

avantageusement que la poche des eaux ; nous disons à peu près, car le sommet, à cause de son volume et de sa consistance, pénètre moins facilement dans une petite ouverture et, à cause de sa forme allongée, n'agit pas également sur tout le pourtour de l'orifice. Si la partie fœtale reste éloignée du segment inférieur, comme dans les bassins rétrécis, les obliquités de la matrice, les présentations défectueuses ou vicieuses, la dilatation est lente, difficile, souvent incomplète.

Dans la pratique, on a l'habitude de désigner les degrés de la dilatation de la façon suivante : on dit qu'elle est comme 50 centimes, un franc, deux francs, cinq francs, une paume de main, complète. Quelques-uns choisissent d'autres pièces de monnaie : 1 ou 2 centimes, un petit ou un gros sou, un louis, etc. D'autres s'expriment en centimètres ou par le nombre de doigts pouvant être introduits.

Le col est dilaté, c'est-à-dire que la dilatation est complète, lorsque l'orifice permet le passage facile du fœtus ; pour cela, il faut que les lèvres soient presque en contact avec les parois pelviennes, que le diamètre de l'ouverture ait atteint environ 10 à 11 centimètres.

Le col est dilatable quand, sans avoir le degré d'ouverture que nous venons d'indiquer, il est assez souple, assez mou, pour n'offrir aucune résistance au passage du fœtus.

Quand le col présente déjà une certaine dilatation et que la tête est assez descendue dans l'excavation, on a quelquefois difficile de sentir tout le contour de l'orifice, on n'arrive bien qu'à la lèvre antérieure ; cela suffit pour savoir à quoi s'en tenir sur le ramollissement et la dilatation.

Cette lèvre antérieure, pressée entre la tête fœtale et les pubis, est souvent épaisse, œdématisée, par suite de la gêne circulatoire. Il peut même arriver qu'elle se gangrène et tombe. Les thrombus n'y sont pas rares. Beaucoup plus exceptionnellement, une portion circulaire du col se sphacèle et est éliminée sous forme d'anneau.

La marche de la dilatation est d'autant plus rapide qu'elle est plus avancée : elle va d'abord doucement, puis de plus en plus vite ; il faut autant de temps pour qu'elle aille de 50 centimes à 2 francs que de 2 francs à une paume de main, puis bientôt elle est complète. Cela est facilement expliqué par ce que nous avons dit plus haut de l'antagonisme qui existe au début du travail entre les fibres du segment inférieur et celles du corps et du fond de l'utérus.

B. DILATATION DU VAGIN. — Pendant la grossesse, les parois vaginales, déjà très élastiques, sont lubrifiées, ramollies, élargies par l'effacement des rides. Pendant le travail, ces modifications sont portées au maximum par les sécrétions abondantes et l'écoulement du liquide amniotique. Aussi la tête n'éprouve-t-elle guère de difficulté à dilater le vagin ; elle s'y engage peu à peu en distendant les parois. Ce n'est que dans les cas fort rares que celles-ci opposent

une plus ou moins grande résistance, ainsi lorsqu'il existe un rétrécissement cicatriciel, des brides, des adhérences morbides.

C. DILATATION DE LA VULVE. — Les mêmes modifications ont lieu pour la vulve ; les caroncules et les nymphes s'effacent pour donner de l'étoffe à l'ouverture ; mais ici la résistance est habituellement considérable chez les primipares. C'est pourquoi pendant la grossesse et le travail, il faut chercher à ramollir les parties au moyen de bains et d'injections.

Chez elles, la dilatation de la vulve dure d'habitude assez longtemps. La tête fait une série de mouvements de va-et-vient, s'avance, se retire, progresse peu à peu et n'arrive à se fixer définitivement dans l'orifice vulvaire qu'après un certain nombre de contractions. Parfois, la rigidité des tissus oblige, en désespoir de cause, à pratiquer des incisions libératrices, ou à appliquer le forceps, ou même à faire l'un et l'autre. Toujours il faut prendre les plus grands soins pour éviter que l'ouverture ne s'agrandisse, non en se dilatant, mais en se déchirant aux dépens du périnée. Il est commun que la fourchette soit lacérée, mais la lésion doit s'arrêter là.

