

aussi intime ne reste pas tout à fait individuel, soit prêté d'une personne à une autre, passe d'une mère à sa fille, d'une femme à sa sœur, à sa voisine, à son amie, à une inconnue même.

On doit condamner sévèrement cette pratique de certaines accoucheuses, allant avec leur injecteur faire le tour de leur clientèle et administrant une injection à droite et à gauche, avec le même appareil, la même canule! C'est malpropre, répugnant et dangereux.

Il est de beaucoup préférable de s'abstenir de toute injection que d'en faire en suivant de pareils errements.

On ne doit évidemment pas se servir du même appareil pour les injections vaginales et les lavements; il ne s'agit pas non plus de changer de canule et d'utiliser le même réservoir. Il faut avoir recours, pour les lavements, à un autre injecteur, qui peut être un Esmarch aussi ou bien un Egusier, une seringue ou une poire en caoutchouc.

1) Avant de faire une injection, on doit vérifier l'appareil, constater qu'il est propre, qu'il marche bien, que les tuyaux ne sont pas crevés et sont bien adaptés en haut et en bas. S'il est neuf, il doit être lavé et nettoyé avant de servir; s'il est ancien, il exige encore plus d'attention et de soins.

On désinfecte aisément la canule en verre en la faisant bouillir, ou en la conservant dans un liquide antiseptique (eau sublimée à 1 ‰ par exemple). On veille à ce qu'elle ne traîne pas à terre ni ailleurs; pour cela, on la met d'habitude dans le réservoir pendant qu'on prépare l'injection.

— Les nombreux détails dans lesquels nous sommes entré prouvent qu'une simple injection vaginale exige une série de précautions minutieuses. Les praticiens savent que dans la clientèle pauvre, il est presque toujours impossible de les observer toutes et qu'il est même souvent difficile de suivre les plus importantes. Dans ces conditions, il faut s'en rapprocher le plus possible, ou voir s'il ne vaut pas mieux ne pas faire d'injection du tout.

Quelques-uns ont prétendu que si des germes se trouvaient dans l'appareil ou étaient introduits dans le vagin par l'injection, ils seraient rendus inoffensifs par le liquide antiseptique employé. C'est peut-être exact, mais c'est loin d'être certain.

Du reste, il ne faut pas oublier que la base de la méthode, c'est la propreté et l'asepsie.

Es commente sino indispensable evitar du-
canta o antes de la inyección el empuñamiento ca-
lentura? etc?

DE L'ACCOUCHEMENT

DÉFINITION, DIVISION.

L'accouchement est l'expulsion ou l'extraction de l'œuf à l'époque où le fœtus est viable, c'est-à-dire de 6 à 9 mois après la conception.

Division de l'accouchement, d'après le mode de terminaison, en naturel, spontané, artificiel. — On dit que l'accouchement est *naturel*, lorsque l'expulsion se fait dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire que les organes génitaux et le fœtus sont bien conformés, la présentation favorable, les contractions bonnes.

L'accouchement est *spontané*, quand il se termine par les seules forces de la nature, quoique l'une ou plusieurs des conditions précédentes laissent à désirer. Il peut en être ainsi dans les cas de bassin rétréci, de fœtus monstrueux, de présentation vicieuse, de contractions irrégulières. Si l'accoucheur est obligé d'intervenir, l'accouchement est appelé *artificiel*.

Division de l'accouchement, d'après l'époque, en précoce, prématuré, tardif, retardé. — L'accouchement à terme a lieu à 9 mois, entre 270 et 280 jours. S'il se fait avant ce temps et que le fœtus soit cependant complètement développé, on dit que l'accouchement est *précoce*; mais si l'enfant n'a que l'aspect de l'époque connue de la gestation, l'accouchement est déclaré *prématuré*.

On désigne sous le nom d'accouchement *tardif*, les cas où l'enfant est expulsé après 9 mois, avec le développement qu'il a d'ordinaire à terme; si l'enfant est plus développé, l'accouchement est dit *retardé*.

TERME DE L'ACCOUCHEMENT.

Il est assez difficile de dire *exactement* combien dure la grossesse ordinaire. Les uns comptent 10 menstruations ou mois lunaires de 28 jours, soit 280 jours; les autres fixent le terme à 9 mois solaires de 30 jours, soit 270 jours.

