

pelle, qu'il est admis que l'expulsion du fœtus est presque aussi souvent spontanée dans les positions de la face que dans les positions du sommet. Il faut le dire toutefois, le travail est en général plus long, plus pénible et plus fâcheux pour la mère et le fœtus. Il exige beaucoup plus souvent l'intervention de l'art. Les réflexions que nous avons présentées font pressentir que les positions mento-postérieures sont plus fâcheuses que les autres.

Si le travail est plus long, ce n'est pas, comme l'avaient dit Capuron et plusieurs autres, parce que les plus grands diamètres de la tête se présentent aux diamètres du bassin : il suffit, en effet, de se rappeler les rapports que nous avons indiqués pour voir que ce sont constamment les diamètres mento-bregmatique et bitemporal, c'est-à-dire des diamètres de 8 à 9 centimètres et demi, qui se trouve parallèles aux diamètres des détroits. Mais le travail est plus long : 1° parce que la dilatation du col de l'utérus se fait plus lentement ; 2° parce que les puissances expulsives, surtout dans le mouvement de flexion et de dégagement, n'agissent que par un bras de levier brisé presque à angle droit.

Nous avons déjà dit que, dans toutes les positions autres que celles du sommet, il existait une très-grande quantité de liquide entre la partie qui se présentait et le segment inférieur de l'utérus. Nous avons déjà fait remarquer (voy. *Phénomènes physiologiques du travail*) que cette circonstance influait singulièrement sur la rapidité avec laquelle s'opérait la dilatation du col.

Il est évident, d'un autre côté, que, lorsque le menton est engagé sous la symphyse, et que commence le mouvement de flexion, la contraction transmise par le rachis ne peut opérer le dégagement du front, du bregma et de l'occiput, qu'en décrivant un coude très-prononcé, et par conséquent en perdant une grande quantité de sa force (1).

C'est à tort, dit Gardien, que quelques auteurs ont pensé que les accouchements dans lesquels l'enfant présente le front sont plus fâcheux que ceux où il présente la face. Si l'on veut, en effet, y faire attention, on verra qu'alors la tête se présente par des diamètres favorables. D'ailleurs, ainsi que le fait remarquer M. Stoltz, dans les positions de la face le front est déjà la partie la plus basse, et plus il descend lorsque la tête s'engage, plus le travail est facile.

Les présentations du menton sont moins favorables que celles du front, parce que la tête est alors dans l'état de renversement le plus complet, et que, si les épaules s'engageaient en même temps que le diamètre vertical de la tête, il y au-

(1) Cela est si vrai, que, pendant ce mouvement d'extension, ce n'est pas seulement par le rachis qu'est transmise la contraction utérine. Je pense que, dans certains cas au moins, le thorax, poussé fortement et fléchi sur lui-même au-dessus de la tête, appuie directement sur l'occiput par sa partie postérieure et supérieure, et peut lui transmettre directement l'effort utérin. Je fus appelé, dans le mois d'août 1839, auprès d'une épicrière de la rue du Bac. L'enfant se présentait en position mento-iliaque gauche transversale ; les membranes étaient rompues depuis huit heures du matin ; il était cinq heures du soir : une application du forceps avait déjà été tentée. Trois quarts d'heure après mon arrivée, l'accouchement se termina spontanément. L'enfant fut assez promptement ranimé ; mais, en examinant sa tête, je pus sentir aux environs de la fontanelle postérieure comme de petites esquilles qui crépitaient sous le doigt, et sur la région dorsale la trace évidente d'une dépression assez marquée.

rait inévitablement un enclavement ; aussi se transforment-elles promptement en présentation franche de la face.

Relativement au fœtus, le travail peut être très-fâcheux, pour peu qu'il se prolonge. L'apoplexie, ou au moins la pléthore cérébrale et la disposition aux convulsions, en sont trop souvent, dit madame Lachapelle, le funeste résultat. La compression répétée et prolongée du cou, compression qui a lieu au moment où la tête franchit le col, le détroit supérieur, mais surtout lorsque le devant du cou se trouve placé sous la symphyse, explique suffisamment la difficulté du retour du sang veineux et la congestion cérébrale qui en est la conséquence.

On doit tenir grand compte de la gêne du fœtus ; et tel cas qu'on abandonnerait à la nature, si l'on n'avait égard qu'à la mère, requiert l'intervention de l'art, parce que l'enfant est dans une situation pénible. En pareil cas, madame Lachapelle s'est quelquefois réglée sur les mouvements de la langue et des lèvres que les enfants exécutent, quand la face est en plein à la vulve. Ces mouvements ne sont pas constants ; mais lorsqu'ils ont existé, et qu'on les voit s'affaiblir et disparaître, c'est un signe fâcheux, et dont il faut tenir compte.

Après la naissance par la face, les enfants présentent souvent des particularités qu'il faut connaître, afin d'en prévenir d'avance la famille. La face répond ici au vide du bassin, longtemps surtout au vide de l'arcade pubienne ; c'est elle qui devient le siège de l'ecchymose et de l'infiltration séro-sanguine que nous avons déjà indiquée dans les présentations du sommet. Aussi, quand l'accouchement a été un peu long, les enfants naissent-ils avec la face presque noire, les joues tuméfiées, les lèvres renversées, le nez à peine visible. Or rien n'effraye tant les parents, si l'on n'a pas eu le soin de les en prévenir. Cet état se dissipe en général dans l'espace de quelques jours. On peut activer la résolution par des lotions faites avec un peu de vin, d'eau végéto-minérale ou d'eau-de-vie mêlée de beaucoup d'eau. Il ne faut pas s'inquiéter davantage de la tendance que conserve la tête à se renverser sur le dos dès qu'on cesse de la soutenir : elle reprend l'attitude qu'elle avait dans le bassin. Cette faiblesse des muscles du cou tient évidemment à ce que l'extension longtemps prolongée à laquelle ils ont été soumis a paralysé momentanément une partie de leur force de contraction. Cela disparaît ordinairement après deux ou trois jours.

ARTICLE IV

PRÉSENTATIONS DE L'EXTRÉMITÉ PELVIENNE

Nous avons déjà dit que la plupart des accoucheurs avaient considéré trois présentations distinctes dans l'extrémité pelvienne du fœtus, à savoir : les présentations du siège, des pieds et des genoux, suivant que le siège, les pieds ou les genoux s'engageaient dans l'excavation et franchissaient les premiers les parties externes de la génération.

