

Le *développement renversé* de l'utérus, c'est-à-dire l'ampliation plus considérable du segment inférieur que du fond, donnant la forme d'un ovoïde à grosse extrémité inférieure, amènera par les lois mêmes de l'accommodation une présentation du siège.

Enfin les *tumeurs de l'utérus* (fibromes) ou de son voisinage, altérant la forme normale de l'organe gestateur, peuvent être la source de présentations vicieuses, en rapport avec la déformation produite par la tumeur même.

3° Fœtus.

Toute cause altérant la forme générale du fœtus, ou diminuant soit son volume, soit sa résistance, est susceptible de produire une présentation vicieuse.

Nous trouvons dans cette catégorie de causes :

La *mort* du fœtus quand elle date d'un certain temps, et qu'il y a eu macération; nous savons qu'en pareil cas, l'accommodation perd ses droits.

La *petitesse* du fœtus agit de même en rendant l'accommodation inutile.

L'*hydrocéphalie*, augmentant le volume de la tête relativement à celui du siège, est une cause de présentation du siège. Car, en pareil cas, la forme générale du fœtus pelotonné est celle d'un ovoïde, dont la grosse extrémité correspond à la tête.

La *dolicocéphalie*, c'est-à-dire l'exagération des diamètres antéro-postérieurs par rapport aux transversaux, a été regardée par HECKER comme une cause de la présentation de la face, la tête, à cause de sa forme spéciale, ayant de la peine à s'engager par le sommet dans l'excavation. Mais il est démontré aujourd'hui que cette dolicocéphalie, qui a en effet été constatée après l'accouchement par la face, est, sauf quelques exceptions, secondaire et non primitive, car au bout de trois à quatre jours, la tête a repris sa configuration normale et n'est plus de forme pathologique, ce qui arriverait si la dolicocéphalie était primitive, c'est-à-dire antérieure à l'accouchement.

Le *volume exagéré de la tête* du fœtus serait, d'après SPIEGELBERG, une cause de présentation de la face, et on peut dire aussi du front. Cette explication est parfaitement admissible, car elle agit de même qu'un rétrécissement du bassin; ce sont en effet les dimensions relatives de la partie fœtale et du bassin qui amènent la dystocie.

Certaines tumeurs du fœtus, tumeur du cou ou de l'occiput, amenant la déflexion de la tête et gênant la partie fœtale dans sa descente, peuvent également causer une présentation du front ou de la face.

Je citerai, parmi les causes très exceptionnelles de présentation vicieuse, les *rétractions musculaires* (présentation du front résultant d'un torticolis congénital¹).

Une simple mention pour les *grossesses multiples* et les *monstruosités*, dont on devine facilement la fâcheuse influence sur l'accommodation.

¹ Auvard. *Travaux d'obstétrique*, t. 1^{er}, p. 421.

4° Annexes ovulaires.

Trois causes du côté des annexes ovulaires peuvent produire des présentations vicieuses :

Le *placenta prævia*, en empêchant l'engagement du sommet, et favorisant ainsi la production d'une présentation du siège ou du thorax;

L'*hydramnios* qui, distendant outre mesure l'utérus, rend l'accommodation inutile, de même que précédemment la petitesse du fœtus; on voit fréquemment, en pareil cas, les présentations du siège ou du thorax;

Enfin, les *circulaires du cordon* autour du cou fœtal, qui peuvent retenir la tête de l'enfant vers le fond de l'utérus. Le fœtus est pour ainsi dire pendu, et obligé de se présenter par le siège.

5° Traumatismes.

On a admis qu'un traumatisme portant sur l'hypogastre; pouvait déplacer la tête du fœtus et être la source d'une présentation vicieuse: thorax ou siège. C'est là une cause admissible, mais tout à fait exceptionnelle.

PARTICULARITÉS DE CHAQUE PRÉSENTATION

Les présentations sont *définitives* ou *temporaires*, suivant que la partie fœtale est fixée ou momentanément arrêtée sur le trajet de la filière génitale.

