

à la fin de la grossesse; le méconium est expulsé ordinairement dans les heures qui suivent la délivrance; cependant lorsque le fœtus souffre dans l'utérus, cette substance sort prématurément et se dissout peu à peu dans le liquide amniotique (voir plus haut).

Le foie est excessivement volumineux à la naissance; c'est un détail à retenir, car la compression de l'organe pendant l'extraction du fœtus ou le pansement du cordon peut amener des accidents. Le foie sécrète la bile et produit une matière sucrée qui est brûlée dans les tissus et sert ainsi à entretenir la chaleur animale, donc à la nutrition; cette propriété glycogénique du foie a bien été mise en lumière par Claude Bernard.

Certaines membranes séreuses laissent suinter de la sérosité; telles sont les méninges cérébrales et spinales.

Les reins sécrètent bien certainement de l'urine, puisqu'on en trouve dans la vessie au moment de la naissance.

Lorsque parfois l'un des uretères est oblitéré, il se produit de l'hydronéphrose; si l'urètre est imperforé, la vessie se distend fortement et peut même se rompre; ces faits tendraient à faire croire que le fœtus urine déjà dans le liquide amniotique.

On a cependant nié l'*excrétion urinaire*, parce que la quantité d'urée est excessivement minime dans le liquide amniotique; elle n'y est nullement en rapport avec le développement du fœtus et l'on ne peut s'appuyer sur des faits tératologiques pour prouver la réalité d'une fonction normale. La question reste douteuse et de nouvelles recherches sont nécessaires. Il est certain que des matières de régression se forment en certaine quantité dans les tissus; si elles ne sont pas éliminées en totalité par les organes fœtaux, elles doivent passer dans la circulation maternelle, c'est-à-dire que le placenta remplit des *fonctions d'épuration, de sécrétion*, en même temps que celles de nutrition et de respiration, dont nous avons parlé précédemment.

*Innervation.* — Les fonctions du système nerveux sont presque nulles chez l'embryon; elles se développent avec l'accroissement du système musculaire et du cerveau.

Les mouvements apparaissent, en général, vers le milieu de la grossesse; c'est à 4 1/2 mois que la plupart des femmes commencent à les ressentir. Ces mouvements sont intermittents et il n'est pas douteux que, déjà à cette époque, le fœtus a ses moments de veille et de repos. L'excitation par la main de l'accoucheur les ramène ou les augmente, surtout si l'on pince un membre, si l'on applique sur l'abdomen la main trempée dans l'eau froide, ou si l'on projette sur cette partie quelques gouttes de liquide froid.

Certaines femmes, mieux douées ou plus sensibles, perçoivent les mouvements déjà à 4 mois ou même à 3 1/2 mois; d'autres ne les

sentent que plus tard, à 5 mois, à 6 mois ou quand la grossesse est encore plus avancée.

Ces différences tiennent à l'organisation de la femme, à la délicatesse ou à la torpeur de leur système nerveux; elles dépendent aussi de la force et de la fréquence des mouvements du fœtus, de sa vitalité, de sa situation, de sa mobilité (grossesse multiple, hydropisie de l'amnios).

Les mouvements sont plus ou moins accentués, selon l'époque de la grossesse. Nous y reviendrons bientôt.

ATTITUDES DU FŒTUS DANS L'UTÉRUS; PRÉSENTATIONS ET POSITIONS. — On entend par *attitude du fœtus*, la situation respective des différentes parties qui le composent et le rapport qu'elles affectent entre elles; elle indique la façon dont la tête, le tronc et les membres sont placés, s'ils sont fléchis ou étendus, comment ils se trouvent les uns à côté des autres.

La *présentation* fait connaître le rapport entre le grand axe fœtal et le grand axe utérin; elle désigne spécialement la région fœtale qui se trouve en bas, près du détroit supérieur ou déjà engagée dans le haut de l'excavation; c'est la première partie que rencontre le doigt introduit dans le vagin (sommet, face, siège, etc.).

