pendant toute la durée de la grossesse, ne provoquent l'expulsion de l'œuf qu'au terme de la gestation? La première raison à alléguer, c'est que les contractions faibles et insuffisantes au début deviennent plus énergiques à mesure que la tunique moyenne s'hypertrophie, mais que ce n'est qu'à la fin du neuvième mois que les fibres musculaires sont assez contractiles pour expulser l'enfant. En second lieu, nous ajouterons que les contractions, pendant le cours de la grossesse, font un effort inutile sur l'orifice interne dont le tissu ferme et résistant ne se prête pas à la dilatation. C'est donc par une sage précaution de la nature que le ramollissement du col se fait de bas en haut pour n'atteindre l'orifice interne qu'après le huitième mois. A ce moment, en effet, cet orifice se laisse dilater et les contractions effacent progressivement le col de haut en bas. Le terme de la grossesse est alors arrivé et les contractions utérines redoublent d'énergie. Ici seulement je ferai appel à la théorie de Power qui me paraît exacte pour expliquer la recrudescence des propriétés contractiles de la matrice, et bientôt le travail se déclare.

CHAPITRE II

DES PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES DE L'ACCOUCHEMENT.

Pour rendre plus facile l'étude des phénomènes du travail, la plupart des auteurs les ont divisés en groupes distincts, auxquels ils ont donné le nom de temps. Chacun a voulu avoir sa classification du travail, et l'on pourrait aujourd'hui en compter de vingt à trente. La division de Desormeaux nous paraît la plus simple : c'est celle que nous adopterons. Il admet un premier temps qui commence avec le travail, et s'étend jusqu'à la dilatation complète du col de l'utérus ; un second temps qui commence à cette époque et finit avec l'expulsion complète du fœtus ; enfin, un troisième comprend la délivrance.

Signes précurseurs. — Le plus souvent le terme de la grossesse est annoncé par un ensemble de symptômes auxquels la plupart des auteurs ont donné le nom de signes précurseurs du travail. Ainsi, dans la dernière quinzaine, quelquefois un peu plus tôt, quelquefois seulement cinq à six jours avant d'accoucher, l'utérus, qui s'élevait jusque dans la région épigastrique, s'abaisse sensiblement, et semble s'élargir un peu ; la gêne qu'il apportait dans la respiration diminue, et celle-ci devient plus libre ; l'estomac n'est plus autant comprimé et les digestions, quand elles étaient troublées, deviennent plus faciles ; les femmes moins fatiguées par les nausées et les vomissements, respirant plus facilement, deviennent, dit-on, plus gaies, plus légères, plus disposées aux mouvements. Cette dernière proposition peut être vraie pour quelques femmes, mais certainement elle n'est pas exacte pour toutes. Il m'a semblé, au contraire, qu'à mesure qu'elles approchaient du terme, leur position devenait de plus en plus pénible ; et cela me paraît s'expliquer facilement. Si, en effet, la respiration devient plus libre, si le fond de l'utérus s'abaisse, la partie inférieure de l'organe s'abaisse aussi en proportion. La tête, quand c'est elle qui se présente,

