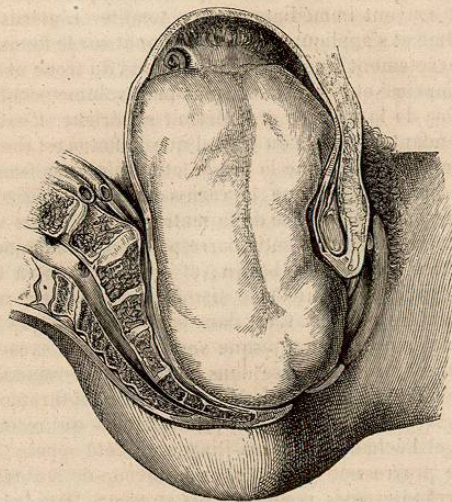


elle est beaucoup plus prononcée que dans les présentations de la tête, parce que dans celles-ci le mouvement de rotation qui ramène

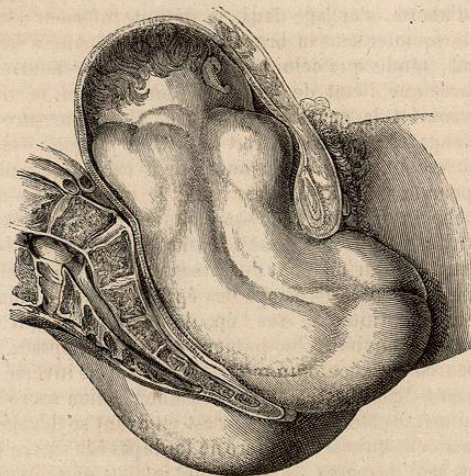
FIG. 41.



l'occiput dans la présentation du vertex, le menton dans celle de la face sous l'arcade du pubis y supplée en grande partie. Malgré, cette inflexion, la fesse qui est en avant continue à correspondre au centre du vagin et à s'avancer la première jusqu'à l'extérieur. La hanche qui est en avant apparaît la première, se place sous le haut de l'arcade du pubis et y reste fixée, jusqu'à ce que celle qui est en arrière se soit avancée jusqu'au niveau de la commissure postérieure de la vulve qui glisse sur elle et se reporte en arrière; les deux hanches deviennent libres en même temps, et le pelvis est expulsé. Souvent, au moment où les deux hanches vont franchir la vulve, le mouvement de rotation se complète et le diamètre bis-iliaque du fœtus correspond exactement au diamètre coccy-pubien de la mère; mais souvent aussi, le siège reste dans une direction légèrement oblique; dans le premier cas il reprend ordinairement aussitôt après sa direction oblique. Le pelvis une fois dégagé est un peu moins relevé vers les pubis, mais il ne retombe pas en arrière, et reste dans la direction du vagin, parce

DE L'ACCOUCHEMENT NATUREL PAR L'EXTRÉMITÉ PELV. 601  
que l'incurvation latérale du tronc n'a pas cessé, mais elle porte sur un point plus élevé. Les membres inférieurs, suivant qu'ils

FIG. 42.



sont plus ou moins relevés, deviennent libres, tantôt aussitôt que le bassin a franchi la vulve, tantôt assez longtemps après. Lorsque l'enfant est vivant, ils restent dans un état de flexion assez prononcée et exécutent quelques mouvements. Dans la présentation de l'extrémité pelvienne rassemblée, la distension du périnée est ordinairement plus considérable que dans la présentation de la tête où le dégagement est régulier, et ce temps de l'expulsion est plus prolongé. Tantôt le reste de l'expulsion jusqu'aux épaules est assez rapide, tantôt elle est assez prolongée; elle l'est presque toujours beaucoup plus lorsque les membres inférieurs sont devenus libres dans le bassin et se sont avancés les premiers; mais dans ce cas, l'expulsion du pelvis est moins prolongée et plus facile. La partie du tronc qui correspond à l'abdomen et à la base de la poitrine reprend ordinairement une direction plus oblique que celle que présentait le siège en traversant le détroit inférieur, le diamètre transverse du fœtus redevient presque parallèle au diamètre oblique auquel il correspondait primitivement. A mesure qu'une nouvelle partie du tronc

