

cation de forceps peuvent être mises en parallèle. Si les conditions requises pour la version existent (voy. chap. *Version*), on y peut avoir recours : cette opération donne ici de bons résultats, à la condition de s'assurer à l'avance qu'il n'y a pas de rétrécissement du bassin pouvant empêcher l'extraction rapide de la tête dernière. Le forceps est d'application délicate lorsque la tête est ainsi élevée, et peut déraper surtout lorsqu'on n'a pas une certaine habitude de l'instrument.

Si la tête en présentation de la face est engagée, le *forceps seul* est indiqué, à la condition que l'enfant soit vivant : rien n'est plus dangereux que de tenter, dans ces conditions, de refouler la tête fœtale et d'essayer la version. C'est exposer la femme à une rupture de l'utérus. Jusqu'en ces dernières années, lorsque plusieurs tentatives infructueuses d'applications de forceps avaient été faites et lorsque le fœtus avait cependant résisté à ces tentatives plus ou moins meurtrières, la seule ressource était de pratiquer la basiotripsie. Actuellement la symphyséotomie permet d'extraire l'enfant vivant.

Il va de soi que si le fœtus est mort et que l'accouchement ne se termine pas, ni le forceps ni la version ne doivent être employés ; il ne peut être question de symphyséotomie : c'est au basiotribe seul qu'il faut recourir.

Lorsque la face est en *variété frontale*, la conduite à tenir est d'autant plus importante que cette présentation constitue souvent un cas de dystocie sérieux : lorsque le bassin est *normal* et que l'accouchement traîne en longueur, il faut recourir à la *version podalique par manœuvres internes*, dès que la dilatation est complète ; si le bassin est rétréci, on peut, suivant le degré de la viciation, recourir à la même version par manœuvres internes ou à la *symphyséotomie d'emblée*.

CHAPITRE V

PRÉSENTATIONS DU SIÈGE.

Définition et variétés. — Nous avons vu (page 311) que le fœtus peut se présenter par l'extrémité pelvienne de diverses manières :

a. Le siège étant *complet*, c'est-à-dire les cuisses modérément fléchies sur le bassin, les jambes très fléchies sur les cuisses : le fœtus se trouve dans une position qui ressemble à celle du tailleur assis (fig. 271).

b. Le siège étant *décomplet* : 1° *Mode des fesses.* — Les membres inférieurs se sont repliés au-devant du plan antérieur du corps, de telle sorte que les pieds se trouvent à hauteur du cou du fœtus (fig. 272).

2° *Mode des pieds.* — Les membres inférieurs sont étendus, les pieds descendent les premiers.

3° *Mode des genoux.* — Les cuisses sont dans l'extension par rapport au bassin, les jambes sont fléchies sur les cuisses.

Fréquence. — Moins fréquentes que les présentations du sommet, les présentations du siège s'observent plus souvent que les présentations de l'épaule et de la face : d'après les statistiques, on verrait une présentation du siège sur 27 accouchements (Mme Lachapelle), sur 55 (Mme Boivin), sur 50 (Pinard), sur 58 (Pinard et Lepage) ; en outre les présentations du siège seraient un peu plus fréquentes chez les multipares que chez les primipares.

Cette proposition classique a besoin d'être contrôlée : ainsi, suivant une statistique dressée à la Clinique Baudelocque sur des femmes ayant le bassin normal, en ne prenant que les enfants pesant au moins 2000 grammes à la naissance et vivants au début du travail, Lepage trouve 102 présentations du siège chez les primipares et 72 chez les multipares ; d'une manière absolue la présentation du siège serait plus fréquente chez les premières que chez les secondes. Cette proportion s'accroît encore si l'on réfléchit que le nombre total des femmes multipares qui viennent accoucher dans les Maternités est supérieur à celui des primipares.

La proportion d'une présentation du siège sur 50 accouchements comprend tous les cas d'accouchement à terme ou avant terme ; si l'on envisage seulement les cas de présentation du siège dans les accouchements à terme, on arrive à la proportion de 1 sur 62.

Quant à la fréquence relative des variétés de présentation du siège, en se reportant à la même statistique, on trouve :

Pour les *primipares*, sur 102 présentations du siège, 28 sièges complets, 74 mode des fesses, 5 mode des pieds.

Pour les *multipares*, sur 78 présentations du siège : 27 sièges complets, 56 mode des fesses, 7 mode des pieds, 1 mode des genoux, 1 inconnu.

Causes. — Elles sont nombreuses et peuvent être divisées en deux grandes classes :

A. Celles qui produisent la *variété franche, définitive* de la présentation du siège ; ainsi, dans certains cas, la cavité utérine présente un développement inégal dans ses deux segments, le segment inférieur est plus développé que le segment supérieur. Quelquefois (dans l'hydrocéphalie, par exemple) c'est le fœtus dont l'extrémité céphalique, plus volumineuse que l'extrémité pelvienne, vient se loger dans la partie supérieure de l'utérus ; d'autres fois, le fœtus, ayant acquis déjà un certain développement, est surpris le siège en bas par une contraction utérine, il lui est impossible d'exécuter à nouveau une évolution complète, de telle sorte qu'il reste *définitivement* le siège en bas : c'est la *variété franche* de la présentation du siège, que l'on rencontre surtout chez les primipares.

B. Quant aux autres présentations du siège, qui ne sont qu'*accidentelles*, elles peuvent avoir des causes nombreuses, c'est-à-dire qu'elles s'observent lorsqu'existent les conditions qui empêchent l'accommodation pelvienne pendant la grossesse ou mieux lorsque font défaut les conditions qui sollicitent l'accommodation du fœtus au canal utéro-pelvien.

Les principales causes de la présentation du siège sont :

Du côté du fœtus : petitesse, gémellité, mort avec ou sans macération ;

Du côté de l'œuf : hydropisie de l'amnios, insertion du placenta sur le segment inférieur ;

Du côté de l'organisme maternel : laxité de la paroi utérine et de la paroi abdominale qui ont été surdistendues par les grossesses antérieures, rétrécissement du bassin, malformation ou tumeur de l'utérus, etc.

Toutes ces conditions ne favorisent point l'accommodation du fœtus pendant les derniers temps de la grossesse ou même la rendent impossible : au début du travail le fœtus est surpris le siège en bas et reste dans cette attitude si l'accoucheur ne la modifie pas.

Signes et diagnostic de la présentation du siège pendant la grossesse. — Lorsque le fœtus se présente par le siège, l'interrogatoire et l'inspection ne fournissent guère de renseignements utiles ; tout au plus peut-on être amené à rechercher avec un peu plus de soin l'attitude du fœtus, si l'on apprend qu'aux grossesses antérieures le fœtus s'est présenté par le siège ou si la femme accuse une douleur localisée à une zone qui répond à la place qu'occupe la tête fœtale.

C'est le palper qui, pratiqué méthodiquement, permet de reconnaître que l'extrémité pelvienne est en bas. Le plus souvent l'excavation est vide : les deux mains de l'accoucheur, déprimant la paroi abdominale, ne rencontrent pas de partie fœtale et peuvent ainsi plonger assez bas dans le bassin. C'est au niveau ou plutôt un peu au-dessus de l'aire du détroit supérieur que les mains rencontrent une partie fœtale, assez volumineuse, irrégulière, ayant une résistance moins grande que la tête fœtale, et accompagnée de petites parties fœtales : c'est l'extrémité pelvienne, qui assez souvent empiète un peu sur l'une ou l'autre fosse iliaque.

Cette sensation se confirme bientôt quand on explore le pôle fœtal qui se trouve à la partie opposée de l'utérus. En cherchant à en reconnaître les caractères, on s'aperçoit que cette partie fuit sous la main, qu'elle ballote. Elle présente en outre une forme régulière, arrondie : c'est l'extrémité céphalique.

Ce ballotement céphalique abdominal, que l'on trouve au fond ou près du fond de l'utérus, est presque caractéristique : ce n'est en effet que dans des cas exceptionnels, lorsque la quantité de liquide amniotique est considérable, qu'une région fœtale autre que la tête peut balloter.

Le ballotement céphalique n'est pas toujours facile à percevoir ; lorsque le fœtus est gros ou lorsque le siège repose en partie sur la fosse iliaque gauche, la tête fœtale peut être cachée sous les fausses côtes, dans l'hypochondre droit ; elle est difficilement accessible.

Pour trouver le ballotement, il faut déplacer le fœtus et rendre la tête accessible : « Dans ces cas il est nécessaire de mobiliser le fœtus, de le faire lentement évoluer en pressant en sens inverse sur ses deux pôles, ou en n'agissant que sur le pôle inférieur, si le supérieur est inaccessible, de façon à ramener la tête sur la ligne médiane, ou bien au contraire à la faire descendre un peu plus bas vers l'un des côtés. En un mot, il

faut la rendre plus superficielle, et par cela même plus accessible, plus palpable¹. » (Pinard.)

Lorsqu'on a senti la tête en haut, on cherche de quel côté est le dos : en suivant la tête fœtale, avant d'arriver sur le plan résistant, les doigts sentent une dépression très accusée qui est le *sillon du cou* ou, mieux, le *sillon de la nuque*. Au-dessous de lui le plan résistant est accessible sur toute son étendue et se continue en bas, sans dépression, avec le siège.

Pinard² attache une grande importance à ce signe du sillon de la nuque : « Pour moi, dit-il, le signe caractéristique, pathognomonique de la présence de la tête au fond de l'utérus, est la constatation du sillon du cou. Le ballotement peut être obtenu... alors que le siège est en haut et que l'on a affaire à une occipito-postérieure, tandis que la perception du cou indiquera nettement où se trouve la tête. Voici comment on doit procéder pour obtenir cette sensation. — Les deux pôles ayant été ren-



Fig. 270. — Coupe antéro-postérieure d'une femme près du terme : le fœtus se présente par le siège complet, en position gauche³.

contrés, il faut rechercher où se trouve le plan résistant ; puis alors on déprime avec la pulpe des doigts la paroi abdominale en rapport avec le tronc du fœtus, je dirai centimètre par centimètre, en faisant cheminer très lentement les doigts. Or tandis qu'on perçoit un plan continu, une surface unie entre le siège et le tronc, on sent une dépression, un vide assez marqué entre le tronc et la tête, les doigts s'enfonçant au niveau de la région cervicale. »

¹ *Traité du palper*, p. 174.

² *Loc. cit.*, p. 174.

³ Cette figure est reproduite d'après F. Ahlfeld (*Lehrbuch der Geburtshilfe*, Leipzig, 1894), qui l'a empruntée lui-même à Waldeyer (*Medianschnitt einer Hochschwangeren*, Bonn, 1886). La femme qui est représentée mourut après un grave traumatisme (fracture des deux cuisses et de la 1^{re} vertèbre sacrée). Cette 1^{re} vertèbre sacrée a glissé en avant de la 2^e vertèbre sacrée, comme dans le bassin vicié par spondylolisthèse.

Si l'on conserve quelque doute sur ces sensations, on peut les contrôler en cheminant en sens inverse, c'est-à-dire de bas en haut : on explore à nouveau la partie fœtale située en bas, on remonte en suivant le plan résistant, puis les doigts sentent une dépression, au-dessus de laquelle se trouve l'extrémité arrondie, la tête, qui ballote avec plus ou moins de facilité. Du côté opposé de l'utérus, on perçoit des petites parties fœtales, moins accessibles que dans la présentation du sommet et la rénitence du liquide amniotique.

Avec un peu d'habitude du palper, on arrive à faire non seulement le diagnostic de présentation du siège, mais on peut même dire si le siège est



Fig. 271. — Présentation du siège complet non engagé en position gauche (variété antérieure) SIGA.

complet ou décompleté. Dans le premier cas, en effet, on rencontre les membres pelviens fléchis et plus ou moins accolés au siège; la masse qui en résulte est assez volumineuse, irrégulière. Lorsque le siège est décompleté, il constitue une partie moins volumineuse, les membres inférieurs peuvent être suivis de bas en haut et la saillie des talons est sentie près de l'extrémité céphalique qui ballote généralement moins que lorsque le siège est complet.