s'engage dans l'excavation ; poussant devant elle la partie inférieure de l'utérus, elle descend quelquefois jusque sur le plancher du bassin. De là, sentiment de pesanteur très-incommode vers le fondement, pression très-forte exercée sur le col de la vessie et le rectum, difficulté des garderobes, envies illusoires d'aller à la selle et d'uriner, ténesme vésicale, dysurie, quelquefois même strangurie; le gêne apportée dans la circulation des parties inférieures devient de plus en plus considérable; l'œdème, les varices des membres inférieurs et des parties génitales augmentent beaucoup ; les vaisseaux hémorrhoïdaux se gonflent ; les tumeurs hémorrhoïdales qui existaient avant sont beaucoup plus volumineuses et très-douloureuses pour la femme ; en même temps des glaires plus abondantes sortent par la vulve. C'est à la même époque que les ligaments du bassin se ramollissent, que le glissement des surfaces articulaires plus facile rend les articulations plus mobiles, par conséquent, que la marche est plus incertaine, plus pénible, quelquefois même impossible. Enfin, le plus souvent, à toutes ces incommodités, à toutes ces douleurs, s'en joint une autre qui contribue singulièrement à rendre l'état de la femme plus pénible encore : l'utérus, dans cette dernière période de la gestation, semble, par des contractions d'abord assez courtes, assez éloignées, mais qui bientôt se prolongent davantage et reviennent plus souvent, se préparer, pour ainsi dire, aux contractions violentes du travail. La femme éprouve de temps en temps de véritables douleurs, et si l'accoucheur examine alors le ventre, il peut, comme elle, constater qu'il se durcit, que l'utérus se contracte manifestement : ces contractions sont quelquefois à peine douloureuses, ne portent pas en bas, et peuvent seulement être constatées en plaçant la main sur le ventre. On s'aperçoit alors que le globe utérin se contracte, à la dureté plus grande qu'il présente. Après un temps assez court, la contraction se relâche, et les parois utérines reprennent leur souplesse habituelle (1). Chez les femmes qui ont déjà eu des enfants, on peut même, par le toucher vaginal, remarquer que pendant ces contractions les membranes bombent et s'engagent un peu dans la partie supérieure du col. Ces phénomènes précurseurs commencent à se manifester chez les primipares beaucoup plus tôt que chez les autres. Suivant certains auteurs, ces douleurs se font sentir d'abord et avec plus de force qu'en tout autre temps, quatre semaines avant le terme : quelques femmes qui ont déjà été mères n'hésitent pas alors à dire qu'elles accoucheront au bout d'un mois (Burdach). Ces douleurs ne sont pas, du reste, complétement inutiles : elles servent à l'amincissement du col et opèrent en général un commencement de dilatation : ainsi, j'ai cru remarquer que

(1) Ces contractions, phénomènes précurseurs du travail, me paraissent le résultat des modifications éprouvées par la partie supérieure du col dans les dernières semaines de la grossesse. Nous avons vu, en effet, que dans cette quinzaine l'anneau interne ramolli se laissait dilater, puis s'évasait, de manière que peu à peu la moitié supérieure du col se fondait dans la cavité du corps ; il est évident que le segment inférieur de l'œuf doit s'engager dans la portion évasée, puis bientôt se mettre en contact avec les points voisins de l'orifice externe. De ce contact doit nécessairement résulter une irritation de plus en plus vive sur les fibres irritables de cette moitié inférieure, et cette irritation réagissant sur le corps doit solliciter ses contractions, jusqu'à ce qu'enfin, tout le col étant effacé, l'irritation est plus vive et le travail commence.

lorsqu'il n'existait d'ailleurs aucune cause de dystocie, le travail était en général beaucoup plus rapide chez les femmes qui avaient été ainsi tourmentées par des douleurs souvent répétées dans la dernière quinzaine de la grossesse.

En résumé, contrairement à cette proposition reproduite dans tous les livres classiques : *les femmes sont plus gaies, plus alertes, plus disposées aux mouvements*, j'ai observé qu'en général elles sont plus tristes, plus souffrantes, et que, si elles paraissent mieux supporter leurs douleurs, c'est qu'elles sont encouragées par l'espoir d'un accouchement prochain dont elles voient l'annonce dans les souffrances mêmes qu'elles éprouvent.

