

résultat si la rupture s'est faite en un point des membranes recouvert par le tissu utérin.

En troisième lieu, enfin, la rupture des membranes, complète, tout en restant dans l'aire de l'orifice utérin, est obstruée par l'approche de la partie fœtale, qui empêche l'écoulement ultérieur du liquide amniotique (fig. 232), de telle sorte qu'au toucher on trouve encore une poche remplie d'eau.

Il faut connaître la possibilité de ces différentes causes d'erreurs, dont le diagnostic est d'ailleurs difficile le plus souvent ; c'est au toucher qu'il faudra recourir pour lever des doutes.

3° *Toucher*. — Le diagnostic de l'intégrité de la poche des eaux n'est réellement difficile que dans les présentations de sommet, car dans les autres présentations le volume de la poche et les inégalités de la partie fœtale ne permettent guère l'hésitation.

Un doigt très exercé peut parfois reconnaître les cheveux du fœtus et diagnostiquer l'absence de rupture.

Pendant la contraction, la poche des eaux se tend, devient lisse ; le cuir chevelu au contraire se plisse. Cette différence facilement appréciable constitue un élément très pratique de diagnostic.

En soulevant la tête fœtale dans l'intervalle de deux contractions, si on observe l'écoulement du liquide amniotique, on a la preuve évidente de l'ouverture de l'œuf.

Enfin dans quelques cas on introduit le spéculum pour permettre à l'œi d'établir le diagnostic. Mais ce mode d'investigation est ici peu pratique.

L'insistance avec laquelle j'ai cherché à établir le diagnostic de la rupture ou de l'intégrité de la poche des eaux n'est pas superflue, car on a vu perforer une tête hydrocéphale au niveau du bregma, alors qu'on croyait pénétrer dans la poche des eaux, et perforer également avec des ciseaux le cuir chevelu qu'on prenait pour des membranes.

Les éléments de *pronostic*, qu'on peut tirer de la poche des eaux, dépendent de son volume et de l'époque de sa rupture.

La poche des eaux plate est d'un heureux augure, saillante elle présage la dystocie.

Toutes conditions égales d'ailleurs, plus la poche des eaux se rompt tardivement, meilleur est le pronostic, pour la mère et pour l'enfant.

La règle est d'abandonner la rupture de la poche des eaux à la nature.

Mais si, pour obéir à une indication spéciale (placenta prævia, hydramnios, rigidité spéciale des membranes), on est obligé d'avoir recours à la *rupture artificielle*, on l'opère soit avec l'ongle, ce qui présente parfois des difficultés sérieuses ; soit avec une tige quelconque soigneusement désinfectée (aiguille à tricoter, bâtonnet taillé en pointe, etc.). Dans les services d'accouchements on se sert volontiers d'une tige en baleine terminée par une pointe d'ivoire.

La rupture devra, si la poche est volumineuse, être faite dans l'intervalle des contractions et en obturant la vulve avec la main, afin de modérer le flot de liquide qui, trop violent, favoriserait la procidence d'un membre ou du cordon.

2° GLAIRES

Les membranes ovulaires, quand elles ne sont plus doublées par la paroi utérine, sont facilement perméables au liquide amniotique, alors surtout que la pression intra-ovulaire est augmentée par les contractions du travail. Aussi quand l'accouchement commence, et à mesure que se fait l'ouverture du col utérin, le liquide amniotique, filtrant à travers la poche des eaux, s'échappe le long du vagin et de la vulve, entraînant toutes les mucosités qui se trouvent sur son passage.

L'ensemble de ces liquides constitue les *glaires*, dont la provenance est donc en partie ovulaire, en partie maternelle¹.

Les glaires sont gluantes, gélatineuses, propriété due à l'addition du mucus cervical (bouchon gélatineux) et à la sécrétion des glandes du col, consistance qui les rend favorables au glissement du fœtus à travers le canal génital.

Elles sont en général jaune citron, parfois striées de sang au début de l'accouchement (la femme *marque*, comme on dit vulgairement pour exprimer le début du travail). Ces stries sanguines sont dues aux excoriations qui se font au niveau du col pendant son ouverture, surtout chez les primipares.

