

Pour compléter l'explication qu'il croit avoir donnée du mouvement de rotation, M. P. Dubois rapporte l'expérience suivante : « Chez une femme morte peu de temps après être accouchée, l'utérus, resté flasque et volumineux, fut largement ouvert jusque auprès de l'orifice. Le fœtus de cette même femme fut placé à l'orifice utérin très-béant et très-mou, dans une position occipito-iliaque droite postérieure du sommet. Plusieurs élèves sages-femmes, comprimant et poussant le fœtus de haut en bas, le firent pénétrer sans peine dans l'excavation du bassin : il fallut beaucoup plus d'efforts pour que la tête parcourût le périnée et franchît la vulve; mais ce ne fut pas sans surprise que nous vîmes, pendant trois essais successifs, que, quand la tête traversait les voies génitales externes, l'occiput était revenu en avant et à droite, et que la face s'était portée en arrière et à gauche. Nous répétâmes une quatrième fois l'expérience; mais cette fois la tête franchit la vulve, l'occiput étant resté en arrière. Nous prîmes alors un fœtus né mort de la veille, mais beaucoup plus volumineux que le précédent; nous le plaçâmes dans les mêmes conditions que le premier, et deux fois de suite la tête franchit la vulve après avoir exécuté son mouvement de rotation; au troisième essai et aux suivants, elle se dégaga sans qu'il eût été exécuté. Ainsi, le mouvement de rotation n'a cessé d'avoir lieu que lorsque le périnée et la vulve ont perdu la résistance qui le rendait nécessaire, ou qui du moins en provoquait l'accomplissement. » (*Loc. cit.*)

Je ne sais si, pour tous les esprits, l'explication et les expériences de M. P. Dubois rendront la cause du mouvement de rotation très-simple et très-intelligible; mais je suis forcé de convenir que, pour moi, elles détaillent le fait, le confirment, mais ne l'expliquent pas. Sans aucun doute, c'est dans la forme et la direction du canal, dans la forme et le volume de la tête fœtale, qu'il faut chercher la cause de ce mouvement de rotation; mais voyons s'il ne serait pas possible de préciser plus rigoureusement l'influence de ces diverses circonstances.

L'utérus est à peu près placé dans la direction de l'axe du détroit supérieur; la somme de ses forces expulsives, ou, pour parler plus clairement, la somme des contractions peut donc être représentée comme s'exerçant suivant la direction de l'axe de ce détroit supérieur. La tête étant placée en position occipito-iliaque droite postérieure, l'occiput, poussé par la contraction utérine que lui transmet le rachis, descend donc dans la direction de l'axe du détroit supérieur, c'est-à-dire de haut en bas et d'avant en arrière, et continue à descendre jusqu'à ce qu'il rencontre la résistance de la partie inférieure et latérale du bassin ou des parties molles du plancher péritonéal. Là il est arrêté pour peu que cette résistance soit considérable, et dès lors la direction dans laquelle chemine l'occiput doit nécessairement changer. Cette résistance, en effet, peut être représentée par une force de direction perpendiculaire à la surface heurtée, et qui serait appliquée à la tête du fœtus à son point de contact avec le plan postérieur de l'excavation. Ce point de contact est évidemment, dans le cas qui nous occupe, la partie latérale droite et postérieure de la tête, qui vient heurter contre un des points de la paroi postérieure de l'excavation : la tête du fœtus, ou plutôt l'extrémité occipitale de cette tête, est dès lors poussée par deux forces

différentes, dont l'une agit sur elle de haut en bas, d'avant en arrière, et un peu de gauche à droite (c'est la contraction utérine), et l'autre agit sur elle d'arrière en avant et un peu de bas en haut (c'est la force de résistance représentée par la perpendiculaire à la surface heurtée). En composant cette force née de la résistance avec celle venue de l'utérus et transmise par le rachis dans la direction de l'axe du détroit supérieur, on obtient, par le parallélogramme, une diagonale ou résultante des forces qui indique la direction du mouvement qui doit avoir lieu. Or, en construisant ce parallélogramme, on voit évidemment que l'occiput doit se porter en avant, en bas et à droite, puisque la diagonale ou résultante des forces est dirigée d'arrière en avant, [de haut en bas et de gauche à droite (1)].

