

sur tout l'organe et le font contracter. Le toucher répété peut amener la fausse couche ou l'accouchement prématuré; de même un tampon vaginal, une cautérisation du col, un corps étranger introduit dans la cavité cervicale, etc. Cependant nous ne trouvons pas encore ici la solution de la question, car souvent on constate surtout chez les multipares, longtemps avant le travail, un effacement complet du col et d'autre part les contractions arrivent parfois alors que le col a toujours de la longueur.

7° D'après Brown-Séguard, il y a pendant les derniers temps de la grossesse un excès de sang veineux dans les parois utérines et celles-ci, irritées par ce contact, se contractent bientôt énergiquement.

Les expériences ont, en effet, démontré qu'un excès d'acide carbonique dans le sang le rend irritant et provoque les contractions utérines. C'est ce qu'on voit dans l'éclampsie et dans tous les cas d'asphyxie des femmes enceintes.

Mais pourquoi y a-t-il toujours, à 9 mois, excès d'acide carbonique dans le sang de l'utérus?

Léopold en a donné l'explication anatomique et a prouvé, ainsi que nous l'avons décrit précédemment, que la circulation est gênée dans tout le système sous-placentaire à partir du 8<sup>e</sup> mois et que cette gêne s'accroît assez vite (voir *description de la caduque sérotine*, p. 191). La difficulté n'est que reculée, car il faudrait indiquer la cause qui amène si régulièrement les thromboses en question vers la fin de la grossesse.

8° M. le Dr Girin a invoqué la *pression fœtale* produite à 9 mois par le poids de l'enfant s'appuyant sur le segment inférieur. Ce poids est donné par la différence de densité du liquide amniotique (1002 à 1008) et du fœtus (1070); il a été évalué par M. Girin à 200 grammes. Cet auteur fait remarquer que la densité du liquide amniotique diminue peu à peu du début de la grossesse à 9 mois, tandis qu'au contraire celle du produit de la conception augmente insensiblement jusqu'à terme: il en résulte que si l'embryon flotte, le fœtus repose à la fin sur le segment inférieur de l'utérus et y pèse d'un certain poids. Mais cette théorie ingénieuse n'explique pas plus que les autres pourquoi les phénomènes de l'accouchement se manifestent si ponctuellement à 9 mois.

*En résumé*, aucune théorie n'est à l'abri de sérieuses objections. Il est certain qu'il n'y a pas une cause déterminante unique, mais qu'il existe à la fin du 9<sup>e</sup> mois un *ensemble* suffisant pour expliquer l'accouchement. Le fœtus est très développé, mal à l'aise; les fibres utérines sont fortement distendues, allongées et ne peuvent guère aller au-delà; le col est tout à fait ramolli et cède peu à peu au corps; l'œuf vient en contact du museau de tanche; le fœtus presse d'un certain poids; le moment de l'époque menstruelle

se fait peut-être sentir; les parois de l'organe sont irritées par un sang chargé d'acide carbonique; le tout est réuni, la mesure est comble, la tolérance de l'organe est épuisée, il cherche à se débarrasser de son contenu.

L'hérédité, l'habitude entrent certainement pour une grande part dans l'acte physiologique de l'accouchement, comme dans tous les autres qui s'accomplissent dans l'organisme. Ce qui le prouve, c'est la répétition des fausses couches et des accouchements prématurés chez certaines femmes, même en dehors de tout vice organique. Ainsi, si l'on a provoqué l'accouchement à plusieurs reprises à une époque déterminée de la grossesse, il n'est pas rare de voir dans des grossesses subséquentes le travail s'établir spontanément à la même époque.

L'idée préconçue, l'attention, la suggestion peuvent aussi parfois intervenir; on en a cité récemment des exemples remarquables.

#### PHÉNOMÈNES DE L'ACCOUCHEMENT.

Le travail de l'accouchement comprend deux séries de phénomènes: les phénomènes physiologiques et les phénomènes mécaniques.

