

La ligne *bc*, la paroi du col utérin ;

Le point *d* figure la coupe d'un orifice de nouvelle formation, qui se constitue à mesure que l'orifice interne s'éloigne, *pseudo-orifice interne* (orifice de Müller).

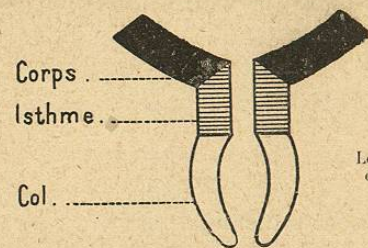


Fig. 197. — Utérus au début de la grossesse.
Le segment inférieur est à cette période de la grossesse constitué par le corps.

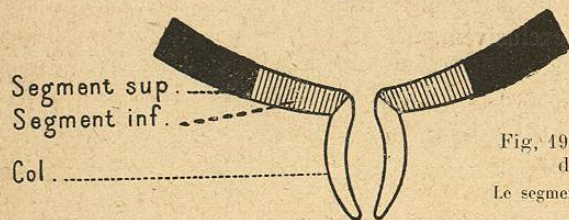


Fig. 198. — Utérus à la fin de la grossesse.
Le segment inférieur est constitué par l'isthme.

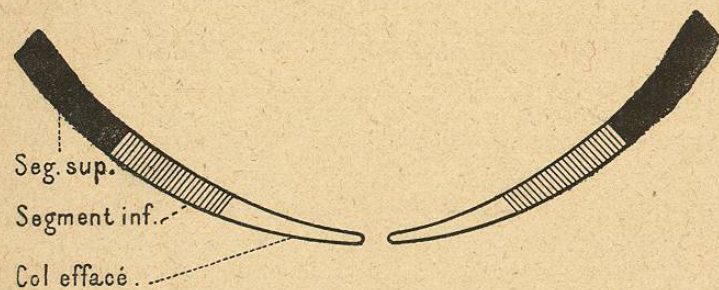


Fig. 199. — Utérus pendant le travail.

Le segment inférieur est à ce moment (travail) constitué par l'isthme et le col.

Or, l'ouverture telle qu'elle s'opère, de la figure 200 à 203, s'appelle *effacement*.

Tandis que celle qui se fait, de la figure 203 à 206, se nomme *dilatation* (de l'orifice externe).

La figure 203 établit la limite entre ces deux termes.

L'*effacement* est donc la disparition du col, sa fusion avec le corps de l'utérus, ou mieux la fusion des deux cavités du corps et du col.

La *dilatation* (de l'orifice externe) est l'ouverture du simple diaphragme qui, après l'effacement, sépare la cavité utérine de la cavité vaginale.

L'effacement se fait en hauteur et la dilatation en largeur.

¹ Le segment inférieur est au début de la grossesse formé par le corps de l'utérus, à la fin de la grossesse par l'isthme, et pendant le travail après l'effacement par l'isthme et le col.

Nous voici donc connaissant dans l'accouchement deux périodes successives :

Période d'effacement ;

Période de dilatation (de l'orifice externe).