L'étendue de ce mouvement de progression en bas, en avant et à droite, la rapidité avec laquelle il s'exécute, sont toujours en rapport avec l'énergie et la durée de la contraction, et la force de la résistance offerte par le plancher du bassin. C'est ce qui explique pourquoi ce mouvement de rotation, après s'être fait très-longtemps attendre, s'exécute quelquefois tout à coup et complètement pendant une douleur violente; pourquoi aussi, dans d'autres circonstances, et particulièrement dans celles où les douleurs sont faibles ou courtes, ce mouvement ne s'exécute que peu à peu, et a besoin, pour se compléter, d'un temps plus ou moins long et de contractions plus ou moins nombreuses (2).

Cette théorie nous permet d'expliquer les différences que présente ce mouvement de rotation, sous le rapport du point de l'excavation où il commence à s'exécuter. Le plus souvent, avons-nous dit, ce mouvement de rotation ne commence que lorsque la tête repose sur le plancher du bassin; il en doit être naturellement ainsi, puisque jusqu'alors la tête, fortement fléchie et offrant les plus petits diamètres, n'a rencontré aucune résistance dans la partie osseuse du canal pelvien. Mais on conçoit facilement qu'avec une tête volumineuse ou un bassin peu développé, un détroit supérieur trop incliné, un utérus trop oblique, les résistances se fassent sentir plus tôt, et qu'à peine entré dans l'excavation, l'occiput vienne se heurter contre la paroi postérieure, et soit forcé de suivre une nouvelle direction qui lui est imprimée par la résultante des forces.

(1) Dans un article publié en 1846, deux ans après la publication de mes deux premières éditions, M. Simpson a reproduit à peu près la même théorie, et il ajoute qu'avant lui aucun auteur n'avait donné de ce mouvement de rotation aucune explication satisfaisante. Je suis heureux de voir ma théorie confirmée par celle du savant professeur d'Édimbourg, mais je regrette d'être obligé de lui rappeler que ma première édition fut publiée en 1840.

(2) Ce mouvement, dit M. Nægele, s'exécute peu à peu et par un mouvement de va-et-vient, suivant la direction d'une lente spirale. Si l'on touche pendant la douleur, on sent la petite fontanelle, qui était dirigée à droite et en arrière, se placer complètement à droite, vers la branche descendante de l'ischion. A mesure que la douleur cesse, elle revient peu à peu à l'endroit qu'elle occupait auparavant. Si le doigt demeure en contact avec la tête, on observe que la fontanelle postérieure, qui, en l'absence de la douleur, est complètement à droite, se tourne, pendant la douleur, en avant et vers le trou sous-pubien, d'où elle s'éloigne de nouveau à mesure que la douleur cesse; elle suit ces mouvements alternatifs jusqu'à ce qu'enfin elle demeure fixée vis-à-vis du trou sous-pubien.

Grâce à cette explication, enfin, l'absence du mouvement de rotation et le dégagement de la tête en position postérieure se comprennent facilement. Quels sont, d'après M. Nægele, les cas dans lesquels cette exception a été observée ? Nous l'avons déjà dit : ce sont ceux dans lesquels l'amplitude du bassin, le défaut de résistance des parties molles, dû aux accouchements antérieurs, aux déchirures du périnée, ou bien le petit volume du fœtus, la réductibilité de sa tête, lui permettaient de franchir le canal sans rencontrer de résistance, et par conséquent sans qu'aucune force nouvelle vint modifier la direction première de la force utérine.

3° Nous avons dit que le tronc participait aux mouvements de rotation de la tête : il peut arriver cependant que cela n'ait pas lieu. Au moins cela paraît prouvé par deux faits cités par M. Dubois.

4° Le mouvement de rotation des épaules, après la sortie du tronc, peut offrir aussi des variétés opposées. Il peut ne s'opérer qu'incomplètement, même ne pas s'opérer du tout ; les épaules se dégagent alors transversalement. Ce dernier cas n'est pas très-rare, et vient, à mon avis, pleinement confirmer la théorie de Gerdy sur ce mouvement de rotation. Quand, en effet, il n'a pas lieu, la tête n'exécute aucun mouvement de rotation. Or, ce mouvement de la tête devrait toujours s'exécuter, quelle que soit, du reste, l'immobilité des épaules, si, comme le pensait Baudelocque, il était la conséquence de la détorsion du cou.

