

Ces phénomènes se calment, pendant les trois mois qui suivent; le ventre grossit, les signes de certitude apparaissent. Cette période moyenne est une période de *calme* et de *bien-être*.

Le troisième trimestre est la période des troubles de *cause mécanique*: refoulement et compression. Les femmes sont gênées pour marcher, elles respirent difficilement, les fonctions évacuatrices, miction et selles, sont pénibles; des hémorroïdes, des varices apparaissent.

Dans les derniers quinze jours, quelquefois un peu plus tard, se produisent des changements avant-coureurs de la délivrance. L'utérus qui s'élevait jusqu'à la région épigastrique s'abaisse sensiblement et semble s'élargir: le *ventre tombe*. La respiration devient plus libre, les digestions sont plus faciles. Mais, par contre, surviennent des incommodités du côté des organes inférieurs: sentiment de pesanteur vers le fondement, difficulté des garde-robes, envies illusoires d'aller à la selle et d'uriner, ténésme rectal et vésical, gêne de la marche, augmentation de l'œdème des membres inférieurs et des varices. Il existe enfin souvent des contractions utérines douloureuses, courtes et assez fréquentes. Le terme est proche.

La grossesse est un état physiologique qui, normalement, se termine par l'expulsion spontanée du produit de la conception: c'est l'Accouchement.

DEUXIÈME SECTION

ACCOUCHEMENT

CHAPITRE PREMIER

PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

L'accouchement est l'expulsion de l'œuf hors de l'organisme maternel. Cette expulsion est produite par les contractions de l'utérus, secondées par les contractions des muscles abdominaux.

Ces contractions utérines existent, plus ou moins atténuées, *pendant toute la grossesse*; mais, au moment du terme, se trouvent réunies des conditions favorisant particulièrement leur action efficace. Le col ramolli n'oppose plus un obstacle aussi vigoureux; il cède, sa cavité se laisse distendre. La caduque, ne pouvant suivre l'ampliation utérine, se décolle, et les membranes de l'œuf arrivent jusqu'à l'orifice interne du col qu'elles titillent constamment: ce sont là des causes puissantes d'excitation qui, aidées par les mouvements du fœtus incessants à cette époque, contribuent à donner aux contractions l'énergie nécessaire à l'expulsion.

Le produit de la conception, ou œuf, se compose d'un contenu, le fœtus, et d'enveloppes et annexes, qui sont expulsés successivement: on réserve à l'expulsion du fœtus le nom d'*accouchement* proprement dit; on donne à l'expulsion des annexes, celui de *délivrance*.

TRAVAIL

Une même série de phénomènes généraux prépare ou détermine l'expulsion de ces différentes parties; on leur donne le nom de *travail*. Nous les étudierons d'abord,

puis nous passerons à l'étude du mécanisme particulier de l'expulsion fœtale en premier lieu, de l'expulsion des annexes ensuite.

Le *travail* comprend les modifications des organes génitaux qui accompagnent l'expulsion de l'œuf désignées sous le nom de *phénomènes physiologiques du travail*.

Phénomènes physiologiques du travail. — Contractions utérines et douleurs. — Contractions abdominales. — Contractions vaginales.

A. Les contractions utérines sont douloureuses — intermittentes. — involontaires.

1° La *douleur* est le caractère qui frappe le plus, à tel point que le mot *douleur* est devenu, dans le langage vulgaire et courant, synonyme de contraction; on dit d'une femme qu'elle a de bonnes douleurs, qu'elle n'a pas de douleurs.

C'est là une impropriété de langage, car douleur et contraction ne sont pas choses absolument équivalentes. La contraction est une condition *nécessaire* de toute expulsion naturelle du produit de la conception; la douleur ne *l'est pas*. Les douleurs en effet peuvent être atténuées ou même manquer tout à fait. Tarnier cite le cas d'une femme qui accoucha sans s'en douter, en dormant, et ce furent les cris de l'enfant qui révélèrent le fait. Il est, par contre, des femmes qui ont des douleurs hors de proportion avec les contractions et la progression du travail (tempérament nerveux, étroitesse des voies génitales, etc.). Auvard rapporte le cas d'une femme qui, à la Maternité de Paris, s'est suicidée en se jetant par la fenêtre pour se soustraire aux douleurs.