La *position* a pour but de préciser le rapport exact entre la région qui se présente et le contour du bassin; ainsi dans la présentation du sommet, l'occiput peut être dirigé à droite ou à gauche, en avant ou en arrière.

*Attitude du fœtus.* — Dès les premiers moments, on voit l'embryon recourbé sur lui-même et décrivant un arc de cercle, dont la concavité est tournée du côté du thorax et de l'abdomen. Il en est ainsi pendant toute la grossesse.

La flexion l'emporte donc sur l'extension; la tête est inclinée vers la poitrine, les bras sont rapprochés du tronc, les avant-bras sont fléchis et croisés l'un sur l'autre au-devant du thorax, les doigts pliés dans la main sont près du menton; le rachis est infléchi en avant, le dos est fortement convexe en arrière, tandis que le tronc offre une concavité antérieure notable; les cuisses sont relevées sur l'abdomen, de sorte que les genoux ne sont pas éloignés du menton; les jambes sont fléchies et ordinairement croisées l'une sur l'autre au-devant des cuisses; les pieds sont relevés vers les jambes et les talons sont presque accolés aux fesses. Cette attitude ressemble à celle du tailleur accroupi sur sa table de travail.

Le cordon est d'habitude bien abrité dans l'espèce de creux laissé libre par les membres au-devant du fœtus.

Le fœtus, replié sur lui-même, comme nous venons de l'indiquer, occupe le plus petit volume possible et forme une sorte d'ovoïde dont la grosse extrémité est représentée par le siège doublé des membres inférieurs.

La longueur (ou grand axe) de cet ovoïde, aux différentes époques de la grossesse, est d'un peu plus de la moitié de la longueur totale du fœtus; à terme, elle est en moyenne de 30 à 32 centimètres. La largeur est donnée par l'étendue transversale des trois régions importantes, c'est-à-dire par les diamètres bi-pariétal (9 1/2), bis-acromial (12), bi-trochantérien (9). L'épaisseur comprend les diamètres antéro-postérieurs des mêmes parties, c'est-à-dire l'occipito-frontal (11 1/2), le sterno-dorsal (9 1/2), augmenté par la présence des avant-bras, le sacro-tibial (12).

*Anomalies dans l'attitude.* — La flexion est l'état constant, mais certaines parties peuvent changer un peu de rapport; ainsi les bras sont parfois élevés sur les côtés de la face ou du crâne, même repliés au-dessus du sommet; les jambes ne sont pas toujours croisées, dans certains cas l'une ou l'autre ou bien toutes les deux sont étendues et alors un ou deux pieds sont près de la tête; d'autres fois, les cuisses sont étendues et les jambes restent fléchies; on voit aussi les membres inférieurs presque complètement étendus, mais seulement lorsque le siège est en bas. On a prétendu que la tête pouvait également être plus ou moins défléchie. Nous reviendrons sur toutes ces modifications en parlant des présentations et des procidences.

Le cordon est aussi sujet à une série de déplacements, surtout quand il présente une longueur exagérée; il peut s'enrouler autour du cou, du tronc, des membres; ces tours de cordon, appelés *circulaires*, sont plus ou moins serrés, uniques ou multiples; ils peuvent entraîner divers accidents que nous examinerons plus tard.

*Causes de l'attitude du fœtus.* — Ces causes sont primordiales et accidentelles; elles résultent de véritables nécessités de développement, sans lesquelles la vie serait fortement compromise, sinon impossible. C'est ainsi que dès le début on constate la forme recourbée de l'embryon, la flexion existe déjà au commencement et c'est vers la concavité de la tache embryonnaire que se forment les principaux organes: c'est là, en effet, qu'il y a du liquide, de l'espace; c'est là que les parties sont à l'aise et peuvent s'accroître en toute liberté. Au contraire, la convexité du dos est appliquée sur les membranes et sur les parois utérines; il pourrait y avoir de ce côté compression et grande difficulté de circulation et d'expansion.

Dans la première moitié de la grossesse, la flexion existe donc, mais le liquide amniotique est abondant relativement au fœtus, celui-ci y est à l'aise, les membres flottent à côté du corps.

