

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

au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche et a passé de droite à gauche au-devant du sacrum de la mère.

Il est évident que dans les mêmes conditions, une antérieure droite devient antérieure gauche et une postérieure gauche une postérieure droite.

Dès que cette rotation est faite, le membre dégagé étant devenu antérieur, tout le mécanisme continue comme il a été dit précédemment.

III. — *Le mode des genoux* est le plus rare et indique une attitude toute exceptionnelle des membres inférieurs. Les deux genoux se présentent habituellement ensemble.

Il n'y a aucune particularité à noter dans le mécanisme.

PRÉSENTATIONS TRANSVERSALES.

Causes. — Ainsi que nous l'avons déjà indiqué, il s'agit d'une accommodation spéciale ou d'un défaut d'accommodation.

1° On rencontre les présentations transversales de préférence chez les multipares, dont la matrice est déformée par les grossesses antérieures, ou chez les femmes qui ont été atteintes d'affections utérines et dans tous les cas où il y a altération de la forme et de la capacité de la matrice ou de la cavité abdominale, *quand les dimensions transversales l'emportent sur les verticales.*

2° L'insertion vicieuse du placenta, l'obliquité de la matrice ou du détroit supérieur, les vices de conformation du bassin, facilitent le glissement de la tête vers une des fosses iliaques.

3° L'abondance du liquide amniotique arrondit l'utérus, le fœtus y flotte à l'aise et n'a plus besoin de s'accommoder.

4° Il en est de même lorsque le fœtus est petit, la cavité utérine trop spacieuse. Ces conditions existent constamment dans la grossesse gémellaire pour le second fœtus, après que le premier est sorti; c'est pourquoi il faut toujours se tenir en garde contre la possibilité d'une situation vicieuse du second jumeau.

5° Le fœtus cherchant à changer de position, pendant ses mouvements actifs, peut être surpris par des contractions et se trouver immobilisé dans une présentation transversale.

6° Des contractions partielles et irrégulières, des commotions violentes, de petites secousses répétées, un décubitus latéral prolongé, peuvent amener une présentation vicieuse.

La plus grande fréquence des dorso-antérieures se comprend si l'on admet que les présentations du tronc ne sont que des exagérations de l'inclinaison des présentations du sommet.

En effet, l'occipito-iliaque gauche donne naissance à une première position de l'épaule droite, si la tête glisse dans la fosse iliaque gauche, et à une seconde de l'épaule gauche, si la tête se dévie vers la fosse iliaque droite.

Rapports du fœtus avec la mère. — Il est rare que le fœtus soit placé d'une façon absolument transversale ou horizontale; ordinairement, le grand axe de l'ovoïde fœtal est oblique d'une fosse iliaque au flanc opposé et la tête est plus basse que le siège. Toutes les parties du tronc peuvent être en rapport avec le détroit supérieur; mais l'épaule s'y accommode le mieux et se trouve généralement en bas. Le moignon de l'épaule se place dans l'aire du détroit, l'acromion un peu plus en avant ou en arrière (variétés antérieure, transversale ou postérieure); cette dernière particularité n'a pas d'importance et est toujours passée sous silence.

Nous avons dit que l'on se contente de deux positions pour l'épaule droite et autant pour l'épaule gauche.

Prenons comme type la première position de l'épaule droite (céphalo-iliaque gauche, dorso-antérieure). Dans ce cas, le fœtus est obliquement placé de la fosse iliaque gauche au flanc droit. La tête est dans la fosse iliaque, le siège est dans le flanc, le dos est en avant, le moignon de l'épaule est en rapport avec le détroit supérieur.

Modes de terminaison. — L'accouchement est absolument impossible, puisque le grand diamètre de l'ovoïde fœtal a plus du double des diamètres du bassin qu'il devrait traverser. C'est pourquoi on a posé comme règle, qu'il faut toujours intervenir, en suivant les principes que nous indiquerons plus loin (version céphalique externe, si possible; version podalique interne, lorsque l'autre n'a pas réussi ou est impraticable). Parfois cependant, mais bien exceptionnellement, l'accouchement peut se terminer par les seules forces de la nature, soit par la *version spontanée*, soit par l'*évolution spontanée*. Disons immédiatement que ces modes de terminaison doivent être considérés comme rarissimes et ne peuvent entrer *pour la moindre part* dans les considérations qui guident la conduite du praticien. *Jamais* il ne sera permis à l'accoucheur de s'en autoriser pour rester inactif devant une présentation transversale; cette conduite constituerait une faute grave dont, selon nous, les tribunaux auraient à s'occuper.