Je dis simplement, avec les classiques, période de dilatation en sous-enten-

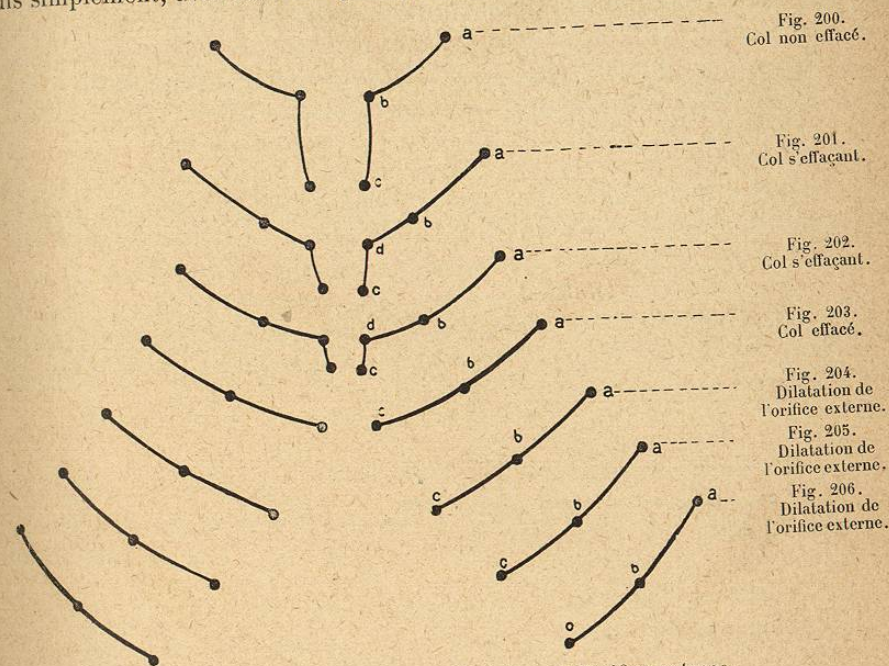


Fig. 200 à 206. — Effacement du col et dilatation de l'orifice externe.

dant de l'orifice externe, le seul qui ait de l'importance à ce moment, les autres ayant disparu.

Après cette étude sommaire abordons les *détails*.

a. Effacement.

Reportons-nous à la figure 201. Le col commence à s'effacer. L'ancien orifice interne *b* fait partie de la grande cavité utérine. La portion *ab* du col constitue l'évasement de l'entonnoir et fait également partie de la cavité utérine. La partie *dc* est restée intacte. Il existe en *d* un nouvel orifice auquel on a donné le nom d'orifice de MULLER, ou mieux *pseudo-orifice interne*. L'orifice externe *c* n'a pas varié.

Figure 202. L'effacement a progressé. La partie écrasée de l'entonnoir a grandi. Le col a diminué de longueur.

Figure 203. L'effacement est terminé. Le col a disparu. En *a*, on voit le cercle utérin considérablement agrandi. En *b*, l'ancien orifice interne. En *c*, l'orifice externe, seul vestige de l'ancien col. L'entonnoir a fait place à un cône très ouvert, dont la base est en *b* et le sommet perforé en *c*.

A la figure 200, l'effacement n'est pas commencé. A la figure 203, il est terminé.

Dans les figures 201 et 202 l'effacement est en voie d'accomplissement. La partie *d b*, c'est-à-dire la portion effacée du canal cervical, a reçu le nom du canal de BRAUNE; la partie *d c* ou non effacée, celui de canal de MULLER.

Ces dénominations me semblent compliquer inutilement la description, et de même qu'il vaut mieux désigner l'orifice *d* sous le nom de pseudo-orifice interne (orifice de MULLER), il me semble préférable de dire :

Pour le canal de BRAUNE *d b*, partie effacée du col;

Pour le canal de MULLER *c*, partie non effacée du col.

L'effacement, comme on le voit, se fait de haut en bas. Le col, d'abord complet (fig. 200), s'évase par sa partie supérieure (fig. 201). L'ancienne cavité cervicale se subdivise en trois régions : 1° une partie effacée; 2° une partie non effacée; 3° un anneau intermédiaire entre les deux régions précédentes ou pseudo-orifice interne. — L'effacement est complet (fig. 203), le pseudo-orifice interne a disparu, ou se confond avec l'orifice externe; l'ancienne cavité cervicale n'est plus qu'une annexe de la cavité utérine et en forme la calotte inférieure.

Il semble au premier abord qu'il n'y ait pas de question plus facile à résoudre que celle de l'époque de la puerpéralité (grossesse ou accouchement) où se fait l'effacement du col; il n'en est cependant pas qui ait été plus débattue et discutée.

MAURICEAU, interprétant, en 1668, les sensations que lui ont fournies des touchers multiples et répétés, dit que le col s'efface à partir du sixième mois; c'est le clinicien qui parle. — Quelques années plus tard, en 1693, l'illustre anatomiste VERHEYEN, se basant sur ce qu'il a vu sur la table d'autopsie, nie l'effacement pendant la grossesse.

Au siècle suivant, le conflit se prolonge entre les anatomistes et les cliniciens; WEITBRECHT est le continuateur de VERHEYEN. — LEVRET et ROEDERER, ceux de MAURICEAU.