Plus tard, il n'en est plus de même; dans les deux derniers mois surtout, le fœtus est à l'étroit dans la cavité utérine; il doit se pelotonner, se resserrer de façon à faire le plus petit volume possible, et c'est pourquoi les membres sont maintenus dans la

flexion et intimement appliqués sur le tronc. L'étroitesse de la cavité abdominale, la résistance des parois du ventre viennent ajouter leur action à celle de la matrice.

De ces deux ordres de causes, les premières ne manquent jamais et sont de l'essence même de notre existence. Les deuxièmes peuvent être plus ou moins marquées ou même faire absolument défaut: ainsi, lorsque le liquide amniotique est très abondant, lorsque les parois abdominales et utérines sont très lâches, lorsque le fœtus est peu développé, etc., il n'y a plus autant de raisons pour que l'attitude soit aussi rigoureuse.

*Présentations.* — Le grand axe de l'ovoïde fœtal coïncide le plus souvent avec le grand axe de la matrice (994 fois sur 1000), la présentation est dite alors *verticale ou longitudinale*; dans des cas assez rares (6 fois sur 1000), le grand axe fœtal correspond au diamètre transverse de l'utérus, la présentation est appelée *transversale*.

Toutes les parties du fœtus peuvent se trouver en bas, en rapport avec le détroit supérieur; cependant, dans les conditions ordinaires, il y a plus spécialement certaines régions qui viennent se placer à l'entrée du bassin, dans des situations bien déterminées; ces présentations principales sont au nombre de cinq: le *sommet*, la *face*, l'*extrémité pelvienne* et les *deux épaules*; les trois premières sont longitudinales, les deux dernières sont transversales.

1° Dans le plus grand nombre des cas (950 fois sur 1000), l'extrémité céphalique est en bas et elle est fléchie, de sorte que la voûte du crâne est en rapport avec le détroit abdominal ou engagée dans le haut de l'excavation; c'est ce qu'on appelle la *présentation du sommet*.

2° Exceptionnellement, l'extrémité céphalique est défléchie et la face vient en avant; ces *présentations de la face* sont les plus rares de toutes; on en voit à peine 4 sur 1000 accouchements.

3° L'extrémité pelvienne occupe la partie inférieure de l'utérus 40 fois sur 1000. Le plus souvent alors, les jambes sont relevées ainsi que les cuisses au-devant du plan abdominal; c'est ce qu'on désigne sous le nom de *présentation du siège ou des fesses*; c'est elle que l'on a en vue quand on parle de la *présentation du pelvis* sans autre désignation; dans ces conditions, le siège du fœtus est doublé des cuisses et l'on dit vulgairement que l'enfant vient plié en deux, ou en double.

Parfois les membres inférieurs sont tout à fait défléchis et les pieds viennent en avant; ce mode particulier de présentation pelvienne constituait jadis la *présentation des pieds*.

D'autres fois, l'extrémité pelvienne est aussi complète que possible, les cuisses sont fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses, de sorte que les pieds sont accolés au-devant des fesses. On dit alors qu'il y a *présentation du pelvis en masse* ou de *l'extrémité pelvienne complète*.

Dans des circonstances fort exceptionnelles, les cuisses sont

*'''' se llama presentacion el abscamiento de alguna parte fetal con el estrecho superior de la pelvis materna*  
*Quintero*

étendues et les jambes fléchies, les genoux sont donc en bas; c'est la *présentation des genoux des anciens auteurs*.

En résumé, l'extrémité pelvienne peut être *complète* ou *décomplétée*; lorsqu'elle est décomplétée, les fesses, les pieds ou les genoux se présentent les premiers au doigt explorateur.