Les glaires chez les animaux constituent pour les éleveurs un signe facilement appréciable du début de la parturition. L'accoucheur devra aussi en tenir compte chez la femme, où elles indiquent également le commencement du travail, et aident à établir le diagnostic souvent difficile dans ses premiers stades.

Avec un vagin sec, on peut être sûr, sauf état pathologique, que le travail n'est pas commencé.

III. — PHÉNOMÈNES FŒTAUX

PHÉNOMÈNES MÉCANIQUES. — MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT

SOMMAIRE

I. Sommet. — II. Face. — III. Front. — IV. Siège. — V. Thorax. — VI. Abdomen.

Quelle que soit la présentation, sauf celle de l'abdomen où l'accouchement est impossible, la sortie du fœtus se fait en six temps :

- 1^{er} temps. — Amoindrissement.
- 2^e — — Engagement.
- 3^e — — Rotation interne.
- 4^e — — Dégagement du premier ovoïde.
- 5^e — — Rotation externe.
- 6^e — — Dégagement du second ovoïde.

¹ Malgré cette provenance en partie maternelle, j'ai rangé les glaires parmi les phénomènes annexiels, car l'écoulement du liquide amniotique y joue le rôle principal.

Nous allons examiner pour chaque présentation le détail de chacun de ces temps.

1° PRÉSENTATION DU SOMMET

Je prendrai pour type la présentation du sommet en OIGA, position la plus fréquente, et je parlerai ultérieurement du mécanisme dans les autres positions.

1° Amoindrissement. — L'amoindrissement de la tête se fait par *tassement* et par *inclinaison des diamètres dystociques* (flexion et inclinaison latérale).

Le *tassement*, dont le résultat est la déformation de la tête, que nous étudierons aux phénomènes plastiques, s'opère soit par *chevauchement* des os, soit par leur *dépression ou enfoncement*. Cette variété d'amoindrissement n'a qu'une faible importance dans les présentations du sommet.

L'inclinaison des diamètres dystociques joue au contraire un rôle considérable, elle se fait par *flexion* et *inclinaison latérale*.

La *flexion*, en dirigeant le menton vers le thorax, rapproche de l'axe génital le diamètre occipito-mentonnier (13, 1/2) le plus grand de la tête. Une flexion modérée substitue le diamètre occipito-frontal (11, 1/2) à l'occipito-mentonnier, et très marquée le diamètre sous-occipito-bregmatique (9, 1/2) à l'occipito-frontal (voir fig. 233, 234, 235). A chacun de ces degrés

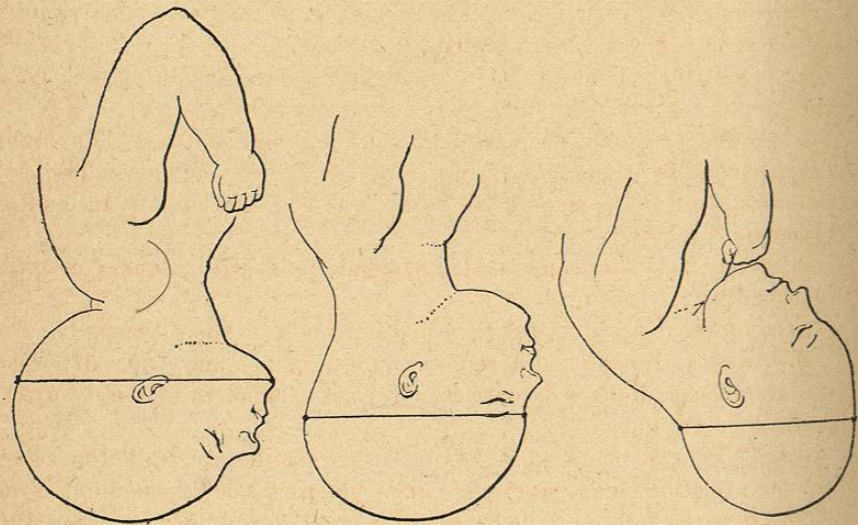


Fig. 233. — Présentation du diamètre occipito-mentonnier. 13 1/2 cent.

Fig. 234. — Présentation du diamètre occipito-frontal. 11 1/2 cent.

