

Nous avons vu que les occipito-antérieures gauches sont plus communes que les occipito-postérieures droites et qu'en général, dans toutes les présentations, les dorso-antérieures sont les plus fréquentes. C'est qu'en effet la convexité dorsale s'accommode mal à la convexité de la colonne vertébrale, tandis que celle-ci peut, si le dos est en avant, trouver une place pour se loger dans l'espèce de creux qui existe sur le plan antérieur de l'ovoïde fœtal.

Ainsi le fœtus sera le mieux à l'aise lorsqu'il se trouvera en O I G A. On ne doit donc pas s'étonner si mécaniquement ou à la suite de mouvements réflexes ou instinctifs, il se trouve placé de cette façon dans la grande majorité des cas.

REMARQUES. — 1° Lorsque le sommet est engagé dans le détroit supérieur, le diamètre O F est parallèle à l'oblique gauche du bassin, tandis que le B P plus petit se trouve dans l'oblique droit, qu'il s'agisse d'une O I G A ou d'une O I D P. C'est qu'en effet sur le bassin osseux le diamètre oblique gauche est un peu plus long que l'oblique droit, et que de plus celui-ci est encore diminué par la présence du rectum en arrière et à gauche.

2° La même observation s'applique aux présentations du siège en masse, car le plus grand diamètre de celui-ci est le sacro-tibial; donc le sacrum devra être en avant et à gauche, ou en arrière et à droite. Tarnier a tort de rejeter cette influence, en prétextant que la hanche postérieure va s'appuyer sur le rectum; il oublie que le bi-trochantérien est plus petit que le sacro-tibial; au surplus, le siège est rarement engagé avant le début du travail et, dès que les contractions surviennent, si même les jambes remontent au-devant du tronc, le fœtus est immobilisé jusqu'à certain point dans la position qu'il occupait précédemment.

3° Pour la face, les conditions sont les mêmes, puisque le mento-sincipital est plus long que le bi-temporal.

4° Il ne faut pas oublier que sur le bassin revêtu des parties molles, le diamètre bis-iliaque est égal ou même plus petit que les diamètres obliques (voir page 57). C'est déjà un motif pour que l'occipito-frontal se place plutôt dans un des diamètres obliques que dans le transverse. Il faut, de plus, remarquer que si l'occipito-frontal se trouvait dans le bis-iliaque, il serait comme celui-ci plus rapproché du promontoire que de la symphyse pubienne et la bosse pariétale postérieure irait buter sur l'angle sacro-vertébral; ces deux saillies arrondies et lubrifiées ne peuvent rester en contact, la bosse pariétale doit glisser d'un côté ou de l'autre. Il n'est donc pas étonnant, même en tenant compte du refoulement possible des psoas, que les positions transversales soient rares, surtout quand le promontoire est trop proéminent, comme dans les bassins rachitiques aplatis.

Cependant certains auteurs admettent que les positions transversales se rencontrent spécialement dans ces cas; ils pensent que le diamètre bi-pariétal peut alors trouver place à droite ou à gauche du sacro-pubien, de sorte que la bosse pariétale postérieure n'est pas en contact avec le promontoire, mais se trouve sur le côté, dans l'échancrure formée par l'aileron du sacrum. Cela est possible, à la condition que le diamètre transverse du bassin ait au moins sa longueur normale. De nombreuses observations personnelles nous permettent d'affirmer que les positions transversales sont rares et par conséquent que les conditions imaginées par les auteurs dont nous venons de parler, sont exceptionnelles.

5° Nous avons expliqué la plus grande fréquence des O I G A et des O I D P par le mouvement de rotation de la matrice de gauche à droite et par la plus grande longueur du diamètre oblique gauche du détroit supérieur. Lorsque la rotation se fait en sens opposé, nous devons au contraire avoir une O I D A ou une O I G P, à moins que l'influence du diamètre oblique gauche ne soit supérieure à celle de la rotation de l'utérus, auquel cas nous devons encore avoir une O I G A ou une O I D. D'un autre côté, si chez certaines femmes le diamètre oblique droit est plus grand que le gauche, si le rectum (comme cela se voit) est à droite au lieu d'être à gauche, on comprend que cette particularité puisse amener une O I D A ou une O I G P.