Le XIX^e siècle paraît d'abord vouloir résoudre la question par l'intermédiaire de STOLZ. En 1826, l'éminent accoucheur de Strasbourg, prenant un terme moyen entre les cliniciens, qui prétendent que l'effacement se fait dans les trois ou quatre derniers mois de la grossesse, et les anatomistes qui le nient pendant la gestation, proclame que l'effacement a lieu durant les quinze jours qui précèdent l'accouchement.

L'accord semble fait pendant quelques années; la plupart des accoucheurs se rangent à l'avis de STOLZ. Mais bientôt la division recommence. C'est d'une part TAYLOR, en Amérique (1862); MULLER, en Allemagne (1868), qui reprennent la théorie du non-effacement; et enfin BANDL (1875) qui revient aux idées de MAURICEAU en admettant que l'effacement se fait pendant les deux ou trois derniers mois de la grossesse.

De telle sorte que, si on consulte les accoucheurs modernes, on les trouvera divisés en trois camps :

Les uns avec MAURICEAU, LEVRET et BANDL admettent que l'effacement a lieu pendant les quatre, trois ou deux derniers mois de la grossesse.

Les autres avec VERHEYEN, WEITBRECHT, TAYLOR, MULLER, que l'effacement n'existe pas pendant la grossesse.

D'autres enfin, continuateurs de l'opinion mixte, estiment, avec STOLZ, que l'effacement est un phénomène des quinze derniers jours de la gestation.

On s'explique l'opinion des cliniciens, qui ont considéré l'effacement du col comme la règle dans les derniers temps de la grossesse, par le ramollissement parfois extrême que subit cet organe. Mais on s'aperçoit, en parcourant la cavité cervicale de l'orifice interne vers l'externe, que l'effacement auquel on avait d'abord cru n'existe pas, et que la distance entre les deux orifices est de 3 à 5 centimètres environ.

Les autopsies¹, qui ont pu être pratiquées au terme de la grossesse ou à son voisinage, ont d'ailleurs démontré que cet effacement n'existait pas et que le col mesurait de 3 à 5 centimètres et demi.

Donc, tout en admettant que l'effacement peut avoir lieu exceptionnellement pendant les derniers temps de la grossesse, le non-effacement doit être considéré comme la règle².

L'EFFACEMENT EST UN PHÉNOMÈNE DU TRAVAIL

Pour apprécier le degré d'effacement, on évaluera en centimètres la distance qui sépare l'orifice externe, de l'interne ou du pseudo-orifice interne.

b. Dilatation.

On entend par effacement la disparition du col; et par dilatation l'ouverture de l'orifice utérin. Je dis l'orifice et non les orifices utérins, car, dans le langage obstétrical actuel, on ne donne le nom de dilatation à l'ouverture de l'orifice utérin que lorsque l'effacement est complet, lorsque, en un mot, il n'y a plus que l'orifice externe.

Toutes les fois que l'effacement n'est pas achevé, quelle que soit l'ouverture du col utérin, on n'a pas le droit d'employer le mot de dilatation.

Or il n'y a aucun avantage à limiter ainsi le sens de ce mot, et il vaut mieux l'appliquer aussi bien à l'ouverture de l'orifice interne de la cavité cervicale qu'à celle de l'orifice externe³.

Il peut donc y avoir :

- Dilatation de l'orifice interne;
- Dilatation de la cavité cervicale;
- Dilatation de l'orifice externe.

¹ 52 autopsies. Varnier. *Annales de gynécologie*, t. XXVIII, p. 40.

² L'effacement pendant la grossesse est au contraire la règle lorsqu'il y a engagement profond comme chez les primigestes, ou surdistension de l'utérus (grossesse gémellaire, gros fœtus, hydramnios). — Toutes les fois qu'au terme de la grossesse on trouve le col effacé, il faudra donc penser à l'existence possible d'une de ces causes.

³ Voyez mes *Travaux d'obstétrique*, t. I^{er}, p. 390.

La dilatation de l'orifice externe n'indiquera nettement l'existence du travail que lorsque l'effacement sera complet ou en train de s'effectuer.