Dans les cas relativement exceptionnels où le siège est engagé, le diagnostic peut errer surtout par inadvertance : on est tellement

habitué à considérer comme présentation du sommet toute partie fœtale engagée pendant la grossesse, qu'à un examen un peu rapide on prend le siège pour la tête; nous avons vu que cette présentation du siège définitive s'observait surtout chez les primipares. Or, justement chez elles le palper est moins facile, en raison de la résistance plus grande des parois abdominale et utérine. Avec un peu d'attention cependant on reconnaît que l'extrémité céphalique est en haut à ses caractères de tumeur arrondie, ballottant et séparée du plan dorsal par le sillon de la nuque.

L'auscultation seule ne peut servir à établir le diagnostic de présentation du siège, comme l'a prétendu Depaul, qui pensait que le foyer d'auscultation était au niveau ou même au-dessus de l'ombilic. Sans doute le foyer d'auscultation est élevé dans la présentation du siège, mais ce fait ne tient pas tant à l'attitude du fœtus qu'à ce que le fœtus n'est pas habituellement

engagé au cours de la grossesse (Ribemont-Dessaignes). Il y a même un fait intéressant, c'est qu'avec une présentation du siège non engagée, les bruits du cœur s'entendent plus bas que dans une présentation du sommet dont l'engagement n'est pas plus accusé (Pinard). Les bruits du cœur se transmettent en effet jusqu'à la partie inférieure de la colonne lombaire.

Le toucher ne rend guère plus de services au point de vue du diagnostic de la présentation pendant la grossesse : si le siège n'est pas engagé, le doigt constate que l'excavation est vide, il atteint difficilement la partie fœtale qui tend à s'engager. Il sent parfois des parties fœtales petites, irrégulières, mais il est difficile d'affirmer que ce ne sont point de petites parties fœtales accompagnant une extrémité céphalique.

Pour aider le diagnostic, on peut pratiquer le toucher en ayant soin d'abaisser avec une main la partie fœtale qui se présente et de la rendre ainsi plus accessible au doigt; de cette façon on arrive à reconnaître parfois les caractères du siège. Quand on arrive ainsi à faire le diagnostic, c'est que la femme se laisse facilement examiner, qu'elle a des parties molles peu résistantes et que par conséquent le palper est chez elle particulièrement facile.

Quand le siège est engagé, le toucher devient déjà plus utile : si le segment inférieur est peu épais, il permet parfois de sentir la tumeur irrégulière formée par le siège; à plus forte raison la certitude devient complète si, à travers un col largement entr'ouvert, on arrive sur des parties caractéristiques du siège.

Diagnostic des positions et des variétés de positions du siège pendant la grossesse. — Le diagnostic se fait uniquement par le palper et peut être jusqu'à un certain point contrôlé par l'auscultation.

1° *Position gauche, variété antérieure (SIGA).* — Le siège sis au-dessus de l'aire du détroit supérieur ou plutôt reposant en partie sur la fosse iliaque gauche forme une masse volumineuse qui est irrégulière du côté droit (fig. 271).



Fig. 272. — Présentation du siège décompleté (mode des fesses) en position droite (variété postérieure) SIDP.

La tête est située en haut et un peu à droite de la ligne médiane; elle est plus ou moins accessible, ballottant nettement, assez souvent cachée en partie par le foie; le sillon du cou est généralement facile à sentir.

Le plan résistant est situé en avant et à gauche; il s'éloigne plus ou moins de la verticale suivant que la tête est plus ou moins éloignée de la ligne médiane. Avec de l'habitude on trouve assez facilement l'épaule gauche du fœtus qui se trouve en avant et à droite de la ligne médiane.

Cette sensation de l'épaule est d'autant plus utile à percevoir que c'est dans son voisinage que se trouve le *foyer d'auscultation*. Les bruits du cœur sont en effet transmis par le plan latéral gauche; c'est dire qu'en raison



Fig. 275. — Présentation du siège complet en position gauche postérieure (SIGP).

de la facilité avec laquelle on arrive sur ce plan les bruits du cœur seront très fortement entendus en un foyer situé au voisinage de l'ombilic, mais qui en sera plus ou moins éloigné suivant le volume et le degré d'inclinaison du tronc du fœtus.

2° *Position droite, variété postérieure (SIDP)*.

— Le siège se trouve en partie sur la fosse iliaque droite, le sacrum tourné vers la symphyse sacro-iliaque du même côté. Le siège est difficilement exploré: on fait surtout le diagnostic en raison de la sensation fournie par les parties fœtales multiples qui se trouvent en avant et à gauche.

L'extrémité céphalique est située au fond de l'utérus, plus ou moins à gauche; le sillon du cou qui sépare le plan résistant de l'extrémité céphalique est facile à reconnaître. Au-dessous de lui on explore, non pas le plan dorsal du fœtus, mais le plan latéral droit du fœtus, situé très à droite de la ligne médiane.

Il est facile de constater dans la partie opposée de l'utérus la rénitence du liquide amniotique et les petites parties fœtales que l'on sent très facilement.

Comment sont transmis les bruits du cœur fœtal? Par le plan latéral droit; le foyer d'auscultation est donc à droite de la ligne médiane, au niveau et plus souvent au-dessus de l'ombilic; les bruits du cœur y sont beaucoup moins nets que dans la SIGA.

Dans la figure 272, le fœtus se présente par le siège décompleté, mode des fesses en SIDP, l'épaule antérieure est abaissée; le foyer d'auscultation sera plus bas que précédemment, au-dessous, mais très à droite de l'ombilic.

5° *Présentation du siège en position gauche, variété postérieure (SIGP)*. — Le siège est situé en partie dans la fosse iliaque gauche, le sacrum orienté en arrière; les petites parties fœtales sont situées à droite et en avant (fig. 275).

L'extrémité céphalique est située en avant et un peu à droite; elle ballote assez difficilement.

Le plan dorsal du fœtus est orienté en arrière et à gauche; ce n'est que sur le plan latéral gauche que la main peut arriver.

En avant et dans la partie droite de l'utérus, on trouve les petites parties fœtales et la rénitence du liquide amniotique.

Les bruits du cœur s'entendent ici très nettement; car ils sont transmis par le plan latéral gauche: le foyer d'auscultation est situé à gauche de l'ombilic, et à peu près à la hauteur de ce point de repère.

4° *Position droite, variété antérieure (SIDA)*.

— Le siège est assez facile à reconnaître (fig. 274); il repose en partie sur la fosse iliaque droite; les petites parties qui l'accompagnent sont accessibles du côté gauche.



Fig. 274. — Présentation du siège complet non engagé en position droite (variété antérieure) (SIDA).

La tête est située vers le fond de l'utérus, plus ou moins à gauche de la ligne médiane; elle est presque toujours accessible et ballote avec une certaine facilité.

Le plan résistant occupe la partie droite de l'utérus; il se délimite bien. « Partant de la fosse iliaque droite, tantôt il s'élève directement à droite pour ne s'incurver à gauche qu'au-dessus de l'ombilic, tantôt il se dirige tout de suite vers le flanc gauche, en coupant la paroi abdominale en diagonale. — Dans tous les cas, il est bien facile de le circonscrire, de le prendre, pour ainsi dire, entre les deux mains. » (Pinard¹.)

¹ Traité du palper abdominal, 2^e édit., p. 177

Les bruits du cœur peuvent être ici entendus au niveau du plan latéral gauche, c'est-à-dire d'une manière intense; il suffit de se représenter quelle est la situation qu'occupe le plan latéral du fœtus pour comprendre que le foyer d'auscultation va se trouver au-dessous de l'ombilic, et tout à fait sur le bord droit de l'utérus, c'est-à-dire loin de la ligne médiane.

Cette description des principales attitudes qu'occupe dans l'utérus gravide le fœtus se présentant par le siège est forcément schématique. Toutes les fois que la partie fœtale qui se présente n'est pas engagée, le fœtus jouit, en effet, d'une certaine mobilité; aussi est-il impossible de reproduire dans



Fig. 275. — Présentation du siège complet en position droite, variété transversale (SIDT).

une description d'ensemble les attitudes si variées que prend le fœtus suivant que sa colonne vertébrale s'incurve plus ou moins d'avant en arrière, ou latéralement, suivant la situation que prennent ses membres inférieurs et suivant qu'il est plus ou moins d'aplomb sur l'aire du détroit supérieur.

Signalons cependant deux variétés de position qu'occupe le fœtus, les variétés transversales (droite et gauche); ce que nous avons dit des autres variétés obliques (droite et gauche) nous dispense d'une longue description.

Il est bien évident que dans la position gauche, variété transversale (SIGT), le fœtus occupe une situation intermédiaire à celle qui est observée dans la SIGA et la SIGP: le dos est à gauche, difficilement accessible; c'est surtout le plan latéral gauche que l'on explore facilement. Le foyer d'auscultation est situé à gauche de la ligne médiane, et à la hauteur de l'ombilic.

De même la position droite, variété transversale (SIDT) (fig. 275), est intermédiaire entre la SIDA et la SIDP: la fesse droite est à peu près au niveau de la symphyse pubienne; la tête est le plus habituellement sur la ligne médiane. Le plan latéral droit est accessible: le foyer d'auscultation y est situé à droite de la ligne médiane, et les bruits du cœur n'y sont pas très intenses.

Quant aux positions directes, sacro-pubienne (SP) et sacro-sacrée (SS), nous les signalerons dans le paragraphe suivant.

Diagnostic de la présentation du siège, des positions et de leurs variétés pendant le travail. — Lorsqu'on est appelé auprès d'une femme en travail, chez laquelle le fœtus se présente par le siège, il est encore possible de faire le diagnostic par le palper: c'est même la méthode qui donne les meilleurs résultats lorsque la dilatation est peu avancée ou lorsque les membranes tendues rendent difficile par le toucher l'exploration de la partie fœtale qui se présente.

Les sensations obtenues sont les mêmes que celles perçues pendant la grossesse; toutefois, le siège est moins facile à reconnaître, parce qu'il est engagé; la tête est un peu abaissée en raison même de la descente du fœtus qui est en train de s'accomplir. Le foyer d'auscultation varie également de hauteur suivant la situation occupée par le fœtus.

Le toucher fournit des renseignements importants au point de vue du diagnostic. Au début du travail, si la partie fœtale est élevée, si l'on constate seulement la présence d'un petit membre flottant dans le liquide de la poche des eaux, il ne faut pas se hâter de croire à une présentation du siège: ce peut être une présentation de l'extrémité céphalique avec procubitus d'un membre.

Peu à peu la dilatation progresse: même avec des membranes non rompues, il est possible, en touchant avec précaution dans l'intervalle des contractions, de reconnaître la présentation du siège; mais lorsque les membranes sont rompues, le diagnostic est encore plus facile, puisque le doigt touche les parties fœtales.

A. Si le siège est complet, on arrive sur une partie plus ou moins étendue de la région du siège qui est la plus accessible: tantôt c'est sur une fesse, généralement l'antérieure, qui présente une consistance molle, pâteuse, et qui est dépressible. En la contournant, on sent le sillon interfessier, l'anus, la pointe du coccyx et la partie postéro-inférieure du sacrum; on peut, en certains cas, atteindre l'autre fesse. En portant le doigt dans la partie opposée du bassin, on peut arriver sur un pied (les jambes étant généralement croisées l'une sur l'autre) ou même sur les deux pieds.

