

2° Présentation de la face.	{ mento-iliaque droite, . . . . . 3 variétés.	{ antérieure. transversale. postérieure.
	{ mento-iliaque gauche, . . . . . 3 variétés.	{ antérieure. transversale. postérieure.
3° Présentation du siège.	{ sacro-iliaque gauche, . . . . . 3 variétés.	{ transversale. postérieure. antérieure.
	{ sacro-iliaque droite, . . . . . 3 variétés.	{ transversale. postérieure. antérieure.
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, . . . . .	{ postérieure.
	{ céphalo- ou acromio-iliaque droite, . . . . .	

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 coty-

loïde 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 complètement 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 rares 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.

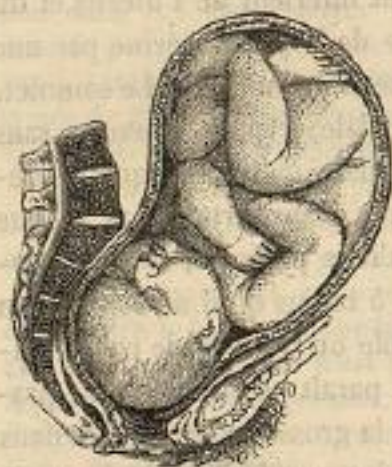


FIG. 75. — Représentant la tête placée en position occipito-iliaque gauche antérieure.

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 siège; 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'im-



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

pulsion 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-menton-

nier, 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).

(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

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 médial 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.

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.

C. *Troisième temps, ou temps de rotation.* — Arrêtée par le plancher du bassin, la tête exécute un mouvement de rotation pendant lequel l'occiput se porte de gauche à droite derrière la symphyse des pubis, ou plutôt derrière la branche ischio-pubienne gauche, et le bregma dans la concavité du sacrum, mais un peu à droite. La partie postérieure et supérieure du pariétal droit se montre alors en plein dans le vide de l'arcade des pubis. La fontanelle postérieure est derrière la branche ischio-pubienne; la suture sagittale croise très-obliquement le diamètre pubio-coccygien. Poussé par des contractions énergiques, le sommet déprime les parois molles du périnée, les distend par degrés et parvient à convertir le plancher du bassin en une portion du canal qui prolonge, en bas et en arrière, la paroi postérieure du bassin. Pendant ce temps se complète le mouvement de rotation. La suture sagittale devient presque parallèle au diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur. L'occiput s'engage dans l'arcade des pubis, dépasse la partie inférieure de la symphyse, jusqu'à ce que la partie postérieure du cou, venant s'appliquer contre la face postérieure de la symphyse, arrête le mouvement de progression antérieure de l'occiput.

D. *Quatrième temps, ou temps d'extension.* — Au moment où l'occiput s'engage ainsi dans l'arcade pubienne, les épaules et la partie supérieure du tronc pénètrent dans l'excavation; en s'y engageant, le tronc du fœtus, qui constitue une tige flexible, s'accommode à la direction de l'axe du canal, et par conséquent se renverse un peu sur son plan postérieur.

La tête appuie alors sur le périnée qu'elle distend et transforme en une gouttière qui conduit l'occiput vers l'ouverture vulvaire, et quand les parties sont décou-



FIG. 77. — Divers degrés des mouvements d'extension.

vertes le quatrième temps s'effectue sous les yeux de l'observateur. A chaque contraction la tête descend et le périnée s'allonge; puis, la contraction passée, le périnée se rétrécit en repoussant un peu la tête en haut. Enfin la vulve s'entrouvre pendant un nouvel effort et l'occiput est la première partie qu'on aperçoit sous l'arcade pubienne. A ce moment, la tête est encore fléchie, mais bientôt la nuque semble prendre un point d'appui derrière le pubis, la tête franchit complètement l'orifice vulvaire en exécutant un mouvement d'extension et l'on voit successivement apparaître après l'occiput, le vertex, le front, le nez, la bouche et le menton qui sort le dernier et reste appliqué contre la commissure postérieure de la vulve, dirigé vers la région anale.

On donne habituellement de ce mouvement une explication qui nous paraît singulière: suivant l'opinion la plus accréditée, la pression transmise par le rachis à la tête, se séparerait au niveau du trou occipital en deux forces, appliquées l'une à l'occiput et l'autre au menton: la première tendrait à abaisser l'occiput et la seconde le menton. Or, quand l'occiput est engagé sous l'arcade pubienne, la portion de forces qui s'y distribuerait serait neutralisée par le point d'appui que la colonne vertébrale prendrait sur la partie postérieure du pubis, tandis que la force appliquée au menton, con-

tinuant à agir, l'abaisserait et l'éloignerait de la poitrine en produisant le mouvement d'extension.

Cette explication nous paraît fautive; n'est-il pas évident, en effet, lorsque l'occiput est sous l'arcade pubienne, que toutes les parties molles qui forment le périnée repoussent en haut et en arrière la partie antérieure de la tête sur laquelle elles sont appliquées, et que le mouvement de flexion est alors aussi exagéré que possible.

Voici comment nous comprenons le dégagement de la tête: Le tronc s'engage dans l'excavation pendant que la tête distend et repousse le périnée, et le menton reste appliqué sur la poitrine, non-seulement jusqu'au moment où l'occiput se place sous l'arcade pubienne, mais encore jusqu'au moment où le bregma apparaît à la commissure postérieure de la vulve. C'est alors que le périnée agit comme une sangle élastique qui, d'une part, repousse la tête en haut sous l'arcade pubienne, tandis que, d'autre part, elle glisse rapidement sur la face qu'elle laisse à découvert en se rétractant vers la région coccygienne qui lui donne attache. Le dégagement de l'occiput et du vertex ne commence qu'autant que la tête est refoulée par le tronc; mais, à ce moment, le périnée qui jusque-là était passivement distendu reprend son activité et se rétracte, comme nous l'avons dit, et en glissant sur la face imprime à toute la tête un mouvement d'extension qui a pour centre l'arcade du pubis. Aussi, c'est dans cette deuxième période du dégagement du sommet que le mouvement d'extension est vraiment évident.

Si le périnée manquait en totalité, la tête se dégagerait au sortir du détroit inférieur sans présenter son mouvement d'extension. Mais dans les conditions normales, surtout chez les primipares, le périnée, converti en une gouttière allongée, limite en bas la descente de la tête et la porte en avant comme sur un plan incliné.

