

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

indolores et qu'alors la dilatation se fait sans douleur, quoique les contractions existent.

En résumé, en dehors des anomalies du col que nous venons de signaler, on ne peut être sûr qu'une femme est en travail que si elle présente les *deux conditions réunies* : 1^o contractions rapprochées et persistantes ; 2^o effacement et dilatation progressive du col.

On voit parfois des femmes qui sont, sans aucun doute, en travail, ont des contractions fortes et fréquentes, un col dilaté comme 2 francs et au-delà ; l'accouchement paraît devoir bientôt se terminer. Sans cause appréciable, les douleurs s'arrêtent, cessent complètement, le col se referme, reprend même de la longueur. Il y a donc *rétrocession du travail*. Plusieurs jours peuvent encore s'écouler avant le travail définitif.

DURÉE DU TRAVAIL.

La durée du travail varie beaucoup, même quand toutes les conditions sont normales ; elle est comprise entre 1 et 12 heures.

En général, chez les primipares, le travail demande de 10 à 12 heures ; chez les multipares, la moitié, soit de 5 à 6 heures.

Les primipares âgées ont d'habitude un accouchement plus long, plus difficile, à cause de la fermeté plus grande des parties, de la lenteur de la dilatation. Ahlfeld et Constein ont trouvé une moyenne de 37 heures pour le travail des primipares âgées.

Les petites femmes, dont le *bassin est bien conformé*, accouchent plus rapidement, parce que l'excavation est moins élevée que chez les femmes de haute stature.

Les femmes lymphatiques, dont les parties molles offrent peu de résistance, ont plus de chance d'accoucher vite, à condition que les *contractions soient énergiques*. Les femmes courageuses, bien musclées, poussant fortement, hâtent la terminaison de l'accouchement. C'est probablement pourquoi les femmes de la campagne accouchent plus vite que celles de la ville.

L'*hérédité* se manifeste, dit-on, pour la durée de l'accouchement. C'est que l'organisation de la matrice se transmet de mère en fille.

Il y a des différences selon les races, les pays. Les femmes sauvages accouchent plus rapidement que les civilisées, les Africaines que les Européennes, les Espagnoles et les Portugaises que les Françaises, les Allemandes et en général que celles des pays froids.

La période de dilatation comprend les trois quarts, au moins, de la durée totale de l'accouchement.

On voit des femmes qui accouchent très rapidement, en deux ou trois douleurs ; ces accouchements précipités sont souvent suivis d'inertie et d'hémorragie. D'autres sont toujours lentes, le travail est paresseux et se prolonge bien au-delà de 12 heures.

Les chiffres que nous avons donnés ne s'appliquent pas aux cas anormaux (présentations vicieuses, bassins rétrécis, etc.), dont la durée peut être fort longue, même de plusieurs jours.

Dans les conditions normales, l'accoucheur peut, avec de l'habitude, prévoir approximativement le moment de la délivrance ; pour cela, il se fonde sur la durée des accouchements antérieurs, sur la marche du travail actuel, sur l'intensité et la fréquence des contractions, sur la souplesse et la dilatabilité des parties, sur la conformation du bassin et de l'enfant, sur le mode de présentation et de position.

Il est vrai de dire que les prévisions sont parfois trompées et lorsqu'on avance que l'accouchement se terminera à tel moment, on doit toujours ajouter : « si tout marche comme jusqu'à présent ».

Phénomènes mécaniques.

Ce sont les différents mouvements que le fœtus exécute pour arriver à l'extérieur. Ils varient suivant les présentations et les positions et doivent être examinés dans chacun de ces cas particuliers.

PRÉSENTATIONS DU SOMMET.

Occipito-gauche antérieure ou 1^{re} position.

Le fœtus est placé longitudinalement ; le siège est dans le fond de l'utérus ; la tête se trouve en bas, semi-fléchie, en rapport avec le détroit supérieur ou engagée dans le haut de l'excavation ; le dos est en avant et à gauche, le plan antérieur en arrière et à droite ; le côté gauche est dirigé en arrière et à gauche, le côté droit en avant et à droite. L'occiput correspond à la cavité cotyloïde gauche, le front à la symphyse sacro-iliaque droite. La suture sagittale est oblique d'avant en arrière et de gauche à droite ; elle est placée à peu près à égale distance des parois antérieure et postérieure du bassin ; la petite fontanelle est en avant et à gauche, la grande en arrière et à droite. La bosse pariétale antérieure, qui est la droite, est plus basse que la postérieure. Le diamètre occipito-frontal (11 1/2 centimètres) est parallèle à l'oblique gauche (12 centimètres), le bi-pariétal (9 cent.) à l'oblique droit (12 centimètres) ; le petit axe de la tête est dans l'axe du détroit supérieur.