Nous avons, en effet, constaté chez quelques parturientes la reproduction de ces positions dans des grossesses successives, et ce fait s'explique très bien par la conformation spéciale que nous venons d'indiquer.

6° Lorsque la matrice ne subit aucun mouvement de rotation, la position devrait être transversale, gauche ou droite; cependant habituellement aussi les positions sont obliques; c'est donc qu'alors la conformation du détroit supérieur suffit pour amener l'O F dans un des obliques du bassin. *Avant toute espèce d'engagement*, la position doit être par conséquent franchement transversale.

7° Dans les présentations du siège, les antérieures droites et les postérieures gauches sont bien plus fréquentes que dans les présentations du sommet. C'est que la partie étant moins volumineuse, plus facilement compressible, rencontre moins de résistance de la part du bassin; de sorte que l'influence de celui-ci est le plus souvent insignifiante ou nulle; il ne reste donc plus alors, comme cause de la position, que la rotation de la matrice à droite ou à gauche. Il peut se faire aussi que les jambes soient relevées au-devant du tronc *avant toute espèce d'engagement*; alors le bi-trochantérien étant plus grand que le sacro-fémoral, se place naturellement dans l'oblique gauche, ce qui amène une S I D A ou une S I G P. Répétons cependant que le siège n'est que très exceptionnellement engagé avant le début du travail et ne commence par conséquent à subir l'influence du bassin que plus tard. Il est vrai que précisément la *position exacte* ne peut être déterminée *avec certitude* par le toucher, que quand la partie fœtale est déjà plus ou moins engagée; d'un autre côté, l'examen du ventre ne permet pas toujours de distinguer une position transversale d'une antérieure ou d'une postérieure.

8° Que la matrice subisse un mouvement de rotation à droite ou à gauche, ou qu'elle reste fixe, nous avons de par son influence des positions obliques ou transversales, mais jamais antérieures ni postérieures directes, car alors les diamètres antéro-postérieurs de l'ovoïde fœtal ne pourraient plus être, en aucun cas, dans les transverses de l'ovoïde utérin. L'accommodation du fœtus avec la cavité utérine empêche donc les occipito-pubiennes et les occipito-sacrées. Et ce motif est plus important que celui indiqué précédemment, car il s'applique également aux présentations du siège et de la face, tandis que l'autre est tout à fait spécial au sommet.

9° La matrice distendue par la grossesse se trouve contenue dans la cavité abdominale; les parois de celle-ci réagissent évidemment sur les parois de celle-là, les compriment en certains sens ou modifient plus ou moins leur forme. La matrice s'incline à droite ou à gauche, pour éviter en partie la colonne vertébrale; sa paroi postérieure ne peut pas se développer à l'aise; elle est parfois comme aplatie,

surtout si l'organe est volumineux ou repoussé en arrière par une forte paroi antérieure.

L'influence de la cavité abdominale sera d'autant plus prononcée que la matrice sera plus développée et ses parois plus molles, moins résistantes. La forme, les dimensions, la capacité de la cavité abdominale réagissent sur la matrice d'autant plus énergiquement que les parois abdominales sont moins fatiguées, plus puissantes par exemple chez les primipares et chez les femmes à tissus durs et fermes. Lorsque ces parois ont déjà été distendues par une ou plusieurs grossesses, les muscles droits s'écartent, la ligne blanche s'amincit en même temps qu'elle s'élargit, la peau devient flasque, les fibres musculaires deviennent lâches, de sorte que la matrice n'est plus guère soutenue en avant, proémine fortement et tombe en quelque sorte sur les cuisses (ventre en besace, page 138).