Ne voit-on pas d'ailleurs dans l'accouchement par le siège, surtout chez les primipares, l'extrémité pelvienne sortir de la vulve en se dirigeant obliquement en avant et en haut autant que peut le permettre l'inflexion latérale du tronc? Cette inflexion qui lui est imprimée, personne ne le niera, par les parties molles du périnée, est bien propre, selon nous, à démontrer que le mouvement d'extension dans l'accouchement par le sommet n'est produit que par la courbure de l'élasticité des voies génitales, car si le mouvement de la tête y est très-prononcé, on ne doit l'attribuer qu'à la grande mobilité des articulations qui permet à l'occiput de se renverser au devant du pubis. Dans l'accouchement par le siège, le même phénomène se reproduit, mais ici l'étendue du mouvement est singulièrement limitée par la rigidité de la colonne lombaire.

Quelle que soit l'explication qu'on adopte, si l'on observe ce qui se passe pendant le mouvement d'extension du sommet, on voit apparaître successivement, au devant de la commissure antérieure du périnée, la suture bipariétale, le bregma, la suture coronale, le nez, la bouche et le menton; pendant ce mouvement, les diamètres sous-occipito-bregmatique, sous-occipito-frontal, sous-occipito-mentonnier, franchissent successivement le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur. Une fois que la circonférence occipito-bregmatique est au dehors de la vulve, le bord antérieur du périnée, entraîné par son élasticité naturelle, revient fortement sur lui-même, glisse sur la face, et vient se placer sur le devant du cou. Dès lors, la tête, fortement relevée au devant du pubis, retombe par son propre poids au devant de l'anus.

E. *Cinquième temps, ou temps de rotation extérieure.* — La tête reste quelques secondes dans cette position, puis on lui voit bientôt décrire un cin-

quième mouvement. L'occiput se porte vers la face interne de la cuisse gauche, la face vers la face interne de la droite. Ce mouvement est généralement appelé mouvement de *restitution*, et voici pourquoi. Avant les recherches de Gerdy, on pensait généralement que, lorsque la tête exécute dans l'intérieur du bassin son mouvement de rotation, le tronc n'y participait en rien, et que ce mouvement ne s'exécutait qu'à l'aide d'un certain degré de torsion du cou. Lorsque la tête, complètement dégagée, n'était plus retenue, le cou se détordait, et la tête se restituait dans ses rapports naturels avec le tronc. Gerdy a le premier fait voir combien cette explication était fautive. Le tronc, en effet, participe au mouvement de rotation intérieure de la tête, de manière que les épaules, qui étaient placées, au début du travail, dans la direction du diamètre oblique, sont, après ce mouvement de rotation, à peu près transversales (l'épaule droite toutefois restant toujours un peu plus en avant que la gauche). Les épaules arrivent donc en position transversale au détroit inférieur; elles présentent donc leur grand diamètre biacromial au plus petit diamètre du détroit inférieur; elles rencontrent de la résistance à le franchir, et, sous l'influence de cette résistance, elles éprouvent un mouvement de rotation en sens inverse de celui qu'a exécuté la tête; l'épaule droite, courant de droite à gauche, se rapproche du sommet de l'arcade des pubis; l'épaule gauche se dirige dans la cavité périnéale; et la tête, libre à l'extérieur, suit le mouvement imprimé aux épaules. Ce mouvement de rotation de la tête n'est donc pas, comme l'avait cru Baudelocque, un mouvement isolé qui lui soit propre, mais un mouvement secondaire au mouvement de rotation des épaules. Je crois devoir faire remarquer cependant que, dans certains cas, la tête m'a semblé exécuter un double mouvement: immédiatement après son expulsion, elle tourne très-légèrement, de sorte que l'occiput se porte un peu à gauche, le front légèrement à droite; elle reste quelques secondes dans cette position, puis éprouve un mouvement secondaire dû à la rotation des épaules. Le premier de ces mouvements m'a paru toujours être le résultat de la détorsion du cou: c'est vraiment le mouvement de restitution de Baudelocque.

F. *Sixième temps, ou expulsion du tronc.* — Aussitôt après la tête, les épaules se présentent au détroit inférieur, et, comme nous l'avons déjà indiqué, en position presque transversale. L'épaule droite se porte sous la branche ischio-pubienne droite; la gauche au devant du ligament sacro-sciatique gauche. Rarement le diamètre biacromial est-il dans la direction du diamètre antéro-postérieur. L'épaule antérieure ou sus-pubienne se montre la première à l'extérieur; mais c'est en général l'épaule postérieure qui, parcourant la courbure périnéale, vient la première se détacher au devant de la commissure antérieure, et l'autre se dégage ensuite (1). Pendant ce dégage des épaules, le fœtus

(1) M. P. Dubois, contrairement à l'opinion générale admise, pense que l'épaule antérieure se dégage la première. Cela est vrai dans bon nombre de cas, mais nous croyons, en général, avoir vu le contraire; il y a d'ailleurs une raison théorique qui semble venir à l'appui de notre opinion: l'épaule postérieure, placée en contact avec le plan postérieur de l'excavation, est, beaucoup plus que l'antérieure, placée dans la direction de l'axe

subit une inflexion sur sa région latérale droite pour s'accommoder à la courbure du canal pelvien. Aussitôt après le dégage des épaules, le reste du tronc du fœtus est expulsé, en décrivant quelquefois une spirale très-allongée.

2° *Mécanisme de l'accouchement naturel dans la position occipito-iliaque droite postérieure.* (Quatrième de Baudelocque, troisième de M. Capuron.)

Le mécanisme de l'accouchement, dans cette position, diffère à peine, dans l'immense majorité des cas, de celui que nous venons de décrire. Aussi n'aurons-nous ici qu'à signaler les points principaux du travail sans répéter tous les détails précédents.

Il se compose du même nombre de temps. Avant la rupture des membranes, les mêmes diamètres de la tête sont en rapport avec les mêmes diamètres du bassin. La seule différence à noter, c'est que l'occiput répond à la symphyse sacro-iliaque droite, le front à l'éminence ilio-pectinée gauche. Le plan postérieur du fœtus regarde en arrière et à droite de la mère, le plan antérieur en avant et à gauche, le côté gauche en avant et à droite, le côté droit en arrière et à gauche.

A. *Premier temps, ou temps de flexion.* — La tête se fléchit par les mêmes raisons que dans le cas précédent, et cette flexion opère les mêmes changements dans les rapports de ses diamètres avec ceux du bassin; mais ce mouvement est presque toujours lent à s'opérer: au début du travail la fontanelle antérieure est facilement accessible, tandis que la fontanelle postérieure est éloignée du centre de l'excavation. Ce n'est que lentement que la tête se fléchit et que la fontanelle postérieure se rapproche du centre du bassin. La durée plus longue de l'accouchement dans cette position occipito-postérieure tient en grande partie à la difficulté que la tête éprouve à exécuter son mouvement de flexion.