En général, les présentations *définitives* sont celles où l'engagement a lieu pendant la grossesse, et les *temporaires*, celles au contraire où la partie fœtale reste mobile au détroit supérieur. Nous verrons cependant qu'il y a des exceptions.

Sommet. — En l'absence de condition anormale, quand il y a présentation du sommet, l'engagement se fait pendant les trois derniers mois chez les primigestes, et pendant les quinze derniers jours chez les multigestes. Avec l'engagement, la présentation devient définitive.

Face. — Les présentations de la face sont exceptionnelles pendant la grossesse; cependant, quelques cas bien observés ne permettent pas de les nier. Ordinairement, elles se constituent au moment du travail; sous l'influence d'une des causes précédemment étudiées, la tête se défléchit, et on voit se produire successivement une présentation du front, puis de la face.

On appelle *primitives* les présentations de la face existant pendant la grossesse, et *secondaires*, celles qui se forment pendant le travail. Les secondaires sont donc la règle.

Ces présentations ne deviennent définitives que lorsque l'engagement se fait, c'est-à-dire à une période avancée du travail, car jamais l'engagement n'a lieu pendant la grossesse ni au début de l'accouchement.

Front. — Tout ce qui vient d'être dit sur les présentations de la face, s'applique exactement à celles du front.

Siège. — La présentation du siège, de même que celle du sommet peut exister longtemps avant l'accouchement.

Pendant la grossesse, on observera soit le siège complet, soit décompleté, mode des fesses, les deux autres variétés (genoux, pieds) ne se montrant qu'au moment du travail.

Quand le siège est décompleté, mode des fesses, il s'engage souvent dans les derniers temps de la grossesse, et, grâce à cet engagement, la présentation devient définitive (LEFOUR).

Mais lorsque le siège est complet, son volume empêche l'engagement, et néanmoins la présentation peut être et est souvent, sans engagement, définitive, car la cause qui amène cette présentation vicieuse, notamment la forme de l'utérus chez les primigestes, empêche le fœtus de changer de situation. Dans ce cas on éprouve parfois, de même que dans le précédent avec engagement du siège, de sérieuses difficultés à faire la version par manœuvres externes.

Thorax. — Les présentations du thorax existent pendant la grossesse comme au moment de l'accouchement; mais elles sont rarement définitives pendant la gestation, à moins qu'une forme spéciale de l'utérus ne fixe le fœtus dans cette situation vicieuse.

L'engagement de l'épaule (variété de beaucoup la plus fréquente des présentations du thorax) ne se fait jamais pendant la grossesse, et n'a lieu qu'à une période avancée du travail; c'est à ce moment, ou lorsque, après l'écoulement du liquide amniotique, l'utérus s'est rétracté, que la présentation devient définitive, et d'autant plus difficile à corriger, qu'on attend plus longtemps.

Abdomen. — Mêmes considérations que pour les présentations du thorax.

B. — POSITIONS

Quand nous voulons examiner complètement et détailler une statue placée sur un piédestal mobile, nous la faisons tourner, de manière à la voir successivement de face, de trois quarts (antérieurs), de profil, de trois quarts (postérieurs), de dos, puis en continuant le mouvement de rotation, de trois quarts (postérieurs), de profil, de trois quarts (antérieurs), et enfin de face; la statue est ramenée à la position de départ.

Or le fœtus, quelle que soit sa présentation, peut exécuter dans l'intérieur de la cavité utérine une évolution analogue, évolution pendant laquelle, sans changer de présentation, il offrira une série de situations nouvelles.

C'est à ces situations diverses qu'on a donné le nom de *positions*.

On voit donc qu'il importe de nettement distinguer les *présentations* des *positions*.

La *présentation* est constituée par la région fœtale, qui descend la première dans la filière génitale.

La *position* est l'orientation du fœtus ou mieux de la région fœtale qui se présente.

