

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 médiat 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

à la partie antérieure de l'utérus, sont plus fréquentes que les positions dorso-postérieures, c'est-à-dire la première de l'épaule gauche, et la seconde de l'épaule droite, dans lesquelles le dos de l'enfant est tourné vers les lombes de la mère (Nægele).

### § I. — Causes.

Nous avons peu de chose à dire sur les causes des présentations du tronc. La petitesse et la mobilité du fœtus, une accumulation considérable de liquide amniotique en arrondissant la forme de l'organe, l'obliquité utérine, l'obliquité des détroits du bassin, les vices de conformation du détroit supérieur, sont généralement considérés comme causes prédisposantes. Dans ce dernier cas, on conçoit que l'étroitesse de l'entrée du bassin rende l'engagement de la tête impossible, détermine son glissement vers une des fosses iliaques, et favorise ainsi la présentation de l'épaule. L'insertion vicieuse du placenta sur le col semble être encore une prédisposition aux positions du tronc : sur quatre-vingt-dix cas, en effet, vingt et une fois l'épaule s'est offerte la première. M. Danyau croit trouver une explication plus plausible dans la forme de l'utérus, dont les dimensions transversales seraient plus considérables qu'à l'ordinaire, et il cite à l'appui de son opinion une observation du docteur Lecluyse. Chez une femme dont les enfants, dans trois accouchements successifs, s'étaient présentés par l'épaule, ce médecin constata, la troisième fois, que la matrice, au lieu d'être piriforme dans le sens vertical, offrait, pour ainsi dire, une espèce d'ellipsoïde, dont le grand axe était transversal, tandis que le fond de l'utérus s'élevait très-peu au-dessus des pubis.

Wigand avait déjà depuis longtemps proposé la même explication. Comment est-il possible, dit-il, qu'un enfant bien conformé, dont le corps forme un ovale, puisse, sans être comprimé ni gêné, prendre une position oblique ou transversale dans une matrice dont la figure est ovale? En supposant que, sous l'influence de certaines causes, il puisse prendre pour un instant ces positions vicieuses, quelle force magique y retiendrait le fœtus, dont tous les mouvements sont si favorisés, et par le liquide dans lequel il nage, et par le poli de la surface interne de l'œuf? Qui l'empêcherait de suivre les lois de la physique, de sortir de cette position gênante, en faisant coïncider son grand diamètre avec le diamètre longitudinal de l'utérus? On ne peut mieux répondre à ces questions, ajoute-t-il, qu'en admettant que la cause des positions vicieuses réside plutôt dans une forme irrégulière de la matrice que dans les mouvements qu'il a exécutés.

Sans doute, en se rappelant la malheureuse persistance avec laquelle se reproduisent les positions vicieuses chez certaines femmes, on est très-disposé à en rechercher la cause dans une conformation particulière de l'utérus; et s'il était constaté qu'avant la première gestation la matrice offrait une forme particulière, on pourrait admettre, à la rigueur, qu'elle conserve cette même irrégularité malgré le développement que lui fait subir la grossesse : mais jusque-là il est

permis de se demander si l'exagération de ses dimensions transversales à la fin de la grossesse et au moment du travail est l'effet et non la cause de la position vicieuse du fœtus.

Quant aux causes déterminantes, les seules dont on puisse se rendre compte, elles sont fortuites et accidentelles. Ainsi, une violente commotion, de petites secousses longtemps répétées, telles que celles qui peuvent être produites par les voyages en voiture, l'exercice du cheval, l'ébranlement produit par le renversement d'une voiture, enfin même une frayeur subite, peuvent, suivant les auteurs, changer, dans certains cas, la position du fœtus, et convertir spontanément une présentation du vertex en une présentation de l'épaule. Plusieurs accoucheurs ont pensé que les contractions irrégulières ou seulement partielles pouvaient, pendant le travail, convertir une position favorable en présentation du tronc. Cela est à la rigueur possible; mais je ne saurais admettre avec la même facilité l'influence que, suivant quelques auteurs, auraient ces contractions utérines qui tourmentent les femmes pendant les derniers jours, quelquefois même pendant les dernières semaines de la grossesse, et que nous avons considérées comme les préludes du travail. Une femme, chez laquelle cinq fois de suite le fœtus s'était présenté par l'épaule, avait, pendant les derniers jours de sa grossesse, souffert de pareilles douleurs. Le professeur Nægele, appelé pour lui donner des soins dans sa sixième grossesse, s'efforça cette fois de calmer ces douleurs, qui se montrèrent encore avec la même énergie que dans les grossesses précédentes. Après avoir inutilement administré plusieurs médicaments, il ordonna des lavements opiacés. Les spasmes cessèrent aussitôt et ne se renouvelèrent plus, à sa grande satisfaction : cette femme accoucha au terme ordinaire d'un enfant vivant, qui s'était présenté dans une bonne position. Qu'est-ce que cela prouve? Tout simplement que, quelle que soit la position de l'enfant, ces douleurs, préludes du travail, peuvent se manifester, et que les positions vicieuses se reproduisent chez la même femme avec une déplorable persévérance. Évidemment ces contractions sont trop faibles pour pouvoir changer la position du fœtus, surtout si l'on réfléchit que l'intégrité de la poche amniotique et la présence des eaux le protègent contre l'influence qu'elles pourraient avoir.

