2° Présentation de la face..	mento-iliaque droite.....	3 variétés.	antérieure. transversale. postérieure.
	mento-iliaque gauche.....	3 variétés.	antérieure. transversale. postérieure.
3° Présentation du siége...	sacro-iliaque gauche.....	3 variétés.	antérieure. transversale. postérieure.
	sacro-iliaque droite.....	3 variétés.	antérieure. transversale. postérieure.

4° Présentation du plan latéral droit.....	céphalo- ou acromio-iliaque gauche.....	antérieure.
	céphalo- ou acromio-iliaque droite.....	transversale.
5° Présentation du plan latéral gauche.....	céphalo- ou acromio-iliaque gauche.....	
	céphalo- ou acromio-iliaque droite.....	postérieure.

Nous ferons seulement remarquer que dans la présentation de l'épaule les variétés de positions sont beaucoup moins importantes que dans les autres présentations, et qu'il importe peu que l'acromion et la tête soient plus ou moins en avant ou en arrière.

Toutes les présentations et les positions que nous venons d'indiquer ne sont pas également fréquentes; toutes surtout ne sont pas également favorables à l'expulsion spontanée du fœtus. Il en est même, comme les positions du tronc, dans lesquelles l'accouchement spontané est le plus souvent impossible. Il n'en est aucune, cependant, dans lesquelles cette expulsion spontanée ne puisse avoir lieu. Aussi examinerons-nous successivement le mécanisme de l'accouchement naturel dans chacune de ces présentations, nous réservant, dans la dystocie, de revenir sur celles qui constituent le plus ordinairement une difficulté insurmontable. Les présentations du sommet sont de toutes les plus fréquentes et les plus favorables : c'est par elles que nous commencerons.

ARTICLE II

DE LA PRÉSENTATION DU SOMMET

Cette présentation est beaucoup plus fréquente que toutes les autres ensemble. Ainsi sur vingt mille cinq cent dix-sept naissances, dix-neuf mille huit cent dix enfants sont nés par le sommet (Boivin). Sur deux mille vingt cités par M. Dubois, il y a eu dix-neuf cent treize présentations du vertex. Lorsque le sommet se présente, l'occiput est beaucoup plus souvent dirigé du côté gauche que du côté droit. Ainsi, sur les dix-neuf cent treize présentations du sommet que nous venons de citer, M. Dubois a noté treize cent soixante-sept positions occipito-iliaques gauches, et cinq cent quarante-six positions occipito-iliaques droites. Les trois variétés que nous avons indiquées pour chacune d'elles sont bien loin aussi d'être également fréquentes : ainsi sur treize cent soixante-sept cas dans lesquels l'occiput était dirigé à gauche, treize cent cinquante-cinq fois il était en même temps tourné en avant, c'est-à-dire à peu près vers la cavité cotyloïde gauche, et douze fois seulement en arrière, c'est-à-dire à peu près vers la symphyse sacro-iliaque gauche. Dans les cinq cent quarante-six cas de position occipito-latérale droite, en a observé un résultat opposé; car cinquante-cinq fois seulement l'occiput fut trouvé tourné vers la cavité cotyloïde droite, et quatre cent quatre-vingt-onze fois vers la symphyse sacro-iliaque droite. De sorte que, contrairement à l'opinion généralement admise, la position occipito-iliaque droite postérieure est beaucoup plus fréquente que la position occipito-iliaque droite antérieure. Nous avons présenté ces résultats, constatés par M. Dubois lui-même, parce qu'ils sont entièrement conformes avec nos propres observations et celles de M. Stoltz (de Strasbourg). Sur cent cas, dit M. Nægele, de position du sommet, on a trouvé, terme moyen, soixante et dix fois l'occiput dirigé en avant et à gauche, et trente fois en arrière et à droite : il considère les autres variétés comme très-rares et tout à fait exceptionnelles. Dans ces résultats il n'est pas question des variétés que nous avons indiquées sous le nom de transversales; il est infiniment probable qu'elles ont été réunies approximativement à un des quatre groupes précédents, car ces positions ne sont pas très-rares. Je crois les avoir rencontrées assez souvent à la Clinique. Ces positions, dit madame Lachapelle, sont plus fréquentes que celles dans lesquelles l'occiput répond à la symphyse sacro-iliaque gauche; j'ajouterai que celles dans lesquelles il répond à la symphyse sacro-iliaque gauche; j'ajouterai que celles dans lesquelles il répond à la cavité cotyloïde droite. La position occipito-iliaque gauche transversale est plus fréquente que l'opposée.