Nous connaissons les présentations, abordons l'étude des positions.

Afin de dénommer les diverses positions, on a choisi pour chaque présentation un point de repère fœtal, qui, par ses rapports avec d'autres points pris sur la filière génitale, a permis de déterminer la situation exacte de l'enfant. — Je m'explique par un exemple. — Un fœtus se présente par le sommet (je prends l'occiput comme point de repère); l'occiput peut, suivant la situation de l'enfant, être en rapport avec le pubis, avec le sacrum, ou différentes autres régions de la ceinture pelvienne; on aura ainsi une position *occipito-pubienne* (contact de l'occiput fœtal et du pubis maternel), une position *occipito-sacrée* (contact de l'occiput fœtal avec le sacrum maternel), etc.

Or, voyons les points de repère fœtaux et maternels qui ont été choisis :

1° Points de repère fœtaux.

I. Sommet	OCCIPUT.	O.
II. Face	MENTON.	M.
III. Front	MENTON.	M (id. que pour face).
IV. Siège	SACRUM.	S.
V. Thorax	ACROMION.	A.
VI. Abdomen.	ACROMION.	A (id. que pour thorax).

2° Points de repère maternels.

On a pris sur le pourtour de la ceinture pelvienne les points d'aboutissement des différents diamètres. Ces points sont les suivants :

Point. — PUBIEN.	P.
ILIAQUE DROIT ANTÉRIEUR	I D A.
ILIAQUE DROIT TRANSVERSE	I D T.
ILIAQUE DROIT POSTÉRIEUR	I D P.
SACRÉ	S.
ILIAQUE GAUCHE POSTÉRIEUR	I G P.
ILIAQUE GAUCHE TRANSVERSE	I G T.
ILIAQUE GAUCHE ANTÉRIEUR	I G A.

Le choix de ces points de repère, aussi bien pour la mère que pour le fœtus, a été très discuté, celui auquel je me suis arrêté est généralement adopté par les accoucheurs. — Les lecteurs que la question intéresserait la trouveront discutée dans mes *Travaux d'obstétrique*, t. III, p. 95.

L'ensemble de ces points, par comparaison avec la rose des vents, pourrait être appelé la *rose des positions* (fig. 131).

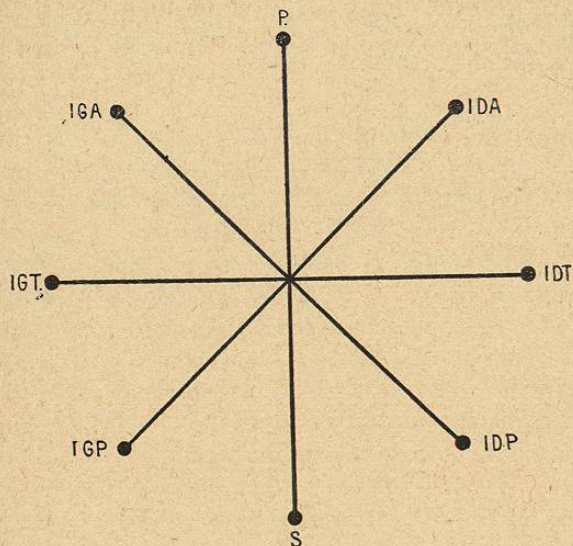


Fig. 131. — Rose des positions.

IGA IDA
 Rose des positions : P — S — IGT — IDT —
 IGP IDP

Or, pour chaque présentation, mettons en rapport :
 Le point de repère fœtal avec les différents points de repère maternels,
 et nous aurons les séries de positions qui suivent :

I. Sommet (Occiput). — O.

Position. — OCCIPITO-PUBIENNE	O P.
OCCIPITO-ILIAQUE DROITE ANTÉRIEURE	O I D A — 3 ¹ .
— — — TRANSVERSE	O I D T.
— — — POSTÉRIEURE	O I D P — 2.
OCCIPITO-SACRÉE	O S.
OCCIPITO-ILIAQUE GAUCHE POSTÉRIEURE	O I G P — 4.
— — — TRANSVERSE	O I G T.
— — — ANTÉRIEURE	O I G A — 1.