### § II. — Diagnostic.

On peut quelquefois, même avant le début du travail, soupçonner une présentation du tronc aux signes suivants : Le ventre de la femme offre un diamètre transversal beaucoup plus étendu qu'à l'ordinaire. Chez celles dont les parois sont molles et flasques, on peut souvent les déprimer assez pour sentir, dans une des fosses iliaques, la tête du fœtus, qui se présente sous la forme d'une tumeur dure, arrondie, résistante. En plaçant ses deux mains sur deux points opposés des parois latérales du ventre, à peu près au niveau des régions lombaires, on sent sur ces deux points une résistance plus grande et solide, offerte par les deux extrémités de l'ovoïde fœtal : on peut alors très-facilement faire mouvoir

d'un côté à l'autre la tige solide constituée par le fœtus, et constater que son grand axe est couché transversalement au-dessus du détroit supérieur. Enfin, par le toucher vaginal, on ne rencontre pas la tumeur formée par la tête dans les présentations du sommet : il est presque impossible d'atteindre la partie qui se présente; dans quelques cas rares, on peut sentir le coude ou la petite main de l'enfant que l'on fait balloter. Ce dernier signe, rapproché des deux précédents, rend le diagnostic assez probable.

La forme du ventre est alors très-irrégulière, surtout quand il y a peu de liquide amniotique. Cependant on remarque, après l'écoulement des eaux, que le diamètre longitudinal reprend peu à peu le dessus : c'est que, suivant la remarque de M. Hergott, il n'existe plus alors de position réellement transversale; le fœtus est courbé, replié sur le tronc, de manière qu'une de ses extrémités se trouve logée au fond de l'utérus, quoique l'autre ne corresponde pas à l'orifice.

L'auscultation donne pour les présentations du tronc des résultats douteux. M. Depaul croit cependant qu'on peut arriver au diagnostic par ce moyen, quand le dos du fœtus est dirigé en avant. Dans ce cas, dit cet auteur, tout est favorablement disposé pour que le summum d'intensité soit facilement reconnu, et il existera sur la partie antérieure du segment inférieur de l'utérus, comme dans la présentation de la tête. Mais ce qui établira une différence d'autant plus tranchée que la position sera plus transversale, c'est que le bruit, au lieu de se porter en diminuant vers le fond de la matrice, s'étendra au contraire dans une direction à peu près horizontale, d'une fosse iliaque à l'autre, par exemple, et manquera dans une grande partie de la région supérieure de l'organe.

L'opinion de M. Depaul est rationnelle et s'appuie sur quelques faits. Il n'en est pas moins vrai qu'avec l'auscultation seule les présentations du tronc seraient presque toujours méconnues.

Mais, dans quelques cas, elle peut être un utile auxiliaire. Si, par exemple, le toucher vaginal a fait reconnaître un petit membre du fœtus, et si l'on perçoit les pulsations du cœur dans la région hypogastrique, on pourra presque certainement conclure que c'est un membre supérieur. Ce serait probablement une extrémité pelvienne, si l'on entendait le cœur au niveau de l'ombilic.

Avant la rupture des membranes, l'élévation de la partie rend encore le toucher très-difficile, et la forme de la poche des eaux, de l'orifice utérin, ne peut ici servir en rien. Suivant madame Boivin, la dilatation du col de l'utérus s'opère beaucoup plus lentement; mais cette lenteur dans la dilatation, se rencontrant souvent dans toutes les présentations autres que celles du sommet, a peu de valeur.

Ce n'est donc qu'après la rupture des membranes que le toucher peut donner une certitude complète. Lorsque le côté du tronc se présente, c'est souvent l'épaule (Lachapelle), mais souvent aussi le coude et le côté de la poitrine (P. Dubois), qui sont placés au centre du détroit supérieur, et que le doigt rencontre d'abord; nous devons donc indiquer successivement les caractères au moyen desquels on peut reconnaître ces parties.