Nous pouvons donc dire que l'accouchement se fait 270 à 280 jours après la conception. Quelques accoucheurs sont plus précis et indiquent 276 jours. Il est certain qu'il y a de légères différences entre les femmes et entre les grossesses de la même femme. Les primipares accouchent souvent avant l'époque présumée; il n'est pas rare que les multipares dépassent le terme fixé.

Il est vrai de dire qu'on ne connaît le moment probable de la conception que dans des cas absolument exceptionnels et trop peu nombreux pour permettre d'établir une règle. Le doute, au surplus, est toujours permis.

Il n'en est pas de même chez les animaux, où tout est fixé et contrôlé. Or, le poulet, qui d'habitude sort de sa coquille le 21^e jour, peut venir le 20^e, parfois le 19^e jour; d'autres fois, il n'arrive que

1) Parto es la expulsión del producto de la ²¹ con-
sepacion empuñamiento
no todos los partos artificiales son distocías pero la control
sino es certa

le 22^e, le 23^e et même le 24^e jour. La portée de la vache, qui est de 9 mois comme la grossesse de la femme, peut être moindre ou aller au-delà. On a vu des gestations de 10 mois, de 11 mois et davantage.

Nul doute que les mêmes écarts puissent s'observer dans l'espèce humaine ; c'est ce qui est, du reste, établi par beaucoup de faits.

Dans 27 cas, observés par Bossi (de Gênes), l'accouchement a eu lieu 266 à 285 jours après le coït considéré comme fécondant.

Les accouchements prématurés et précoces ne sont niés par personne, on en voit chaque jour des exemples.

Les accouchements tardifs ou retardés sont plus rares et ne sont pas admis par tous les accoucheurs. La loi fixe, comme maximum, le 300^e jour ; de sorte que si l'enfant naît plus de 10 mois solaires après la mort du mari, la légitimité *peut* être contestée.

Simpson a mentionné des grossesses d'une durée de 336, 332, 319 et 324 jours ; Jaffé, une grossesse de 303 à 309 jours ; Krüche, de 330 jours ; Benzinger, de 10 1/2 mois ; Piron, de 320 à 324 jours ; Cosentino, de 291, 307 et 315 jours.

Nous avons vu deux cas où toutes les apparences étaient en faveur d'une grossesse ayant duré 10 1/2 à 11 mois. Comme dans la plupart des cas que nous venons de citer, la longueur et le poids des enfants dépassaient notablement les moyennes ordinaires obtenues à terme.

CAUSES DE L'ACCOUCHEMENT

On les a divisées en *efficientes* et en *déterminantes*. Les causes efficientes sont celles qui expulsent l'enfant hors de la matrice et le poussent à l'extérieur ; les causes déterminantes sont celles qui provoquent les forces efficientes, les mettent en jeu, les font agir.

Causes efficientes.

Jadis, on croyait que le fœtus faisait des efforts pour sortir de la cavité utérine ; que, arc-boutant ses pieds sur le fond de la matrice, il poussait sa tête vers l'extérieur. On s'appuyait, pour croire le fœtus actif dans l'acte de l'accouchement, sur son expulsion lente, difficile, lorsqu'il est mort et aussi sur sa sortie possible après le décès de la mère.

Il n'est pas toujours vrai de dire que l'accouchement est plus lent quand le fœtus est mort ; ainsi, si le décès est récent, tout est à peu près régulier. Seulement, le fœtus vivant irrite par ses mouvements la face interne de la matrice et provoque des contractions plus fréquentes. S'il est mort depuis longtemps, le sang vient en moindre quantité au placenta, la vitalité de l'utérus est amoindrie, les contractions sont donc plus faibles. Le produit macéré est flasque, de sorte que l'utérus le comprime plutôt qu'il ne l'expulse. S'il y a

putréfaction, les gaz fétides enlèvent aux parois utérines une partie de leur irritabilité et de leur contractilité.

Donc, sans accorder au fœtus un rôle véritablement actif, on comprend que, s'il est mort, le travail soit d'habitude un peu plus long.

On a vu des enfants être expulsés après la mort de la mère, par exemple chez des femmes enterrées sans être accouchées ; en faisant l'exhumation, quelques heures ou quelques jours après, on trouvait un fœtus entre les cuisses du cadavre. L'explication de ces cas extraordinaires est simple ; d'abord ce n'est pas le fœtus qui a fait des efforts pour sortir, puisque le plus souvent il a succombé avant la mère. Mais 1^o : les parties génitales ramollies par la putréfaction n'offrent plus de résistance ; 2^o les gaz intestinaux se développent en grande quantité et agissent comme force expulsive, dans le genre de la contraction de la presse abdominale ; 3^o de plus, les parois utérines peuvent jusqu'à certain point continuer à se contracter, à se rétracter, après la mort.