¹ Le chiffre placé à la suite des positions obliques indique leur fréquence relative. — Le chiffre 1 représentant la plus fréquente, ce qu'on appelait la première du sommet, les autres étant dénommées 2^e, 3^e, 4^e du sommet. — Cette fréquence n'est bien établie que pour les positions obliques, les seules pour lesquelles je l'indique.

II. Face (Menton). — M.

Position. — MENTO-PUBIENNE	M P.
MENTO-ILIAQUE DROITE ANTÉRIEURE	M I D A — 4.
— — — TRANSVERSE	M I D T.
— — — POSTÉRIEURE	M I D P — 1.
MENTO-SACRÉE	M S.
MENTO-ILIAQUE GAUCHE POSTÉRIEURE	M I G P — 3.
— — — TRANSVERSE	M I G T.
— — — ANTÉRIEURE	M I G A — 2.

III. Front (Menton). — M.

Id. que pour la face.

IV. Siège (Sacrum). — S.

Position. — SACRO-PUBIENNE	S P.
SACRO-ILIAQUE DROITE ANTÉRIEURE	S I D A — 3.
— — — TRANSVERSE	S I D T.
— — — POSTÉRIEURE	S I D P — 2.
SACRO-SACRÉE	S S.
SACRO-ILIAQUE GAUCHE POSTÉRIEURE	S I G P — 4.
— — — TRANSVERSE	S I G T.
— — — ANTÉRIEURE	S I G A — 1.

V. Thorax (Acromion). — A.

Position. — ACROMIO-PUBIENNE	A P ¹ .
ACROMIO-ILIAQUE DROITE ANTÉRIEURE	A I D A.
— — — TRANSVERSE	A I D T.
— — — POSTÉRIEURE	A I D P.
ACROMIO-SACRÉE	A S.
ACROMIO-ILIAQUE GAUCHE POSTÉRIEURE	A I G P.
— — — TRANSVERSE	A I G T.
— — — ANTÉRIEURE	A I G A.

VI. Abdomen (Acromion). — A.

Id. que pour le thorax.

Pour compéter et rendre intelligible cet énoncé des positions dans les différentes présentations, je le fais suivre d'une série de figures montrant la situation du fœtus dans ces divers cas (figures 132 à 163).

¹ Pour la fréquence des positions du thorax, il suffit de savoir que les dorso-antérieures sont plus fréquentes que les dorso-postérieures.

I. — Sommet.

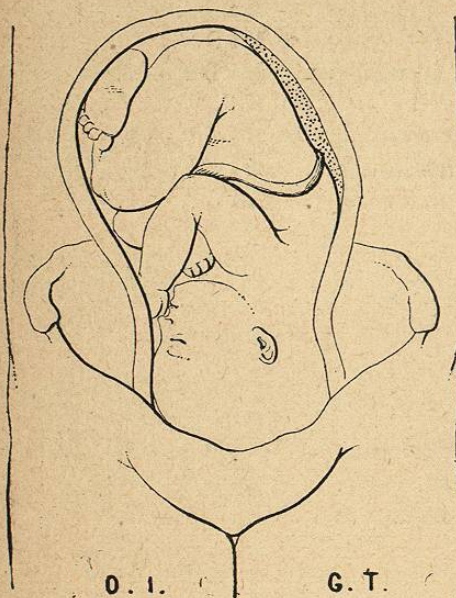


Fig. 132.