B. *Deuxième temps, ou temps de descente.* — Ce mouvement n'offre rien de particulier à noter.

C. *Troisième temps, ou temps de rotation.* — La tête, parvenue au tiers inférieur de l'excavation, ou même, dans quelques cas, arrivée sur le plancher du bassin, éprouve un mouvement de rotation par suite duquel l'occiput parcourt toute la moitié latérale droite, d'arrière en avant, de manière qu'il se porte successivement vers l'extrémité droite du diamètre transverse, derrière la cavité cotyloïde, et sous la branche ischio-pubienne droite; et le front ou bregma, roulant en sens inverse, se porte d'avant en arrière vers la concavité du sacrum. La position primitivement occipito-postérieure se trouve ainsi convertie en position occipito-pubienne ou antérieure, et l'accouchement se termine dès lors comme dans le cas où l'occiput était primitivement en avant.

du détroit supérieur, ou de l'axe de l'utérus; elle doit donc être soumise à une impulsion plus énergique que l'autre, et se dégage la première: il fallait d'ailleurs qu'il en fût ainsi, l'épaule postérieure ayant beaucoup plus de chemin à parcourir. Si je pouvais m'en rapporter aux observations qui me sont propres, je dirais que chez les femmes qui ont eu déjà des enfants, surtout chez celles dont le périnée a été déchiré aux couches antérieures, l'épaule postérieure se dégage la première; que chez les primipares, au contraire, on voit sortir d'abord l'épaule sous-pubienne, l'autre étant retenue par la résistance des parties molles.

D. *Quatrième temps, ou dégagement.* — Ce mouvement ne présente ici rien de particulier.

E. *Cinquième temps, ou restitution.* — Le mouvement qui se produit est tout à fait l'analogie de celui que nous avons étudié dans la position occipito-iliaque gauche antérieure et reconnaît les mêmes causes. Ici seulement c'est l'épaule gauche qui vient se placer sous l'arcade du pubis et l'occiput se porte vers la cuisse droite.

F. *Sixième temps ; expulsion du tronc.* — La sortie du tronc se fait ici dans les conditions déjà décrites.

*Irrégularités du dégagement.* — Dans quelques cas, rares cependant, le mouvement de conversion n'a pas lieu, et l'occiput reste en arrière jusqu'à la fin du travail. L'accouchement se termine alors de la manière suivante : la tête est très-fortement fléchie sur le devant de la poitrine, et conserve sa position



FIG. 78. — Dégagement de la tête dans les positions occipito-postérieures.

oblique ; le front, en rapport avec le corps du pubis gauche, arrive le premier au détroit inférieur, et la bosse coronale gauche s'engage dans le vide de l'arcade des pubis, de sorte qu'on peut quelquefois distinguer, au-dessous de la symphyse, l'arcade sourcilière ; dans un cas, j'ai même vu la paupière supérieure. Bien que le front se montre le premier à l'extérieur, l'occiput, poussé par le rachis, qui lui transmet la contraction utérine, parcourt toute la courbure du périnée (lequel est, dans ce cas, très-fortement distendu), et vient se dégager le premier en avant de la commissure antérieure. Pendant que l'occiput chemine ainsi pour parcourir la face antérieure du sacrum et du périnée, la bosse coronale, le sourcil, qui s'étaient montrés les premiers à l'extérieur, rem-

montent et se cachent derrière la face postérieure de la symphyse. A peine l'occiput est-il dégagé, que le périnée, glissant sur le plan incliné, représenté par la nuque, revient fortement sur lui-même, et facilite ainsi le dégagement des parties antérieures de la tête : aussi voit-on la tête éprouver son mouvement d'extension autour de la nuque, comme centre, et apparaître, au-dessous de la symphyse, d'abord la fontanelle antérieure, la suture coronale, le front, le nez, la bouche et le menton.

Enfin, la tête, placée en position occipito-iliaque droite postérieure, peut, une fois arrivée dans l'excavation, se fléchir, et la présentation du sommet se convertir spontanément en présentation de la face au détroit inférieur. Nous avons été témoin d'un cas semblable à la Clinique, en 1838. Voici, dit M. Guillemot, comment cette transmutation s'opère : « L'occiput arrêté contre un des points de la partie postérieure du bassin, au lieu de s'avancer sur le périnée vers le détroit périnéal, remonte dans la courbure du sacrum en exécutant le mouvement de rotation, et en se renversant en arrière sur la poitrine. Pendant ce temps, le front et la face descendent derrière les pubis, et se portent en arrière et en bas jusqu'à ce que le menton vienne s'engager sous l'arcade. La tête,

qui est totalement renversée en arrière, traverse le détroit périnéal, comme dans une présentation de la face.

« La disposition que le plan incliné du col de la matrice imprime au vertex dans cette position, est, dit M. Guillemot, une cause fréquente de pareille transmutation au-dessus du détroit abdominal. Le léger renversement de la tête, qui existe toujours dans ces positions, peut se corriger lorsque les contractions utérines, en agissant sur le fœtus, peuvent faire tenir le menton sur le cou ; mais aussi le renversement peut être porté plus loin et se compléter, s'il rencontre un obstacle à la descente de l'occiput dans l'excavation ; enfin, dans les obliques de la matrice, où l'inclinaison du vertex sera plus grande, le renversement, au lieu de s'effacer, se prononcera davantage ; l'occiput remontera, et le front descendra. »

J'admets le fait, comme M. Guillemot, mais je le crois rare, et je ne puis admettre avec lui comme vraie la proposition suivante : S'il est permis d'apprécier les conditions de transmutation qui existent alors, par la comparaison des accouchements par la face avec ceux des positions occipito-postérieures, on s'éloignera peu de la vérité (*je crois qu'on s'en éloignerait beaucoup*) en annonçant que, sur trois positions occipito-postérieures, il y en a une qui donne lieu à la présentation par la face.

Quel que soit, du reste, le mode de dégagement de la tête dans cette position occipito-iliaque droite postérieure, c'est toujours vers la face interne de la cuisse droite que se tourne l'occiput, et vers la face interne de la cuisse gauche que se dirige la face ; ce mouvement de rotation extérieure est toujours la conséquence du mouvement de rotation intérieure des épaules, par suite duquel l'épaule gauche, primitivement antérieure, se porte sous l'arcade des pubis, l'épaule droite dans la concavité sacrée ; les épaules et le reste du tronc sont ensuite expulsés, ainsi que nous l'avons déjà dit.