Les *phénomènes physiologiques*, organiques, vitaux, comprennent toutes les modifications qui se passent chez la femme pendant le travail. Ils sont les mêmes dans tous les accouchements.

Les *phénomènes mécaniques* se rapportent au fœtus; ce sont les différents mouvements que les parties fœtales doivent exécuter pour arriver à l'extérieur. Ils doivent être étudiés à part dans chaque présentation et position.

#### Phénomènes physiologiques.

Ces phénomènes sont successifs et ont été divisés en plusieurs temps. Certains auteurs admettent quatre périodes:

- 1° La période préparatoire;
- 2° La période de dilatation;
- 3° La période d'expulsion;
- 4° La période de la délivrance ou expulsion du placenta et des membranes.

Mais la période préparatoire ne fait pas partie, à proprement parler, du travail; c'est un temps secret, qui peut durer plusieurs jours, dont les signes sont inconstants et manquent assez fréquemment; nous n'admettons donc que trois temps pour le travail. Le 1<sup>er</sup> temps comprend la dilatation, le 2<sup>e</sup> l'expulsion et le 3<sup>e</sup> la délivrance.

SIGNES PRÉCURSEURS OU PRÉMONITOIRES DE L'ACCOUCHEMENT.

C'est le 1<sup>er</sup> temps de quelques auteurs, ce que l'on appelle encore le temps secret.

Dans la dernière quinzaine, parfois plus tôt, souvent peu de jours avant l'accouchement, l'utérus descend, le ventre s'affaisse et la tumeur augmente de largeur. Il en résulte que les organes supérieurs sont plus à l'aise, tandis que les inférieurs sont comprimés davantage. Ainsi : 1<sup>o</sup> la respiration est plus facile, l'estomac fonctionne mieux; 2<sup>o</sup> il y a des difficultés et des envies fréquentes d'uriner; la constipation est plus opiniâtre; on constate de la gêne, de la pesanteur au fondement, au bas-ventre; 3<sup>o</sup> les vaisseaux et les nerfs pelviens sont pressés par le segment inférieur de l'utérus qui s'est engagé avec la partie fœtale dans le haut du bassin : de là augmentation ou apparition des hémorroïdes à l'anus, des varices et de l'œdème aux membres inférieurs et à la vulve; de là, gêne dans la marche, engourdissement des jambes, fatigue rapide.

Ce n'est guère que chez les primipares et dans les présentations du sommet, que l'on constate cette descente dans l'excavation de la partie fœtale coiffée du segment inférieur de l'utérus.

Le relâchement des symphyses se prononce, ce qui rend encore la marche plus difficile, parfois impossible.

Les organes génitaux bien ramollis sont lubrifiés par une sécrétion abondante; des glaires s'écoulent par la vulve. Ces glaires s'échappent parfois en paquet et proviennent du bouchon amassé pendant la grossesse dans le canal cervical. L'œuf en s'y engageant chasse le contenu.

Il n'est pas rare de voir ces glaires accompagnées de stries de sang; on dit alors que la *femme marque*.

Ce sang provient d'un léger décollement de la partie inférieure de la caduque, de celle qui est détachée par l'engagement de l'œuf dans le canal cervical; il pourrait aussi venir de minimes éraillures du col.

De petites contractions apparaissent, accompagnées de douleurs très peu prononcées connues sous le nom de *mouches*; elles sont courtes, espacées et se montrent spécialement chez les primipares.

Le col s'efface, et, chez les multipares, où l'orifice est entr'ouvert, les membranes commencent à bomber.

Ces signes précurseurs sont loin d'exister chez toutes les femmes; parfois quelques-uns seulement se montrent; assez souvent chez les multipares, on n'en constate aucun; le vrai travail débute à l'improviste; le terme seul de l'accouchement permet de le prévoir.

TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT.