§ I. — Causes.

Nous avons parlé de la cause des présentations du vertex lorsque nous avons traité de l'attitude du fœtus dans l'intérieur de la cavité utérine. Nous n'y reviendrons pas : nous nous contenterons de rappeler que, suivant la plupart des accoucheurs, c'est à la pesanteur spécifique de la tête qu'il faut attribuer la fréquence de sa position déclive, tandis que M. Dubois, après avoir cherché à réfuter l'opinion généralement admise, a considéré cette position comme le résultat d'une détermination instinctive du fœtus (voy. l'article *Fœtus*). Il est facile de s'expliquer pourquoi les variétés occipito-iliaque gauche antérieure et occipito-iliaque droite postérieure sont de toutes les plus fréquentes. Il est évident que cela est dû à la présence du rectum à gauche : habituellement distendu, en effet, par des matières fécales, il force le front ou l'occiput, quand un de ces deux points se trouve regarder en arrière et à gauche, à se porter en avant. Il est bien plus difficile de dire pourquoi l'occiput est beaucoup plus souvent en avant qu'en arrière. Il est infiniment probable que cela dépend des mêmes causes qui déterminent les présentations du sommet. Ainsi, la moitié postérieure de la tête pèse beaucoup plus que la moitié antérieure; la partie postérieure du tronc offre aussi un poids plus considérable que la partie antérieure. De plus, lorsque la femme est debout, assise ou à genoux, même couchée sur le côté, la paroi abdominale antérieure est le point le plus déclive vers lequel

doivent se tourner les parties les plus pesantes, c'est-à-dire le plan postérieur du fœtus.

§ II. — Diagnostic.

Trois méthodes d'investigation peuvent conduire au diagnostic de la présentation du sommet et de ses positions, ce sont le palper abdominal, l'auscultation et le toucher vaginal.

Palper abdominal. — Lorsqu'on applique les mains sur l'abdomen et qu'on déprime les parois utérines, on sent différentes parties fœtales, et avec un peu d'habitude on arrive à distinguer assez facilement ces différentes parties. Pour obtenir de cette recherche tout ce qu'elle peut donner, il faut placer la femme dans le décubitus dorsal, mettre autant que possible les parois abdominales dans le relâchement et les habituer par des pressions douces au contact des mains. Au début de cette exploration il n'est pas rare qu'on soit arrêté par une contraction utérine qu'il faut savoir laisser passer. Après quelques essais, les muscles abdominaux et les parois utérines se laissent déprimer, et la main qui explore la région hypogastrique peut y distinguer assez nettement une masse volumineuse, dure, arrondie, qui rappelle exactement le volume et la forme de la tête de l'enfant; au-dessus d'elle, on peut souvent aussi reconnaître toute la région dorsale du fœtus, et le doute se trouve circonscrit entre une présentation du sommet et une présentation de la face.

Une difficulté pourrait arrêter les médecins peu familiers avec ce genre de recherches : à la fin de la grossesse, surtout chez les primipares, il arrive assez souvent que la tête entière plonge dans l'excavation et qu'elle échappe nécessairement à la main qui se bornerait à l'exploration superficielle de la région hypogastrique. Il faut dans ces cas appuyer l'extrémité des doigts au-dessus du corps du pubis comme pour refouler les parois abdominales dans le petit bassin, et l'on ne tarde pas à sentir la tête de l'enfant qui remplit toute l'excavation. J'ai réussi des centaines de fois à arriver ainsi au diagnostic de la présentation du sommet sans causer ni douleur ni aucun accident.