Ces conditions rendent compte de ce qui a dû se passer dans les faits exceptionnels dont nous venons de parler.

Du reste, dans les fausses couches, un fœtus de quelques mois ne serait pas assez fort pour vaincre la résistance du col et du canal pelvien, et s'il était actif, il commencerait presque toujours par déchirer les membranes, ce qui n'est pas.

Le fœtus est passif et est expulsé par les contractions utérines aidées de la presse abdominale.

On trouve là, en effet, des forces suffisantes et l'on constate pendant le travail qu'elles s'exercent avec intensité. Au moment des douleurs, la matrice se durcit, se rétrécit, se redresse, s'arrondit ; on peut s'en convaincre par la vue, par le palper, par le toucher, par l'introduction de la main dans la cavité utérine ; dans ce dernier cas, la main est parfois tellement serrée qu'elle ne peut avancer, elle est prise comme dans un étau et est bientôt engourdie.

La force de l'utérus se manifeste d'une manière continue par la rétraction et d'une manière intermittente par les contractions.

Cette force a été évaluée à l'aide d'un manomètre ; elle serait de 20 kilogr. pour la rétraction et de 45 kilogr. pendant les contractions. M. Tarnier a constaté qu'en général on peut finir l'accouchement en tirant sur le forceps avec une force de 20 kilogr. environ, quelquefois moins, parfois davantage (30 à 40 kilogr.). M. Ribémont a trouvé que pour rompre les membranes, appliquées sur un cercle (comme un tambour), il fallait une force très différente selon les cas (de 2 à 10 kilogr.). M. Schutz s'est servi d'un ballon gonflé avec de l'eau et introduit dans l'utérus ; le tube vient s'adapter à l'extérieur à un manomètre, qui indique à chaque contraction

la force déployée par l'utérus (tocodynamomètre) : il a trouvé 15 à 20 kilogr. en moyenne.

On voit que l'enfant subit une énorme pression pendant l'accouchement ; il en souffre peu, avant la déchirure des membranes, parce qu'il est protégé par le liquide amniotique ; mais lorsque celui-ci est écoulé, la matrice revient sur elle-même, l'enfant est pressé entre les parois utérines, le cordon peut être comprimé, la circulation utéro-placentaire est entravée, de sorte que la gêne et l'asphyxie du fœtus en sont plus ou moins rapidement la conséquence.

La force de la matrice est suffisante pour expulser le produit de la conception ; en effet : 1^o on voit des femmes qui accouchent à leur insu, sans faire aucun effort, en état d'asphyxie, de syncope, de narcotisme (ainsi pendant l'éclampsie, la chloroformisation) ; 2^o l'accouchement a lieu sans grandes difficultés dans les cas de paralysie des parois abdominales, de prolapsus complet de la matrice ; dans ce dernier cas, l'organe, considérablement développé, pend entre les jambes et est complètement soustrait à la presse abdominale ; cependant le fœtus est expulsé souvent sans accident.

Les contractions des muscles abdominaux viennent aider ordinairement les contractions utérines ; elles agissent comme dans tous les cas où il faut vider les autres réservoirs, vessie et rectum ; dès que le col est dilaté, elles poussent le contenu de l'utérus vers la seule voie libre, c'est-à-dire du côté de l'excavation pelvienne et de l'orifice vulvaire.

Les femmes fortes, poussant énergiquement, accouchent plus vite que les autres.

Mais la presse abdominale ne pourrait suffire, seule, à expulser le fœtus, car dans l'inertie utérine, les efforts les plus violents de la patiente ne parviennent jamais au résultat désiré.

La matrice est un muscle involontaire, de sorte que ses contractions ne sont nullement soumises aux désirs de la femme. Quoique les muscles abdominaux soient volontaires, ils sont sollicités à se contracter, par action réflexe, pendant les contractions utérines ; cependant, la patiente peut augmenter ou diminuer ces contractions, du moins pendant la première période du travail ; dans la période d'expulsion et surtout quand la partie fœtale appuie sur le périnée et s'engage dans l'orifice vulvaire, la femme pousse absolument malgré elle.

