

le dos de la main étant en avant, si le pouce est à gauche, c'est la main droite; si le pouce est à droite, c'est la main gauche.

On a ainsi le nom de l'épaule qui se présente.

Pour savoir où est la tête, il n'y a plus qu'à reconnaître le creux de l'aisselle; mais la main elle-même peut encore servir à cette fin. Pour cela, le membre doit être abandonné librement à lui-même et n'être pas tordu sur son axe; *dans ces conditions, il se place en demi-supination; la face dorsale de la main indique le côté où est la tête, le pouce est dans la direction de la poitrine et le petit doigt dans celle du dos.*

Soit, par exemple, une 1^{re} position de l'épaule droite, avec dégagement du bras. La face palmaire de la main étant tournée ou supposée en avant, le pouce regardera la cuisse droite de la mère; dès que le membre sera libre et sans torsion, la face dorsale de la main se dirigera vers la cuisse gauche de la femme, le pouce en arrière, le petit doigt en avant.

REMARQUES SUR LE DIAGNOSTIC DES PRÉSENTATIONS PAR LE TOUCHER. — Chaque présentation a un point de repère très caractéristique, qu'il faut bien connaître et toujours rechercher: c'est la petite fontanelle, pour le sommet; le nez, pour la face; l'anus, pour le siège; le gril intercostal, pour les présentations transversales.

Il est bon aussi de fixer l'attention sur les parties qui peuvent, à un examen trop rapide, être confondues avec le sommet: c'est le front, pour la face; le sacrum, pour le siège; l'omoplate, pour l'épaule.

Si l'on n'y prend pas garde, la bouche peut être prise pour l'anus et vice-versa: c'est ainsi qu'un accoucheur affirme avoir le doigt dans la bouche et constate les mouvements de succion; il retire le doigt et le trouve souillé de méconium!

On a vu des praticiens inattentifs s'imaginer avoir le doigt dans l'anus, alors que c'était le col commençant à peine à se dilater; le contraire a aussi été observé.

On voit que si l'on examine trop vite, à la légère, sans soins suffisants, les erreurs les plus invraisemblables peuvent être commises.

Diagnostic du progrès du travail.

On constate que l'accouchement avance par les différents phénomènes physiologiques et mécaniques décrits plus haut, mais tout spécialement par *la dilatation du col et la descente de la partie fœtale.*

Phénomènes physiologiques. — L'écoulement des glaires et du liquide amniotique ne signifie pas grand'chose; l'augmentation de volume de la poche ne compte que par l'élargissement du col qui peut en être la conséquence.

La nature des contractions, c'est-à-dire leur force, leur fréquence, leur régularité, donne une indication, une présomption favorable seulement.

Les douleurs ne valent que par les contractions dont elles sont le plus souvent, mais pas toujours, le résultat avec manifestation extérieure plus ou moins bruyante. Cependant, avec de l'habitude, on distingue à distance les cris d'impatience de la période de dilatation, des cris d'effort de l'expulsion et surtout des derniers moments.

On ne peut apprécier avec certitude les progrès de la dilatation que par le toucher. L'examen du ventre, la durée du travail, les contractions accompagnées ou non de douleur et de cris, ne peuvent donner qu'une idée vague et incomplète, souvent trompeuse et inexacte, de la dilatation du col.

Comme fait curieux et absolument exceptionnel, signalons le suivant: nous avons vu une dame Hollandaise indiquant elle-même (et sans se toucher, ce que font certaines femmes) quel était le degré de dilatation de son col; nous l'avons accouchée plusieurs fois et jamais elle n'a commis d'erreur!

En résumé, le toucher seul peut indiquer sérieusement les progrès du travail pendant le 1^{er} temps de l'accouchement (dilatation du col).

Phénomènes mécaniques. — La flexion complète au détroit supérieur pourra être reconnue par le palper, ainsi que nous l'avons dit précédemment (page 266). Le toucher la fera constater avec autant de garantie et sera même le seul mode à employer quand la tête sera au détroit inférieur.