1° Lorsque l'épaule se présente la première, le doigt rencontre d'abord une tumeur arrondie, formée par son sommet, et sur un des points de laquelle on sent une petite saillie osseuse formée par l'acromion; en arrière ou en avant, suivant la position, la clavicule et l'épine de l'omoplate; au-dessous de la clavicule, les intervalles intercostaux qui sont facilement distingués, tandis que, au-dessous de l'épine de l'omoplate, on ne sent qu'une surface plane qui se termine par un angle aigu : c'est l'angle inférieur du scapulum qui est mobile, et au-dessous duquel le doigt peut se glisser. Enfin, sur les côtés de la tumeur formée par l'épaule, on peut toujours découvrir le creux axillaire, et quelquefois aussi, mais du côté opposé, la dépression du col.

L'épaule une fois reconnue, il faut savoir quelle est l'épaule qui se présente, et en quelle position. Je rappellerai d'abord que nous n'avons admis que quatre positions du tronc, deux pour l'épaule droite, deux pour l'épaule gauche; et que, dans chacune de ces quatre positions, la relation qui existe entre la position de la tête et celle du plan postérieur du fœtus est différente. Ainsi, nous avons deux positions dans lesquelles la tête est à gauche, à savoir, la première de l'épaule droite, et la première de l'épaule gauche. Or, remarquez que, dans celle-ci, le dos de l'enfant est tourné vers les lombes de la mère; dans celle-là, au contraire, le dos est en avant. Il nous suffira donc de savoir que la tête est à gauche, et que le dos de l'enfant est en arrière, pour savoir que nous avons affaire à une première position de l'épaule gauche. De même nous avons deux positions dans lesquelles la tête est à droite, à savoir, la seconde de l'épaule droite et la seconde de l'épaule gauche; mais on remarque encore que, dans celle-ci, le dos est en avant; dans celle-là, au contraire, le dos est en arrière. Pour savoir que nous avons affaire à une seconde position de l'épaule gauche, par exemple, il nous suffira de savoir que la tête est à droite et que le dos du fœtus est tourné en avant. En un mot, pour connaître quelle est l'épaule qui se présente et quelle est sa position, il nous suffira de savoir où est la tête, où est le plan postérieur du fœtus.

L'épaule se présentant et étant reconnue, il est évident que le creux axillaire étant dirigé à droite de la mère, la tête sera à gauche, et *vice versa*; nous saurons donc facilement où est la tête par la direction du creux axillaire : quant au plan dorsal du fœtus, il est évident que l'omoplate nous indiquera sa position.

2° Lorsque le coude sera seul accessible au doigt, nous reconnaitrons le coude aux trois saillies osseuses (l'olécrâne et les deux condyles) qu'il présente, à la convexité transversale du pli du coude, et au voisinage de la poitrine et des intervalles intercostaux.

Le coude étant reconnu, il suffit, pour distinguer la position, de reconnaître où est la tête et où est le plan dorsal du fœtus; or, cela est ici très-facile : le coude est toujours, en effet, dirigé du côté opposé à celui où se trouve la tête, l'avant-bras toujours placé sur le plan antérieur.

Il arrive parfois, avons-nous dit, que l'avant-bras est fléchi, et que la main pend dans le vagin, ou même à l'extérieur de la vulve. Pour connaître alors quelle est la main qui se présente, il suffit de la retourner de manière que la

face palmaire soit placée en avant et en haut : dans cette position, si le pouce est dirigé vers la cuisse droite de la mère, c'est la main droite; s'il est dirigé à gauche, c'est la main gauche; pour savoir ensuite où est la tête, il suffit de glisser le doigt jusqu'au creux axillaire.

Le conseil que nous venons de donner est infaillible pour reconnaître quelle est la main qui fait procidence, malheureusement on l'oublie. Nous croyons donc qu'il est préférable que l'opérateur remarque simplement à laquelle de ses deux mains ressemble exactement la main du fœtus et le diagnostic sera tout à fait assuré, car, au volume près, la main droite d'un adulte est exactement faite comme la main droite d'un fœtus et toutes les mains gauches sont calquées sur le même modèle, tandis que de notables différences séparent une main droite d'une main gauche dans l'arrangement réciproque des différentes parties qui les composent.

Lorsque la main pend à l'extérieur de la vulve, il suffit, le plus souvent, de la regarder avec soin pour établir son diagnostic. Alors, en effet, si le dos de la main est tourné vers la cuisse droite, la tête est à droite; s'il est tourné vers la cuisse gauche, la tête est à gauche. Le petit doigt dirigé vers le coccyx indique que le plan dorsal du fœtus est tourné vers les lombes de la mère; le petit doigt dirigé vers le pubis indique que le plan dorsal est en avant.

Nous avons insisté sur le diagnostic, parce que nous pensons qu'il est très-important, dans les présentations du tronc, de bien savoir quel est le côté qui se présente, puisque l'accoucheur doit toujours chercher à pratiquer la version. Si les détails dans lesquels nous sommes entrés sont difficiles à suivre dans une simple lecture, ils s'éclairciront beaucoup en face d'un mannequin.