Chez les multipares, la dilatation de la vulve est ordinairement rapide et facile.

Formation et rupture de la poche des eaux.

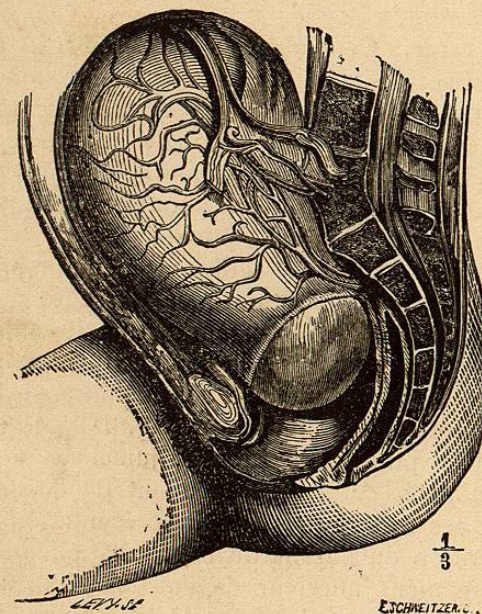


Fig. 122. — Poche des eaux avec dilatation complète du col.

Le col, en se dilatant, laisse à découvert une petite portion des membranes ; entre ces membranes et la partie fœtale se trouve une certaine quantité de liquide amniotique : c'est à cette portion des membranes et de liquide que l'on donne le nom de *poche des eaux*.

Le liquide amniotique, pressé par les contractions, cherche à s'échapper par le col et pousse les membranes devant lui ; c'est pourquoi la poche tend à proéminer, s'insinue dans l'orifice de dilatation et exerce un effort excentrique pour l'ouvrir de plus en plus. Les membranes résistent à l'effort utérin pendant un certain temps ; lorsque le col est dilaté, elles sont largement à découvert, et supportent une

pression d'autant plus considérable; aussi finissent-elles par se déchirer. La déchirure se fait habituellement au centre, parce que ce point est dans la direction de la force d'impulsion et est le plus éloigné des points d'appui qui se trouvent à la circonférence. Les membranes se rompent ordinairement ensemble, au même endroit et la solution de continuité affecte différentes formes, en étoile, en croissant, en fente rectiligne ou circulaire, etc.

Cette rupture se fait avec ou sans bruit, est donc *bruyante* ou *silencieuse*. Il faut avertir les primipares de la possibilité de cette rupture bruyante, afin qu'elles ne s'effraient pas.

La déchirure peut s'effectuer dans un point éloigné du centre, même au-dessus du col; de sorte qu'alors la tête, en descendant, appuie sur l'ouverture, empêche tout nouvel écoulement de liquide, *une seconde poche d'eau* se forme.

Parfois un peu de liquide s'accumule entre l'amnios et le chorion; une première poche se forme et des eaux s'écoulent; après, on sent une seconde poche, la véritable cette fois.

Enfin, il peut se faire exceptionnellement que la déchirure ait lieu à un point du chorion et à un autre point de l'amnios; après l'écoulement d'une certaine quantité de liquide, chacune des membranes obture réciproquement l'ouverture de l'autre; on assiste encore à la formation d'une seconde poche.

Ces trois cas sont fort rares. Cependant si l'on en croyait certaines personnes, rien ne serait plus fréquent qu'une seconde poche d'eau. C'est que l'on prend pour du liquide amniotique soit de l'urine, soit des glaires en plus ou moins grande abondance; on en conclut que les eaux sont écoulées et, quand plus tard on reconnaît distinctement la vraie poche d'eau, on explique sa présence en déclarant que c'est une seconde poche.

