

le menton vient se placer sous la symphyse pubienne, de sorte qu'une des extrémités du grand axe de la tête se trouve libre. Le diamètre sous-mento-bregmatique est dans le pubio-coccygien et le bi-temporal dans le bi-sciatique.

4<sup>e</sup> temps. *Dégagement par flexion.* — La face se montre dans l'orifice vulvaire; la partie antéro-supérieure du cou est arrêtée par les pubis et prend un point d'appui sur eux pendant que le front et l'occiput continuent à descendre et exécutent un mouvement de flexion. On voit donc le menton remonter vers le mont de Vénus, tandis qu'apparaissent au-devant de la commissure antérieure du périnée : le front, le bregma, le sinciput, l'occiput. Ainsi, ce sont les diamètres sous-mento-bregmatique, sous-mento-frontal et sous-mento-occipital qui traversent successivement le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur.

La tête libre retombe par son poids et se dévie légèrement à droite.

5<sup>e</sup> temps. *Rotation intérieure des épaules, extérieure de la tête.* — Absolument comme dans l'occipito-postérieure droite.

6<sup>e</sup> temps. *Sortie des épaules et du tronc.* — Comme dans les présentations du sommet.

#### **Mento-iliaque droite postérieure.**

Elle correspond à l'occipito-antérieure gauche; nous n'avons rien à ajouter pour les rapports du tronc.

La tête est en bas semi-étendue, souvent un peu déviée vers le côté gauche. Le menton est en arrière et à droite, le sinciput en avant et à gauche; la joue antérieure (la droite) est plus basse que l'autre. Les autres rapports sont les mêmes que dans la mento-antérieure gauche.

Les mouvements sont absolument identiques et nous n'avons à nous arrêter que sur la rotation.

Cette rotation est de  $\frac{3}{8}$  de cercle, comme dans les occipito-postérieures. Elle a pour résultat de convertir la mento-postérieure en mento-antérieure, puis en mento-pubienne directe.

La descente est arrêtée par le défaut de longueur du cou; en effet, celui-ci est bien plus court que la paroi postérieure du bassin, de sorte que les épaules devraient pénétrer dans le détroit supérieur alors que la tête est encore dans l'excavation. Cela est surtout impossible avec la tête défléchie, car les diamètres qui devraient s'engager dans l'oblique gauche du pelvis seraient le précollo-sincipital (de 10 à 11 centimètres), puis le présterno-sincipital (de 13  $\frac{1}{2}$  centimètres). Il faut donc *de toute nécessité* que la rotation en avant se fasse. La descente peut alors continuer (2<sup>d</sup> mouvement de descente). Pour la facilité de la description, on sépare la descente de la rotation, mais en réalité, elles se font ensemble.

Dans la nature, la descente s'achève en même temps que la rotation s'exécute; c'est un mouvement spiroïde qui a lieu.

Dans les postérieures du sommet, il y a deux modes de terminaison, l'occiput revient en avant ou reste en arrière. Dans les postérieures de la face, il n'y a qu'un seul mode de terminaison, *le menton doit toujours revenir en avant.* La raison en est simple et a été déjà indiquée. Si l'occiput reste en arrière, le diamètre maximum qui s'engage est le dorso-frontal de 11 à 12 centimètres; on comprend bien qu'il puisse pénétrer dans l'oblique du bassin, qui en a 12. Mais si le menton restait en arrière, le diamètre serait le présterno-sincipital qui a 13  $\frac{1}{2}$  centimètres et ne pourra par conséquent *jamais* être admis dans l'oblique du bassin qui n'en mesure que 12.

#### **Autres positions de la face.**

Le mécanisme est en tous points semblable et ne mérite aucune mention spéciale. Dans toutes les variétés, le menton revient en avant sous la symphyse pubienne.

#### **Causes des divers mouvements.**

Ce sont les mêmes que pour le sommet. Si l'extension complète se fait comme 1<sup>er</sup> mouvement, c'est que la tête est semi-étendue, ainsi que nous l'avons déjà indiqué en parlant des causes de la flexion dans les présentations du sommet.

