

vers le 3^e mois ; à partir de ce moment, le col n'est plus qu'un petit appendice allongé, appendu à la partie inférieure du viscère.

A partir du 6^e mois, la matrice prend la forme *ovoïde*, à grosse extrémité supérieure, un peu aplatie d'avant en arrière. Le fond proémine en avant et est fortement bombé ; la face antérieure est plus arrondie que la postérieure appuyée sur la colonne vertébrale.

Les parties fœtales saillantes altèrent la forme régulière de l'organe.

SITUATION. — Dans les deux premiers mois, la matrice, plus lourde et encore à l'aise dans l'excavation, descend parfois un peu et se rapproche du plancher pelvien : alors le vagin paraît plus court et les culs-de-sac plus profonds.

Dans d'autres cas, peut-être plus nombreux, cette légère descente n'a pas lieu et l'organe manifeste dès le début sa tendance à s'élever vers le grand bassin.

Dans tous les cas normaux, à partir de 3 mois, l'utérus s'échappe du bassin et son fond remonte au-dessus du détroit supérieur. Il continue ensuite progressivement son mouvement d'ascension dans la cavité abdominale, de façon que à 5 1/2 mois environ il arrive à l'ombilic et à 9 mois au niveau du creux épigastrique, ordinairement incliné à droite.

En prenant le dessus de la symphyse pubienne comme point de repère, voici le tableau que nous avons dressé des différentes hauteurs approximatives de la matrice gravide (sans abaissement au début) :

Élévation du fond utérin au-dessus du pubis pendant la grossesse.

Vacuité	1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6 mois	7 mois	8 mois	8 1/2 m.
3 cent.	4 c.	5 c.	6 c.	10 c.	14 c.	18 c.	22 c.	26 c.	28 c.

Comme ceux de l'autre tableau, auxquels ils correspondent évidemment, ces chiffres sont très aisés à retenir : 3, 4, 5, 6 centim. ; puis augmentation de 4 centim. par mois. En moyenne, c'est 2 centim. en moins qu'à l'autre tableau.

Dans la dernière quinzaine, l'organe s'affaisse souvent, s'élargit, proémine davantage, le segment inférieur contenant la tête s'engage dans le haut du bassin ; conséquence, le fond descend un peu, d'une couple de centimètres, de sorte qu'il n'est guère plus élevé au-dessus des pubis qu'à 8 mois. Cette descente de la dernière quinzaine est loin d'avoir lieu chez toutes les femmes ; elle est habituelle chez les primipares, mais elle est au contraire rare chez les multipares. Il en est de même de l'engagement de la partie fœtale dans le bassin, cause principale de la descente de l'utérus : il

est de règle chez les primipares, mais exceptionnel chez les multipares.

Voici une autre manière d'indiquer la hauteur du fond utérin aux différentes époques de la grossesse. Elle est moins précise, mais facile aussi à se rappeler et peut-être plus pratique.

A 3 mois, le fond utérin déborde les pubis de trois travers de doigt.

- 4 » » » arrive entre l'ombilic et les pubis.
- 5 » » » est à 1 travers de doigt sous l'ombilic.
- 6 » » » dépasse l'ombilic de 1 travers de doigt.
- 7 » » » » » 3 » »
- 8 » » » » » 5 » »

Il continue à monter dans la 1^{re} quinzaine du 9^e mois et arrive ainsi au niveau de la région épigastrique, incliné habituellement à droite ; puis il descend comme nous l'avons déjà dit.

Les remarques faites à propos du tableau relatif à la longueur de l'utérus peuvent être reproduites ici en parlant de l'élévation de l'organe aux diverses époques de la grossesse. Nous devons de plus en présenter quelques autres.

Si l'on prend l'ombilic comme point de repère, il faut savoir que cette cicatrice n'est pas à la même distance du pubis chez toutes les femmes et qu'elle s'en éloigne pendant la grossesse par suite de la distension des parois abdominales. Nous avons fait à ce sujet une série de mensurations, d'où il résulte que : 1^o l'ombilic est parfois à égale distance du pubis et du bas de l'appendice xyphoïde ; il y a par exemple 16 centim. entre le pubis et l'ombilic, et 16 également entre l'ombilic et la pointe sternale ; 2^o d'autres fois, il y a un peu moins en bas et un peu plus en haut, en moyenne 16 du pubis à l'ombilic et 17 de l'ombilic à l'appendice xyphoïde ; le contraire peut exister, ainsi 16 en bas et 14 seulement en haut ; 3^o Du pubis à l'ombilic, les chiffres varient de 14 à 21 centim. ; 4^o de l'ombilic à la pointe sternale, ils vont de 13 à 21 centim. ; 5^o du pubis à l'appendice xyphoïde, ils s'élèvent de 28 à 40 centim. ; 6^o Pendant la grossesse, la distension peut augmenter toutes ces longueurs de plusieurs centim., en suivant la ligne courbe évidemment ; ainsi il peut y avoir jusqu'à 24 centim. du pubis à l'ombilic, en moyenne 19 à 20 ; de l'ombilic à la pointe sternale, il en est à peu près de même ; enfin, la distance entre le pubis et l'appendice xyphoïde augmente de 5 à 10 centim. et peut atteindre 45 centim. ; en général, elle en mesure 40 à 42 au terme de la gestation ; 7^o la plus grande circonférence du ventre a été trouvée à terme de 95 centim. en moyenne, variant du reste entre 89 et 104 centimètres.