Le sommet se présentant franchement, régulièrement au détroit supérieur, à sa circonférence occipito-frontale parallèle au contour de ce détroit, et son diamètre bi-pariétal se trouve dans le plan même de l'entrée du petit bassin : comme ce plan est oblique et plus bas en avant qu'en arrière, il n'est pas étonnant que la bosse pariétale antérieure soit plus basse que la postérieure. Du reste, il y a un autre motif pour que le doigt introduit dans le vagin atteigne plus facilement la bosse antérieure que la postérieure ; c'est que la paroi antérieure de l'excavation est la plus courte et qu'ainsi tout ce qui est en avant est toujours plus facilement accessible.

Nægelé a prétendu que cette obliquité de la tête est plus prononcée ; selon lui, la circonférence occipito-frontale, au lieu d'être parallèle au pourtour du détroit

supérieur, regarde en arrière, vers la 2^e ou la 3^e pièce du sacrum. Plusieurs ont donné à cette situation du sommet le nom de : *obliquité de Nægelé*.

D'autres prétendent, au contraire, que l'inclinaison a lieu sur le pariétal postérieur.

Nous croyons que ces obliquités exagérées ne sont pas la règle dans les bassins normaux et ne se voient guère que dans certains types de bassins rachitiques, où il y a tantôt obliquité antérieure, tantôt obliquité postérieure.

Les mouvements que le fœtus exécute sont divisés en plusieurs *temps*, qui sont : 1^o la flexion de la tête ; 2^o la descente ; 3^o la rotation intérieure de la tête ; 4^o l'extension de la tête ; 5^o la rotation intérieure des épaules et extérieure de la tête ; 6^o la sortie des épaules et du tronc. Reprenons ces différents temps.

1^{er} temps. Flexion de la tête. — Le menton se rapproche de la poitrine, l'occiput s'éloigne du dos. Le diamètre sous-occipito-bregmatique (10 centimètres) ou sous-occipito-frontal (11 centimètres), si la flexion est moins complète, a pris la place de l'occipito-frontal et est dans l'oblique gauche du bassin. Le bi-pariétal a conservé ses rapports avec l'oblique droit. Le grand axe de la tête est devenu parallèle à l'axe du détroit supérieur, ce qui est très favorable pour l'engagement. La grande fontanelle a remonté pendant que la petite a descendu et s'est rapprochée du centre du bassin.

On voit que, par ce mouvement de flexion, la partie s'est en quelque sorte amoindrie, puisqu'elle a substitué un diamètre de 10 centimètres à un de 11 1/2. Désormais donc, ce sont les diamètres sous-occipito-bregmatique et bi-pariétal qui se trouvent dans les obliques du bassin ; la descente en sera évidemment facilitée.

2^e temps. Descente ou translation. — La tête pénètre dans le bassin en suivant l'axe du détroit supérieur ; elle est relativement plus à l'aise dans l'excavation dont les dimensions sont un peu plus grandes que celles du détroit abdominal. Elle se dirige vers la partie inférieure du sacrum qu'elle comprime fortement ; elle est alors reportée en avant et en bas contre le plancher périnéal, qu'elle creuse en gouttière et fait bomber à l'extérieur.

Pendant ce dernier temps, la bosse pariétale postérieure descend plus rapidement que l'antérieure, de sorte que bientôt elle se trouve au même niveau que l'autre : c'est ce que l'on appelle le *redressement de la tête*.

D'après la plupart des auteurs, le diamètre bi-pariétal, en descendant, reste parallèle aux différents plans fictifs qu'il traverse, la progression est *synclitique*, selon le terme employé. D'autres prétendent que la bosse antérieure ou postérieure se trouve plus basse, qu'il y a *asynclitisme* ; nous ne partageons pas cet avis, du moins pour les bassins normaux.

3^e temps. Rotation intérieure. — Arrivée au détroit inférieur, la tête exécute un mouvement de rotation, qui porte l'occiput de gauche à droite sous la branche ischio-pubienne, puis directement en avant.

Le mouvement de descente se continuant en même temps (*second mouvement de descente* de certains auteurs), l'occiput avance dans le vide de l'arcade pubienne et se dégage sous la symphyse, de sorte qu'une des extrémités du grand axe de la tête se trouve libre.