Premier temps. — Enfin le terme de la grossesse est arrivé, le travail de l'accouchement commence. Chez le primipares, ce commencement du travail est annoncé par l'ouverture du col qui était resté fermé jusqu'alors ; chez les femmes qui ont déjà eu des enfants, par l'effacement complet du bourrelet offert jusqu'alors par les lèvres du museau de tanche. Les douleurs que nous venons de mentionner dans la dernière quinzaine de la grossesse prennent tout à coup plus d'acuité, reviennent plus souvent. Pendant ces douleurs, il est plus facile de constater que l'abdomen se resserre, que la matrice se durcit ; si le fond de l'organe était incliné à droite ou à gauche, on le voit se redresser sur lui-même et se rapprocher de la ligne médiane; les inégalités fœtales ne peuvent plus être senties à travers la paroi abdominale ; le col de l'utérus, qui est déjà un peu dilaté, se resserre aussi pendant la contraction, et ses bords sont tendus et résistants. Ces bords commencent à s'amincir. Les membranes sont tendues, pressent d'abord sur le col de l'utérus, puis s'y engagent, dès que la dilatation est assez avancée, sous forme d'un segment sphérique dont les dimensions augmentent à mesure que la dilatation elle-même s'accroît. Les parties de la génération deviennent plus humides, les glaires qui s'écoulent offrent des stries sanguinolentes. Les douleurs reviennent de plus en plus vives et de plus en plus rapprochées : chacune d'elles s'annonce par un petit frisson, une légère horripilation ; pendant leur durée, le pouls devient dur, fréquent, élevé. Le visage se colore, la chaleur augmente, la langue se dessèche, les femmes sont très-altérées ; souvent il survient des nausées, des vomissements ; la femme pleure, se désespère, devient très-irritable; n'ayant pas la conscience du travail qui s'opère, parce que, dit-elle, elle *ne sent rien s'avancer*, elle répète à chaque instant qu'elle n'accouchera jamais. Après la contraction, elle est moins agitée ; mais cependant la cessation de la douleur semble ne pas être entière, le calme n'est pas encore complet, et la femme, encore sous la douleur qui vient de cesser, craint sans cesse l'arrivée de celle qui doit lui succéder. Pendant l'intervalle des douleurs, les bords du col redeviennent souples, épais et arrondis ; les membranes qui, pendant la contraction, étaient lisses, tendues, sont flasques et plissées. La tête du fœtus, qui s'était éloignée de l'orifice, semble retomber, et devient beaucoup plus facilement accessible au doigt. A mesure que ces douleurs se répètent, l'orifice de la matrice se dilate de plus en plus jusqu'à ce qu'il soit complétement ouvert, et que la cavité du vagin et celle de la matrice ne forment plus qu'un canal non interrompu.

Quelques femmes peuvent dissimuler ces premières douleurs ; mais pour la plupart il est impossible de les cacher longtemps. Si elles causent, elles laissent tout à coup inachevée une phrase commencée, et gardent le silence jusqu'à ce que la douleur diminue ou cesse complétement ; si elles se promènent dans leur chambre, elles s'arrêtent tout à coup et s'appuient sur une chaise ou le premier meuble qui se trouve à leur portée.

Il n'est pas rare, à la fin de cette première période, de voir la femme être subitement prise d'un frisson violent, et quelquefois même d'un tremblement général, sans pourtant éprouver aucune sensation de froid. Les femmes elles-mêmes expriment souvent leur étonnement de trembler ainsi. C'est sans doute là une de ces modifications singulières imprimées au système nerveux par le travail de l'enfantement.

Deuxième temps. — Sous l'influence de ces premières douleurs dont la durée est du reste très-variable, l'orifice s'est agrandi, et présente enfin une ouverture suffisante : dès lors, tous les efforts utérins ont pour but d'expulser le corps étranger que renferme l'organe. Jusque-là l'utérus a agi seul pour dilater le col : mais, à partir de ce moment, il semble appeler à son aide la contraction des muscles abdominaux. Aussi les efforts et la douleur sont-ils portés à un degré beaucoup plus élevé. La chaleur du corps est beaucoup plus considérable, l'agitation est extrême, et, dans certains cas, il y a même trouble marqué des fonctions intellectuelles. Les douleurs sont plus fortes, plus rapprochées et cependant les femmes les supportent avec plus de patience ; elles aident la contraction utérine en contractant volontairement tous les muscles du tronc. Chaque douleur est suivie d'un calme plus parfait que dans le premier temps. Quand l'intervalle est un peu long, quelques femmes, épuisées par la fatigue, s'endorment d'un sommeil assez profond : doux repos qu'il faut respecter, mais qui est bientôt interrompu par une nouvelle douleur. Le segment inférieur des membranes s'engage de plus en plus dans le col ; les contractions successives et répétées font refluer l'eau de l'amnios vers ce point ; la partie inférieure de la poche amniotique est fortement bombée et tendue : privée de l'appui que lui fournissaient les parois du col, elle se rompt, et le liquide qu'elle contenait s'échappe avec plus ou moins de rapidité, plus ou moins d'abondance, suivant des circonstances que nous étudierons plus bas. Aussitôt le fœtus, poussé par la même contraction, vient s'appliquer sur le col, et bientôt la tête, si c'est elle qui se présente, s'engage dans l'orifice comme une espèce de bouchon qui empêche la sortie ultérieure des eaux de l'amnios. On dit alors que la tête est au couronnement. La sortie brusque du liquide, lorsqu'il s'en écoule une certaine quantité, suspend pour quelques instants la contraction utérine. La tête ne pressant plus autant sur le pourtour du col, une petite quantité de liquide s'écoule encore. Mais bientôt la contraction se réveille plus énergique et plus puissante. La tête du fœtus s'avance et franchit le cercle de l'orifice de l'utérus. Assez souvent alors, la femme pousse un cri violent, expression de l'excessive douleur que vient de causer ce passage de la tête. Celle-ci descend dans le vagin, dont les rides transversales s'effacent, et qui se dilate et s'allonge pour la recevoir. Quand la rupture des