Après avoir reconnu la présentation, si l'accoucheur peut sentir de quel côté est tourné le dos de l'enfant, il arrive par le palper à la connaissance du diagnostic de la présentation et de la position.

Dans les positions occipito-postérieures, la plus grande largeur de la matrice est encore à la partie supérieure, comme nous l'avons dit en décrivant l'état normal, mais son fond n'est plus si également bombé, à moins que la quantité du liquide ne soit très-grande : le plus souvent, dit M. Stoltz, on trouve au fond de l'organe une voussure, et sous elle une dépression sensible. Le plan antérieur du fœtus étant alors dirigé en avant, on sent les inégalités formées par les extrémités fœtales, qui sont plus difficilement senties dans les positions occipito-antérieures.

On doit donc accorder beaucoup d'importance à ce genre d'exploration ; cependant ce serait une faute d'accorder une valeur trop grande au palper. On se trompe quelquefois, en effet, même dans les cas les plus simples, et l'erreur est facile quand les parois abdominales sont épaisses ou le liquide amniotique abondant. Enfin, il faut savoir que chez certaines femmes l'utérus entre si facilement en contraction, qu'il est impossible de déprimer les parois de cet organe et d'arriver à aucun résultat. Une autre considération diminue encore la valeur du palper: c'est qu'il est surtout facile avant le travail de l'accouchement et qu'il devient difficile et bien souvent impossible pendant l'accouchement lui-même, ce qui s'explique par les douleurs vives qu'il provoque et par les contractions faciles qu'il excite dans l'utérus.

Auscultation. — Le diagnostic de la présentation et des positions du sommet

peut aussi être éclairci par l'auscultation. M. le professeur Depaul a complétement élucidé cette question dans son *Traité d'auscultation obstétricale*; je rappellerai seulement ici que, dans la présentation de l'extrémité céphalique, les battements du cœur s'entendent avec leur maximum d'intensité au-dessous d'une ligne horizontale qui passerait par l'ombilic. Cette loi n'admet que de bien rar exceptions quand le bassin est normal, et ce qui est relatif aux vices de conformation ne doit pas nous arrêter ici.

L'auscultation n'est pas moins importante pour le diagnostic de la position : chez le fœtus, dont les poumons sont encore aplatis contre la colonne vertébrale, le bruit du cœur est transmis à notre oreille par la région dorsale dont la courbure s'applique contre les parois utérines. La colonne vertébrale est donc là où s'entend le maximum des battements du cœur, et comme le rachis et la fontanelle postérieure regardent le même côté, on sait où l'occiput est placé. Dans la position occipito-iliaque gauche antérieure le cœur bat en avant et à gauche, tandis qu'on l'entend en arrière et à droite dans la position occipito-iliaque droite postérieure. Le même raisonnement indique sûrement dans quel point doit se faire entendre le cœur pour chaque position en particulier. Pour ne pas être trompé par les données fournies par l'auscultation, on doit toujours chercher à préciser avec soin, non pas le point où se fait entendre le cœur, mais le point où il se fait entendre avec son maximum d'intensité. Sans cette précaution, l'auscultation serait aussi nuisible qu'utile pour arriver au diagnostic de la position.