Quelquefois, au contraire, le même mouvement qui a rendu les épaules transversales avant la sortie de la tête se continue après l'expulsion de celle-ci, de telle sorte que l'épaule, qui était primitivement antérieure, au lieu de rétrograder vers l'arcade des pubis, se porte en arrière, et c'est l'épaule primitivement postérieure qui vient occuper le sommet de l'arcade pubienne. La face se porte alors vers la face interne de la cuisse droite dans la position occipito-iliaque droite, et vers la cuisse gauche dans la position occipito-iliaque gauche.

§ IV. — Présentations inclinées ou irrégulières du sommet.

Nous avons désigné (page 316) sous ce nom de présentations inclinées ou irrégulières du sommet, celles dans lesquelles la suture sagittale, au lieu d'être placée à peu près suivant la direction de l'axe du détroit supérieur, regardait en avant ou en arrière du bassin, ou bien celles dans lesquelles la flexion incomplète ou exagérée de la tête plaçait le front ou l'occiput au centre du détroit. Baudelocque et son école avaient fait de ces circonstances autant de présentations distinctes, qu'ils appelaient présentations du côté ou de l'oreille, du front et de l'occiput. A l'exemple de madame Lachapelle, de MM. Nægele, Stoltz et P. Dubois, nous les ferons rentrer dans les présentations du sommet. Presque jamais, en effet, elles n'entravent la marche du travail, et c'est à peine si elles en modifient le mécanisme.

Supposons, par exemple, une première position (occipito-iliaque gauche antérieure) inclinée sur son pariétal antérieur : la bosse pariétale droite est au centre du détroit ; la suture sagittale regarde la première pièce du sacrum. La

descente de la tête se fera absolument comme dans une position franche, seulement à son entrée dans l'excavation, ou pendant la première moitié de son mouvement par suite duquel la bosse pariétale postérieure décrira autour de l'antérieure, comme centre, un arc de cercle, et toutes les deux se trouveront bicutôt sur le même plan ; puis le travail se terminera comme à l'ordinaire.

On comprend que le mouvement de redressement s'opérerait en sens inverse, si l'inclinaison avait lieu sur le pariétal postérieur. Toutefois le redressement est alors bien plus difficile, à cause de la direction de la force, qui tend sans cesse à augmenter l'inclinaison.

Dans les cas où la flexion de la tête est incomplète (présentation du front de Baudelocque), elle se complètera pendant le mouvement de descente. Il en sera de même quand elle est exagérée (présentation de l'occiput de Baudelocque). Le front s'abaissera petit à petit.

§ V. — Pronostic.

Les présentations du sommet sont, de toutes les présentations, les plus favorables. Cette proposition sera prouvée quand nous étudierons le pronostic des autres présentations ; mais les positions du sommet ne sont pas toutes également avantageuses, et l'on peut établir, comme proposition générale, que celles dans lesquelles l'occiput est, au début du travail, tourné vers un des points de la moitié antérieure du bassin, sont plus favorables que celles dans lesquelles il regarde un des points de la moitié postérieure.

Dans les positions occipito-postérieures, la tête reste en général assez élevée pendant la première partie du travail, sa flexion est moins prononcée que lorsque l'occiput est en avant, et l'on peut facilement s'en assurer par la difficulté qu'on éprouve alors à atteindre la fontanelle postérieure, enfin le mouvement de descente s'opère avec beaucoup de lenteur, et ne se complète guère que lorsque le mouvement de rotation a ramené l'occiput en avant.

Dans ces derniers cas, nous avons démontré que l'accouchement pouvait se terminer par deux mécanismes tout différents. L'occiput revient en avant se placer derrière la symphyse pubienne, ou bien il reste en arrière jusqu'à la fin du travail. Lorsque la position postérieure se convertit en occipito-pubienne, l'étendue très-considérable du mouvement de rotation nécessite des contractions un peu plus violentes que lorsque l'occiput était primitivement plus rapproché de l'arc antérieur du bassin, et l'on conçoit que le travail est alors un peu plus pénible pour la femme, mais il n'offre en général aucune gravité. C'est surtout lorsque la tête conserve sa position primitive et n'exécute aucun mouvement de rotation, que son expulsion devient très-difficile. Nous allons essayer de prouver cette dernière assertion.