descend, elle s'infléchit en avant, en traversant la partie inférieure et recourbée du canal pelvien. C'est dans cette situation que la poitrine avec les bras, qui restent ordinairement exactement appliqués contre elle en conservant la position qu'ils avaient d'abord, s'engage dans le détroit inférieur; le coude apparaît le premier sous la branche ischio-pubienne à laquelle il correspond, tandis que celui qui est en arrière se montre bientôt après, parce que l'état de dilatation dans lequel se trouve la vulve raccourcit la gouttière périnéale. Mais à mesure que les épaules s'engagent dans le détroit inférieur, le tronc exécute un léger mouvement de rotation analogue à celui que nous avons indiqué pour le passage des hanches; le diamètre bis-acromial se rapproche du diamètre coccy-pubien, ou lui devient tout-à-fait parallèle: il arrive même assez souvent dans les positions sacro-postérieures, soit au moment du passage des hanches, mais plus souvent au moment du passage des épaules, que le mouvement de rotation se continue, et que l'épaule qui est en avant vient se placer sur la branche ischio-pubienne du côté opposé; l'épaule qui est en arrière exécute un mouvement en sens inverse, et une position sacro-iliaque est convertie en une position sacro-cotyloïdienne du même côté. L'épaule qui est en avant se dégage la première, mais celle qui est en arrière ne tarde pas à la suivre. Lorsque les épaules sont dégagées, le tronc, n'étant plus soutenu que par le cou, qui est très flexible, tombe entre les cuisses de la mère. La tête, toujours pressée par l'utérus et fléchie sur le devant de la poitrine, se présente par sa base au détroit inférieur aussitôt que les épaules sont dégagées. Dans les positions sacro-antérieures, elle n'a à exécuter qu'un mouvement de rotation peu étendu pour que la nuque vienne se placer sous le haut de l'arcade du côté où elle correspond ou directement sous la symphyse, tandis que dans les positions sacro-postérieures où le plan postérieur du fœtus ne s'est pas dirigé en avant et de côté pendant l'expulsion du tronc, ce mouvement est très étendu, puisque l'occiput, comme dans les positions occipito-postérieures du vertex, se porte de la symphyse sacro-iliaque sous l'arcade des pubis. La nuque, arrêtée sous l'arcade des pubis, y prend un point d'appui; la tête continuant à être poussée de haut en bas et d'avant en arrière se fléchit davantage, la face glisse dans la gouttière périnéale, et l'on voit apparaître successivement sur la commissure postérieure de la vulve le menton, la bouche, les yeux, le front, la fontanelle antérieure, tandis que la partie postérieure du cou se relève directement ou un peu obliquement au-devant des pubis. La tête se dégage par un mouvement en arc de cercle

sous la symphyse des pubis, et les rayons qui se présentent successivement à la vulve sont mesurés par les diamètres sous-occipito-mentonnier, sous-occipito-frontal et sous-occipito-bregmatique. La voie étant faite devant la tête, les mouvements de progression, de rotation et de flexion se font sans efforts, et ordinairement dans un temps très court. Dans la présentation de la tête, l'expulsion du fœtus peut en quelque sorte être considérée comme achevée dès qu'elle a franchi la vulve, tandis que dans la présentation de l'extrémité pelvienne, après la sortie du bassin, surtout si les membres inférieurs étendus se sont avancés les premiers, l'expulsion du reste du tronc et de la tête se fait avec lenteur et difficulté.

De l'exposition générale qui précède on déduit si facilement le mécanisme et la marche de l'expulsion du fœtus dans chaque position de la présentation de l'extrémité pelvienne, que nous devons nous borner à des indications sommaires. Dans la position sacro-cotyloïdienne gauche, qui est la position ordinaire pour le côté gauche du bassin, le plan postérieur du fœtus regarde à gauche et en avant, son plan antérieur à droite en arrière; son diamètre sacro-pubien correspond au diamètre oblique gauche du bassin de la mère, son diamètre bis-iliaque au diamètre oblique droit; la hanche gauche, qui est en avant, est la plus basse; la rainure coccy-pubienne, qui s'étend de gauche à droite dans la direction du diamètre oblique, regarde vers la troisième pièce du sacrum. Le siège descend ainsi lentement dans le canal utéro-vulvaire, à travers le détroit supérieur, au fond de l'excavation pelvienne.

La hanche droite, arrivée au-devant des ligaments sacro-sciatiques du côté gauche, se réfléchit en avant pour parcourir la partie recourbée du bassin et la gouttière périnéale. En même temps, le tronc commence à exécuter son mouvement de rotation, la hanche gauche s'engage sous la branche ischio-pubienne droite en remontant vers le haut de l'arcade, la droite se rapproche de la ligne médiane du périnée, et tandis que la hanche gauche reste comme immobile sous l'arcade du pubis, la droite s'avance sur le plancher du détroit intérieur qu'elle creuse en gouttière; l'inflexion du fœtus sur son côté gauche, au niveau de la région lombaire, se prononce de plus en plus, et quoique les deux fesses se placent à peu près sur le même niveau, la gauche continue à s'avancer la première, et apparaît avant l'autre à la vulve: aussi porte-t-elle les traces d'une tuméfaction sero-sanguine dont la droite est presque toujours exempte.

Lorsque la partie la plus saillante de la hanche droite s'ap-

proche de la commissure postérieure de la vulve, le mouvement de rotation devient plus prononcé, et les deux hanches franchissent la vulve tantôt un peu obliquement, tantôt directement. Après leur sortie, le tronc reprend ordinairement sa direction oblique, le dos s'avance sous la symphyse du pubis et la branche ischio-pubienne gauche, et le plan antérieur sur le côté opposé de l'ouverture vulvaire; le coude gauche apparaît le premier sous la branche ischio-pubienne droite, le droit bientôt après sur le côté gauche de la commissure postérieure de la vulve; au moment où les épaules vont franchir la vulve, le tronc reprend la direction qu'il présentait au moment où les hanches traversaient le détroit inférieur et la vulve; le diamètre bi-acromial se rapproche davantage du diamètre coccy-pubien, ou lui devient même tout-à-fait parallèle; l'épaule gauche se dégage la première, mais la succession est ordinairement très rapide. La tête, fléchie et par conséquent très rapprochée du tronc, est descendue dans l'excavation avant même que les épaules aient franchi la vulve; la nuque vient s'engager sous la branche ischio-pubienne gauche, tandis que le front s'avance au-devant des ligaments sacro-sciatiques et de la gouttière périnéale, et la face se dégage comme il a été dit plus haut, la tête restant un peu oblique, ou en complétant son mouvement de rotation.