La descente et la rotation s'expliquent comme pour le sommet.

Le dégagement a lieu par flexion et celle-ci dépend des causes qui amènent l'extension du sommet. En effet, la région prétrachélienne vient s'appliquer derrière la symphyse pubienne et ne peut plus avancer; le menton, qui est dans l'arcade pubienne, est soustrait presque complètement à l'action de l'utérus, tandis que les parties qui sont en arrière (front et occiput) sont soumises directement aux contractions de l'organe; ces parties avancent donc et exécutent un mouvement de rotation autour de la région prétrachélienne comme centre.

*Remarques et anomalies.* — On peut observer les mêmes particularités que pour le sommet, relativement aux divers mouvements de la tête et des épaules. Le menton se dégage parfois sous la branche ischio-pubienne, au lieu de revenir complètement sous la symphyse.

Dans toutes les variétés de la face, on peut observer la transformation en sommet, au-dessus du détroit supérieur, avant l'extension forcée.

La présentation de la face se convertit rarement en présentation du sommet, dans l'excavation, lorsque le menton est en arrière et correspond à l'une des grandes échancrures sciatiques; il déprime alors les parties molles, s'enfonce au-dessous des ligaments sacro-sciatiques et y reste fixe, pendant que le front et l'occiput s'abaissent.

Dans ce mouvement de flexion, le grand axe de la tête traverse, à un moment donné, un diamètre oblique de l'excavation; le premier a normalement 13 1/2 centimètres et le second 12; donc, ce mouvement n'est absolument pas possible dans les conditions ordinaires; il faut que le bassin soit fort large et la tête petite.

Il en est exactement de même pour que la face puisse se dégager en mento-postérieure, attendu que le diamètre présterno-sincipal de 13 1/2 centimètres doit traverser l'oblique du bassin qui n'en a que 12.

On doit donc dire que dans un bassin normal, avec une tête ordinaire à terme, on ne pourra *jamais* espérer : 1° la transformation de la face en sommet (ni du sommet en face) dans l'excavation; 2° la terminaison de l'accouchement en mento-postérieure.

#### Variétés de présentations de la face.

De même que le sommet, la face peut être *inclinée* sur l'un des quatre côtés : front, menton, joues droite et gauche. De là les variétés *frontale, mentonnière, malaires droite et gauche.*

La *variété frontale* est la plus importante, et est désignée par quelques auteurs sous le nom de *présentation du front*, parce que cette partie est au centre du détroit et s'en écarte difficilement, ce qui rend alors l'accouchement difficile ou impossible.

Cette variété frontale se rapproche de la variété bregmatique du sommet et, au début du travail, le diagnostic entre les deux peut être difficile.

Les variétés de la face, comme celles du sommet, se réduisent généralement en présentations franches, régulières. Si la transformation n'a pas lieu spontanément ou par les moyens ordinaires, l'accoucheur doit intervenir par le forceps ou la version. Il en est notamment ainsi dans la variété frontale.

*Note sur la présentation du front.* — Depuis une vingtaine d'années, Ahlfeld a décrit la *présentation du front*, qui est depuis lors admise par beaucoup d'auteurs.

C'est là un abus de langage, et, avec Tarnier, nous estimons que l'on doit désigner ces cas rares sous le nom de *présentation de la face en variété frontale.*

Dans ces cas, la tête n'est ni complètement étendue ni complètement fléchie, et l'on peut les figurer presque aussi bien comme des présentations du sommet en variété bregmatique (ainsi que l'a fait M. Mangiagalli), que comme des présentations de la face en variété frontale (ainsi que l'a fait M. Pollosson).

Ce sont donc des cas intermédiaires entre le sommet et la face, des présentations inclinées pouvant, par les progrès du travail, donner lieu au sommet ou à la face, mais en réalité se rapprochant plus de celle-ci et donnant lieu bien plus souvent à celle-ci.