Dans ces quatre conditions, ou *modes pelviens*, comme on les appelle, les phénomènes de l'accouchement diffèrent peu; c'est pourquoi on les réunit d'habitude sous la seule dénomination de *présentation de l'extrémité pelvienne*. (1)

4° et 5° Lorsque le fœtus est situé transversalement, ce qui arrive environ 6 fois sur 1000 accouchements, l'un ou l'autre côté, ou *plan latéral*, se trouve en bas dans l'immense majorité des cas; cependant tous les points du tronc peuvent être rencontrés au détroit abdominal; on y a vu le dos, la poitrine, les lombes, les flancs, même le ventre. Comme l'épaule est la région qui s'adapte le mieux au segment inférieur de l'utérus, c'est elle qui s'y place le plus souvent, ou y est amenée par les contractions; aussi les présentations transversales sont-elles généralement appelées *présentations de l'épaule*.

Dans toutes ces conditions, l'accouchement est impossible, puisque le grand axe de l'ovoïde fœtal est plus que double des diamètres du bassin qu'il devrait traverser; le chirurgien doit donc toujours intervenir, et c'est pourquoi ces présentations portent également le nom de *vicieuses* ou *contre-nature*. Ainsi, dans le langage obstétrical ordinaire, on dit indifféremment: présentation du tronc, du plan latéral, de l'épaule, vicieuse, transversale, latérale.

Ces présentations sont au nombre de deux, *la droite et la gauche*, selon qu'il s'agit de l'un ou de l'autre côté. Le bras et l'avant-bras s'étendent assez souvent et la main arrive dans le col, le vagin ou à l'extérieur; parfois l'avant-bras reste fléchi, tandis que le bras s'est éloigné du tronc, le coude vient alors en avant.

Certains auteurs désignent ces modifications sous les noms de *présentations de la main* ou *du coude*, mais elles n'ont pas assez d'importance pour mériter des noms spéciaux et la plupart se contentent de les indiquer en disant *présentations de l'épaule avec issue* (ou descente) *de la main* ou *du coude*.

Tableau des présentations.

Longitudinales, verticales ou des extrémités	}	extrémité céphalique fléchie, présentation du sommet
		» » défléchie, » de la face
Transversales, latérales ou du tronc	}	pelvienne { complète, siège en masse
		} décomplétée { mode des fesses
		» des genoux
		plan latéral droit, épaule droite
		plan latéral gauche, épaule gauche.

(1) Es importante saber que en los multiparas se encasura en los últimos quince días el extremo pélvico; tal es un caso de la práctica del Dr. Cuthbertson

*Anomalies.* — Toutes ces présentations sont *franches* ou *régulières*, lorsque la partie fœtale (sommet, face, siège, épaule) est bien d'aplomb dans l'aire du détroit supérieur et affecte avec lui les rapports que nous indiquerons plus tard. Elles deviennent *inclinées* ou *irrégulières* dans le cas contraire, et donnent alors naissance aux *variétés* sur lesquelles nous reviendrons en parlant des phénomènes mécaniques du travail.

Il ne faut pas confondre les *variétés de présentation* avec les *variétés de position*: les 1<sup>res</sup> indiquent une *inclinaison* de la partie fœtale qui se présente et les 2<sup>des</sup> la *situation antérieure* ou *postérieure* du point de repère choisi sur cette partie fœtale.

*Fréquence.* — 1° La présentation du sommet est incomparablement la plus commune; P. Dubois l'a rencontrée 1913 fois sur 2022 accouchements; M<sup>me</sup> Boivin 19,730 fois sur 20,517 naissances; Depaul 15,119 fois sur 16,233 accouchements faits à la clinique de Paris, dans l'espace de 20 ans. Dans notre service de la Maternité de Liège, de 1890 à 1895, sur 2,493 accouchements il y a eu 2296 présentations du sommet.

2° La présentation du siège arrive en 2<sup>e</sup> ligne comme fréquence; sur les chiffres que nous venons d'indiquer, elle a été observée 85 fois par Dubois, 611 fois par Boivin, 633 fois par Depaul et 115 fois par nous.