membranes s'est opérée avant la complète dilatation du col, il arrive assez souvent que la tête descend jusque sur le plancher du bassin, mais toujours contenue dans l'utérus, et qu'elle ne franchit le col qu'au moment où elle s'engage au détroit inférieur. Quoi qu'il en soit, les douleurs deviennent de plus en plus violentes. Chacune d'elles est annoncée par un frémissement général; la femme se cramponne aussitôt à tout ce qui est autour d'elle, arc-boute les pieds contre les matelas, renverse la tête en arrière, fait une profonde inspiration et contracte violemment tous les muscles de son corps. La tête, poussée fortement, vient à chaque douleur presser et faire saillir le plancher du bassin. La compression que subit la partie inférieure du rectum détermine des envies illusoires d'aller à la garderobe. Après une résistance plus ou moins prolongée, le périnée cède enfin, se laisse distendre, proémine fortement en avant; la vulve s'entr'ouvre peu à peu, les petites lèvres s'effacent, la peau des environs est tiraillée pour concourir à l'ampliation de l'anneau vulvaire : la tête se montre alors dans la vulve entr'ouverte ; les matières fécales sont expulsées involontairement, ainsi que les urines : puis la douleur cesse. La tête, qui s'était déjà montrée, semble rentrer dans l'intérieur de l'excavation ; le périnée, fortement distendu, revient sur lui-même par son élasticité propre ; les grandes lèvres se rapprochent et la vulve se referme. A chaque douleur elle s'entr'ouvre de plus en plus, puis se rétrécit, jusqu'à ce que, par des efforts répétés, la résistance de toutes ces parties ait été suffisamment affaiblie (1). Enfin, une douleur atroce qui arrache des cris à la femme, qui est composée de deux douleurs d'inégale violence, et pour laquelle la nature semble avoir rassemblé toutes ses forces, amène d'abord les bosses pariétales au niveau des tubérosités de l'ischion, puis expulse la tête hors des parties. Dans quelques cas, l'expulsion du tronc suit immédiatement celle de la tête ; mais, dans le plus grand nombre, quelques secondes s'écoulent, puis la douleur se réveille, l'utérus se contracte de nouveau, et chasse le tronc du fœtus en même temps que le reste du liquide amniotique.

L'esquisse rapide des phénomènes de l'accouchement que nous venons de tracer ne nous a pas permis de nous arrêter sur chacun d'eux. Il en est cependant quelques-uns qu'il faut étudier avec plus de soin. Ainsi la douleur, la dilatation de l'orifice utérin, l'écoulement des glaires, et la rupture de la poche des eaux doivent particulièrement fixer notre attention. Nous serons bref sur les considérations physiologiques qui ont trait à chacun d'eux.

§ I. — Contractions utérines et douleurs.