*Remarques sur le mécanisme de l'accouchement par le sommet.* — Le soin que nous avons mis à décrire l'accouchement naturel dans les deux variétés des deux positions fondamentales que nous avons admises, nous dispense de le décrire de nouveau pour les autres variétés. En effet, la position occipito-iliaque gauche transversale ne diffère en rien de l'antérieure, si ce n'est que le mouvement de rotation qui doit ramener l'occiput en avant est un peu plus étendu. Ce que nous avons dit des deux modes de terminaison de la position occipito-iliaque droite postérieure s'applique très-exactement à la position occipito-iliaque gauche postérieure ; il faut ajouter, toutefois, que le mouvement de rotation s'exécute de gauche à droite, puisque l'occiput est primitivement tourné à gauche. Enfin, dans les deux variétés occipito-iliaque droite antérieure et occipito-iliaque droite transversale, le mécanisme est encore le même que dans les deux variétés correspondantes de la position occipito-latérale gauche, seulement l'occiput tourne de droite à gauche et le mouvement de rotation se fait vers la cuisse droite.

Pour étudier le mécanisme de l'accouchement dans les positions du sommet, nous avons été obligé de considérer isolément chacun des temps qui le constituent.

Ainsi, nous avons examiné d'abord le mouvement de flexion, puis celui de descente, de rotation intérieure, d'extension et de rotation extérieure. Il ne faut pas croire cependant que ces mouvements s'exécutent successivement l'un après l'autre et dans l'ordre dans lequel nous les avons étudiés.

1° Le mouvement de flexion forcée, que nous avons dit s'exécuter avant le mouvement de descente, ne s'opère le plus souvent qu'en même temps que ce dernier. Souvent même la tête ne se fléchit que lorsque, le mouvement de descente se complétant, elle rencontre la résistance du plancher du bassin; et c'est seulement alors, dans la majorité des cas, que la flexion de la tête est portée au plus haut degré. On conçoit, du reste, qu'il en doit presque toujours être ainsi, puisque, chez la plupart des femmes, la tête est engagée dans l'excavation longtemps avant le début du travail, et que, même dans les cas où elle est encore au-dessus du détroit supérieur au moment où s'est opérée la rupture des membranes, les diamètres qu'elle présente lui permettent de traverser la partie supérieure de l'excavation sans rencontrer de résistance.

Ce mouvement de flexion présente aussi quelques irrégularités. Il n'est pas rare, en effet, surtout dans les positions occipito-postérieures, que le menton, au lieu de se rapprocher de la poitrine, s'en éloigne au contraire, que la tête se défléchisse par conséquent, et que la fontanelle antérieure se rapproche par degrés du centre du bassin. Cette anomalie est ordinairement passagère, et la tête, parvenue sur le plancher du bassin, se fléchit de nouveau. Dans quelques cas plus rares, et qui sont les contraires des précédents, soit que la flexion de la tête ait dépassé les limites ordinaires, soit que le tronc du fœtus soit renversé sur sa région postérieure, la fontanelle occipitale occupe le centre de l'excavation. Arrivée sur le plancher du périnée, la tête y rencontre des résistances qui la ramènent graduellement à sa situation régulière. (P. Dubois.)

2° Le mouvement de rotation commence assez souvent avant l'arrivée de la tête au détroit inférieur, et pendant que s'exécute le mouvement de descente, de manière que, dans ces cas, les trois premiers temps du travail s'opèrent simultanément; ainsi la tête se fléchit, descend et tourne tout à la fois.

Ce mouvement de rotation présente quelques variétés curieuses à connaître. Ainsi il peut être incomplet, et la tête conserver une grande obliquité pendant toute la durée de son dégagement. Il peut ne pas s'opérer du tout; cela a lieu, comme nous l'avons déjà vu, pour certaines positions occipito-postérieures, et peut avoir lieu aussi pour les positions transversales. Dans ce dernier cas, qui est de tous le plus rare, l'occiput et le front se dégagent sur la face interne des tubérosités sciatiques; l'occiput sort le premier, et le front ensuite, par un mouvement d'extension analogue à celui du mécanisme ordinaire. Madame Lachapelle dit avoir observé trois cas semblables. Dans certains cas très-exceptionnels, le mouvement de rotation dépasse les limites ordinaires; et l'occiput, placé, par exemple, au début du travail, en rapport avec la symphyse sacro-iliaque droite, se trouve successivement en rapport avec l'extrémité droite du diamètre transverse, la face postérieure de la cavité cotyloïde droite, la symphyse des pubis et la cavité cotyloïde gauche. Après un moment de repos, l'occiput rétrogradé et

vient se placer derrière la symphyse. M. P. Dubois a signalé ce dernier fait, et j'ai eu deux fois depuis l'occasion de le constater. Enfin, ce mouvement de rotation, qui ramène l'occiput en avant, ne s'opère quelquefois qu'au moment où la tête franchit les dernières résistances des parties molles; j'ai eu occasion d'observer et de faire observer une fois ce fait à tous les élèves présents à la Clinique: chez une femme primipare, la tête, en position occipito-iliaque droite postérieure, descendit jusque sur le plancher du bassin, franchit le détroit inférieur sans opérer sa conversion: le périnée tombe fortement, la vulve s'entr'ouvre, est largement dilatée, les bosses pariétales s'engagent, l'occiput n'a plus que quelques lignes à parcourir pour se dégager au devant de la commissure antérieure du périnée, lorsque, sous l'influence d'une nouvelle douleur, la tête tourne brusquement, l'occiput revient en avant, le front roule dans la cavité périnéale, et l'accouchement se termine presque immédiatement.

Le mouvement de rotation intérieure dans l'excavation est certainement un des plus curieux que la tête du fœtus exécute pendant le mécanisme de l'accouchement naturel. Il résulte de ce que nous avons dit que, quel que soit le rapport primitif de l'occiput avec les divers points du pourtour du détroit supérieur, il vient, en définitive, se placer sous la symphyse pubienne (\*). La cause physique de ce mouvement de rotation ne se trouve nulle part dans les écrits qui ont été publiés sur ce sujet. M. P. Dubois, qui s'en est occupé d'une manière spéciale, après avoir réfuté l'influence des plans inclinés, admise par les anciens accoucheurs comme cause du mouvement de rotation, ajoute: « Cette cause réside évidemment dans la combinaison d'un assez grand nombre d'éléments, savoir: d'une part, le volume, la forme et la mobilité des parties qui sont expulsées; et, d'autre part, la capacité, la forme et la résistance du canal qui est parcouru; et telle est l'influence de cette combinaison, que les parties du fœtus se placent dans les conditions les plus favorables à leur passage. Une vive résistance leur est-elle opposée en un point, elles s'y soustraient et cherchent un lieu où il y ait plus de place et de liberté. La mobilité des parties qui traversent, l'extrême lubrification de celles qui sont parcourues, *rendent tout cela très-simple et très-intelligible.* Il n'est pas d'accoucheur qui n'ait remarqué que, dans les bassins dont le diamètre sacro-pubien est raccourci, la tête du fœtus, si elle était oblique avant le travail, se place constamment ensuite dans une direction transversale, c'est-à-dire dans celle dans laquelle elle offre au diamètre vicié le moins de dimension possible. Eh bien! ce fait n'est autre chose qu'une conséquence très-simple des mêmes causes, dont le mouvement de rotation, quand il est très-étendu, est une conséquence très-compiquée. » (*Journal des connaissances médico-chirurgicales.*)