Fig. 235. — Présentation du diamètre sous-occipito-bregmatique. 9 1/2 cent.

de flexion, on gagne donc 2 centimètres; la différence sur les circonférences appartenant à chacun de ces diamètres est relativement bien plus importante.

La flexion s'accroît de plus en plus à mesure que la tête descend dans le bassin osseux. Cette flexion, sur la pathogénie de laquelle on a beaucoup discuté, est l'attitude normale de la tête par rapport au tronc, et la pression exercée par la colonne vertébrale pendant la contraction utérine ne fait que l'exagérer, de même que chez l'adulte la tête abandonnée à elle-même, pendant le sommeil dans la position assise, oscille en avant, en se fléchissant¹.

La flexion s'appréciera au toucher par la hauteur relative du bregma et du lambda. L'accès facile du bregma indique la déflexion : à mesure que le lambda se rapproche du centre de la filière pelvienne, la tête, au contraire, se fléchit.

L'*inclinaison latérale* a pour but de favoriser le passage des diamètres transversaux de la tête et en particulier du bipariétal. Elle se fait autour d'un des diamètres antéro-postérieurs de la tête comme pivot, alors que la flexion a lieu autour d'un diamètre transverse, passant au voisinage du trou occipital.

La connaissance de l'inclinaison latérale se résume dans celle de deux termes, qu'il est indispensable de connaître : *synclitisme* et *asynclitisme*.

Une tête *synclitique* est celle dont les deux bosses pariétales se trouvent dans le même plan pelvien, soit aux détroits supérieur, moyen, ou à une région quelconque de l'excavation.

Une tête *asynclitique* est celle dont les deux bosses pariétales sont au niveau de plans différents.

J'ai choisi les bosses pariétales comme exemple, parce qu'elles sont latéralement les régions les plus saillantes de la tête.

Le synclitisme maintient la suture sagittale au centre du bassin. L'asynclitisme, au contraire, l'incline d'un côté ou de l'autre.

D'après ce qui a été dit précédemment, le synclitisme est défavorable à l'engagement des diamètres transversaux de la tête, et l'asynclitisme, au contraire, favorable, puisqu'il fait passer une bosse pariétale avant l'autre au niveau de la région rétrécie.

Or, la tête dans son trajet pelvien descend-elle synclitiquement ou asynclitiquement?

Asynclitiquement, dit NŒGELÉ. Synclitiquement, prétend KUNEKE.

M. DUNCAN a tranché le différend, en montrant par une étude détaillée de la descente céphalique que NŒGELÉ et KUNEKE avaient vu l'un et l'autre une partie de la vérité.

D'après DUNCAN, en effet, dont l'opinion me semble exacte, la tête est synclitique au détroit supérieur et à la partie supérieure de l'excavation, asynclitique à la partie inférieure de l'excavation et au détroit inférieur, nous dirons ici détroit moyen.

En d'autres termes, la tête descend parallèlement à elle-même, poussée dans la direction de l'axe utérin. Or, les deux bosses pariétales qui se trouvaient

¹ La théorie du levier, d'après laquelle la partie occipitale serait moins longue que la partie faciale, d'où tendance à la flexion sous la pression de la colonne vertébrale, est inexacte, car les deux bras sont égaux. Voir mes *Travaux d'obstétrique*, t. III, p. 165.

dans le plan du détroit supérieur arrivent parallèles à elles-mêmes au voisinage du détroit moyen. Mais étant donnée la direction courbe de la filière génitale, elles ne se trouvent plus dans le plan du détroit moyen, dont la prolongation en avant irait couper celle du détroit supérieur. La bosse pariétale antérieure est ici relativement plus basse que la postérieure ; *il y a inclinaison sur le pariétal antérieur*, inclinaison d'ailleurs qui ne dure pas longtemps, car la tête ne tarde pas à se placer en occipito-pubienne, ou exceptionnellement en occipito-sacrée.

2° Engagement. — L'engagement est la descente de la partie fœtale du détroit supérieur au détroit moyen, de même que le dégagement, qui sera étudié ultérieurement, au 4^e temps, est la traversée du détroit moyen à l'orifice vulvaire.

Pendant l'*engagement*, la partie fœtale franchit donc le défilé *osseux* (pelvien), et pendant le *dégagement* le défilé *musculaire* (périnée).