Mais il arrive que, après avoir constaté pendant la grossesse une présentation de l'épaule, l'accoucheur se préparant à faire la version céphalique externe, constate à son grand étonnement que la situation s'est modifiée; ou bien une parturiente, imprévoyante, imprudente, n'appelle l'accoucheur que fort tard, alors que l'épaule est déjà profondément engagée; dans ce dernier cas, il peut se faire que l'accouchement se termine par un mécanisme spécial, rare, dangereux; mais le praticien doit le connaître pour le favoriser et y aider au besoin, lorsque les circonstances paraîtront l'exiger.

Version spontanée.

C'est un changement de présentation, sous la seule influence des

contractions utérines. Les parois de la matrice agissent comme les mains de l'accoucheur dans la version par manœuvres externes; le segment qui est en rapport avec la tête se contracte plus fortement que les autres et la pousse vers le détroit supérieur; en même temps, le siège subit une influence identique et est refoulé vers la ligne médiane. Le fœtus a donc subi un mouvement de bascule et l'on a une présentation du sommet (version spontanée céphalique).

Plus rarement, le siège est poussé vers le détroit supérieur, tandis que la tête remonte vers le fond de l'utérus et l'on a une présentation des fesses (version spontanée pelvienne).

Cette version spontanée est facilitée par une certaine mobilité du fœtus et s'exécute principalement dans les derniers temps de la grossesse. Cependant on l'a aussi observée pendant le travail, même après la rupture des membranes et le dégagement du bras; mais alors il restait une quantité suffisante de liquide dans l'utérus et le fœtus avait conservé de la mobilité.

Évolution spontanée.

C'est l'expulsion du fœtus en présentation transversale; c'est une espèce de mécanisme de l'accouchement par l'épaule. Dans ce cas, le tronc se plie en deux en quelque sorte, s'adapte à la filière pelvienne et la traverse en surmontant des résistances considérables.

Quelques auteurs ont admis une *évolution céphalique*; dans ce cas, la tête s'engagerait dans l'excavation en même temps que l'épaule et la poitrine. Il est évident que cela n'est possible que pour des avortons, des fœtus avant terme et complètement ramollis.

L'*évolution* ordinaire ou *pelvienne* comprend les quatre temps du travail. Nous allons la décrire dans une 1^{re} position de l'épaule droite.

1^o *Amoindrissement des parties.* — Elle se fait ici par flexion latérale gauche de la tête; celle-ci se rapproche du côté supérieur du tronc, l'oreille gauche s'applique intimement sur l'épaule gauche, le siège se redresse de même et revient vers la ligne médiane.

2^o *Descente.* — L'épaule droite s'engage dans le détroit supérieur, puis dans le haut de l'excavation, autant que lui permet la longueur du cou. Ce mouvement de descente est arrêté dès que la tête arrive au détroit supérieur, car elle ne pourrait certainement pénétrer dans le bassin, puisqu'une partie de la poitrine y est déjà.

3^o *Rotation.* — La tête, placée plus ou moins en arrière, tourne en avant et vient se porter au-dessus des pubis, le tronc subit la même rotation, de sorte que le grand axe de l'ovoïde fœtal se met dans la direction du diamètre antéro-postérieur.

Dès lors, le cou mesurant facilement la paroi antérieure du bassin, l'épaule continue à descendre et vient se placer en avant

dans le vide de l'arcade pubienne; le bras et le moignon de l'épaule sont ainsi à l'extérieur.

4^o *Dégagement par inflexion latérale du tronc.* — Le côté du cou est arrêté derrière la symphyse pubienne; des contractions utérines puissantes parviennent à ployer le tronc sur son plan latéral; le côté qui est en bas devient fortement convexe, bombe de plus en plus dans l'excavation, vient appuyer sur le périnée, puis arrive à la vulve; on voit donc apparaître successivement: le creux de l'aisselle, le côté de la poitrine, de l'abdomen, de la hanche, enfin le siège.