La douleur, chez la plupart des femmes, est tellement inséparable de la contraction, que, dans le langage ordinaire, on confond, assez volontiers, la cause avec

(1) Quelques auteurs attribuent la rentrée de la tête après chaque douleur à l'entortillement du cordon sur le cou de l'enfant, et proposent différents moyens pour en faciliter la sortie. Cet effet, comme l'a remarqué Baudelocque, est simplement le résultat de l'élasticité du périnée, de la réaction des muscles compris dans son épaisseur, et de l'élasticité même des os du crâne. Il n'y a rien à faire qu'à attendre l'expulsion spontanée.

l'effet, et qu'on se sert indifféremment des deux expressions pour constater la contraction utérine, ses retours, sa durée, sa faiblesse et son intensité. Quoique le plus souvent l'intensité de la douleur soit en rapport avec la contraction utérine, il faut remarquer cependant qu'il n'en est pas toujours ainsi. La perception de la douleur causée par elle doit nécessairement varier en raison de la susceptibilité des femmes. Il en est, en effet, qui ressentent très-vivement de légères douleurs, et qui les expriment très-vivement; il en est d'autres, au contraire, dont la sensibilité est émoussée, et qui se plaignent à peine de contractions excessivement fortes. Il est certaines femmes, enfin, qui ont l'heureux privilége d'accoucher presque sans douleurs, ou du moins avec des douleurs très-faibles. Nous avons eu occasion de voir, à la Clinique, une jeune *primipare* qui fut réveillée par la douleur à quatre heures du matin, et qui accoucha à six heures ; elle avait si peus ouffert pendant ces deux heures qu'elle ne crut pas devoir avertir; elle ne fit appeler la sage-femme que lorsque les douleurs un peu plus violentes se manifestèrent. La sage-femme accourut aussitôt, et, à son arrivée, la tête était expulsée. Ce qu'il y a de remarquable encore, c'est qu'il existait au milieu du vagin une cloison qui divisait sa cavité en deux parties, et que l'on se proposait d'inciser au moment du travail. Il est infiniment probable que, dans les cas semblables, la dilatation du col s'était opérée sourdement, et probablement sous l'influence de contractions dont la femme n'avait pas la conscience.

Les douleurs ont reçu différents noms, suivant la période du travail à laquelle elles appartiennent. Les petites douleurs, qui appartiennent aux phénomènes précurseurs du travail, sont nommées *mouches*, par comparaison avec la douleur causée par la piqûre de cet insecte ; celles du premier temps, et pendant lesquelles s'opère la dilatation du col, sont appelées *préparantes;* celles du second temps sont désignées sous le nom d'*expultrices*. Enfin, dans les derniers moments du travail, lorsque la tête fait fortement saillir le périnée et entr'ouvre la vulve, les douleurs ont un caractère de violence telle, qu'on les nomme *conquassantes*.

Les douleurs se font sentir dans la partie inférieure de l'abdomen, et suivent ordinairement, dans les premiers temps du travail, une ligne qui de l'ombilic se rendrait vers la seconde pièce du sacrum ; lorsque la tête appuie fortement sur le plancher du bassin, elles se dirigent vers le coccyx. Quelquefois elles se font sentir dans les régions lombaires et sacrées : les femmes les appellent alors douleurs de reins ; et c'est avec raison qu'elles les redoutent, parce qu'elles avancent moins le travail, et qu'elles laissent toujours à leur suite un malaise et un accablement très-grands. Ces douleurs de reins s'annoncent souvent dès les commencements du travail; d'autres fois, un peu plus tard ; mais elles continuent rarement jusqu'à la fin. Elles coïncident quelquefois avec une obliquité très-prononcée de l'utérus. Suivant madame Lachapelle, elles seraient dues, le plus souvent, à une rigidité trop grande de l'orifice externe, soit qu'il éprouve alors une espèce de crampe, soit que, soutenant par sa rigidité l'effort des contractions utérines, il souffre plus que quand il est ramolli. Ces douleurs lombaires dépendent sans doute de la sensibilité de l'orifice ; cette grande sensibilité s'explique facilement

par l'origine des nerfs qui se distribuent au col ; ils proviennent, en effet, des plexus lombaires et hypogastriques; tandis que les plexus ovariques du nerf trisplanchnique fournissent seuls au fond de l'utérus. On a cherché de tout temps à calmer ces douleurs de reins; la saignée, les lavements émollients, les opiacés ont souvent réussi. Un moyen qui a suffi à lui seul, dans biens des cas, à soulager les femmes, c'est de les soulever au moyen d'une serviette passée sous les lombes.