On voit combien les différences sont grandes, même dans les circonstances ordinaires, car il ne s'est agi dans aucun de ces cas ni de grossesse gémellaire, ni d'hydramnios, ni de fœtus très volumineux.

Parmi les auteurs qui indiquent la hauteur *approximative* du fond utérin aux diverses époques de la grossesse, l'accord est loin d'exister.

D'après Wieland, le fond utérin est au 4^e mois, de 5 à 6 centim. au-dessus du bord supérieur des pubis ; au 4^e, de 8 à 9 ; au 9^e, de 24. Pinard trouve que la matrice est plus élevée que ne le disent généralement les auteurs : il admet qu'à 4 mois, le fond de l'utérus avoisine l'ombilic et déclare « qu'il n'a jamais trouvé un utérus dont le fond ne dépassât pas l'ombilic au 5^e mois » (Ribémont). C'est étrange et cela vient peut-être de la façon d'examiner ou des femmes choisies

parmi les petites rachitiques, car alors, ainsi que nous le dirons plus loin, le

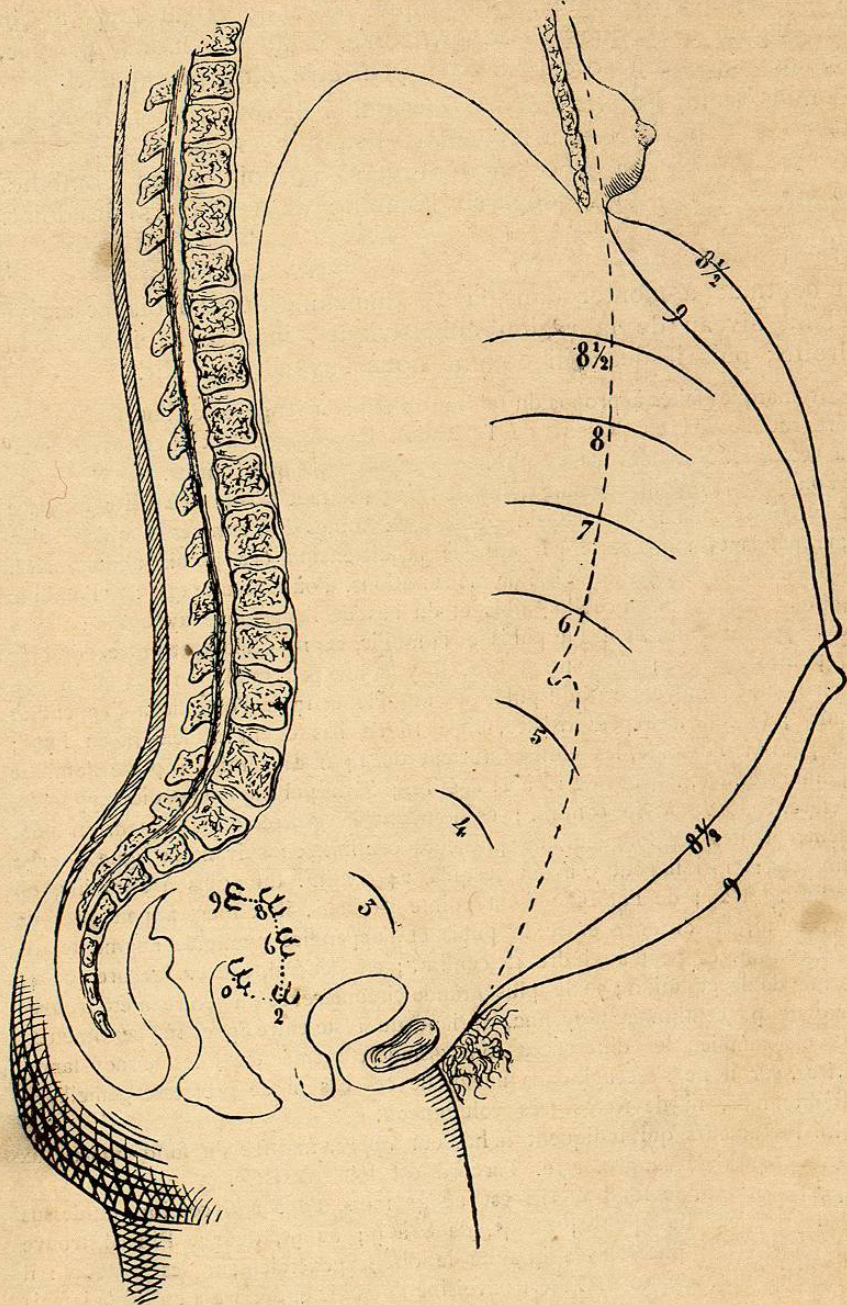


Fig. 62. — Figure demi-schématique, indiquant la hauteur moyenne du fond utérin et la situation du col, aux différents mois de la grossesse.

fond utérin remonte toujours plus haut que l'habitude (un mois de plus en moyenne, soit 4 centimètres).

Au contraire, Tarnier cite un fait dans lequel le fond de l'utérus, au 4^e mois, dépassait à peine de quelques millimètres le pubis, sans qu'il y eût d'abaissement ou de prolapsus utérin qu'on pût invoquer comme explication de cette anomalie (*Traité d'accouchements*, p. 185).

Le même livre reproduit les chiffres de Cazeaux en paraissant les adopter : à 4 mois, fond à 2 ou 3 travers de doigt au-dessus du pubis ; à 5 mois, 1 travers de doigt sous l'ombilic ; à 6 mois, 1 au-dessus ; à 7 mois, 3 au-dessus ; à 8 mois, 5, etc.

Les chiffres de Schröder, indiqués précédemment, se rapprochent de ceux-ci.

Quoiqu'il en soit, il faut au moins s'entendre sur ce que vaut *un travers de doigt* et nous proposons de le fixer à *deux centimètres*. C'est la mesure d'une main moyenne, prise au niveau des articulations entre les phalanges et les phalanges : à cet endroit, les quatre doigts rapprochés ont d'habitude 8 centimètres, deux doigts 4 centimètres, etc. Il faut, du reste, que chaque accoucheur connaisse la longueur de ses doigts ; qu'il apprenne également leur épaisseur. De cette façon, le praticien pourra aisément et rapidement évaluer la hauteur exacte du fond utérin au-dessus du pubis et du nombril, et par suite l'âge approximatif de la grossesse.