D'un autre côté, la forme, les dimensions, la capacité de la cavité utérine sont modifiées par le fait des grossesses successives. Et puis le développement des parois peut ne pas être toujours le même; il subit, sans aucun doute, l'influence du lieu d'implantation du placenta, de l'état de santé et des mouvements de la mère et du fœtus, du volume de celui-ci, de la quantité de liquide amniotique, des maladies antérieures ou actuelles de la muqueuse et du tissu musculaire, des lésions des organes voisins, des brides ou adhérences qui peuvent retenir certains segments.

La présence du placenta sur l'une ou l'autre paroi, sur le fond ou sur le segment inférieur, change aussi notablement la forme de la cavité utérine; celle-ci peut également être altérée congénitalement par les divers vices de conformation que nous avons décrits plus haut et prendre des aspects très différents; un polype dans la cavité utérine; une tumeur interstitielle fibreuse ou autre, une lésion d'un des organes abdominaux, un kyste de l'ovaire peuvent encore apporter d'importantes modifications.

Mais en dehors de ces cas, toutes les matrices ne se ressemblent pas; de même que toutes les autres parties du corps, elles présentent des différences individuelles plus ou moins appréciables, relativement au volume, à la forme, à l'organisation. Habituellement, le fond se développe, surtout dans les deux premiers tiers de la grossesse, tandis que l'ampliation du segment inférieur se fait dans le dernier tiers, spécialement du 8^e au 9^e mois. Mais cette règle subit des exceptions et la forme de la cavité offre des variations en conséquence; elle peut être cylindrique ou même ovoïde, à grosse extrémité inférieure ou latéro-inférieure; la matrice peut aussi s'élargir transversalement, avoir son grand diamètre horizontal.

Lorsque l'utérus n'a pas sa situation normale, est fortement incliné en avant ou sur l'un des côtés (obliquités), ou bien lorsqu'il présente une dilatation sacciforme de son segment postéro-inférieur, il éprouve encore des changements plus ou moins marqués de dimension et de forme.

Ces causes si nombreuses créent des conditions nouvelles; l'accommodation se fait encore, mais le résultat peut être de placer le fœtus en présentation de la face, du siège, de l'épaule.

On ne peut dénier une part d'influence aux vices variés du bassin et surtout du détroit supérieur; ils peuvent forcer la partie fœtale à se tourner dans un sens plutôt que dans un autre; les rétrécissements empêchent l'engagement, de sorte que le fœtus conserve de la mobilité jusque pendant le travail et peut, dans ses mouvements, modifier sa présentation et sa position; les différentes attitudes de la mère, la pesanteur ne sont pas non plus indifférentes.

Sous certaines influences peu connues, des portions de la matrice se contractent plus que d'autres; elles peuvent être excitées par des parties fœtales anguleuses, elles peuvent être plus épaisses, avoir des fibres musculaires plus nombreuses ou mieux organisées; parfois certaines portions sont, au contraire, amincies très notablement, ramollies par une cause morbide, envahies par des productions néoplasiques; de là encore des conditions nouvelles pour l'accommodation.

De son côté, le fœtus est loin d'être passif ou de former toujours l'ovoïde que nous connaissons. Il fait des mouvements, s'agite en différents sens, surtout dans certaines conditions physiologiques ou morbides (digestion, plénitude des réservoirs, maladies, malaises, compression du cordon); il peut être surpris par les contractions utérines et immobilisé dans une situation peu avantageuse. Il se retourne parfois complètement, et si vers sept ou huit mois il accomplit un pareil mouvement, il peut éprouver des difficultés à repasser dans le petit axe de la matrice et se trouver retenu la tête en haut.

Nous avons dit que l'ovoïde fœtal a sa grosse extrémité du côté du siège; mais il n'en est pas toujours ainsi; avant six ou sept mois notamment, le pelvis et les membres inférieurs sont souvent peu développés; de sorte que même réunis, ils forment une masse à peine égale, parfois plus petite que la tête; dans ces cas, l'accommodation ne forcera pas cette dernière à se trouver en bas et amènera, plus souvent qu'à terme, une présentation pelvienne. Cela explique les faits consignés précédemment, dans lesquels nous avons remarqué que les présentations du siège étaient d'autant plus fréquentes que la grossesse était moins avancée.