Dans la position sacro-iliaque droite, la plus commune pour le côté droit du bassin, le plan postérieur du fœtus est dirigé en arrière et à droite, le plan antérieur à gauche et en avant; son diamètre sacro-pubien est encore parallèle au diamètre oblique gauche de la mère, et son diamètre bis-iliaque au diamètre oblique droit; la hanche droite est la plus basse, et s'avance la première. Le siège descend ainsi dans l'excavation; en parcourant la partie recourbée du canal pelvien, il s'infléchit sur le côté droit du tronc, et exécute un mouvement de rotation qui ramène la hanche droite sous le haut de l'arcade des pubis du même côté, situation dans laquelle les deux hanches franchissent ordinairement la vulve, quelquefois en continuant leur mouvement de rotation au point de transformer la position sacro-iliaque droite ou position sacro-cotyloïdienne du même côté. D'autres fois cette conversion se fait par un mouvement de spirale allongée d'arrière en avant et de droite à gauche, pendant que le tronc s'avance à l'extérieur des hanches aux épaules; mais le plus souvent par un mouvement rapide, lorsque celles-ci franchissent la vulve, et que la tête descend dans l'excavation pelvienne. L'occiput glisse sous la branche ischio-pubienne droite, et la tête se dégage de la manière indiquée plus haut. Dans la position sacro-coty-

loïdienne droite, le plan postérieur du fœtus est dirigé en avant et à droite, et en arrière et à gauche dans la position sacro-iliaque gauche. Les changements dans les rapports du fœtus pendant son expulsion se présentent trop naturellement à l'esprit pour que nous les indiquions même d'une manière sommaire. Peut-être aurions-nous dû nous borner à la description générale pour éviter une foule de répétitions. Je vais terminer par une dernière remarque: il s'en faut de beaucoup que, dans les positions sacro-postérieures, le mouvement de rotation qui ramène le plan postérieur en avant soit constant. Il arrive même quelquefois que le dos se tourne en arrière dans les positions sacro-antérieures primitives. Mais il n'en est pas moins vrai que le plan que forme la partie antérieure du bassin et de l'utérus semble beaucoup mieux s'accommoder, lorsque les contractions utérines n'agissent plus sur l'œuf entier, avec l'arc que forme le dos du fœtus dans son état de pelotonnement que le plan opposé: aussi le mouvement de rotation qui dans les positions sacro-postérieures ramène le dos en avant est-il très fréquent.

*Anomalies dans le mécanisme de l'accouchement par le pelvis.* —

Les exceptions au mode ordinaire d'expulsion du fœtus sont plus fréquentes dans la présentation de l'extrémité pelvienne que dans les autres; elles se rapportent au passage du siège, des épaules et de la tête à travers le canal pelvien.

1. Lorsque les hanches correspondent au diamètre sacro-pubien, elles descendent assez souvent jusque vers le fond de l'excavation pelvienne sans changer de direction, et ne deviennent obliques que pour s'engager dans le détroit inférieur. M. Moreau enseigne que c'est ainsi que les hanches franchissent, dans la plupart des cas, le détroit supérieur, et que ce n'est que lorsque le fœtus est trop volumineux qu'elles s'engagent suivant l'un des diamètres obliques. Mais il suffit ordinairement que les membres inférieurs soient rassemblés au-devant du tronc, pour que le pelvis acquière un volume assez considérable, surtout quand la compression n'a pas encore très exactement serré les parties les unes contre les autres. L'observation de M. Moreau, présentée d'une manière aussi générale, ne paraît applicable qu'aux cas où les membres inférieurs, étendus partiellement ou en totalité, s'avancent les premiers.

Quelque rares que paraissent être les positions dans lesquelles le sacrum correspond directement en avant ou directement en arrière, il arrive cependant quelquefois que le fœtus tend à franchir le détroit supérieur et l'excavation dans cette situation, mais non sans difficulté si le mouvement de rotation ne s'exécute pas,

surtout lorsque le sacrum du fœtus correspond au sacrum de la mère : c'est la seule position des fesses qui ait obligé M. Moreau d'aller chercher les pieds. Madame Lachapelle a également reconnu qu'elle peut apporter des obstacles très sérieux à l'expulsion spontanée, si elle ne se réduit pas. La sage-femme en chef de la Maternité n'a rien observé de semblable dans la position sacro-pubienne ne se réduisant pas en une position diagonale avant d'arriver au fond de l'excavation. Mais si les hanches descendent quelquefois tout-à-fait transversalement dans le fond de l'excavation, il est extrêmement rare qu'elles se dégagent à l'extérieur dans cette situation, comme Baudelocque dit que cela arrive quelquefois; madame Lachapelle assure ne l'avoir jamais observé.