Chemin faisant, on pose parfois le diagnostic du sexe du fœtus: si, en avant de l'anus, on ne sent pas de saillie, mais une simple dépression, une fente quasi linéaire, c'est la vulve. Si, au contraire, on sent les bourses contenant ou non les deux testicules, on affirme qu'il s'agit d'un garçon. C'est surtout la sensation fournie par les testicules de petits corps ronds, durs, mais mobiles, qui permet de faire le diagnostic du sexe. On ne l'annonce, d'ailleurs, que lorsqu'on est absolument sûr de ces sensations.

Voyons, pour chacune des positions, les signes qui permettent d'en établir la variété.

1° Position gauche, variété antérieure SIGA (fig. 276). — Dans cette situation, en touchant avec l'index de la main droite, on trouve sous l'arcade pubienne la fesse antérieure (fesse gauche), puis, en promenant le doigt de droite à gauche et d'avant en arrière, suivant le contour du bassin, on arrive successivement sur le pli interfessier, la pointe du coccyx et la fesse postérieure. En ramenant le doigt au niveau de l'extrémité inférieure du

coccyx, on remonte un peu pour suivre la crête sacrée, afin de bien constater l'orientation du sacrum, puis on redescend en passant par l'anus, les organes génitaux, et on arrive successivement sur les pieds ou les jambes des deux membres inférieurs fléchis.

Deux remarques importantes : 1° il n'est guère possible, à moins de dilatation complète, d'explorer ainsi toute la zone inférieure du fœtus ; 2° lorsque



Fig. 276. — Déroit inférieur vu par en bas. Présentation du siège complet en SIGA. (D'après Farabeuf et Varnier.)



Fig. 277. — Présentation du siège complet en SIDP, vue par sa partie inférieure. (D'après Farabeuf et Varnier.)

la dilatation est complète, si l'on veut bien se rendre compte de l'attitude du fœtus, on touche alternativement avec l'index de l'une et l'autre main, afin d'explorer successivement ce qui se présente dans la partie droite et dans la partie gauche du bassin.

En outre, lorsqu'on a quelque doute sur la partie fœtale qui se présente, il n'est pas prudent d'introduire le doigt dans l'anus du fœtus. Cette manœuvre intempestive a l'inconvénient de dilater le sphincter ; c'est une exploration qui ne doit être faite que si le fœtus est mort.

Il est des causes d'erreur qui tiennent à ce que les parties qui se présentent ainsi sont le siège d'infiltrations sanguines qui en modifient les caractères physiques. Les fesses (voy. p. 428) ont pu être ainsi prises pour les joues et l'anus pour la bouche ; on évitera l'erreur en cherchant la pointe du coccyx, qu'il est habituellement facile de trouver.

2° *Position droite, variété postérieure (SIDP).* — On arrive tout d'abord

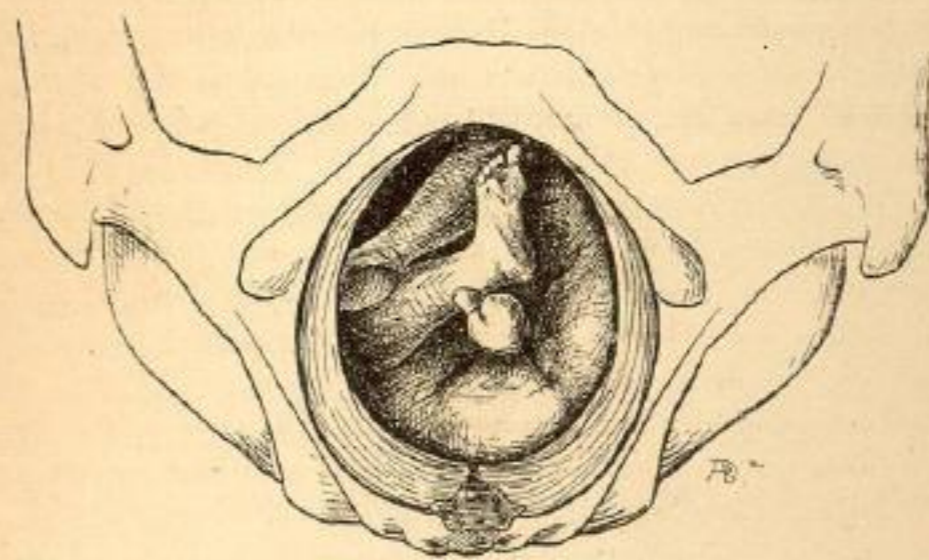


Fig. 278. — Présentation du siège complet en SIGP. (D'après Farabeuf et Varnier.)



Fig. 279. — Présentation du siège complet en SIDA. (D'après Farabeuf et Varnier.)

facilement sur la ligne médiane et un peu en dehors d'elle sur les membres inférieurs repliés sous le siège et sur les talons. En suivant la cuisse antérieure (fig. 277), on arrive à bout de doigt sur la fesse antérieure (la droite) et plus difficilement encore en allant de droite à gauche sur la fesse postérieure (la gauche).

3° *Position gauche, variété postérieure (SIGP).* — Le sacrum est en rapport avec la symphyse sacro-iliaque gauche et la région avoisinante (fig. 278). Le doigt arrive très facilement en avant sur les membres infé-

ricurs repliés sous le siège. Il faut porter le doigt très en arrière et à gauche pour atteindre une fesse et surtout la pointe du coccyx et explorer la face postérieure du sacrum.

4^e *Position droite, variété antérieure (SIDA)*. — Le diagnostic est ici facile : la fesse antérieure (la droite) est aisément accessible derrière le pubis (fig. 279) ; le sacrum descend suivant une ligne courbe partant de l'éminence ilio-pectinée ; rien de plus simple, en orientant le doigt, suivant le diamètre oblique droit, que de sentir successivement le sillon interfessier, l'anus, la pointe du coccyx, les organes génitaux, puis les membres inférieurs.

B. *Lorsque le siège est décompleté*, le toucher est précieux pour reconnaître l'attitude du fœtus :

a. *Mode des fesses*¹. — Le siège peut être pris pour la tête fœtale, parce qu'il n'est point accompagné, comme dans le siège complet, par les petites parties fœtales dont la présence éveille l'attention. De plus, par suite de la flexion des cuisses sur le bassin, la consistance des parties molles est plus ferme à cause de la tension de la peau.

En revanche, quand on a reconnu que c'est bien le siège qui se présente, rien de plus facile que de faire le diagnostic de la position, puisqu'on arrive sans aucune difficulté sur le point de repère fœtal, la crête sacrée.

Signalons une variété de présentation incomplète du mode des fesses, — variété qui est peut-être assez fréquente, — celle dans laquelle l'un des membres est complètement défléchi (c'est généralement l'antérieur) alors que l'autre membre reste fléchi sous le siège.

b. *Mode des genoux*. — C'est là une variété très rare ; les pieds se trouvent arrêtés au niveau de l'aire du détroit supérieur, la flexion des jambes sur les cuisses se complète ; il suffit de toucher avec attention pour reconnaître les caractères du genou fléchi. Il présente une petite surface dure, arrondie, qui se continue en haut avec deux cylindres, la cuisse et la jambe, au niveau de laquelle on sent la crête du tibia. Entre ces deux parties du membre inférieur, on trouve un pli constitué par le creux poplité.

Pour établir le diagnostic de position, il faut remonter le plus haut possible le long d'une cuisse pour arriver sur la partie inférieure du sacrum.

c. *Mode des pieds*. — C'est une variété également rare : alors même qu'on a nettement distingué que la partie fœtale que l'on touche est bien un pied, et non une main, après avoir distingué si c'est un pied droit ou gauche, on ne peut encore faire le diagnostic de la position : les membres inférieurs sont, en effet, assez souvent croisés et ce serait une erreur de croire que l'orientation du talon indique l'orientation du sacrum du fœtus.

Comment distingue-t-on un pied d'une main ? Le pied a un diamètre antéro-postérieur qui dépasse beaucoup le diamètre transverse ; de plus, il n'est point, comme la main, dans l'axe du membre, mais, par suite de sa

¹ Il faut savoir que le diagnostic de la présentation du siège décompleté, mode des fesses, est facilement fait pendant la grossesse par le palper : en explorant la partie fœtale qui se présente, on sent qu'elle est moins volumineuse que l'extrémité céphalique et que le siège complet. De plus on constate plus ou moins nettement que les pieds sont au voisinage de la tête (v. fig. 280) ; dans certains cas on peut nettement reconnaître les membres inférieurs ainsi défléchis.

flexion, fait avec la jambe un angle plus ou moins accusé. Il présente trois saillies assez rapprochées l'une de l'autre, deux situées à peu près à égale hauteur, les malléoles, et une inférieure, le talon. Les orteils sont plus courts que les doigts de la main, qui paraissent démesurément longs ; ils sont, de plus, appliqués les uns contre les autres.

Pour distinguer le pied droit du pied gauche, rien n'est plus facile si le pied est hors la vulve : il suffit de le regarder, de reconnaître son bord interne, épais, son bord externe plus mince, la situation du talon, et de comparer par la pensée ce pied à son propre pied ; le pied du fœtus est homonyme au pied de l'observateur qui peut lui être superposé, de telle sorte que bord interne, bord externe et talon se correspondent.

Lorsque le pied est encore dans le vagin, ce n'est plus à l'aide de la vue, mais du toucher qu'on arrive à reconnaître si le pied du fœtus, qu'on a dans la main, est le droit ou le gauche. Il faut pour cela reconnaître la situation du talon, distinguer la malléole externe de la malléole interne qui descend moins bas, et, par conséquent, reconnaître quel est le côté interne et quel est le côté externe : avec ces points de repère, rien de plus facile que de se figurer par la pensée l'attitude du pied et d'en conclure si c'est le pied droit ou le gauche qui lui correspond dans cette attitude.

Avant d'aborder le mécanisme de l'accouchement, voyons ce qu'il faut entendre par les expressions de *pied antérieur*, de *pied postérieur* : le *pied antérieur* est celui qui appartient au membre inférieur le plus rapproché de la symphyse pubienne ; le *pied postérieur*, celui qui termine le membre inférieur le plus éloigné de la symphyse. Ainsi, dans la SIGA, le pied antérieur est le pied gauche, le pied postérieur est le pied droit.

Mécanisme de l'accouchement dans la présentation du siège. — Étudions ce mécanisme pour la position la plus fréquente, celle du siège complet en SIGA : on y retrouve les six temps de l'accouchement comme dans la présentation du sommet et dans celle de la face (Tarnier).

1^{er} *Temps ou temps d'amoindrissement.* — Le fœtus a le siège au niveau de l'aire du détroit supérieur : sous l'influence de la contraction utérine, le



Fig. 280. — Attitude du fœtus dans la présentation du siège décompleté (mode des fesses).

siège tend à s'engager, à descendre dans le bassin osseux; mais le diamètre qui s'étend de la partie postérieure du sacrum au tibia est trop considérable, ou, en d'autres termes, la circonférence formée ainsi par le siège volumineux est trop large pour pénétrer dans le bassin.

Il faut qu'elle diminue : les cuisses se fléchissent davantage sur le bassin, appuient plus fortement sur la partie antérieure de l'abdomen, les jambes se fléchissent plus complètement sur les cuisses, les pieds se relèvent sur les jambes; en même temps, la partie inférieure de la colonne vertébrale se fléchit, ce qui abaisse le sacrum. La réduction du volume du siège s'opère encore ici *pelotonnement*, par *tassement* et par *flexion*, comme dans la présentation du sommet.

2^e Temps ou temps d'engagement. — Pendant que s'opèrent ces changements dans le volume de l'extrémité pelvienne, celle-ci descend peu à peu, pénètre dans l'excavation, s'y engage. De même que le sommet descend incliné sur son pariétal postérieur, le siège est le plus habituellement incliné sur la fesse postérieure; ce n'est qu'au fur et à mesure que la fesse antérieure pénètre dans l'excavation que l'engagement s'accuse.

