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-énergique, 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 complétement 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 reconnaîtra 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'ouver- » ture. C'est dans le sens transversal qu'il faut faire agir son tranchant, de ma- » nière 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 complétement 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 émollientes, 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'opérant 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