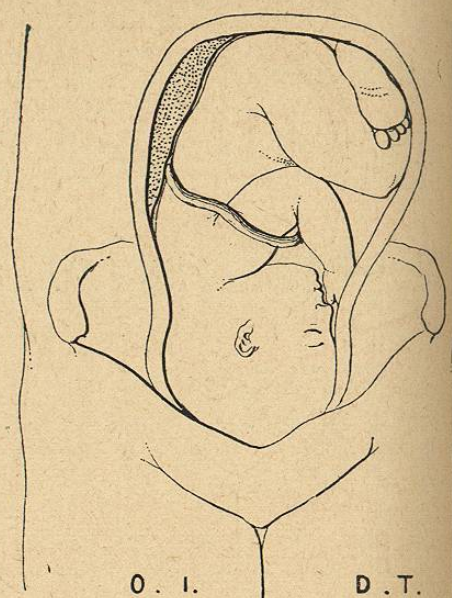


Fig. 133.



Fig. 136.



Fig. 137.

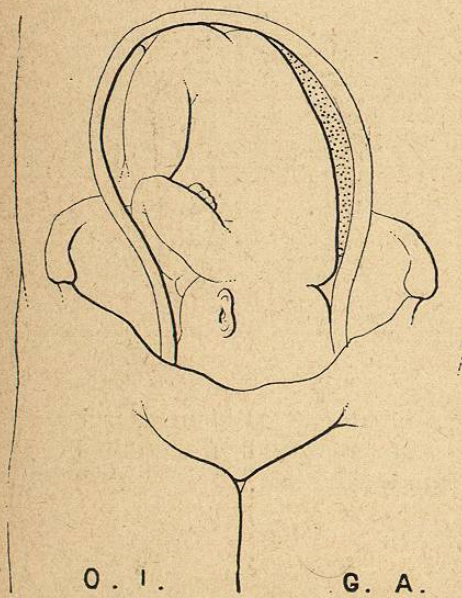


Fig. 134.

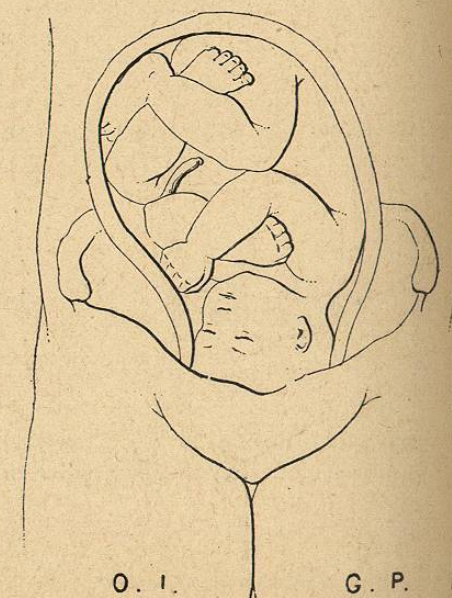


Fig. 135.

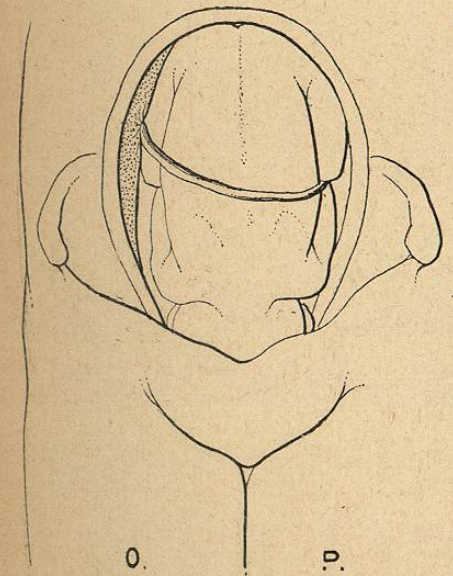


Fig. 138.