(\*) Sur douze cents quarante-quatre positions occipito-postérieures, M. Nægele n'a vu que dix-sept fois l'occiput se dégager en arrière. Il a été toujours facile alors d'apprécier les circonstances exceptionnelles qui avaient favorisé cette irrégularité: ainsi une amplitude du bassin, de nombreuses couches antérieures, des déchirures périnéales, ou bien la mollesse, la flexibilité, la réductibilité et le peu de consistance de la tête, la petitesse extrême du fœtus, la présence de jumeaux, etc., etc.



Pour compléter l'explication qu'il croit avoir donnée du mouvement de rotation, M. P. Dubois rapporte l'expérience suivante : « Chez une femme morte peu de temps après être accouchée, l'utérus, resté flasque et volumineux, fut largement ouvert jusque auprès de l'orifice. Le fœtus de cette même femme fut placé à l'orifice utérin très-béant et très-mou, dans une position occipito-iliaque droite postérieure du sommet. Plusieurs élèves sages-femmes, comprimant et poussant le fœtus de haut en bas, le firent pénétrer sans peine dans l'excavation du bassin : il fallut beaucoup plus d'efforts pour que la tête parcourût le périnée et franchît la vulve ; mais ce ne fut pas sans surprise que nous vîmes, pendant trois essais successifs, que, quand la tête traversait les voies génitales externes, l'occiput était revenu en avant et à droite, et que la face s'était portée en arrière et à gauche. Nous répétâmes une quatrième fois l'expérience ; mais cette fois la tête franchit la vulve, l'occiput étant resté en arrière. Nous prîmes alors un fœtus né mort de la veille, mais beaucoup plus volumineux que le précédent ; nous le plaçâmes dans les mêmes conditions que le premier, et deux fois de suite la tête franchit la vulve après avoir exécuté son mouvement de rotation ; au troisième essai et aux suivants, elle se dégagait sans qu'il eût été exécuté. Ainsi, le mouvement de rotation n'a cessé d'avoir lieu que lorsque le périnée et la vulve ont perdu la résistance qui le rendait nécessaire, ou qui du moins en provoquait l'accomplissement. » (*Loc. cit.*)

Je ne sais si, pour tous les esprits, l'explication et les expériences de M. P. Dubois rendront la cause du mouvement de rotation très-simple et très-intelligible ; mais je suis forcé de convenir que, pour moi, elles détaillent le fait, le confirment, mais ne l'expliquent pas. Sans aucun doute, c'est dans la forme et la direction du canal, dans la forme et le volume de la tête fœtale, qu'il faut chercher la cause de ce mouvement de rotation ; mais voyons s'il ne serait pas possible de préciser plus rigoureusement l'influence de ces diverses circonstances.

L'utérus est à peu près placé dans la direction de l'axe du détroit supérieur ; la somme de ses forces expulsives, ou, pour parler plus clairement, la somme des contractions peut donc être représentée comme s'exerçant suivant la direction de l'axe de ce détroit supérieur. La tête étant placée en position occipito-iliaque droite postérieure, l'occiput, poussé par la contraction utérine que lui transmet le rachis, descend donc dans la direction de l'axe du détroit supérieur, c'est-à-dire de haut en bas et d'avant en arrière, et continue à descendre jusqu'à ce qu'il rencontre la résistance de la partie inférieure et latérale du bassin ou des parties molles du plancher péritonéal. Là il est arrêté pour peu que cette résistance soit considérable, et dès lors la direction dans laquelle chemine l'occiput doit nécessairement changer. Cette résistance, en effet, peut être représentée par une force de direction perpendiculaire à la surface heurtée, et qui serait appliquée à la tête du fœtus à son point de contact avec le plan postérieur de l'excavation. Ce point de contact est évidemment, dans le cas qui nous occupe, la partie latérale droite et postérieure de la tête, qui vient heurter contre un des points de la paroi postérieure de l'excavation : la tête du fœtus, ou plutôt l'extrémité occipitale de cette tête, est dès lors poussée par deux forces

différentes, dont l'une agit sur elle de haut en bas, d'avant en arrière, et un peu de gauche à droite (c'est la contraction utérine), et l'autre agit sur elle d'arrière en avant et un peu de bas en haut (c'est la force de résistance représentée par la perpendiculaire à la surface heurtée). En composant cette force née de la résistance avec celle venue de l'utérus et transmise par le rachis dans la direction de l'axe du détroit supérieur, on obtient, par le parallélogramme, une diagonale ou résultante des forces qui indique la direction du mouvement qui doit avoir lieu. Or, en construisant ce parallélogramme, on voit évidemment que l'occiput doit se porter en avant, en bas et à droite, puisque la diagonale ou résultante des forces est dirigée d'arrière en avant, de haut en bas et de gauche à droite (1).

L'étendue de ce mouvement de progression en bas, en avant et à droite, la rapidité avec laquelle il s'exécute, sont toujours en rapport avec l'énergie et la durée de la contraction, et la force de la résistance offerte par le plancher du bassin. C'est ce qui explique pourquoi ce mouvement de rotation, après s'être fait très-longtemps attendre, s'exécute quelquefois tout à coup et complètement pendant une douleur violente ; pourquoi aussi, dans d'autres circonstances, et particulièrement dans celles où les douleurs sont faibles ou courtes, ce mouvement ne s'exécute que peu à peu, et a besoin, pour se compléter, d'un temps plus ou moins long et de contractions plus ou moins nombreuses (2).

Cette théorie nous permet d'expliquer les différences que présente ce mouvement de rotation, sous le rapport du point de l'excavation où il commence à s'exécuter. Le plus souvent, avons-nous dit, ce mouvement de rotation ne commence que lorsque la tête repose sur le plancher du bassin ; il en doit être naturellement ainsi, puisque jusqu'alors la tête, fortement fléchie et offrant les plus petits diamètres, n'a rencontré aucune résistance dans la partie osseuse du canal pelvien. Mais on conçoit facilement qu'avec une tête volumineuse ou un bassin peu développé, un détroit supérieur trop incliné, un utérus trop oblique, les résistances se fassent sentir plus tôt, et qu'à peine entré dans l'excavation, l'occiput vienne se heurter contre la paroi postérieure, et soit forcé de suivre une nouvelle direction qui lui est imprimée par la résultante des forces.