Est-il besoin d'ajouter que dans chaque cas particulier, il faut tenir compte de nombreux éléments : taille de la femme, distance du pubis à l'ombilic et à la pointe sternale, capacité abdominale, hauteur du col utérin, du segment inférieur de l'utérus et de la partie fœtale y contenue, forme de l'organe et genre de présentation, résistance ou laxité des parois abdominales, proéminence plus ou moins forte en avant (ventre en besace, par exemple), grossesse simple ou multiple, quantité du liquide amniotique.

Dans la plupart des cas, on peut, à partir de six mois du moins, mesurer la longueur de l'ovoïde fœtal à travers les parois abdominales. Ahlfeld l'évalue à *la moitié de la longueur totale* ; mais nos recherches démontrent que ce n'est pas exact : un fœtus à terme de 50 centimètres forme, par son pelotonnement *in utero*, un ovoïde de 30 à 32 centimètres.

Il faut donc déduire de la longueur de l'ovoïde de 4 à 8 centimètres, selon l'époque et l'attitude, avant de multiplier par deux ; connaissant alors approximativement la longueur totale du fœtus, c'est un élément à ajouter pour fixer l'âge probable de la grossesse. Le volume de la tête fœtale, apprécié de la même façon, peut également venir en aide pour ce diagnostic.

DIRECTION. — La matrice, si elle s'abaisse dans les premiers temps de la grossesse, suit l'axe de l'excavation, par conséquent se redresse ; le fond se rapproche de la paroi postérieure, souvent même chez les multipares il se rétroverse un peu. La plénitude de la vessie favorise ce mouvement en arrière du corps et du fond de l'organe. Le poids et surtout l'accroissement plus prononcé du fond et de la paroi postérieure peuvent également expliquer ce changement de direction.

Quand la matrice arrive dans le grand bassin et dans la cavité abdominale, elle s'incline en avant et vient s'appuyer sur la paroi du ventre. De plus, à partir du 6^e mois, elle ne reste pas sur la ligne médiane, elle se penche de côté ou d'autre, à cause de la colonne

vertébrale. Il est remarquable que cette obliquité latérale se fait bien plus souvent à droite qu'à gauche; sur cinq cas, on observe quatre obliquités droites et une seule gauche. En même temps, l'organe exécute un mouvement de rotation selon son axe longitudinal, de manière que le côté gauche vient en avant, tandis que le droit est porté en arrière. Cette espèce de torsion du corps utérin fait que, à l'ouverture de l'abdomen, les annexes gauches sont seules visibles, les droites étant trop en arrière.

