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 : avantageuses 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 serpentin, 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 complétement 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, Merriman, 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-

troit supérieur et par une laxité très-prononcée des parois abdominales. Lorsque cette laxité est portée à l'extrême, les muscles du ventre cèdent et se relâchent peu à peu, la matrice se porte de plus en plus en devant et en bas, son fond passe par-dessus les pubis, et tombe en forme de sac renversé sur les cuisses. C'est à ce déplacement qu'on a donné le nom de ventre en besace, et c'est lui que les auteurs latins désignent sous le nom de *venter pendulus*. Pendant la grossesse, si l'on ne soutient pas l'abdomen par un bandage approprié, elle produit des douleurs vives dans les aines, les lombes et le devant des cuisses. Pendant le travail, le col de la matrice, qui est dirigé fortement en arrière et appliqué contre un des points de la face antérieure du sacrum, se dilate avec la plus grande difficulté ; si la rupture des membranes s'opère prématurément, si le bassin est un peu large, il arrive presque toujours que la tête du fœtus pousse au devant d'elle la partie antérieure et postérieure du corps de la matrice, qui vient se montrer à la vulve pendant que son orifice est fortement placé en haut et en arrière. Si le bassin est étroit, cet engagement de la tête n'a pas lieu, mais la paroi utérine antérieure se trouve alors fortement pressée entre la tête, qui est fortement chassée par la contraction, et l'un des points du détroit supérieur. Dans le premier cas, la distension énorme, dans le second, la compression que subit la paroi inférieure de l'utérus, exposent cette partie de l'organe à la déchirure ou à la gangrène.

L'exploration abdominale et le toucher vaginal peuvent seuls nous éclairer sur la cause des difficultés et des douleurs que ressent la femme. L'examen extérieur fera facilement reconnaître l'obliquité du corps. Le doigt, introduit dans le vagin, trouvera, si la tête est engagée dans l'excavation, une tumeur volumineuse, partout lisse et arrondie, qui remplit toute la cavité du petit bassin, et sur laquelle on ne rencontrera aucune ouverture qui représente celle du col de l'utérus ; mais en le dirigeant en arrière et en haut, vers l'angle sacro-vertébral, on atteindra, quelquefois très-difficilement, le bord antérieur du col ; il sera le plus souvent impossible de sentir la lèvre postérieure. Plusieurs fois cette circonstance a été prise pour une oblitération complète du col ou une imperforation de la matrice, et plusieurs fois aussi l'opération césarienne vaginale a été pratiquée là où il ne fallait que remédier à l'obliquité du corps de l'utérus. Si la tête n'est pas encore engagée, on ne trouvera pas la tumeur dans l'excavation, mais on aura la même difficulté pour atteindre le col.

Le palper abdominal et le toucher par le vagin doivent être employés tous les deux. Nous avons déjà vu, en effet (page 722), que le col pouvait être oblique, le corps conservant sa rectitude naturelle, et l'on conçoit alors que le toucher employé seul pourrait faire croire à une obliquité qui n'existe réellement pas. D'un autre côté, l'exploration interne peut seule nous mettre à l'abri des erreurs que l'aspect difforme du ventre de la femme pourrait faire commettre ; c'est elle seule, en effet, qui pourra nous faire distinguer l'obliquité de ce vice de conformation dont nous avons déjà parlé sous le nom d'antéflexion, et qui donne à la matrice la forme d'une cornue. Dans le premier cas, le col utérin sera senti vers le plan postérieur du bassin en arrière et en haut ; dans le second, au contraire, l'orifice correspondra au centre du bassin, malgré la forte inclinaison du corps de la matrice en avant.

2° Obliquité postérieure.

L'obliquité postérieure doit être attribuée à une très-grande résistance des parois abdominales, qui empêche l'utérus de suivre la direction de l'axe du détroit supérieur, et de se porter en avant : aussi se rencontre-t-elle presque exclusivement chez les femmes primipares. Elle a été niée à tort par quelques auteurs, qui l'ont considérée comme impossible. Ce n'est pas, en effet, relativement à l'axe du corps qu'il faut juger de la direction de l'axe utérin, mais relativement à l'axe du détroit supérieur. Or il est incontestable que, dans quelques cas, au lieu d'être dirigée de haut en bas et d'avant en arrière, la matrice a son grand axe dirigée d'arrière en avant, et quelquefois même presque parallèlement au plan du détroit abdominal, de sorte que, son fond étant couché sur le plan postérieur et inférieur du ventre, son col est placé au-dessus des pubis.

