qu'elle s'affaiblisse de plus en plus, que la prostration augmente et se termine par la mort. L'autopsie ne vient alors rien apprendre.

Ce n'est pas toujours immédiatement après la délivrance que se présente ce singulier état; parfois il s'écoule un temps assez long pendant lequel la malade dit être très-bien, puis tout à coup elle se plaint d'une faiblesse inaccoutumée, s'écrie qu'elle est au plus mal, et ne peut cependant indiquer quelle est la cause de son état. Du côté du ventre, rien de particulier, aucune trace d'hémorrhagie, l'utérus est bien contracté; et pourtant le mal s'aggrave, le pouls faiblit, la face pâlit, prend un aspect cadavéreux, et la malade est dans un état de débilité telle, qu'elle ne peut exprimer ses sensations que par un gémissement. Tout à coup elle éprouve un sentiment de constriction violente à la poitrine, et expire avant qu'on ait pu rien faire pour la soulager.

L'opium m'a paru, dit Churchill, le meilleur moyen à employer dans tous ces cas. Cinq gouttes de laudanum peuvent être données toutes les demi-heures, puis toutes les heures, puis à des intervalles plus grands : il paraît calmer le trouble général, diminuer l'ébranlement cérébral, et donner à tout le système le temps de réparer les forces épuisées. En même temps on peut donner une petite quantité de vin et d'eau-de-vie à des intervalles et à des doses suffisantes pour aider au rétablissement des forces, mais non en assez grande quantité pour déterminer une réaction générale. On facilitera le sommeil par le calme complet du corps et de l'esprit. Lorsque la malade est assez heureuse pour s'endormir, les forces se rétablissent, le pouls et la respiration deviennent calmes; si, au contraire, la prostration continue, le cas est des plus graves, et l'on doit redoubler l'emploi des excitants internes et externes. Ramsbotham recommande en même temps une pression sur le ventre, pour prévenir sans doute l'afflux des liquides vers les vaisseaux abdominaux.

Lorsque l'agitation, les spasmes, le délire dont nous avons parlé plus haut se manifestent pendant le travail, il faut s'empresser de pratiquer une saignée du bras, pour peu que le permette l'état général de la malade, et terminer l'accouchement le plus tôt possible.

On devrait agir de la même manière si l'on voyait tout à coup survenir une altération notable d'un des organes des sens, l'amaurose par exemple.

B. *L'influence que le travail exerce sur le fœtus* varie suivant une foule de circonstances qui, pour la plupart, seront étudiées plus loin. Ainsi, après avoir décrit le mécanisme de l'accouchement dans chaque présentation, nous dirons quelle influence chacune d'elles peut exercer sur la santé et la vie de l'enfant. Les diverses causes de dystocie sont tout autant défavorables à ce dernier qu'à sa mère.

Nous ferons seulement deux observations : nous rappellerons d'abord que, toutes choses étant égales d'ailleurs, la mortalité des enfants mâles est beaucoup plus considérable que celle des petites filles, ce qui tient, ainsi que nous l'avons fait remarquer plus haut, au volume plus considérable des premiers, et à la durée relative du travail qui en est la conséquence; et que la lenteur excessive du travail, qui devient si souvent alors une cause de mort pour le fœtus,

n'exerce en réalité cette fâcheuse influence qu'autant qu'elle porte sur la seconde période ou période d'expulsion. Jusqu'au moment de la rupture des membranes, et même jusqu'au moment où la dilatation est complète, pour peu qu'il reste encore une certaine quantité d'eau dans l'utérus, le travail peut se prolonger indéfiniment sans que le fœtus en souffre.

Il est à peine utile de faire observer que toute cause de dystocie pouvant avoir sur la santé des mères une fâcheuse influence, celles-ci sont plus exposées aux inflammations consécutives et aux complications fâcheuses du travail, quand elles accouchent d'un garçon que lorsqu'elles donnent naissance à une fille.

CHAPITRE III

DES PHÉNOMÈNES MÉCANIQUES DU TRAVAIL

ARTICLE PREMIER

DES PRÉSENTATIONS ET DES POSITIONS

Lorsque nous avons parlé de l'attitude du fœtus dans la cavité utérine, nous avons dit que le plus souvent il était situé de manière que l'extrémité céphalique était la partie la plus basse. Mais il peut arriver, sous l'influence des causes que nous étudierons plus tard, qu'un des autres points du grand axe du fœtus corresponde au col de l'utérus. L'extrémité supérieure ou céphalique, l'extrémité inférieure ou pelvienne, une des parties du tronc ou de la partie moyenne, peuvent se présenter les premières au détroit supérieur. Or, il est facile de prévoir que ces différentes circonstances de présentation doivent nécessairement influer sur le mécanisme de l'accouchement, sur la facilité, la promptitude avec lesquelles se fait l'expulsion du fœtus. Il est donc de la dernière importance, avant de commencer l'étude de ce mécanisme, de bien étudier toutes ces situations diverses. Cette étude comprend ce qu'on appelle les *présentations* et les *positions :* par le mot *présentation*, on exprime quelle est la partie qui s'offre la première au détroit supérieure ; par celui de *position*, on veut indiquer les rapports que la partie qui se présente a contractés avec les différents points de ce détroit supérieur.