On s'est demandé la raison de cette proportion si considérable d'obliquités droites.

On a indiqué la présence du placenta à droite, l'habitude de se servir de la main droite, de se coucher sur le côté droit; mais l'observation prouve que l'obliquité droite peut exister dans les cas contraires et vice-versa.

On a parlé de l'S iliaque à gauche qui repousserait la matrice du côté opposé; mais à droite il y a le cœcum, tout aussi gênant que l'S iliaque à gauche. La façon dont le mésentère est inséré a aussi été invoquée, mais ne paraît pas pouvoir exercer d'influence notable.

M^{me} Boivin a fait remarquer avec raison que le ligament rond droit est plus épais

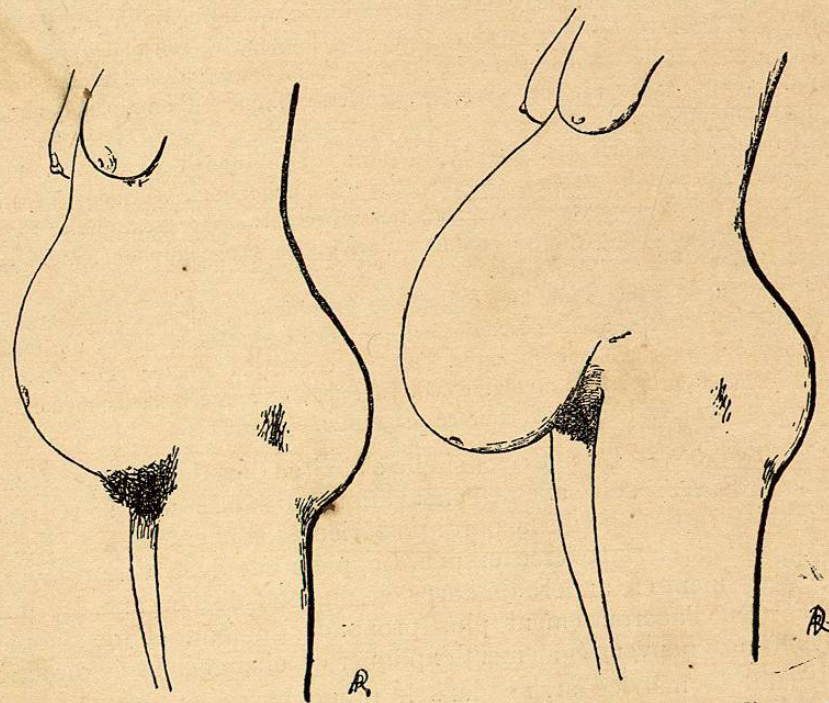


Fig. 63. — Abdomen vu de profil, avec utérus développé normalement et bien soutenu par les parois du ventre suffisamment résistantes.

Fig. 64. — Abdomen vu de profil, avec parois du ventre flasques laissant la matrice pendre en avant (ventre en besace).

et plus court que le gauche; il retient donc ce bord utérin et l'attire en arrière; de là obliquité droite et rotation.

Paul Dubois et Jacquemier pensent que cet état du ligament rond droit est l'effet et non la cause du mouvement de l'organe; ils croient que l'obliquité et la rotation sont liées à l'évolution même de l'utérus. Hubert émet l'avis qu'elles sont simplement l'exagération d'une légère déviation naturelle, préexistant à la conception.

La présence du rectum à gauche a été signalée comme une des causes anatomiques les plus probables; d'autant plus que l'on a pu constater dans des cas d'obliquité gauche, que le rectum se trouvait anormalement à droite.

Quelle qu'en soit la cause, l'obliquité droite a certains avantages: le foie est moins facile à troubler que l'estomac et le cœur; l'aorte est moins comprimée que la veine-cave inférieure, de sorte que le sang peut affluer vers la matrice par l'aorte et ne rencontre d'obstacle qu'à son retour par la veine-cave; il y a donc stagnation du sang veineux dans les sinus utérins.

Chez les multipares, dont les parois abdominales sont flasques, peu résistantes, l'organe proémine fortement en avant, pend parfois au-devant des pubis et des cuisses: c'est ce qui constitue le ventre en besace. Il en est de même chez les rachitiques, dont la cavité abdominale est trop petite et le bassin plus ou moins fortement rétréci; la matrice doit bien se porter en avant, se développer en quelque sorte en dehors de l'abdomen.

Les figures ci-contre d'Auvard montrent la différence du ventre développé normalement par la grossesse et du ventre pendant en besace.