Établissons d'abord, comme un fait dont personne ne saurait nier l'évidence, que toutes les fois qu'une tige droite et inflexible aura à franchir un canal courbe, elle le franchira d'autant plus facilement que le canal sera moins courbe ou moins long, ou la tige droite plus courte.

Dans l'état de pelotonnement où est le tronc du fœtus dans les présentations du sommet, la tige que représente le grand axe longitudinal peut être divisée en deux portions : l'une, représentée par la tige rachidienne et les membres inférieurs, est une tige flexible qui peut se prêter à la courbure du bassin, et dont l'expulsion ne doit présenter aucune difficulté ; l'autre, représentée par tout l'espace qui sépare le vertex de l'articulation atloïdo-axoïdienne, constitue une tige droite et inflexible. Or, il est évident que, dans la position occipito-antérieure primitive, ou dans les postérieures qui se convertissent en antérieures, la portion de tige droite et inflexible qui représente le grand axe du fœtus est réduite aux dimensions qu'elle ne peut point ne pas offrir, et qu'elle n'a à parcourir qu'une paroi du canal la plus courte et la moins courbe, je veux dire la symphyse des pubis ; de sorte qu'une des extrémités de la tige est dégagée au détroit inférieur, que l'autre est à peine engagée au détroit supérieur. En est-il de même dans les positions occipito-postérieures qui restent postérieures jusqu'à la fin du travail ? Nous savons que, dans ce dernier cas, l'occiput vient le premier se dégager au devant de la commissure antérieure du périnée. L'occiput a donc à parcourir toute la face antérieure du sacrum et du périnée fortement distendu. Or le cou n'étant pas assez long pour mesurer ainsi toute la paroi postérieure du canal, il faut que la poitrine s'engage à la suite de la tête dans l'excavation, et que, par conséquent, la tête se fléchisse très-fortement sur le devant de la poitrine. Par suite de cette flexion forcée, la portion de tige droite et inflexible que représente le fœtus ne s'étend plus seulement du vertex à l'articulation atloïdo-axoïdienne, mais bien du vertex aux premières vertèbres dorsales ; elle est donc *beaucoup plus longue* ; de plus, elle a à parcourir toute la face antérieure du sacrum prolongée par le périnée, c'est-à-dire *la plus courbe et la plus longue des parois du bassin*. Il est donc évident que l'expulsion du fœtus doit être, dans ce cas, beaucoup plus longue et plus pénible. On ne peut pas admettre, cependant, qu'alors l'accouchement est impossible. Capuron, qui professait encore il y a peu de temps cette opinion, pensait que, l'occiput restant en arrière, l'accouchement ne pouvait se faire qu'autant que la tête du fœtus était peu volumineuse ou le bassin très-large. Cette opinion est aujourd'hui contredite par un trop grand nombre de faits, pour que nous nous arrêtions à réfuter les preuves théoriques sur lesquelles s'appuyait Capuron.

Il est encore une autre raison qui rend les positions occipito-postérieures beaucoup plus difficiles, raison à laquelle, à mon avis, on n'a pas attaché une assez grande importance. Je veux parler du mode de transmission des contractions utérines. Lorsque, en effet, l'occiput est en avant, remarquez que la contraction utérine, transmise à l'occiput par le rachis, arrive jusqu'à lui presque en ligne droite, tandis que, lorsque l'occiput reste en arrière jusqu'à la fin du travail, par suite de la flexion exagérée de la tête sur la poitrine, la contraction, toujours transmise à l'occiput par le rachis, n'arrive jusqu'à lui qu'en décrivant une courbe très-prononcée. Or, tout le monde sait que c'est là une condition dans laquelle il y a une grande déperdition de force ; et remarquez encore que cette perte de force coïncide précisément avec une position occipito-postérieure,

qui, par les raisons que nous avons déjà fait valoir, présente par elle-même plus de difficultés dans son dégagement.

Avoir démontré que, dans le cas où l'occiput reste en arrière, l'accouchement est plus long et plus difficile, c'est avoir prouvé qu'il était en même temps plus nuisible à la mère et à l'enfant. C'est surtout, en effet, dans ces cas qu'il faut craindre la rupture plus ou moins étendue du périnée, car il est bien difficile de l'éviter. C'est alors encore que surviennent ces larges déchirures centrales dans lesquelles, la commissure postérieure de la vulve et le sphincter de l'anus restant intacts, le fœtus se fraye une voie à travers le périnée distendu.