Le mode des fesses se voit le plus souvent, puis viennent les pieds, et enfin le siège en masse et les genoux. Les 611 présentations pelviennes de M<sup>me</sup> Boivin comprennent 373 modes des fesses, 234 des pieds et seulement 4 des genoux; les 85 de Dubois se décomposent comme suit: fesses, 54; pieds, 26; pelvis en masse, 5; genoux, 0; et les 115 de Liège ont donné: fesses, 66; pieds, 10; en masse, 24; inconnues, 15.

3° La présentation de l'une ou l'autre épaule est rare; elle a été notée 13 fois par Dubois; 189 fois par Depaul; 45 fois à Liège; M<sup>me</sup> Lachapelle a trouvé 68 présentations transversales sur 15,652 accouchements.

La présentation de la face est encore plus rare que celle de l'épaule; elle n'a été notée que 9 fois dans la statistique de Dubois, 93 fois dans celle de Depaul, 72 fois dans celle de Lachapelle, 17 fois dans la nôtre. Pinard, en compulsant les registres de la Maternité de Paris, a trouvé 330 présentations de la face sur 81,711 accouchements (soit 1 sur 247).

Elle paraît un peu moins rare en Allemagne; ainsi on en a compté, à Vienne, 44 cas sur 7,835 accouchements; à Prague, 68 sur 8514; à Göttingue, 39 sur 7104. Winckel, sur 242,791 accouchements, nota 1534 présentations de la face (soit 1 sur 158).

L'examen d'une série de statistiques a permis à M. Tarnier d'établir le tableau suivant, en regard duquel nous plaçons le pourcentage de la Maternité de Liège.

Tableau Tarnier.

	19 fois sur	20 acc <sup>ts</sup>	921 pour 1000 accouchements
Sommet	1	»	»
Siège	1	»	»
Tronc	1	»	»
Face	1	»	»
Inconnu	—	—	»

Statistique Maternité de Liège.

En faisant un résumé de différents travaux, voici le tableau que nous croyons pouvoir recommander ; il n'est qu'approximatif, comme toutes les moyennes de ce genre, mais présente le grand avantage d'être fort simple et facile à retenir :

Sur 1000 accouchements, on a chance de rencontrer	le sommet	950 fois	fesses	26
	le siège	40 »	pieds	12
	l'épaule	6 »	en masse	1
	la face	4 »	genoux	1

*Positions.* — Pour indiquer le rapport du contour du bassin avec la partie qui se présente, il faut bien choisir des points de repère ; voici ceux qui sont généralement adoptés : *du côté du bassin*, le pubis directement en avant, le sacrum directement en arrière, les os iliaques à droite et à gauche ; *du côté du fœtus*, l'occiput pour le sommet, le menton pour la face, le sacrum pour le siège, l'acromion pour l'épaule.

Prenons d'abord la présentation du sommet. L'occiput peut regarder directement en avant ou directement en arrière, la position est alors *occipito-pubienne* ou *occipito-sacrée*. Mais l'observation démontre qu'au *détroit supérieur* ces positions n'existent pas, ce qui se comprend, puisque dans ces cas une tumeur dure, arrondie, glissante (front ou occiput) se trouverait en contact avec une autre saillie semblable (l'angle sacro-vertébral) ; il devrait certainement y avoir déplacement de l'une ou de l'autre et comme le promontoire est fixe, c'est la région fœtale qui changerait de situation.

Nous pouvons donc affirmer que la configuration ordinaire du détroit abdominal oblige l'occiput à se tourner à droite ou à gauche vers l'un des os iliaques.

Les positions publiennes et sacrées ne pourraient se comprendre que dans les bassins cyphotiques (voir plus bas) ; dans ces cas, le diamètre occipito-frontal serait dans le sacro-pubien.

Mais il y a un autre motif plus important pour que l'occiput ne soit pas directement en avant ou en arrière ; nous l'indiquerons plus loin en parlant de l'accommodation ; il s'applique aux présentations du siège et de la face aussi bien qu'à celles du sommet.