A la suite de cette rotation, le bregma et le front sont en arrière dans la concavité sacrée ; le diamètre bi-pariétal est dans le transverse du détroit inférieur ; la suture sagittale et le diamètre sous-occipito-bregmatique (car ici la flexion est toujours complète) correspondent au pubio-coccygien. Le grand axe de la tête est dans la direction de l'axe du plan antérieur de Dugès, c'est-à-dire de l'ouverture vulvaire.

Cette rotation a placé la tête dans les conditions les plus favorables, puisque son grand axe est dans l'axe du canal à parcourir, et que ses diamètres sont en rapport avec ceux qui leur conviennent le mieux du détroit inférieur, le sous-occipito-bregmatique (de 10 centimètres) dans l'antéro-postérieur (de 12 1/2 à 13 avec la rétrocession du coccyx) et le bi-pariétal (de 9 centimètres), dans le bi-sciatique (de 11) ; l'accommodation ne laisse donc rien à désirer.

Les épaules participent ordinairement au mouvement de rotation de la tête ; le diamètre bis-acromial se rapproche du bis-iliaque, sans lui être toutefois complètement parallèle. Dans certains cas, les épaules ne changent pas de direction, le diamètre bis-acromial reste dans l'oblique droit du détroit supérieur ; d'autres fois, elles suivent tout à fait la rotation et le bis-acromial se place dans le bis-iliaque.

4^e temps. Extension. — La nuque s'appuie derrière la symphyse pubienne, la tête s'étend peu à peu, l'occiput remonte vers le mont de Vénus et l'on voit apparaître successivement, au-devant de la commissure antérieure du périnée : la suture sagittale, le bregma, le front, le nez, les yeux, la bouche et le menton. En d'autres termes, les diamètres sous-occipito-bregmatique, sous-occipito-frontal et sous-occipito-mentonnier traversent, l'un après l'autre, le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur.

Dès que le bregma a franchi la vulve, le bord antérieur du périnée fort tendu revient sur lui-même, glisse sur la face et se place au-devant du cou.

La tête libre retombe par son propre poids et le plus souvent l'occiput se retourne *légèrement* à gauche.

5^e temps. Rotation intérieure des épaules et extérieure de la tête. — Les épaules descendent dans l'excavation et, arrivées au détroit inférieur, subissent une rotation qui porte l'antérieure (la droite) en avant et la postérieure dans la concavité sacrée.

Le diamètre bis-acromial se place donc dans le pubio-coccygien. La tête suivant ce mouvement, l'occiput se tourne directement vers la cuisse gauche de la mère, pendant que la face regarde la cuisse droite.

6^e temps. Sortie des épaules et du tronc. — L'épaule droite vient se

montrer la première sous la symphyse pubienne; le bras arrêté derrière la symphyse y prend un point d'appui et devient le centre d'un mouvement de rotation qui fait arriver l'épaule postérieure au-devant de la commissure antérieure du périnée. L'épaule antérieure est donc restée fixe, immobile, pendant que la postérieure a parcouru la concavité sacrée et la gouttière périnéale. Pendant ce temps, le fœtus, forcé de s'accommoder à la courbure du bassin, s'infléchit fortement en avant, de façon à présenter une concavité latérale antérieure très prononcée.

Les épaules étant dégagées, le restant du tronc, moins volumineux, sort sans difficulté, en suivant l'axe du canal pelvien.

Occipito-droite postérieure ou 2^{de} position.

Dans cette position, le dos du fœtus est tourné en arrière et à droite; son côté gauche est en avant et à droite, son côté droit en arrière et à gauche. La tête est semi-fléchie au détroit supérieur; l'occiput répond à la symphyse sacro-iliaque droite, le front à la cavité cotyloïde gauche. La suture sagittale est oblique d'avant en arrière et de gauche à droite; la petite fontanelle est en arrière et à droite, la grande est en avant et à gauche. La bosse pariétale antérieure, qui est la gauche, est plus accessible au doigt que la postérieure. Le diamètre occipito-frontal est dans l'oblique gauche, le bi-pariétal dans l'oblique droit.

Le mécanisme présente ici deux variétés, selon que l'occiput revient en avant ou se dégage en arrière. Règle générale, l'occiput revient spontanément en avant (95 fois sur 100) ou doit y être ramené par le forceps (3 fois sur 100) et c'est par ce cas que nous commencerons.

1^{er} temps. — La flexion se fait comme dans la première position.

2^e temps. — La descente est limitée par la longueur du cou, car celui-ci ne peut mesurer la paroi postérieure du bassin, et le haut de la poitrine ne peut guère s'engager dans l'excavation en même temps que la tête; c'est pourquoi le mouvement est arrêté jusqu'à ce que la rotation se fasse.