Mais dans des cas exceptionnels, la modification ne se produit pas; par suite, le front continue à occuper le centre du bassin et descend ou tend à descendre ainsi. C'est en résumé une présentation de la tête en semi-extension ou, si l'on veut, de la face avec absence du 1<sup>er</sup> mouvement (extension complète); de cette

façon, le diamètre mento-sincipital (de 11 à 12 centim.) ou même occipito-mentonnier (de 13 centim.) doit s'engager dans un des diamètres de l'excavation (de 12 moins les parties molles, soit 11 1/2 au maximum), ce qui est impossible dans les conditions ordinaires.

Pour qu'une pareille descente soit possible, il faut un bassin large et une tête fœtale petite, peu ossifiée, très réductible. Le menton peut rester transversalement; il se tourne souvent en avant ou rarement en arrière; il demeure sur le même plan que l'occiput, de sorte que l'un et l'autre viennent se dégager à la vulve en même temps ou presque en même temps.

Lorsque cette terminaison se produit, le front qui a séjourné tout le temps au centre du bassin est recouvert d'une bosse séro-sanguine très volumineuse et forme une énorme proéminence tout à fait caractéristique.

Pareille terminaison ne peut pas plus être espérée que la terminaison en mento-postérieure ou la transformation, *dans le bassin*, du sommet en face ou de la face en sommet. Cela se voit, comme tout peut se voir, même l'évolution spontanée dans les présentations transversales.

Dans la majorité des cas, si la réduction en face n'a pas lieu, l'accoucheur doit la produire à l'aide de la main ou du forceps et il n'est pas rare que la céphalotripsie devienne nécessaire.

#### PRÉSENTATIONS DE L'EXTRÉMITÉ PELVIENNE.

*Causes.* — On a dit que le fœtus flottant librement, lorsque le liquide amniotique est abondant, peut, en faisant des mouvements, se placer la tête en haut; s'il reste quelque temps dans cette situation, il sera trop développé pour repasser dans le diamètre transversal de l'utérus et ainsi le pelvis restera forcément en bas.

Cela est possible; mais lorsqu'on voit la présentation pelvienne se reproduire dans une série de grossesses chez la même femme, il faut bien admettre que la cause en est dans une forme spéciale de l'utérus.

Dans d'autres cas, c'est l'ovoïde fœtal qui n'a point sa forme habituelle, l'extrémité pelvienne est moins grosse que d'ordinaire, ou bien la tête a des dimensions exagérées (dans l'hydrocéphalie, par exemple).

Nous avons suffisamment insisté sur ces différentes conditions, en parlant des causes des présentations et des positions.

Le *mécanisme* est le même, quel que soit le mode pelvien (pelvis en masse, fesses, pieds, genoux); le mode des fesses est le plus ordinaire et nous servira de type pour la description des différents mouvements.

Lorsque la tête vient la première (présentations du sommet et de la face), elle doit vaincre toutes les résistances, de sorte que les parties qui suivent, moins volumineuses, ne rencontrent plus de difficulté. C'est pourquoi les épaules sortent facilement, souvent même transversalement ou obliquement; quant au reste du tronc, il n'a nul besoin de s'accommoder, la voie est largement ouverte, il lui suffit de s'incurver un peu en avant, selon l'axe du canal, pour sortir sans gêne en quelques instants.

Il n'en est plus de même quand le siège descend le premier ; il rencontre alors des résistances, qu'il doit surmonter lentement, progressivement ; il exécute les quatre mouvements d'amointrissement, descente, rotation et dégagement, absolument comme la tête dans les présentations du sommet et de la face.

La poitrine, le haut de la poitrine surtout où se trouvent les épaules, a un volume un peu supérieur au siège, doit donc vaincre de nouvelles résistances et partant exécuter également les quatre mouvements.

La tête enfin, qui arrive dernière, est plus grosse que les autres parties (siège et poitrine) ; en conséquence, elle doit à son tour surmonter des résistances et par conséquent faire aussi les différents mouvements d'accommodation.

