé. Une femme, âgée de quarante-cinq ans, ayant eu déjà plusieurs enfants, entra à la Clinique au commencement du dernier mois de sa grossesse. En la touchant, on s'aperçut que la paroi postérieure du vagin était occupée dans toute sa hauteur par une tumeur allongée, recourbée en serpent, et qui, naissant de la lèvre postérieure du col, s'étendait jusqu'à un travers de doigt de la vulve. La lèvre postérieure avait au moins 2 centimètres d'épaisseur dans toute son étendue transversale, qui était aussi plus considérable qu'à l'ordinaire. Elle avait contracté des adhérences, par sa face postérieure, avec le vagin. La tumeur offrait à peu près la même épaisseur dans toute son étendue. Sa surface intérieure était inégale, bosselée, et ses inégalités et ses bosselures existaient aussi sur la lèvre postérieure du col. La surface postérieure adhérait, ou plutôt était confondue avec la cloison recto-vaginale. Cette femme étant arrivée à son terme, le travail commença. La dilatation fut très-lente, mais elle finit par s'opérer complètement aux dépens de la lèvre antérieure. La tumeur, dont le volume paraissait devoir offrir un obstacle insurmontable au passage de la tête, rendit seulement la seconde partie du travail un peu plus lente : repoussée par la tête du fœtus, elle devint presque transversale, et formait sur le périnée un bourrelet, une espèce de croissant dont la convexité était inférieure, et la concavité, dirigée en haut, arrêtait la tête; enfin, sous l'influence de contractions violentes, la tête repoussa la tumeur en arrière en déprimant fortement le périnée, passa au devant d'elle, et franchit bientôt les parties extérieures.

compromise par la maladie dont elle est affectée, qu'on ne doit pas, à mon avis, hésiter à tout sacrifice au salut de son enfant.

CHAPITRE VIII

OBSTACLES DUS AU CORPS DE L'UTÉRUS

§ I. — De l'obliquité utérine.

En étudiant les phénomènes de la grossesse, nous avons indiqué les causes qui forçaient l'utérus à s'éloigner plus ou moins de la direction de l'axe du bassin. Nous avons établi que le plus souvent la matrice, dans les derniers mois de la grossesse, se portait, sous l'influence de ces causes, en avant et à droite. Ce n'est donc pas de cette inclinaison antéro-latérale droite que nous voulons parler, en traitant ici de l'obliquité utérine comme cause de dystocie. Lorsqu'elle est peu considérable, en effet, et telle que nous l'avons supposée, quand nous l'avons considérée comme résultat normal du développement de l'utérus, elle n'occasionne aucune difficulté dans la parturition. Mais, lorsque l'obliquité utérine est exagérée, elle peut s'opposer à l'expulsion spontanée du fœtus : nous avons donc à nous en occuper.

Deventer, et, depuis lui, la plupart des auteurs qui ont traité de cette obliquité, en ont considéré quatre espèces : 1° l'obliquité antérieure; 2° l'obliquité postérieure; 3° l'obliquité latérale droite; 4° l'obliquité latérale gauche. Les accoucheurs modernes, Baudelocque, Gardien, Desormeaux, P. Dubois, ont regardé comme impossible l'obliquité postérieure. La saillie du sacrum et des vertèbres, disent-ils, s'oppose à ce que l'utérus puisse se porter en arrière. Nous nous croyons autorisé, d'après les faits cités par Deventer, Levret, Meriman, Dugès et M. Velpeau, à conserver ces quatre variétés.

1° Obliquité antérieure.

La résistance offerte par le plan postérieur de l'abdomen oblige tout naturellement la matrice à se porter en avant, où elle ne rencontre que les muscles abdominaux, paroi molle et extensible. Quand cette obliquité n'est pas trop considérable, l'art n'a rien à faire qu'à rester simple spectateur des efforts de la nature : mais, lorsqu'elle est exagérée, elle devient, pendant les derniers mois de la gestation, la cause d'incommodités, de douleurs, auxquelles il est bon de remédier, et, pendant le travail, produit des difficultés qu'il faut prévoir ou corriger.

Cette obliquité est favorisée par une inclinaison trop grande du plan du dé-