Dans les grossesses gémellaires, il peut y avoir en même temps deux poches accessibles, l'une étant d'habitude plus basse et plus saillante que l'autre et le doigt pouvant s'engager dans le sillon formé par leur adossement. D'autres fois, la poche du second fœtus ne devient accessible qu'après la rupture des membranes du premier. Ce sont là des exceptions; le plus souvent, la seconde poche ne se montre qu'après l'expulsion du premier jumeau.

La forme et le volume de la poche des eaux dépendent de l'orifice de dilatation, de l'élasticité des membranes, de la présentation et de la position, de la conformation du bassin, du mode d'application de la partie fœtale sur le segment inférieur de l'utérus. L'orifice de dilatation est, en règle générale, circulaire; quelquefois une des lèvres du col est appuyée contre la paroi pelvienne, ainsi dans les obliquités prononcées; elle participe alors moins facilement à la dilatation et l'orifice n'est plus arrondi, mais allongé, ovalaire; le

grand diamètre est transversal dans les obliquités antérieures, il va d'avant en arrière dans les obliquités latérales. Un segment du col, le postérieur principalement, peut être plus mince, plus souple et se laisser dilater plus rapidement que les autres; de là encore une forme ovalaire de l'orifice. Des cicatrices anciennes, des dégénérescences morbides (fibreuses, cancéreuses, inflammatoires) rendent parfois certaines portions dures, rigides, inextensibles; dans ces cas, la dilatation s'opère presque entièrement au détriment des parties saines et la forme de l'orifice est variable, triangulaire, en croissant, semi-lunaire, etc.

Chez certaines femmes, les membranes sont minces, fragiles, peu extensibles et se déchirent dès les premières contractions; il y a écoulement prématuré des eaux. Le contraire s'observe, les membranes sont épaisses, fortes et résistent au point d'épuiser l'effort utérin; dans ces conditions, l'accoucheur doit les rompre. Dans certains cas, les membranes sont tellement extensibles qu'elles se laissent tirailler, allonger et viennent former une saillie qui proémine dans le vagin et peut même se montrer à la vulve.

Lorsque la partie fœtale est régulière comme le sommet et vient exactement s'appliquer sur le segment inférieur de l'utérus, le liquide de la poche des eaux ne communique plus qu'imparfaitement avec l'autre; il en résulte que le contenu de la poche est soustrait en grande partie à l'impulsion et ne la reçoit que par l'intermédiaire du crâne et pour autant que celui-ci s'abaisse. Une pareille poche contiendra peu de liquide et résistera longtemps. Mais si la communication est libre, facile, les eaux de la partie supérieure seront à chaque contraction refoulées vers le bas, la poche sera gonflée et directement soumise aux efforts utérins; de là, si les membranes sont extensibles, poche volumineuse et allongée; dans le cas contraire, écoulement prématuré des eaux.

La poche des eaux est *plate* ou *saillante*, selon qu'elle contient peu ou beaucoup d'eau.

A. La poche plate est habituelle dans les présentations du sommet, lorsque celui-ci s'adapte bien sur le pourtour du col et est déjà engagé plus ou moins profondément dans l'excavation, donc quand le bassin est bien conformé, la tête normale et la matrice non déviée; c'est pourquoi la poche plate fait prévoir un accouchement facile.

B. La poche saillante présente quatre variétés :

- 1° *Hémisphérique*, lorsque le col est circulaire, se dilate régulièrement et que les membranes présentent une certaine élasticité;
- 2° *Ovoïde*, lorsque la dilatation du col est irrégulière, plus prononcée d'un côté que de l'autre (orifice ovalaire);
- 3° *Cylindrique*, en *boyau*, en *boudin*, lorsque la poche s'allonge comme un tube dans le vagin;

4° *Piriforme*, lorsque cette poche allongée forme en bas un renflement, une espèce d'ampoule.

Les quatre variétés de poche saillante se rencontrent dans les présentations de la face, du siège, du tronc, et lorsque le sommet reste élevé ou dévié (vices du bassin, obliquités de la matrice, procidences, anomalies du fœtus, etc.).