Les contractions de la matrice, comme celles des autres muscles, sont indolores et intermittentes ; elles se manifestent pendant la grossesse, sans que la femme éprouve aucune sensation pénible ; on constate seulement de temps en temps que le globe utérin, flasque et relâché, se durcit et se resserre : c'est ce qu'on appelle les *contractions indolores de la grossesse*. Dans la dernière quinzaine, elles deviennent un peu plus fréquentes et légèrement douloureuses ; quand le travail

de l'accouchement se déclare, elles s'accroissent par degré et sont accompagnées de douleurs plus ou moins vives ; elles se succèdent bientôt à de courts intervalles et sont d'habitude d'autant plus douloureuses qu'elles sont plus rapprochées, plus longues, plus énergiques.

Pendant le travail, la contraction et la douleur sont unies si intimement, que dans la pratique on les confond généralement et que les deux mots sont devenus synonymes ; nous y reviendrons bientôt, en parlant des phénomènes de l'accouchement.

La contraction commence normalement dans le fond, puis se propage au corps et au col ; elle est donc *péristaltique*, comme celle des intestins. De plus, dans les matrices bien conformées, elle est plus puissante dans le fond et dans le corps que dans le col ; cela doit être, puisque les parois sont plus épaisses et les fibres musculaires plus nombreuses dans les segments supérieur et moyen que dans l'inférieur.

Il s'ensuit que les parties supérieures doivent lutter avantageusement contre les inférieures.

Effets des contractions utérines. — Le globe utérin, en se contractant de toute part, comprime son contenu, c'est-à-dire l'œuf, de tous les côtés ; si tous les points de l'utérus avaient la même puissance, les efforts se contrebalanceraient, la compression serait uniforme et aucun résultat ne serait obtenu. Mais il n'en est pas ainsi : le segment inférieur est plus faible que les régions moyenne et supérieure ; d'abord à cause de sa moindre épaisseur et ensuite par le fait de l'ouverture dont il est percé ; en effet, les fibres musculaires en rapport avec cette solution de continuité, manquent de point d'appui et doivent par conséquent être plus facilement tirillées par les autres qui forment un tout continu et se prêtent une mutuelle assistance.

Ajoutons que, selon M. Keiffer dont nous avons signalé plus haut les intéressantes recherches (p. 156), les fibres circulaires du col se relâchent par suite de l'action suspensive de la moelle, pendant que le corps utérin et le vagin se contractent ; cela étant, la dilatation du col est d'autant plus aisée.

Le résultat est facile à prévoir ; chaque paroi pousse l'œuf du côté opposé, le fond tend à le faire descendre, le segment inférieur s'y oppose et la lutte finit par la défaite de celui-ci qui est le plus faible : les fibres qui entourent l'orifice du col sont donc vaincues et se laissent tirailler en haut et en dehors ; par suite, l'ouverture s'élargit et l'œuf y pénètre peu à peu.

L'œuf est donc poussé vers le col et l'excavation pelvienne, dans le sens de l'axe de la matrice.

Supposons qu'il rencontre de ce côté un obstacle invincible, par exemple un rétrécissement du bassin. Il arrivera alors qu'un point quelconque de la matrice, aminci par suite de l'une ou

l'autre circonstance, sera obligé de céder et l'on verra se produire une rupture utérine, dans laquelle le fœtus sera poussé.

Les efforts utérins se résument en verticaux, en horizontaux et en obliques, qui se décomposent de même.

Les efforts verticaux vont de haut en bas et de bas en haut; ceux qui vont de haut en bas étant les plus puissants, dominent ceux qui leur sont opposés par le segment inférieur.

Les efforts horizontaux se manifestent en sens contraire et s'ils s'exerçaient sur un corps solide, ils le comprimeraient et se détruiraient mutuellement. Mais l'œuf se compose du fœtus et du liquide amniotique; les efforts horizontaux agissent sur celui-ci comme un piston et le pousse vers l'orifice du col. L'œuf s'allonge donc et tend à s'échapper par le bas.

Lorsque les eaux sont écoulées, les efforts horizontaux compriment le fœtus transversalement, pressent ses différentes parties les unes contre les autres, en forment un corps compact, allongé, bien préparé pour traverser la filière pelvienne.

Dans ces conditions, les efforts verticaux agissent bien plus efficacement pour faire descendre le fœtus.