### § III. — Mécanisme.

Lorsque le tronc se présente au détroit supérieur, l'accouchement requiert presque toujours l'intervention de l'art. Dans quelques cas rares, cependant, et que l'on doit considérer comme tout à fait exceptionnels, la nature se suffit à elle-même. Alors l'expulsion du fœtus peut avoir lieu de deux manières : ou bien, en effet, sous l'influence des seules contractions utérines, l'épaule qui se présente est chassée du détroit supérieur pour faire place à une des extrémités du fœtus; il y a alors changement de présentation, et l'on désigne ce fait sous le nom de *version spontanée*; ou bien l'épaule qui se présente descend dans l'excavation, s'engage la première au détroit inférieur, et malgré cela, le siège, balayant toute la face antérieure du sacrum et du périnée, vient le premier se dégager au devant de la commissure postérieure de la vulve : c'est ce dernier mécanisme qu'on a nommé *évolution spontanée*.

#### 1<sup>o</sup> Version spontanée.

Lorsque, le travail étant commencé, les membranes ne sont pas encore rompues, le fœtus jouit parfois d'une très-grande mobilité dans la cavité amniotique. On conçoit facilement que, dans ces cas, il puisse sans peine, avant l'écoule-

ment du liquide amniotique, changer de position; car on l'a vu présenter ainsi, durant la première période du travail, les différents points de sa surface extérieure. Tantôt c'est la tête qui remonte pendant que les fesses descendent; tantôt, au contraire, ce sont les fesses qui s'élèvent vers le fond de l'utérus, et la tête qui vient se placer au détroit supérieur. On a dû, par conséquent, admettre deux variétés de version spontanée : 1<sup>o</sup> la *version spontanée céphalique*; 2<sup>o</sup> la *version spontanée pelvienne*.

C'est le plus souvent avant ou peu de temps après la rupture des membranes qu'a lieu la version spontanée; cependant, dans certains cas, elle s'est opérée longtemps encore après l'écoulement des eaux. Le fait suivant, rapporté par M. Velpeau, donnera une idée très-exacte de ce qui a lieu dans ces cas : « Une jeune femme, enceinte pour la seconde fois, entra à l'hôpital à dix heures du matin. Le col était encore peu dilaté; toutefois je pus reconnaître l'épaule gauche en seconde position. Les eaux ne s'écoulèrent qu'à trois heures de l'après-midi; je ne voulus point aller à la recherche des pieds : les douleurs n'étaient ni très-fortes, ni très-fréquentes, et je n'étais pas sans quelque confiance dans les assertions de Denman. A huit heures, l'épaule est sensiblement rejetée vers la fosse iliaque gauche, et je puis facilement sentir l'oreille à droite. A onze heures, la tête est presque au centre de l'orifice, l'énergie des contractions est augmentée, et le col est complètement effacé. A minuit, le vertex s'abaisse, la tête s'engage, et dans l'espace d'une heure le vertex est expulsé en position occipito-cotyloïdienne droite (1). »

Cette observation, dans laquelle la marche du travail a été suivie et décrite pas à pas, est très-propre à faire comprendre le mécanisme suivant lequel s'opère la version spontanée céphalique. On conçoit facilement que les choses se passeraient de la même manière si le siège, au lieu de la tête, descendait vers le détroit supérieur; et, dans ce cas, par exemple, l'épaule, au lieu d'être chassée vers la fosse iliaque gauche, aurait été poussée vers le côté droit de la mère. On aurait vu successivement paraître au détroit supérieur le côté de la poitrine, des lombes, la hanche et la fesse gauches, et le siège s'engager dans l'excavation.

Dans la présentation de l'épaule, le bras et la main peuvent pendre dans le vagin et même hors de la vulve. Cette dernière circonstance n'exclut pas la possibilité de la version spontanée. Seulement il est bon de se rappeler que le bras peut alors remonter complètement dans la cavité utérine, ce qui arrivera presque certainement, si c'est l'extrémité pelvienne qui descend dans l'excavation; mais qu'il peut aussi se placer sur un des côtés du bassin, et laisser descendre la tête à côté de lui : la présentation de l'extrémité céphalique se compliquera alors de la procidence du bras et de la main.

(1) Je ne ferai qu'une courte observation. La conduite de M. Velpeau est légitimée par le désir qu'il avait de vérifier des opinions à cette époque (en 1825) en litige; mais les jeunes praticiens doivent se garder de pareils expérimentations. Entre les mains d'un homme tel que M. Velpeau, la version, à une époque avancée du travail, eût été chose facile; mais il ne faut jamais oublier que, dans les présentations du tronc, le moment le plus favorable à la version artificielle est celui qui est le plus rapproché de la rupture des membranes.