La poche saillante indique seulement que la partie fœtale est restée au-dessus du détroit supérieur; dans ces conditions, on doit toujours craindre une présentation vicieuse, une anomalie quelconque; il faut donc examiner attentivement et surveiller de près.

On a prétendu que la poche ovoïde coïncide d'habitude avec une présentation transversale, parce que dans ce cas le col inégalement pressé se dilate plus d'un côté que de l'autre; cette assertion est inexacte, la poche ovoïde se voit parfois dans la présentation du sommet et n'est pas tellement commune dans la présentation de l'épaule.

La poche cylindrique est également fréquente dans les présentations vicieuses; elle contient parfois une procidence.

Les poches cylindrique et piriforme exigent une grande laxité des membranes; on les a notées spécialement dans les cas de fœtus morts et macérés.

En résumé, le volume de la poche a seul quelque importance en pratique.

La poche des eaux se présente sous deux états: elle est bombée, tendue, pendant les contractions; flasque, relâchée dans l'intervalle des douleurs.

C'est à ce dernier moment qu'il faut toucher pour faire le diagnostic de la présentation et de la position. Si l'on voulait faire des recherches quand les membranes sont tendues, on s'exposerait à les rompre ou l'on n'arriverait à aucun résultat.

Parfois la tension de la poche est permanente, par exemple dans l'hydropisie de l'amnios ou lorsque la matrice se contracte spasmodiquement, constamment; dans ces conditions, *si l'on est bien certain de la présentation du sommet*, il est indiqué de rompre prématurément les membranes et de les ouvrir assez haut, afin que le liquide s'écoule peu à peu.

D'habitude les membranes sont *minces* et *lisses*; elles ne sont *épaisses* et *rugueuses* que près du bord du placenta; lors donc qu'elles présentent ces derniers caractères, c'est que le délivre n'est pas loin et est inséré latéralement sur le col.

Dans le cas d'*insertion vélamenteuse du cordon*, la poche peut être parcourue par un ou plusieurs vaisseaux ombilicaux, qu'on reconnaît à leurs saillies linéaires sur les membranes et aux battements dont sont animées les artères. Une hémorragie fœtale est alors à craindre

au moment de la rupture de la poche; c'est pourquoi il faut retarder cette rupture autant que possible par la position, par une pelote de caoutchouc introduite dans le vagin, et se tenir prêt à extraire l'enfant au plus tôt, si l'écoulement de sang compromet son existence.

Différentes *procidences* peuvent se trouver dans la poche et y être reconnues: cordon, pied, main, coude. Ces complications seront traitées d'après les principes que nous examinerons ultérieurement.

Les usages de la poche des eaux sont très importants: 1° Elle s'avance en forme de coin entre les lèvres du col et aide puissamment à la dilatation; 2° Elle excite le museau de tanche et provoque ainsi des contractions réflexes; 3° Elle laisse suinter un liquide onctueux, venant des eaux de l'amnios, de façon à augmenter la lubrification des parties; 4° Lorsque la rupture a lieu, les eaux s'écoulent en partie et humectent le canal vulvo-vaginal; la partie restante s'élimine peu à peu à chaque contraction et contribue au même résultat.

Dans les cas heureux, ordinaires, l'écoulement des eaux affecte la marche que nous venons d'indiquer. Mais si la partie fœtale est élevée, ne bouche pas exactement le col, tout le liquide peut sortir rapidement, brusquement, en flot impétueux; il n'est pas rare que le cordon ou un membre soit entraîné par le torrent; de plus, le fœtus n'étant plus du tout protégé contre les contractions, souffre et peut succomber plus ou moins vite.

Il est toujours prudent de toucher immédiatement après la rupture des membranes: 1° pour constater s'il n'y a pas de procidence; 2° pour vérifier à nouveau la présentation et la position, voir si le diagnostic a bien été posé; 3° pour bien reconnaître la partie fœtale dans le cas où quelque doute subsisterait.