Le mot de dilatation ne devra jamais être employé sans indication simultanée de l'effacement qu'il soit nul, incomplet ou complet.

En généralisant ainsi le sens du mot dilatation, l'accoucheur ne pourra être embarrassé pour décrire avec précision les caractères du col utérin.

Quand on a indiqué la longueur du col (c'est-à-dire le degré d'effacement), le degré de dilatation de l'orifice externe, de la cavité cervicale (s'il y a lieu) et de l'orifice interne (s'il existe encore), on s'est nettement expliqué et tout auditeur est apte à vous comprendre.

Pendant qu'il s'ouvre progressivement, sous l'influence de la contraction utérine, l'orifice externe est :

- Tantôt circulaire ;
- Tantôt ovalaire ;
- Tantôt irrégulier (cicatrices — cancer).

L'épaisseur du col est variable suivant la parité :

Chez la *primipare* il y a un amincissement très marqué ; le bord de l'orifice donne une sensation analogue à celle qu'on éprouve en touchant le frein de la langue.

Chez la *multipare* au contraire, le pourtour du col est épais, uni, analogue aux lèvres légèrement tendues sur les dents par la contraction de leurs muscles intrinsèques.

La rapidité de la dilatation de l'orifice externe varie avec la parité (10 heures environ chez les primipares, 5 heures chez les multipares), avec la vigueur de la contraction utérine, avec l'état de ramollissement du col, avec la présentation, avec l'état du bassin, etc.

Elle marche d'autant plus rapidement qu'elle est plus avancée.

Sa progression est en général régulière ; cependant il n'est pas rare d'observer un arrêt pendant une demi-heure, une heure et même davantage ; arrêt qui peut se renouveler à plusieurs reprises.

Parfois même l'orifice externe, après s'être dilaté jusqu'à présenter un diamètre de 2 ou 3 travers de doigt, revient sur lui-même, le col se reforme.

La grossesse reprend son cours normal jusqu'à réapparition du travail après un temps variable. C'est ce que l'on désigne sous le nom de *rétrocession du travail*. Cette rétrocession pour être complète nécessite l'intégrité de la poche des eaux, sinon elle sera incomplète, et la dilatation momentanément arrêtée ou diminuée ne tardera pas dans ce dernier cas à reprendre sa marche régulière.

Pendant la dilatation de l'orifice externe, diverses complications peuvent surgir, parmi lesquelles je mentionnerai l'œdème et les déchirures.

Œdème.

Tantôt *généralisé* à tout le pourtour du col, comme on l'observe dans certains cas de travail prolongé.

Chez la *multipare* envahissant et épaississant le bord libre de l'orifice (fig. 207).

Chez la *primipare*, respectant le bord libre, qui conserve sa minceur caractéristique (fig. 208).



Fig. 207. — Œdème du col chez la multipare.
(La partie rayée indique le gonflement.)



Fig. 208. — Œdème du col chez la primipare.

Tant *localisé* à une portion du col, presque toujours à la lèvre antérieure ainsi qu'on l'observe de préférence dans les occipito-postérieures, à cause de la compression exercée par le front derrière le pubis. Le col se trouve pincé entre deux surfaces osseuses : la gêne circulatoire et le froissement en résultent¹.

Déchirures.

La partie fœtale, poussée trop violemment par la contraction utéro-abdo-

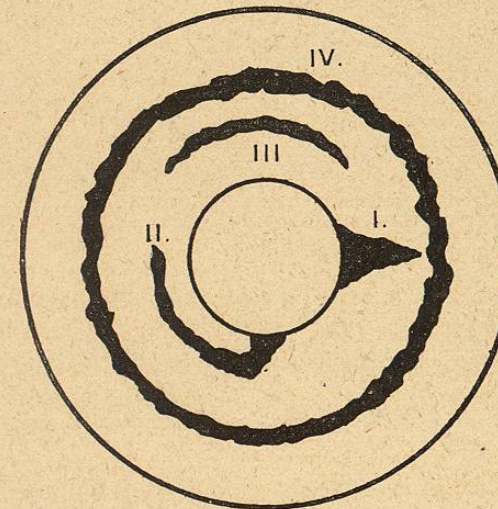


Fig. 209. — Déchirures du col.

minale, produit parfois de véritables effractions qui se traduisent (fig. 209) :

¹ Consulter : G. Etienne. *Du gonflement de la lèvre antérieure du col utérin comme cause de ralentissement du travail et moyens d'y remédier.* Archives de Tocologie, 1892, p. 203.