(1) Dans un article publié en 1846, deux ans après la publication de mes deux premières éditions, M. Simpson a reproduit à peu près la même théorie, et il ajoute qu'avant lui aucun auteur n'avait donné de ce mouvement de rotation aucune explication satisfaisante. Je suis heureux de voir ma théorie confirmée par celle du savant professeur d'Édimbourg, mais je regrette d'être obligé de lui rappeler que ma première édition fut publiée en 1840.

(2) Ce mouvement, dit M. Nægele, s'exécute peu à peu et par un mouvement de va-et-vient, suivant la direction d'une lente spirale. Si l'on touche pendant la douleur, on sent la petite fontanelle, qui était dirigée à droite et en arrière, se placer complètement à droite, vers la branche descendante de l'ischion. À mesure que la douleur cesse, elle revient peu à peu à l'endroit qu'elle occupait auparavant. Si le doigt demeure en contact avec la tête, on observe que la fontanelle postérieure, qui, en l'absence de la douleur, est complètement à droite, se tourne, pendant la douleur, en avant et vers le trou sous-pubien, d'où elle s'éloigne de nouveau à mesure que la douleur cesse ; elle suit ces mouvements alternatifs jusqu'à ce qu'enfin elle demeure fixée vis-à-vis du trou sous-pubien.

Grâce à cette explication, enfin, l'absence du mouvement de rotation et le dégagement de la tête en position postérieure se comprennent facilement. Quels sont, d'après M. Nægele, les cas dans lesquels cette exception a été observée? Nous l'avons déjà dit : ce sont ceux dans lesquels l'amplitude du bassin, le défaut de résistance des parties molles, dû aux accouchements antérieurs, aux déchirures du périnée, ou bien le petit volume du fœtus, la réductibilité de sa tête, lui permettaient de franchir le canal sans rencontrer de résistance, et par conséquent sans qu'aucune force nouvelle vint modifier la direction première de la force utérine.

3° Nous avons dit que le tronc participait aux mouvements de rotation de la tête : il peut arriver cependant que cela n'ait pas lieu. Au moins cela paraît prouvé par deux faits cités par M. Dubois.

4° Le mouvement de rotation des épaules, après la sortie du tronc, peut offrir aussi des variétés opposées. Il peut ne s'opérer qu'incomplètement, même ne pas s'opérer du tout; les épaules se dégagent alors transversalement. Ce dernier cas n'est pas très-rare, et vient, à mon avis, pleinement confirmer la théorie de Gerdy sur ce mouvement de rotation. Quand, en effet, il n'a pas lieu, la tête n'exécute aucun mouvement de rotation. Or, ce mouvement de la tête devrait toujours s'exécuter, quelle que soit, du reste, l'immobilité des épaules, si, comme le pensait Baudelocque, il était la conséquence de la détorsion du cou.

Quelquefois, au contraire, le même mouvement qui a rendu les épaules transversales avant la sortie de la tête se continue après l'expulsion de celle-ci, de telle sorte que l'épaule, qui était primitivement antérieure, au lieu de rétrograder vers l'arcade des pubis, se porte en arrière, et c'est l'épaule primitivement postérieure qui vient occuper le sommet de l'arcade pubienne. La face se porte alors vers la face interne de la cuisse droite dans la position occipito-iliaque droite, et vers la cuisse gauche dans la position occipito-iliaque gauche.

#### § IV. — Présentations inclinées ou irrégulières du sommet.

Nous avons désigné (page 316) sous ce nom de présentations inclinées ou irrégulières du sommet, celles dans lesquelles la suture sagittale, au lieu d'être placée à peu près suivant la direction de l'axe du détroit supérieur, regardait en avant ou en arrière du bassin, ou bien celles dans lesquelles la flexion incomplète ou exagérée de la tête plaçait le front ou l'occiput au centre du détroit. Baudelocque et son école avaient fait de ces circonstances autant de présentations distinctes, qu'ils appelaient présentations du côté ou de l'oreille, du front et de l'occiput. A l'exemple de madame Lachapelle, de MM. Nægele, Stoltz et P. Dubois, nous les ferons rentrer dans les présentations du sommet. Presque jamais, en effet, elles n'entravent la marche du travail, et c'est à peine si elles en modifient le mécanisme.

Supposons, par exemple, une première position (occipito-iliaque gauche antérieure) inclinée sur son pariétal antérieur : la bosse pariétale droite est au centre du détroit; la suture sagittale regarde la première pièce du sacrum. La

descente de la tête se fera absolument comme dans une position franche, seulement à son entrée dans l'excavation, ou pendant la première moitié de son mouvement par suite duquel la bosse pariétale postérieure décrira autour de l'antérieure, comme centre, un arc de cercle, et toutes les deux se trouveront bicôté sur le même plan; puis le travail se terminera comme à l'ordinaire.

On comprend que le mouvement de redressement s'opérerait en sens inverse, si l'inclinaison avait lieu sur le pariétal postérieur. Toutefois le redressement est alors bien plus difficile, à cause de la direction de la force, qui tend sans cesse à augmenter l'inclinaison.

Dans les cas où la flexion de la tête est incomplète (présentation du front de Baudelocque), elle se complétera pendant le mouvement de descente. Il en sera de même quand elle est exagérée (présentation de l'occiput de Baudelocque). Le front s'abaissera petit à petit.

#### § V. — Pronostic.

Les présentations du sommet sont, de toutes les présentations, les plus favorables. Cette proposition sera prouvée quand nous étudierons le pronostic des autres présentations; mais les positions du sommet ne sont pas toutes également avantageuses, et l'on peut établir, comme proposition générale, que celles dans lesquelles l'occiput est, au début du travail, tourné vers un des points de la moitié antérieure du bassin, sont plus favorables que celles dans lesquelles il regarde un des points de la moitié postérieure.

Dans les positions occipito-postérieures, la tête reste en général assez élevée pendant la première partie du travail, sa flexion est moins prononcée que lorsque l'occiput est en avant, et l'on peut facilement s'en assurer par la difficulté qu'on éprouve alors à atteindre la fontanelle postérieure, enfin le mouvement de descente s'opère avec beaucoup de lenteur, et ne se complète guère que lorsque le mouvement de rotation a ramené l'occiput en avant.