Nous avons dit que normalement la poche des eaux se déchire lorsque le col est complètement dilaté; nous avons ajouté que parfois la rupture est *prématurée* ou *retardée*.

La rupture prématurée se produit lorsque les membranes sont trop fragiles et spécialement quand la présentation est vicieuse ou défectueuse; en effet, si le liquide de la poche communique largement avec le restant des eaux, il reçoit tout l'effort des contractions et les membranes qui bombent fortement ne peuvent résister longtemps. Lorsqu'une partie fœtale saillante, anguleuse (par exemple l'épaule, le genou, un pied, un coude), est en rapport en bas avec les membranes, il n'est pas étonnant que celles-ci s'amincissent au point de contact et cèdent facilement.

L'écoulement prématuré des eaux n'a guère d'importance quand le sommet vient immédiatement remplacer la poche et s'appuyer sur le segment inférieur de l'utérus. Mais il n'en est pas de même quand la partie fœtale reste élevée; alors la totalité du liquide amniotique

s'écoule, la dilatation se fait lentement, les contractions sont rares, peu énergiques. Comme conséquence, le travail est long, fatigant, épuise la femme; le fœtus souffre et peut succomber; si la présentation est transversale, la version podalique devient difficile ou impossible, à cause du retrait de la matrice.

L'écoulement des eaux pendant la grossesse amène le travail à bref délai, ordinairement dans les 24 heures. Il y a des exceptions et l'on a cité des cas où l'accouchement n'avait eu lieu que plusieurs jours ou même plusieurs semaines après la rupture des membranes (M. Pouillet a publié deux cas, l'un de 6 semaines et l'autre de 9 semaines; les deux enfants vinrent vivants).

Si le fœtus est mort et que la rupture prématurée des membranes permette l'entrée de l'air, la putréfaction ne tarde pas à se présenter et des gaz fétides se développent dans la cavité utérine.

Lorsque les membranes se déchirent au début du travail, il faut conseiller le décubitus dorsal permanent, avec le siège élevé, afin de conserver le plus d'eau possible à l'intérieur de l'organe. On a conseillé, dans le même but, d'introduire dans le vagin ou dans l'utérus un ballon que l'on distend avec de l'air ou de l'eau. Ces précautions sont inutiles quand le sommet appuie bien sur le segment inférieur.

La grande solidité et l'élasticité des membranes peuvent faire qu'elles résistent, même après la dilatation complète. On a vu des œufs être expulsés en bloc au 7^e mois de la grossesse et même à une époque rapprochée du terme. Est-il nécessaire de dire qu'il faut alors se hâter d'ouvrir les membranes pour permettre au fœtus de respirer?

Parfois la rupture des membranes est presque circulaire, le lambeau central recouvre la partie fœtale comme une calotte et est entraîné avec elle; le fœtus, dit-on, *naît coiffé*. Les bonnes femmes considèrent cet événement comme un heureux présage pour l'avenir; de là l'expression vulgaire appliquée à l'individu qui réussit dans toutes ses entreprises : *il est né coiffé*.

Lorsque la dilatation est bien complète, la poche des eaux devient inutile et, si elle n'éclate pas, c'est que les membranes sont trop résistantes, peuvent être poussées en bas avec la partie fœtale et tirailler consécutivement le placenta. Il y a donc alors tout avantage, et il n'y a aucun inconvénient, à faire écouler les eaux.

Pour rompre les membranes, on porte brusquement l'extrémité de l'indicateur sur la poche au moment où elle bombe fortement; ou bien on use les membranes en grattant doucement avec l'ongle. On réussit d'habitude par l'un ou l'autre moyen; si l'on échoue, on se sert d'un stylet, d'un mandrin, d'un cure-dent, d'une plume d'oie taillée, d'une aiguille à tricoter, d'une épingle à cheveux ou de tout autre objet semblable bien désinfecté.