Lorsque le fœtus est mort depuis quelque temps, le relâchement fait surtout sentir ses effets du côté du tronc et des membres; les parties inférieures sont flasques et se logent sans peine dans un endroit peu spacieux. Le fœtus ne cherche plus ses aises, ses pieds et ses jambes, sans tonicité, sont inertes et n'ont plus besoin d'espace pour se remuer; ces conditions expliquent l'influence de la vie du fœtus sur les présentations avant terme, influence mise en lumière par les statistiques de Hubert et de Churchill.

Il est d'observation vulgaire que les enfants hydrocéphales se présentent fréquemment par le siège; cela se comprend, puisqu'alors la tête est plus volumineuse que le pelvis. Mais pourquoi donc ont-ils quelquefois la tête en bas? C'est que vraisemblablement alors l'hydrocéphalie s'est développée dans les derniers temps de la grossesse et que le fœtus, ayant déjà la tête en bas, n'a pu faire repasser son grand axe à travers les diamètres transverses de la matrice.

Tous ces faits trouvent difficilement des explications dans la théorie de la pesanteur; ils deviennent lucides, simples, naturels dans la théorie de l'accommodation.

Dans certaines conditions, l'accommodation entre le contenant et le contenu n'a pas besoin de se faire; par exemple, lorsque le fœtus est fort petit, macéré, ou encore lorsque le liquide amniotique est abondant (hydropisie de l'amnios); dans ce dernier cas, la matrice prend une forme globuleuse, le fœtus flotte à l'aise, la présentation dépend de la pesanteur, ou du hasard qui a mis le fœtus dans une situation quelconque au moment de l'écoulement des eaux; fréquemment, dans ces cas, il y a une présentation défectueuse ou vicieuse, une procidence des membres ou du cordon.

En résumé, l'accommodation est la cause la plus ordinaire des présentations

et des positions ; elle consiste en une *adaptation* aussi complète que possible du contenant et du contenu, de façon que les diamètres grands, moyens et petits de l'un se trouvent respectivement parallèles aux diamètres correspondants de l'autre. Le contenu, c'est le fœtus ; le contenant, c'est la matrice, qui se trouve elle-même dans la cavité abdominale et dans la partie supérieure du petit bassin.

La forme du contenant et du contenu amène dans la majorité des cas une présentation du sommet en gauche antérieure, assez souvent aussi en droite postérieure ; mais les modifications que subissent le fœtus, la matrice, la cavité abdominale, le bassin, peuvent entraîner des changements dans les rapports ; de là les diverses autres présentations et positions. Ces modifications peuvent être congénitales ou acquises, sujettes à se répéter ou tout à fait accidentelles ; de là ces femmes qui ont régulièrement dès la 1^{re} grossesse, ou bien à partir de l'une ou l'autre des grossesses suivantes, des présentations défectueuses ou vicieuses ; de là les cas fortuits de ces dernières chez les femmes qui, *après comme avant*, ont tous leurs enfants dans la meilleure situation.

Les faits abondent dans la pratique et sont d'observation journalière, pour démontrer la réalité et la justesse de ces considérations.

DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE.

L'accoucheur ayant à constater l'état de grossesse d'une femme, doit procéder à un examen détaillé et minutieux.

Au point de vue des recherches que le praticien est appelé à faire, les signes de grossesse sont divisés en différentes catégories, selon qu'ils sont obtenus par l'un ou l'autre des modes d'investigation employés en accouchement. Ces procédés d'exploration sont les suivants : l'interrogatoire, l'inspection, la percussion, l'auscultation, le palper et le toucher.