3^e temps. — La tête tourne de droite à gauche, l'occiput roule en avant et le front en arrière. Dès lors, nous retrouvons les conditions de la 1^{re} position, le cou est plus long que la paroi antérieure du bassin, la tête achève son mouvement de descente et l'occiput vient se placer dans l'arcade pubienne.

4^e temps. — L'extension a lieu comme dans la 1^{re} position.

5^e temps. — L'épaule antérieure, qui est la gauche, se porte en avant, l'épaule postérieure en arrière; l'occiput regarde la cuisse droite de la mère.

6^e temps. — La sortie des épaules et du tronc ne présente pas de différence.

Lorsque l'occiput se dégage en arrière, ce qui n'arrive que 2 fois sur 100, d'après notre statistique (voir page 234), voici ce qui se passe :

1^{er} temps. — La flexion a lieu comme ci-dessus.

2^e temps. — La descente est difficile dans le bas de l'excavation, car le haut du tronc doit pénétrer dans le bassin alors que la tête s'y trouve toujours; aussi faut-il que le fœtus soit petit ou le bassin large; en effet, le diamètre sous-occipito-bregmatique est alors suivi par les diamètres cervico-frontal et dorso-frontal, qui ont respectivement 10 et 11 centimètres au minimum et éprouvent certainement de grandes difficultés à s'engager dans le diamètre oblique gauche du bassin, qui en a 12 (sans les parties molles).

La tête descend donc poussée par de fortes contractions; elle subit au bas de l'excavation une flexion forcée, provenant des vives résistances qu'elle rencontre.

3^e temps. — La rotation manque ou se fait en arrière, c'est-à-dire que dans ce dernier cas, l'occiput se dirige vers le sacrum et le front derrière la symphyse pubienne.

4^e temps. — La tête arrive à la vulve en flexion forcée; l'occiput parcourt le périnée d'arrière en avant, en le distendant fortement, et vient se dégager au-devant de la commissure antérieure (ou du grand ligament sacro-sciatique droit, s'il n'y a pas eu de rotation). Le diamètre occipito-frontal passe par le diamètre antéro-postérieur de la vulve et compromet le périnée qui, à ce moment, doit être bien soutenu. Dès que l'occiput est dégagé, le périnée glisse sur la nuque, la région sous-occipitale devient centre du mouvement d'extension et l'on voit apparaître sous le pubis : le bregma, le front, les yeux, le nez et le menton. La tête se renverse donc en arrière, sur le périnée.

Selon Tarnier et Chantreuil, le bregma se montre sous les pubis *avant* que l'occiput n'apparaisse au-devant de la commissure antérieure du périnée et celui-ci y arrive à peine au moment où le front tout entier se dégage en avant.

D'une manière très exceptionnelle, l'occiput reste en arrière, s'arrête dans la grande échancrure sciatique, la tête se défléchit et la face remplace le sommet. Il faut pour cela que la tête soit petite et le bassin large, car à un moment donné, le diamètre sus-occipito-mentonnier (de 13 1/2 cent.) doit traverser l'oblique gauche du bassin (de 12 cent.), ce qui serait impossible dans les conditions ordinaires.

5^e et 6^e temps. — Les mêmes que précédemment.

Autres positions du sommet.

Nous avons pris comme types, les deux positions ordinaires du sommet; le mécanisme est absolument le même dans les autres variétés. Dans l'*antérieure droite* et les *transversales gauche* ou *droite*, l'occiput se dégage régulièrement sous les pubis, comme dans l'occipito-gauche antérieure. Dans la *postérieure gauche*, l'occiput revient en avant ou reste en arrière comme dans la postérieure droite.

Les légères modifications à signaler dans les rapports et les mouvements se déduisent d'elles-mêmes par une simple réflexion. Inutile donc de nous y arrêter.

Causes des différents mouvements.

Nous avons déjà dit que, après l'écoulement des eaux, les efforts horizontaux de l'utérus 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. Si le bassin était un canal droit, suffisamment large, le fœtus se présentant par le sommet pourrait le parcourir sans difficulté et n'aurait nul besoin d'exécuter des mouvements autres que la translation. Mais il n'en est pas ainsi. Les diamètres des grosses parties fœtales, telles que la tête et la poitrine, sont seulement un peu plus courts que ceux du bassin osseux; les parties molles viennent encore diminuer les dimensions de celui-ci. La tête qui s'avance la 1^{re} est dure, volumineuse, parcourt un canal musculo-membraneux étroit; elle rencontre partout des résistances, qu'elle doit vaincre; elle se crée en quelque sorte un chemin nouveau.