Tout le tronc est dégagé; il ne reste plus que la tête, dont l'expulsion a lieu comme dans les présentations pelviennes.

M. Tarnier fait remarquer que le tronc ne sort pas plié en deux, mais fortement infléchi sur le côté; « *il se déroule pour ainsi dire à l'ouverture vulvaire* ».

Le mécanisme que nous venons d'exposer n'est évidemment possible que dans les bassins spacieux, lorsque le fœtus est petit et les contractions très énergiques. Un enfant à terme ne peut être expulsé de cette façon que s'il est macéré et ramolli.

On a cité quelques enfants venus vivants par l'évolution spontanée, mais ils étaient avant terme ou fort peu développé pour neuf mois.

Dans notre statistique de la Maternité de Liège (p. 227), sur les 45 présentations transversales, l'évolution spontanée s'est faite dans 2 cas: une fois avec un fœtus macéré de 6 mois et l'autre fois avec un enfant de 8 mois, mort pendant le travail; les deux mères ont guéri.

La règle, lorsqu'on abandonne un pareil accouchement à lui-même, à terme ou près du terme, c'est que les deux premiers temps de l'évolution s'exécutent, mais la nature ne parvient pas à aller au-delà; l'enfant succombe d'abord et la mère ensuite.

DIAGNOSTIC DES PRÉSENTATIONS ET DES POSITIONS.

Les modes d'investigation sont les mêmes que pour le diagnostic de la grossesse. Seulement, pendant le travail, c'est le toucher qui donne les meilleurs renseignements.

Interrogatoire.

L'*interrogatoire* est peu important; il fait connaître à quel endroit la femme ressent plus spécialement les mouvements. Comme cet endroit correspond habituellement aux pieds, il peut fournir une indication.

Ainsi, lorsque la tête est en bas, les mouvements se font surtout sentir vers le fond de l'utérus; si la femme indique comme siège fréquent des mouvements la *partie supérieure droite*, on pourra en inférer que la *tête est en bas* et le *dos à gauche*.

Connaissant la situation des pieds dans les diverses présentations et positions, il est aisé d'en déduire le siège des mouvements dans les différents cas.

Mais les renseignements fournis par les femmes sont souvent douteux, vagues, incomplets; quelques-unes déclarent qu'elles ressentent les mouvements partout, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. On ne peut rien en conclure.

Inspection.

L'inspection du ventre est plus utile et ne doit pas être négligée. La forme de l'utérus apparaît sous la peau, au premier coup d'œil, dans la plupart des cas; les mouvements sont visibles assez fréquemment.

Ces deux éléments, le premier surtout, ont une valeur réelle pour le diagnostic des présentations et même des positions.

1^o Que de présentations transversales n'auraient pas été méconnues, si l'on s'était donné la peine de jeter un simple coup d'œil sur le ventre mis à découvert!

Dans ces cas, en effet, la forme de l'utérus est caractéristique; le grand diamètre est à peu près horizontal ou légèrement oblique d'une fosse iliaque au flanc opposé; parfois, l'organe se présente sous forme d'un gros cylindre, allant presque directement d'un côté à l'autre du ventre.

Lorsque le 1^{er} temps de l'évolution spontanée est exécuté, la forme de l'utérus est moins caractéristique parce que la tête et le tronc se sont rapprochés, le siège s'est redressé et n'est pas éloigné de la ligne médiane (voir fig. 113, page 270).

Après l'écoulement des eaux et la rétraction de la matrice, si les parois s'appliquent intimement sur le produit, se moulent sur lui en quelque sorte, le diagnostic devient de nouveau facile par l'inspection.

2^o Dans toutes les autres présentations (sommet, face, pelvis), le grand diamètre est vertical, le fond de la matrice est seulement incliné un peu à droite ou à gauche.

L'inspection permet de constater immédiatement l'obliquité antérieure de l'utérus, le ventre en besace. On doit penser alors aux positions transversales du sommet, que nous avons indiquées comme fréquentes dans ces conditions.