Nous avons expliqué aussi pourquoi, à l'exemple de madame Lachapelle, de MM. Ant. Dubois et P. Dubois, etc., nous ne voyons dans ces trois présentations

que de légères modifications de la présentation du pelvis; modifications qui, ne changeant rien au mécanisme de l'accouchement naturel, doivent être évidemment confondues sous une seule et même dénomination. Ainsi, dans la présentation de l'extrémité pelvienne, il peut arriver: 1° que l'extrémité pelvienne, composée de tous ses éléments, pelotonnés sur la partie inférieure du ventre, c'est-à-dire les cuisses restant fléchies sur l'abdomen, les anches sur les cuisses, s'engage dans l'excavation et au détroit inférieur; 2° que les membres inférieurs, entraînés au moment de la rupture des membranes par le flot du liquide amniotique, soient défléchis en totalité ou en partie, et que dans le premier cas les pieds arrivent les premiers à la vulve; dans le second, les genoux apparaissent les premiers à l'extérieur; 3° que les membres inférieurs étant étendus et élevés sur le plan antérieur du fœtus, le siège descende seul (1); 4° enfin, il peut arriver qu'un seul des membres inférieurs soit étendu sur l'abdomen, l'autre étant défléchi, et qu'alors un seul pied ou un seul genou se présente d'abord à la vulve. Toutes ces nuances seront pour nous confondues sous le nom de présentation de l'extrémité pelvienne.

Nous rappellerons que, dans les présentations de l'extrémité pelvienne, les points de reconnaissance pris sur le fœtus sont: 1° pour le siège, la face postérieure du sacrum; 2° pour les genoux, la face antérieure des tibias; 3° pour les pieds, le calcaneum.

Lorsque cette extrémité du fœtus se présente la première au détroit supérieur, le sacrum ou le dos du fœtus peuvent se trouver en rapport avec tous les points du pourtour du détroit supérieur; et nous avons rattaché toutes ces nuances de positions à deux rapports principaux: une première position sacro-iliaque gauche; une seconde sacro-iliaque droite; plus, leurs variétés antérieure transversale et postérieure.

Les présentations de l'extrémité pelvienne sont moins fréquentes que celles du sommet, mais beaucoup plus communes que celles de la face. Sur trente-sept mille huit cent quatre-vingt-quinze accouchements, madame Lachapelle en a noté mille trois cent quatre-vingt-dix; sur vingt mille cinq cent dix-sept, madame Boivin en a observé six cent onze. Sur deux mille vingt accouchements de M. P. Dubois, il y a eu quatre-vingt-cinq présentations du siège. Et pour donner une idée de la fréquence relative des cas dans lesquels les fesses, les genoux ou les pieds sont expulsés les premiers, nous ajouterons que, sur ces quatre-vingt-cinq présentations, cinquante-quatre fois les fesses, vingt-six fois les pieds sont parus les premiers à la vulve. La présentation dite des genoux n'a pas été observée une seule fois. C'est, en effet, une variété très-rare. Sur les trente-sept mille huit cent quatre-vingt-quinze accouchements de madame Lacha-

(1) Cette position des membres inférieurs peut être primitive, c'est-à-dire exister avant la rupture des membranes: c'est même, d'après M. P. Dubois, ce qui aurait lieu le plus souvent; ou bien être consécutive à l'engagement du siège. Dans ce cas, les pieds auraient été arrêtés par le pourtour du col ou du détroit supérieur au moment où le siège aurait été poussé dans l'excavation, et les membres inférieurs se seraient forcement relevés au devant du plan antérieur du fœtus.

pelle, onze fois seulement les genoux se sont offerts les premiers; ce qui équivaut à une fois sur trois mille quatre cent quarante-cinq.

Sur un total de seize mille six cent cinquante-quatre accouchements, M. Collins a vu l'extrémité pelvienne s'offrir une fois sur trente. A la Maternité de Londres, M. Rhamsbotham fils, en calculant sur vingt-sept mille sept cent trente-neuf accouchements et vingt-huit mille quarante-trois naissances, est arrivé à établir que les présentations du siège étaient aux autres présentations comme 1 est à 35.

Les positions sacro-iliaques gauches sont plus fréquentes que les sacro-iliaques droites; ainsi, sur mille trois cent quatre-vingt-dix positions de l'extrémité pelvienne, sept cent cinquante-six fois le dos était à gauche, quatre cent quatre-vingt-quatorze fois à droite; treize fois en avant, vingt-six fois en arrière directement (Lachapelle). Sur les quatre-vingt-cinq positions de M. P. Dubois, quarante et une fois le dos était à gauche, quarante-quatre à droite; et parmi les variétés que ces deux positions peuvent offrir, la sacro-iliaque gauche antérieure est un peu plus fréquente que la sacro-iliaque droite postérieure: mais elles sont toutes les deux beaucoup plus fréquentes que toutes les autres. Sur cent soixante-trois présentations de l'extrémité pelvienne, dit M. Nægele, cent vingt et une fois le dos était en avant et à gauche, quarante fois en arrière et à droite.

§ I. — Causes.

Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de dire pourquoi le siège se présente quelquefois au détroit supérieur. De toutes les explications qui ont été données, celle que rappelle madame Lachapelle, et qui est reproduite par M. Velpeau, est peut-être celle qui souffre le moins d'objections. L'enfant, disent-ils, flotte assez librement dans l'utérus jusque vers le huitième mois; sa tête peut donc, dans quelques mouvements de la mère, dans le moment du décubitus en particulier, se porter vers le fond de l'organe; et si l'enfant a déjà un certain volume, peut-être son grand diamètre occipito-coccygien ne pourra repasser à travers les petits diamètres de l'ovoïde utérin, sans un mouvement aussi énergique que celui qui a changé sa position: or, si ce dernier mouvement n'a pas lieu, l'enfant conservera cette position nouvelle, et l'extrémité pelvienne viendra, au moment de l'accouchement, se présenter au passage. Je le répète, cette explication, bien que soulevant un très-grand nombre d'objections, paraît encore la plus probable.

§ II. — Diagnostic.

Pour reconnaître une présentation du siège on emploiera successivement le palper, l'auscultation et le toucher.

Par le palper, exercé suivant les règles déjà indiquées, on peut sentir l'extrémité céphalique, à la partie supérieure de l'utérus, et si l'on peut nettement la circonscrire, le diagnostic laisse peu de doute. Cependant pour peu que les parois abdominales soient épaissies ou la paroi utérine rigide, on peut confondre l'extrémité céphalique avec l'extrémité pelvienne, surtout quand on palpe celle-ci par sa

face postérieure ou sacrée. Il ne faut donc accorder qu'une médiocre importance à ce genre d'exploration; il n'en est pas moins vrai qu'il a son utilité et nous avons en mémoire tel fait clinique où l'auscultation et le toucher semblaient indiquer une présentation du sommet, tandis que par le palper on sentait la tête au fond de l'utérus, et l'enfant naquit par le siège.