Toucher vaginal. — Avant le travail, et pendant les derniers mois de la grossesse, on peut souvent reconnaître que c'est le sommet qui se présente. Dans toute autre présentation, en effet, la partie qui s'offre la première étant inégale et volumineuse, s'adaptant mal à la forme du segment inférieur de l'utérus et du détroit supérieur, est toujours très-élevée, séparée de la paroi utérine par une grande quantité de liquide, et très-difficilement accessible au doigt. Le sommet, au contraire, offrant une surface arrondie, sphéroïdale, repose, presque sans intermédiaire de liquide, sur la paroi utérine, la pousse même quelquefois devant lui, et s'engage dans l'excavation, descend même, dans certains cas, jusque sur le plancher du bassin. Aussi, toutes les fois qu'il se présente, il est facilement senti à travers la paroi inférieure de l'utérus, à moins qu'il ne soit retenu au détroit supérieur par une inclinaison considérable ou un vice de conformation du bassin. En un mot, et cette réflexion me paraît essentiellement pratique, toutes les fois que, dans les derniers jours de la grossesse, et surtout dans la première période du travail, l'accoucheur n'atteint pas facilement la partie qui se présente, il doit surveiller très-attentivement la femme, car il est alors infiniment probable que ce n'est pas le sommet qui s'offre au détroit supérieur; ou bien si le fœtus se présente par son extrémité céphalique fléchie, l'accoucheur doit craindre une mauvaise direction, et peut-être une organisation vicieuse de la tête ou du bassin, toutes circonstances qui pourront plus tard nécessiter l'intervention de l'art. Nous ferons cependant remarquer que souvent chez les multipares la tête reste fort élevée jusqu'à la fin de la grossesse, pour ne descendre au-dessous du détroit supérieur qu'au moment de l'accouchement [1].

[1] Plusieurs circonstances peuvent faire, vers la fin de la grossesse et au commence-

Lorsque le travail est commencé, le doigt introduit à travers le col de l'utérus rencontre d'abord une surface arrondie, lisse et résistante : c'est le côté antérieur de la tête. En se dirigeant un peu plus en arrière et en haut, comme s'il cherchait à atteindre l'angle sacro-vertébral, le doigt rencontre un intervalle membraneux : c'est la suture sagittale. La présentation du sommet est dès lors constatée; il ne s'agit plus que de distinguer quelle est la position. Pour cela, il faut d'abord s'assurer de la direction de cette suture : si, en effet, elle est oblique de gauche à droite et d'avant en arrière, la position ne peut être qu'une occipito-iliaque gauche antérieure, ou occipito-iliaque droite postérieure; si, au contraire, elle est oblique dans l'autre sens, la position ne peut être qu'une occipito-iliaque droite antérieure, ou occipito-iliaque gauche postérieure, etc. Une fois cette direction reconnue, on n'a plus qu'à distinguer le point où se trouve l'occiput. Le doigt, soulevant alors un des bords du col, suit la suture sagittale jusqu'à ce qu'il rencontre une fontanelle qu'il distingue aux caractères que nous avons décrits (voyez *Tête du fœtus à terme*).

§ III. — Mécanisme.

Le mécanisme suivant lequel s'accomplit l'expulsion du fœtus dans les positions du sommet, est à peu près le même dans tous les cas où l'occiput regarde un des points de la moitié latérale gauche; mais il diffère sous quelques rapports du mécanisme des positions que nous avons désignées sous le nom d'occipito-iliaque droite. Nous aurons donc à l'examiner dans ces deux positions; et comme, parmi les variétés que nous avons admises, il en est deux, l'antérieure dans l'occipito-iliaque gauche, la postérieure dans l'occipito-iliaque droite, qui se rencontrent presque constamment, nous les prendrons successivement pour types de notre description.

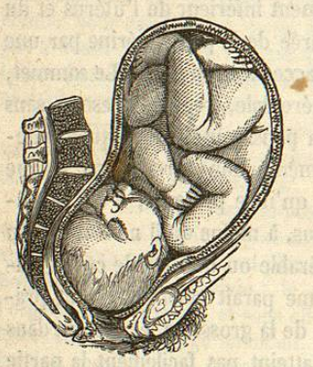

Fig. 75. — Représentant la tête placée en position occipito-iliaque gauche antérieure.

1° *Mécanisme de l'accouchement naturel dans la position occipito-iliaque gauche antérieure.* (Première position, ou occipito-cotyloïdienne gauche de tous les auteurs.)