Dans l'état actuel de la science, il est assez difficile d'indiquer les causes sous l'influence desquelles c'est tantôt la tête, tantôt le siège qui, dans les cas de version spontanée, vient ainsi prendre la place qu'occupait l'épaule au détroit supérieur. Toutefois je suis porté à penser que l'irrégularité des contractions n'y est pas étrangère. Nous parlerons plus loin de ce que les accoucheurs allemands ont décrit sous le nom de *contractions partielles de la matrice*. Nous verrons que dans certains cas l'organe semble ne se contracter que dans une certaine partie de son étendue, l'autre se resserrant avec beaucoup moins de force, et même restant complètement inerte. Eh bien, sans pouvoir citer aucun fait à l'appui de mon opinion, je crois fortement que c'est dans une semblable condition des parois utérines que doit surtout s'opérer la version spontanée. Si l'on suppose en effet que, le fœtus étant placé en position céphalo-iliaque gauche de l'épaule droite, le côté gauche de la matrice se contracte seul, le côté droit restant inerte, on comprendra facilement que tout l'effort expulseur, s'exerçant alors sur la tête, aura pour résultat de l'abaisser vers le centre du détroit supérieur. Ce mouvement de l'extrémité céphalique sera d'autant plus facile que l'inertie de la paroi latérale droite de l'utérus n'opposera aucun obstacle à l'élévation de l'extrémité pelvienne. Que si, au contraire, dans la même position du fœtus le côté droit de la matrice se contractait seul, il est évident que le siège seul recevrait l'impulsion des efforts utérins et que l'on verrait s'opérer la version spontanée podalique (1).

#### 2° Évolution spontanée.

Le mécanisme de l'évolution spontanée est beaucoup mieux connu, et nous retrouvons dans sa description toutes les divisions du mécanisme de l'accouchement naturel dans les présentations du sommet et de la face.

M. Velpeau a également admis une évolution spontanée céphalique, et une évolution spontanée pelvienne. Nous ne concevons l'évolution spontanée céphalique que dans les avortements, ou dans les cas où le fœtus est complètement putréfié. Aussi ne parlerons-nous que de l'évolution pelvienne.

Soit, par exemple, une première position de l'épaule droite (céphalo-iliaque gauche de l'épaule droite). Nous nous rappelons que, dans cette variété, l'extrémité céphalique est placée dans la fosse iliaque gauche, le siège dans la fosse iliaque droite, le plan dorsal du fœtus est en avant, son plan sternal en arrière. Son grand axe est à peu près placé dans la direction du diamètre transverse.

Immédiatement après la rupture des membranes, le liquide amniotique s'écoule presque en totalité. L'utérus revient fortement sur lui-même, et, pressant de toutes parts sur le tronc du fœtus, tend à engager la partie qui se présente dans l'excavation.

A. *Premier temps. Pelotonnement.* — Sous l'influence des contractions utérines, le grand axe du fœtus se fléchit fortement sur le côté opposé à celui qui

(1) Je dois à la vérité de dire que déjà Wigand avait avant moi donné une explication semblable.

se présente; dans le cas que nous étudions, la tête est renversée sur le côté gauche, le siège sur la hanche du même côté.

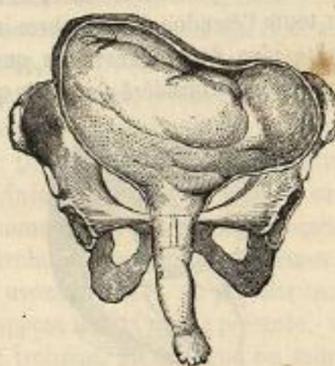


FIG. 88. — Première position de l'épaule droite.

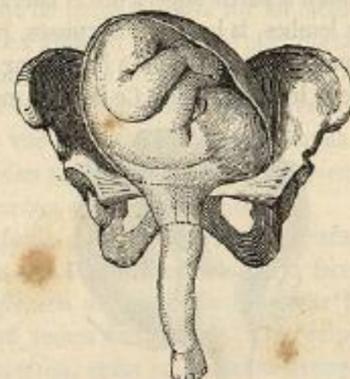


FIG. 89. — Même position pendant le mouvement de descente.

E. *Deuxième temps. Engagement.* — Commence alors un second temps: à mesure que les contractions se renouvellent, l'épaule tend de plus en plus à se rapprocher du détroit inférieur, et le tronc du fœtus, ployé en double, s'engage profondément dans l'excavation. Mais ici se présente la même difficulté que dans les positions de la face (voy. *Position de la face*). Il est impossible à l'épaule, le tronc étant ainsi placé transversalement, d'arriver jusqu'au détroit inférieur sans que la tête s'engage avec le tronc dans l'excavation, ou bien sans que le côté du cou soit assez long pour mesurer toute la longueur de la paroi latérale de l'excavation. Or, nous avons vu que cela était impossible (voy. *Mécanisme des positions de la face*). Le mouvement de descente de l'épaule est donc borné par la longueur du cou.