I. — Tantôt par une simple *fente*, qui s'observe plus volontiers à gauche, à cause du siège plus fréquent de l'occiput de ce côté que de l'autre.

II. — Tantôt par une *lanière*; le trait de la déchirure, parti de l'orifice, se recourbe bientôt, pour marcher parallèlement à la circonférence cervicale.

III. — Tantôt par une *boutonnière*, sorte d'éclatement produit dans le tissu du col, sans que l'orifice extérieur soit intéressé.

IV. — Tantôt par une *rondelle*, boutonnière circulaire, qui détache toute la partie inférieure du col, la séparant comme une rondelle ou une bobèche.

Le degré de dilatation de l'orifice externe s'évalue à l'aide du toucher; pour le traduire on se sert de diverses comparaisons.

Les vieux auteurs comparaient volontiers avec des pièces de monnaie. Pour être plus scientifique, Budin a proposé d'évaluer la dilatation en centimètres, et moi-même en travers de doigt; mais la comparaison avec les pièces de monnaie prévaut malgré tout, et nous conformant à l'usage, nous dirons:

Dilatation comme une pièce de 0 fr. 50	—	—	1 fr.
—	—	—	2 fr.
—	—	—	5 fr.

puis, les pièces faisant défaut: dilatation comme la paume de la main, et enfin complète.

La dilatation est dite *complète*, lorsque le pourtour de l'orifice externe arrive au contact de la ceinture pelvienne. Elle est dite *suffisante*, lorsqu'elle permet le passage du fœtus; cette dernière condition est relative au volume de l'enfant.

Dans le diagnostic du degré de dilatation, il faut avoir présentes à l'esprit certaines *causes d'erreur*, afin de les éviter:

PLI CIRCULAIRE VAGINAL, déjà mentionné (page 82).

PLIS DU CUIR CHEVELU, qu'on peut à tort prendre à un examen rapide pour le bord de l'orifice utérin.

POCHE DES EAUX VOLUMINEUSE, emplissant le vagin et derrière laquelle la dilatation n'est parfois que de deux ou trois travers de doigt.

AMINCISSEMENT DU SEGMENT CERVICO-UTÉRIN, tel qu'on se figure arriver directement sur la partie fœtale, et qu'on diagnostique une dilatation complète alors qu'elle peut être nulle.

DÉVIATION DE L'ORIFICE UTÉRIN (surtout en arrière) faisant croire à une oblitération ou empêchant de constater le degré de dilatation, l'orifice étant inaccessible.

Il suffit de comprendre ces causes d'erreur pour savoir les éviter.

B. — OUVERTURE DU VAGIN ET DE LA VULVE

Le vagin, dont la vulve peut être considérée comme l'orifice extérieur, n'oppose par lui-même qu'une faible résistance à la progression de la partie

fœtale; l'hymen seul chez certaines primipares est susceptible de causer un obstacle de quelque importance¹. Mais le vagin est couché sur le périnée, qui, surtout chez les primipares, oppose une résistance sérieuse à la sortie du fœtus; d'où la nécessité pour le vagin comme pour le col d'un véritable travail, afin de permettre l'accouchement.

On voit, d'après ce qui précède, la différence qui existe ici entre l'ouverture du col et celle du vagin. Le col oppose une résistance *intrinsèque* à

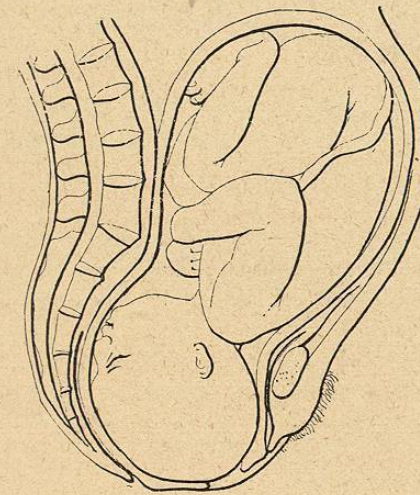


Fig. 210. — Ampliation périnéale pendant l'accouchement.

l'accouchement, il lutte par lui-même; le vagin, au contraire, n'offre qu'une résistance *extrinsèque*, due aux muscles et aponévroses qui l'avoisinent et le soutiennent.