2. Il est très rare de voir les membres supérieurs se relever sur les côtés de la tête ou devant la face, lorsque l'expulsion du fœtus est abandonnée aux seuls efforts de la nature; mais il n'en est plus de même lorsqu'on a exercé des tractions sur les pieds et sur les hanches. Dans ce cas, les extrémités thoraciques cessant d'être aussi fortement serrées par l'utérus contre les côtés et le devant de la poitrine peuvent être retenues en place, et rester au-dessus du détroit supérieur; ou, comme le dit madame Lachapelle, la tête descend entre elles plutôt qu'elles ne s'élèvent sur ses parties latérales. Le segment inférieur de l'utérus forme à l'entrée du bassin un entonnoir trop régulier pour qu'on puisse supposer que les coudes viennent arc-bouter contre quelques parties saillantes. L'élévation des membres supérieurs sur les côtés ou le devant de la tête n'apporterait pas un obstacle bien grand à l'expulsion du fœtus, et les ressources de l'organisme en triompheraient facilement, si la cause qui a dérangé la situation des membres n'avait en même temps redressé la tête et rendu son expulsion plus longue et plus difficile. Ainsi des tractions sur les pieds, quelquefois le déplacement spontané des membres supérieurs, mettent souvent dans la nécessité d'aider au dégagement des bras et de la tête, non qu'il soit rendu impossible autrement, mais parce qu'il exigerait un laps de temps peu compatible avec la conservation de la vie du fœtus.

3. Les anomalies dans le mécanisme de l'expulsion de la tête méritent la plus grande attention. Dans les positions sacro-postérieures, le mouvement de rotation qui, pendant le passage soit du tronc, soit de la tête à travers le bassin, ramène en avant et de côté le plan postérieur du fœtus, peut manquer. Il peut aussi arriver, lorsqu'on imprime artificiellement ce mouvement de rotation au tronc, que la tête ne l'éprouve pas et que la face reste en avant. Dans ce cas, l'expulsion de la tête peut encore être effectuée

spontanément, et peut-être sans plus d'inconvénients et de difficultés que les positions sacro-cotyloïdiennes. C'est une question que l'habitude d'intervenir ne permet pas encore de juger sur des faits assez nombreux. Le petit nombre de ceux que l'on peut consulter prouvent que la tête peut sortir, l'occiput étant dirigé en arrière, de deux manières différentes. Dans l'une et l'autre, nous allons supposer, pour en expliquer le mécanisme, le cas le plus commun, c'est-à-dire celui où le derrière de la tête est dirigé vers la symphyse sous-iliaque droite et la face vers la cavité cotyloïde gauche. 1<sup>o</sup> Aucune traction n'ayant été exercée sur le tronc, la tête, toujours pressée par l'utérus, reste fléchie sur le devant du cou; le menton et la face descendent au-devant de l'éminence iléo-pectinée et de la fosse obturatrice du côté gauche, la partie postérieure du cou et de la tête, au-devant de la symphyse sacro-iliaque et des ligaments sacro-sciatiques du côté droit; le côté droit de la face plus abaissé s'avance derrière la branche ischio-pubienne droite. L'occiput et le front doivent s'engager facilement dans le bassin, parce que dans l'état de flexion de la tête les bosses frontales sont sensiblement plus basses que la protubérance occipitale; le front se présente sous la branche ischio-pubienne gauche, en se rapprochant de plus en plus d'une position directe, tandis que la nuque arrivée sur le point opposé de la commissure postérieure du périnée très dépressible, et déjà en partie refoulée en arrière contre l'échancrure ischio-coccygienne droite, y reste comme fixée, tandis que le front et le reste de la tête se dégagent en avant par un mouvement de bascule qui porte le cou en arrière. Toutes choses étant égales, la tête se trouve dans des conditions plus avantageuses pour franchir le détroit inférieur et la vulve, que dans les positions occipito-postérieures du vertex, l'occiput restant en arrière pour se dégager. Un médecin de province a observé plusieurs cas où le dégagement de la tête, la face étant restée en avant, lui a paru si facile, qu'il a proposé de ramener, en pratiquant la version, le plan antérieur du fœtus en avant. Si cette proposition ne doit pas être prise en considération, on ne doit pas moins tenir compte des faits qu'il invoque, car ils conduisent à faire abandonner des procédés vicieux, et indiquent comme on devrait agir s'il fallait aider la nature à expulser la tête dans ce cas. Le mode d'expulsion de la tête que nous venons de décrire dans les positions sacro-postérieures, restées telles jusqu'à la fin, est celui qui doit être considéré comme régulier et normal, tandis que le suivant semble tout-à-fait anormal et exceptionnel.