On peut suivre avec le doigt les progrès de cette descente : si le siège reste complet (ce qui est favorable d'ailleurs au point de vue du pronostic de l'accouchement), ce mouvement d'engagement, de *descente*, se fait avec une grande lenteur. Dans certains cas, au moment où le siège s'engage, les membres inférieurs se trouvent arrêtés au niveau de l'aire du détroit supérieur et le siège se décomplet : ce qui rend l'engagement facile, mais l'expulsion définitive souvent plus lente et plus dangereuse pour le fœtus.

3^e Temps ou rotation intra-pelvienne du siège. — Lorsque le siège est descendu **complet** dans l'excavation et qu'il commence à s'appuyer sur la partie supérieure du bassin mou, il doit exécuter un mouvement de rotation tel que le diamètre bi-trochantérien vienne se mettre en rapport avec le diamètre coccy-pubien; c'est, en effet, ce diamètre bi-trochantérien qui est à ce moment le plus considérable, n'ayant subi qu'une réduction minime, tandis que les diamètres antéro-postérieurs du siège fœtal se sont amoindris pendant les deux premiers temps de l'accouchement.

Ce mouvement de *rotation* est peu accusé : c'est la hanche la plus rapprochée de la symphyse du pubis qui vient se mettre en rapport avec elle; dans la présentation du siège en SIGA, c'est la hanche gauche du fœtus qui, primitivement en rapport avec la partie droite du bassin, subit un léger mouvement de rotation de droite à gauche et d'arrière en avant. La hanche droite subit un mouvement de rotation en sens inverse qui la ramène en regard du sacrum, ou mieux, du coccyx. Le dos est alors directement à gauche, le sacrum du fœtus en rapport avec l'extrémité gauche du diamètre transverse.

4^e Temps. Dégagement du siège et du tronc. — Au fur et à mesure que la période d'expulsion s'accomplit, on voit la hanche antérieure apparaître sous la symphyse pubienne en même temps que le périnée est distendu par les membres inférieurs qui apparaissent à la vulve, pendant que la hanche postérieure lutte contre le coccyx.

La vulve commence à s'entr'ouvrir : le périnée postérieur se distend, puis bientôt le périnée antérieur. Si le coccyx se laisse facilement rétro-pulser, on voit bientôt apparaître à la vulve la hanche antérieure, c'est-à-dire la hanche gauche, puis la fesse du même côté, et l'anus : il n'est point rare à ce moment, si les contractions utérines sont assez fortes, de voir le méconium s'échapper de l'anus du fœtus (fig. 281).

C'est là un *phénomène tout mécanique* dû à la pression exercée sur l'abdomen du fœtus et qui n'indique nullement un état de souffrance, comme dans la présentation du sommet où l'issue du méconium est habituellement due à un relâchement du sphincter anal causé par un commencement d'asphyxie.

Peu à peu la contraction utérine et les efforts de la femme font progresser le fœtus : le siège subit un mouvement d'inflexion qui relève la hanche antérieure; bientôt apparaissent à la vulve les deux pieds qui sont accolés aux fesses; ces deux pieds se dégagent habituellement l'un après l'autre. Lorsque l'un des deux est hors la vulve, le

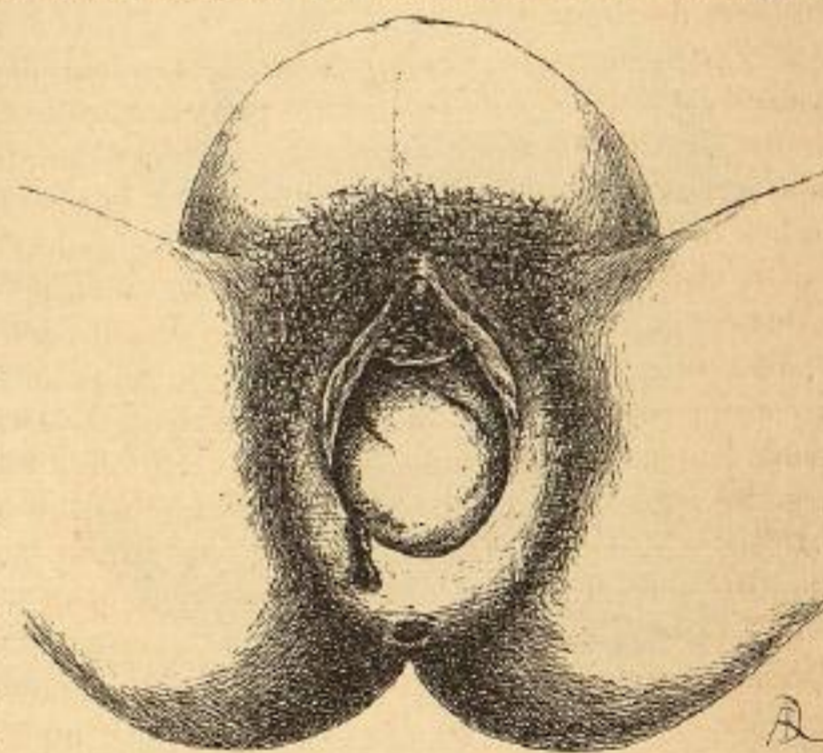


Fig. 281. — Présentation du siège décompleté mode des fesses au moment de l'expulsion.

La vulve est déjà très entr'ouverte; la hanche extérieure est visible. le sacrum est à gauche de la ligne médiane; l'anus, situé près de la branche ischio-pubienne droite, laisse échapper du méconium.

membre inférieur correspondant se dégage en même temps ou à la contraction suivante; généralement, c'est le membre postérieur qui se dégage le premier, puis le membre antérieur.

Pendant tout ce dégagement, le siège est fortement dirigé en haut et en avant; si l'on abandonne complètement à elle-même l'expulsion du fœtus, le siège une fois dégagé s'abaisse sous l'action de la pesanteur; le fœtus continuant à descendre, on voit successivement apparaître à la vulve les différentes parties de l'abdomen et du tronc.

Le siège *décompleté (mode des fesses)* se dégage avec lenteur : les membres inférieurs, appliqués contre la face antérieure du thorax et de l'abdomen comme deux attelles, permettent difficilement au bassin et à la colonne vertébrale de subir une incurvation, une inflexion suffisante pour que le dégagement du bassin et d'une partie de l'abdomen se fasse avant que les membres ne soient dégagés.

Au fur et à mesure qu'il se dégage, le siège se redresse de plus en plus : ainsi qu'on en peut juger sur les figures 282, 285.

Pendant que l'abdomen et la partie inférieure du thorax se dégagent, les épaules pénètrent dans l'excavation en orientant suivant le diamètre oblique droit leur grand diamètre bi-acromial; ce mouvement de *rotation interne* se transmet parfois au bassin par l'intermédiaire du tronc de telle sorte que le siège qui s'était dégagé en SIGT subit un léger mouvement de rotation qui ramène la hanche antérieure à droite de la ligne médiane. Ce mouvement de rotation externe du siège n'est pas constant, il dépend du volume

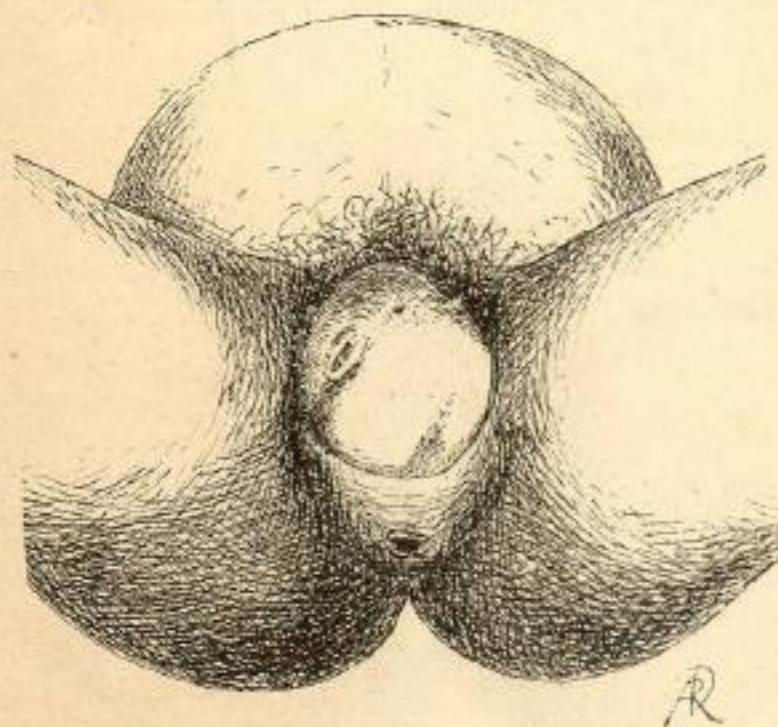


Fig. 282. — Le siège décompleté est en train de se dégager; il présente une direction oblique de bas en haut et d'arrière en avant. Les parties génitales (ici la vulve) sont visibles; la hanche postérieure est presque complètement dégagée.

Lorsque le bras postérieur est ainsi dégagé, le tronc du fœtus, qui s'était relevé par suite du passage de l'épaule du fœtus dans le bassin, s'abaisse à nouveau et le bras se dégage.

5° Temps. *Rotation intra-pelvienne de la tête.* — Pendant ce temps la tête est descendue et s'est engagée dans l'excavation, l'occiput répondant à la région du bassin qu'a préalablement suivie le sacrum du fœtus; suivant qu'elle est plus ou moins fléchie, ce mouvement de descente est plus ou moins facile.

La tête aborde le bassin mou: il faut maintenant qu'elle accomode le diamètre sous-occipito-mentonnier au grand diamètre de ce bassin, c'est-à-dire au diamètre coccy-sous-pubien. Elle exécute donc un mouvement de rotation intra-pelvienne qui ramène le menton sur la ligne médiane et l'occiput sous la symphyse pubienne; ce mouvement de rotation se transmet aux épaules, qui se placent transversalement, l'une à droite, l'autre à gauche, de telle sorte que le dos est ramené en avant.

6° Temps. *Dégagement de la tête.* — La tête, ainsi fléchie et ayant subi

des épaules et de la difficulté plus ou moins grande qu'elles éprouvent à s'engager.

Si les contractions utérines sont suffisantes les épaules s'engagent, puis, arrivées au niveau du bassin, subissent un mouvement de rotation qui les ramène l'une en avant, derrière la symphyse pubienne, l'autre en arrière dans la concavité du sacrum; l'épaule antérieure s'engage sous la symphyse pubienne, puis l'épaule postérieure pénètre dans le bassin mou et vient se dégager au niveau de la commissure postérieure.

ce mouvement de rotation, va progresser de plus en plus; l'occiput se cale derrière la symphyse du pubis, et, sous l'influence des contractions utérines et surtout des efforts de la femme, la tête se dégage: on voit successivement apparaître, au niveau de la commissure postérieure, le menton, la bouche, le nez, les yeux, le front, puis la région comprise en arrière de la circonférence sous-occipito-frontale.

L'accouchement est terminé.

Telle est la description à peu près classique de l'accouchement dans la présentation du siège; Paul Dubois disait volontiers que l'accouchement

du siège comprenait en réalité deux accouchements, celui du tronc et celui de la tête. Avec plus de raison encore, Farabeuf et Varnier seignent la description de cet accouchement en trois périodes et distinguent trois accouchements successifs: un pour le siège; un pour les épaules, « plus larges que les hanches »; un pour la tête, « plus grosse que les épaules ». En effet, dans l'accouchement par le siège, ce n'est point généralement l'extraction du siège proprement dit qui préoccupe l'accoucheur, mais bien la facilité plus ou moins grande avec laquelle les épaules et surtout la tête vont se dégager.