Pour la description de l'ouverture vagino-vulvaire, je suppose une présentation du sommet, la plus commune. L'utérus se contracte, et, aidé par l'effort, il pousse l'extrémité céphalique dans le canal vaginal, dont la direction est perpendiculaire à celle de l'axe utérin, de telle sorte que la tête fœtale, chassée parallèlement à l'axe utérin, tend, ainsi que l'indique la figure 210, à creuser, à défoncer le périnée.

Le périnée, essentiellement rétractile et contractile, réagit contre cette poussée venue de l'utérus, et l'effet de ces deux forces combinées est de diriger la partie fœtale vers l'orifice vulvaire.

De même que pendant la période d'ouverture du col utérin et de dilatation, il y avait lutte entre les fibres du corps et celles du col y compris le segment inférieur (duel des fibres lisses), de même pendant la période d'ouverture du vagin ou d'expulsion, il y a lutte entre les parois abdominales auxquelles l'utérus vient porter aide, et le périnée (duel des fibres striées).

Le périnée constitue une sorte de porte à un seul battant, *flexible*, dont la charnière est représentée par l'articulation sacro-coccygienne, et le côté libre par la partie inférieure de l'orifice vulvaire. Cette porte, flexible comme il

vient d'être dit, s'ouvre sous la pression fœtale, d'abord dans sa partie postérieure ou *coccy-anale*, puis dans sa partie antérieure ou *ano-vulvaire*.

1° *Ampliation coccy-anale*. — La tête à la manière du pied qui appuie, sur une pédale, presse d'abord sur le coccyx, qu'elle chasse et éloigne; mais le coccyx, solidement maintenu de chaque côté par les fibres du releveur périnéal (éventail sciatique), oppose un obstacle sérieux au passage de la tête.

Quand, à ce moment, on pratique le toucher vaginal, ou rectal, et qu'on insinue le doigt entre le coccyx et la partie fœtale, on le sent violemment comprimé à chaque contraction.

Toutefois, à moins d'ankylose sacro-coccygienne, l'ouverture se fait petit à petit, la tête progresse d'arrière en avant; quand, le siège de la parturiente bien soulevé, on examine la région périnéale, on la voit bomber dans sa portion postérieure et l'anus commence à s'entr'ouvrir.

2° *Ampliation ano-vulvaire*. — La progression continue. L'anus s'entr'ouvre de plus en plus. il mesure 2, 3, jusqu'à 4 centimètres de diamètre

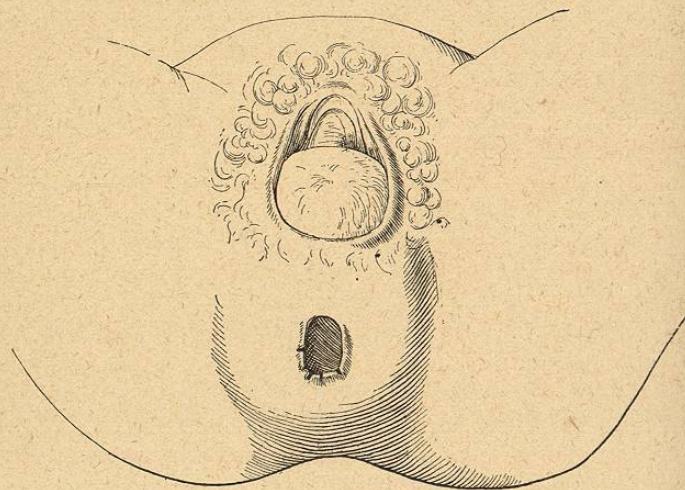


Fig. 211. — Ampliation périnéo-vulvaire. Ouverture de l'anus.