2<sup>o</sup> Quelquefois, après l'expulsion du tronc, la tête, au lieu d'être

inclinée sur la poitrine, se trouve, comme dans la présentation de la face, l'occiput renversé en arrière. Dans cette situation, qui peut être primitive, mais qui dépend ordinairement de tractions exercées sur les membres inférieurs, et peut-être quelquefois de ce que le menton vient s'accrocher sur un point de la moitié antérieure du détroit supérieur, l'expulsion de la tête peut s'effectuer spontanément. Leroux, Asdrubali, Michaëlis, en citent des exemples. Voici comment les choses se passent : Nous supposons que la région occipitale est tournée vers la symphyse sacro-iliaque droite, et que le menton relevé est retenu contre un point de la branche horizontale du pubis gauche. La tête, poussée par les contractions utérines, se renverse de plus en plus en arrière par un mouvement d'extension forcée; à mesure qu'elle descend, elle subit insensiblement un mouvement de rotation, de sorte qu'au moment où le tronc est complètement expulsé, la voûte du crâne remplit l'excavation du sacrum, et le bord inférieur de la mâchoire s'applique contre la face postérieure de la symphyse des pubis, où il reste fixé, pendant que la partie la plus élevée de l'occiput d'abord, puis les pariétaux et enfin le front, parcourent le périnée, en présentant successivement au détroit inférieur les diamètres trachélo-occipital, trachélo-bregmatique et trachélo-frontal. Néanmoins l'expulsion ne semble possible qu'autant que le fœtus a un volume médiocre ou que le bassin est très grand.

Dans les positions régulières de l'extrémité pelvienne, la tête est sensiblement mieux disposée pour traverser le canal pelvien que dans les positions du vertex ou de la face. Cependant, bien que le passage soit déjà frayé par la sortie du tronc, il arrive souvent que la tête tend à rester assez longtemps dans l'excavation, ce qui dépend assez souvent de tractions qui l'ont redressée, mais aussi de ce qu'étant déjà en partie dans le vagin, elle ne donne plus autant de prise à l'action de l'utérus, qui ne réagit que sur la partie la plus saillante du crâne; son segment inférieur, qui a été déjà fortement distendu par le passage du tronc, a perdu une partie de son énergie contractile, et les muscles abdominaux prennent une grande part à l'expulsion de la tête à travers la gouttière périnéale et la vulve; mais comme la sensibilité des parties est émoussée par le passage du tronc, la présence de la tête ne provoque pas des ténesmes très vifs, et il se passe souvent un temps assez long avant qu'il survienne des efforts d'expulsion efficaces; ce qui rend dans l'intérêt de l'enfant l'intervention de l'art souvent nécessaire dans le dernier temps de l'accouchement par l'extrémité pelvienne.

*Diagnostic de la présentation et des positions de l'extrémité pelvienne.*—Au début du travail, et tant que la poche des eaux n'est pas rompue, il arrive assez souvent que le toucher ne donne que des renseignements ou négatifs ou très vagues, pour faire reconnaître l'extrémité pelvienne; et cela, parce que les parties qui la composent restent longtemps élevées au-dessus de l'excavation du bassin, ou sont peu engagées. Chez les femmes maigres, chez celles dont la paroi abdominale est restée distendue à la suite de grossesse antérieure, dans les cas où le liquide amniotique est peu abondant, il est quelquefois possible de reconnaître avec la main la tête du fœtus vers le fond de la matrice. Les battements du cœur, qui se font entendre avec beaucoup de force sur un point très élevé de la matrice, donnent également une présomption en faveur de la présentation de l'extrémité pelvienne; mais il ne faut pas oublier que, même dans cette situation du fœtus, le point où les battements s'entendent de la manière la plus distincte est assez éloigné du fond de la matrice, et que, dans les présentations de l'extrémité céphalique, on ne peut quelquefois les entendre que très haut. Le doigt porté dans le vagin trouve l'excavation pelvienne complètement ou en grande partie vide; le segment inférieur de la matrice ne formant qu'une saillie peu prononcée à l'entrée du bassin, son extrémité ne peut toucher que trop imparfaitement les parties du fœtus qui l'occupent, pour pouvoir les reconnaître d'une manière certaine. Si, plus tard, la poche des eaux fait une saillie assez étendue dans l'excavation, l'extrémité pelvienne ne s'avance pas en proportion, à moins que les pieds ne soient placés sous le siège ou qu'ils n'aient de bonne heure de la tendance à abandonner les fesses. Dans ces cas, on peut les sentir assez bien dans la poche des eaux, où ils sont plus ou moins mobiles, sans pouvoir toujours les distinguer des mains; cependant on peut quelquefois toucher assez bien les autres parties pour les reconnaître positivement. En tenant compte des différents signes qui viennent d'être indiqués, on reconnaît dans un assez grand nombre de cas la présentation de l'extrémité pelvienne avant la division de l'œuf. Mais après la rupture de la poche des eaux, lorsque les parties se sont avancées, réunies ou séparées dans l'excavation, il devient en général facile, non seulement de constater la présence de l'extrémité pelvienne à des caractères tranchés, mais encore d'établir ses rapports précis avec le bassin. L'écoulement du méconium fournit un signe propre à ce genre de présentation qu'il ne faut pas négliger, et qui peut rectifier une erreur et éclairer le diagnostic de présentation dans les cas douteux. Nous avons vu que lorsque le fœtus est pressé immédiatement par la

matrice, ou du moins sans l'intermédiaire du liquide amniotique, la portion qui correspond au vide du canal utéro-vulvaire se tuméfié, s'engorge de fluide. Comme cette compression s'étend profondément, les viscères de la cavité abdominale ne tardent pas à en sentir les effets, surtout le gros intestin. Dès que le siège n'est plus soutenu inférieurement, le méconium tend à surmonter l'obstacle que lui oppose l'anus, et cette matière s'écoule assez abondamment à mesure que le pelvis du fœtus s'engage dans le canal pelvien de la mère, où il est plus ou moins fortement comprimé. Mais comme le fœtus rend quelquefois du méconium dans les autres présentations pour des causes que nous ferons connaître, il faut chercher à bien établir les différences qu'il présente dans les deux cas.