DENSITÉ ET RÉSISTANCE DES PAROIS. — Les parois utérines, fermes et résistantes, deviennent peu à peu souples et élastiques; elles permettent alors de reconnaître par l'examen extérieur les différentes parties fœtales et le liquide amniotique (fluctuation).

Déjà, au troisième mois, la souplesse du segment inférieur fait souvent qu'il ressemble à un sac de caoutchouc rempli d'eau. Cette sensation est surtout obtenue par le toucher rectal et constitue, dans ces cas, un excellent signe de grossesse.

A partir du cinquième mois, les parois sont tellement molles qu'on ne peut plus guère les distinguer des viscères abdominaux, si ce n'est au moment où elles se contractent (contractions indolores de la grossesse).

Cette souplesse rend possible et facile le palper abdominal; elle est favorable au développement du fœtus, à ses mouvements; elle le protège contre les violences extérieures.

La distension des parois est modérée et n'est jamais portée à sa dernière limite. Dans certains cas cependant, l'organe est assez développé (grossesse gémellaire, hydropisie de l'amnios) pour que les parois soient en état de tension permanente; le palper alors est difficile, donne peu de résultat.

ÉPAISSEUR DES PAROIS. — On pourrait croire que les parois s'amincissent au fur et à mesure que l'organe devient plus volumineux. Il n'en est nullement ainsi; elles conservent leur épaisseur et

augmentent même parfois, surtout dans le fond et vers le point placentaire. C'est qu'il y a dans les premiers mois hypertrophie et hypergenèse des éléments musculaires (voir plus loin).

Cependant à partir du sixième mois, il y a une véritable distension de l'organe; de sorte qu'alors les parois s'amincissent et n'ont plus guère que 4 à 5 millimètres d'épaisseur vers la fin de la grossesse.

Les points comprimés diminuent notablement et parfois deviennent très minces; ce sont ceux spécialement qui sont en rapport avec les saillies dures, osseuses, maternelles et fœtales (promontoire, crête pubienne, coudes, genoux, talons); aussi les ruptures de la matrice se présentent-elles le plus souvent à ces endroits.

Dans certains cas, les parois sont tellement minces qu'on pourrait croire le fœtus sous la peau et penser à une grossesse extra-utérine. C'est dans de pareilles conditions que se sont produites des erreurs de diagnostic très graves.

Ce qui est beaucoup plus fréquent, ce qui est habituel chez les primipares, c'est la distension et l'amincissement du segment inférieur qui a été repoussé en bas, dans l'excavation, par la tête fœtale; ce segment utérin est souvent comme une feuille de papier, de sorte qu'il n'empêche pas de sentir les sutures et les fontanelles; on dirait presque qu'il n'y a rien entre le doigt explorateur et le sommet. Des praticiens maladroits se sont déjà trompés et s'imaginant avoir affaire à un col complètement dilaté, ont appliqué le forceps sur la tête coiffée de l'utérus!

COL. — Les modifications du col sont importantes et nombreuses: elles viennent en aide pour le diagnostic de la grossesse et de l'époque de la gestation. Elles portent sur la consistance, la perméabilité, la longueur, la forme, la situation, la direction. Elles sont influencées par l'état primitif, les accouchements antérieurs, les phénomènes morbides ou physiologiques de la grossesse elle-même.

Consistance. — Le col se ramollit peu à peu, de façon que, à terme, il ne présente plus la moindre résistance et peut être confondu avec les parois vaginales. Cet assouplissement procède de bas en haut et de dehors en dedans, c'est-à-dire qu'il débute par la muqueuse qui tapisse les lèvres de l'orifice externe, puis envahit l'épaisseur du museau de tanche, gagne de proche en proche en montant, et atteint enfin l'orifice interne.

Cette marche du ramollissement est assez régulière et préfixe. A la fin du premier mois, vers cinq à six semaines, la muqueuse qui recouvre les lèvres de l'orifice externe est ramollie, boursoufflée et glisse sur les tissus sous-jacents encore durs, en donnant au doigt une sensation spéciale; cette sensation a été comparée à celle qu'on éprouve en faisant glisser avec le doigt *un tapis sur une table* ou *un morceau de caoutchouc sur un fond dur*.

Du troisième au quatrième mois, l'épaisseur du museau de tanche est envahie par le ramollissement sur une hauteur de 3 à 4 millimètres.

A six mois, la moitié de la portion sous-vaginale est ramollie, soit une hauteur de 6 à 7 millimètres.

A sept mois, les trois quarts de cette portion sous-vaginale sont assouplis, soit une hauteur de 11 millimètres.

A huit mois, toute la portion sous-vaginale est ramollie, soit 15 millimètres.

A neuf mois, c'est-à-dire à terme, tout le col est envahi par le ramollissement (2 1/2 à 3 centimètres). Ce ramollissement est alors si complet qu'on a peine à distinguer le col du vagin, ramolli cependant lui-même par le fait de la grossesse.