Si l'occiput est dirigé vers le côté gauche, la position est appelée *occipito-iliaque gauche* ; lorsqu'il regarde de l'autre côté, c'est une

*occipito-iliaque droite*. Mais l'occiput tourné à gauche peut regarder plus ou moins en avant, directement sur le côté, ou plus ou moins en arrière, c'est-à-dire que le diamètre occipito-frontal est parallèle au diamètre oblique gauche, au diamètre transverse ou au diamètre oblique droit : de là trois variétés d'occipito-iliaques gauches ; l'*antérieure*, la *transversale* et la *postérieure*. Comme l'occipito-iliaque droite se trouve dans les mêmes conditions, on a le tableau suivant des positions du sommet, qu'on désigne d'habitude par les premières lettres des quatre mots qui les composent :

Sommet	occipito-iliaque gauche	antérieure	O I G A.
		transversale	O I G T.
		postérieure	O I G P.
	occipito-iliaque droite	antérieure	O I D A.
		transversale	O I D T.
		postérieure	O I D P.

Ce que nous venons de dire du sommet, s'applique exactement à la face, au siège, à l'épaule ; nous devons donc compléter comme suit le tableau des positions :

Face	mento-iliaque gauche	antérieure	M I G A.
		transversale	M I G T.
		postérieure	M I G P.
	mento-iliaque droite	antérieure	M I D A.
		transversale	M I D T.
		postérieure	M I D P.
Siège	sacro-iliaque gauche	antérieure	S I G A.
		transversale	S I G T.
		postérieure	S I G P.
	sacro-iliaque droite	antérieure	S I D A.
		transversale	S I D T.
		postérieure	S I D P.
Épaule droite	acromio-iliaque gauche	antérieure	A I G A.
		transversale	A I G T.
		postérieure	A I G P.
	acromio-iliaque droite	antérieure	A I D A.
		transversale	A I D T.
		postérieure	A I D P.
Épaule gauche	acromio-iliaque gauche	antérieure	A I G A.
		transversale	A I G T.
		postérieure	A I G P.
	acromio-iliaque droite	antérieure	A I D A.
		transversale	A I D T.
		postérieure	A I D P.

*Remarques.* — 1<sup>o</sup> Cette nomenclature anatomique et uniforme a le grand avantage d'être facile à retenir et de rappeler constamment à

l'esprit la situation respective des parties maternelles et fœtales. D'une façon générale, c'est elle qui doit être suivie; d'autres dénominations ont cependant été employées par différents auteurs et il faut bien que nous les indiquions.

2° M. Depaul remplace le mot *iliaque* par *latérale*; ainsi il dit *occipito-latérale gauche* au lieu de *occipito-iliaque gauche*. On pourrait du reste retrancher complètement le mot *iliaque*, puisqu'il existe partout, et dire simplement: *occipito-gauche antérieure*, *mento-droite transversale*, *sacro-droite postérieure*, etc. Quand la présentation est indiquée, le point de repère fœtal devient aussi inutile et l'on peut se contenter, par exemple, de dire *une présentation du sommet en droite postérieure*; on sait, en effet, qu'il s'agit ici d'une O I D P.

3° M. Depaul a choisi le front comme point de repère sur la face, de sorte qu'il a des *fronto-iliaques* au lieu des *mento-iliaques*; alors, le front étant du côté opposé au menton, les noms changent, ainsi la *fronto-iliaque gauche antérieure* correspond à la *mento-iliaque droite postérieure*, etc.

4° Certains auteurs prennent sur le bassin des points de repère qui se trouvent à peu près aux extrémités des diamètres obliques: en avant, la cavité cotyloïde; en arrière, la symphyse sacro-iliaque; ainsi, dans une O I G A, l'occiput se trouvant en rapport avec le plancher de la cavité cotyloïde gauche, ils disent *occipito-cotyloïdienne gauche* (O C G); dans un O I D P, l'occiput étant au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite, ils disent *occipito-sacro-iliaque droite* (OSID).

5° Quelques auteurs admettent la présentation des pieds et prennent comme point de repère le talon ou calcanéum; on a donc alors des *calcanéo-iliaques* gauches ou droites, antérieures, transversales ou postérieures.