1<sup>er</sup> temps. Le vrai signe du début du travail, ce sont les contractions

plus ou moins rapprochées et énergiques. Elles sont douloureuses et désignées sous le nom de *douleurs préparantes*. Elles ont pour effet de dilater le col.

Chez la primipare, l'orifice s'entr'ouvre; chez la multipare, le bourrelet s'efface, les lèvres s'amincissent. Chez l'une et l'autre, les membranes commencent à proéminer, la poche des eaux se forme et pénètre comme un coin dans l'orifice de dilatation. Les douleurs deviennent de plus en plus fortes et fréquentes, arrachent à la femme des cris d'impatience, des plaintes répétées.

Des mucosités abondantes humectent les parties génitales; elles sont souvent teintées de sang (par suite du décollement partiel de l'œuf ou de petites déchirures du col).

Le col se resserre au début des douleurs, mais bientôt il est vaincu et se laisse tirailler par les fibres du corps; sa dilatation augmente donc et fait des progrès de plus en plus rapides. En même temps, la poche des eaux devient plus large, plus saillante.

Parfois la douleur est annoncée par un petit frisson ou est accompagnée de nausées et de vomissements. Le pouls s'accélère, la langue se dessèche, la soif est vive. La femme se désole, perd courage, déclare qu'elle n'arrivera jamais à bout, qu'elle préfère mourir.

Les douleurs arrivent à être presque continues, le col finit par être complètement dilaté; la poche des eaux ne résiste plus, les membranes se déchirent (parfois avec bruit) et le liquide amniotique s'écoule jusqu'à ce que la partie fœtale, poussée en bas, l'arrête en formant bouchon.

2<sup>e</sup> temps. Après l'écoulement des eaux, la matrice se rétracte sur le fœtus, les contractions se ralentissent et laissent un certain répit à la patiente. Bientôt de nouvelles douleurs se produisent, plus fortes, plus longues, plus rapprochées; elles sont accompagnées de la contraction des muscles abdominaux; sous cette double influence, la partie fœtale s'engage dans le col, le franchit, descend dans l'excavation.

Ces douleurs expulsives sont mieux supportées que les préparantes; la femme pousse énergiquement, sent que le travail avance, reprend courage et réunit tous ses efforts pour aider l'utérus. Elle jette encore des cris, mais ce sont des cris d'effort et non plus d'impatience. La compression des nerfs sciatiques et obturateurs par la partie fœtale amène des douleurs dans les membres inférieurs, de l'engourdissement, des fourmillements, des crampes, ce qui fait croire à la femme que ses jambes sont mal placées, mal soutenues.

La compression du rectum fait naître des besoins souvent factices d'aller à la selle, la femme prétend qu'elle doit absolument se mettre sur le vase de nuit. Il faut l'en empêcher, car la partie

foétale pourrait sortir brusquement; il est utile de lui dire que toutes les femmes éprouvent ces sensations et qu'elle n'a pas à être gênée si des matières fécales sortent, attendu qu'il en est habituellement ainsi.

Pendant les contractions, un peu de liquide amniotique passe à côté de la partie foétale et augmente la lubrification des parties génitales. Dans l'intervalle des douleurs, la femme est tranquille, jouit d'un certain repos.

La partie foétale s'allonge, s'engage de plus en plus, arrive à la vulve. A ce moment, le coccyx est refoulé, le périnée se distend, bombe en dehors, la vulve s'entr'ouvre, les caroncules et les nymphes s'effacent; la partie foétale se montre entre les grandes lèvres pendant la contraction; après la douleur, elle recule et redevient invisible; elle avance et rétrograde un certain nombre de fois, gagnant toujours un peu; elle paraît s'essayer, dilate par degré l'orifice vulvaire, puis s'y fixe définitivement. C'est alors que le périnée est énormément allongé et saillant; il est tellement aminci qu'il semble sur le point de se rompre; les douleurs sont concassantes, les efforts de la femme sont au paroxysme, ses yeux sont rouges, injectés, elle pousse des cris aigus; les jugulaires sont gonflées, les carotides battent avec force, la sueur coule de la face, l'anus est béant, les matières fécales sont chassées à l'extérieur.