La *durée* des douleurs n'égale pas la durée de la contraction. Si, pendant le travail, on laisse la main quelque temps sur l'utérus, on sent ce dernier se durcir avant que la femme commence à se plaindre et l'on sent encore l'utérus contracté après la cessation des douleurs. La douleur commence *après* et finit *avant* la contraction. Le rapport de la douleur à la contraction a été bien étudié par Polaillon; pour 113 secondes que dure la contraction, la douleur

n'existe que pendant 60 secondes; elle apparaît 32 secondes après le début de la contraction et disparaît 28 secondes avant sa cessation (1).

Les douleurs de l'accouchement accompagnant la contraction utérine sont la résultante d'éléments divers. Ce qui fait le fonds des douleurs, c'est la *contraction douloureuse* de l'utérus qui leur donne un cachet général bien à elles; mais, suivant les moments de l'accouchement, d'autres éléments s'y ajoutent qui le modifient.

Ces douleurs présentent, au début surtout, un caractère *spasmodique* spécial qui leur a valu le nom de *coliques utérines*. Les coliques, ou *tranchées utérines*, indiquent la présence dans l'utérus d'un contenu dont la matrice cherche à se débarrasser en se contractant (2).

Mais à la douleur déterminée par la seule contraction spasmodique de l'utérus, s'ajoute la douleur provoquée par la distension et les éraillures du conduit génital, les compressions sur les nerfs voisins par le passage de la partie fœtale, les tiraillements sur ces mêmes nerfs par les contractions de la matrice et par la tendance de cette dernière à se laisser entraîner au dehors par le fœtus qui presse sur son ouverture en la poussant plus ou moins devant lui.

Toutes ces causes de sensations douloureuses *soulignent* la douleur spasmodique générale. Il en résulte que les douleurs utérines variables dans leur *intensité*, suivant les accouchements, varient encore dans leur *forme* et dans leur *expression*, suivant les périodes du travail. On peut suivre les phases de l'accouchement d'après les caractères successifs des douleurs — *mouches* — douleurs *préparantes* — *expultrices* — *concassantes*.

Au début du travail, les douleurs sont peu intenses; elles sont plutôt irritantes et agaçantes comme des piqûres de *mouches*, d'où leur nom. Les femmes qui vont et vien-

(1) *Archives de Physiologie*, 1880. — Pour le reste de la Physiologie de la contraction utérine, nous renvoyons à l'étude de l'utérus, in *Éléments d'Anatomie*.

(2) C'est le mécanisme de toutes les coliques: coliques intestinales, hépatiques, néphrétiques.

nent, s'arrêtent, s'appuient sur le dossier d'une chaise ou d'un fauteuil, sur le rebord d'un meuble, leur visage exprime la souffrance ; cela dure un instant, puis elles reprennent leur attitude première.

Mais ensuite surviennent de véritables cris plaintifs ; la femme gémit, se lamente. Ce sont les douleurs *préparantes* qui accompagnent la dilatation de l'orifice utérin : *les voies se préparent*.

Les douleurs *expultrices* sont plus vives encore ; ce sont alors des cris aigus, s'interrompant, pendant que la femme fait un effort avec ses muscles abdominaux, pour reprendre ensuite, et se terminer par une expiration prolongée.

Les crises douloureuses sont plus longues pour les douleurs expultrices que pour les précédentes ; tandis que les mouches disparaissent au bout d'une demi-minute environ, les préparantes durent une minute et les expultrices près d'une minute et demie.

Enfin surviennent quelques cris *courts* se succédant à bref intervalle, *déchirants* au moment de la sortie de la partie fœtale : ce sont les douleurs *concassantes*.