Les auteurs ont distingué les douleurs en vraies ou en fausses, suivant qu'elles étaient produites par un travail bien régulier ou par un trouble des fonctions utérines. Nous nous occuperons plus loin d'en établir avec soin le diagnostic. Nous nous contenterons de dire ici que toute vraie contraction commence toujours par les fibres du col, et ne s'étend qu'après quelques secondes au fond de l'organe. Toute contraction qui débute par cette dernière partie est irrégulière et anormale (voyez le chapitre où sont exposés les soins à donner aux femmes pendant le travail).

Quelle est la cause de la douleur? Suivant les uns, la douleur est produite par le tiraillement des fibres du col ; suivant les autres, par la compression des nerfs qui se distribuent à la surface interne de l'utérus, et qui, pendant la contraction, sont nécessairement comprimés par la paroi fœtale ; enfin, quelques accoucheurs ont pensé qu'elle était due à la compression des organes contenus dans le bassin : des plexus nerveux, par exemple. Toutes ces opinions n'ont que le tort d'être exclusives. Il est évident que toutes ces causes contribuent à la production de la douleur.

Nul doute, en effet, que la dilatation du col utérin ne soit douloureuse pendant le premier temps du travail, et surtout au moment où la tête le franchit. Suivant madame Boivin, ce serait là la source presque unique de la douleur. D'un autre côté, lorsque l'enfant est placé de manière qu'il n'appuie ni sur l'orifice de la matrice, ni sur le détroit supérieur, la contraction est encore douloureuse : il faut bien attribuer cette douleur à la compression des nerfs du corps de la matrice. Enfin, dans les derniers temps du travail, au moment où la tête franchit le détroit inférieur, le périnée, la vulve, il est évident que la distension énorme de ces parties, que la pression exercée sur chacune d'elles, ajoutent singulièrement à la douleur causée par la contraction, et contribuent à lui donner ce caractère particulier qui l'a fait désigner sous le nom de *conquassante*.

Sans nier que ces diverses conditions puissent être la cause première de la douleur, M. Beau fait remarquer que la douleur qu'elles provoquent n'a pas son siége dans l'utérus, mais bien dans les nerfs qui sont chargés de souffrir pour lui, c'est-à-dire dans les nerfs lombo-abdominaux. Il considère la névralgie lombo-abdominale comme constituant principalement les douleurs de l'enfantement, absolument comme s'il s'agissait d'une lésion pathologique de l'utérus. Qu'on examine, dit-il, une femme en travail, et qu'on recherche sur elle l'existence des cinq points douloureux qui caractérisent la névralgie lombo-abdominale, et l'on verra qu'il y a pendant l'accouchement, comme dans un cas de maladie de la matrice, des points douloureux à la pression, aux régions lombaire, iliaque,

hypogastrique, inguinale et vulvaire. Chez les unes, c'est le point lombaire ; chez les autres, le point inguinal ou iliaque, etc. Cette pression sur les mêmes points est beaucoup moins douloureuse pendant l'intervalle des douleurs; quelquefois même elle est alors complétement indolore.

La localisation de la douleur dans les nerfs lombo-abdominaux, si elle n'en explique pas la nature intime et le point de départ primitif, fait au moins comprendre les nombreuses variétés qu'elle présente. De même, en effet, que certaines lésions graves, certains déplacements très-prononcés de l'organe, ne déterminent chez quelques femmes aucune douleur, tandis que, chez d'autres, une très-légère altération, un déplacement minime, sont la cause de douleurs excessives; de même on voit des femmes souffrir très-peu de contractions très-violentes, et d'autres se plaindre amèrement du moindre effort expulseur de l'utérus. C'est qu'ici, pas plus que dans le cas pathologique, il n'est pas possible d'établir un rapport d'intensité constant entre l'intensité de la névralgie abdominale et l'agitation contractile de l'utérus.