C. *Troisième temps. Rotation.* — Survient alors un mouvement de rotation, par suite duquel le grand axe du tronc de l'enfant, qui était placé transversalement, se place dans une direction presque antéro-postérieure, de manière que l'extrémité céphalique est placée au-dessus de la branche horizontale du pubis, près de l'épine de cet os, et le siège au-dessus ou plutôt au devant de la symphyse sacro-iliaque. Ce mouvement de rotation étant opéré, le mouvement de descente peut maintenant se compléter, puisque le côté du cou se place derrière la symphyse des pubis, dont il peut mesurer toute la longueur. Aussi voit-on apparaître à la vulve tout l'avant-bras et le bras, et le bras et l'épaule venir se placer sous la symphyse des pubis.

D. *Quatrième temps. Dégagement du tronc.* — Sous l'influence d'efforts utérins très-considérables, le tronc, ployé en double, est poussé tout entier dans l'excavation; l'épaule ne peut plus descendre, parce qu'elle est arrêtée par le peu de longueur du cou. La force expulsive agit alors sur l'extrémité pelvienne, qui, poussée de plus en plus vers le plancher du bassin, parcourt toute la face antérieure du sacrum, appuie, déprime et pousse fortement en avant le périnée:

bientôt la vulve s'entr'ouvre, et l'acromion restant toujours placé sous la symphyse, on voit apparaître au devant de la commissure postérieure de la vulve d'abord la partie supérieure et latérale de la poitrine, la partie inférieure, le côté des lombes, la hanche, les cuisses, puis enfin toute l'étendue des membres inférieurs qui se déploient à l'extérieur : il ne reste plus dans l'excavation que la tête et le bras gauche. Ce dernier mouvement doit être considéré comme le qua-



FIG. 90. — Position du fœtus après le mouvement de rotation, et au moment où commence le mouvement de dégagement.



FIG. 91. — Même position, dégagement plus avancé.

trième temps du travail, et être nommé *temps de déflexion* ou de dégagement. Il a pour centre l'épaule placée sous la symphyse, et, si de ce centre on tire des lignes qui viendront aboutir à tous les points du côté du fœtus, on aura tous les rayons qui franchissent le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur.

E. *Cinquième temps. Rotation de la tête.* — Le tronc étant dégagé, on retrouve dans l'évolution spontanée les mêmes conditions que dans l'accouchement par le siège. Au cinquième temps, la tête subit donc un mouvement de rotation qui ramène l'occiput derrière l'articulation des pubis.

F. *Sixième temps. Expulsion de la tête.* — Enfin, dans le dernier temps, la tête se dégage comme dans l'accouchement par le siège.

Tel est très-exactement le mécanisme suivant lequel s'opère l'évolution spontanée, dans le cas où le plan postérieur du fœtus était primitivement en avant, par conséquent dans la première position de l'épaule droite, et dans la seconde de l'épaule gauche. Il n'y aurait de différence, pour cette dernière, que dans le mouvement de rotation qui s'opérerait en sens contraire, c'est-à-dire de droite à gauche et d'arrière en avant pour la tête, et de gauche à droite et d'avant en arrière pour le siège.

Mais lorsque le plan sternal du fœtus est primitivement dirigé en avant, comme dans la première de l'épaule gauche et la seconde de l'épaule droite, les choses

se passent un peu différemment. M. P. Dubois, qui a eu l'occasion de voir deux cas semblables, m'a dit que, au moment où le siège se dégageait au devant de la commissure antérieure du périnée, tout le tronc du fœtus éprouva sur lui-même un mouvement de torsion qui ramena encore en avant et en haut le plan dorsal du fœtus, qui, sans ce mouvement de torsion, eût été dirigé vers l'anus. De sorte que, et c'est, il faut l'avouer, une chose bien remarquable, nous retrouvons encore ici la loi générale que nous avons vue régir tout l'accouchement naturel : *Quel que soit le rapport primitif du plan postérieur du fœtus, il vient en définitive se mettre en rapport avec les parties antérieures du bassin.*

Comme je le disais en commençant, il est facile de soumettre le mécanisme de l'évolution spontanée aux mêmes divisions que l'accouchement par la face. Nous avons, en effet, un premier temps de *flexion* du tronc du fœtus sur le côté opposé à celui qui se présente, un second temps de *descente*, interrompu par le troisième mouvement ou temps de *rotation*, enfin un quatrième temps de *déflexion* ou de *dégagement*. Viennent ensuite le cinquième et le sixième temps, pendant lesquels la tête subit d'abord un mouvement de rotation pour être enfin expulsée.