Les douleurs, au début du travail, siègent sur les parties latérales de l'utérus, puis elles s'irradient en ceinture, et les femmes, pour s'y soustraire, prennent des postures variées, relèvent les cuisses et le bassin, de façon que le fœtus appuie moins sur l'orifice. Dans d'autres cas, les malades ressentent de terribles douleurs dans les reins ; c'est ce qu'on appelle « *accoucher par les reins* ». Les douleurs de l'expulsion sont assez souvent accompagnées de crampes excessivement douloureuses.

2° Non seulement les contractions sont douloureuses, mais elles sont *intermittentes*. Les douleurs initiales ou mouches se répètent environ toutes les vingt minutes, puis le travail s'accélère, les douleurs préparantes reviennent toutes les dix minutes, les expultrices toutes les cinq minutes (1) ; quant aux dernières, leur succession est presque ininterrompue.

(1) Naturellement, comme les chiffres rapportés plus haut, ce sont des moyennes, et il y a d'assez nombreuses variations individuelles.

Ce caractère d'intermittence sert à les distinguer de douleurs variées qui surviennent à la fin de la grossesse, qui n'ont pas de rapport avec la contraction utérine et qu'on nomme *fausses douleurs*.

3° Les contractions utérines sont de plus *involontaires*, à l'inverse des contractions des muscles abdominaux.

B. Les contractions de la paroi abdominale n'entrent en scène qu'à une période assez avancée du travail, en général lorsque la dilatation est complète. Elles sont sous la dépendance de la volonté ; *cependant* la femme, ordinairement, ne met en jeu la contraction abdominale que lorsqu'elle sent les douleurs ; il y a là une action réflexe qui la rend parfois impérieuse. On dit alors que la femme *pousse*. C'est en surveillant et en dirigeant cette *poussée* que l'accoucheur peut, jusqu'à un certain point, régler la sortie de la partie fœtale.

Les contractions abdominales ne s'exercent pas seulement sur l'utérus mais sur tout le contenu de la cavité abdominale ; il s'ensuit qu'au moment où la femme pousse elle va à la garde-robe, elle laisse échapper son urine.

Les contractions utérines et abdominales apportent des troubles dans la circulation fœtale et maternelle, soit, lorsque l'utérus se contracte, en emprisonnant les vaisseaux dans les boutonnières musculaires de l'utérus qu'ils traversent, soit par l'excès de pression qui résulte de l'effort volontaire de la femme. Mais si, comme conséquence, la circulation fœtale est ralentie, presque suspendue, ainsi qu'on peut en juger par l'auscultation, l'on constate, au contraire, une augmentation de fréquence du pouls maternel.

C. Outre ces deux sortes de contractions, il existe quelques contractions péristaltiques du vagin. Ces contractions, manifestes chez certains mammifères et en particulier chez la lapine, sont peu importantes chez la femme.

Modifications du col. — Effacement et dilatation. — Le col, pendant le travail, s'efface d'abord, se dilate ensuite.

On entend par *effacement du col* sa disparition en tant qu'organe distinct et particulier, et sa fusion avec le corps de l'utérus : il n'y a plus alors qu'une cavité utérine.

L'époque de l'apparition de l'effacement du col, le mécanisme de ce phénomène ont été fort discutés.

Pour Tarnier l'effacement commence dans la dernière quinzaine de la grossesse, pour Pinard et son école seulement au moment du travail; sa constatation est pour ce maître un signe de travail (1).