Dans la présentation de l'extrémité pelvienne, l'écoulement du méconium est plus abondant; cette matière tombe dans le vagin, et même quelquefois à l'extérieur pendant les contractions, sans mélange de liquide amniotique, en conservent en grande partie sa consistance, tandis que, dans les autres présentations, c'est ordinairement dans l'intervalle d'une douleur que le méconium passe dans le vagin, avec une quantité variable de liquide amniotique qui l'entraîne, et il est plus ou moins délayé. Quant au caractère qu'on a prétendu tirer de l'odeur différente, il est réellement sans valeur. Le méconium a une odeur spécifique; mais cette odeur ne s'altère pas, et n'est pas remplacée par une odeur fétide, même lorsque le fœtus est mort depuis quelque temps, à plus forte raison, lorsqu'il est mort depuis quelques instants. S'il présentait une odeur fétide, et que ses caractères physiques fussent altérés, on pourrait en conclure que le fœtus a cessé de vivre depuis longtemps, sans faire préjuger la présentation. Dans celle du pelvis, il rend son méconium, qu'il soit vivant ou mort. Ainsi, l'issue du méconium pendant le travail, dans des conditions particulières bien constatées, est un signe non absolument certain, mais d'une grande valeur en faveur de la présentation de l'extrémité pelvienne.

Les signes fournis par le toucher sont plus ou moins nombreux, suivant les rapports des membres pelviens avec le plan antérieur du tronc. Tantôt les fesses seules font saillie dans l'excavation pelvienne, et le doigt rencontre celle qui est en avant, qu'il reconnaît à une tumeur volumineuse assez régulière, molle. En la parcourant d'avant en arrière, comme pour aller à la recherche de la suture sagittale, on trouve une rainure qu'il faut explorer avec attention; vers son centre on rencontre l'anus, qui présente une ouverture étroite et contractile si le fœtus est vivant, dans laquelle

le doigt pénètre avec quelque difficulté. A l'une des extrémités de cette ligne, on rencontre la pointe du coccyx; cet os, par sa forme et sa mobilité, est, avec l'anus, l'une des parties les plus faciles à reconnaître. On trouve à l'autre extrémité les parties génitales; mais assez souvent on rencontre en outre les pieds entrecroisés ou séparés au-devant des fesses ou des parties génitales. La situation du coccyx et la direction de la rainure coccy-pubienne permettront d'établir facilement dans quelle position se présente l'extrémité pelvienne. Si les pieds sont plus abaissés que les fesses, et déjà en partie séparés de celles-ci, et que le doigt ne puisse pas les atteindre, ou ne les atteindre qu'incomplètement, les pieds et les jambes suffiront pour établir non seulement le diagnostic de la présentation, mais encore de la position de l'extrémité pelvienne. On ne peut confondre le pied avec la main, et le talon avec le coude, que lorsqu'on ne peut les atteindre que très incomplètement; mais lorsque l'exploration peut s'étendre sur le bas de la jambe, la confusion n'est pas possible. La direction des pieds indique celle du tronc; mais il ne faut pas oublier, lorsque les jambes sont fléchies et entrecroisées, que les membres pelviens sont dans un état d'adduction forcée, et que le plan antérieur du fœtus répond au côté vers lequel sont dirigés les deux bords péroniers ou externes des pieds. Je ferai observer que la présence des pieds ou d'un pied à l'orifice de la matrice ne prouve pas nécessairement une présentation de l'extrémité pelvienne. Dans la présentation de la tête, les membres inférieurs peuvent être étendus sur le devant du tronc, et les pieds, au début du travail, être la partie la plus basse et la plus accessible: aussi, on ne doit jamais négliger de chercher à reconnaître les parties qui sont au-dessus. Lorsque les genoux se présentent les premiers, ils sont tout aussi faciles à reconnaître que les pieds, il serait superflu d'y insister. Dans la présentation inclinée ou anormale de l'extrémité pelvienne, le diagnostic est plus difficile, et souvent impossible, tant que la présentation reste vicieuse: une hanche, la région sacrée, peuvent facilement être prises pour une portion du crâne, si on ne peut en même temps atteindre d'autres parties, propres à rectifier les premières impressions.