De l'accouchement dans chacune des variétés de position.

— L'étude de l'accouchement dans la présentation du siège en SIGA va rendre facilement compréhensible l'étude de l'accouchement dans chacune des positions:

Présentation du siège en position gauche, variété postérieure (SIGP).

— Le sacrum du fœtus est en arrière et à gauche; l'engagement et la descente du fœtus vont présenter quelques difficultés par suite de la présence en avant des petites parties fœtales; le mouvement de rotation nécessite un déplacement assez considérable de la hanche gauche qui, progressant peu à peu d'arrière en avant et de gauche à droite, va venir se placer sous la symphyse pubienne; la hanche droite se met en rapport avec la concavité du sacrum.

Présentation du siège en position droite, variété antérieure (SIDA). —

La fesse droite, la plus rapprochée du pubis, est ici dans la partie gauche

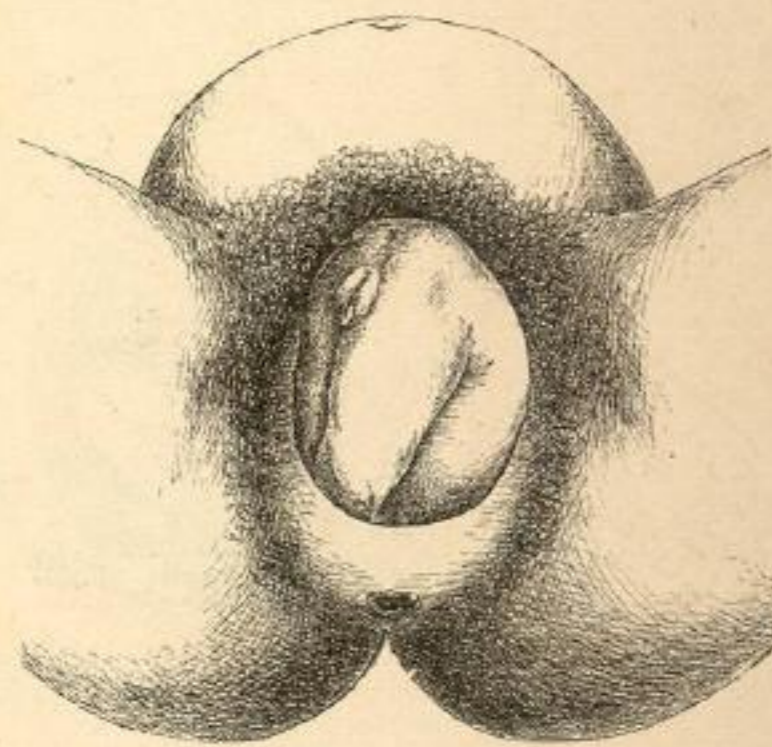


Fig. 285. — Le siège décompleté est presque complètement dégagé; le bassin du fœtus est hors la vulve. Les membres inférieurs gênent seuls le dégagement; il est souvent utile à ce moment de dégager les deux membres inférieurs l'un après l'autre.

du bassin (fig. 284); pour devenir réellement la fesse antérieure, elle exécute un mouvement de rotation de gauche à droite et d'arrière en avant, de telle sorte que le fœtus se place en SIDT.

Présentation du siège en position droite, variété postérieure (SIDP). — C'est encore la fesse droite qui se trouve à proximité de la symphyse, mais elle est située à droite de cette articulation (fig. 285); elle va donc décrire un mouvement de rotation de droite à gauche et d'arrière en avant qui l'amènera dans l'attitude représentée (fig. 286).

Des anomalies dans l'accouchement par le siège. — Tel est



Fig. 284. — Présentation du siège complet en SIDA. (D'après Farabeuf et Varnier.)
La flèche indique le sens du mouvement de rotation que va accomplir le siège pour venir en SIDT.

le mécanisme *normal* de l'accouchement par le siège; les anomalies sont assez fréquentes et doivent être étudiées pour chaque temps.

1^{er} Temps. — Le siège se présente complet au détroit supérieur: il se peut que, sous l'influence des contractions utérines, les membres inférieurs ne suivent pas la progression du sacrum et que le siège **se décomplète** (fig. 280). C'est à ce moment que se produit la déflexion d'un seul des membres inférieurs. Quelquefois c'est avant le début du travail que les membres inférieurs se sont relevés, défléchis; le tassement, le pelotonnement du siège n'existe pour ainsi dire pas.

2^e Temps. — L'engagement du siège complet peut faire défaut, même à la fin du travail lorsque la dilatation est complète ou à peu près. Le siège complet peut présenter une surface trop considérable pour s'engager sous la seule influence des contractions utérines; lorsque le travail a duré un certain temps sans que cet engagement se produise, l'utérus se fatigue, ne se contracte plus guère, et il faut l'intervention manuelle pour terminer l'accouchement.

Le même fait s'observe avec la présentation du siège *décompleté*; les membres relevés forment attelle à la paroi antérieure du fœtus; la colonne vertébrale, quasi immobilisée par ces attelles, ne peut suffisamment se

fléchir, et le fœtus ne progresse pas malgré l'énergie des contractions utérines (Tarnier).

Dans d'autres cas l'engagement est seulement très lent, pénible, et cette longueur du travail peut être préjudiciable à la vie et à la vitalité du fœtus.

5^e Temps. — Le mouvement de rotation n'a pas toujours lieu; quelquefois il s'arrête en chemin; ce défaut de rotation ou cette rotation incomplète s'observent avec un fœtus petit, qui se dégage rapidement, ou au contraire lorsque le fœtus volumineux s'oriente mal ou que les membres inférieurs repliés sous le siège le calent de manière à empêcher tout mou-

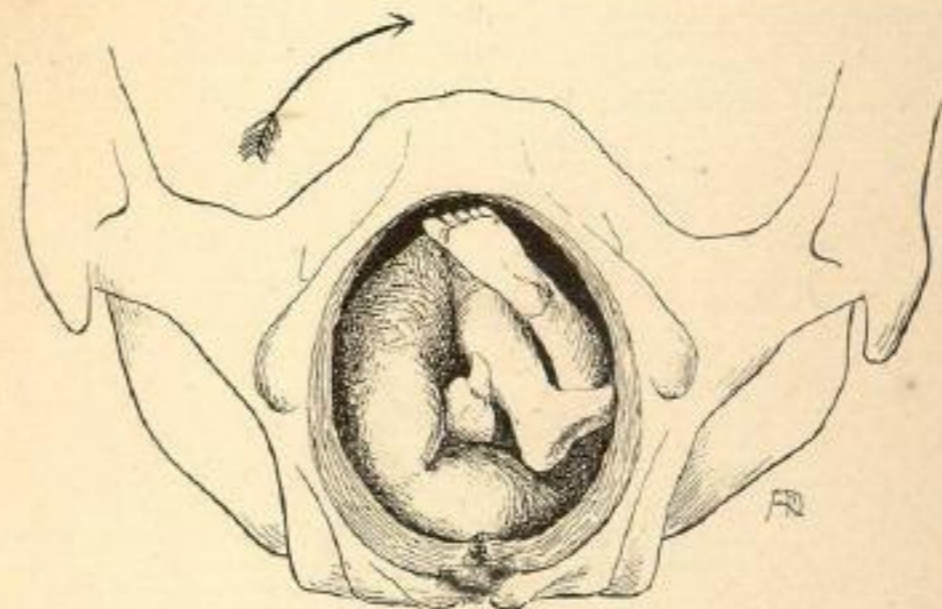


Fig. 285. — Présentation du siège complet en SIDP. (D'après Farabeuf et Varnier.)
La flèche indique le sens du mouvement de rotation que va accomplir le siège pour venir dans l'attitude représentée figure 286.

vement de rotation. Toutefois, il faut remarquer qu'avec la présentation du siège, on n'a jamais d'anomalie analogue à celle qui se produit pour les occipito-sacrées ou les mento-sacrées, puisqu'il y a deux hanches et que l'une d'elles est toujours rapprochée de la symphyse pubienne.

D'après Potocki¹, les anomalies de rotation s'observent surtout lorsque le siège est décompleté: on voit alors « souvent un mouvement anormal de rotation qui porte son sacrum, soit directement en avant, soit directement en arrière, donnant lieu aux variétés sacro-pubiennes ou sacro-sacrées, très défavorables par elles-mêmes ».

4^e Temps. — Lorsque la rotation n'a pas eu lieu, le dégagement peut se faire plus ou moins difficilement, le siège restant en position oblique; quelquefois au contraire, pendant le dégagement, le mouvement de rotation s'accroît trop, au point que la hanche antérieure dépasse la ligne médiane.

Parfois le siège complet arrive sur le périnée, le distend, mais par suite du volume du siège et de la résistance du bassin mou, le dégagement est presque impossible sans intervention de l'art.

¹ *Annales de gyn. et d'obstétr.*, 1895.

Lorsque le siège est décompleté, un obstacle sérieux au dégagement, déjà signalé à propos du 2^e temps, résulte de ce que les membres inférieurs, repliés suivant la face antérieure du fœtus, font attelle, empêchent le siège et le tronc de s'incliner, de s'incurver suffisamment pour s'accommoder à la filière pelvi-génitale.

Dans d'autres cas, le siège est dégagé; mais les bras, au lieu de rester accolés au tronc du fœtus, se redressent, se défléchissent au moment où ils se présentent au niveau du détroit supérieur; tantôt un bras seul subit ce redressement; tantôt les deux bras se relèvent, créant une difficulté assez considérable pour l'extraction du fœtus.

5^e Temps. — La rotation de la tête retenue dans les organes génitaux manque ou est incomplète; la tête reste en transversale ou bien elle



Fig. 283. — Présentation du siège complet en position droite, variété transversale SIBT. Le siège du fœtus est représenté dans l'attitude qu'il occupe après le mouvement de rotation exécuté par le siège en SIDP ou en SIDA.

s'oriente en oblique, mais n'arrive pas à se mettre en position directe : le dégagement plus difficile devra presque toujours être artificiel. Enfin la rotation peut se faire en sens inverse et l'occiput se mettre en arrière directement en rapport avec le sacrum, ce qui ne s'observe guère qu'avec de petits fœtus.

6^e Temps. — Le dégagement de la tête en position oblique est possible; le fait existe d'ailleurs pour les présentations du sommet.

Lorsque la rotation a lieu en arrière, si le fœtus est petit et les parties molles peu résistantes, le dégagement va se faire d'une manière différente, suivant que la tête est défléchie ou fléchie.

Dans le premier cas, la région sous-mentonnière s'arc-boute sous la symphyse pubienne; l'occiput descend en suivant la face antérieure du sacrum, lutte contre le coccyx, distend le périnée de telle sorte que la tête se dégage successivement suivant ses diamètres SMO, SMB, SMF : le menton sort le dernier.

Lorsque la tête est fléchie, au contraire, elle se dégage par ses diamètres sous-occipitaux. Le sous-occiput pivote au niveau de la fourchette et les cir-

conférences céphaliques apparaissent dans l'ordre suivant : SO Mentonnière, SO Nasale, SO Bregmatique. La face se dégage donc la première.

Durée du travail. — La durée du travail dans la présentation du siège est variable suivant le volume du fœtus, la cause et le mode de présentation, etc.