Cet effacement se fait de *haut en bas*. Il est le résultat de causes diverses; tout d'abord interviennent les tiraillements exercés par les contractions des fibres longitudinales de l'utérus qui ouvrent la cavité cervicale; cette distension constitue une amorce pour la pression exercée par la poche des eaux et par la partie fœtale, agissant par leur poids augmenté de la poussée des contractions. Sous l'effort de ces coups de bélier répétés, l'orifice interne s'élargit progressivement de plus en plus, sa limite finit par disparaître; la cavité du col s'évase petit à petit en entonnoir, et il arrive un moment où il n'y a pas de démar-

(1) On a longtemps admis que le col s'effaçait dans les derniers mois de la grossesse. C'était une erreur due à l'appréciation de l'état du col par le toucher vaginal seul; le col ramolli paraît fort diminué de longueur; Stoltz releva cette erreur en pratiquant le *toucher intra-cervical* et en mesurant avec le doigt la longueur de la cavité du col. C'est l'opinion de Stoltz, que Tarnier adopte. Tarnier écrit: « Dans la dernière quinzaine de la grossesse le col s'efface réellement.... L'effacement est dû à l'influence des contractions indolores qui se produisent pendant le cours de la grossesse au moment où, par suite du ramollissement de l'orifice interne, elles peuvent vaincre la résistance des fibres musculaires du col (*Traité de l'art des accouchements*, p. 197 et 198). « Si, dit M. Pinard, examinant à la fin de la grossesse une femme qui n'a ni jumeaux, ni hydropisie de l'amnios (deux conditions pouvant produire la déhiscence du col) et chez qui l'on n'a pas, avant vous, pratiqué des touchers répétés, vous trouvez le col effacé, au retour aussi bien qu'à l'aller, la femme est en travail » (cité par Varnier in *Annales Gynécologie*, 1887, p. 54). Pinard et Varnier ont non seulement mesuré la cavité cervicale avec le doigt, mais à l'aide de la tige de l'excitateur Tarnier placé à l'orifice interne par l'index qui, ramené ensuite jusqu'à l'orifice externe, étale le col puis marque sur la tige son point d'affleurement et donne ainsi, visible sur l'instrument, la longueur cervicale.

Ces deux opinions ne sont peut-être pas aussi opposées qu'elles le paraissent.

cation possible entre les deux cavités du col et du corps, qui n'en forment désormais qu'une seule ayant un orifice inférieur unique. Cet orifice représente l'orifice externe du col qui, lui-même, sous l'influence des mêmes causes mécaniques, va subir une ampliation progressive pour laisser passer la partie fœtale, se *dilater* en un mot.

L'effacement du col se reconnaît à la *longueur de la cavité cervicale* appréciée à l'aide du toucher. Lorsqu'on ne sent plus que le rebord de l'orifice externe, l'effacement est complet. Le rebord de l'orifice est mince, tranchant chez

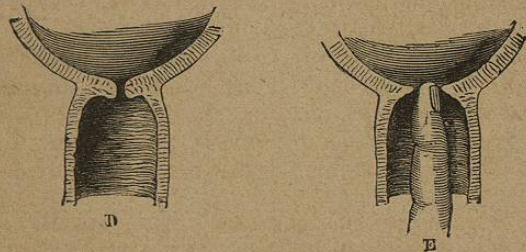


Fig. 11. — Col pendant le travail.

D, col en voie d'effacement; le col a encore une certaine longueur, il y a une cavité cervicale. E, col effacé: le col a disparu, il n'y a plus de cavité cervicale distincte.

la primipare, assez épais et charnu chez la multipare; quand le travail se prolonge il est parfois gonflé, œdémateux.

Dans l'appréciation de l'état de dilatation du col il faut être mis en garde contre certaines erreurs; on peut croire à une dilatation qui n'existe pas, ou méconnaître cette dilatation. La première méprise se commet par suite de la minceur du segment cervico-utérin à travers lequel on sent très bien la partie fœtale. Il ne faut pas se contenter de cette sensation; on doit chercher le rebord du col, le soulever avec le doigt. On méconnaît la dilatation par suite de la déviation de l'orifice; on le cherchera dans les positions extrêmes: le plus souvent on le trouve très en avant et en haut caché derrière le pubis.

La *dilatation* est la distension de l'orifice externe du col

en voie d'effacement où effacé; avant l'effacement la perméabilité du col ne constitue pas l'état désigné sous le nom de dilatation : il y a alors simplement perméabilité ou *déhiscence* du col.