Lorsque la flexion est incomplète, les deux fontanelles sont à peu près à la même hauteur; si elle est complète, la petite fontanelle s'abaisse, est plus accessible et se rapproche du centre du bassin, tandis que la grande fontanelle s'élève, ne peut plus être sentie.

La rotation est également constatée par le toucher; l'examen du ventre (auscultation et palper) ne dit pas grand'chose à cet égard et même peut induire en erreur dans les occipito-postérieures (et les mento-postérieures); il est cependant nécessaire de savoir exactement si l'occiput (ou le menton) est revenu en avant, surtout si l'on doit intervenir avec le forceps.

La descente de la partie fœtale, signe le plus important des progrès du travail, est le mieux, le plus facilement, le plus exactement, le plus sûrement et le plus rapidement constatée à l'aide du toucher.

Les autres modes d'investigation peuvent donner des renseignements plus ou moins utiles, mais certes pas aussi précis. Résumons-les en quelques mots.

La patiente constate parfois elle-même que l'enfant descend et déclare qu'elle est dégagée d'en haut; les douleurs d'abord assez élevées, allant du nombril aux flancs et à la région lombaire, se font sentir, de plus en plus bas, de l'hypogastre à la région sacrée et enfin à la vulve et au périnée.

Beaucoup de femmes se trompent, éprouvent seulement des besoins de pousser, d'aller à la selle, d'uriner et ne se doutent nullement que tout cela dépend de la descente de l'enfant; elles ne veulent même pas le croire et demandent instamment à se mettre sur le vase de nuit. D'autres, au contraire, éprouvent la sensation d'un corps qui veut sortir et avertissent le praticien que « cela va venir ».

La vue et le palper montrent que la matrice diminue de volume, que le fond utérin s'abaisse; les doigts constatent à l'hypogastre que la tête s'engage dans le bassin; le maximum des bruits cardiaques descend, se rapproche des pubis. Mais tous ces signes sont d'habitude peu appréciables.

Dernièrement M. Fabre (de Lyon) a insisté sur la recherche de l'épaule pour connaître la position, l'engagement et la descente de la tête dans la présentation du sommet (Echo médical de Lyon, du 15 mars 1896). D'après lui, l'épaule antérieure peut être distinguée par le palper dans l'intervalle des contractions; non seulement les doigts parviennent à la reconnaître, mais de plus l'auscultation vient en aide, car le maximum des bruits cardiaques se trouve exactement sur l'acromion; on a ainsi un moyen de contrôle, de vérification de l'épaule par le palper.

En suivant ces données, M. Fabre a fait des recherches nombreuses, d'où il déduit que l'on peut suivre l'épaule dans ses mouvements de rotation et de descente et conclure par là à la rotation et à la descente de la tête, ce qui n'est pas toujours exact.

Pour préciser la situation de l'épaule, il détermine : 1° à quelle distance elle se trouve de la ligne médiane; 2° à quelle hauteur elle est au-dessus des pubis.

Il a constaté par des coupes fœtales que le diamètre bisacromial est à 13 centimètres en moyenne du sinciput et à 8 centimètres du bipariétal. De sorte que si l'on trouve l'épaule à 8 centim. des pubis, c'est que le bipariétal s'engage dans le détroit supérieur; s'il y a moins de 8 cent., c'est que l'engagement se fait de plus en plus dans l'excavation.

Dans la position antérieure, l'épaule déborde la ligne médiane de 4 cent.; dans la transversale, de 8 cent. et dans la postérieure elle est à 13 ou 15 cent. de la ligne médiane.

L'appréciation de la hauteur et de la latéralité de l'épaule par le palper et l'auscultation, à 2 ou 3 centimètres près, nous semble trop sujette à caution pour que nous puissions accorder à ce mode de faire l'importance et la précision que lui attribue M. Fabre.