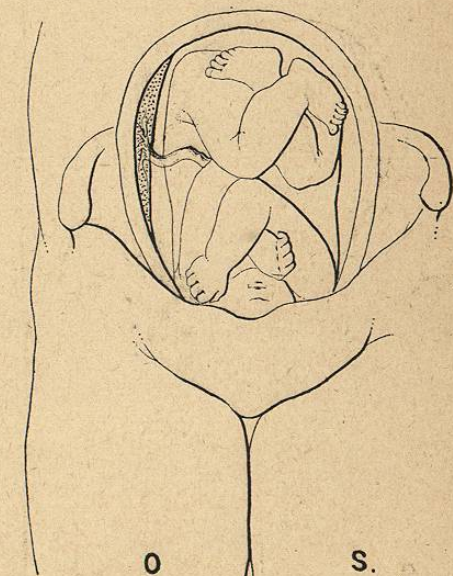


Fig. 139.

LIBRARY

II. — Face.

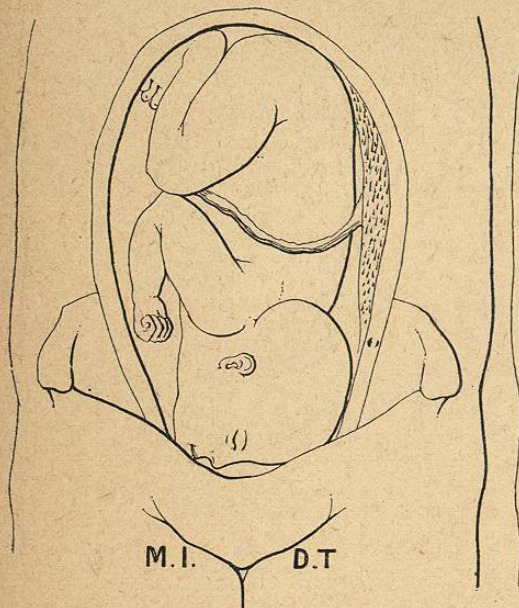


Fig. 140.

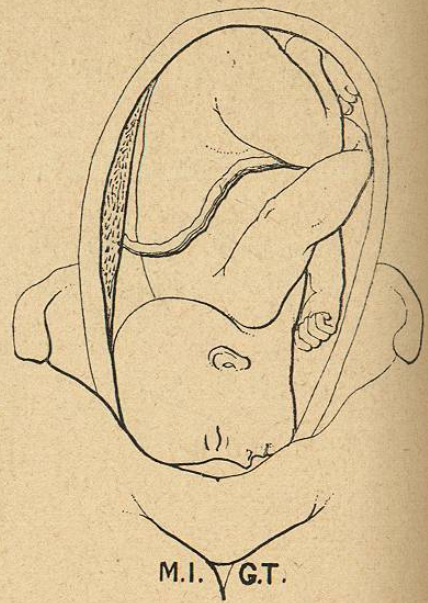


Fig. 141.

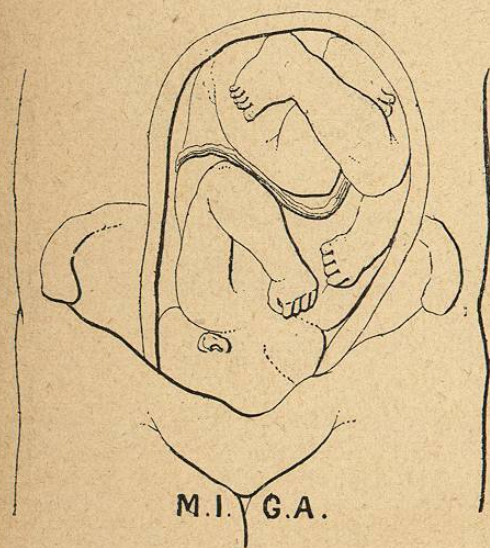


Fig. 142.