La direction de l'effort expulsif correspond à l'axe de l'utérus, donc du détroit supérieur. S'il y a obliquité de la matrice, les deux axes ne coïncident plus, le fœtus est poussé dans une mauvaise direction, les résistances sont plus grandes et l'accouchement devient plus difficile.

Pendant les contractions, la matrice se redresse et l'on voit le globe se dessiner sous les parois abdominales; celles-ci, en se contractant, soutiennent l'organe en même temps qu'elles aident à l'expulsion.

Lorsque la presse abdominale entre en action, elle tend à pousser l'utérus et son contenu vers l'excavation pelvienne; mais l'organe bien soutenu par ses différents ligaments (hypertrophiés pendant la grossesse), résiste, et, si le col est dilaté, c'est le fœtus qui est soumis à la pression et doit descendre.

Remarquons que cet effet utile n'est obtenu que si le col est dilaté; il ne faut donc engager les femmes à pousser qu'à partir de ce moment; si elles commencent plus tôt, elles se fatiguent en vains efforts, sont épuisées et découragées quand elles auraient besoin de toute leur énergie.

Causes déterminantes.

/// Ce sont celles qui amènent les contractions utérines, qui sollicitent la matrice à se contracter. Elles sont naturelles ou accidentelles.

Les causes déterminantes accidentelles provoquent souvent la fausse couche et seront étudiées dans le chapitre qui traite de cet accident.

Maguel cree que el parto es la causa de la transposicion del huevo 2.ª madurez de la matriz transformacion completa en elemento muscular y 3.ª Perdida de

Les causes déterminantes naturelles font que le travail de l'accouchement se déclare au terme de la grossesse. La question revient à ceci : pourquoi les contractions se montrent-elles régulièrement du 270^e au 280^e jour de la grossesse?

On est loin d'être d'accord sur la réponse. Les uns l'ont cherchée chez le fœtus, les autres chez la mère.

A. Le fœtus, arrivé à un certain degré de développement, irriterait la matrice par ses mouvements plus énergiques; ces mouvements seraient dus à la gêne éprouvée par l'enfant dans une cavité trop étroite, ou encore à l'action irritante du liquide amniotique devenu âcre, ou enfin, au besoin d'une nutrition et d'une respiration plus complètes que celles fournies par le placenta. — Mais le fœtus mort ne fait pas ces mouvements.

B. Du côté de la mère, on a indiqué les causes suivantes :

1^o Les fibres musculaires de l'utérus ne sont bien développées et organisées qu'à 9 mois et entrent alors en action. — C'est là une hypothèse contredite par ce qui se passe dans les accouchements prématurés.

2^o L'extensibilité de l'utérus ne peut aller au-delà d'une certaine limite. — Cela est vrai, mais dans les grossesses gémellaires et l'hydramnios, elle va bien au-delà de ce qu'on voit ordinairement à terme.

3^o Le nisus menstruel plus prononcé à la 10^e époque menstruelle déterminerait les contractions. — Mais pourquoi plutôt à la 10^e qu'à la 9^e époque?

4^o Le col ayant fourni tous ses tissus pour l'ampliation de l'utérus, les fibres de l'organe ne peuvent plus aller au-delà et sont ainsi irritées et sollicitées à expulser le contenu. — Mais le travail se manifeste souvent alors que le col a encore de la longueur.

5^o Baudelocque prétendait qu'il y a pendant toute la grossesse antagonisme entre le corps et le col : à 9 mois, le col est complètement ramolli et dès lors il ne peut plus résister au corps, les contractions commencent à produire tout leur effet et le travail se déclare. — Il y a certainement du vrai dans cette théorie. Cependant, certaines femmes dont le col est fort mou bien avant 9 mois, accouchent encore à terme. Il est vrai de dire que souvent, dans ces conditions, le travail se manifeste avant l'époque ordinaire.

6^o P. Dubois comparait la matrice à d'autres réservoirs, tels que le rectum et la vessie : l'excitation du sphincter détermine des contractions de ces organes, des besoins d'aller à la selle ou d'uriner. Lors donc que le col est effacé et que l'œuf vient appuyer sur le museau de tanche, il provoque des contractions réflexes de l'utérus.

Ce fait est vrai et ne doit pas être oublié; il est parfaitement exact que les excitations du col par des causes diverses réagissent

las relaciones entre el huevo y la matriz.

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^e 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^e 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^{er} temps comprend la dilatation, le 2^e l'expulsion et le 3^e la délivrance,