Dans cette position, l'occiput répond à l'éminence ilio-pectinée gauche, le front à la symphyse sacro-iliaque droite. La suture sagittale est dans la direction du

ment du travail, qu'on ne sente aucune partie au toucher, et peuvent dépendre de causes étrangères aux positions vicieuses. Ainsi, cela s'observe quelquefois : 1° chez les femmes qui ont accouché souvent; chez celles dont le fond de l'utérus est fortement incliné en avant; 2° dans les cas de jumeaux; 3° dans les présentations du siége; 4° dans les cas où il existe une quantité considérable de liquide; 5° lorsque l'utérus n'est point ovalaire à sa partie inférieure; 6° lorsque la tête est hydrocéphale; 7° enfin, lorsque le bassin est rétréci. (Nægele, traduction de Pigné.)

diamètre oblique gauche du bassin. (Nous prévenons, une fois pour toutes, que, pour éviter les répétitions et les longueurs, nous désignerons le diamètre oblique qui va de gauche à droite et d'avant en arrière, sous le nom de *diamètre oblique gauche*, et celui qui va de droite à gauche et d'avant en arrière, sous le nom de *diamètre oblique droit.*) La fontanelle postérieure est en avant et à gauche; l'antérieure est en arrière et à droite. Le plan dorsal du fœtus est dirigé en avant et à gauche; le plan antérieur en arrière et à droite; l'épaule droite en avant et à droite; l'épaule gauche en arrière et à gauche.

Avant la rupture de la poche des eaux, la tête du fœtus est légèrement fléchie sur le devant de la poitrine, et les rapports des diamètres de la tête avec les diamètres du détroit supérieur sont les suivants : le diamètre occipito-frontal est parallèle au diamètre oblique gauche du détroit supérieur; le diamètre bipariétal est parallèle au diamètre oblique droit (1); la circonférence occipito-frontale de la tête est parallèle au pourtour du détroit supérieur : l'axe de ce détroit supérieur passe par le diamètre trachélo-bregmatique (2).

Au moment de la rupture des membranes, une quantité plus ou moins considérable de liquide amniotique s'écoule. L'utérus se contracte alors, et s'applique plus immédiatement sur le tronc du fœtus. Toutefois, comme dans les positions du sommet, il s'écoule, en général, peu de liquide au moment de la rupture des membranes; il en reste habituellement une assez grande quantité pour que la compression qu'éprouve le fœtus, de la part des parois utérines, soit loin d'être immédiate. Après cette rupture, les contractions utérines ont dé-

(1) Remarquons cependant, avec M. P. Dubois, que ce dernier rapport n'est pas très-rigoureusement exact. Ainsi, si l'on place une tête de fœtus à terme au niveau du détroit supérieur, de manière que le diamètre occipito-frontal soit parallèle au diamètre oblique gauche, la forme de la tête du fœtus ne permet pas que le diamètre bipariétal soit parallèle à l'oblique droit. Dans cette position, en effet, l'extrémité postérieure de ce diamètre bipariétal correspond bien à la symphyse sacro-iliaque gauche, mais l'extrémité antérieure, au lieu d'aboutir à l'éminence ilio-pectinée, correspond au milieu de la branche horizontale du pubis.

(2) M. Nægele et M. le professeur Dubois, qui adopte en partie au moins l'opinion du professeur de Heidelberg, ne pensent pas que, dans la majorité des cas, la tête se présente aussi régulièrement au détroit supérieur sous les rapports que nous avons indiqués. Suivant eux, la tête ne s'offre pas dans une direction perpendiculaire au plan du détroit supérieur, mais, au contraire, dans une direction oblique : de sorte que le pariétal droit, qui est antérieur, serait, relativement au plan, plus bas que le pariétal gauche; que la suture bipariétale, au lieu de se trouver dans la direction de l'axe du détroit, serait un peu plus en arrière que cet axe, suivant M. Dubois, et regarderait même la seconde pièce du sacrum, suivant M. Nægele. Malgré ces imposantes autorités, nous pensons que, dans la majorité des cas, la circonférence occipito-frontale est, à très-peu de chose près, parallèle au plan du détroit supérieur. Il est vrai cependant que la bosse pariétale est un des points les plus déclives de la tête, et que c'est sur elle que tombe d'abord le doigt, lorsqu'on pratique le toucher. Mais ces faits, sur lesquels s'appuie M. Nægele, prouvent précisément contre son opinion : car le plan du détroit supérieur étant dirigé très-obliquement en avant et en bas, la partie de la tête qui sera en rapport avec l'arc antérieur du bassin, devra être le point le plus déclive de la tête; si, de plus, le doigt rencontre d'abord la bosse pariétale antérieure, c'est que le doigt, introduit sous la symphyse des pubis, c'est-à-dire par un plan presque perpendiculaire au détroit supérieur, ne peut arriver que très-obliquement sur la portion antérieure de la tête, dont la grande circonférence est parallèle au plan du détroit supérieur.