L'auscultation peut aussi faire reconnaître la présentation du siège: quand cette dernière partie se présente, la région dorsale du fœtus remonte assez haut et le maximum des battements du cœur occupe un point plus élevé que dans la présentation de l'extrémité céphalique; aussi est-ce au niveau d'une ligne horizontale passant par l'ombilic ou au-dessus de cette ligne que retentit habituellement le bruit du cœur avec son maximum d'intensité, le côté du ventre où il sera perçu indiquera aussi vers quel point le dos est dirigé. On fait ainsi, du même coup, le diagnostic de la présentation et de la position.

Aux signes qui précèdent, on peut, pendant le travail, joindre les suivants: la poche des eaux est très-volumineuse et fait une saillie très-considérable à la partie supérieure du vagin; quelquefois même elle s'allonge en forme de boudin, de manière à descendre tout près de l'orifice vulvaire (1). Au moment de la rupture des membranes, la quantité d'eau qui s'écoule est très-considérable; car la partie qui se présente ne bouchant que très-imparfaitement le col, tout le liquide amniotique s'échappe: c'est alors que cette rupture, si elle a lieu au moment d'une forte douleur, s'opère avec éclat. Après cette rupture, Stein avait indiqué la forme ovale de l'orifice de l'utérus. Madame Lachapelle reproduit ce signe. J'avoue qu'il m'a toujours été très-difficile de le constater. De l'écoulement très-abondant et très-rapide des eaux résulte assez souvent une suspension momentanée des douleurs, ou leur affaiblissement. Enfin, un signe suit ordinairement d'assez près la rupture des membranes, c'est l'écoulement du méconium (2).

Les signes fournis par le toucher sont les seuls caractéristiques. Ils doivent être différents suivant la partie qui se présente la première. Aussi, bien que nous ayons confondu, sous le rapport du mécanisme, les cas dans lesquels les fesses, les pieds ou les genoux se présentent les premiers, nous devons les distinguer pour le diagnostic.

1° Lorsque les fesses se présentent, le doigt rencontre d'abord une tumeur molle, arrondie, sur un des points antérieurs de laquelle on sent ordinairement une partie résistante et dure formée par le grand trochanter. Jusqu'alors

(1) Plusieurs auteurs ont évidemment eu tort de considérer cette forme en boudin de la poche des eaux comme un signe certain de la présentation de l'extrémité pelvienne. Elle peut se rencontrer dans d'autres cas. Je l'ai même observée deux fois dans les présentations franches du sommet, engagées déjà jusqu'à la partie moyenne de l'excavation. Je ne peux guère expliquer cette dernière circonstance que par une laxité excessive des membranes.

(2) L'écoulement du méconium peut avoir lieu cependant dans d'autres présentations que celle de l'extrémité pelvienne; mais c'est alors un signe très-fâcheux, et qui doit fixer immédiatement l'attention de l'accoucheur. Il indique toujours en effet un état de mort, ou au moins un état de souffrance du fœtus, qui requièrent le plus souvent l'intervention de l'art. Cet écoulement survient particulièrement dans un travail trop longtemps prolongé après la rupture des membranes, lorsque le fœtus souffre de cette longueur de travail; ou bien il annonce une compression du cordon ombilical. (Voyez *Chute du cordon et soins à donner à l'enfant pendant le travail.*)

on pourrait croire à une présentation du sommet; mais si l'on porte le doigt plus haut et en arrière, comme pour atteindre la suture sagittale, on trouve le sillon des fesses, au fond duquel on découvre les signes les plus importants: d'un côté, la pointe du coccyx, surmontée d'une surface osseuse inégale, constituée par la face postérieure du sacrum; puis l'anus, petite ouverture arrondie, froncée, et dans laquelle, quoi qu'en disent les auteurs, on ne peut introduire le doigt qu'en employant une assez grande force; puis, enfin, les organes génitaux externes, que l'on distingue assez facilement, et à l'aide desquels on peut annoncer à l'avance le sexe de l'enfant (1). La saillie du coccyx est non-seulement un signe certain de la présentation, mais elle peut encore servir à constater la position; sa pointe est, en effet, toujours dirigée du côté opposé à celui vers lequel est tourné le dos de l'enfant.

2° Lorsque les deux pieds se présentent réunis dans le vagin, il est impossible de les confondre avec aucune autre partie, et la direction des calcaneums indique assez clairement la position du fœtus. Mais quand on ne sent qu'un seul pied et qu'il est très-élevé, on peut le confondre avec une main. On l'en distinguera cependant avec un peu d'attention: ainsi les orteils sont rangés sur la même ligne, plus courts, moins mobiles; les doigts de la main sont plus longs, et le pouce séparé des autres doigts; le bord interne du pied est beaucoup plus épais que le bord externe; les deux bords de la main sont à peu près de la même épaisseur; le pied s'articule à angle droit sur la jambe; la main continue la ligne du bras. Lorsque les pieds se présentent avec les fesses et sont seuls accessibles, le diagnostic est alors très-difficile. Quelquefois même on ne peut sentir qu'un pied, ce qui le rend encore plus obscur. Dans ce cas, il faut d'abord s'assurer quel est le pied que l'on touche: il suffit, pour cela, de faire attention à la relation qui existe entre le bord interne et le calcaneum. Supposons, en effet, que le calcaneum soit tourné vers la symphyse des pubis, et le bord interne du côté droit de la mère, il est évident que c'est le pied droit; si, au contraire, le calcaneum était tourné vers l'angle sacro-vertébral et le bord interne à droite, ce serait le pied gauche, etc. Or, le pied droit étant une fois distingué du pied gauche, il ne s'agit plus que de distinguer quel est le point du détroit vers lequel est dirigée la pointe des orteils (n'oublions pas que nous supposons les membres inférieurs fléchis sur le devant de l'abdomen, et les pieds croisés et tournés dans l'adduction). Dans cette position du fœtus, si les orteils du pied droit sont tournés vers un des points de la moitié antérieure du bassin, le dos du fœtus sera dirigé vers un des points de la moitié latérale gauche; si les orteils du pied gauche sont tournés vers un des points de la moitié antérieure, le dos du fœtus sera dirigé vers un des points de la moitié latérale, et *vice versa*.

(1) L'accoucheur doit faire la plus grande attention à ne pas se tromper, et dans le doute, il vaudrait beaucoup mieux s'abstenir que de s'exposer à une erreur qui lui serait certainement reprochée avec amertume. Il est prudent aussi, dans le cas où l'on constate par le toucher la présence d'un enfant d'un sexe différent de celui que la famille et surtout la mère désirent, de ne lui point faire part de son diagnostic; car le chagrin qu'elle en éprouverait pourrait, comme toute émotion morale vive, exercer une influence fâcheuse sur la marche du travail.