Les anciens accoucheurs ne s'étaient attachés qu'à reconnaître la partie qui se présentait, sans rechercher quels pouvaient être les rapports de cette partie avec les différents points du pourtour du détroit supérieur ; mais, depuis Solayres, et surtout Baudelocque, son élève, chacun voulut avoir sa classification, et le nombre des présentations et des positions considérées comme distinctes varia avec chaque auteur qui écrivit sur l'art des accouchements.

Nous donnons, dans le tableau suivant, la classification de Baudelocque et les principales de celles qui lui ont succédé.

TABLEAU GÉNÉRAL DES CLASSIFICATIONS

NOMS DES AUTEURS.	PRÉSENTATIONS.	RAPPORTS DES PARTIES DU FŒTUS AVEC LES DIVERS POINTS DU BASSIN.	DÉNOMINATIONS DES POSITIONS.
BAUDELOCQUE....	Vertex ou sommet....	Occiput à la cavité cotyloïde gauche.....	1re occipito-cotyloïdienne gauche.
		Occiput à la cavité cotyloïde droite.....	2e occipito-cotyloïdienne droite.
		Occiput à la symphyse des pubis.....	3e occipito-pubienne.
		Occiput à la symphyse sacro-iliaque droite.....	4e occipito-sacro-iliaque droite.
		Occiput à la symphyse sacro-iliaque gauche.....	5e occipito-sacro-iliaque gauche.
		Occiput à l'angle sacro-vertébral.....	6e occipito-sacrée.
	Face.....	Menton à la symphyse des pubis.....	1re mento-pubienne.
		Menton à l'angle sacro-vertébral.....	2e mento-sacrée.
		Menton directement à droite.....	3e mento-iliaque droite.
		Menton directement à gauche.....	4e mento-iliaque gauche.
	Pieds.....	Calcanéum à la cavité cotyloïde gauche.....	1re calcanéo-cotyloïdienne gauche.
		— à la cavité cotyloïde droite.....	2e calcanéo-cotyloïdienne droite.
		— à la symphyse des pubis.....	3e calcanéo-pubienne.
		— à l'angle sacro-vertébral.....	4e calcanéo-sacrée.
	Genoux.....	Face antérieure des tibias à la cavité cotyloïde gauche.....	1re tibio-cotyloïdienne gauche.
		— — à la cavité cotyloïde droite.....	2e tibio-cotyloïdienne droite.
		— — à la symphyse des pubis.....	3e tibio-pubienne.
		— — à l'angle sacro-vertébral.....	4e tibio-sacrée.
	Fesses.....	Le sacrum à la cavité cotyloïde gauche.....	1re sacro-cotyloïdienne gauche.
		— à la cavité cotyloïde droite.....	2e sacro-cotyloïdienne droite.
		— à la symphyse des pubis.....	3e sacro-pubienne.
		— à l'angle sacro-vertébral.....	4e sacro- ou lombo-sacrée.

NOMS DES AUTEURS.	PRÉSENTATIONS.	RAPPORTS DES PARTIES DU FŒTUS AVEC LES DIVERS POINTS DU BASSIN.	DÉNOMINATIONS DES POSITIONS.
BAUDELOCQUE....	Tronc.....	Occiput..... / Nuque..... / Dos..... / Lombes..... / Face..... / Devant du cou.... / Poitrine..... / Abdomen..... / Devant du bassin.. / Devant des cuisses. / Côté de la tête.... / Côté du cou..... / Épaule..... / Côté de la poitrine. / Côté des lombes... / Hanches..... — Pour chacune de ces présentations quatre rapports possibles :	
		Tête au-dessus du pubis.....	1re céphalo-pubienne.
		Tête au-dessus de l'angle sacro-vertébral.....	2e céphalo-sacrée.
		Tête à gauche.....	3e céphalo-iliaque gauche.
		Tête à droite.....	4e céphalo-iliaque droite.
GARDIEN.....	Vertex.....	Six positions comme Baudelocque.....	Mêmes dénominations que Baudelocque.
	Face.....	Quatre positions comme Baudelocque.....	— —
	Pieds..... / Genoux..... / Siége.....	Comme Baudelocque.	— —
	Tronc.....	Côté droit..... / Côté gauche..... / Plan antérieur.... / Plan postérieur.... — Pour chacune de ces quatre présentations quatre rapports possibles :	
		Tête à gauche.....	1re céphalo-iliaque gauche.
		Tête à droite.....	2e céphalo-iliaque droite.
		Tête en avant.....	3e céphalo-pubienne.
		Tête en arrière.....	4e céphalo-sacrée.