Le toucher permet de suivre exactement les progrès de la dilatation du col, le passage de la partie fœtale à travers l'orifice, la descente graduelle de cette partie fœtale.

Si la tête est fort élevée, mobile au-dessus du détroit abdominal, plus ou moins déviée même, elle ne pourra être atteinte avec un doigt; il faut alors introduire deux doigts, parfois quatre doigts jusqu'à la racine du pouce, la main entière au besoin. Dans ces conditions, le palper est souvent préférable et suffisant.

Le crâne avance peu à peu vers le détroit supérieur et y pénètre par son cône occipital; la tête est, peut-on dire, *amorcée*; elle commence à s'engager. Dans ce cas, l'indicateur parvient, seul et sans addition d'autres doigts, sur le sommet dont il reconnaît plus ou moins aisément les particularités.

A certain moment, le diamètre bi-pariétal arrive au niveau du promonto-pubien; dès lors, on peut dire que la partie la plus volumineuse de la tête est admise dans la partie la plus étroite de la ceinture osseuse; la pointe occipitale est dirigée en bas et en arrière et se trouve à 2 1/2 travers de doigt (5 centimètres) en dessous du détroit supérieur. La tête est donc franchement engagée et plus ou moins immobilisée, selon qu'elle se trouve ou non à l'aise, dans un bassin normal ou rétréci.

Parfois le crâne est serré là au point de ne plus pouvoir reculer ni avancer: c'est ce qu'on a désigné sous le nom *d'enclavement de la tête*.

Mais dans les conditions ordinaires, aucun obstacle n'existe à ce niveau, le crâne traverse sans peine le détroit supérieur et descend de plus en plus dans l'excavation, qu'il vient boucher en quelque sorte complètement.

Il est commun chez les primipares que la tête soit ainsi engagée dans le détroit supérieur et au milieu de l'excavation, déjà à la fin de la grossesse.

Le doigt allant toucher directement le sommet, apprécie bien sa descente. On constate que la partie du doigt nécessaire pour atteindre le cuir chevelu est de plus en plus petite; on s'aperçoit en outre que l'espace resté libre en arrière, entre la tête et le sacrum, se réduit peu à peu, c'est-à-dire que le crâne descend en bas et en arrière et va remplir la concavité sacrée.

En entr'ouvrant la vulve, on peut voir le cuir chevelu, d'abord pendant les contractions, puis même dans l'intervalle des douleurs.

Bientôt les signes de la fin sont appréciables à la vue et au toucher: périnée qui bombe, anus qui s'entr'ouvre, vulve qui se dilate, cône occipital qui s'y montre, avance pendant la contraction et recule après, s'y fixe enfin, puis remonte vers le pénis pendant le dégagement.

Pour terminer, signalons une cause d'erreur dans l'appréciation de la descente de la tête par le toucher: le crâne s'allonge pendant le travail, surtout quand les contractions agissent énergiquement durant des heures; de plus, une tumeur séro-sanguine recouvre la partie inféro-antérieure libre du sommet, devient de plus en plus volumineuse et par conséquent proémine progressivement vers le bas. Le doigt qui touche arrive ainsi plus vite, plus facilement au cuir chevelu et celui-ci est de plus en plus visible quand on entr'ouvre la vulve.

Il ne faut pas s'en laisser imposer par ce semblant de progrès ; l'on doit constater que c'est le crâne lui-même qui avance et remplit l'excavation en bas et en arrière.

Pour donner une idée de ce qui peut arriver dans les accouchements longs, avec détroit supérieur rétréci, nous dirons que parfois le cuir chevelu arrive presque à la vulve, on le voit en entr'ouvrant les organes génitaux, on pourrait croire que le sommet est là tout près, va sortir dans quelques instants... et pourtant le détroit supérieur n'est pas franchi, car le diamètre bipariétal n'a pas encore traversé le promonto-pubien !