Il n'est donc pas étonnant que les trois parties importantes du fœtus (siège, poitrine, tête), subissent l'une après l'autre des influences identiques et soient soumises au même mécanisme. C'est ce qui a fait dire que, dans les présentations pelviennes, il y a en quelque sorte trois têtes, de plus en plus volumineuses, qui sortent en exécutant chacune les mêmes mouvements.

#### **Sacro-iliaque gauche antérieure.**

Dans cette position, la tête occupe le fond de l'utérus ; le dos regarde en avant et à gauche, le plan sternal en arrière et à droite ; le côté gauche est en avant et à droite, le côté droit en arrière et à gauche. Le siège est en bas, à l'entrée du détroit supérieur, souvent un peu dévié, au début du travail, vers la fosse iliaque gauche ; la fesse antérieure (la gauche) est un peu plus basse que la postérieure. Les membres inférieurs sont relevés dans toute leur longueur au-devant du plan sternal et modérément appliqués sur lui. Le sacrum est tourné en avant et à gauche, la pointe du coccyx en arrière et à droite. Le diamètre bi-trochantérien (9 centim.) est dans l'oblique droit du bassin ; le sacro-fémoral (10 réductibles à 8 centim.) est dans l'oblique gauche.

1<sup>er</sup> temps. — L'amointrissement du siège se fait par tassement ; les cuisses s'appliquent intimement sur le bassin fœtal, toutes les parties molles sont comprimées et diminuent de volume.

2<sup>e</sup> temps. — Le siège descend dans l'axe du détroit supérieur, va presser la paroi postéro-inférieure de l'excavation et est alors reporté en bas et en avant.

Pendant ce temps, la fesse postérieure chemine plus rapidement que l'antérieure et se place au même niveau (redressement du siège).

3<sup>e</sup> temps. — *Rotation intérieure du siège.* — La fesse antérieure, la gauche, se porte de droite à gauche vers le pubis ; la postérieure roule en arrière dans la concavité sacrée ; le sacrum se tourne directement à gauche et la pointe du coccyx à droite.

Le siège continuant à descendre (second mouvement de descente), la fesse antérieure vient se placer dans l'arcade pubienne et se montre

à l'extérieur. Le diamètre bi-trochantérien correspond donc au coccy-pubien et le sacro-fémoral au bi-sciatique.

4<sup>e</sup> temps. — *Dégagement par inflexion latérale.* — La hanche antérieure est arrêtée derrière les pubis et devient centre du mouvement ; la postérieure continue à avancer, parcourt la concavité sacrée, la gouttière périnéale et vient se dégager au-devant de la commissure antérieure du périnée. Pendant ce mouvement, la fesse antérieure remonte un peu vers le mont de Vénus et le tronc s'infléchit fortement sur son plan latéral gauche.

Cette inflexion peut être rendue difficile par la présence des membres relevés au-devant du tronc et agissant comme attelles rigides. De là, parfois un retard dans le dégagement des hanches.

Le pelvis libre reprend sa position diagonale, car le tronc n'avait pas suivi la rotation intérieure du siège ; c'est donc un mouvement de restitution qui rend aux fesses leur obliquité primitive : la gauche regarde ainsi de nouveau en avant et à droite, la droite en arrière et à gauche.

La poitrine subit des mouvements semblables :

1<sup>o</sup> Elle s'amointrit, se tasse, les bras s'appliquent intimement sur le thorax, les épaules se rapprochent l'une de l'autre.

2<sup>o</sup> Elle descend diagonalement, le diamètre bis-acromial correspond à l'oblique droit du bassin. Au bas de l'excavation, elle est repoussée en avant.

3<sup>o</sup> Les épaules exécutent un mouvement de rotation qui porte l'antérieure directement en avant et la postérieure en arrière.

4<sup>o</sup> La descente continuant, l'épaule antérieure apparaît dans l'arcade pubienne et y reste fixe, pendant que la postérieure continue à être poussée en bas et en avant et vient se dégager au-devant de la commissure antérieure du périnée.