Enfin, la tête se dégage; un instant après les épaules sortent à leur tour, et le reste du corps suit immédiatement; le liquide amniotique qui était encore dans la matrice s'écoule en même temps.

3<sup>e</sup> temps. Après la sortie du fœtus, la matrice revient sur elle-même, les douleurs cessent tout à fait; la femme recouvre comme par enchantement le calme et la sérénité. En quelques minutes, c'est un changement complet; autant le tableau était tantôt triste, effrayant, autant il est maintenant agréable, rassurant; l'accouchée a déjà oublié ses souffrances, sourit à son enfant et ne pense plus qu'à lui: elle veut connaître son sexe, savoir s'il est bien conformé, si on le soigne bien, etc. Cependant, dix à douze minutes après la sortie du fœtus, la matrice recommence à se contracter et l'accouchée fait encore quelques grimaces. Ces nouvelles contractions servent à décoller le placenta et à l'expulser. Bientôt le délivre sort avec les membranes et une certaine quantité de sang. La matrice se rétracte complètement et tout est terminé.

Nous reviendrons plus loin sur la délivrance et les soins à lui accorder. Mais nous devons examiner actuellement, en détail, les quatre phénomènes principaux du travail, à savoir: *les douleurs, la dilatation des parties, la poche des eaux et les glaires.*

#### **Des douleurs.**

La contraction de la matrice est accompagnée de douleur pendant

le travail; la contraction et la douleur sont alors si intimement unies, que les deux termes sont devenus synonymes et employés l'un pour l'autre. D'ordinaire, plus la douleur est vive, plus la contraction est forte. Mais il y a des exceptions, il y a des contractions énergiques peu douloureuses, et vice versa; cela dépend des femmes; celles qui sont nerveuses, impressionnables, ressentent vite la douleur et crient facilement; les lymphatiques ont des sensations plus obtuses, les courageuses se plaignent peu.

Certaines femmes ont des contractions sans douleur, ne ressentent rien ou presque rien; à peine éprouvent-elles un peu de douleur au dernier moment de l'expulsion, quand l'enfant traverse l'anneau vulvaire; ces *accouchements sans douleur* ne sont pas très rares. (Voir *Des accouchements sans douleur*, dans le *Journ. d'Accs*, 1881, pp. 4, 23; 1894, pp. 3, 17, 87).

Pendant toute la durée de la grossesse, il y a des contractions qui sont indolores, mais elles sont faibles, courtes, peu importantes. Pendant le travail, elles deviennent plus énergiques, plus longues, les parois utérines sont fortement pressées contre l'œuf, les nerfs qu'elles contiennent sont violemment comprimés, la douleur doit en être la conséquence. C'est ce qu'on voit également pour les intestins et d'autres organes musculaires: s'ils se contractent énergiquement, fréquemment, on éprouve des douleurs, des coliques, des crampes.

Une autre cause de douleur pendant les contractions utérines, c'est le tiraillement des fibres du segment inférieur et la distension du col par l'œuf qui s'y engage; lorsque la partie foétale descend, les douleurs proviennent encore de la compression des organes du bassin, de la distension du vagin, du périnée, de la vulve.

Beau attribuait les douleurs à une névralgie lombo-abdominale, semblable à celle que l'on observe dans les affections de l'utérus, et prétendait avoir reconnu les cinq points caractéristiques (lombaire, iliaque, hypogastrique, inguinal et vulvaire). Cette théorie est certainement applicable à certains cas.

Les douleurs dont nous venons de parler siègent dans l'utérus et accompagnent les contractions de l'organe; mais on peut observer, dans certains accouchements, d'autres douleurs ne dépendant pas des contractions et troublant le travail au lieu de l'accélérer. C'est pourquoi on a divisé les douleurs en *vraies* et en *fausses*; ces dénominations sont mauvaises, car les douleurs prétendument fausses sont parfois plus pénibles que les vraies. Il est préférable de dire: *douleurs utiles* ou dépendant du travail, *douleurs inutiles* ou étrangères au travail.