Ce ramollissement est indispensable pour l'accouchement; il rend possible et facile l'effacement et la dilatation du col; s'il est incomplet ou insuffisant, des difficultés sérieuses surgissent pendant le travail.

Au début de la grossesse, le ramollissement est lent; à la fin, il marche très vite: à 6 mois, le quart seulement de la totalité du col est ramolli; le second quart est entrepris dans les 2 mois suivants, et du 8^{me} au 9^{me} mois, toute la partie sus-vaginale est envahie.

Le ramollissement est moins prononcé et plus lent chez les primipares que chez les multipares. Il est plus marqué et plus rapide chez les femmes jeunes, lymphatiques, accouchées depuis peu de temps.

Chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, le col est réduit parfois à un tubercule, qui ne s'assouplit que tard.

Perméabilité, état des orifices. — Il y a une différence notable entre les primipares et les multipares; mais les auteurs ne sont pas tout à fait d'accord sur ce qui se présente normalement chez les unes et les autres. Voici ce que l'on enseigne le plus souvent:

Chez les primipares, l'orifice externe s'arrondit, est limité par des bords minces, réguliers; il ressemble à une petite dépression circulaire, à une cupule, que le gonflement de la muqueuse masque parfois plus ou moins. *Il reste fermé jusqu'au début du travail.*

Chez les multipares, l'orifice externe est une fente transversale, un peu béante, mamelonnée, déchiquetée; elle s'arrondit aussi et se ferme plus ou moins dans les premiers temps. Dès le 3^{me} mois, elle commence à s'entr'ouvrir et admet au 6^e mois la portion unguéale de l'indicateur; à 7 mois, la première phalange peut y pénétrer; à 8 mois, le doigt arrive jusqu'à l'orifice interne. *Celui-ci reste ordinairement fermé jusqu'au travail.*

Ainsi donc, au 9^{me} mois, l'orifice externe serait fermé chez la primipare; tout le col serait perméable, mais l'orifice interne serait d'habitude clos chez la multipare.

Selon beaucoup d'auteurs, les phénomènes sont autres. Chez les primipares, l'orifice externe commence à s'entr'ouvrir au 6^{me} mois

et admet sans peine la pulpe de l'indicateur; à 7 mois, la partie unguéale peut pénétrer dans le col; à 8 mois, la première phalange entre sans difficulté. Quant à l'orifice interne, il reste clos jusqu'au moment du travail. Chez la femme multipare, non seulement la perméabilité est plus rapide, plus grande, mais de plus l'orifice interne lui-même s'ouvre et déjà à 8 mois l'indicateur peut le franchir, aller toucher les membranes et sentir la partie fœtale.

Les figures 55 à 61 représentent des cols perméables et ramollis (partie éclaircie) selon la 1^{re} opinion. Les figures suivantes donnent une idée de la 2^{de} opinion.

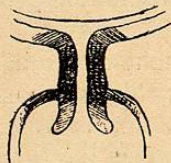


Fig. 65. — Col de primipare à 7 mois.

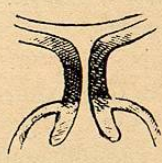


Fig. 66. — Col de primip. à 8 mois.



Fig. 67. — Col de primipare à 9 mois.

Les parties éclaircies du col sont celles qui sont ramollies.

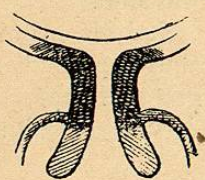


Fig. 68. — Col de multipare à 7 mois.

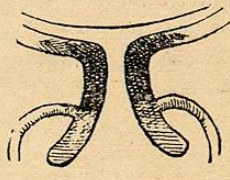


Fig. 69. — Col de multipare à 8 mois.



Fig. 70. — Col de multipare à 9 mois.

Les parties éclaircies du col sont celles qui sont ramollies.

Nous pensons qu'il en est ainsi dans la grande majorité des cas, mais pas dans tous. Les accoucheurs qui sont de l'avis opposé, prétendent que l'ouverture précoce de l'orifice externe, chez la primipare, et celle de l'orifice interne, chez la multipare, constituent des exceptions et dépendent de causes anormales, telles que contractions prématurées, leucorrhée, explorations répétées, etc. C'est pourquoi, dans les cliniques où les femmes sont soumises à de nombreux touchers, on rencontre précisément les cas en question.

Contrairement à cette assertion, nous avons fréquemment constaté chez des primipares, qui n'avaient pas eu de douleurs ni subi un seul toucher avant notre examen, l'orifice externe entr'ouvert et le canal cervical perméable dans une certaine étendue, ainsi qu'il est indiqué plus haut. De même, chez les multipares, il est commun qu'au 8^{me} mois, l'orifice interne permette l'introduction du doigt jusqu'aux membranes.