Le moyen le plus simple de distinguer le pied droit du pied gauche nous paraît le suivant : Quand le pied a été reconnu, on détermine d'abord la position exacte occupée par les orteils, le talon et le bord interne. Cela fait, rien n'est plus facile que de savoir quel est le pied qu'on touche ; il suffit pour cela que l'observateur place par la pensée son propre pied dans la situation exacte du pied de l'enfant, de manière que le talon, le bord interne et les orteils puissent pour ainsi dire être superposés ; il diagnostiquera un pied droit s'il réussit avec son propre pied droit, et un pied gauche s'il ne réussit qu'avec son pied gauche.

3° Les genoux se présentent très-rarement les premiers. Ils ont d'ailleurs des caractères tellement tranchés dans leur forme, leur rondeur, leur dureté, la grosseur des membres qui leur font suite, dans le pli du jarret qui les surmonte, pli qui offre une concavité transversale, au lieu de la convexité qu'offrent le pli de couche et le pli du cou-de-pied, que nous croyons inutile d'insister sur leur diagnostic.

§ III. — Mécanisme.

Parmi les trois nuances que nous avons admises dans les deux positions sacro-iliaque gauche et sacro-iliaque droite, l'antérieure pour la première, la postérieure pour la seconde, étant les plus fréquentes, ce sont celles que nous choisirons pour types de notre description.

1° Mécanisme de l'accouchement naturel dans la position sacro-iliaque gauche antérieure (première des auteurs).



FIG. 82. — Présentation du siège en position lombo-iliaque gauche antérieure.



FIG. 83. — Même position après le mouvement de rotation antérieure.

Avant la rupture des membranes, toutes les parties du fœtus sont pelotonnées sur le plan antérieur du fœtus, la tête légèrement fléchie sur la poitrine, les bras appliqués sur le côté du thorax, les avant-bras sur le devant de la poitrine, les membres inférieurs fléchis sur le plan antérieur de l'abdomen. Dans la position que nous étudions, le dos du fœtus regarde en avant et à gauche,

son plan antérieur en arrière et à droite, le côté gauche en avant et à droite, le côté droit en arrière et à gauche : le grand diamètre des hanches ou bis-iliaque du fœtus est placé dans la direction du diamètre oblique droit, et le diamètre sacro-pubien ou antéro-postérieur dans la direction du diamètre oblique gauche.

A. *Premier temps, pelotonnement du siège.* — Au moment où le travail se déclare, le premier effet des contractions utérines est de pelotonner le fœtus sur son plan antérieur et les membres pelviens viennent appuyer fortement contre le siège de manière à former avec lui une partie assez petite pour s'engager dans l'excavation. Le siège de l'enfant subit donc une compression qui diminue véritablement son volume en même temps qu'il s'adapte mieux sur l'ouverture du détroit supérieur. Cet amoindrissement devient plus complet après la rupture de la poche des eaux, mais souvent aussi il se produit à ce moment un allongement des membres pelviens qui donne lieu aux variétés de l'accouchement par les pieds et les genoux, et quand le siège est ainsi dédoublé, la descente n'en est que plus facile.

Ce temps est analogue au premier temps de l'accouchement par le sommet ; mais ici l'amoindrissement est véritable et assez grand pour permettre au siège de descendre dans le bassin, tandis que dans la présentation du sommet, la boîte crânienne étant peu compressible, c'est par une sorte d'artifice et c'est en fléchissant que la tête se présente avec des diamètres favorables à l'engagement.

B. *Deuxième temps, engagement.* — Si le col utérin était largement dilaté au moment de la rupture des membranes, les fesses s'engagent immédiatement en traversant le col, et descendent assez rapidement dans l'excavation. Dans le cas contraire, elles restent assez longtemps élevées. A mesure que les contractions acquièrent plus de force et d'énergie, les fesses descendent peu à peu : la gauche glissant sur la face interne du trou sous-pubien et du muscle obturateur interne, et la droite au devant des parties qui se trouvent placées sur le quart postérieur gauche du bassin.

C. *Troisième temps, rotation du siège.* — Arrivé au détroit inférieur, le bassin exécute un mouvement de rotation qui porte la hanche gauche derrière la branche ischio-pubienne droite, et la hanche droite au devant de la moitié interne du ligament sacro-sciatique. La hanche gauche ou antérieure s'engage au-dessous de la branche ischio-pubienne droite, et se montre à travers la vulve, la première à l'extérieur ; mais c'est ordinairement la hanche droite, la postérieure, qui, s'avancant peu à peu en décrivant un arc de cercle autour de la hanche antérieure, et en parcourant toute la face antérieure du périnée, vient se dégager la première au devant de la commissure antérieure, pendant que l'autre reste presque immobile au sommet de l'arcade.

Pendant que s'opère ce mouvement de dégagement du siège, le tronc du fœtus, fortement engagé dans l'excavation, s'infléchit sur son côté antérieur, de manière à s'accommoder à la courbe à concavité antérieure que représente l'axe du bassin (fig. 84).

D. *Quatrième temps, dégagement du tronc.* — A mesure que la fesse droite s'approche de la commissure postérieure des grandes lèvres, et s'engage à travers cette ouverture, le siège, ou plutôt la ligne bis-iliaque du fœtus, qui avait rauchi le détroit inférieur dans une position un peu diagonale, se place dans

une direction complètement antéro-postérieure, pour s'accommoder à celle du diamètre longitudinal de la vulve. Cependant cela n'est pas constant, et quelquefois le siège conserve sa position diagonale. Les cuisses, fortement appliquées sur le ventre, commencent déjà à se découvrir. Pendant ce dégagement, le tronc du fœtus, se prêtant à la direction de l'axe pelvien, est fortement courbé sur son côté antérieur.

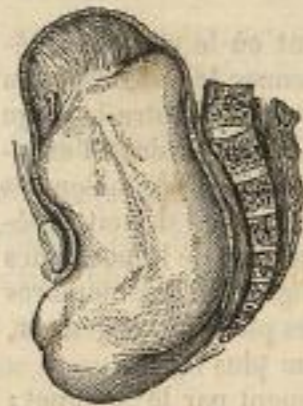


FIG. 84. — Dégagement du siège.

Le mouvement de rotation que décrivent les hanches, lorsqu'elles sont arrivées au détroit inférieur, peut être un mouvement partiel ou un mouvement auquel a participé tout le tronc du fœtus. Dans le premier cas, il n'a pu s'opérer qu'à l'aide d'un certain degré de torsion de la colonne lombaire, et alors, immédiatement après son dégagement, le bassin éprouve un mouvement de restitution qui lui fait reprendre sa position primitive, c'est-à-dire diagonale.

Une fois que les hanches sont dégagées, la poitrine s'engage dans l'excavation; les bras restent toujours appliqués sur la partie latérale et antérieure du thorax, les épaules arrivent bientôt au détroit inférieur, toujours placées en position diagonale, si elles n'ont pas d'abord participé au mouvement de rotation décrit par le bassin.