Si l'on voit les mouvements, on pourra affirmer que là se trouve le siège et que le dos regarde du côté opposé; c'est donc un élément pour le diagnostic des présentations et des positions.

Percussion.

La percussion ne peut servir qu'à délimiter la forme de l'utérus; elle vient ainsi en aide à l'inspection pour ce point spécial.

Piorry a prétendu distinguer par la percussion les différentes parties fœtales; mais ce sont là des subtilités qui exigent une finesse d'ouïe et de tact tout à fait extraordinaire; on ne décrit pas ces nuances, elles sont trop légères, trop individuelles, trop difficiles à saisir.

Auscultation.

L'auscultation donne des renseignements très importants, que nous avons décrits en détail en parlant du diagnostic de la grossesse. Rappelons les principaux.

A. — PRÉSENTATIONS VERTICALES. — 1^o Dans la position du sommet la plus commune (O G A), le maximum des bruits cardiaques s'entend dans le quart inférieur gauche de la matrice;

2^o Dans l'occipito-droite postérieure, ce maximum se trouve dans le quart inférieur droit de la matrice;

3^o Dans la mento-iliaque gauche antérieure, le maximum est à gauche et presque au niveau de l'ombilic (dans le quart inférieur gauche, mais un peu plus haut que pour l'O G A, parce que la face n'est pas engagée au début du travail);

4^o Dans la mento-iliaque droite postérieure, il est à droite et aussi presque au niveau de l'ombilic (même observation que pour le cas précédent);

5^o Dans la sacro-iliaque gauche antérieure, le maximum est dans le quart supérieur gauche de la matrice;

6^o Dans la sacro-iliaque droite postérieure, il est dans le quart supérieur droit.

Nous ne répéterons pas les observations que nous avons faites précédemment à ce sujet; il est évident que le maximum s'abaisse au fur et à mesure de la descente du fœtus, qu'il est toujours plus élevé lorsque la partie fœtale est au-dessus du détroit supérieur ou déviée à droite ou à gauche. Cependant chez les multipares, le fœtus est parfois incurvé de façon à modifier notablement ce qu'indiquent la théorie et les cas ordinaires. Ainsi nous avons vu dernièrement une présentation pelvienne avec procidence de la main, le siège se trouvait dévié vers la fosse iliaque droite, la tête était en haut et à gauche, près du flanc, et le maximum des bruits cardiaques s'entendait notablement en dessous de la ligne transversale passant par l'ombilic, dans le quart inférieur gauche. Ayant introduit la main pour aller chercher un pied, nous avons pu facilement vérifier la situation du fœtus, qui présentait une convexité très prononcée en bas et à gauche, le tronc allant presque directement d'une fosse iliaque à l'autre; on pouvait dire qu'il s'agissait d'une présentation oblique, avec le siège dans la fosse iliaque droite et la tête dans le flanc gauche, ce qui est tout à fait exceptionnel.

Outre le maximum, il y a la propagation des bruits: dans toutes les présentations verticales, elle se fait de haut en bas, dans le sens du grand axe de l'utérus.

B. — PRÉSENTATIONS TRANSVERSALES. — Dans ces présentations, les bruits se propagent non plus verticalement, mais d'un côté.

à l'autre, presque horizontalement, puisque le grand axe du fœtus affecte cette direction.

Quant au maximum, il est en dessous ou quelquefois au niveau de l'ombilic. Dans les dorso-postérieures, les bruits sont si faibles, qu'il n'est pas possible ordinairement d'en tirer des conclusions un peu certaines.

Palper.

Le *palper* est surtout facile pendant la grossesse et au début du travail. Lorsque les contractions sont fréquentes, les renseignements qu'il donne sont moins précis, plus difficiles à apprécier. Il permet encore d'habitude de distinguer la tête et le siège, ce qui est déjà très utile; mais les autres détails échappent souvent à ce mode d'investigation.

Pendant les douleurs, on ne peut palper; dans l'intervalle, les parois utérines conservent une tendance à la rétraction qui les rend plus épaisses, moins souples; c'est pourquoi l'on peut croire que l'on a sous les doigts le plan ferme, allongé, résistant, formé par le dos, alors que c'est tout simplement la paroi de la matrice. Il faut donc être très prudent, pendant l'accouchement, et il est nécessaire d'examiner fort attentivement avant d'affirmer que l'on a sous la main le dos du fœtus.