En calculant la durée totale du travail chez les 91 primipares et les 61 multipares, de la statistique relatée page 447, nous trouvons qu'elle a été d'une durée :

	Chez les primipares.	Chez les multipares.
De moins de 6 heures.	15 fois	25 fois
De 6 à 8 —	14 —	10 —
De 8 à 10 —	15 —	8 —
De 10 à 12 —	10 —	2 —
De 12 à 18 —	20 —	8 —
De 18 à 24 —	11 —	2 —
De plus de 24 —	4 —	5 —
Inconnue	2 —	1 —

La durée de la période d'expulsion a été :

	Chez les primipares.	Chez les multipares.
De moins de 15 minutes.	28 fois	55 fois
De 15 à 30 —	25 —	40 —
De 30 minutes à 1 heure.	25 —	11 —
De 1 heure à 1 heure 1/2.	8 —	—
De 1 heure 1/2 à 2 heures.	1 —	—
De plus de 2 heures.	4 —	—
Inconnue.	4 —	5 —

Pronostic. — 1^o Pour la mère. — La morbidité maternelle est un peu plus élevée dans les présentations du siège que dans les présentations du sommet : les raisons en sont multiples. La durée du travail est plus longue, surtout pendant la période de dilatation; si la période d'expulsion est un moins prolongée surtout pour la tête, les lésions produites du côté du vagin, de la vulve, du périnée, n'en sont que plus fréquentes : la dilatation de ces parties se fait en effet trop brusquement.

De plus, il est rare qu'avec un fœtus à terme on laisse l'expulsion du siège se produire spontanément : l'introduction de la main ou des mains dans les organes génitaux est un danger de plus d'infection.

Le pronostic pour la mère peut même devenir grave, lorsque l'accoucheur intervient trop tôt, maladroitement ou brutalement : s'il se livre à des tractions prématurées sur le fœtus, alors que l'orifice utérin n'est pas complètement dilaté, la tête sera retenue par cet orifice; si l'on veut quand même l'extraire rapidement, il risque de produire des déchirures qui remonteront plus ou moins haut dans le segment inférieur et pourront produire la mort de la femme par hémorragie.

2^o Pour l'enfant. — Le fœtus est plus exposé dans la présentation du siège que dans la présentation du sommet, le fait est indiscutable. Il est difficile d'apprécier exactement quelle est la gravité du pronostic : Porak fait remarquer avec raison que le pronostic pour l'enfant varie suivant le mode

d'intervention, suivant la primiparité ou la multiparité, suivant le mode de présentation et de position, suivant le volume et le poids des enfants; il aurait pu ajouter: suivant la cause de cette présentation du siège et l'habileté de l'opérateur.

Il est bien certain que, toutes choses égales d'ailleurs, l'enfant court moins de risques lorsque la présentation du siège est due à la laxité de la paroi abdominale ou à l'amincissement de la paroi utérine, que lorsqu'elle est causée par un rétrécissement du bassin.

D'après la statistique de la Clinique Bandelocque (voir page 447), on trouve que :

a. Sur 91 enfants nés par le siège chez des primipares, 82 sont nés vivants et ont vécu; 4 sont morts pendant le travail, 5 après la naissance. Parmi les 4 enfants morts pendant le travail, aucun ne doit en réalité être porté au compte de la présentation du siège: 2 (n° 596 de 1891 et n° 111 de 1892) avaient des lésions de syphilis, 1 (n° 779 de 1891) était mort avant l'arrivée de la mère dans le service. Enfin la mère du n° 1898 de l'année 1895 avait un volumineux fibrome du segment inférieur, de telle sorte qu'en réalité, chez cette femme, le bassin était vicié par obstruction. La mortalité expurgée est donc de 5 enfants morts après la naissance.

b. Sur 61 enfants nés de multipares, 55 sont sortis vivants, 2 sont morts pendant le travail et après la naissance (dont 6 de syphilis). La mortalité fœtale expurgée est donc de 2 enfants morts pendant le travail et de 4 après naissance.

Les dangers qui menacent le fœtus se présentant par le siège sont en effet multiples: la longueur exagérée du travail peut compromettre sa vitalité; de plus, même dans l'expulsion du siège la plus rapide, la plus simple, il y a fatalement compression du cordon entre la tête fœtale et les parois de l'excavation; si cette compression du cordon est prolongée, elle devient de plus en plus dangereuse pour le fœtus. Mais ce qui constitue le principal danger, c'est que si la sortie des épaules et de la tête tarde un peu à se faire, si elle est rendue difficile par la déflexion de ces parties, le fœtus fait des *mouvements inspiratoires prématurés*; il aspire dans sa trachée les liquides qui se trouvent en rapport avec sa bouche et son nez (liquide amniotique, méconium, glaires, sang, etc.) et s'asphyxie.

Il pourra être ranimé, si l'extraction ne dure que quelques minutes; mais il n'est pas rare de voir, 2 ou 5 jours après la naissance, l'enfant présenter de l'hyperthermie et succomber par broncho-pneumonie causée par les mucosités aspirées dans les voies respiratoires.

Un autre danger résulte du décollement prématuré du placenta, qui est parfois entraîné par la tête à son passage.

Ce sont là quelques-uns des dangers qui menacent le fœtus dans les cas d'extraction par le siège.

Les difficultés de cette extraction sont la source d'autres accidents: des lésions multiples (contusions, fractures, etc.) peuvent être produites du côté des membres au cours de l'extraction; si les tractions sont trop énergiques, lorsque le bassin est rétréci par exemple, elles peuvent même amener des

épanchements sanguins (sous-cutanés ou profonds), des paralysies du plexus brachial, la luxation des vertèbres cervicales, des fractures et des enfoncements du crâne, etc.

Une des difficultés les plus sérieuses que l'on rencontre au cours de l'extraction par le siège est due à la *rétraction de l'orifice utérin autour du cou*. On l'observe surtout quand on intervient trop tôt, alors que la dilatation n'est pas suffisante. Il ne faut point vouloir quand même extraire la tête fœtale; mieux vaut laisser mourir le fœtus que de compromettre les jours de la mère en produisant du côté du col des déchirures qui se propageraient peut-être au segment inférieur de l'utérus.

La mortalité fœtale pendant le travail est difficile à apprécier; elle est certainement plus élevée que pour le sommet. Porak donne 1 enfant mort sur 9 pour les primipares; 1 sur 50 pour les multipares.

Il ne faut pas oublier non plus que les enfants succombent assez fréquemment pendant les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent l'accouchement, dans la proportion de 5 pour 100 environ.

Il faut surveiller d'autant mieux les enfants qui naissent par le siège, qu'ils présentent parfois du côté de la bouche des lésions (érosions, etc.), qui pourront gêner la succion ou même s'infecter et devenir le point de départ d'abcès. Signalons également le gonflement du scrotum et des testicules qui se montre pendant les jours qui suivent la naissance, et qui est dû à la congestion qui se produit sur ces organes pendant l'accouchement.

De la conduite à tenir dans les présentations du siège. — Elle diffère quelque peu suivant que le siège est *complet* ou *décomplet*.

1. *Siège complet.* — Voyons d'abord avec quelques détails ce que doit faire l'accoucheur dans le premier cas: *a, pendant la grossesse; b, pendant le travail.*

A. *Pendant la grossesse.* — Lorsque, vers la fin de la grossesse, on constate une présentation du siège *complet*, il faut *tenter la version céphalique par manœuvres externes*; avec un peu de patience, quelquefois en faisant diverses tentatives à plusieurs jours d'intervalle, au besoin sous le chloroforme, on arrive ordinairement à transformer la présentation du siège en présentation du sommet.

Toutes les raisons invoquées pour atténuer la gravité du pronostic de la présentation du siège sont en effet peu probantes; sans doute la version par manœuvres externes n'est point toujours chose facile chez les primipares: on la réussit cependant dans la majorité des cas. Ce n'est qu'exceptionnellement lorsque le siège, en partie engagé, n'est guère mobilisable ou lorsque le siège est *décomplet*, qu'il ne faut point vouloir quand même pratiquer la version; il en est de même lorsque le liquide amniotique très peu abondant ne permet point au fœtus d'évoluer dans la cavité utérine.

B. *Pendant le travail.* — Lorsqu'on est appelé auprès d'une femme en travail, chez laquelle le fœtus se présente par le siège, on peut encore tenter la version par manœuvres externes, si toutefois les membranes ne sont pas rompues et si la dilatation n'est pas trop avancée et ne dépasse pas cinq francs par exemple; ces manœuvres seront faites avec une grande pru-

dence; car il ne faudrait pas risquer de transformer une présentation du siège en présentation de l'épaule. Si les membranes sont rompues, on doit s'abstenir de toute intervention.

Dans l'accouchement par le siège le plus simple, il faut se rappeler que le travail est long, que l'orifice utérin se dilate lentement, que l'engagement du siège se fait péniblement; on assurera l'asepsie des organes génitaux externes et internes avec le plus grand soin, car il peut être nécessaire d'introduire la main à une certaine hauteur dans les organes génitaux.

On surveille les battements du cœur fœtal, surtout à partir du moment où la femme commence à pousser; on pratique alors l'auscultation toutes les cinq minutes environ. D'ailleurs, lorsque le siège est complet, le fœtus indique parfois lui-même qu'il vit, par des mouvements réflexes qui se produisent du côté des pieds sous l'influence de l'air extérieur; c'est toutefois une mauvaise pratique que de chercher à produire ces mouvements réflexes qui peuvent en même temps s'accompagner de mouvements d'inspiration prématurés.

Il faut préparer à l'avance tout ce qui est nécessaire pour ranimer l'enfant, s'il est en état de mort apparente: un insufflateur, de l'eau chaude, de l'eau froide, du cognac, des linges chauds, etc.

Lorsqu'on assiste une femme dont le fœtus se présente par le siège, on doit se rappeler que la lenteur avec laquelle progresse le siège complet est favorable à l'heureuse issue de l'accouchement: c'est le siège en effet qui prépare la voie aux épaules et à l'extrémité céphalique moins réductible, et qui dilate suffisamment les parties molles pour permettre à la tête de se dégager ou d'être extraite rapidement.

Aussi ne doit-on intervenir manuellement dans la présentation du siège complet que dans deux conditions: 1° si le fœtus souffre; 2° si l'expulsion paraît par trop lente ou si le siège est suffisamment descendu pour qu'il ne puisse guère plus par son volume augmenter la dilatation.

Le siège apparaît à la vulve: il faut de toute nécessité mettre la femme dans la situation obstétricale, c'est-à-dire en travers du lit, les jambes écartées et maintenues par deux aides ou les pieds placés sur deux chaises. On lave à nouveau et avec soin les organes génitaux externes. L'accoucheur se débarrasse de son habit et relève les manches de sa chemise de façon à avoir les avant-bras nus ainsi que la partie inférieure des bras.

Si les pieds du fœtus semblent avoir trop de difficultés à se dégager, on peut en sortir un, mais sans exercer aucune traction sur le membre inférieur correspondant; on n'intervient qu'autant que le muscle utérin paraît fatigué, incapable de terminer seul l'expulsion du fœtus ou lorsque l'auscultation dénote un état de souffrance du fœtus.

Lorsqu'un membre inférieur se dégage peu à peu, on le voit progresser à chaque contraction sous la symphyse pubienne; chez les primipares, cette période d'expulsion est longue; il faut que la hanche postérieure balaye toute la partie postérieure du bassin et puisse venir se dégager au niveau de la commissure postérieure.

Avec un siège complet, le périnée surdistendu peut menacer de se

rompre, d'autant mieux que les petites parties fœtales irrégulières facilitent par des pressions localisées les solutions de continuité des parties molles: on surveille donc l'état du périnée et on empêche la partie fœtale d'appuyer trop fortement sur lui en la refoulant avec les doigts contre la symphyse pubienne.

Le siège se dégage peu à peu; les hanches ont franchi l'orifice vulvaire: la main se porte vers l'ombilic de l'enfant pour aller à la recherche du cordon et l'attirer un peu au dehors de manière à lui faire une anse. Cette précaution a pour but d'éviter le tiraillement du cordon qui pourrait amener sa désinsertion au niveau de l'ombilic, ou un décollement prématuré du placenta, ou même un commencement d'inversion utérine si le placenta tirailé ne se décollait pas.