Il est naturel, du reste, que la perméabilité soit en rapport avec le ramollissement.

Quelques auteurs déclarent que tous ces détails sont plutôt théoriques que pratiques, parce qu'il y a de trop grandes différences individuelles, et nous sommes absolument de leur avis.

Forme, épaisseur. — Chez la primipare, le museau de tanche devient plus acuminé dans le commencement; plus tard, cette forme pointue disparaît par le ramollissement.

Chez la multipare, le col conserve d'abord son aspect cylindrique; à partir du 4^{me} mois, les lèvres du museau de tanche se déjetent en dehors en *pavillon de trompette*. Chez l'une et l'autre, l'épaisseur augmente un peu, surtout dans le dernier tiers de la grossesse.

Forme de la cavité cervicale. — Chez les primipares, la cavité cervicale reste fusiforme, seulement la partie moyenne s'élargit par l'accumulation de mucosités épaisses qui constituent une espèce de bouchon: c'est le *bouchon muqueux de la grossesse*.

Il s'ensuit que les deux orifices se rapprochent légèrement et que le col diminue un peu de longueur.

Chez la multipare, la cavité cervicale est modifiée par la projection en dehors des lèvres du museau de tanche; elle prend, par suite de cette disposition, la forme d'un *éteignoir*, d'un *entonnoir*, d'un *dé à coudre*. Comme conséquence de ce changement de forme, le col diminue aussi de longueur.

Situation. — Le museau de tanche se rapproche du plancher pelvien dans les deux premiers mois, quand l'utérus s'abaisse; puis il remonte peu à peu en même temps que l'organe. A la fin de la grossesse, le col est souvent tellement élevé et dévié en arrière qu'il échappe à l'atteinte du doigt. Pour le trouver, il faut alors joindre le médius à l'indicateur; parfois l'introduction de 4 doigts jusqu'à la racine du pouce ou de la main entière est nécessaire.

Dans les cas rares où le col est élevé et dévié en avant, au-dessus des pubis, il est avantageux, pour le trouver, de placer la femme dans la *position genu-pectorale*, c'est-à-dire appuyée sur les genoux et le haut de la poitrine, comme le montre la figure suivante:

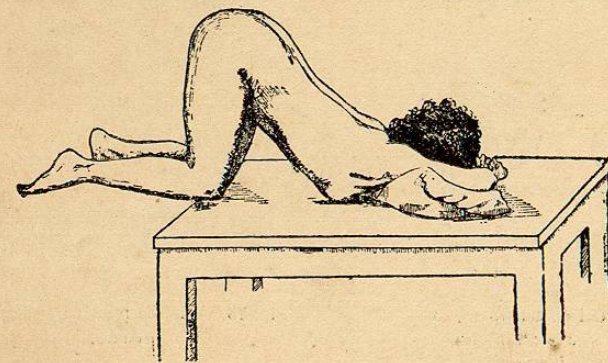


Fig. 71. — Femme dans la position genu-pectorale.

Direction. — En s'abaissant, la matrice se redresse, le fond se penche un peu en arrière, donc le museau de tanche regarde alors directement en bas ou même un peu en avant. A partir du 3^e mois, le col se dirige de nouveau en bas et en arrière, puis de plus en plus en arrière, de sorte qu'à la fin de la grossesse, il est tourné presque exactement vers le sacrum.

L'obliquité droite ou gauche de la matrice fait en outre que le museau de tanche est dirigé en sens opposé, le plus ordinairement *en bas, en arrière et à gauche*, puisque l'obliquité droite s'observe quatre fois sur cinq.

Longueur, effacement. — Dans les deux premiers mois, le col semble parfois s'allonger, parce que les culs-de-sac deviennent plus profonds quand il y a abaissement de l'utérus.

Plus tard, il diminue un peu par suite du rapprochement des deux orifices chez la primipare, du renversement des lèvres en dehors chez la multipare.

Dans la dernière quinzaine, il s'efface par le fait de l'engagement de l'œuf dans la cavité cervicale jusqu'au museau de tanche.

Les anciens accoucheurs, Velpeau compris, admettaient que le col se raccourcissait dans la seconde moitié de la grossesse et prétendaient même fixer l'époque de la gestation par la longueur du col; celui-ci avait perdu, pensaient-ils, le tiers de son étendue au 5^e mois, la moitié

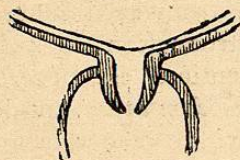


Fig. 72. — Col de primipare, commençant à s'effacer dans les derniers jours de la grossesse.

