

Travaux Originaux

CLINIQUE OBSTETRICALE

Rigidité du col.

(Par E. A. René de Cotret, professeur adjoint d'obstétrique, accoucheur de la Maternité).

"C'est comme si l'utérus, présentant la lutte imminente, n'avait pas le courage d'ouvrir la bouche."

GARRIGUES.

Messieurs,

Je vous ai fait voir cette malade dont quelques-uns d'entre vous ont suivi l'accouchement caractérisé par un fait clinique assez important. La première fois que nous avons examiné cette malade, nous avons trouvé un col effacé, dilaté un peu plus qu'une pièce de cinquante cents. Il était alors deux heures de l'après-midi.

La patiente primipare est une femme maigre, d'un tempérament très nerveux ; elle est âgée de 20 ans. Son accouchement commencé le matin à 2 heures, a bien marché. A 8 heures le col est à demi effacé et il laisse pénétrer facilement le doigt entre ses lèvres. Les douleurs sont régulières et bonnes. A deux heures de l'après-midi donc, tout ayant bien été, le col effacé, présente cette dilatation citée plus haut, un peu plus qu'un cinquante sous. La malade nerveuse se laisse examiner plus ou moins facilement par le toucher. Le palper est pratiqué avec aisance par moi, mais quand quelques-uns d'entre vous veulent répéter mes manœuvres, l'utérus à l'air de s'irriter et entre en contractions fréquentes.

A 4 heures de l'après-midi, le col est dans le même état et cependant les contractions régulières sont bonnes, énergiques. Je prescris 15 grains de chloral et 30 grs. de bromure de potassium.

A 8 heures, tout est dans le "statu quo" : même effacement, même dilatation ; le col est toujours tendu ; la poche des eaux n'est pas rompue ; la malade souffre beaucoup ; nouvelle dose de chloral et de bromure de potassium. Une

heure plus tard la rigidité du col, oui j'ai bien dit la "rigidité" du col, cède et la dilatation progresse par la suite.

A minuit les membranes sont rompues artificiellement, le col étant complètement dilaté. La tête exécute lentement sa descente et sa rotation. A trois heures du matin, la malade épuisée n'a plus la force suffisante pour expulser son enfant et le forceps est appliqué.

Qu'est-ce qui a donc retardé ainsi cet accouchement et épuisé la malade au point de nous forcer à faire une application de forceps ?

Je l'ai dit, c'est la "rigidité du col." Qu'est-ce que cette "rigidité du col" ?

Il y a rigidité du col quand celui-ci faillit à la tâche de s'ouvrir de la manière normale sous l'effort de la contraction utérine ; on peut aussi dire que par "rigidité du col", on désigne un état particulier, caractérisé par la résistance passive ou active de ce col à la dilatation, et qui retarde ainsi l'accouchement.

On admet généralement trois variétés de rigidité : "la rigidité anatomique, la rigidité spasmodique et la rigidité pathologique.

Cette division, qu'un certain nombre, sinon la plupart des accoucheurs, semblent adopter à regret parce qu'ils la trouvent dans tous les vieux traités classiques, a quelque chose d'artificiel qui répond plus ou moins au besoin clinique. Si la question de la rigidité du col est controversée, c'est surtout au point de vue de cette division même qu'elle l'est. Pendant que tous admettent la variété pathologique, quelques-uns nient ou discutent les variétés "anatomique et spasmodique." La clinique, d'après quelques accoucheurs, semble cependant offrir dans une foule de cas certains états du col qui répondraient à ces deux variétés.

Pour la facilité de la description j'adopterai la division classique et j'expliquerai tour à tour ce qu'on entend par "rigidité anatomique, rigidité spasmodique et rigidité pathologique."

I.—RIGIDITE ANATOMIQUE. — La rigidité anatomique, rigidité mécanique de Pajot, ou rigidité simple, consiste, d'après Charpentier, en un