Les épaules se dégagent d'après le même mécanisme que les hanches, c'est-à-dire qu'elles tournent de manière que l'épaule antérieure, ici la gauche, vient se placer derrière la branche ischio-pubienne droite, la postérieure au devant du ligament sacro-sciatique droit; elles franchissent toutes deux le détroit inférieur en position diagonale: mais quand elles n'ont plus que la résistance des parties molles à vaincre, elles complètent leur mouvement de rotation, et se placent, l'une directement en avant, l'autre en arrière. Le coude et l'épaule sous-pubienne apparaissent les premiers à l'extérieur; mais c'est encore le coude et l'épaule postérieure qui le plus souvent se dégagent les premiers (1).

M. le professeur P. Dubois professe que la hanche antérieure dans le dégagement du siège, l'épaule antérieure dans le dégagement de la partie supérieure du tronc, sont expulsées avant la partie qui est en arrière. Je répéterai encore que les choses se passent souvent comme l'indique ce professeur, mais qu'il nous a semblé que le mécanisme que nous venons d'indiquer était vrai pour le plus grand nombre des cas.

(1) Beaucoup de livres, au sujet du dégagement des épaules, répètent que les bras, retenus par les bords de l'excavation, se relèvent sur les côtés de la tête. Cela n'a presque jamais lieu, comme l'a très-bien fait remarquer Desormeaux, quand l'accouchement est entièrement confié à la nature, et qu'aucune traction n'est pratiquée sur l'extrémité pelvienne. Aussi, quand le travail marche régulièrement, l'accoucheur doit-il se défendre contre la tentation que l'on éprouve d'aider un peu à la nature en tirant. Ces tractions imprudentes ont pour effet certain le redressement des bras, car nulle puissance ne les pousse en dehors en pareil cas. Retenus par le frottement, ils sont restés au-dessus de l'excavation et la tête descend entre eux plutôt qu'ils ne se relèvent sur ses parties latérales. Bien heureux encore lorsque l'extension de la tête n'est pas une conséquence de ces tractions.

E. *Cinquième temps, rotation de la tête.* — Tandis que les épaules franchissent le bassin dans la situation que nous venons d'indiquer, la tête, fléchie sur le devant de la poitrine, franchit le détroit supérieur dans la direction du diamètre oblique gauche, c'est-à-dire le front tourné vers la symphyse sacro-iliaque droite, et conserve cette direction jusqu'au moment où elle arrive au détroit inférieur. Les diamètres de la tête, qui sont en rapport avec les diamètres du détroit inférieur, varient suivant la flexion plus ou moins complète de la tête. Ainsi, quand elle est seulement modérément fléchie, ce qui est le cas le plus ordinaire, le diamètre occipito-frontal est parallèle au diamètre oblique gauche du détroit inférieur, le diamètre bipariétal au diamètre oblique droit; l'axe du détroit traverse la tête à peu près dans la direction du diamètre trachelo-bregmatique. Si l'on suppose la tête plus fortement fléchie sur le devant de la poitrine, le diamètre sous-occipito-bregmatique prend la place du diamètre occipito-frontal, et l'occipito-mentonnier se rapproche de l'axe du détroit inférieur. En un mot, nous retrouvons les mêmes rapports que dans la présentation du vertex; seulement la tête se présente par sa base au lieu de s'offrir par son sommet. Elle éprouve alors un mouvement de rotation, à la suite duquel la face est portée dans la concavité sacrée, l'occiput derrière et la nuque sous la symphyse des pubis; de sorte que le diamètre sous-occipito-bregmatique se rapproche beaucoup du diamètre antéro-postérieur, mais conserve toujours cependant une certaine obliquité.

F. *Sixième temps, expulsion de la tête.* — A ce moment, la matrice ne peut plus agir que très-faiblement sur la tête (voy. *Pronostic*), qui est en tout



FIG. 85. — Accouchement par le siège; dégagement de la tête, le menton en arrière.

ou en partie dans le vagin; mais les épreintes produites par l'état de pression où se trouvent le rectum et la vessie obligent, dit M. Velpeau, la femme à rassembler toutes ses forces, à redoubler de courage, et les contractions des muscles abdominaux ne tardent pas à venir au secours de la matrice impuissante. Alors toutes ces forces réunies fléchissent la tête de plus en plus, et pendant que le mouvement de flexion s'opère autour de la nuque ou du point sous-occipital comme centre, on voit apparaître successivement le menton, le front, le bregma et l'occiput au devant de la commissure antérieure du périnée. Pendant

ce mouvement de flexion, la tête représente un levier du premier genre, dont la puissance est à l'occiput, le point d'appui au point sous-occipital, ou à la nuque placée sous l'arcade, la résistance au menton, et surtout au front, qui, arrêté par le périnée, doit le distendre et l'amincir. Si, du point sous-occipital placé sous la symphyse, on tire des rayons qui viennent aboutir aux différents points de la ligne médiane de la face et de la voûte du crâne, ces rayons représenteront très-exactement les diamètres qui successivement franchissent le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur; les principaux de ces diamètres sont le sous-occipito-mentonnier, le sous-occipito-frontal et le sous-occipito-bregmatique.

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

Dans cette position, le sacrum est tourné vers la symphyse sacro-iliaque droite, le dos est en arrière et à droite, le plan antérieur en avant et à gauche, le côté droit en avant et à droite, le côté gauche en arrière et à gauche. Le grand diamètre bis-iliaque du bassin du fœtus est parallèle au diamètre oblique droit. Ici encore le mécanisme de l'accouchement peut être décomposé en six temps analogues à ceux que nous venons de décrire dans la position sacro-iliaque gauche; nous y renvoyons le lecteur pour éviter des redites.

Nous supposons qu'au moment de la rupture des membranes, les membres inférieurs, entraînés par le flot du liquide, sont complètement défléchis, et que les pieds se présentent les premiers à la vulve. Sous l'influence des contractions utérines, les membres inférieurs se dégagent sans offrir aucune particularité, et les hanches arrivent facilement au détroit inférieur. On les voit alors s'engager au détroit périnéal, tantôt en conservant leur position diagonale, tantôt en se portant, l'une, l'antérieure, légèrement en avant vers la symphyse des pubis; l'autre, la postérieure, en arrière vers la ligne médiane du sacrum. Les bras et les épaules se présentent à leur tour, et leur dégagement est à peu près le même que dans le cas précédent.

Après l'expulsion des épaules, la tête reste seule dans l'excavation, et son expulsion peut avoir lieu de plusieurs manières: tantôt, en effet, l'occiput reste en arrière jusqu'à la complète expulsion de la tête; tantôt, et c'est ce qui arrive dans la très-grande majorité des cas, il revient en avant se placer derrière la symphyse des pubis.