*Pronostic.* — La présentation de l'extrémité pelvienne est infiniment moins désirable que celle de l'extrémité céphalique: ce n'est pas par les dangers que court la mère dans ce genre de parturition; car si le travail est un peu plus long, il n'est pas plus douloureux, et les forces de l'organisme suffisent presque toujours pour l'expulsion spontanée du fœtus, lorsque les conditions de l'accouchement naturel existent. Sur 2,000 accouchements

par l'extrémité pelvienne observés à la Maternité, 82 seulement ont exigé des secours de l'art; savoir, 57, sur 1,214 présentations des fesses, 25, sur 772 présentations des pieds. Les suites de couches n'en sont pas plus fâcheuses. C'est surtout pour le fœtus que ce genre d'accouchement est dangereux, et les faits en donnent une triste confirmation. On voit dans les tableaux statistiques de madame Lachapelle que, les 804 présentations de l'extrémité pelvienne ont amené 102 enfants faibles, 115 enfants morts et 581 bien portants. La proportion des morts est aux naissances comme 4 à 7. Mais comme les causes de mort étrangères à la présentation n'ont pas été séparées, ce rapport exagère d'une manière très sensible les dangers de la parturition par l'extrémité pelvienne dans les conditions normales. M. P. Dubois, en faisant cette distinction, a trouvé que le rapport des morts aux naissances dans la présentation du pelvis était de 4 à 11, tandis qu'elle n'était que de 4 à 50 dans celle du vertex. Les relevés de madame Lachapelle prouvent aussi, toutes choses égales, que le danger est sensiblement plus grand lorsque le fœtus s'étend pour traverser le canal pelvien, et que les pieds et les genoux s'avancent les premiers. L'appréciation exacte des phénomènes mécaniques du travail rend parfaitement compte des dangers de la parturition par l'extrémité pelvienne, et de la différence que nous venons de signaler. Le fœtus est essentiellement vulnérable par son prolongement vasculaire extérieur ou fœto-placentaire. L'interruption de la circulation dans cette portion de son système vasculaire devient pour lui promptement une cause de mort, qui peut en quelque sorte être comparée à l'asphyxie. Dans l'accouchement par l'extrémité céphalique, la sortie du tronc se faisant très rapidement, et suivant de très près la sortie de la tête, qui par son volume a largement fait la voie aux autres parties, la compression du cordon est presque nulle et d'une durée fort courte. Il n'y a pas d'interruption sensible entre le commencement de la respiration pulmonaire et l'action du placenta, tandis que dans l'accouchement par l'extrémité pelvienne, la compression commence en quelque sorte aussitôt que le siège a pénétré dans le fond de l'excavation, se continue jusqu'à la sortie de la tête à la vulve, et augmente à mesure que les parties les plus volumineuses traversent lentement le bassin: et pour peu que la tête reste dans l'excavation, étant déjà en grande partie hors de l'utérus, le placenta doit être souvent en partie ou en totalité décollé avant qu'elle soit expulsée au dehors. L'accouchement par l'extrémité pelvienne est un accouchement avec procidence du cordon pendant une assez grande partie de sa durée, et souvent avec décollement du placenta avant sa terminaison complète. Dans les cas où les

diverses parties qui composent l'extrémité pelvienne, traversent le canal pulvien réunies, l'ovoïde qu'elles forment alors, ayant un volume assez considérable, s'engage d'abord avec plus de lenteur et de peine; mais dilatant largement le col de la matrice et le périnée, le reste du fœtus s'avance plus facilement, et supporte une compression moins forte: de là les avantages de la présentation des fesses sur celle des pieds. Ajoutons que la flexion des membres sur le plan antérieur garantit plus ou moins le cordon contre la compression pendant l'expulsion du tronc. Lorsqu'on exerce des tractions sur les extrémités, on exagère encore les inconvénients de l'accouchement par les pieds, en forçant le tronc à traverser des parties incomplètement dilatées, et en déterminant le redressement des bras, ou de la tête, qui rend l'extraction toujours plus longue, et compromet les avantages qu'on pourrait supposer *à priori*. La répugnance des anciens pour l'accouchement par l'extrémité pelvienne n'était donc pas sans fondement. C'est à tort qu'on a supposé que le refoulement du sang vers le cerveau pouvait être une cause de souffrance et de mort dans l'accouchement par l'extrémité pelvienne; le fœtus étant à peu près partout exactement comprimé, ce prétendu refoulement est un véritable non-sens, et il ne peut avoir lieu que sur les parties qui correspondent au vide du canal utéro-vulvaire dilaté: de là l'écoulement du méconium, la tuméfaction avec ecchymose qu'on observe sur la fesse qui apparaît la première à la vulve, tuméfaction qui s'étend du voisinage de l'anus aux parties génitales, mais qui se dissipe spontanément, et qui est sans danger. Il ne faut pas croire cependant que la suspension de la circulation ait lieu dans le cordon dès que la région ombilicale a plongé dans l'excavation du bassin; la souplesse des parois du tronc, la fermeté du cordon, concourent à maintenir un passage libre au sang; mais il est certain que la circulation éprouve déjà une gêne assez sensible et une suspension plus ou moins complète pendant les douleurs; mais dans l'intervalle, si l'utérus n'est pas contracté d'une manière spasmodique, elle reprend avec plus ou moins de liberté son cours.

IV. DE L'ACCOUCHEMENT NATUREL MULTIPARE. — Il se rapporte ordinairement aux cas de jumeaux: les relevés de madame Lachapelle donnent, sur 37,441 accouchements, 36,992 accouchements simples, 444 doubles, 5 triples. Le rapport des accouchements multiples aux simples a été de 4 à 91 1/7. On voit combien sont rares les accouchements de trijumeaux, et à plus forte raison ceux de quadrijumeaux.