Dans ces derniers cas, nous avons démontré que l'accouchement pouvait se terminer par deux mécanismes tout différents. L'occiput revient en avant se placer derrière la symphyse pubienne, ou bien il reste en arrière jusqu'à la fin du travail. Lorsque la position postérieure se convertit en occipito-pubienne, l'étendue très-considérable du mouvement de rotation nécessite des contractions un peu plus violentes que lorsque l'occiput était primitivement plus rapproché de l'arc antérieur du bassin, et l'on conçoit que le travail est alors un peu plus pénible pour la femme, mais il n'offre en général aucune gravité. C'est surtout lorsque la tête conserve sa position primitive et n'exécute aucun mouvement de rotation, que son expulsion devient très-difficile. Nous allons essayer de prouver cette dernière assertion.

Établissons d'abord, comme un fait dont personne ne saurait nier l'évidence, que toutes les fois qu'une tige droite et inflexible aura à franchir un canal courbe, elle le franchira d'autant plus facilement que le canal sera moins courbe ou moins long, ou la tige droite plus courte.

Dans l'état de pelotonnement où est le tronc du fœtus dans les présentations du sommet, la tige que représente le grand axe longitudinal peut être divisée en deux portions : l'une, représentée par la tige rachidienne et les membres inférieurs, est une tige flexible qui peut se prêter à la courbure du bassin, et dont l'expulsion ne doit présenter aucune difficulté ; l'autre, représentée par tout l'espace qui sépare le vertex de l'articulation atloïdo-axoïdienne, constitue une tige droite et inflexible. Or, il est évident que, dans la position occipito-antérieure primitive, ou dans les postérieures qui se convertissent en antérieures, la portion de tige droite et inflexible qui représente le grand axe du fœtus est réduite aux dimensions qu'elle ne peut point ne pas offrir, et qu'elle n'a à parcourir qu'une paroi du canal la plus courte et la moins courbe, je veux dire la symphyse des pubis ; de sorte qu'une des extrémités de la tige est dégagée au détroit inférieur, que l'autre est à peine engagée au détroit supérieur. En est-il de même dans les positions occipito-postérieures qui restent postérieures jusqu'à la fin du travail ? Nous savons que, dans ce dernier cas, l'occiput vient le premier se dégager au devant de la commissure antérieure du périnée. L'occiput a donc à parcourir toute la face antérieure du sacrum et du périnée fortement distendu. Or le cou n'étant pas assez long pour mesurer ainsi toute la paroi postérieure du canal, il faut que la poitrine s'engage à la suite de la tête dans l'excavation, et que, par conséquent, la tête se fléchisse très-fortement sur le devant de la poitrine. Par suite de cette flexion forcée, la portion de tige droite et inflexible que représente le fœtus ne s'étend plus seulement du vertex à l'articulation atloïdo-axoïdienne, mais bien du vertex aux premières vertèbres dorsales ; elle est donc beaucoup plus longue ; de plus, elle a à parcourir toute la face antérieure du sacrum prolongée par le périnée, c'est-à-dire la plus courbe et la plus longue des parois du bassin. Il est donc évident que l'expulsion du fœtus doit être, dans ce cas, beaucoup plus longue et plus pénible. On ne peut pas admettre, cependant, qu'alors l'accouchement est impossible. Capuron, qui professait encore il y a peu de temps cette opinion, pensait que, l'occiput restant en arrière, l'accouchement ne pouvait se faire qu'autant que la tête du fœtus était peu volumineuse ou le bassin très-large. Cette opinion est aujourd'hui contredite par un trop grand nombre de faits, pour que nous nous arrêtions à réfuter les preuves théoriques sur lesquelles s'appuyait Capuron.

Il est encore une autre raison qui rend les positions occipito-postérieures beaucoup plus difficiles, raison à laquelle, à mon avis, on n'a pas attaché une assez grande importance. Je veux parler du mode de transmission des contractions utérines. Lorsque, en effet, l'occiput est en avant, remarquez que la contraction utérine, transmise à l'occiput par le rachis, arrive jusqu'à lui presque en ligne droite, tandis que, lorsque l'occiput reste en arrière jusqu'à la fin du travail, par suite de la flexion exagérée de la tête sur la poitrine, la contraction, toujours transmise à l'occiput par le rachis, n'arrive jusqu'à lui qu'en décrivant une courbe très-prononcée. Or, tout le monde sait que c'est là une condition dans laquelle il y a une grande déperdition de force ; et remarquez encore que cette perte de force coïncide précisément avec une position occipito-postérieure,

qui, par les raisons que nous avons déjà fait valoir, présente par elle-même plus de difficultés dans son dégagement.

Avoir démontré que, dans le cas où l'occiput reste en arrière, l'accouchement est plus long et plus difficile, c'est avoir prouvé qu'il était en même temps plus nuisible à la mère et à l'enfant. C'est surtout, en effet, dans ces cas qu'il faut craindre la rupture plus ou moins étendue du périnée, car il est bien difficile de l'éviter. C'est alors encore que surviennent ces larges déchirures centrales dans lesquelles, la commissure postérieure de la vulve et le sphincter de l'anus restant intacts, le fœtus se fraye une voie à travers le périnée distendu.

Telle est, en effet, l'influence de la longueur de la tige droite que représente le fœtus, et de la longueur de la courbe représentée par le canal, que, pour que l'expulsion s'accomplisse, il faut nécessairement, ou bien : 1° que la tige droite se brise ou s'infléchisse pour se prêter à la courbure du canal, ce qui est impossible ; 2° que la courbure du canal soit redressée ; 3° que la paroi du canal soit brisée ; 4° ou qu'enfin l'accouchement devienne impossible. Dans la majorité des cas fort heureusement, les parties molles qui constituent la paroi postérieure se laissent redresser ; mais quand elles résistent, leur déchirure seule peut permettre l'accouchement spontané, et leur épaisseur considérable peut seule expliquer la rareté de cet accident (1).

Le tête, en séjournant longtemps dans l'excavation, comprime les parties voisines ; de là des rétentions d'urine, des eschares, des fistules urinaires ou stercorales. A part même tous ces inconvénients, on sait bien que ce n'est pas sans danger que le travail se prolonge, que la femme se fatigue et s'épuise, et que l'enfant reste comprimé et péniblement fléchi.

Dans les positions occipito-postérieures, la position postérieure gauche m'a toujours paru offrir beaucoup plus de difficultés que la postérieure droite. L'engagement de la tête est, en général, plus difficile, et sa rotation beaucoup plus lente à s'opérer. Assez souvent même l'occiput reste en arrière, met obstacle à la terminaison spontanée du travail chez les primipares, et l'application du forceps qui devient alors nécessaire est beaucoup plus laborieuse.