Le degré de dilatation évalué par le toucher avait été comparé par les anciens accoucheurs aux diamètres de différentes pièces de monnaie d'argent : dilatation de cinquante centimes, de 1, 2, 5 francs. Cette expression est restée dans le langage vulgaire courant; il est plus scientifique d'évaluer en centimètres.

La dilatation est *complète* lorsque les bords de l'orifice externe se confondent avec les parois vaginales.

La dilatation s'achève en un temps variable suivant l'état du col, la présentation (1), la qualité des contractions. Elle met à se faire environ dix heures chez les primipares et cinq heures chez les multipares, mais il y a des variations individuelles assez considérables. La dilatation progresse d'autant plus rapidement qu'elle avance; arrivée par exemple à un diamètre de 4 à 5 centimètres elle mettra pour être complète, deux fois moins de temps qu'elle n'en avait mis pour arriver à la première étape.

Elle se fait d'une façon progressive et continue. Parfois cependant il y a des temps d'arrêt d'une demi-heure, une heure et même plus. Il peut même arriver que tout travail cesse, et que le col se *referme* : c'est ce qu'on appelle la *rétrocession du travail*.

L'orifice du col laisse passer la partie fœtale mais non sans en souffrir : d'où les déchirures et les cicatrices de déchirures du col, stigmates d'un ou plusieurs accouchements, qu'on retrouve chez les femmes qui ont eu des enfants à terme ou près du terme (2).

(1) Toutes choses égales, elle est plus rapide dans la présentation du sommet que dans les autres présentations, et dans les positions occipito-antérieures que dans les postérieures. Cela tient à l'action plus directe des causes mécaniques de distension. Elle va moins vite dans la présentation du siège et surtout de l'épaulé, pour les mêmes causes.

(2) On conçoit en effet que l'accouchement d'un fœtus de six mois, par exemple, puisse se faire sans déchirure

Il arrive, et pas très rarement, que l'orifice du col étant très fortement dévié se coiffe d'une partie du col effacé qu'il entraîne quelquefois très bas; il y a là un obstacle important à la progression du fœtus. En général il finit par être franchi, mais il peut arriver que la partie fœtale fasse éclater cette bride.

L'effacement et la dilatation du col s'accompagnent de deux phénomènes annexes : *l'expulsion de glaires*, et l'apparition de la *poche des eaux*.

Les *glaires* sont constituées par un liquide gluant, gélatineux, jaune, parfois coloré ou strié de sang. Ces glaires sont rendues par la femme au début du travail : on dit qu'elle *marque*. Plus tard elles sont expulsées en plus grande abondance : elles sont quelquefois confondues par la parturiente et les personnes qui l'assistent avec la perte des eaux de l'amnios. Ces glaires sont surtout formées par les sécrétions des glandes à mucus du col qui s'accumulent dans la cavité cervicale et qui s'échappent au moment de l'ouverture de cette cavité. Il s'y joint aussi une certaine quantité de liquide amniotique passé par filtration au travers des membranes. Les stries de sang viennent des éraillures du col accompagnant la dilatation.

On donne le nom de *poche des eaux* à cette portion des membranes, doublée d'une couche de liquide la séparant de la présentation, qui apparaît au travers du col *déhiscent* ou *dilaté*. La poche des eaux peut donc exister pendant la grossesse; mais son apparition est surtout un phénomène du travail.

Sa formation est facile à comprendre. Le liquide amniotique pressé de toutes parts dans l'utérus — et particulièrement au moment des contractions du travail — se porte vers le point qui offre le moins de résistance, en poussant devant lui les membranes.

Dans l'intervalle des contractions le doigt qui arrive sur la poche des eaux, trouve une surface légèrement satinée, lubrifiée, tendue, mais assez souple, dépressible, et permettant d'arriver sur la partie fœtale.