NOMS DES AUTEURS.	PRÉSENTATIONS	RAPPORTS DES PARTIES DU FŒTUS AVEC LES DIVERS POINTS DU BASSIN.	DÉNOMINATIONS DES POSITIONS.
LACHAPELLE	Vertex	Occiput à la cavité cotyloïde gauche	1re occipito-cotyloïdienne gauche.
		Occiput à la cavité cotyloïde droite	2e occipito-cotyloïdienne droite.
		Occiput à la symphyse sacro-iliaque droite	3e occipito-sacro-iliaque droite.
		Occiput à la symphyse sacro-iliaque gauche	4e occipito-sacro-iliaque gauche.
		Occiput directement à gauche	5e occipito-transversale gauche.
		Occiput directement à droite	6e occipito-transversale droite.
	Face	Menton directement à droite	1re mento-iliaque droite.
		Menton directement à gauche	2e mento-iliaque gauche.
	Extrémité pelvienne	Lombes à gauche	1re lombo-iliaque gauche.
		Lombes à droite	2e lombo-iliaque droite.
		Lombes en avant	3e lombo-pubienne.
		Lombes en arrière	4e lombo-sacrée.
	Tronc	Côté droit — Tête à gauche	1re céphalo-iliaque gauche.
		Côté droit — Tête à droite	2e céphalo-iliaque droite.
		Côté gauche — Tête à gauche	1re céphalo-iliaque gauche.
		Côté gauche — Tête à droite	2e céphalo-iliaque droite.
VELPEAU	Vertex	Comme Baudelocque.	
	Face	Comme Lachapelle.	
	Pieds, Genoux, Siége	Autant de rapports pour chacune de ces trois présentations que pour le sommet	Mêmes dénominations correspondantes, à chacune des six positions.
	Tronc	Côté droit, Côté gauche — Pour chacune de ces présentations deux rapports possibles :	
		Plan postérieur — Tête à gauche	1re céphalo-iliaque gauche.
		Plan antérieur — Tête à droite	2e céphalo-iliaque droite.

NOMS DES AUTEURS.	PRÉSENTATIONS	RAPPORTS DES PARTIES DU FŒTUS AVEC LES DIVERS POINTS DU BASSIN.	DÉNOMINATIONS DES POSITIONS.
CAPURON	Vertex	Occiput à la cavité cotyloïde gauche	1re occipito-cotyloïdienne gauche.
		Occiput à la cavité cotyloïde droite	2e occipito-cotyloïdienne droite.
		Occiput à la symphyse sacro-iliaque droite	3e occipito-sacro-iliaque droite.
		Occiput à la symphyse sacro-iliaque gauche	4e occipito-sacro-iliaque gauche.
	Face	Menton à la cavité cotyloïde gauche	1re mento-cotyloïdienne gauche.
		Menton à la cavité cotyloïde droite	2e mento-cotyloïdienne droite.
		Menton à la symphyse sacro-iliaque droite	3e mento-sacro-iliaque droite.
		Menton à la symphyse sacro-iliaque gauche	4e mento-sacro-iliaque gauche.
	Pieds, Genoux, Siége	Pour chacune de ces trois présentations, quatre rapports, suivant que le calcanéum, la face antérieure des tibias ou la face postérieure du sacrum correspondent à la :	
		Cavité cotyloïde gauche	1re position.
		Cavité cotyloïde droite	2e position.
		Symphyse sacro-iliaque droite	3e position.
		Symphyse sacro-iliaque gauche	4e position.
	Tronc	Côté droit, Côté gauche, Plan antérieur, Plan postérieur — Dans chacune de ces quatre présentations la tête peut se trouver au-dessus :	
		De la cavité cotyloïde gauche	1re céphalo-cotyloïdienne gauche.
		De la cavité cotyloïde droite	2e céphalo-cotyloïdienne droite.
		De la symphyse sacro-iliaque droite	3e céphalo-sacro-iliaque droite.
		De la symphyse sacro-iliaque gauche	4e céphalo-sacro-iliaque gauche.