Les *douleurs inutiles* ne sont pas accompagnées de contraction, n'ont pas de siège fixe, sont souvent plus ou moins continues, rarement intermittentes. On les distingue aisément par le toucher ou le palper en constatant que, au moment où la femme s'en plaint,

la matrice reste molle. Elles peuvent avoir leur siège dans les parois utérines, dans les annexes ou dans un organe quelconque de l'abdomen, vessie, intestin, estomac, muscles abdominaux; elles dépendent d'un trouble fonctionnel, d'une congestion, d'une irritation, d'un rhumatisme ou de toute autre cause morbide (constipation, plénitude de la vessie ou de l'estomac, rhumatisme de l'utérus, etc.).

Ces douleurs inutiles épuisent la femme et allongent parfois démesurément le travail. Il faut en rechercher la cause et tâcher de la faire disparaître. Au besoin, les narcotiques seront administrés (laudanum, morphine, chloral).

Les *douleurs utiles* accompagnent les contractions et sont donc franchement intermittentes.

D'habitude, la douleur ne se manifeste que pendant le *summum* de la contraction; elle n'existe pas au commencement ni à la fin de celle-ci. Il en résulte qu'ayant la main appuyée sur le ventre, l'accoucheur prévoit la douleur et peut annoncer qu'elle va apparaître.

Les douleurs utiles ont été subdivisées en quatre espèces: les *mouches*, les *préparantes*, les *expulsives* et les *concassantes*. Les *mouches* ne sont que des douleurs préparantes légères, et les douleurs concassantes sont les dernières expulsives; on pourrait donc ne décrire que les douleurs préparantes et expulsives; mais il n'y a nul inconvénient à se conformer à l'usage.

Les *mouches*, ou douleurs préliminaires, sont faibles, courtes, espacées souvent de plusieurs heures; elles naissent de la région ombilicale et se perdent dans les flancs. On a comparé la sensation pénible qu'elles produisent à des piqûres de mouches, de là le nom qu'elles portent. Elles annoncent que l'accouchement est proche et amènent l'effacement du col.

Les *douleurs préparantes* sont plus fortes, plus longues, plus fréquentes; elles partent de l'ombilic et se dirigent en arrière vers le sacrum; elles reviennent d'abord au bout d'une heure, d'une demi-heure, puis se rapprochent de façon que les intervalles ne sont plus que de quelques minutes (5 minutes et moins).

Ces douleurs ne sont pas accompagnées des efforts de la femme; elles causent une vive souffrance, sont agaçantes, amènent des cris d'impatience. Elles ont pour résultat de dilater le col.

Les *douleurs expulsives* ou *expultrices* sont mieux supportées; ce sont elles qui font descendre le fœtus; elles sont aidées par la contraction des muscles abdominaux; aussi entend-on les cris d'effort de la patiente, qui éprouve le besoin de se soulager au plus vite.

Ces douleurs vont de haut en bas et font ceinture; elles s'irradient de l'ombilic à la partie inférieure des reins et à la vulve. Elles sont longues, rapprochées, reviennent au bout de 2 à 3 minutes.

Les *douleurs concassantes* sont les dernières et se montrent quand

la tête va franchir la vulve; elles sont d'une grande violence, presque ininterrompues et arrachent souvent des cris perçants.

Parfois les douleurs, au lieu de se faire sentir surtout dans le ventre, ont leur maximum d'intensité en arrière, dans les régions lombaire et sacrée; ce sont les *douleurs de reins*. Elles se montrent dans certains cas dès le début du travail et persistent jusqu'à la fin; quelques femmes ont le triste privilège, selon l'expression adoptée, de toujours *accoucher par les reins*. Dans ces conditions, le travail est lent, pénible et laisse à sa suite un grand accablement.