Au moment d'une contraction cette surface se durcit,

devient rénitente; elle bombe, s'insinue dans l'orifice et ne permet pas de pénétrer avant.

Cette saillie de la poche des eaux est variable, d'où les dénominations d'*eaux saillantes* — d'*eaux plates*.

Une poche saillante dénonce, en général, une présenta-

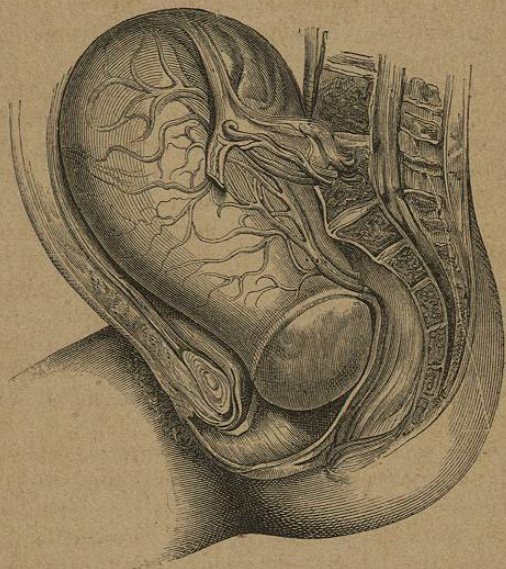


Fig. 12. — Poche des eaux.

La poche des eaux bombe au moment d'une contraction.

tion élevée, s'engageant mal (épaule, siège, face) et laissant entrè elle et les membranes un espace où s'accumule le liquide; des eaux plates, au contraire, indiquent une présentation qui suit de près les membranes, d'où l'aphorisme qu'avait l'habitude de répéter M^{me} Dugès, la mère de M^{me} Lachapelle : « Je ne crains pas les eaux plates. »

A un moment donné les membranes se rompent et l'eau s'écoule. Cette rupture des membranes se fait tantôt d'un

bloc, ou tantôt chacune des trois membranes se déchire successivement. Le point où se fait cette rupture est variable. Le plus souvent il avoisine le centre de l'orifice; parfois il est très haut, de sorte que l'ouverture des membranes peut être bouchée par l'utérus qui s'y applique.

L'eau s'écoule, en jet, brusquement; son écoulement est intermittent, contrairement à l'écoulement des glaires qui est continu. Cette eau est claire et non pas filante comme le liquide du bouchon muqueux.

Il n'est pas toujours très facile de s'assurer de l'intégrité ou de la rupture des membranes dans la présentation du sommet, et l'on confond aisément la surface de la présentation (cuir chevelu) avec celle de la poche des eaux.

L'on peut reconnaître le sommet à la présence des cheveux: mais ils sont souvent agglutinés et présentent une surface lisse. Il faut alors essayer de plisser cette surface, ce qu'on ne peut arriver à faire s'il s'agit des membranes. Pendant une contraction la poche des eaux bombe et se lisse; le cuir chevelu, au contraire, se ride... Enfin pendant un intervalle de calme, où l'on peut soulever la tête, si les membranes sont vraiment rompues il s'écoule une certaine quantité de liquide amniotique.

Le moment où se fait la rupture est variable. En général elle se produit lorsque la dilatation étant complète, le fœtus passe à travers le col; mais elle peut être retardée et la poche des eaux ne se rompt qu'au moment où la tête franchit la vulve, et si la déchirure se fait circulairement la tête sort coiffée d'une espèce de calotte; ceci se voit encore lorsque la rupture, arrivée cependant en temps opportun, ne correspond pas à l'orifice cervical et la tête alors pousse devant elle une portion de la membrane amniotique. On dit, dans ces cas, que l'enfant *naît coiffé*.