La déviation de l'orifice vers le pubis est incontestable dans un certain nombre de cas, nous accorderons cependant volontiers qu'au lieu de chercher dans ce fait une obliquité de l'utérus, il vaudrait peut-être mieux l'expliquer par une irrégularité dans le développement de l'utérus, dont la moitié postérieure se serait abaissée outre mesure, pendant que la moitié antérieure aurait résisté.

Je ne crois pouvoir mieux faire connaître les signes qui appartiennent à cette obliquité que d'en rapporter quelques exemples. Ces citations auront, en outre, l'avantage de constater le fait et d'établir sa possibilité.

« J'ai eu, dit Merriman, à qui j'emprunte l'observation suivante, l'occasion d'observer deux fois cette singulière et inusitée position de l'utérus, dans laquelle l'orifice du col est si porté au-dessus de la symphyse des pubis, qu'il est inaccessible au doigt, et le corps de la matrice remplit tellement la partie postérieure du bassin, qu'il est impossible de toucher le sacrum. Un cas semblable avait déjà été publié par le docteur Jackson ; mais il s'agissait d'une femme qui n'était pas encore arrivée au terme de sa grossesse. Dans la première de mes observations, la femme était à terme, le travail dura plusieurs jours ; mais, après des efforts très-énergiques, l'utérus se rétablit dans sa position ordinaire, et l'accouchement se termina spontanément. L'enfant naquit sans vie, mais la femme se rétablit. L'autre a déjà été publiée depuis longtemps dans une dissertation sur la rétroversion de l'utérus, qui a été si vivement critiquée par le docteur Dewees. En voici un extrait :

» Madame F... éprouva les premières douleurs de l'enfantement le 16 juin 1806. Presque au même instant, elle perdit un peu d'eau, et dès lors ses douleurs revinrent à des intervalles éloignés, mais fortes et énergiques. Lorsque, dans le cours de la journée, la malade fut examinée, voici ce que l'on constata : toute la partie postérieure du bassin était remplie par une tumeur globuleuse qui empêchait le doigt de se glisser vers le coccyx et le sacrum ; l'index

était obligé, en suivant la surface de cette tumeur, de se porter vers les os pubis, et il pouvait, dans cette direction, se porter au-dessus de la crête pubienne ; mais ni là ni ailleurs il ne pouvait sentir le col de l'utérus.

» En introduisant le doigt dans le rectum, il semblait que la tumeur était formée par l'utérus, à travers la paroi duquel on sentait quelque partie volumineuse de l'enfant ; mais il était impossible de distinguer si c'était la tête ou les fesses.

» Le 17, l'écoulement du liquide amniotique continua, les douleurs étaient toujours très-vives, et la tumeur plus rapprochée du périnée. La femme fut prise de convulsions, de fièvre et de délire ; mais la saignée et les purgatifs mirent fin à ces accidents.

» Le 18 et le 19 ne présentèrent rien de particulier à noter ; les douleurs continuèrent, cependant elles furent moins fortes que les jours précédents.

» Le 20, on fit un nouvel examen. La tumeur présentait la même forme et le même volume, masquant complétement la face antérieure du sacrum ; car le coccyx lui-même ne put être senti qu'en introduisant un doigt dans le rectum. Lorsque le doigt était porté en avant, la seule direction dans laquelle il pût pénétrer, il atteignait au-dessus des pubis ; mais là encore il ne put retrouver le col ; cependant, en retirant le doigt, on sentit quelque chose d'inégal qui fit croire que le col se trouvait au-dessus de la symphyse, et nous fit espérer qu'un changement était sur le point de se faire dans la position de l'utérus (*that an alteration in the state was at hand*).

» Notre espoir ne fut pas trompé ; car, dans le jour suivant, le 21, on aperçut un changement très-remarquable dans la situation de la tumeur globuleuse qui occupait le bassin ; les douleurs étaient devenues plus énergiques, et la tumeur, qui auparavant appuyait sur le périnée, sembla s'être un peu portée en arrière, tandis qu'une masse aplatie (la tête du fœtus dans un état complet de putréfaction) était fortement poussée en bas entre le pubis et la tumeur utérine. Après quelques heures d'actives douleurs, la tumeur remonta au-dessus du détroit supérieur, et ne put plus être sentie ; mais alors le col de l'utérus fut aisément distingué, quoique encore très-élevé.