#### § IV. — Pronostic.

Nous répétons encore, parce qu'il nous paraît important que cela reste gravé dans l'esprit, que, dans les présentations du tronc, l'expulsion spontanée du fœtus est un fait tout exceptionnel, et sur lequel, à moins de supposer un avorton, il ne faut jamais compter ; que l'art doit intervenir, dans tous les cas, dès que les conditions nécessaires à cette intervention existent. (Voy. *Version*.)

En consultant, en effet, les faits publiés, même en réfléchissant seulement au mécanisme suivant lequel cette expulsion a lieu, on voit qu'elle doit exposer la femme à un travail des plus douloureux et des plus longs, et le fœtus à une pression tellement violente, que sa mort doit en être souvent la conséquence. Sur cent trente-sept enfants, cent vingt-cinq sont morts, suivant les résultats fournis par M. Velpeau. Il ne faudrait pas croire cependant, comme l'ont fait quelques personnes, que cet accouchement n'est admissible que pour les avortons. Des faits trop nombreux militent contre cette opinion pour qu'on puisse l'admettre encore aujourd'hui. Burns, cherchant à en démontrer la possibilité physique, fait remarquer avec raison que le plus grand diamètre est de cinq pouces et demi (mesure anglaise) ; souvent même ce diamètre peut n'avoir que cinq pouces, c'est-à-dire 13 centimètres et demi, et être réduit, d'une manière assez notable, par la compression que subissent toutes les parties. Pour peu qu'on suppose les dimensions du bassin légèrement au-dessus de l'état normal, il n'y a rien là de physiquement impossible, comme on l'a dit et répété, sans doute sans y avoir mûrement réfléchi.

Les circonstances qui rendront plus facile et plus probable l'évolution spontanée sont : un accouchement avant terme, la petitesse du fœtus, la large conformation du bassin, l'énergie des contractions, le peu de résistance des parties

molles, de nombreux accouchements antérieurs, la facilité avec laquelle la femme accouche ordinairement d'enfants volumineux. Les circonstances opposées la rendront très-difficile, si ce n'est complètement impossible.

## ARTICLE VI

## RÉSUMÉ DU MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT EN GÉNÉRAL.

Rien n'est plus curieux que le mécanisme de l'accouchement, et, quelle que soit la présentation, on retrouve dans les mouvements que le fœtus exécute au moment de son expulsion une uniformité constante qui a excité l'attention de tous les accoucheurs modernes, et parmi eux il faut citer au premier rang MM. P. Dubois et Jacquemier. Après eux M. le professeur Pajot a enfin nettement formulé la loi unique du mécanisme et l'a appliquée à toutes les présentations. « Pour nous, dit cet auteur, tous les accouchements, au point de vue des phénomènes mécaniques, sont soumis à la même loi. Il n'y a réellement qu'un seul mécanisme d'accouchement, quelles que soient la présentation et la position, pourvu que l'expulsion s'exécute spontanément, c'est-à-dire sans intervention de l'art, et se fasse à terme, les avortements ne donnant pas lieu à des expulsions régulières. » (Pajot, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*)

Nous acceptons complètement cette manière de voir, et nous répétons que tous les accouchements spontanés obéissent à la même loi dans leur mécanisme. La partie fœtale est d'abord modifiée dans son volume ou sa direction pour s'adapter à l'ouverture du détroit supérieur, puis elle descend dans l'excavation et tourne au niveau du détroit inférieur pour présenter ses grands diamètres aux grands diamètres du bassin; ce n'est qu'après avoir exécuté cette série de mouvements qu'elle est définitivement expulsée et qu'elle franchit la vulve.

Pour faire passer plus complètement cette simplicité du domaine des faits dans le domaine de la théorie, nous avons pensé qu'il y avait avantage à modifier la classification des différents temps de l'accouchement. Les classifications les plus nouvelles, quoique admirablement simplifiées, manquent en effet d'une uniformité complète et présentent çà et là quelques lacunes et quelques contradictions. C'est ainsi que dans l'accouchement par le sommet ou par la face on décrit cinq temps. Les quatre premiers sont réellement exécutés par la tête, puis on décrit la rotation du tronc dans le cinquième et dernier temps, sans s'arrêter à son expulsion définitive, qu'on ne fait que mentionner. On laisse ainsi dans l'ombre le dégagement du tronc, et l'on expose les élèves à méconnaître une cause importante de dystocie décrite par M. Jacquemier: je veux parler du volume exagéré des épaules. La tête expulsée, on décrit un cinquième temps pour la rotation du tronc; ne convient-il pas d'être logique jusqu'au bout et de décrire un sixième temps pour son expulsion?