Reste enfin la tête fléchie et en occipito-gauche antérieure (ou transversale, si elle a suivi la rotation des épaules).

1<sup>o</sup> La tête se fléchit complètement, le diamètre sous-occipito-bregmatique correspond à l'oblique gauche, le bi-pariétal à l'oblique droit : amointrissement par flexion, comme dans les présentations du sommet.

2<sup>o</sup> La tête descend jusqu'au plancher du bassin.

3<sup>o</sup> Elle tourne de façon à placer l'occiput en avant, la face en arrière.

4<sup>o</sup> La région sous-occipitale (comme dans les présentations du sommet) reste fixe sous la symphyse pubienne et devient centre du mouvement ; la face parcourt la gouttière périnéale et vient se dégager à la vulve, pendant que le dos du fœtus se renverse sur le ventre de la mère (dégagement *dos sur ventre*) ; on voit donc apparaître au-devant de la commissure antérieure du périnée : le menton, la bouche, le nez, le front, le bregma, le sinciput et l'occiput.

*N.-B.* — Il est à remarquer que la tête se fléchit et s'engage avant que les épaules soient complètement sorties, car le cou ne peut mesurer la paroi postérieure du bassin, et l'épaule qui est en arrière ne peut arriver à la vulve que si la tête est déjà dans le haut de l'excavation.

Souvent la rotation des épaules amène celle de la tête, de sorte que celle-ci se trouve alors non en occipito-antérieure, mais en occipito-transversale gauche. Le mécanisme est le même, seulement la rotation de la tête comprend  $\frac{1}{4}$  de cercle au lieu de  $\frac{1}{8}$ .

#### **Sacro-iliaque droite postérieure.**

Les rapports du fœtus avec la mère sont faciles à déterminer ; le dos est en arrière et à droite ; le sacrum de l'enfant est en rapport avec la symphyse sacro-iliaque droite de la mère ; la fesse antérieure (la droite) est plus déclive que la postérieure. Le diamètre bi-trochantérien est dans l'oblique droit du bassin, le sacro-fémoral dans l'oblique gauche.

Les mouvements sont absolument identiques aux précédents pour le siège et la poitrine ; nous n'avons à parler que de la tête.

De même que dans les occipito-postérieures du sommet, l'occiput revient habituellement en avant, mais reste parfois en arrière ; dans ces derniers cas, la tête peut rester fléchie ou s'étendre complètement ; de là trois modes de terminaison, que nous allons successivement examiner :

1° La rotation des épaules entraîne celle de la tête, de sorte que celle-ci, qui était en occipito-postérieure droite, se place en occipito-transversale.

Lorsque la tête est arrivée au bas de l'excavation, elle continue cette rotation et l'occiput revient directement en avant. Elle se dégage alors comme nous l'avons indiqué précédemment.

2° La tête ne suit pas la rotation des épaules et reste en occipito-postérieure droite, mais toujours bien fléchie.

L'occiput se tourne ordinairement en arrière, dans la concavité sacrée ; la face est en avant, en rapport avec les pubis. La région sous-occipitale, placée au-devant de la commissure antérieure du périnée, est centre du mouvement ; la face s'abaisse et franchit l'orifice vulvaire, pendant que le dos du fœtus se renverse sur le périnée, vers le dos de la mère (dégagement *dos sur dos*).

3° La tête ne suit pas la rotation des épaules et reste en occipito-postérieure droite ; seulement le menton s'arrête au détroit supérieur, se place au-dessus de la branche horizontale du pubis gauche ; l'occiput est poussé de plus en plus en bas. La tête est donc complètement défléchie.

L'extension se fait aussi loin que dans les présentations de la face ; la région prétrachélienne arrêtée derrière la symphyse pubienne est

centre du mouvement ; l'occiput descend le premier et arrive à la vulve ; il est suivi par le bregma, le front, les yeux, le nez et le menton. Pendant le dégagement de ces différentes parties, le fœtus se renverse en avant, son ventre vers le ventre de sa mère (dégagement *ventre sur ventre*).