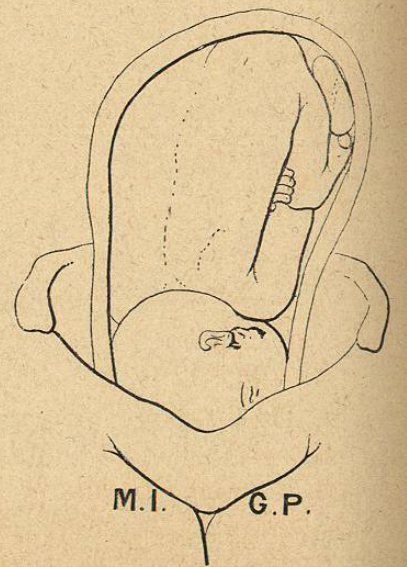


Fig. 143.

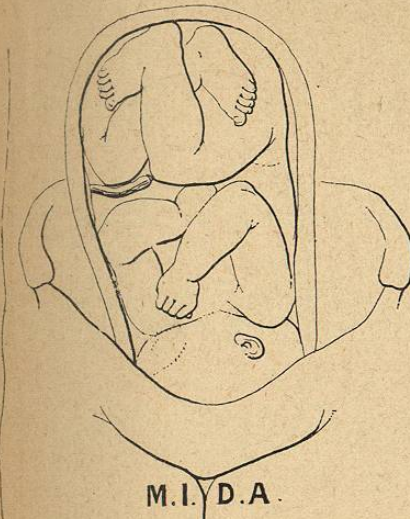


Fig. 144.

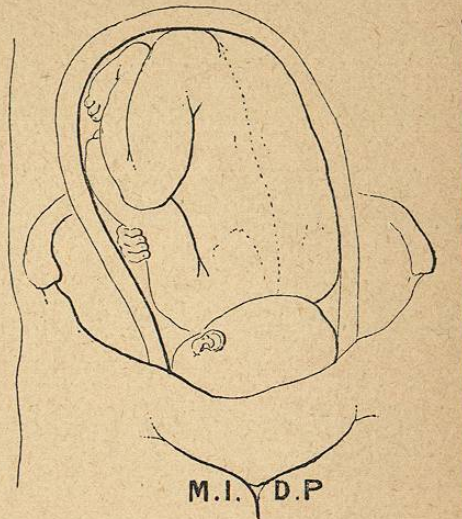


Fig. 145.

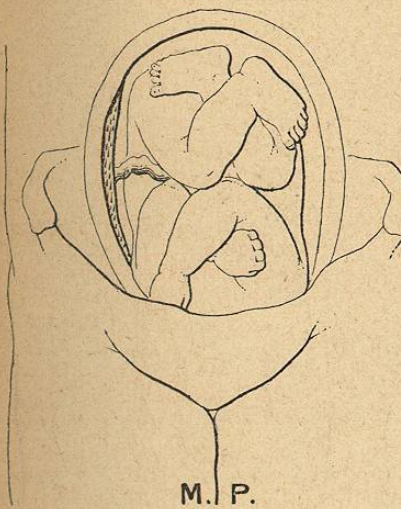


Fig. 146.

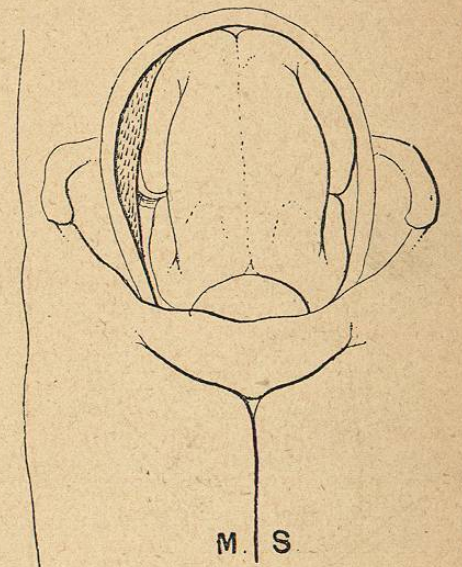


Fig. 147.

III. — Front.

Même situation que pour la face, en fléchissant légèrement la tête, et en la mettant dans une position intermédiaire entre la présentation du sommet et celle de la face.