

Dans la rigidité du col, considérée en dehors de sa nature et uniquement au point de vue de son siège anatomique, le rétrécissement peut porter, ou sur l'orifice utérin tout seul,—ou sur la portion vaginale du col, — ou sur le cervix tout entier. De là, 3 cas.

a) Dans le premier cas (rigidité de l'orifice, agglutination ou même soudure des lèvres du col), l'obstacle occupe une portion très limitée de l'organe ; il suffit alors d'une simple manœuvre exécutée à l'aide du doigt ou d'un instrument mousse pour amener l'écartement des lèvres et permettre à la dilatation de suivre son cours. Si cette manœuvre ne produit aucun résultat, c'est qu'il s'agit d'une rigidité dépassant l'orifice, c'est-à-dire intéressant la portion vaginale du col. Le cas rentre alors dans la 2^{me} catégorie, la plus commune de toutes, que nous allons examiner.

b) La rigidité intéresse la portion vaginale du col. Cet état se rencontre fréquemment chez les primipares âgées, ou chez les multipares qui n'ont pas accouché depuis longtemps.

Il peut également être la conséquence d'un processus cicatriciel ayant évolué sur le col, à la suite de cautérisations, d'amputations mal réussies ou pratiquées d'après les anciennes méthodes (écraseur, anse galvanique, etc.). Il peut enfin résulter d'un lésion de dégénérescence syphilitique ou carcinomateuse.

Quelle que soit la cause, quand cette rigidité se produit, le col utérin ne se dilate qu'incomplètement, malgré les plus énergiques contractions du reste de l'organe. La portion vaginale, effacée mais non dilatée, s'applique comme un rebord résistant sur la partie fœtale qui se présente.

Ce rebord, plus ou moins épais, prend excentriquement son origine sur le pourtour de l'insertion vaginale, insertion qu'on peut à ce moment reconnaître par le toucher. Chez quelques primipares, ce rebord peut offrir une légère saillie marginale, due au segment interne et non encore effacé de la portion vaginale du col.

Cette rigidité une fois constatée, que peut-il advenir en ce qui concerne la suite de l'accouchement ?

Dans la plupart des cas, il s'agit là d'un état spasmodique, d'un obstacle apparent et transitoire, dont les moyens médicaux (narcotiques, émoullents, etc.), ont facilement raison. Aussi, tant qu'il n'existe aucun danger sérieux pour la mère ou pour l'enfant, est-il indiqué d'attendre.

Dans d'autres cas, quand il s'agit d'un obstacle permanent et non surmontable, il se produit une inertie secondaire de toute la matrice, ou bien une forte distension limitée au segment inférieur, toutes conditions qui se traduisent par une tendance fâcheuse à la rupture utérine.

Enfin, si une rigidité de nature incoercible siège sur un ou plusieurs