Dans l'accouchement par le siège, on décrit habituellement quatre ou même cinq temps: il est utile, en effet, d'admettre avec MM. P. Dubois et Pajot un premier temps pour l'amointrissement et le pelotonnement de la présentation; puis l'engagement, la rotation et l'expulsion du tronc correspondent au deuxième, troisième et quatrième temps. Jusque-là il y a uniformité entre l'accouchement par l'extrémité céphalique et l'accouchement par le siège; mais au cinquième temps on décrit ici pêle-mêle et la rotation intérieure de la tête et son expulsion définitive. Le cinquième temps, qui, dans une nomenclature uniforme, devrait rappeler des choses semblables, semble indiquer qu'il y a une différence notable entre les

différents accouchements. C'est en effet dans ce même cinquième temps que, dans l'accouchement par le sommet, le tronc tourne sans être expulsé, tandis que, dans l'accouchement par le siège, la tête pivote et est expulsée tout à la fois. Il convient, pour faire cesser cette opposition apparente, de dédoubler pour ainsi dire le cinquième temps de l'accouchement par le pelvis et de décrire un cinquième temps pour la rotation intérieure de la tête et un sixième temps pour son expulsion définitive. Réunir ces deux temps en un seul ce serait en effet vouloir confondre deux mouvements aussi différents que le troisième et le quatrième de l'accouchement par le sommet.

Pour faire disparaître ces imperfections, ces contradictions, nous avons décrit six temps dans le mécanisme de chacune des présentations; c'est là une innovation qui a l'avantage de montrer très-nettement que partout ce mécanisme est uniforme. Nous avons déjà développé ces idées dans nos cours, dans le texte de l'*Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchements* de Lenoir, et l'un de nos élèves en a fait le sujet de sa thèse inaugurale. (Granier, *Thèses de Paris*, 1863, n° 98.)

Pour bien comprendre l'uniformité des lois générales du mécanisme de l'accouchement, il faut d'abord remarquer que le fœtus, tel qu'il est pelotonné dans la cavité utérine, les membres accolés au thorax et le cou caché entre la base de la tête et le haut de la poitrine, ne se compose en réalité que de deux parties distinctes: la tête et le tronc. Imaginons pour un instant que ces deux parties soient séparées et indépendantes, et qu'elles se présentent l'une après l'autre, nous aurons quatre temps pour l'expulsion de chacune d'elles. La tête, en effet, se fléchirait, s'engagerait, tournerait et sortirait; le tronc se pelotonnerait, s'engagerait, tournerait et sortirait. Cette succession de phénomènes ne serait en outre nullement modifiée, suivant que l'engagement de la tête précéderait ou suivrait l'engagement du tronc. L'accouchement de chacune des deux parties fœtales offrirait donc à l'observateur des phénomènes similaires, et rien n'est moins surprenant si l'on considère que la coupe de chaque présentation donne à peu près une figure ovale, dont les grands et les petits diamètres doivent s'adapter de la même façon à la courbure et à la forme des voies génitales.

Laissant de côté l'hypothèse, si l'on examine attentivement un fœtus, ce qui frappe tout d'abord, c'est qu'il est véritablement formé de deux masses superposées, la tête et le tronc; mais ces deux parties sont réunies l'une à l'autre par le cou, elles ne peuvent donc pas progresser l'une sans l'autre, et pendant que la première partie qui s'engage exécute ses quatre mouvements d'amointrissement, d'engagement, de rotation et de dégagement, la seconde partie fœtale s'est déjà elle-même pelotonnée et engagée, c'est-à-dire qu'elle a exécuté ses deux premiers mouvements.

D'un autre côté on remarque, en examinant un fœtus, que les grands diamètres des deux parties fœtales superposées (tête et tronc) sont dirigés en sens inverse, d'avant en arrière pour la tête et transversalement pour le tronc. Ces deux grands diamètres se coupent donc à angle droit, ce qui fait que, quand l'une de ces deux masses fœtales sera bien dirigée pour sortir du bassin, l'autre sera dirigée en sens inverse. Ainsi, par exemple, quand la tête se dégage d'avant en arrière à la vulve, les épaules sont transversalement placées au détroit inférieur. De là la nécessité pour la tête et le tronc d'exécuter l'un après l'autre la même série de quelques mouvements mécaniques: rotation, dégagement.

En ne tenant compte que des phénomènes mécaniques apparents et palpables, de ceux que l'accoucheur est appelé à chaque instant à reconnaître, on devra donc successivement observer d'abord les quatre mouvements opérés par la première partie fœtale qui s'engage, puis les deux derniers mouvements de rotation et d'expulsion de la deuxième partie fœtale.