Dans de pareilles conditions, si l'on applique le forceps sur la tête supposée au détroit inférieur, on est très étonné des difficultés rencontrées et l'on peut avoir bien des mécomptes si l'on n'a pas pris toutes les précautions exigées par les circonstances.

INFLUENCES DU TRAVAIL SUR LA MÈRE ET L'ENFANT.

Modifications des fonctions maternelles.

Pendant l'accouchement, le pouls s'accélère, devient plus fort, plus fréquent, surtout dans la période d'expulsion.

Il en est de même de la respiration, qui est plus rapide. La peau est d'habitude chaude, couverte de sueur ; la température de l'aisselle augmente parfois de 1/2 à 1 degré centigrade ; celle du vagin est un peu plus élevée. Ces phénomènes sont d'autant plus marqués que le travail est plus long, plus difficile et les contractions plus fréquentes, plus énergiques.

Certaines femmes sont très agitées dès le début du travail et se calment peu à peu ; chez d'autres, le contraire a lieu ; elles sont excitées par la longueur de l'accouchement et deviennent très irritables. Quelquefois on observe un tremblement nerveux, des spasmes passagers dans les muscles des membres, des espèces de crispations, même un peu de délire. Ces phénomènes n'ont en général aucune gravité et ne réclament que le calme de l'esprit ; quelques antispasmodiques peuvent devenir nécessaires, tel que l'éther, l'eau de fleur d'oranger, l'eau de mélisse, une injection sous-cutanée de morphine, un lavement de chloral, quelques inhalations de chloroforme.

Dans la première période de l'accouchement, l'appétit est d'habitude conservé, les femmes désireraient manger ; pendant l'expulsion, elles ne demandent plus guère que des boissons rafraîchissantes ou légèrement stimulantes.

Il n'est pas rare d'observer des vomissements, surtout si la patiente a pris quelque aliment solide, une trop grande quantité de liquide ou des boissons qui sont mal tolérées ; parfois l'estomac se contracte en même temps que l'utérus et des nausées ou des vomissements précèdent ou accompagnent les douleurs.

La plénitude de l'estomac exerce une mauvaise influence sur l'utérus et peut être une cause d'inertie ; il en est ainsi notamment de l'indigestion. La patiente doit donc s'abstenir de tout ce qui pourrait amener ce résultat.

La plénitude de la vessie et du rectum est également défavorable ; ces réservoirs doivent être vidés. Cependant lorsque, pendant la descente de la tête, la femme accuse des besoins réitérés d'aller à la selle et d'uriner, ces envies sont souvent illusoires et ne dépendent que de l'irritation des sphincters par la partie fœtale. En tous cas, on ne peut permettre à la parturiente de se lever, car le fœtus pourrait sortir brusquement : on se contente alors de passer un bassin plat sous le siège, le plus souvent pour satisfaire simplement le caprice de la femme, car il ne vient rien ou presque rien.

Déformations des organes génitaux.

Le col de l'utérus, le vagin et surtout la vulve ont été fortement élargis par le passage du fœtus et présentent, après l'accouchement, des contusions, des épanchements, des éraillures, des déchirures.

Déjà pendant le travail, il n'est pas rare de constater que le col tout entier (ou seulement la lèvre antérieure) est gonflé, d'un bleu foncé, noirâtre ; on y voit des éraillures, des déchirures plus ou moins étendues, surtout du côté correspondant à l'occiput. Parfois le col descend avec le sommet et apparaît à la vulve sous forme de bourrelet contus, foncé ; après l'accouchement, il est encore dans certains cas visible à l'entrée du vagin ; il est gros, flasque, saignant et donne lieu quelquefois à un écoulement plus ou moins abondant.