L'engagement pour le sommet se fait assez régulièrement pendant les trois derniers mois chez les primigestes ; plus capricieux chez les multigestes, il se produit le plus souvent quinze jours avant l'accouchement, quelquefois plus tôt ou plus tard, parfois au moment du travail ; on le voit même ne se faire qu'à la dilatation complète.

Ce qui vient d'être dit sur l'époque de l'engagement, suppose l'absence de toute cause de dystocie.

L'engagement pendant la grossesse se fait sous une double influence — influence de la paroi abdominale, qui, par sa tonicité et sa contractilité, chasse l'utérus et son contenu dans la direction du petit bassin — influence des muscles utéro-pelviens (fibres doublant les ligaments larges, et les ligaments utéro-sacrés, fibres des ligaments ronds), qui attirent l'utérus en bas, un peu à la manière des cordages qui retiennent le filet enveloppant un ballon.

Pendant le travail, après la dilatation complète, l'action de la contraction utérine s'ajoute aux précédentes pour produire l'engagement.

L'engagement est d'habitude *permanent*, c'est-à-dire qu'une fois produit il persiste jusqu'à la fin de la grossesse. Cependant on note parfois des engagements *intermittents* ; la partie fœtale remonte, après être descendue momentanément sous l'influence des muscles utéro-pelviens.

L'engagement se définit par la région du bassin où se trouve non la partie la plus déclive de la tête, mais la partie la plus large représentée par le diamètre bi-pariétal. — On dira donc :

Tête au détroit supérieur ;
Tête à la partie supérieure ou inférieure de l'excavation ;
Tête au détroit moyen ;

quand le diamètre bi-pariétal sera au détroit supérieur, à la partie supérieure ou inférieure de l'excavation, au détroit moyen.

3° Rotation interne. — La tête dans sa descente s'accommode aux dimensions de la filière pelvienne, et c'est pourquoi elle se place :

Transversale, au détroit supérieur ;
Oblique, dans l'excavation ;
Directe, au détroit moyen.

La règle est que l'occiput tourne en avant, l'exception, comme nous l'étudierons aux anomalies, en arrière ; de telle sorte qu'au détroit moyen la tête se trouve généralement en occipito-pubienne.

On a longuement discuté afin de savoir pourquoi l'occiput, transversalement placé au détroit supérieur, accomplissait, en descendant, son évolution plutôt en avant qu'en arrière, de telle sorte que l'occipito-pubienne soit la règle au détroit moyen et l'occipito-sacrée l'exception. La raison en est vraisemblablement la courbe même de la filière génitale, dont l'axe décrit une concavité antérieure, de telle manière que la partie la plus déclive de la tête (lambda ou pointe de l'occiput) se dirige naturellement en avant suivant le plus court chemin pour arriver au dehors.

Je reviendrai plus loin, aux anomalies, sur cette rotation de l'occiput en avant.

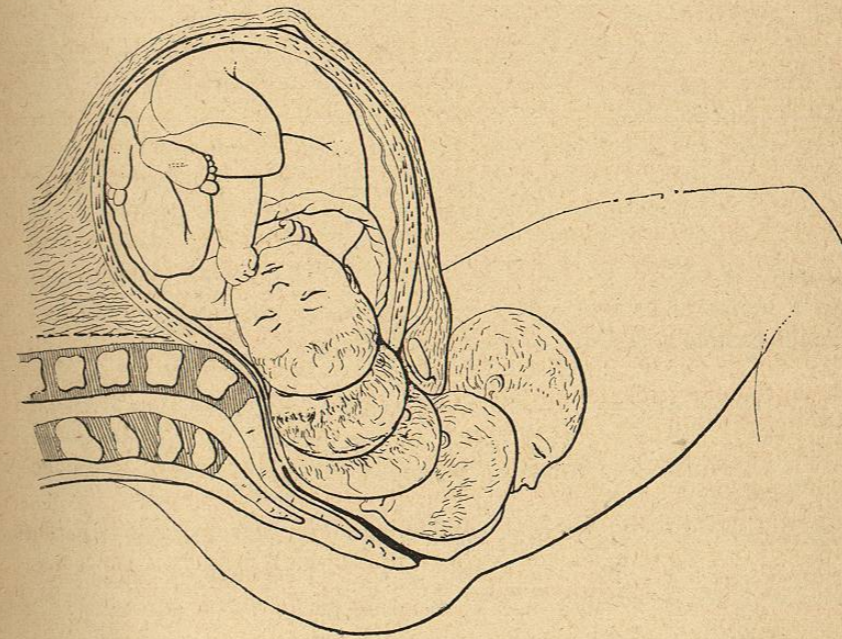


Fig. 236. — OIGT, puis OIGA. Engagement et dégagement normal en OP (d'après Schultze).