L'intensité de la douleur, comme le fait remarquer M. Beau, tient ici comme dans toutes les autres névralgies, à la susceptibité nerveuse de la femme. Nous avions donc raison de dire que la douleur n'était pas intimement liée à la contraction.

La douleur qui accompagne les contractions utérines n'est d'ailleurs pas un fait isolé dans l'organisme : toutes les contractions involontaires un peu violentes, quel que soit l'organe dans lequel elles se produisent, s'accompagnent de douleur. Je citerai, par exemple, les crampes des muscles de la vie de relation, les coliques intestinales, les contractions spasmodiques de la vessie, les palpitations du cœur. Dans les conditions ordinaires, il est vrai, les muscles des membres, le canal intestinal, la vessie, le cœur, se contractent à chaque instant sans causer de douleur; mais si ces organes deviennent le siége d'une contraction involontaire et violente, aussitôt la douleur éclate. C'est là, il nous semble, une loi de physiologie pathologique qui s'applique à l'utérus comme aux autres organes. Nous croyons donc que les douleurs de l'enfantement naissent dans les parois utérines comme les coliques intestinales dans les parois de l'intestin; si les contractions qui surviennent pendant la grossesse sont indolentes, c'est qu'elles sont peu énergiques, et nous les comparons encore au mouvement péristaltique de l'intestin dont nous n'avons pas même conscience.

Une autre question a encore agité les physiologistes. Pourquoi la contraction est-elle intermittente? Et l'on est allé bien loin pour chercher la cause d'un phénomène fort simple. Comme si un seul muscle de l'économie pouvait se contracter d'une manière permanente ; comme s'il n'était pas dans la nature de toute contraction musculaire d'être interrompue par la fatigue même qui résulte d'un trop long exercice, et d'avoir besoin d'un intervalle de repos pour pouvoir conserver son activité. Et d'ailleurs, si les contractions utérines sont sous la dépendance des nerfs de la vie organique, pourquoi ne seraient-elles pas soumises à la périodicité que présente l'appareil musculaire auquel le grand sympathique envoie ses filets? Sans doute nous ne connaissons pas la cause de l'intermittence rhythmique de la contraction du cœur, de l'estomac et des intestins; mais pour-

quoi s'étonner davantage de l'intermittence de l'action utérine soumise à la même influence nerveuse ?

Il est certainement curieux d'étudier l'influence qu'a la contraction sur la circulation de la mère. Voilà, suivant Holl, les particularités que celle-ci présente pendant la douleur : le pouls s'accélère, en général, dès que commence la contraction, sa vitesse augmente à mesure qu'elle s'accroît, puis diminue avec elle, pour reprendre petit à petit son type normal. Il existe un rapport si intime avec ces deux phénomènes, que si l'accélération du pouls est graduelle, s'il arrive petit à petit à son plus haut degré de vitesse, s'il s'y maintient un certain temps, et diminue enfin par degrés, la douleur suivra une marche aussi régulière : elle atteindra peu à peu son *summum* d'intensité, restera quelque temps stationnaire, et décroîtra avec la même régularité ; si, au contraire, le pouls s'accélère par saccades, la contraction sera courte et précipitée, et alors sans effet. Holl a constaté cette régularité dans les phénomènes que nous mentionnons, en comptant les pulsations pendant un quart de minute, tout le temps qu'a duré la contraction. Ainsi, pendant une douleur qui a duré deux minutes, il a vu pour chaque minute les variations suivantes :

1er et 2e quart	18	pulsations.
3e quart	20	—
4e quart	22	—
5e et 6e quart	24	—
7e quart	22	—
8e quart	18	—

A mesure que le travail avance, le pouls s'accélère davantage, de sorte qu'un peu avant l'expulsion du fœtus, il offrait, dans l'intervalle des douleurs, la même fréquence qu'il offrait au plus fort des contractions quand le travail commençait.

Nous avons déjà indiqué, d'après Holl, les modifications que subit le bruit de souffle pendant la douleur (voy. page 243); nous n'y reviendrons pas : nous ferons seulement remarquer que ces modifications sont assez nettement tranchées pour pouvoir faire reconnaître la contraction utérine, alors même que la femme voudrait la cacher.