(fig. 211), et laisse voir la muqueuse rectale. La tête à ce moment apparaît à la vulve, puis rentre dans l'intervalle des contractions. A chaque nouvel effort provoqué par l'action utérine, la tête avance un peu plus, et dilate l'orifice vulvo-vaginal, puis vulvaire.

Bientôt enfin, par un mouvement de bascule, que nous étudierons plus loin avec le mécanisme de l'accouchement, la tête sort distendant le périnée au maximum et l'entraînant en avant.

Aussitôt que les bosses frontales, c'est-à-dire la partie la plus volumineuse de la région fœtale, ont passé, le périnée qui a été entraîné, revient en arrière découvrant la partie fœtale, de même que la vague sur le rivage se retire en laissant à nu le sable sur lequel elle a été lancée.

La première partie de l'accouchement est terminée, l'un des ovoïdes est sorti, et l'autre va s'échapper par un mécanisme analogue. La porte périnéale a été ouverte de force par le premier ovoïde, de telle sorte que le passage du second se fera avec une facilité relative.

Le périnée, pendant cette ampliation, subit une énorme distension transversale, et surtout antéro-postérieure, à tel point que la distance qui s'étend de l'extrémité inférieure du sacrum à la fourchette arrive à être approximativement de 20 centimètres environ, 4 pour l'anus et 8 environ pour chacune des parties rétro (y compris le coccyx) et anté-anales. Cette distance peut même être supérieure¹.

Une des complications les plus fréquentes de l'accouchement est constituée par les plaies de la vulve et du périnée, qui sont pour ainsi dire la règle, car, sur 100 cas², je n'ai trouvé la vulve intacte que 5 fois — 5 p. 100.

Quand la tête fœtale, — je suppose un accouchement en présentation du sommet, — est arrivée au niveau de l'orifice hyménéal ou vulvo-vaginal, et qu'elle a ouvert cet orifice par distension et par effraction, elle rencontre, avant de s'échapper au dehors, un nouveau canal constitué en haut par le capuchon, latéralement par les petites lèvres, en bas par la fosse naviculaire se terminant à la fourchette, c'est le canal vulvaire, qui fait suite au canal vaginal, dont il est séparé par l'orifice hyménéal ou vulvo-vaginal.

Ce canal vulvaire, court, mince, cutané, s'étend donc de l'orifice vulvo-vaginal, au bord libre du capuchon, et des petites lèvres, se joignant en bas au niveau de la fourchette.

La tête, en avançant, poussée par la contraction utéro-abdominale, va se coiffer de cet anneau vulvaire. Elle distend ce canal et l'aplatit, latéralement contre les grandes lèvres, en haut contre le pénil. Les petites lèvres se trouvent ainsi soutenues et doublées par les grandes, de même que le capuchon par le mont de Vénus.

Malgré ce soutien, qui est d'ailleurs insuffisant, les petites lèvres, le capuchon et la paroi de la fosse naviculaire, distendues outre mesure par la tête fœtale, sont exposées aux déchirures.

De même que pour un vêtement trop étroit, qu'on veut néanmoins endosser, on voit tantôt le drap (face externe), tantôt la doublure (face interne), tantôt les deux à la fois, se déchirer, on observe sur l'anneau vulvaire, tantôt des déchirures de la face interne, tantôt de la face externe, tantôt de véritables boutonnières (perforation des petites lèvres, déchirure centrale du périnée). Il peut, enfin, y avoir des ruptures qui, partant du bord libre, se dirigent plus ou moins loin dans l'épaisseur des tissus.

En laissant de côté les *ecchymoses*, qui composent le premier degré des traumatismes vulvaires, on peut diviser les plaies de cette région en trois catégories :

¹ Pendant l'ampliation anale on observe de temps en temps un mouvement du périnée qui rapproche de l'anus la commissure vulvaire, mouvement volontaire, sorte de *clignement du périnée*, dû à la contraction du muscle sphincter externe de l'anus qui s'efforce d'expulser les matières fécales arrivées à son niveau.

² *Travaux d'obstétrique*, t. II, p. 346.