L'accouchement de deux enfants appartient le plus ordinairement

rement aux parturitions naturelles, et se termine le plus souvent par les seules ressources de la nature. Il se classe dans les différents genres d'accouchements, suivant la présentation, et suivant qu'il est compliqué ou non; il peut aussi offrir des difficultés qui lui sont propres, que nous aurons à examiner plus loin en traitant des indications. Le volume ordinairement moins considérable des fœtus jumeaux est une circonstance favorable à leur expulsion. Cependant le travail est généralement plus long, parce que l'utérus plus distendu a une action moins énergique. Le fœtus le plus volumineux se présente ordinairement le premier, et plus souvent d'une manière plus favorable. Les deux tiers environ des jumeaux présentent en même temps la tête, les autres la tête et l'extrémité pelvienne, quelques uns le pelvis, ce qui est peu commun. Il n'est pas rare de voir le premier arriver par les pieds. Le second se présente plus souvent par le tronc ou d'une manière moins régulière que le premier.

Ce sont deux accouchements successifs, dont le premier a la durée ordinaire, tandis que le second est généralement très court. On voit, d'après un relevé de l'hôpital de Dublin, qu'un plus grand nombre de seconds enfants sont nés au bout d'un quart d'heure qu'avant ou après ce temps; ensuite au bout de cinq minutes, puis d'une demi-heure, puis de dix minutes, puis de vingt; quatre femmes, sur 240, ont mis dix heures à accoucher de leur second enfant. Il est arrivé quelquefois que le travail s'est suspendu définitivement après l'expulsion d'un premier fœtus abortif ou d'une viabilité douteuse, et que la grossesse s'est continuée jusqu'à terme pour l'autre.

Le plus souvent la poche des eaux du second enfant est intacte après l'expulsion du premier; mais il n'est pas rare de voir le second œuf se diviser avant l'expulsion du premier enfant. L'absence d'une seconde poche des eaux, ce qui est assez commun, est rarement la preuve que les deux fœtus sont contenus dans un chorion ou amnios commun.

L'expulsion du premier fœtus est quelquefois entravée par le second, dont quelques unes des parties tendent aussi à s'engager, ou sont placées plus bas; d'autres fois leur situation est telle qu'elles s'opposent réciproquement à leur descente. La nature surmonte plus ou moins facilement ces obstacles; celui des deux fœtus qui est le plus mobile est déplacé et repoussé par l'autre; ces déplacements sont favorisés par l'état poli et onctueux des surfaces en contact. Néanmoins il peut arriver que l'interven-

tion de l'art soit nécessaire. Nous aurons à revenir sur ces cas en traitant des différentes espèces de dystocie.

La délivrance ne se fait ordinairement qu'après la deuxième parturition, que les placentas soient unis ou séparés; il n'est pas rare cependant de voir le premier placenta sortir avant le second enfant. Cela se conçoit d'autant plus aisément que les parties adossées des œufs, et même des placentas lorsqu'ils ne sont unis que par leurs bords, se séparent avec une grande facilité. Il survient quelquefois, après la section du cordon du premier fœtus, une hémorrhagie par le bout placentaire, qui est l'indice de communications anastomotiques entre les vaisseaux des deux placentas.

Lorsque l'expulsion d'enfants jumeaux se fait d'une manière régulière, et que le travail n'est pas compliqué d'accident particulier, on doit se borner aux soins communs qu'exige tout accouchement naturel.

Nous avons vu, page 230, que le diagnostic de la grossesse double pouvait rester obscur, même après une exploration attentive: aussi n'est-ce le plus souvent qu'après la naissance d'un enfant qu'on acquiert la certitude qu'il en existe un autre dans la matrice. L'écoulement d'une petite quantité de liquide, et la petitesse de l'enfant expulsé comparativement au volume du ventre, attirent ordinairement l'attention de l'accoucheur; la main portée sur l'abdomen sent que l'utérus est encore distendu par un corps volumineux qui offre des inégalités et des duretés; le toucher fait reconnaître la poche des eaux ou la partie du fœtus qui se présente.

L'accouchement d'enfants jumeaux est très souvent prématuré; les trijumeaux arrivent rarement à terme, et plus rarement encore les quadrijumeaux. Après l'accouchement de jumeaux on observe plus souvent que dans les accouchements simples l'inertie de la matrice, l'expulsion difficile de l'arrière-faix, l'hémorrhagie utérine. Nous avons déjà dit que l'expulsion du premier enfant pouvait être entravée par le second: aussi l'accouchement multipare offre-t-il plus de danger pour la mère et l'enfant que l'accouchement ordinaire. A Dublin, suivant Clarke, la proportion de la mortalité, parmi les femmes en couches, a été de 1 à 70 dans les accouchements simples, et de 1 à 44 dans les accouchements de jumeaux. La mortalité des enfants a été également plus considérable; de 1 à 20 dans les naissances simples, elle a été de 1 à 13 dans celles des jumeaux.