A. *L'occiput revient en avant.* — Cette conversion peut commencer dès que les hanches se dégagent au détroit inférieur: ainsi il arrive assez souvent, comme nous l'avons dit, que tout le tronc du fœtus participe à ce mouvement de rotation des hanches; de sorte que, primitivement placé en arrière, le plan postérieur de l'enfant est ramené en avant en décrivant une espèce de spirale qui commence sur les hanches et vient se terminer sur l'occiput. La tête a participé, en effet, au mouvement de rotation du tronc, de sorte que, au moment où elle arrive dans l'excavation, l'occiput se trouve placé derrière la symphyse des pubis. Mais ce changement dans la position de la tête peut encore s'opérer au détroit inférieur ou dans l'excavation, lorsque, après la sortie du tronc, l'oc-

ciput est encore en arrière. Dans ce cas, après le dégagement des épaules, le dos du fœtus se retourne de nouveau en arrière par une sorte de mouvement de restitution, et la tête, restée seule dans l'excavation, se trouve placée dans la direction du diamètre oblique gauche, l'occiput en arrière et à droite, le front ou bregma en avant et à gauche. Elle exécute alors un mouvement de rotation, par suite duquel l'occiput, parcourant d'arrière en avant toute la moitié latérale droite, vient se placer derrière la symphyse, et le front, roulant d'avant en arrière, est porté dans la concavité du sacrum... Quel que soit, du reste, le mode suivant lequel s'opère cette mutation, dès que l'occiput est placé derrière la symphyse pubienne, l'accouchement se termine comme dans le cas précédent.

B. *L'occiput reste en arrière.* — Lorsque l'occiput reste en arrière jusqu'à la fin du travail, le dégagement de la tête peut avoir lieu par deux procédés. Dans la majorité des cas, la tête, fortement fléchie, s'engage dans l'excavation;



FIG. 86. — Accouchement par le siège; dégagement de la tête, le menton glissant au-dessous du pubis, l'occiput restant en arrière.

elle éprouve bientôt un très-léger mouvement de rotation qui porte l'occiput vers la concavité du sacrum, le front et le bregma derrière la symphyse des pubis; les contractions utérines et des muscles abdominaux forçant la tête à se fléchir de plus en plus, on voit apparaître au-dessous de la symphyse, et à travers la vulve, d'abord toute la face, puis le front, le bregma, puis enfin le vertex et l'occiput. La tête se dégage donc par un mouvement de flexion, qui a pour centre la nuque, placée au devant de la commissure extérieure du périnée (fig. 86).

Enfin, il peut arriver que, au lieu de rester appliqué sur le devant de la poitrine, le menton s'arrête et se relève au-dessus des pubis, et que l'occiput se renverse de plus en plus en arrière par un mouvement d'extension très-étendu. La tête s'engage dans le détroit par son extrémité occipitale, l'occiput bascule, parcourt toute la partie postérieure de l'excavation, et vient se dégager le pre-

mier au devant de la commissure ; après lui viennent successivement le vertex, la fontanelle antérieure, le front et toute la face. La tête se dégage donc par un mouvement d'extension, qui a pour centre la région prêtachélienne, placée d'abord derrière, puis bientôt sous la symphyse. Leroux, Michaelis, Asdrubali, ont observé des faits semblables : mais ils sont très-rares (fig. 87).



FIG. 87. — Accouchement par le siège ; l'occiput étant en arrière et se dégageant à la commissure supérieure de la vulve pendant que le menton reste derrière le pubis.

Le mécanisme de l'accouchement, dans les positions sacro-iliaque gauche transversale et postérieure, sacro-iliaque droite antérieure et transversale, est l'analogie de celui que nous avons décrit pour la position sacro-iliaque gauche antérieure, sacro-iliaque droite postérieure.

On remarquera seulement que la hanche gauche, qui doit se dégager sous l'arcade pubienne dans toutes les positions sacro-iliaques gauches, tourne de droite à gauche dans la position sacro-iliaque gauche antérieure et de gauche à droite dans la position sacro-iliaque gauche postérieure. On trouvera de même que la hanche droite se dégage la première dans les positions sacro-iliaques droites, en tournant de gauche à droite dans la variété antérieure et de droite à gauche dans la variété postérieure.

§ IV. — Pronostic.

Les présentations de l'extrémité pelvienne sont en général beaucoup plus graves que celles de l'extrémité céphalique ; mais pour être convenablement apprécié, le pronostic de l'accouchement doit être successivement considéré

relativement à la mère et relativement au fœtus. Si, en effet, par le fait même du mode d'expulsion, la vie de l'enfant est alors gravement compromise, le travail de l'enfantement est certainement moins pénible et moins douloureux pour la mère.

1^o *Relativement à la mère.* — Considéré dans son ensemble, l'accouchement est un peu plus long dans les présentations podaliques, mais fort heureusement cette lenteur porte presque exclusivement sur la première période, et la mère n'a que peu à en souffrir. Cette lenteur de la dilatation s'explique facilement par les conditions que nous avons déjà indiquées. Avant la rupture des membranes, en effet, la partie qui s'offre la première n'ayant ni la forme, ni la rondeur, ni la régularité du sommet de la tête, ne peut s'adapter à la concavité régulière du segment inférieur de l'utérus, est séparée du col par une couche assez épaisse de liquide amniotique, et ne peut en rien, par conséquent, accélérer sa dilatation. Si les membranes viennent à se rompre longtemps avant la dilatation complète, le volume ou l'irrégularité de l'extrémité pelvienne s'opposant à son facile engagement, et le col n'étant plus soutenu, comme il l'est par le sommet de la tête dans la présentation du vertex, retombe sur lui-même et rétrécit pour ainsi dire l'ouverture qu'il offrait auparavant. Dans les positions céphaliques, au contraire, la tête s'engage comme un coin, et, à chaque effort expulseur, tend à augmenter la dilatation.

Mais une fois que le col est largement ouvert, la période d'expulsion nous a paru toujours s'accomplir avec plus de rapidité que dans la présentation du sommet. Le siège, le tronc et les épaules se dégagent en général avec facilité ; la tête seule rencontre parfois quelques obstacles, et peut se trouver arrêtée au détroit inférieur. Mais cet arrêt de la tête n'est pas en général de longue durée, car si les efforts de la femme ne suffisent pas à compléter son expulsion, il est du devoir de l'accoucheur d'intervenir assez promptement pour soustraire l'enfant au danger qui le menace. Or, les manœuvres à pratiquer dans ces conditions n'exposent la mère à aucun danger, et le fœtus peut seul en souffrir.

Pour la mère donc, l'accouchement est peut-être plus favorable dans les présentations podaliques que dans celles du vertex : j'ajouterai qu'il est certainement plus heureux pour elle que dans la présentation de la face.