Lorsque les eaux sont écoulées, la partie fœtale s'abaisse, est sentie directement, de sorte que le diagnostic de la présentation et de la position devient plus aisé. Cependant il n'est pas permis de rompre les membranes avant la dilatation complète, dans le seul but de reconnaître la partie fœtale. En effet, si c'était l'épaule, par exemple, on ne pourrait faire immédiatement la version, faute d'une dilatation suffisante; celle-ci serait désormais lente et difficile et, quand la manœuvre deviendrait enfin possible, la matrice pourrait être très fortement rétractée. Si le col était mou, dilatable, il n'y aurait plus d'inconvénient à faire écouler les eaux, car dans ces conditions l'introduction de la main est toujours possible et facile.

Dans certaines circonstances, il est indiqué de rompre les membranes avant la dilatation complète. Ainsi : 1^o Quand on craint une inertie utérine et que le sommet est suffisamment engagé pour dilater le col sans l'aide de la poche des eaux. S'il y a hydropisie de l'amnios, on ouvre les membranes assez haut, afin d'avoir un écoulement modéré et continu du liquide; on agit de même dans les accouchements trop rapides, afin de retarder le travail; on évite de cette façon la déplétion trop brusque de l'organe.

2^o Pour fixer la présentation, lorsque le sommet a été ramené au détroit supérieur et que le fœtus trop mobile tend à reprendre sa situation vicieuse malgré le bandage abdominal.

3^o Dans l'insertion latérale du placenta, lorsque la présentation est favorable.

4^o Pour essayer de mettre fin à des convulsions, qui sembleraient dépendre d'une trop grande distension de l'utérus, ou à une perte provenant d'un décollement du placenta amené par la résistance des membranes.

5^o Dans tous les cas où il y a nécessité de terminer, car il n'est pas permis d'appliquer le forceps sur les membranes : si elles résistaient, en effet, elles attireraient le placenta avec elles.

6^o Quand, *tout se trouvant dans les conditions normales*, la marche du travail ne paraît pas en relation avec l'énergie des contractions. On voit souvent qu'après l'écoulement des eaux, la dilatation se complète en quelques instants et l'expulsion se termine sans tarder.

Il n'est pas toujours facile, dans les présentations du sommet, de décider si la poche est rompue ou non; parfois elle contient si peu de liquide que les membranes sont en contact avec le cuir chevelu, sont collées sur lui en quelque sorte et ne peuvent guère être distinguées. Nous avons dit plus haut que les femmes se trompent souvent et confondent les urines, les mucosités avec les eaux de l'amnios; les renseignements qu'elles donnent sont donc fort sujets à caution et c'est le toucher seul qui permet d'établir le diagnostic. En examinant avec attention, il est rare que pendant la douleur on

ne puisse pas constater qu'une légère couche de liquide s'interpose entre les membranes et le sommet; du reste, à ce moment, les membranes sont lisses et tendues, tandis que le cuir chevelu mis à nu se fronce, se plisse; en grattant légèrement avec l'ongle, on sent que les membranes sont parfaitement polies, tandis que l'on soulève quelques petits cheveux quand on est directement en contact avec le sommet. Ce dernier signe est excellent, mais exige une grande délicatesse de toucher. Il est parfois le seul qui puisse servir, lorsqu'il s'agit de ne pas confondre une poche d'eau avec une tumeur séro-sanguine; car celle-ci peut donner une fausse sensation de fluctuation, bomber et se tendre pendant la contraction.

Dans les cas douteux, on a proposé d'inspecter les parties au moyen du spéculum. Ce moyen est loin d'être infaillible et a amené des erreurs regrettables. Tarnier raconte qu'un praticien *instruit*, persuadé qu'il avait affaire à la poche des eaux, fit une incision avec le bistouri, puis appliqua le forceps. C'était le cuir chevelu distendu par l'œdème séro-sanguin; un érysipèle se développa et l'enfant en mourut.

Il faut aussi éviter de gratter fortement, car de légères lésions du crâne peuvent, comme dans le cas précédent, être le point de départ d'accidents graves, abcès et érysipèle.

Des glaires.