*Remarques.* — 1. Lorsque l'occiput est ou revient en avant, la tête ne peut se défléchir, ainsi que le prouvent les observations journalières et les expériences sur le cadavre ; cela dépend de la configuration du détroit supérieur : le menton glisse en arrière sur le psoas et ne peut être accroché ni retenu par aucune saillie, tandis que l'occiput est arrêté en avant par la branche horizontale du pubis qui ne lui permet pas de descendre le premier.

Au contraire, lorsque l'occiput est en arrière, la même configuration du détroit supérieur est favorable à la déflexion ; pour que celle-ci ne se produise pas, il faut que le menton soit bien appliqué sur la poitrine, n'aille pas se buter contre la branche pubienne et pénètre dans le détroit supérieur sans rencontrer d'obstacle.

Les contractions utérines maintiennent très bien la tête en flexion par les efforts horizontaux qu'elles exercent sur la face et l'occiput, ainsi que nous l'avons expliqué précédemment. Mais si l'on tire sur le tronc, en dehors des contractions, on tend à défléchir la tête et alors le menton un peu éloigné de la poitrine est accroché par la branche pubienne.

Donc, pour éviter la déflexion de la tête, il faut s'abstenir de toute traction en dehors des contractions utérines. On comprend que cette déflexion sera surtout facile dans les bassins rétrécis, et les difficultés pour l'extraction seront d'autant plus considérables.

2. Les causes des mouvements sont absolument les mêmes que dans les présentations du sommet ; ce sont les résistances qui agissent et produisent les effets connus. Les explications données précédemment s'appliqueront avec la plus grande facilité au mécanisme des présentations du siège.

3. Les positions sacro-antérieure droite, sacro-postérieure gauche, sacro-transversales droite et gauche ne présentent rien de spécial. Le mécanisme de l'antérieure droite est le même que celui de l'antérieure gauche ; pour la postérieure gauche, on observe les mêmes modes de dégagement que dans la postérieure droite. Dans les transversales droite et gauche, la rotation intérieure du siège n'a pas besoin de s'exécuter, puisque le diamètre bi-trochantérien se trouve dans l'antéro-postérieur du bassin ; l'occiput revient régulièrement en avant.

4. Les présentations du siège présentent les mêmes variétés que celles du sommet et de la face, c'est-à-dire que le siège peut être incliné sur l'un ou l'autre de ses quatre côtés. De là les variétés

*trochantériennes antérieure et postérieure, fémorale et sacrée.* Dans la variété trochantérienne antérieure, la fesse qui est en avant est beaucoup plus basse que la postérieure et l'on atteint facilement le pli de l'aîne. Dans la trochantérienne postérieure, la fesse qui est en arrière est, contrairement à l'habitude, plus basse que l'autre. Dans la variété fémorale, la cuisse occupe le centre du détroit et la fesse en est plus ou moins éloignée. Dans la variété sacrée, c'est le sacrum qui est dans l'aire du bassin et est accessible au doigt explorateur.

Ces présentations défectueuses sont rectifiées par la marche du travail, par une position appropriée ou exigent une intervention plus ou moins active de l'accoucheur.

5. Lorsque la tête dernière est en occipito-antérieure, elle ne sort pas plus difficilement que dans les présentations du sommet, car ce sont les mêmes diamètres qui sont en rapport avec le bassin. En effet, l'occiput est au-dessus des pubis, la nuque mesure facilement la hauteur de la symphyse pubienne et ce sont les diamètres sous-occipitaux qui traversent l'antéro-postérieur du détroit inférieur.

Quand la tête reste en occipito-postérieure, la nuque prend un point d'appui sur la commissure antérieure du périnée et celui-ci est fort compromis.

Si la tête se défléchit, elle a difficile de s'étendre en quelques instants d'une façon aussi complète que cela est nécessaire; le cou augmente l'épaisseur de la tête, le diamètre précollo-sincipital ne se réduit qu'avec peine à 10 ou 11 centimètres. Aussi la sortie de la tête est-elle fort difficile et parfois impossible. Ce genre de terminaison ne peut être espéré que si la tête est petite, peu ossifiée et le canal génital suffisamment large.