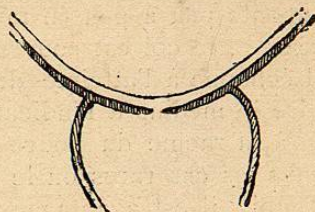


Fig. 73. — Col de primipare complètement effacé.

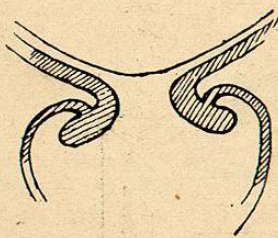


Fig. 74. — Col de multipare, commençant à s'effacer dans les derniers jours de la grossesse.

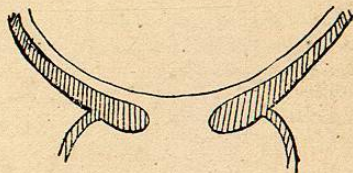


Fig. 75. — Col de multipare complètement effacé.

au 6^e, les deux tiers au 7^e, les trois quarts au 8^e, puis s'effaçait complètement au 9^e mois. M. Stoltz a démontré que le col conserve à peu près sa longueur jusqu'à la dernière quinzaine et que l'illusion des anciens provenait de l'assouplissement graduel du tissu cervical; les parties ramollies complètement sont, en effet, très difficiles à distinguer des parois vaginales; pour y arriver, il faut toucher avec beaucoup de précaution, au moyen de deux doigts, dont l'un est introduit dans la cavité du col et l'autre placé dans un des culs-de-sac; on reconnaît ainsi, entre deux, les lèvres tout à fait mollasses.

Les examens cadavériques conduisent au même résultat.

Quelques auteurs contemporains sont presque revenus à l'opinion ancienne. Selon Bandl et Martin, le col augmente de longueur pendant les 6 premiers mois; il acquiert ainsi 5 à 6 centimètres.

A partir de 6 mois, il diminue, au contraire, par suite de l'engagement de l'œuf dans la partie supérieure du canal cervical; celle-ci constitue alors avec le segment inférieur de l'utérus un espace distinct, le *canal cervico-utérin*, aussi appelé *canal de Braun*, parce que cet auteur en a publié une description détaillée, d'après des coupes faites sur des cadavres congelés.

Le segment inférieur de l'utérus se différencie des autres parois de l'organe par sa moindre épaisseur et sa distension considérable à la fin de la grossesse: il s'allonge, s'évase, s'amincit dans les derniers mois, de façon à former une dilatation sacciforme, une espèce de canal nouveau, auquel vient s'ajouter peu à peu le canal cervical, dilaté par l'engagement graduel de l'œuf.

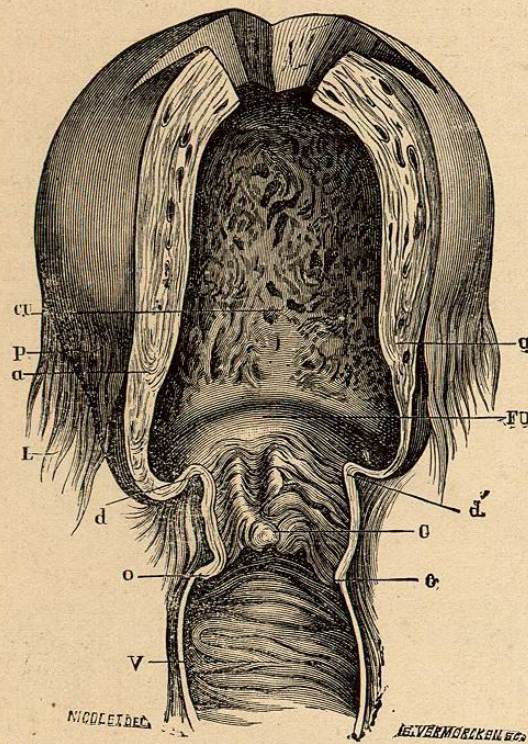


Fig. 76. — Uterus d'une femme morte dans le 8^e mois. — CU. Coupe de l'utérus. — p. Péritoine. — aa' Orifice de Braun. — FU. Segment inférieur de l'utérus. — L. Ligaments larges. — dd'. Orifice de Muller. — C. Muqueuse utérine. — O. E. Orifice externe. — V. Vagin.

Ce canal cervico-utérin a des parois très minces; il est plus ou moins nettement limité en haut par un relief circulaire (appelé anneau de Bandl ou orifice de Braun); ce relief est produit par le changement dans l'épaisseur des parois et non par des fibres musculaires spéciales; il est situé au niveau du détroit supérieur et peut être reconnu pendant le travail, quand on pousse les doigts suffisamment loin; lorsqu'on fait la version, si l'utérus se contracte au moment de l'introduction de la main dans le canal cervico-utérin, elle est arrêtée par le cercle en question.