L'accommodation devient donc nécessaire et la loi que nous avons indiquée trouve ici ses applications; le contenant est le canal, le contenu est la tête fœtale; les parties sont glissantes, peu anguleuses; elles sont le siège d'alternatives de mouvement et de repos, par le fait des contractions. Aussi voit-on la tête se placer dans les conditions les plus favorables, mettre son grand axe dans l'axe de la filière et ses diamètres en rapport avec les correspondants du bassin.

En un mot, ce sont les *résistances* rencontrées par la tête qui lui font exécuter ses mouvements. Ces résistances, pour agir, doivent être suffisantes, sinon le mouvement est nul ou incomplet; elles ne doivent pas être *directement* opposées, sinon elles se balancent, se détruisent et ne produisent aucun résultat.

Toute partie fœtale un peu volumineuse subit *quatre mouvements*: d'abord elle s'amointrit, se fait aussi petite que possible; puis elle descend; elle tourne ensuite pour s'accommoder au détroit inférieur; enfin elle se dégage.

Dans les présentations du sommet, l'amointrissement se fait par une flexion complète de la tête. La descente est alors plus facile. L'occiput se tourne en avant pour placer le diamètre sous-occipito-bregmatique (10 cent.) dans le pubio-coccygien (13 cent.), tandis que le bi-pariétal (9 cent.) tourne dans le bi-sciatique (11). Le dégagement a lieu par extension.

La poitrine subit les mêmes quatre mouvements: les épaules comprimées se rapprochent, les bras s'appliquent intimement sur le devant du thorax (amointrissement). La descente se fait ensuite. Les épaules tournent l'une en avant, l'autre en arrière, de façon

à mettre le diamètre bis-acromial, le plus long de la région, dans le pubio-coccygien, le plus long du détroit inférieur (rotation). Le dégagement s'exécute par une inflexion latérale du tronc en avant (rotation de l'épaule postérieure autour de l'antérieure).

Si le reste du corps sort sans exécuter de mouvements spéciaux, c'est qu'il est moins volumineux que les épaules et surtout que la tête; il ne rencontre donc aucune résistance.

Reprenons chacun de ces mouvements pour la 1^{re} position d'abord.

1^o *Amointrissement de la tête par flexion*. — Au début du travail, la tête est semi-fléchie, le front un peu plus élevé que l'occiput. Après l'écoulement des eaux, le sommet est poussé vers le petit bassin et est enveloppé par le segment inférieur de l'utérus qui le comprime de toutes parts. Il s'engage dans une espèce d'entonnoir et est soumis à des résistances qui s'exercent sur tout son pourtour. Le front et la face sont pressés de dehors en dedans, l'occiput de même; ces pressions sont opposées, mais non directement, puisqu'elles ne sont pas au même niveau; la tête doit donc exécuter un mouvement de rotation d'avant en arrière (autour d'un axe transversal), c'est-à-dire se fléchir complètement.

Si le front et la face sont à la même hauteur que l'occiput, la flexion manque; s'ils sont plus bas que lui, le mouvement a lieu en sens opposé à la flexion, c'est-à-dire que la tête s'étend et l'on a une présentation de la face.

Lorsque les résistances sont insuffisantes (détroit supérieur large, tête fœtale petite, etc.), la flexion est nulle ou incomplète, ainsi c'est le diamètre sous-occipito-frontal qui se substitue à l'occipito-frontal. En effet, assez fréquemment la tête s'engage sans se fléchir tout à fait et le toucher montre que la grande fontanelle n'est pas beaucoup plus élevée que la petite. La flexion n'a lieu dans ces cas qu'au bas de l'excavation, sur le plancher périnéal, parce qu'ici les résistances deviennent beaucoup plus marquées.

Dans d'autres cas, les résistances sont suffisantes pour amener la flexion complète au détroit supérieur; mais comme elles sont moindres dans l'excavation, la tête se défléchit un peu; la flexion se reproduit alors au détroit inférieur. Dans les occipito-postérieures non réduites, c'est-à-dire quand l'occiput reste en arrière, les résistances sont considérables au bas de l'excavation et produisent une flexion absolument complète.

Les résistances qui s'exercent sur les bosses pariétales sont aussi opposées, mais non directement, puisque l'antérieure est plus basse que la postérieure. C'est pourquoi le pariétal antérieur descend d'abord plus vite que le postérieur. Cette obliquité de la tête est modérée dans les bassins normaux, mais elle peut s'accroître fortement lorsque le promontoire est très saillant (bassins rachitiques), parce