Toutes les fois que l'on examine la tête d'un fœtus qui vient de naître dans une position du sommet, on trouve toujours, pour peu que le travail se soit prolongé après la rupture des membranes, une tuméfaction plus ou moins considérable sur un des points de la voûte du crâne. Le volume de cette tumeur est en rapport avec la marche plus ou moins rapide du travail. Son siège est tellement constant, qu'il est facile, à la simple vue, d'annoncer en quelle position le fœtus est né. Ainsi, lorsque l'occiput s'est détaché sous l'arcade pubienne, la tumeur siège toujours sur l'angle postérieur et supérieur d'un des pariétaux : sur le pariétal droit, dans les positions occipito-iliaques gauches ; sur le gauche, dans les positions occipito-iliaques droites. Dans les cas rares où l'occiput se dégage en arrière, elle est ordinairement placée sur le centre du vertex, souvent même sur

(1) Pour se rendre une idée de la résistance qu'offre parfois le périnée, voyez, dans la cinquième partie de ce livre, l'article *Application du forceps dans les positions occipito-postérieures*.

la fontanelle antérieure. En un mot, elle se développe toujours sur la partie de la tête qui, d'abord, correspond à l'ouverture du col, et surtout plus tard au vide de l'arcade des pubis. Le mécanisme de production est très-facile à concevoir. Toute la périphérie de la tête est fortement comprimée; un seul point, correspondant au vide du bassin ou de l'arcade, est soustrait à la compression qui s'exerce sur les autres parties; il doit donc être le siège d'une infiltration séro-sanguinolente, de la même manière que le point de la surface de la peau sur lequel vous appliquez une ventouse, et que vous soustrayez, en faisant le vide, à la pression atmosphérique qui s'exerce sur tout le reste du corps.

Cette tumeur, quand elle est très-considérable, est toujours le résultat d'un accouchement lent et pénible; elle est toujours unique. On la distinguera facilement du céphalématome, avec qui elle a été longtemps confondue, par les caractères suivants: elle est mal circonscrite, tandis que les limites du céphalématome sont très-précises; le cuir chevelu, qui la recouvre, offre une coloration violette bien prononcée: la peau du céphalématome est incolore; celui-ci présente une fluctuation bien évidente, celle-là n'est pas fluctuante, a la consistance de l'œdème et conserve l'impression du doigt; le céphalématome offre quelquefois des pulsations, est circonscrit par un rebord osseux<sup>(1)</sup> assez saillant; ces deux caractères ne se rencontrent jamais dans la tumeur dont nous parlons. Enfin, l'œdème demi-sanguin du crâne des nouveau-nés paraît immédiatement après la naissance, et disparaît en douze ou quarante-huit heures; le céphalématome, au contraire, bien que pouvant exister au moment de la naissance, n'apparaît presque toujours que quelques heures au moins après, et dure plusieurs semaines.

M. le docteur Forbin dit avoir pu, avant même que l'accouchement fût terminé, constater la présence d'un céphalématome de la grosseur d'un œuf de pigeon, et plusieurs auteurs ont fait la même observation.

La tumeur sanguine dont je viens de parler n'existe pas quand le fœtus est mort avant le travail ou pendant le travail et avant la rupture des membranes: on conçoit tout le parti que peut tirer le médecin légiste dans les cas où il s'agit de préciser l'époque de la mort d'un enfant nouveau-né.

### ARTICLE III

#### DE LA PRÉSENTATION DE LA FACE.

Lorsque l'extrémité céphalique se présente au détroit supérieur, il peut arriver que la tête soit étendue et renversée sur le plan postérieur du fœtus; cette situation constitue la présentation de la face.

La présentation de la face est rare. D'après les résultats statistiques les plus nombreux, on peut établir que, sur deux cent cinquante à trois cents accouchements, le fœtus se présente une fois par la face.

(1) Ce rebord n'existe pas toujours dans le céphalématome au début de la maladie; il n'apparaît quelquefois qu'au bout de quelques jours.

Nous avons admis deux positions fondamentales: l'une, dans laquelle le menton regardait un des points de la moitié latérale droite, *mento-iliaque droite*; l'autre, dans laquelle il était dirigé vers un des points de la moitié latérale gauche, *mento-iliaque gauche*. Nous répéterons pour la face ce que nous avons dit pour les présentations du sommet, c'est qu'il n'est aucun point du pourtour du détroit supérieur avec lequel le menton ne puisse se trouver en rapport au début du travail; et nous rattacherons à trois variétés principales, pour chaque côté, toutes ces nuances de position: nous avons donc, pour chacune de ces positions fondamentales, des variétés *antérieure*, *transversale* et *postérieure*. Les positions mento-iliaques droites sont un peu plus fréquentes que les mento-iliaques gauches, et cela dans la proportion de trente et un à quarante et un si l'on en juge d'après les résultats de madame Lachapelle. Il est assez difficile de dire quel est l'ordre de fréquence pour chaque variété.

Les présentations de la face ont été distinguées en présentations primitives et secondaires, suivant qu'elles existaient avant le début du travail, ou qu'elles ont été le résultat de contractions mal dirigées. Ces dernières ont été longtemps considérées comme les plus fréquentes. Nous verrons ce qu'il faut penser de cette opinion.

#### § I. — Causes.

Selon la plupart des auteurs, l'obliquité utérine est la cause des présentations de la face; mais tous n'interprètent pas de la même manière l'influence de cette obliquité. Selon Deventer, si l'utérus est incliné à droite, et le sommet placé en position occipito-iliaque gauche, les contractions, après la rupture des membranes, s'exerçant dans la direction de l'axe utérin, pousseront le fœtus de haut en bas et de droite à gauche, de sorte que le vertex viendra arc-bouter contre le rebord gauche du détroit supérieur, et la tête, ainsi arrêtée, se renversera sur le dos de l'enfant. Baudelocque, admettant toujours l'obliquité utérine droite, suppose en même temps une position occipito-iliaque droite du sommet. On n'observe presque jamais une présentation de la face, dit-il, sans que l'obliquité de la matrice ait lieu du côté où répond l'occiput. Dans ce cas, avant le début du travail, le fœtus est couché sur la paroi latérale droite de l'utérus, et la tête, obéissant à son propre poids, est légèrement défléchi. Au moment où les contractions se manifestent, après la rupture des membranes et l'écoulement des eaux, la direction des forces transmises à la tête est telle, qu'au lieu de venir aboutir sur l'occiput, comme cela a lieu lorsque la tête est fléchie, elles viennent aboutir sur le front et tendent à l'abaisser; mais abaisser le front, c'est forcer l'occiput à se redresser, c'est produire l'extension de la tête. Toutes ces explications supposent que toujours la présentation de la face est la conséquence de la déviation d'une position du sommet. Il n'en est pas toujours ainsi cependant, et la face peut se présenter souvent en plein au détroit supérieur, même avant le début du travail ou la rupture de la poche amniotique. Ainsi, madame Lachapelle, faisant l'autopsie de deux femmes mortes à la fin de la grossesse, a trouvé que le