sormais pour but d'expulser le fœtus de la cavité. Celui-ci, pressé de toutes parts, est courbé sur sa région antérieure, sur laquelle sont aussi plus fortement pressés et pelotonnés les membres inférieurs et supérieurs. Là commencent, à proprement parler, les phénomènes mécaniques du travail.

Les différents mouvements qui sont imprimés au fœtus pendant l'accouchement ont pour but de rendre son expulsion plus facile : c'est ce qui ressortira de l'étude que nous allons faire de ces mouvements que l'on désigne communément sous le nom de *temps de l'accouchement*. Jusqu'ici on a décrit cinq temps principaux dans l'accouchement par le sommet ; ce sont, en les énumérant dans l'ordre suivant lequel ils se font : 1° la flexion ; 2° l'engagement ; 3° la rotation ; 4° l'extension ou dégagement ; 5° la restitution. A ces cinq temps nous croyons qu'il convient d'en ajouter un sixième pour l'expulsion du tronc. Nous développerons à la fin de ce chapitre (voy. *Résumé du mécanisme de l'accouchement*) les raisons qui nous ont fait modifier le nombre des temps habituellement décrits ; nous dirons seulement, dès à présent, que nous y trouvons l'avantage d'une classification plus rationnelle et applicable à toutes les présentations. Pour chaque présentation nous décrirons donc six temps dans le mécanisme de l'expulsion. Cette innovation ne renverse d'ailleurs aucune des idées actuellement reçues, et pour retrouver l'ancienne classification il suffit de réunir le cinquième et le sixième temps en un seul.

A. *Premier temps, ou temps de flexion.* — Après la rupture des membranes, le tronc du fœtus, pressé de toutes parts, transmet par le rachis, à la tête, l'impulsion que lui imprime la contraction utérine. La tête du fœtus, fortement poussée, tend à franchir le col utérin et à s'engager dans l'excavation ; mais elle rencontre des résistances, soit de la part du col qui n'est pas encore suffisamment dilaté, soit de la part du détroit supérieur ou des parois de l'excavation. La tête, placée ainsi entre une puissance et une résistance, doit naturellement se fléchir davantage sur le devant de la poitrine : en effet, la puissance d'expulsion qui lui est transmise par le rachis venant tomber au trou occipital, c'est-à-dire sur un point beaucoup plus voisin de l'occiput que du menton, doit naturellement, la résistance étant égale aux deux extrémités du diamètre occipito-mentonnier, agir plus énergiquement sur l'occiput que sur le menton, c'est-à-dire abaisser l'occiput. Mais abaisser l'occiput, c'est forcer le menton à s'élever, c'est-à-dire, c'est produire la flexion de la tête [1].

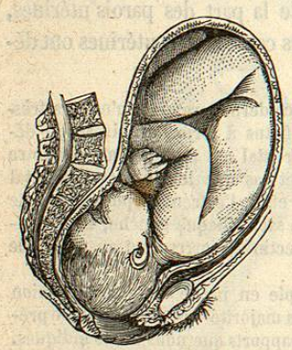

Fig. 76. — Tête dans la même position, mais plus fortement fléchie.