Ces douleurs de reins ont été attribuées à des causes aussi douteuses que nombreuses: obliquité prononcée de la matrice, excès de sensibilité, état morbide des symphyses, tiraillement des ligaments larges et ronds, fatigue des muscles lombaires, compression de la paroi postérieure de l'utérus contre la colonne vertébrale; certains auteurs disent les avoir observées lorsque la partie fœtale reste éloignée de l'orifice (vices du bassin; présentations de l'épaule, du pelvis, postérieures de la face et du sommet). Nous avons remarqué qu'elles coïncidaient ordinairement avec l'écoulement prématuré des eaux, avec une position postérieure, avec une difficulté plus grande de dilatation du col (lorsque, par exemple, les lèvres sont plus ou moins rigides ou qu'il y a un spasme de l'orifice). Il faut chercher à calmer ces douleurs par le redressement de la matrice (position, bandage), par les bains, les injections belladonnées. Les frictions de la région douloureuse (avec les mains ou au moyen d'une flanelle sèche ou imbibée d'alcool camphré, de baume tranquille, d'un liniment chloroformé) sont souvent utiles; certaines femmes se déclarent soulagées quand on soutient fortement la région avec la main ou quand on place en dessous un coussin dur ou un linge plié en plusieurs doubles. Souvent on tend une serviette sous les reins et on tire sur les deux bouts pendant la douleur; ce moyen fait parfois du bien, mais augmente d'autres fois la douleur. Nous nous sommes bien trouvé des injections sous-cutanées de morphine et du chloral en lavement.

Le seigle ergoté provoque des douleurs violentes et presque continues; sous son influence, la matrice se contracte spasmodiquement, irrégulièrement. Si le fœtus est soumis un certain temps à une pareille compression, il succombe par suspension de l'hématose. S'il y a un obstacle à la descente, la matrice peut se rompre. Si le fœtus est expulsé trop rapidement, le périnée a les plus grandes chances de se déchirer.

L'intermittence des contractions est nécessaire; elle donne des moments de répit à la mère et elle épargne le fœtus; en effet, pendant la contraction, les vaisseaux utérins diminuent de calibre, la circulation utéro-placentaire est gênée ou suspendue et l'auscul-

tation prouve que les battements fœtaux s'affaiblissent. Dans les intervalles des contractions, tout se remet en ordre.

On dit que les contractions sont *régulières* quand elles sont intermittentes, proportionnées à la force de la femme, généralisées dans tout le muscle utérin, c'est-à-dire qu'elles ont plus de puissance dans le fond et le corps que dans le segment inférieur. On dit qu'elles sont *irrégulières* lorsqu'elles sont trop fortes ou trop faibles, trop rapprochées ou trop éloignées, trop violentes à certaines places et pas assez ailleurs.

Ordinairement les douleurs se succèdent à intervalles égaux, par exemple de 4 en 4 minutes, et ont la même intensité et la même longueur, durent une minute par exemple. Il arrive que les douleurs, sans cesser d'être régulières, affectent un autre type; il y a une forte douleur suivie d'un long intervalle, puis une petite douleur suivie d'un court intervalle, et ainsi de suite.

Les douleurs ne sont jamais plus régulières que dans les présentations du sommet, lorsque celui-ci vient exactement appuyer sur le segment inférieur et le col, parce qu'alors les contractions réflexes sont constamment sollicitées par l'irritation du museau de tanche.

Si pour un motif quelconque, la tête reste élevée, déviée, comme dans les vices du bassin, les obliquités de la matrice, l'hydrocéphalie; si l'on a affaire à une présentation de la face, du siège, de l'épaule surtout, les contractions réflexes sont peu sollicitées, les douleurs sont trop faibles ou trop fortes, trop espacées ou presque continues, en un mot sont irrégulières.