Le tronc se dégage; on soutient avec la main la partie du fœtus qui est sortie des organes génitaux. La femme continue à pousser: les épaules se dégagent l'une après l'autre; tantôt c'est le membre supérieur qui se trouve en avant qui se dégage le premier (fig. 287); tantôt c'est par le membre supérieur situé en arrière que le dégagement commence.

Les choses ne se passent pas toujours aussi simplement. Lorsque la partie sous-ombilicale du fœtus est hors la vulve, les épaules ou même les membres supérieurs peuvent être encore retenus plus ou moins haut dans la filière pelvi-génitale. Si les bras ne sont pas défléchis, rien n'est plus simple que d'introduire la main dans le vagin, et dès qu'on sent celle du fœtus, de la saisir au-dessus du poignet et, en l'entraînant au dehors, d'abaisser tout le membre.

Dans certains cas (principalement lorsqu'on a exercé sur le siège du fœtus des tractions intempestives ou maladroites, dans l'intervalle des contractions utérines), les deux membres supérieurs sont défléchis, c'est-à-dire relevés le long de la tête. Il faut essayer de dégager le membre supérieur répondant à l'épaule qui paraît la plus accessible; assez souvent c'est le postérieur (fig. 288).

Pour cela on introduit profondément la main dans le vagin et on glisse le long de l'humérus trois doigts (pouce, index, médium) de manière à former une sorte d'attelle à cet os; puis on abaisse doucement ce bras; à un moment la main ou la face antérieure de l'avant-bras va passer devant la face du fœtus, de telle façon, disait Pajot, que la main du fœtus va le moucher. Lorsque le bras postérieur est ainsi dégagé, rien n'est plus facile que d'introduire l'autre main et d'aller opérer de même sur le bras antérieur. Le bras sera toujours saisi et abaissé à l'aide de la main homonyme.

Dans le cas où les épaules sont très élevées, il est préférable de commencer le dégagement par l'épaule postérieure, la main ayant plus de place pour cheminer en arrière vers la concavité du sacrum.

Si la tête n'est pas trop volumineuse, elle peut même être expulsée assez rapidement. Dans la majorité des cas on intervient cependant pour diriger cette expulsion de la tête ou même pour l'exécuter complètement.

Manœuvre de Mauriceau. — Elle consiste à dégager la tête, qui est retenue dans l'excavation ou dans le bassin mou. Elle se compose de diffé-

rents temps; on met le fœtus à cheval sur la face antérieure de l'avant-bras qui répond au plan antérieur du fœtus; la main pénètre dans le vagin et va à la recherche de la bouche du fœtus qui se trouve *vers l'une ou l'autre*



Fig. 287. — Le bras antérieur est complètement dégagé; la main droite de l'accoucheur soutient le siège du fœtus sans que les doigts dépassent les crêtes iliaques. La main gauche a saisi la main droite du fœtus de manière à dégager en entier le membre supérieur qui se trouve en arrière.

judiciable à l'enfant, qui souffre forcément à ce moment, par suite de la compression du cordon entre la tête et les parties maternelles.

L'enfant ainsi extrait naît souvent, sinon en état de mort apparente, du moins pâle, étonné, faisant à peine quelques rares mouvements respiratoires; il ne faut point se hâter de couper le cordon pour essayer de le

symphyse sacro-iliaque et non sur la ligne médiane; on y introduit l'index et le médius; en même temps on saisit la partie postérieure du cou du fœtus entre l'index et le médius de l'autre main, en la plaçant comme une sorte de fourche (fig. 289).

Si la tête est encore dans l'excavation, *on la fléchit d'abord* en rapprochant le menton de la face antérieure du sternum, *et on ramène ensuite le menton en arrière sur la ligne médiane*; la rotation ainsi faite, on exerce des tractions synergiques avec les deux mains de manière à faire descendre la tête le plus possible et à bien appliquer la partie postérieure de l'occiput derrière la symphyse pubienne, sous le ligament triangulaire.

Lorsque la tête est ainsi bien descendue, on relève le fœtus avec l'avant-bras et on dégager peu à peu la tête en la fléchissant: le menton, la bouche, le nez, le front, apparaissent successivement à la commissure vulvaire (fig. 290). Ce dégagement de la tête doit se faire *sans précipitation*, pour ne point léser les parties molles; mais la lenteur de la manœuvre ne doit point cependant être exagérée au point de devenir pré-

judiciable à l'enfant, qui souffre forcément à ce moment, par suite de la compression du cordon entre la tête et les parties maternelles.

L'enfant ainsi extrait naît souvent, sinon en état de mort apparente, du moins pâle, étonné, faisant à peine quelques rares mouvements respiratoires; il ne faut point se hâter de couper le cordon pour essayer de le ranimer. Mieux vaut tenir l'enfant quelques minutes entre les jambes de la mère, surtout si l'on voit la circulation se rétablir: le fœtus prendra bientôt une coloration rougeâtre; ce n'est qu'à ce moment, lorsque l'enfant a crié, ou que les battements funiculaires ont à nouveau disparu, que l'on pratique avec avantage la section du cordon.

Une intervention plus délicate s'impose quand le siège complet reste élevé au niveau du détroit supérieur ou s'immobilise, s'attarde dans l'excavation après dilatation complète; il est alors utile d'aller *saisir le pied antérieur*, de l'amener à la vulve et d'exercer quelques tractions sur ce pied au moment des contractions utérines. Si cette manœuvre, en diminuant le volume de la partie fœtale qui s'engage, en l'abaissant, semble redonner au muscle

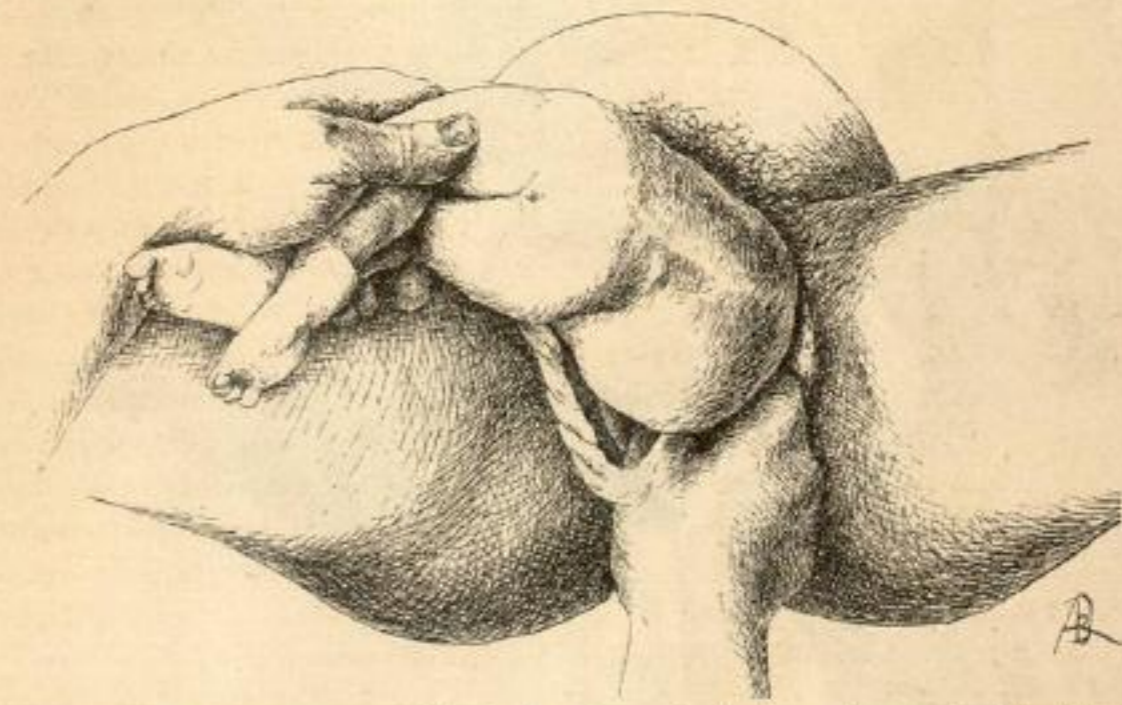


Fig. 288. — Le tronc du fœtus est dégagé; la main gauche de l'accoucheur soutient le fœtus; la main droite pénètre dans le vagin pour aller saisir et dégager le bras postérieur.

utérin un nouveau ressort, si les contractions utérines reparaissent plus fortes et plus efficaces, on n'achève point l'extraction: on laisse l'expulsion se faire sous la seule influence des contractions utérines et des efforts de la femme, en intervenant seulement pour le dégagement des bras ou pour l'extraction de la tête.

Est-il préférable de saisir les deux pieds, lorsqu'ils sont accessibles à la main? Non, parce qu'on transforme la présentation du siège complet en siège décomplet mode des pieds et qu'on n'obtient alors qu'une dilatation insuffisante des parties molles. En abaissant seulement un pied, l'autre membre inférieur reste accolé au siège et forme avec lui une tumeur qui est encore suffisamment volumineuse pour la dilatation des parties molles.

Quel est le pied qu'on doit saisir? C'est le pied antérieur, parce qu'il permet de mieux tirer: en saisissant le pied postérieur, on court le risque de tirer trop en avant, de telle sorte que la fesse antérieure vient s'arc-bouter entre la symphyse du pubis ou mieux contre la partie antérieure du bassin osseux.

Lorsque le siège complet est arrêté dans l'excavation, la conduite est absolument la même : on défléchit le membre antérieur : on voit si le siège progresse, et dans le cas contraire on termine l'extraction en allant aussi *lentement que possible* et en n'exerçant des tractions qu'au moment d'une contraction alors que la femme *pousse*.

Il faut rejeter d'une manière absolue la pratique de Depaul, qui donnait



Fig. 289. — Manœuvre de Mauriceau (1^{er} temps).

La fœtus est à cheval sur la face antérieure de l'avant-bras droit et sur la face palmaire de la main correspondante. L'index et le médius de la main ont été introduits dans la bouche pour prendre point d'appui sur le maxillaire inférieur. La main gauche s'applique à la partie postérieure du con, qu'elle enserme entre l'index et le médius. On aperçoit l'anse faite avec le cordon en dehors de l'avant-bras droit.

en deux ou trois fois deux grammes de seigle ergoté lorsque le siège apparaissait à la vulve, pour réveiller la contraction utérine. Les contractions obtenues à l'aide de ce médicament sont tétaniques. Si l'on obtient plus rapidement l'expulsion du tronc, on provoque souvent un état de contracture de l'orifice utérin qui s'oppose à l'extraction de la tête. L'ergot présente en outre trop d'inconvénients, lorsqu'il est administré avant l'expulsion du placenta, pour qu'on y ait recours.

II. *Siège décomplété (mode des fesses)*¹. — Le pronostic étant plus sérieux lorsque le fœtus se présente ainsi, il faut tenter la version par manœuvres externes; nous avons vu qu'elle était souvent plus difficile que lorsqu'on la pratique pour un siège complet.

Lorsque la version est impossible ou lorsqu'elle n'a pas été tentée et qu'on se trouve en présence d'une femme en travail, il faut éviter avec soin de



Fig. 290. — Manœuvre de Mauriceau (2^e temps).

La tête fœtale est sur le point d'être dégagée; la circonférence sous-occipito-frontale se présente à la vulve. Le fœtus est à cheval sur la face antérieure de l'avant-bras droit : l'index prend point d'appui sur le maxillaire inférieur et exerce des tractions en haut. La main gauche ne sert plus qu'à maintenir le fœtus.

rompre les membranes : la poche des eaux est en effet un puissant agent de dilatation de l'orifice utérin.