La poche des eaux en s'insinuant dans le canal génital prépare progressivement et doucement les voies d'expulsion, elle joue donc un rôle favorable à la régularité de l'accouchement. Mais une rupture tardive s'oppose à la progression du travail, en empêchant l'action directe de la partie fœtale sur le conduit cervico-vaginal; de plus, quand

le fœtus arrache et entraîne avec lui les membranes, il peut en résulter des décollements placentaires compliquant l'accouchement.

Il est des cas où la déchirure artificielle des membranes s'impose, lorsque la rupture tarde ou lorsqu'on précipite la dilatation. On y arrive en se servant de l'ongle de l'index; mais il mord souvent difficilement sur la membrane glissante. On peut se servir d'une tige non métallique demi-mousse (pointe en bois, en os, en celluloïd) au préalable *soigneusement aseptisée*. (Voir plus loin.)

Parfois la rupture se fait prématurément, quand l'orifice est à peine dilaté ou même avant le début du travail; le plus ordinairement alors elle active ou provoque le travail. On a vu cependant s'écouler un temps assez long entre l'écoulement du liquide et l'expulsion, quinze jours et plus; l'enfant peut naître vivant si l'œuf ne s'est pas septicémié.

Ampliation du vagin et de la vulve. — La partie fœtale pénètre dans le vagin dont elle distend les parois en les écartant. L'ampliation du vagin commence avec l'effacement du col et augmente surtout pendant la dilatation. La partie supérieure du vagin se prête facilement à la distension; mais il n'en est pas de même de l'extrémité inférieure soutenue et encerclée par le releveur coccy-anal (déroit inférieur musculaire) et le cadre vulvo-hyménéal; la tête est alors sur le périnée. La tête progresse lentement; l'on voit bomber le périnée, qui subit une distension énorme; le rectum pressé et comme passé au laminoir exprime les matières qu'il contient, l'anus s'ouvre et sa muqueuse fait hernie... La tête apparaît à la vulve au moment des contractions, et rentre dans leur intervalle, jusqu'à ce qu'enfin elle sorte dans un dernier effort; bientôt suit le reste du corps.

Dans cette distension énorme des voies génitales surviennent presque toujours quelques éraflures de la muqueuse vaginale ou de l'orifice vulvaire. Mais cela peut aller plus loin, et il y a de véritables déchirures. (Voir *Complications de l'accouchement*.)

CHAPITRE II

PHÉNOMÈNES MÉCANIQUES DE L'ACCOUCHEMENT DU FŒTUS

Parallèlement à la série de phénomènes que nous venons de passer en revue, d'autres se produisent accompagnant la progression du fœtus: on les désigne sous le nom de *phénomènes mécaniques de l'accouchement*.

Les phénomènes physiologiques de l'accouchement, exclusivement maternels, sont d'un ordre très général; ils n'ont qu'une origine, la présence dans l'utérus d'un contenu, et qu'un but, son expulsion. Il n'en est pas de même des phénomènes mécaniques entièrement liés à la forme et à la situation de la présentation: ici, le fœtus est l'acteur principal.

Si la filière pelvienne était parfaitement uniforme dans sa disposition, si la partie fœtale était parfaitement régulière dans sa conformation, la progression se ferait directement, pour ainsi dire d'un jet. Il n'en est pas ainsi. Le fœtus pressé (exprimé) et mis en mouvement par les contractions utéro-abdominales qui le poussent au dehors, doit chercher ses voies d'échappée, accommoder ses différentes dimensions à celles du canal pelvi-génital et exécuter « une série de changements d'attitude et d'orientation dont l'ensemble constitue le mécanisme de l'accouchement ».

Ces mouvements d'accommodation dépendant, on le conçoit, du volume et de la forme de la partie fœtale, une description commune à toutes les présentations est impossible: il y a un mécanisme spécial à chacune d'elles.

Cependant le mécanisme de la présentation fléchie du sommet est le mécanisme *type* dont les autres ne présentent que des variantes particulières.

Nous nous attacherons surtout à son étude détaillée.

Nota. — Pour comprendre ce qui va suivre, il faut avoir bien présentes à l'esprit la conformation et les dimensions