Les parois vaginales sont bleuâtres, ecchymosées, écartées les unes des autres, présentent des lambeaux détachés de la muqueuse, souvent des éraillures, des écorchures, parfois même des lésions plus importantes (rupture du vagin, fistules urinaires, recto-vaginales, etc.)

Toutes les parties qui forment et entourent la vulve peuvent être plus ou moins atteintes ; grandes et petites lèvres, commissures antérieure et postérieure, clitoris, méat urinaire et canal de l'urèthre, périnée, anus. Ce sont d'habitude des éraflures, des contusions, quelquefois des solutions de continuité étendues.

Si l'hymen existe encore au moment de l'accouchement, il se déchire en plusieurs lambeaux.

Les grandes lèvres sont souvent éraillées à leur face interne ou muqueuse ; les déchirures y sont assez rares.

Les petites lèvres présentent souvent des déchirures transversales ou longitudinales ; parfois l'une des deux est percée d'un trou, comme fait à l'emporte-pièce ; il n'est pas rare de constater des lambeaux flottants en partie détachés.

Les éraillures de l'urèthre sont assez fréquentes, causent de vives

douleurs et amènent le plus souvent la rétention d'urine. De petites fissures saignantes, très sensibles, se voient dans beaucoup de cas au pourtour du méat urinaire.

Les éraillures de l'anüs, les hémorroïdes sont communes.

Chez les primipares, la fourchette ne reste pas souvent intacte; la solution de continuité peut mesurer 1/2 à 1 centimètre d'étendue. La petite plaie qui en résulte est baignée constamment par les lochies et peut être la porte d'entrée de la septicémie, si on ne prend pas toutes les précautions contre cet accident.

Parfois le périnée est lacéré, la déchirure s'étend plus ou moins loin en longueur et en profondeur (jusqu'à l'anüs, jusqu'au rectum, à travers la cloison recto-vaginale); l'étude des déchirures du périnée sera faite ultérieurement dans un chapitre spécial.

Modifications des fonctions fœtales.

Pendant les contractions, les vaisseaux utéro-placentaires diminuent de calibre, la circulation est entravée, le fœtus souffre,

L'auscultation permet de constater, en effet, que les battements cardiaques diminuent et parfois même disparaissent quand la douleur se prolonge. Dans l'intervalle, tout rentre dans l'ordre.

Après l'écoulement des eaux, la matrice revient un peu sur elle-même, le fœtus est comprimé et la circulation est gênée bien davantage pendant les douleurs.

Il n'est pas étonnant qu'après un temps plus ou moins long, l'asphyxie commence, fait du progrès et finit par amener la mort de l'enfant. Ce résultat arrivera d'autant plus rapidement que les eaux seront écoulées en plus grande quantité et que les contractions seront plus fréquentes et plus énergiques.

L'auscultation pratiquée dans l'intervalle des contractions renseigne l'accoucheur; les battements s'accélèrent d'abord un peu, puis se ralentissent; ils deviennent plus faibles, parfois irréguliers; lorsqu'ils tombent en dessous de 100, le danger est grand; ils diminuent ensuite de plus en plus de fréquence, puis disparaissent.

L'auscultation indique donc au praticien le moment où l'intervention est nécessaire. De là, l'utilité d'appliquer fréquemment l'oreille sur l'abdomen de la mère, quand on a lieu de supposer que l'enfant souffre.

C'est dans ces conditions d'asphyxie commençante que le fœtus exécute les mouvements respiratoires dont nous avons parlé (voir *Respiration prématurée*, p. 218); parfois on observe de véritables mouvements convulsifs. Nous avons déjà, à diverses reprises, signalé aussi l'écoulement du méconium qui, en dehors des présentations pelviennes, indique toujours un état de souffrance du fœtus. Nous décrirons plus loin la tumeur séro-sanguine dont l'étendue et le

volume donnent également une idée de l'état de souffrance plus ou moins considérable de l'enfant.

Déformations de la tête fœtale.