Dans l'accouchement par le siège décomplété (mode des fesses), on peut n'être appelé à intervenir qu'à la fin de la période d'expulsion arrêtée, alors que les membres inférieurs, repliés en attelle, empêchent l'inflexion latérale du siège et du tronc nécessaire au dégagement : dès que le siège apparaît suffisamment à la vulve, il faut glisser deux ou trois doigts le long de la

¹ Lire le mémoire de J. Potocki sur l'abaissement prophylactique et curatif du pied dans la présentation du siège décomplété, mode des fesses (*Ann. de Gynéc. et d'Obstét.* 1895).

cuisse antérieure et la porter dans l'abduction en lui formant attelle; dès lors la jambe se fléchit sur la cuisse et le pied tombe pour ainsi dire dans la main de l'opérateur, qui peut dès lors aisément dégager ainsi tout le membre inférieur. Pour dégager l'autre membre, on attend que la plus grande partie de la cuisse soit sortie des organes génitaux, et on procède alors de même que pour le membre antérieur. Le reste de l'extraction ne diffère guère de ce qui se passe pour le siège complet: la tête sort un peu moins facilement, la dilatation des parties molles ayant été moins complète.

Mais le siège décompleté peut être arrêté, a. *Soit au moment de l'engagement*, b. *Soit au cours de sa descente dans la filière pelvi-génitale*.

a. *Quand le siège est arrêté au niveau du détroit supérieur*, dès que la dilatation est complète, on introduit la main dans l'utérus, on va à la recherche du pied antérieur qu'on abaisse, sans procéder à l'extraction immédiate: à l'aide de ce pied, on pourra toujours, lorsqu'on le juge utile, exercer des tractions sur le siège.

Cette pratique, conseillée par Guillemeau¹, Mauriceau², Deventer, présente des difficultés lorsque les membranes sont rompues depuis un certain temps: l'utérus, rétracté sur le fœtus, empêche la main de pénétrer suffisamment dans sa cavité et d'y saisir un pied. Pinard a donné le conseil d'agir alors sur la cuisse du fœtus, qu'on peut toujours atteindre, de remonter jusqu'au creux poplité, d'exercer à ce niveau une pression qui porte la cuisse dans l'abduction; la jambe se fléchit alors sur la cuisse et le pied vient descendre à l'endroit où se trouve la main de l'accoucheur (fig. 291): rien de plus facile alors que de le saisir, de l'abaisser et de l'amener au dehors. Cette pratique est excellente et permet de terminer avec succès l'extraction du siège.

Elle est d'une façon générale préférable à l'application de forceps, qui peut produire des lésions du côté du bassin fœtal et qui dérape facilement, n'étant point construit pour être appliqué sur l'extrémité pelvienne.

b. Lorsque le siège décompleté (mode des fesses) est retenu dans l'excavation, faut-il avoir recours aux *lacs*, aux *crochets* dont on se servait autrefois? Ce sont des moyens dangereux qui peuvent produire des lésions au niveau du point où ils sont appliqués (plaies cutanées, fracture du fémur, du bassin, etc.).

Mieux vaudrait alors employer le forceps. Olivier a montré que dans les positions postérieures en particulier, le forceps, prenant un point solide par l'extrémité de ses cuillers sur les membres inférieurs relevés, donnait de bons résultats. Ribemont-Dessaignes a plus d'une fois, en pareil cas, employé le forceps de Tarnier avec succès. Les tractions doivent être prudentes et coïncider avec les contractions utérines et les efforts de la femme.

Il est cependant encore préférable d'essayer d'aller chercher un pied et, en lui faisant décrire un grand arc de cercle, de l'amener au dehors. La chose est même possible, lorsque le siège est à *la vulve*: Lepage a accompli cette manœuvre trois fois avec des fœtus volumineux à terme, alors que le

¹ GUILLEMEAU. De la grossesse et accouchement des femmes, in-8°, Paris, 1621, p. 279.

² MAURICEAU. Traité des maladies des femmes, etc., 6^e édition, Paris, 1721, p. 349.

siège était suffisamment descendu pour que les organes génitaux externes de ces trois fœtus mâles fussent visibles au dehors.

Les tractions sur le pli de l'aîne faites par les doigts de l'accoucheur peuvent ici rendre des services: on introduit d'abord profondément l'index dans le pli de l'aîne antérieure et l'on exerce des tractions de manière à bien abaisser la hanche antérieure. On laisse l'index en place en le relevant contre la symphyse pubienne pour empêcher cette hanche dégagée de remonter; on



Fig. 291. — Abaissement d'un pied dans la présentation du siège décompleté (mode des fesses). (Manœuvre de Pinard.)

Le fœtus se présente par le siège décompleté (mode des fesses) en position droite, variété transversale: il est déjà en partie engagé. La main droite de l'opérateur est introduite dans le vagin, puis dans l'utérus, et appuie au niveau du creux poplité de manière à faire fléchir la jambe sur la cuisse.

introduit alors l'autre main profondément, de manière à atteindre avec l'index et le médius l'aîne postérieure. Sous l'influence des tractions, la hanche postérieure descend peu à peu et pénètre dans le bassin mou. Au fur et à mesure que le siège distend le périnée, on tire de plus en plus en haut et en avant, et lorsque la hanche postérieure se dégage, on tire en même temps avec les deux mains, de manière à achever l'extraction de l'extrémité pelvienne.

En résumé, nous pouvons conclure avec Potocki, à propos de la conduite à tenir dans la présentation du siège: « Il y a lieu de revenir à la pratique de l'abaissement prophylactique du pied dans la présentation du siège, mode

des fesses. — L'abaissement prophylactique est destiné à prévenir les difficultés que l'on rencontre parfois pour extraire le siège, mode des fesses, qui fournit une prise défectueuse au forceps, fragile aux lacs, et si souvent inaccessible aux doigts pour les tractions inguinales. Grâce à la déflexion d'un membre inférieur, on pourra tirer avec force et sans danger, si l'indication s'en présente.

« En ayant recours au manuel opératoire préconisé par le professeur Pinard, on peut abaisser un pied, quel que soit le degré d'engagement du siège. L'opération est plus difficile à exécuter quand le siège est très engagé; néanmoins elle peut être menée à bien même quand les fesses appuient déjà sur le périnée.

« Jamais on n'interviendra pendant la période de dilatation; le temps d'élection est le moment qui suit la rupture des membranes à la dilatation complète. — On abaissera de préférence le pied antérieur, et on facilitera, au besoin, l'abaissement de ce pied à l'aide de manœuvres externes.

« Si la déflexion d'un membre inférieur a été pratiquée dans un but prophylactique, on abandonnera l'accouchement à lui-même à moins d'indication contraire. »

CHAPITRE VI

PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE

Nous avons vu (p. 311) que le fœtus peut se présenter par le plan latéral, non seulement pendant la grossesse, mais pendant le travail, et qu'on donne à cette attitude du fœtus le nom de *présentation de l'épaule*.

Rappelons qu'il y a deux présentations de l'épaule, celle de l'épaule *droite* et celle de l'épaule *gauche*, et que chaque épaule peut se présenter en position *droite* ou *gauche*, la variété de position étant toujours *transversale*.

Fréquence. — Les présentations de l'épaule sont rares : si l'on prend un chiffre brut, on trouve qu'il y a une présentation de l'épaule sur 125 accouchements (Pinard), mais si l'on ne prend dans cette statistique que les cas dans lesquels le fœtus était à terme, on trouve une proportion beaucoup moins élevée (1 sur 200 environ).

Cette proportion est tout à fait minime chez les primipares, chez lesquelles la présentation de l'épaule est six fois moins fréquente que chez les multipares. Elle est surtout très faible, aussi bien chez les primipares que chez les multipares, lorsque les femmes sont surveillées dans les derniers temps de leur grossesse.

Causes. — Chez les *primipares*, la seule cause vraiment efficace de présentation de l'épaule pendant la grossesse est une *malformation de*

l'utérus qui a son grand axe dirigé transversalement. Chez les femmes présentant cette malformation ou chez lesquelles il existe une cloison divisant en deux la cavité utérine, on voit se reproduire presque fatalement à chaque grossesse une présentation de l'épaule.

Chez les *multipares*, toute cause de non-accommodation du fœtus peut produire une présentation de l'épaule; ainsi : rétrécissement du bassin, placenta inséré sur le segment inférieur, hydramnios, fœtus petit, grossesse gémellaire, obliquité utérine sont autant de causes pouvant produire une présentation de l'épaule.

En outre, chez les multipares le relâchement des muscles de la paroi abdominale et le défaut de tonicité du muscle utérin surmené par les grossesses antérieures, peuvent causer la présentation de l'épaule : le fœtus, n'étant point soutenu, maintenu par l'utérus et la paroi abdominale, n'a pas de tendance à s'accommoder. — Assez souvent plusieurs de ces causes se trouvent réunies chez la même femme et concourent à déterminer une présentation de l'épaule.

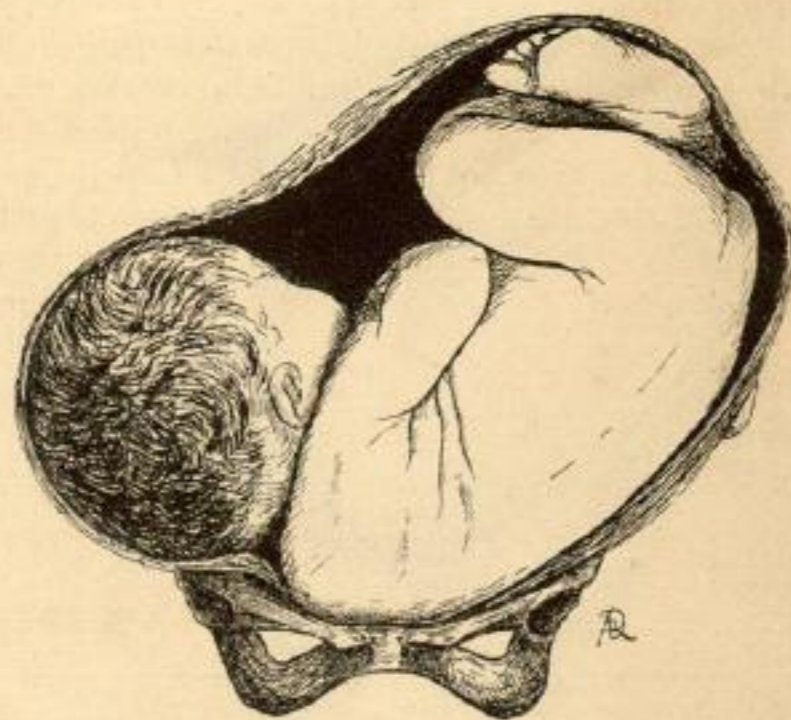


Fig. 292. — Présentation de l'épaule gauche en position droite.

Signes et diagnostic.

— Les signes de la présentation de l'épaule diffèrent quelque peu pendant la *grossesse* et pendant le *travail*.

a. Pendant la grossesse. — En découvrant l'abdomen d'une femme chez laquelle le fœtus non accommodé se présente par le plan latéral, on est, dans certains cas, frappé de la configuration de l'utérus dont le grand diamètre, au lieu d'être vertical, se trouve horizontal; parfois, si le fœtus est accommodé aux diamètres du grand bassin, on trouve que la partie inférieure est très élargie.

Le *palper* méthodique fait reconnaître que l'excavation est vide, qu'il n'y a pas de partie fœtale engagée; la main portée vers l'une des fosses iliaques y constate, plus ou moins éloignée du bord de l'excavation, une tumeur dure, arrondie, mobile, et donnant d'une manière plus ou moins nette la sensation du ballotement céphalique : c'est la tête.

La main est portée du côté opposé de l'utérus : elle y trouve une tumeur plus volumineuse, irrégulière, accompagnée de petites parties fœtales : c'est le *siège*. — Tantôt le fœtus présente cette attitude, le siège étant plus élevé