La marche des douleurs, l'aspect du travail varient donc selon les présentations et les positions, selon la conformation du bassin et de la partie fœtale, selon la direction de la matrice. Ainsi dans une présentation de l'épaule, le travail est lent, les douleurs faibles, espacées; après un temps plus ou moins long, quelquefois un jour et davantage, la matrice se fâche, s'irrite, se contracte avec violence, devient le siège d'un spasme général ou partiel. Lorsque chez une multipare qui a eu plusieurs accouchements rapides et faciles, on constate des douleurs irrégulières, un travail qui traîne en longueur, l'attention doit être éveillée, car il s'agit souvent d'une mauvaise présentation.

#### **De la dilatation des parties.**

Elle comprend la dilatation du col, du vagin et de la vulve.

A. DILATATION DU COL. — Le col est complètement ramolli à la fin de la grossesse, l'orifice interne n'oppose plus qu'une faible résistance et les contractions de la dernière quinzaine ont pour effet d'engager l'œuf peu à peu dans le canal cervical jusqu'à l'orifice externe. Dès lors, la cavité du col est confondue avec celle du corps,

le col ne fait plus saillie, il est *effacé*; il n'y a plus qu'un orifice, l'orifice externe ou de *dilatation*.

Après l'effacement, le col est réduit, *chez les multipares*, à un bourrelet plus ou moins épais, mou, entr'ouvert, admettant facilement un et deux doigts. *Chez les primipares*, les lèvres sont minces, tranchantes, closes, appliquées exactement sur l'œuf. Cet amincissement s'étend plus ou moins loin au segment inférieur et permet parfois de reconnaître les sutures et les fontanelles. Il ne faudrait pas, dans ces cas, s'en laisser imposer, s'imaginer que l'on touche directement le sommet et que la dilatation est complète. C'est ainsi qu'on a vu des accoucheurs maladroits appliquer le forceps sur une tête encore complètement recouverte par l'utérus!

Pendant les douleurs préparantes, les contractions continuent à pousser l'œuf vers le col; il y a alors réellement lutte entre le segment inférieur et le reste de l'organe.

Au début du travail, les fibres du col se contractent énergiquement, ainsi qu'on peut s'en convaincre par le toucher; mais il arrive un moment où elles sont vaincues, n'opposent plus de résistance, se laissent tirailler sans effort; dès lors, la dilatation qui était lente, difficile, pénible, devient aisée et rapide.

Pendant la contraction, le col est élargi, aminci, tendu; dans l'intervalle, il se rétrécit, se relâche, s'épaissit (épaississement secondaire).

Le col en s'entr'ouvrant permet à une petite portion des membranes remplies de liquide amniotique de s'y engager; il y a ainsi une poche élastique qui s'insinue comme un coin dans l'ouverture de la matrice, exerce un effort excentrique égal en tous sens et contribue puissamment à la dilatation.

En résumé, deux facteurs amènent la dilatation: 1° les contractions du fond et du corps, qui tiraillent les fibres du col en haut et en dehors; 2° la poche des eaux, qui agit mécaniquement sur tout le pourtour de l'orifice.

M. Keiffer y ajoute: 1° le relâchement du sphincter cervical; 2° la contraction du vagin, qui prend un point d'appui sur la sangle périnéale et attire le col et tout l'utérus en bas.

Donc à l'endroit de l'insertion vaginale, il y aurait traction vers le haut par le corps utérin et traction vers le bas par le vagin, « véritable point mort, d'où partent et où aboutissent toutes les actions constrictives. » Sans aucun doute, la traction utérine doit de beaucoup être la plus puissante et bientôt dominer complètement.

Lorsque les eaux s'écoulent, la partie fœtale est poussée en bas et vient remplacer la poche des eaux. Elle forme ainsi un coin, mais plus dur, plus résistant, plus volumineux.

Quand les membranes sont rompues avant la dilatation, si la partie fœtale vient exactement appuyer sur le col, elle agit *à peu près* aussi