Du reste, il est important de faire remarquer que toutes les variétés de présentation de l'extrémité pelvienne ne sont pas également favorables. Suivant quelques auteurs, l'accouchement est en général plus long quand le fœtus se présente par le siège que lorsque les pieds descendent les premiers dans l'excavation.

Le volume des parties qui constituent l'extrémité pelvienne ne lui permet pas, a-t-on dit, de s'engager avec facilité, il faut que les contractions utérines agissent longtemps pour qu'elles puissent s'adapter aux diamètres du bassin. Cela est vrai ; mais, comme le fait observer madame Lachapelle, leur mollesse est telle que, une fois engagées, elles se conforment aisément au passage ; et puis d'ailleurs, plus le volume de la partie sera considérable, professe M. P. Dubois, plus l'accouchement ressemblera à celui des présentations du sommet. Aussi, contraire-

ment à l'opinion généralement admise, ce professeur enseigne-t-il que l'accouchement par le siège est bien préférable à celui dans lequel les pieds se présentent les premiers. La vérité de cette proposition sera mieux comprise quand nous aurons développé les inconvénients de cette dernière circonstance.

L'accouchement par les pieds, n'offrant pas les mêmes apparences fâcheuses relativement au volume, est, par quelques personnes, préféré même aux présentations du sommet.

Le fœtus, se présentant alors par sa plus petite extrémité, et offrant successivement un volume de plus en plus considérable, sera, d'après elles, expulsé plus facilement; car alors la dilatation des parties, étant lente et graduée, sera beaucoup moins longue et pénible. Si vous voulez, a-t-on dit, enfoncer un bouchon dans le goulot d'une bouteille, vous le présenterez par sa petite extrémité, et sa grosse extrémité sera facilement introduite, ce qui aurait été impossible en la présentant la première au goulot de la bouteille. Or, il en est de même du fœtus dans la présentation des pieds; car l'ovoïde fœtal peut être alors considéré comme un cône, dont la base est à l'extrémité céphalique et le sommet à l'extrémité pelvienne... Cela est vrai pour le bouchon, mais seulement parce que les efforts que vous ferez pour le faire pénétrer redoubleront à mesure que la grosse extrémité se rapprochera du goulot de la bouteille; la force en effet augmentera avec les difficultés; mais cette dernière condition ne se retrouve plus dans l'accouchement par les pieds. A mesure, en effet, que les parties inférieures du fœtus se dégagent, il en reste moins dans la cavité utérine; il arrive même un moment où la tête, parvenue dans l'excavation, est à peine contenue dans la cavité du col. Or, pendant qu'il se désemplit, l'utérus revient sur lui-même. Comme tout muscle contractile, il perd, par cette rétraction, une grande partie de sa puissance; c'est donc précisément à l'instant où la grosse extrémité du cône représenté par le fœtus a à vaincre la résistance des parties, que les contractions utérines sont le plus affaiblies, et souvent même ne peuvent servir en rien à l'expulsion de la tête fœtale: ici donc les forces diminuent en raison inverse des difficultés.

Si l'on se rappelle maintenant ce qui a lieu dans les présentations du sommet, il sera facile de saisir les différences. Sans doute c'est alors la plus grosse partie du fœtus qui se présente la première, et son expulsion nécessite des efforts violents et longtemps prolongés; mais remarquez que, jusqu'au moment où la tête franchit la vulve, l'utérus contient encore dans sa cavité une grande quantité de liquide amniotique et la plus grande quantité du tronc du fœtus: il est donc encore suffisamment distendu pour n'avoir rien perdu de sa puissance, puissance qu'il peut exercer sur une grande surface, sur laquelle il s'applique avec force jusqu'à la fin du travail. Enfin, une fois la tête à l'extérieur, les parties largement dilatées par son passage n'offrent qu'une faible résistance à l'expulsion du tronc et des membres inférieurs, et la rétraction de la matrice peut diminuer ses forces expulsives, sans que cette diminution puisse avoir sur le travail une fâcheuse influence.

2° *Relativement au fœtus.* — L'accouchement par l'extrémité pelvienne est très-dangereux pour le fœtus. Ainsi, les résultats statistiques fournis par madame

Lachapelle prouvent que, sur huit cent quatre présentations de l'extrémité pelvienne, cent deux enfants sont nés faibles, cent quinze morts. La proportion des morts au total est un peu plus d'un septième, tandis que sur vingt-six mille six cent quatre-vingt-dix-huit positions du vertex, il n'y a eu que six cent soixante-huit morts; ce qui donne un sur trente, c'est-à-dire un trentième. Quant au pronostic particulier à chacun des trois genres, on a remarqué que, lorsque les fesses s'avancent les premières, le nombre des morts est d'environ un sur huit et demi, un peu moins d'un huitième; pour les positions des pieds, un sur six et demi, un peu moins d'un sixième; et enfin, pour les genoux, de un sur quatre et demi, un peu moins d'un quart.

Mais M. Paul Dubois a fait remarquer avec raison que cette proportion n'était pas exacte. Dans les relevés de la Maternité, on a, en effet, compris tous les enfants nés par l'extrémité pelvienne, sans faire la part des accidents étrangers à la position, et qui ont pu cependant produire la mort du fœtus. Aussi, mettant de côté tous les cas dans lesquels les enfants paraissaient avoir succombé sous l'influence de causes qui évidemment ne se rattachaient pas à la présentation, M. Paul Dubois est arrivé à ce résultat, que, dans l'accouchement par l'extrémité pelvienne, il meurt à peu près un enfant sur onze; tandis que dans les présentations du sommet, il en meurt un sur cinquante. On voit encore que la différence est effrayante.

Toutes choses étant égales d'ailleurs, l'accouchement est beaucoup plus dangereux pour le fœtus chez les femmes primipares que chez celles qui ont déjà eu des enfants. La résistance du périnée, qui suffit quelquefois chez les premières pour arrêter le travail dans les présentations du sommet, est ici d'autant plus puissante pour arrêter la tête que les contractions utérines sont plus faibles, comme nous venons de le démontrer.

Quelle est la cause de la mort du fœtus? On a longtemps pensé que, le fœtus se présentant par sa petite extrémité, chaque partie, étant plus volumineuse que celle qui l'avait précédée, avait de nouvelles résistances à vaincre; qu'elle subissait, par conséquent, une certaine compression, et que cette compression, s'exerçant de bas en haut, devait nécessairement produire le refoulement des liquides et la congestion cérébrale dont on retrouve les signes anatomiques à l'autopsie du petit cadavre. Ce refoulement n'est pas admissible: 1° parce que le col de l'utérus est alternativement dans un état de relâchement et de contraction, et qu'il faudrait pour l'expliquer une contraction permanente; 2° parce que, quelque forte qu'on suppose cette contraction, elle ne le sera pas assez pour comprimer les gros vaisseaux placés dans l'épaisseur des membres et au centre des grandes cavités; 3° parce qu'enfin, si nous nous rappelons ce qui a lieu dans les présentations du sommet et de la face, ce n'est pas sur les parties contenues encore et comprimées dans la cavité utérine que devra se faire un afflux plus considérable des liquides, mais bien sur les parties qui, déjà dégagées, sont soustraites à toute compression.