4° Dégagement. — Le dégagement commence au détroit moyen et finit à la vulve ; la tête s'échappe du bassin musculaire par un mouvement de déflexion.

L'engagement (2^e temps) est caractérisé : 1^o par la flexion de la tête ;

2° par la traversée du bassin osseux. — Le dégagement (4^e temps) : 1° par la déflexion de la tête ; 2° par la traversée du bassin musculaire.

L'opposition entre ces deux temps est donc des plus nettes et des plus intéressantes.

L'ensemble des deux temps d'engagement et de dégagement sera facilement suivi à l'aide de la figure 236.

La tête poussée par la contraction utéro-abdominale, ouvre, déprime, creuse le périnée, qui, réagissant à la manière d'un tremplin élastique et de plus contractile, la repousse en sens contraire. Le résultat de ces deux forces opposées est de diriger la tête vers l'orifice vulvaire.

Mieux que toute description, une comparaison fera comprendre le mécanisme du dégagement, causé par la contraction utéro-abdominale, et la réaction périnéale. — Supposons que, dans une chambre sur un parquet glissant, nous voulions à l'aide d'une canne promener un tabouret ; nous appuyons d'abord la pointe de la canne sur le meuble en question, et inclinant la poignée de notre côté, nous pressons dans la direction du plancher ; le tabouret glisse et chemine droit devant nous, jusqu'au moment où nous cessons la pression. Or, la tête fœtale avance de même, poussée par la colonne vertébrale, avec cette différence toutefois que le périnée n'est pas une simple surface glissante, mais une gouttière élastique et contractile.

La tête, dans ce mouvement de sortie, vient placer son sillon occipito-cervical sous la symphyse pubienne, et à partir de ce moment, obéissant surtout à l'action du périnée, elle accomplit autour de ce sillon un *mouvement de charnière*, qui amène successivement à la vulve les diamètres sous-occipito-bregmatique, sous-occipito-frontal, sous-occipito-mentonnier, de telle sorte qu'on voit apparaître tour à tour, en avant de la fourchette périnéale, le nez, la bouche et le menton.

Aussitôt le dégagement terminé, la tête qui n'est plus soutenue par le périnée tombe en se fléchissant ; la face dans ce mouvement se rapproche de l'anus comme si le fœtus voulait le regarder.

5° Rotation externe. — A la contraction utéro-abdominale, qui suit le dégagement, on voit la tête subir un mouvement de rotation *externe* (opposé à l'interne, constituant le 3^e temps), qui dirige l'occiput à gauche (nous avons supposé une OIGA).

Cette rotation extérieure de la tête n'est que la manifestation externe de la rotation intérieure des épaules, qui, placées transversalement au détroit supérieur, tournent comme la tête en descendant, et se mettent d'abord obliquement puis dans le diamètre coccy-pubien¹.

¹ On avait pensé, autrefois, que les épaules étant maintenues par l'utérus, la tête tordait le cou pour sortir en occipito-pubienne, et que libérée, le cou se détordait, d'où la rotation externe qu'on appelait *mouvement de restitution*. Mais cette torsion supposée n'existe pas ; il suffit pour s'en convaincre, de remarquer que le mouvement de rotation externe ne se fait pas de suite après la sortie de la tête, ainsi que cela devrait avoir lieu avec cette hypothèse, mais bien au moment de la contraction utérine suivante.

6° Dégagement du tronc. — Poussé par la contraction utéro-abdominale, l'ovoïde cormique se dégage petit à petit à la vulve, où l'on voit paraître successivement, le thorax, l'abdomen et le siège.

a. *Thorax.* — La partie du thorax la plus rebelle au dégagement est le diamètre bisacromial.