Le palper confirme et rectifie au besoin les données de l'inspection. Les doigts circonscrivent la matrice, en font mieux reconnaître la forme, la situation, la direction, la différence entre les présentations verticales et transversales.

Dans certains cas, lorsque les contractions sont légères, espacées, le palper n'est guère plus difficile pendant le travail que pendant la grossesse. Or, ce sont précisément les conditions des présentations anormales, défectueuses, vicieuses, où l'on a le plus besoin de l'examen de l'abdomen, puisque la partie fœtale reste élevée et ne peut être atteinte ou reconnue par le toucher.

Dans les autres cas où les contractions sont fortes, fréquentes et ne permettent guère de palper avec fruit, c'est que la présentation est bonne; si la partie fœtale est engagée, c'est le sommet, et le doigt peut facilement en reconnaître tous les caractères par le toucher.

Dans les conditions favorables, on parvient à constater pendant le travail les principaux signes que nous avons énumérés en parlant du palper pendant la grossesse.

En voici le résumé.

A. — PRÉSENTATIONS VERTICALES. — 1° Dans les présentations du sommet, on sent en bas, plus ou moins engagée dans le détroit supérieur, une tumeur volumineuse, sphérique, régulière, dure, la tête; en haut et un peu à droite ou à gauche, se trouve une autre tumeur, volumineuse aussi, mais moins régulièrement arrondie,

ferme sans être dure, le siège; à côté, on sent de petites parties fœtales mobiles, anguleuses, les pieds.

Le siège ne ballotte jamais isolément; la tête présente un ballotement caractéristique, mais à condition de n'être pas encore engagée; dans ce dernier cas, elle est immobile.

La tête fléchie a une région plus élevée et plus dure, le front. Donc, dans l'O G A, la main est plus vite arrêtée à droite qu'à gauche; c'est le contraire dans l'O D P.

Dans l'O G A, les doigts rencontrent en avant et à gauche un plan résistant, allongé, continu, réunissant directement la tête au siège.

Dans l'O D P, on reconnaît en avant et à gauche plusieurs petites parties fœtales, la paroi utérine est dépressible, fluctuante. Pour sentir le dos, il faut coucher la femme sur le côté gauche et enfoncer les doigts à droite de l'abdomen et assez en arrière.

Il est aisé de se figurer ce que l'on doit rencontrer dans les autres présentations du sommet.

2° Dans les présentations de la face, la tête est encore en bas, mais souvent déviée au début du travail, de sorte que la moitié du détroit supérieur est vide. La partie la plus élevée de la tête est ici l'occiput et elle se trouve du côté du dos.

Le sillon profond qui existe entre le dos et l'occiput est plus ou moins facile à sentir pendant l'accouchement, assez souvent on ne peut le constater nettement.

Le siège est en haut et se reconnaît aux signes ordinaires.

La position droite ou gauche est indiquée par les caractères connus du plan dorsal et du plan sternal du fœtus. Mais le toucher est le meilleur moyen d'établir le diagnostic différentiel.

3° Dans les présentations du siège, la tumeur céphalique est facile à reconnaître en haut, à moins qu'elle ne soit plus ou moins cachée sous les fausses côtes; dans ce dernier cas, il faut examiner avec attention pour la trouver; ordinairement les caractères sont bien tranchés, le ballotement simple et double ne laisse aucun doute.

La tumeur pelvienne est en bas, le plus souvent déviée vers une des fosses iliaques. On a cité des cas où, dès le début du travail, le siège était engagé dans le détroit supérieur, comme on le voit d'habitude pour le sommet; mais ce sont de très rares exceptions.

Le dos forme un plan continu du siège à la tête; il est à gauche ou à droite, selon qu'il s'agit d'une 1^{re} ou d'une 2^{de} position.

B. — PRÉSENTATIONS TRANSVERSALES. — Les présentations transversales sont très faciles à reconnaître par le palper. Pendant un certain temps, en effet, les contractions restent faibles, espacées, l'examen du ventre est aisé et permet de distinguer, sans erreur possible, la forme spéciale de l'utérus et la présence de la tête