La compression du cordon explique cette congestion mortelle d'une manière beaucoup plus satisfaisante. Après le dégagement du siège, le cordon ombilical,

tendu de l'ombilic à son insertion placentaire, se trouve placé, dans l'excavation et dans la cavité utérine, entre la paroi du bassin et le tronc, et même, un peu plus tard, entre cette paroi et la tête du fœtus. On conçoit alors facilement combien il est exposé à être comprimé; et comme le dégagement des parties supérieures du fœtus, et surtout de la tête, est souvent difficile à s'opérer, cette compression peut durer assez longtemps. Cette compression intercepte nécessairement la circulation du cordon. Or, on admet généralement aujourd'hui que le placenta est le siège de la respiration du fœtus, ou, pour mieux dire, que le sang du fœtus est mis, dans le placenta, en contact médiate avec le sang de la mère, et qu'il résulte pour lui de ce contact une modification à peu près analogue à celle que le sang de l'adulte subit dans les poumons par son contact avec l'air atmosphérique; la circulation étant interceptée dans le cordon, le fœtus se trouve donc dans la condition d'un adulte privé d'air respirable; il meurt asphyxié, et l'on sait que l'un des phénomènes anatomiques les plus constants de l'asphyxie est la congestion cérébrale (1).

Je conçois encore d'une autre manière cette asphyxie du fœtus, et je crois qu'elle peut avoir lieu sans que le cordon soit nécessairement comprimé. Nous avons déjà dit que, lorsque la tête plongeait dans l'excavation, il ne restait plus aucune partie du fœtus dans la cavité utérine; l'utérus vide revient alors nécessairement sur lui-même; ce retrait de l'organe détermine, on le sait, le décollement du placenta. Or, le placenta étant décollé, les vaisseaux utéro-placentaires sont nécessairement rompus, le fœtus se trouve dans la même condition que si le cordon était comprimé, et, pour peu que l'expulsion de la tête tarde à se faire, il peut donc mourir asphyxié.

Il n'est pas même nécessaire que le placenta soit décollé, et, suivant la remarque de M. Van Huevel, pour peu que l'arrêt de la tête dans l'excavation se prolonge, il suffit du retrait de la matrice sur elle-même pour gêner, arrêter la circulation utéro-placentaire, et faire mourir le fœtus par asphyxie.

(1) La plupart des anciens auteurs ont expliqué différemment la mort du fœtus dans les cas de compression du cordon ombilical. Pour les uns, la compression interrompait la circulation dans les artères ombilicales, mais laissait libre le canal de la veine, de sorte que le fœtus, continuant à recevoir du sang par la veine sans pouvoir le renvoyer par les artères, mourait par surabondance de sang, par apoplexie. Pour les autres, au contraire, c'était particulièrement sur la veine, et non sur les artères, que portait la compression, et le fœtus mourait alors par anémie, par syncope. Il est évident que ces deux théories ne supportent pas le plus léger examen. Il suffit, en effet, d'examiner le cordon et l'entortillement de ses vaisseaux pour comprendre qu'à moins d'une circonstance tout à fait exceptionnelle, cette compression partielle ne peut pas exister; que la compression du cordon doit interrompre à la fois la circulation dans les artères et dans les veines, et que la quantité du sang du fœtus n'augmente ni ne diminue. Il ne reste plus comme possible que la mort par asphyxie.

ARTICLE V

PRÉSENTATIONS DU TRONC

Au commencement de ce chapitre, nous avons exposé les raisons qui nous décident à n'admettre, avec madame Lachapelle, MM. Nægele et Dubois, que deux présentations du tronc : nous n'y reviendrons pas. On se rappelle que toutes les nuances de présentations peuvent se rattacher aux deux suivantes : une présentation du plan latéral droit, une présentation du plan latéral gauche. Lorsque le côté droit se présente au détroit supérieur, la tête du fœtus, qui, dans ce cas, est prise comme point de repère, peut se trouver placée au-dessus d'un des points de la moitié latérale gauche du bassin. C'est pour nous la première position du plan latéral droit (ou épaule droite, madame Lachapelle). La tête peut se trouver placée au-dessus d'un des points de la moitié latérale droite : c'est pour nous la seconde position. Nous avons donc deux positions de l'épaule ou du plan latéral droit du fœtus; de même pour l'épaule gauche ou le plan latéral gauche, nous avons deux positions : dans l'une la tête est à gauche de la mère (céphalo-iliaque gauche); dans l'autre la tête est à droite (céphalo-iliaque droite).

Il est très-fréquent, dans les présentations du tronc, de voir le bras et la main pendre dans le vagin, ou même la main paraître à la vulve. Ce phénomène, qui, pendant très-longtemps, a été regardé comme un accident beaucoup plus grave que la présentation de l'épaule, doit être considéré comme un résultat à peu près semblable à la déflexion des membres inférieurs dans certains cas de présentation de l'extrémité pelvienne; c'est donc à tort que la plupart des anciens accoucheurs en ont fait une présentation distincte sous le nom de présentation du bras et de la main : c'est tout simplement un épiphénomène lié à la présentation de la région latérale du fœtus, et qui mérite à peine d'être considéré comme une variété de ces positions. Nous verrons plus loin à quoi tient l'erreur des accoucheurs anciens sur ce point de doctrine.

Les présentations du tronc sont rares, un peu moins cependant que les présentations de la face; sur quinze mille six cent cinquante-deux accouchements, madame Lachapelle en a observé soixante-huit, c'est-à-dire une à peu près sur deux cent trente. Sur les deux mille deux cents accouchements que nous avons déjà cités, et qui ont été observés par M. P. Dubois, il y a eu treize présentations du tronc. Le docteur Blaud l'a observée une fois sur deux cent dix; Joseph Clarke, une sur deux cent douze; Merriman, dans sa pratique particulière, une sur deux cent cinquante-cinq; M. Nægele, une sur cent quatre-vingts; le docteur Collins, une sur quatre cent seize. Quant à la fréquence relative des présentations et des positions, il résulte des tableaux de madame Lachapelle que l'épaule droite, ou le plan latéral droit, se présente un peu plus fréquemment que le gauche, et que les positions dorso-antérieures, c'est-à-dire la première de l'épaule droite, et la seconde de l'épaule gauche, dans lesquelles le dos répond