Il est donc de la plus grande importance, dans les sacro-postérieures, de veiller à ce que le dos, et par conséquent l'occiput, revienne en avant; on doit chercher à favoriser cette rotation aussitôt que possible; il ne faut pas exercer de tractions sans nécessité et, si l'on y est contraint, on ne doit tirer que pendant les contractions.

#### **Autres présentations de l'extrémité pelvienne.**

I. — *Le siège en masse, ou extrémité pelvienne complète,* devrait être la règle, puisqu'il constitue l'attitude normale du fœtus. Cependant cette présentation est fort rare. C'est que les jambes ne sont pas intimement appliquées sur les cuisses; elles ballottent plus ou moins au-devant d'elles dans le liquide amniotique et glissent facilement sur les côtés et en haut; les contractions survenant les fixent dans cette nouvelle situation; il peut se faire aussi que les pieds, petites tumeurs mobiles, soient arrêtés par le pourtour du détroit supérieur et se relèvent peu à peu pendant que le siège descend.

Le mécanisme du travail, dans les cas d'extrémité pelvienne

complète, ne diffère en rien de celui que nous avons décrit pour le mode des fesses.

On pourrait croire que la sortie du siège en masse est plus difficile à cause du volume de la partie qui se présente et de l'étendue du diamètre sacro-tibial (12 réductibles à 10). Il n'en est pas ainsi, parce que dans ces cas, il s'agit toujours d'un fœtus petit, par la raison bien simple que si le fœtus est gros, les pieds sont retenus au-dessus du détroit supérieur.

II. — *Le mode des pieds* est plus fréquent. On peut admettre que, lorsqu'ils flottent à l'aise dans une grande quantité de liquide amniotique, ils sont attirés en bas par leur poids et s'avancent dans une poche d'eau volumineuse. Quand le liquide s'écoule brusquement et en certaine quantité, il peut certainement entraîner avec lui de petites parties mobiles, comme les pieds.

Les deux pieds descendent souvent ensemble et alors le mécanisme ressemble absolument à celui de la présentation pelvienne ordinaire.

Parfois un seul pied descend, l'autre restant relevé au-devant du tronc. Si ce pied est l'antérieur, tout se passe comme d'habitude; mais si le pied dégagé est le postérieur, il se produit un mouvement de rotation très remarquable et qu'il faut connaître, afin de le favoriser au besoin. La hanche antérieure augmentée de la cuisse est mal à l'aise en avant, contre la paroi antéro-latérale du bassin; parfois même la fesse se place au-dessus de la branche horizontale du pubis et s'y arrête. En arrière, la jambe étendue forme une tige droite, rigide, qui ne s'accommode nullement à la concavité sacrée; les résistances font pivoter peu à peu le siège, de façon que la hanche supérieure va en arrière et le membre étendu en avant. L'accommodation est dès lors complète.

Par suite de cette rotation, une antérieure gauche devient antérieure droite (le sacrum de l'enfant passant derrière le pubis de la mère); une postérieure droite devient postérieure gauche (le sacrum de l'enfant passant au-devant du sacrum de la mère). En effet :

1° Dans l'antérieure gauche, supposons le pied postérieur (le droit) dégagé et la jambe antérieure (la gauche) relevée; le sacrum est en avant et à gauche. Peu à peu, la fesse gauche se porte en arrière pendant que la jambe étendue revient en avant. Dans ce mouvement, le sacrum de l'enfant a évidemment passé de gauche à droite en rasant le pubis de la mère.

2° Dans la postérieure droite, supposons encore le pied postérieur, le gauche cette fois, à la vulve et la jambe antérieure (la droite) relevée; le sacrum est au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite. Insensiblement la fesse droite va en arrière et le membre étendu se dirige en avant. Le sacrum de l'enfant est maintenant