Au point de vue de la valeur, les signes de grossesse sont divisés en signes de présomption, de probabilité et de certitude, selon qu'ils peuvent faire croire à la grossesse, la rendent probable, ou absolument certaine.

Au point de vue de l'origine, les signes sont maternels ou fœtaux. Les signes maternels ont aussi été appelés *rationnels* ou de simple probabilité et les signes fœtaux *sensibles* ou de certitude.

Nous aurons encore à parler des signes de grossesse relativement à l'âge, à l'époque de la gestation.

Interrogatoire.

Ce mode d'investigation a son importance et c'est par lui qu'il faut toujours commencer. Il est évident que la valeur de ce moyen diffère selon les cas ; si l'on a affaire à une personne intelligente, attentive à sa santé, sachant donner des détails circonstanciés, n'ayant aucun intérêt à tromper, ne cherchant qu'à éclairer la praticien, on pourra recueillir des renseignements très utiles, dont on devra tenir grand compte. Il n'en sera plus ainsi lorsque la femme a des raisons de

mentir, si elle veut, par exemple, cacher sa grossesse dans le but d'obtenir quelque médicament emménagogue ; même alors, avec de l'habileté, on peut parvenir à un bon résultat ; mais il faut avoir soin de ne pas montrer tout d'abord ses doutes, d'éviter toute allusion à la grossesse, de porter l'interrogatoire en divers sens pour dérouter les soupçons.

On doit s'enquérir successivement des troubles digestifs et nerveux, de la menstruation, de la sécrétion urinaire, du développement du ventre, des modifications des seins, des mouvements du fœtus.

Chacun de ces points comporte plusieurs détails, sur lesquels nous n'avons pas besoin d'insister, parce qu'ils ressortent de ce que nous avons dit précédemment. Ainsi, pour la menstruation : La femme est-elle réglée depuis longtemps ? A quel âge ont apparu les premières règles ? Au bout de combien de temps se montraient-elles ? N'y avait-il jamais d'avance ou de retard ? Combien de jours duraient-elles ? Le sang était-il abondant ? Y avait-il des caillots ? Y avait-il des douleurs avant ou pendant l'écoulement ? Y a-t-il déjà eu grossesse ? Quand ont eu lieu les dernières règles ? Ont-elles présenté les mêmes caractères qu'auparavant, en qualité, en quantité, en durée ? N'y a-t-il pas une cause *sérieuse* pour expliquer l'aménorrhée ? La femme n'est-elle pas atteinte d'une maladie aigüe ou chronique ? etc.

Pour les troubles digestifs : De quand datent-ils ? L'estomac fonctionnait-il bien auparavant ? N'y a-t-il pas de lésion de l'organe ? L'apparition des troubles gastriques coïncide-t-elle avec l'époque présumée de la grossesse ? En quoi consistent ces troubles ? S'il y a des nausées et des vomissements, est-ce le matin à jeun ? Est-ce pendant la journée, entre les repas ou après l'ingestion des aliments ? Sont-ce des vomissements bilieux ou alimentaires ? etc., etc.

Les mouvements du fœtus doivent nous arrêter plus longuement. On les divise en *actifs* et *passifs*.

Les mouvements actifs sont ceux que le fœtus exécute sous l'influence de la vie. Les mouvements passifs ou de ballottement sont des mouvements communiqués au fœtus par l'accoucheur en palpant ou en touchant ; ils se produisent parfois chez le fœtus mort, sous l'influence de simples déplacements de la mère et par le seul fait de la pesanteur.

Les mouvements passifs n'indiquent que la présence d'un fœtus. Les mouvements actifs prouvent de plus que ce fœtus vit, donnent une idée de son état de santé et viennent en aide pour le diagnostic de la présentation et de la position.

Les mouvements actifs apparaissent d'habitude à 4 1/2 mois ; cependant déjà à 2 1/2 mois, les systèmes nerveux et musculaire sont assez développés pour donner naissance à des mouvements ; mais ceux-ci ne sont pas encore assez importants pour être ressentis par la femme.