Les classiques admettent que l'épaule *antérieure* vient d'abord se montrer et se dégager *partiellement* sous le pubis, puis subit un mouvement d'arrêt pendant lequel l'épaule *postérieure* après avoir balayé la surface vaginale du périnée se dégage à son tour ; l'épaule *antérieure* termine alors sa sortie.

Ce mécanisme est, en effet, observé assez souvent ; mais je le crois pathologique et dû à l'action de la pesanteur sur la tête, qui entraîne ainsi l'épaule antérieure hors des organes génitaux avant l'époque de sa sortie normale.

Le mécanisme physiologique de la sortie des épaules est, d'après mon observation, le suivant¹ : pendant que l'épaule *antérieure* est arrêtée et *cachée* derrière la symphyse pubienne, l'épaule *postérieure* se dégage la première à la vulve, et après sa sortie l'épaule *antérieure* se dégage à son tour.

Ce mécanisme n'a lieu que si on soutient la tête suffisamment pour empêcher l'action pernicieuse de la pesanteur.

b. *Abdomen.* — L'abdomen, région molle et dépressible, se dégage sans difficultés. Pendant sa sortie, le rachis remonte légèrement vers le pubis, le tronc subissant un faible degré de rotation.

c. *Siège.* — Les voies maternelles, largement ouvertes par les dégagements successifs qui viennent de s'opérer, laissent échapper aisément et quelquefois brusquement le siège fœtal ; une hanche est en avant, l'autre en arrière, comme pour les épaules ; l'antérieure se dégage habituellement un peu avant la postérieure ; mais ce mode de dégagement dépend de la direction imprimée par l'accoucheur au tronc du fœtus et n'a, d'ailleurs qu'une faible importance.

DU MÉCANISME DANS CHAQUE POSITION

J'ai pris comme type pour décrire le mécanisme une OIGA ; quelques lignes suffiront pour compléter ce qui a trait aux autres positions.

OIDA. — La rotation interne de la tête (3^e temps) ramène suivant la règle, et de même que dans l'OIGA, l'occiput sous le pubis ; mais la rotation externe (5^e temps) se fait de telle sorte que l'occiput tourne vers le côté droit, alors qu'il s'était dirigé vers le gauche dans l'OIGA.

D'une façon générale, on peut dire que *dans toutes les positions l'occiput au 5^e temps revient vers le côté, où il se trouvait placé dans l'intérieur des organes génitaux.*

La raison en est la suivante. Les épaules, pendant le dégagement de la tête, se placent à *peu près* transversalement, je dis à *peu près*, parce que

¹ *Travaux d'obstétrique*, t. II, p. 407.

l'épaule qui était antérieure reste située un peu en avant du diamètre transverse, et celle qui était postérieure un peu en arrière, de telle sorte que, lorsqu'elles doivent se placer dans le sens antéro-postérieur pour franchir le détroit moyen (mouvement qui est la source du 5^e temps), elles regagnent cette direction par le plus court chemin, l'épaule qui était antérieure et qui n'a pas gagné tout à fait le diamètre transverse redevient antérieure, et de même pour la postérieure qui redevient postérieure. La *rotation incomplète des épaules* est donc la cause qui régit la direction de la rotation externe, et par laquelle l'occiput revient (de même que les épaules) à sa situation première, mais à un niveau différent des organes génitaux.

OIGP. — Le point intéressant du mécanisme est ici le 3^e temps, car de même que la position antérieure correspondante, l'occiput tourne en avant pour se placer sous la symphyse pubienne.

On s'est demandé avec raison pourquoi l'occiput accomplissait son évolution en avant au lieu de la faire en arrière vers le coccyx.

1^o BAUDELLOCQUE avait invoqué les *plans inclinés* du bassin, l'un antérieur et constitué par le trou obturateur et la tige osseuse qui s'étend de l'ischion au détroit supérieur, l'autre postérieur et confondu avec la grande échancreure sciatique. — On ne comprend guère comment ces plans pourraient diriger l'occiput en avant.

2^o TYLER SMITH admettait que les *épinés sciatiques* obligent la tête à tourner dans telle ou telle direction, un peu comme l'aiguille force la locomotive à prendre telle ou telle voie. — Mais la rotation se fait le plus souvent dans les occipito-postérieures, alors que la partie la plus déclive de la tête et notamment les bosses pariétales ont franchi le détroit moyen, c'est-à-dire les épinés sciatiques¹. De telle sorte que ces épinés ne peuvent pas jouer le rôle supposé.