§ II. — Dilatation du col.

Jusqu'au moment où la poche amniotique se rompt, le fœtus n'est évidemment pour rien dans cette dilatation. Ce n'est qu'après cette rupture que le sommet, s'engageant comme un coin dans le col de l'utérus, peut hâter mécaniquement la dilatation. Dans toute autre position que celle du sommet, la partie qui se présente étant plus volumineuse, plus irrégulière, ne peut remplir le même office ; aussi, toutes choses étant égales d'ailleurs, l'orifice s'ouvre plus lentement. Ce n'est donc pas, au moins dans la plus grande partie du travail, le fœtus qui est la cause efficiente de cette dilatation ; c'est la contraction des fibres utérines qui produit encore ce phénomène. Suivant Desormeaux, pour concevoir comment cela a lieu, il faut se rappeler que les parois de la matrice sont appliquées sur un corps ovoïde ; que les fibres longitudinales sont les plus nombreuses ; qu'enfin les fibres circulaires du col peuvent seules opposer une résistance assez forte, mais qui s'affaiblit de plus en plus à mesure qu'elles sont obligées de céder à l'action des fibres longitudinales. Si l'on se représente actuellement que ces fibres entrent en contraction, on verra facilement que ne pouvant rétrécir la cavité utérine qui se trouve remplie, toute leur action doit être employée à tirailler chacun des points du cercle de l'orifice auquel elles viennent aboutir, et à les éloigner du centre. Aussi chaque point de l'orifice se trouvant tiré également, l'ouverture qu'il présente offre une forme circulaire ; mais si le fœtus est placé transversalement et la matrice dilatée dans ce sens, la rétraction des fibres étant également plus grande dans le même sens, l'ouverture est elliptique.

La rapidité de la dilatation est en rapport avec la force et la fréquence des contractions. Elle est, en général, très-lente dans le commencement du travail, beaucoup plus rapide à la fin. Ainsi, s'il a fallu quatre heures pour que le col offrît une ouverture de 2 centimètres et demi de diamètre, il n'en faudra que deux ou trois au plus pour que la dilatation soit complète. Chez les primipares, elle s'opère plus lentement que chez les femmes qui ont déjà eu des enfants. L'état de mollesse, de rigidité et de tension du col, pendant l'intervalle des douleurs, influe beaucoup sur la rapidité de la dilatation. Il en est de même de l'obliquité de l'orifice, qu'il soit porté en avant vers le pubis, ou ce qui est bien plus fréquent, fortement dirigé en arrière et regardant la face antérieure du sacrum. Dans l'un et l'autre cas, le col n'est plus placé dans la direction de l'axe des contractions ; la tête vient fortement presser sur un des points de la paroi utérine, contre laquelle toute puissance vient se briser. Il est important de ne pas oublier que l'obliquité postérieure du col peut être la conséquence d'une inclinaison antérieure du col de la matrice, mais aussi peut exister sans que celle-ci soit déviée de sa position normale ; elle dépend alors de ce que la tête, engagée depuis longtemps dans l'excavation, a repoussé au devant d'elle la paroi antérieure et inférieure du corps de l'utérus : l'orifice a été ainsi repoussé en haut et en arrière.

Quand l'orifice est très en arrière, il n'est pas toujours facile de l'atteindre, et quelques médecins commettent la faute de croire à une dilatation complète, alors que la tête est encore recouverte en entier par le segment antérieur de la matrice [1]. C'est surtout chez les primipares que cette erreur est commune ; chez elles, en effet, les bords de l'orifice sont d'une minceur extrême, et quand la tête distend et repousse le segment inférieur de l'utérus sans interposition de liquide amniotique, on peut se laisser tromper et croire que la tête est à nu, tant il est facile de reconnaître les sutures et les fontanelles. Une pareille méprise peut être grave, et j'ai vu des médecins tenter une application de forceps dans ces circonstances. Pour éviter une pareille faute on devra pratiquer le toucher très-profondément, soulever le siége de la malade, et faire exécuter au doigt un mouvement

[1] D'autres fois cet orifice est si mince, que le doigt glisse sur lui sans le reconnaître.