[1] Pour prouver que le mouvement qui se fait dans le sens de la flexion est bien le résultat de la position du trou occipital relativement au menton et à l'occiput, qui tous deux représentent les deux extrémités du levier sur lequel vient s'articuler le rachis, supposons que l'articulation de la colonne vertébrale se fasse à l'occiput même, il est évident que l'occiput seul descendrait ; qu'au contraire elle se fasse au menton, celui-ci descendrait le premier ; qu'enfin elle se fasse au milieu de l'intervalle qui sépare ces deux points extrêmes, il y aura équilibre : de même que cela arrive pour des points égaux ou pour des résistances égales dans les plateaux d'une balance à bras égaux. Mais si l'articulation a lieu plus près d'un de ces points que de l'autre, le mouvement de descente se fera du côté du point le plus voisin de cette articulation : de même que cela arriverait dans l'exemple ci-dessus donné d'une balance, si, sans rien changer d'ailleurs, on rendait inégaux les bras du levier.

Si, enfin, cette explication ne parvenait pas à rendre compte du fait que je cherche à expliquer, je propose celle qui suit : la tête, poussée par la contraction utérine qui lui est transmise par le rachis, rencontre, de la part du col de l'utérus qui n'est pas encore suffisamment dilaté, des résistances. Changeons pour un instant l'ordre des forces ; faisons de l'articulation vertébrale le point d'appui, et des résistances offertes par le col une puissance : il est évident que cette puissance est égale dans tous les points du pourtour du col ; mais remarquons que l'intervalle qui sépare le menton du trou occipital était plus grand que celui qui sépare le trou occipital de l'occiput, la résistance qui s'exerce sur le menton s'exerce sur un bras de levier plus long que celle qui s'exerce sur l'occiput, et par conséquent la première doit être plus puissante que la seconde, et forcer le menton à s'élever. Mais forcer le menton à s'élever, c'est forcer l'occiput à s'abaisser. C'est donc encore produire la flexion de la tête.

La tête ainsi fléchie fortement, ses rapports sont changés : le diamètre sous-occipito-bregmatique a pris la place du diamètre occipito-frontal, et est parallèle au diamètre oblique gauche ; le diamètre bipariétal n'a pas changé ; la circonférence occipito-bregmatique est maintenant parallèle au pourtour du détroit supérieur, et l'axe du bassin, qui traversait la tête dans la direction du diamètre trachélo-bregmatique, la traverse maintenant dans une direction très-voisine du diamètre occipito-mentonnier. Ce mouvement de flexion a donc évidemment pour résultat de placer la tête du fœtus dans la position la plus favorable à son passage, en la forçant à offrir ses petits diamètres aux diamètres du bassin.

B. *Deuxième temps, ou temps de descente.* — La tête, poussée par la contraction, plonge alors dans l'excavation et arrive jusque sur le plancher du bassin. En descendant ainsi, l'occiput presse en avant la face interne et antérieure du corps de l'ischion, la face interne du muscle obturateur interne et les nerfs et les vaisseaux obturateurs externes qui sortent, comme on le sait, par la partie supérieure du trou obturateur ; le front ou le bregma presse en arrière le bord interne du muscle psoas, la face interne du pyramidal, le plexus ou le nerf sciatique, les nerfs et les vaisseaux fessiers et honteux internes. Le côté gauche de la tête se trouve en rapport médiat avec les mêmes parties, et, de plus, glisse sur la face antérieure du rectum.

Ce mouvement de descente de la tête n'est complet que lorsque la circonférence occipito-bregmatique est à peu près parallèle au plan du détroit inférieur, c'est-à-dire que les deux bosses pariétales sont arrivées au niveau de ce détroit. Or, il est évident que, pour arriver à ce point, la bosse pariétale gauche, qui se trouvait en arrière, avait à parcourir toute la face antérieure du sacrum, tandis que la bosse pariétale antérieure n'avait à franchir qu'un espace beaucoup moindre ; la première a donc dû décrire un arc de cercle beaucoup plus étendu que la seconde. On aura une idée très-exacte du mouvement que la tête du fœtus exécute en descendant, en imaginant que l'extrémité antérieure du diamètre bipariétal est presque immobile en avant et à droite, tandis que son extrémité postérieure descend rapidement et parcourt tout le plan postérieur de l'excavation.