3^o M. TARNIER a invoqué la *théorie du levier*, d'après laquelle la partie occipitale de la tête serait moins étendue que la frontale. Le front subirait donc une poussée relativement plus considérable de la part du cercle antérieur pelvien que l'occiput ; de là la rotation du front en arrière, ou ce qui est identique, de l'occiput en avant. — J'avoue n'avoir qu'imparfaitement compris cette théorie ; à la poussée antérieure répond une postérieure, où les leviers présentent les mêmes rapports, et qui doit annihiler la première.

4^o P. DUBOIS², dans une explication un peu embarrassée, laisse *sans prononcer le mot*, pressentir le rôle de l'*accommodation*, qui semble être la cause réelle de ce mouvement de rotation.

On peut dire, en effet, que *l'occiput tourne en avant, parce que la tête placée en occipito-pubienne s'adapte beaucoup mieux au canal génital qu'en occipito-sacrée*.

¹ Dans les occipito-postérieures, à moins de rotation en arrière, la tête ne se trouve placée en position directe qu'au-dessous du détroit moyen, c'est-à-dire au niveau du périnée. Cette exception à la loi régissant la direction de la tête pendant la traversée pelvienne est due, dans le cas actuel, à la difficulté de la rotation.

² Dubois. *J. des Conn. médico-chirurgicales*, 1834, t. 1^{er}, p. 461.

Il suffit de comparer le profil du fœtus à celui du canal génital pour s'en convaincre. Il est naturel que le lambda (pointe de l'occiput), étant dans la présentation du sommet la partie la plus déclive de la tête, sorte le premier, et pour ce faire, il doit suivre la courbe du canal génital et se placer en avant. Il doit sortir par le plus court chemin, qui est celui de la paroi vaginale antérieure.

L'accommodation est donc la cause de la rotation de l'occiput en avant.

Les trois derniers temps ne présentent aucune particularité. La rotation externe de l'occiput se fait à gauche comme dans l'OIGA.

OIDP. — Mêmes considérations que pour la position précédente. Rotation interne de l'occiput en avant. Rotation externe de l'occiput à droite.

Je ne parlerai pas des positions transverses OIGT, OI DT qui se convertissent en obliques dans l'excavation, ni des positions directes OP, OS, qui n'existent guère qu'au détroit moyen et représentent simplement un des moments du mécanisme de l'accouchement. En somme, il nous suffit d'avoir étudié les positions obliques pour connaître complètement le mécanisme régulier, car les transverses deviennent à un moment des obliques, et les directes ne sont qu'une transformation, qu'un stade ultérieur des obliques.

IRRÉGULARITÉS DU MÉCANISME

Les irrégularités dans le mécanisme peuvent se présenter à chacun des temps de l'accouchement.

1^o **Amoindrissement.** — Le tassement céphalique sera entravé, lorsque l'ossification est trop complète, trop avancée.

Quand la flexion de la tête est insuffisante, on voit souvent naître une présentation du front ou même de la face.

L'inclinaison latérale présente également des variations d'importance secondaire et qui amènent, surtout dans les bassins viciés, des présentations inclinées (inclinaison sur le pariétal antérieur ou postérieur).

2^o **Engagement.** — L'engagement, quoique décrit comme temps du travail, se fait le plus souvent pendant la grossesse, durant le premier trimestre chez les primigestes, et la dernière quinzaine chez les multigestes. On le voit toutefois n'avoir lieu, surtout chez les multipares, même en l'absence de toute cause de dystocie qu'au moment du travail, exceptionnellement quelques instants avant l'expulsion ; chez les grandes multipares à tissus mous très souples, la même contraction utéro-abdominale produit parfois l'engagement et le dégagement, et amène par conséquent la tête du détroit supérieur à l'orifice vulvaire.

L'époque tardive de l'engagement, dans ce dernier cas, est due soit à la laxité de la paroi abdominale, usée par les grossesses antérieures, soit à l'inclinaison de l'utérus, surtout l'antérieure (abdomen pendulum).