La tête est plus ou moins réductible, grâce à la minceur des os de la voûte, grâce aux sutures et aux fontanelles, grâce enfin à l'état fibro-cartilagineux de certaines régions (charnière occipitale); elle se moule donc jusqu'à certain point en traversant la filière pelvienne, surtout quand l'accouchement est un peu difficile, le travail prolongé. Elle affecte, selon les présentations et les positions, différentes formes caractéristiques, qui permettent de dire à *posteriori* dans quelles conditions a eu lieu l'expulsion.

Nous laisserons de côté pour le moment la tumeur séro-sanguine, qui doit nous occuper plus tard et nous ne parlerons que des déformations intrinsèques de la tête.

1° *A l'état normal*, par exemple chez le fœtus extrait par l'opération césarienne, la tête est ovoïde, à grosse extrémité occipito-pariétale.

2° Dans les *occipito-antérieures*, elle s'allonge diagonalement, du menton à la région sus-occipitale, et s'aplatit transversalement et verticalement; elle devient plus cylindrique. Il en résulte une augmentation du diamètre sus-occipito-mentonnier, et une diminution des sous-occipito-bregmatique, bi-temporal et bi-pariétal.

De plus, il y a habituellement asymétrie des deux moitiés latérales du crâne, le pariétal antérieur est saillant, le postérieur est aplati et l'un des deux est poussé plus en avant que l'autre.

3° Dans les *occipito-postérieures non réduites*, la tête est étirée verticalement, de bas en haut; elle semble en pain de sucre, à cause de la saillie conique du vertex; la partie antérieure des pariétaux et le front sont sur un même plan vertical; l'occiput est aplati et repoussé en avant; de sorte qu'il est à peu près au même niveau que la nuque et le dos.

En même temps, on remarque un aplatissement de la face du côté droit et une déviation du nez du côté gauche.

4° Dans les *présentations de la face*, la tête est dolichocéphale, c'est-à-dire allongée d'avant en arrière, selon le diamètre occipito-frontal; l'occiput et le front sont saillants; le crâne est aplati verticalement, présente une dépression vers la grande fontanelle, une voussure au sinciput. Il en résulte que le diamètre sous-occipito-bregmatique est diminué, les autres sont augmentés (OF—OM—BP).

Dans la variété frontale, le front est fortement bombé, proémine en haut (front élevé); il est d'autant plus volumineux que la bosse séro-sanguine y est développée et est parfois très considérable. La région bregmatique est saillante, tandis que la région de la petite fontanelle est aplatie. Il s'ensuit que la tête a la forme générale d'un

ovoïde ou d'un coin dont la grosse extrémité est représentée par la face et le front, la petite par la bosse occipitale.

5° Dans les présentations du siège, quand la tête a le temps de se mouler, le vertex seul est libre et se renfle, d'où augmentation du diamètre vertical et arrondissement de la tête; c'est le type *brachycéphale*, c'est-à-dire de la tête ronde. Dans ces cas, le diamètre bipariétal est presque aussi long que l'occipito-frontal; c'est l'opposé de ce que nous avons vu pour les présentations de la face, où l'occipito-frontal l'emporte de beaucoup sur le bi-pariétal.

Toutes ces déformations disparaissent ordinairement après l'accouchement; deux ou trois jours plus tard, la tête a repris d'habitude sa forme normale.

Il ne faut jamais essayer de rendre à la tête sa forme ordinaire, en la pressant, en la malaxant en différents sens avec les doigts, ainsi que le demandent certaines mères et que prétendent le faire les matrones. Cette pratique est inutile et dangereuse. Les déformations de la tête se sont produites doucement, lentement, progressivement, pendant plusieurs heures; le cerveau a insensiblement modifié sa forme; si l'on voulait faire disparaître ces anomalies en quelques minutes, on ne réussirait qu'en employant des manœuvres énergiques qui pourraient amener des lésions de la boîte crânienne et de son contenu (fracture des os, décollement du cuir chevelu, compression du cerveau, convulsions, etc.)