6° La plupart, depuis Ahlfeld, admettent et décrivent la *présentation du front*. C'est là un véritable abus de langage: c'est une présentation de la face en variété frontale, ainsi que nous le montrerons.

7° Plusieurs désignent les positions par des numéros d'ordre, selon leur fréquence: ainsi l'occiput et le sacrum étant beaucoup plus souvent tournés à gauche qu'à droite, toutes les positions gauches sont appelées 1<sup>res</sup> positions; les droites, 2<sup>des</sup> positions. Selon que le point de repère est plus ou moins en avant ou en arrière, on a les variétés antérieures, transversales ou postérieures. Ainsi, l'on a pour le sommet:

	Variété antérieure correspondant à l'occipito-iliaque gauche antérieure				
1 <sup>re</sup> position	»	transversale	»	»	transversale
	»	postérieure	»	»	postérieure
	»	antérieure	»	»	droite antérieure
2 <sup>e</sup> position	»	transversale	»	»	transversale
	»	postérieure	»	»	postérieure

De même pour les positions du siège.

Mais pour la face, les positions droites sont plus communes que les gauches; de sorte que l'on a:

	Variété antérieure correspondant à la mento-iliaque droite antérieure				
1 <sup>re</sup> position	»	transversale	»	»	transversale
	»	postérieure	»	»	postérieure
	»	antérieure	»	»	gauche antérieure
2 <sup>e</sup> position	»	transversale	»	»	transversale
	»	postérieure	»	»	postérieure

On voit que cette nomenclature *numérative* peut amener de la confusion dans l'esprit, puisqu'elle donne le nom de 1<sup>res</sup> positions aux gauches du sommet et du siège en même temps qu'aux droites de la face. C'est pourquoi quelques-uns préfèrent comprendre dans les 1<sup>res</sup> positions toutes les gauches et dans les 2<sup>des</sup> toutes les droites, sans distinction. Nous nous rallions à ce système.

D'autres accoucheurs ont voulu pousser la méthode *numérative* plus loin encore et désignent chaque variété de position par un numéro d'ordre, selon leur fréquence relative. L'occipito-iliaque gauche étant la plus commune, constitue la 1<sup>re</sup> position; l'occipito-iliaque droite postérieure est la 2<sup>e</sup> position; mais tandis que les uns appellent 3<sup>e</sup> position l'occipito-iliaque droite antérieure et la 4<sup>e</sup> position l'occipito-iliaque gauche postérieure, les autres intervertissent les rôles parce que les statistiques ne s'accordent pas sur leur fréquence respective. Cette exagération de la méthode conduit donc à des équivoques et doit être absolument rejetée.

8° Les positions transversales sont rares; on ne les observe guère que dans les bassins aplatis et lorsque le ventre est en besace; d'un autre côté, les gauches postérieures et les droites antérieures sont également exceptionnelles; de sorte qu'en pratique on rencontre, dans l'immense majorité des cas (92 fois sur 100), l'occiput à gauche et en avant (2 fois sur 3) ou à droite et en arrière (1 fois sur 3). Cela fait que l'on se contente souvent de dire: 1<sup>re</sup> position du sommet, pour occipito-iliaque gauche antérieure, et 2<sup>e</sup> position du sommet, pour occipito-iliaque droite postérieure. On emploie les mêmes abréviations pour la face et le siège.

9° Dans les présentations de l'épaule, il n'importe nullement que l'acromion soit un peu plus en avant ou en arrière; aussi tous les auteurs sont-ils d'accord pour ne pas s'occuper des variétés de position et n'admettre que les cas suivants:

Épaule droite	{	en acromio-iliaque gauche, ou en 1 <sup>re</sup> position
		» » » droite, » 2 <sup>e</sup> »
Épaule gauche	{	en acromio-iliaque gauche, ou en 1 <sup>re</sup> position
		» » » droite, » 2 <sup>e</sup> »

Comme la tête se trouve toujours dans la fosse iliaque voisine de