On désigne sous ce nom des mucosités filantes, épaisses, ressemblant à du blanc d'œuf cru, qui s'écoulent abondamment des parties génitales pendant le travail.

Déjà pendant la grossesse, surtout dans les derniers temps, la sécrétion vaginale muqueuse, blanchâtre, est augmentée par suite de l'hypertrophie des glandes et de l'afflux du sang dans tout le système génital.

Pendant le travail, cette sécrétion est portée au maximum, devient plus consistante, plus visqueuse, s'attache aux doigts, empêche le linge et le colore plus ou moins en jaune-roussâtre ou verdâtre.

Le mucus épais, accumulé dans le col (bouchon gélatineux de la grossesse), est poussé en bas et se mêle aux glaires vaginales.

A travers les membranes suinte une certaine quantité de liquide amniotique, plus filant, plus onctueux que les eaux mêmes de l'amnios. Après la rupture de la poche, les eaux sortent en petit filet à chaque contraction. On voit que, dans l'accouchement normal, les éléments ne manquent pas pour rendre les parties humides, glissantes, pour lubrifier les parois, et faciliter leur distension.

Le liquide amniotique est blanchâtre et mouille simplement le linge; les glaires vaginales sont d'un jaune-citron et empèsent les draps; on peut donc les distinguer facilement.

Assez souvent, pendant la dilatation du col, de petites éraillures

se produisent et un peu de sang s'écoule; lorsque le sang se mêle intimement aux glaires, celles-ci prennent une coloration foncée, *jus de pruneaux*; si le mélange n'a pas lieu, le sang se montre sous la forme de *stries rougeâtres* attachées aux mucosités.

Quand il y a de vraies déchirures du col, le sang vient un peu plus abondamment et souille les linges de la manière habituelle.

Le travail est dit *humide*, lorsque les sécrétions sont suffisantes pour bien lubrifier les parties et permettre une ampliation facile, non douloureuse, du canal vulvo-vaginal. Dans ces conditions, le doigt n'a guère besoin d'huile pour toucher, tout est suffisamment humecté et glissant.

Dans le cas contraire, le travail est *sec*, les parties sont arides, chaudes, sensibles, dans un état voisin de l'inflammation; l'accouchement est lent, douloureux, les éraillures et les déchirures sont à craindre, le périnée est fort exposé à se rompre. Il faut alors chercher à assouplir artificiellement les organes, au moyen de bains de siège, d'injections émoullientes, d'embrocations huileuses.

COMMENT RECONNAIT-ON QU'UNE FEMME EST EN TRAVAIL ?

Nous avons indiqué les divers phénomènes de l'accouchement; mais deux surtout sont caractéristiques et permettent de déclarer qu'une femme enceinte est en travail; ce sont les contractions plus ou moins énergiques, rapprochées et persistantes, et la dilatation du col.

Les contractions sont habituellement douloureuses; cependant, avant de rien affirmer, il ne faut pas se fier aux douleurs et il est nécessaire de s'assurer, par le palper, qu'elles coïncident avec des contractions utérines.

En général, les contractions assez rapprochées suffisent pour dire qu'une femme est en travail; cependant, on voit des cas où des contractions utérines douloureuses se font sentir pendant plusieurs heures, puis s'affaiblissent, s'éloignent, disparaissent et l'accouchement n'a lieu que plusieurs jours ou plusieurs semaines après.

On pourra croire à ces *fausses alertes*, lorsque le col restera fermé, malgré les contractions.

Il en serait autrement, si la dilatation du col était impossible par suite de rigidité, de fibrome, d'agglutination des lèvres, d'oblitération de l'orifice. Dans ces conditions, la nature des contractions permettra de reconnaître qu'il y a travail et le toucher fera constater l'état anormal du col.

La dilatation du col peut se présenter, avant le travail, chez les multipares et même, quoique bien plus rarement, chez les primipares. De sorte qu'elle ne suffit pas, seule, pour établir le diagnostic. Mais il ne faut pas oublier que certaines femmes ont des contractions