Déformations des autres parties fœtales.

Le tronc du fœtus et les membres se tassent, sont comprimés pendant l'accouchement, mais ne présentent pas de modifications permanentes de forme; immédiatement après l'expulsion, elles reprennent leur aspect primitif.

Seulement après les présentations de la face, la tête conserve pendant plusieurs jours de la tendance à se renverser en arrière; après les présentations des fesses, les membres inférieurs tendent aussi à revenir dans la situation qu'ils occupaient pendant le travail. Les parties doivent être ramenées et maintenues dans une attitude correcte par l'emmaillotement.

Les déformations de la tête et autres dont nous venons de parler, peuvent se produire dans les bassins normaux et lorsque l'accouchement est absolument régulier. Dans les bassins rétrécis et les accouchements difficiles, artificiels, d'autres lésions plus sérieuses se présentent parfois, telles que dépressions du crâne, fêlures et fractures des os, contusions, déchirures de la peau, etc., etc. Nous y reviendrons plus tard.

PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT.

D'une manière générale, le pronostic est très favorable pour la

mère, puisque 5 sur 1000 seulement succombent; il l'est moins pour l'enfant, la mortalité étant pour celui-ci dix fois plus considérable, en moyenne 50 pour 1000 (5 %).

Mais de grandes différences doivent être établies selon les circonstances: accouchements naturels ou artificiels, présentations et positions, accouchements dans les maternités ou en ville, bassins normaux ou viciés, primipares ou multipares, femmes mariées ou filles mères, âge de la femme, état de santé antérieure, maladies diverses, etc., etc.

Pour la mère. — L'accouchement est plus dangereux chez les primipares, chez les femmes trop jeunes ou trop âgées, chez les filles mères, lorsqu'il y a un vice du canal pelvien ou une complication pendant la grossesse ou le travail; lorsque enfin, la femme se trouve dans de mauvaises conditions physiques ou morales.

Les agglomérations de femmes en couches créent un danger spécial; les maternités constituaient, naguère encore, des foyers d'infection, où les accouchées étaient décimées; l'emploi des méthodes aseptique et antiseptique est destiné à faire disparaître cette terrible complication de l'accouchement.

La cause la plus commune de maladie et de mort, c'est la septicémie puerpérale, maladie contagieuse très grave, véritable infection de l'organisme par des matières putrides. Nous consacrerons plus loin, à cet important sujet, un chapitre spécial.

Pour l'enfant. — Les statistiques ont démontré qu'en Belgique, pendant l'année 1861, il y a eu 154,218 naissances, qui ont donné les résultats centésimaux suivants: 1° il est né 106 garçons pour 100 filles; 2° la mortalité des nouveau-nés est de 4,5 pour 100; 3° elle est de 2,75 % avant l'accouchement; 4° elle est de 1,80 % par le fait de l'accouchement; 5° elle est proportionnellement plus forte dans les villes que dans les campagnes (125 : 100); 6° elle est proportionnellement plus forte pour les garçons que pour les filles (127 : 100); 7° dès avant l'accouchement, la mortalité des garçons est à celle des filles comme 123 est à 100; 8° par le fait de l'accouchement, elle est comme 132 : 100; 9° la procréation des garçons l'emporte sur celle des filles, mais leur mortalité est plus grande avant et surtout pendant l'accouchement.

L'influence des présentations et des positions est manifeste et mérite de nous arrêter longuement.

1° *Présentations du sommet.* — Ce sont les plus favorables pour la mère et l'enfant. Ce sont celles où les complications sont le moins fréquentes et le moins dangereuses, où le travail marche le plus rapidement, le plus normalement, surtout quand l'occiput est en avant.

Le sommet s'applique bien sur le segment inférieur de l'utérus, l'excitation du museau de tanche provoque des contractions réflexes