» On jugea convenable de pratiquer la perforation du crâne, et quelques douleurs, aidées de quelques tractions, terminèrent le travail. La malade se rétablit parfaitement, mais n'a pas eu d'enfants depuis. »

« Sur une femme, dit M. Velpeau, qui vint faire ses couches à mon amphithéâtre en 1828, le fond de l'utérus était plutôt incliné en arrière qu'en avant. La tête du fœtus formait au-dessous du détroit une saillie considérable qui descendait jusqu'auprès de la vulve, et se trouvait au devant de la symphyse du pubis. Les parois du ventre étaient d'ailleurs si minces, qu'on sentait aisément la tête, les fontanelles et les sutures à travers leur épaisseur. L'occiput était à droite, la face à gauche. Le pariétal droit appuyait contre la face antérieure de la symphyse pubienne, et le gauche se trouvait en avant. Le col utérin, qu'il fallait aller chercher au niveau du détroit supérieur, semblait être creusé dans l'épaisseur de la matrice, ce qui lui donnait beaucoup plus de longueur en

arrière que dans le sens contraire. Pour trouver l'orifice et pénétrer vers la tête de l'enfant, je fus obligé de recourber le doigt, de manière à le faire passer horizontalement au-dessus des pubis. Après sept jours de douleurs et de contractions assez fortes, le col, quoique très-mou et très-dilatable, ne s'était que très-légèrement entr'ouvert. Desormeaux pensa comme moi qu'il fallait, à l'aide de l'action de la main et de la position convenablement combinées, tâcher de reporter la tête dans le centre du détroit supérieur, en la faisant glisser de bas en haut, et d'avant en arrière par-dessus les pubis. Cette manœuvre fut commencée à huit heures et demie, et à neuf heures il n'y avait plus de tumeur au-dessous de la symphyse. Dès lors le travail marcha si rapidement, qu'en moins d'une heure on vit l'enfant sortir, et la délivrance se terminer. »

Le docteur de Billi, professeur à Milan, a rapporté (*Ann. de chirurg.*, 1845, p. 113) un cas dans lequel la rétroversion était tellement complète, que l'orifice était situé à cinq travers de doigt au-dessus des pubis, tandis que la partie postérieure de l'excavation était remplie par la tête du fœtus. Le fond de l'utérus, sous la forme d'une tumeur dure et arrondie, était placé entre le vagin et le rectum, qu'il comprimait violemment.

Je pourrais encore ajouter quelques exemples empruntés à Dugès, mais ceux-ci suffisent, je pense, pour faire bien comprendre ce qu'on doit entendre par obliquité postérieure de la matrice.

En résumant les symptômes si bien décrits par Merriman, nous aurons : 1° élévation très-considérable du col de l'utérus, qui est fortement porté en haut et en avant au-dessus de la symphyse pubienne ; 2° lenteur de la dilatation du col ; 3° tumeur constituée par une partie du fœtus (probablement l'épaule), poussant devant elle la partie inférieure et postérieure du corps dont elle était coiffée, fortement engagée dans l'excavation et occupant toute la cavité du petit bassin (1) ; 4° tête située au-dessus de la symphyse des pubis. En résumant également les caractères principaux de l'observation de M. Velpeau, nous retrouvons : 1° élévation très-considérable de la partie qui se présente ; 2° élévation très-marquée du col de l'utérus, dont l'orifice, tourné directement en devant, est situé au-dessus de la symphyse des pubis, et très-difficilement accessible au doigt ; 3° enfin, tumeur considérable formée par la tête du fœtus, et située au devant de la face antérieure de la symphyse. Cette tumeur avait déjà été signalée par Dugès dans plusieurs de ses observations (2).

(1) Il est infiniment probable que c'est à la putréfaction du fœtus qu'est dû l'engagement de l'épaule dans l'excavation. Merriman n'a pas noté la saillie formée par la tête au-dessus de la symphyse ; l'absence de cette saillie, si remarquable dans l'observation de M. Velpeau, est certainement due à cet engagement de l'épaule. La tête était probablement renversée sur l'épaule opposée. Il s'est opéré une version spontanée céphalique.

(2) Dans plusieurs cas on a remarqué que la tête du fœtus offrait, après la naissance, une trace rouge, longitudinale, entre l'une des bosses pariétales et la suture sagittale. Cette impression, étroite et allongée, paraît être due à la contusion exercée sur la peau du crâne par le bord supérieur du pubis. Dans un cas de ce genre, rapporté par Paisley, la sage-femme ne put sentir la tête de l'enfant qu'après l'écoulement des eaux. Cette tête ne descendit pas : la femme mourut d'épuisement, et, à l'ouverture du cadavre, on trouva l'os frontal et le pariétal du côté droit appliqués contre les os pubis, qui y avaient fait une impression, laquelle occupait l'étendue d'environ 2 à 5 centimètres.