Telle est, en effet, l'influence de la longueur de la tige droite que représente le fœtus, et de la longueur de la courbe représentée par le canal, que, pour que l'expulsion s'accomplisse, il faut nécessairement, ou bien : 1° que la tige droite se brise ou s'infléchisse pour se prêter à la courbure du canal, ce qui est impossible ; 2° que la courbure du canal soit redressée ; 3° que la paroi du canal soit brisée ; 4° ou qu'enfin l'accouchement devienne impossible. Dans la majorité des cas fort heureusement, les parties molles qui constituent la paroi postérieure se laissent redresser ; mais quand elles résistent, leur déchirure seule peut permettre l'accouchement spontané, et leur épaisseur considérable peut seule expliquer la rareté de cet accident (1).

Le tête, en séjournant longtemps dans l'excavation, comprime les parties voisines ; de là des rétentions d'urine, des eschares, des fistules urinaires ou stercorales. A part même tous ces inconvénients, on sait bien que ce n'est pas sans danger que le travail se prolonge, que la femme se fatigue et s'épuise, et que l'enfant reste comprimé et péniblement fléchi.

Dans les positions occipito-postérieures, la position postérieure gauche m'a toujours paru offrir beaucoup plus de difficultés que la postérieure droite. L'engagement de la tête est, en général, plus difficile, et sa rotation beaucoup plus lente à s'opérer. Assez souvent même l'occiput reste en arrière, met obstacle à la terminaison spontanée du travail chez les primipares, et l'application du forceps qui devient alors nécessaire est beaucoup plus laborieuse.

Toutes les fois que l'on examine la tête d'un fœtus qui vient de naître dans une position du sommet, on trouve toujours, pour peu que le travail se soit prolongé après la rupture des membranes, une tuméfaction plus ou moins considérable sur un des points de la voûte du crâne. Le volume de cette tumeur est en rapport avec la marche plus ou moins rapide du travail. Son siège est tellement constant, qu'il est facile, à la simple vue, d'annoncer en quelle position le fœtus est né. Ainsi, lorsque l'occiput s'est détaché sous l'arcade pubienne, la tumeur siège toujours sur l'angle postérieur et supérieur d'un des pariétaux : sur le pariétal droit, dans les positions occipito-iliaques gauches ; sur le gauche, dans les positions occipito-iliaques droites. Dans les cas rares où l'occiput se dégage en arrière, elle est ordinairement placée sur le centre du vertex, souvent même sur

(1) Pour se rendre une idée de la résistance qu'offre parfois le périnée, voyez, dans la cinquième partie de ce livre, l'article *Application du forceps dans les positions occipito-postérieures*.

la fontanelle antérieure. En un mot, elle se développe toujours sur la partie de la tête qui, d'abord, correspond à l'ouverture du col, et surtout plus tard au vide de l'arcade des pubis. Le mécanisme de production est très-facile à concevoir. Toute la périphérie de la tête est fortement comprimée; un seul point, correspondant au vide du bassin ou de l'arcade, est soustrait à la compression qui s'exerce sur les autres parties; il doit donc être le siège d'une infiltration séro-sanguinolente, de la même manière que le point de la surface de la peau sur lequel vous appliquez une ventouse, et que vous soustrayez, en faisant le vide, à la pression atmosphérique qui s'exerce sur tout le reste du corps.

Cette tumeur, quand elle est très-considérable, est toujours le résultat d'un accouchement lent et pénible; elle est toujours unique. On la distinguera facilement du céphalématome, avec qui elle a été longtemps confondue, par les caractères suivants: elle est mal circonscrite, tandis que les limites du céphalématome sont très-précises; le cuir chevelu, qui la recouvre, offre une coloration violette bien prononcée: la peau du céphalématome est incolore; celui-ci présente une fluctuation bien évidente, celle-là n'est pas fluctuante, a la consistance de l'œdème et conserve l'impression du doigt; le céphalématome offre quelquefois des pulsations, est circonscrit par un rebord osseux⁽¹⁾ assez saillant; ces deux caractères ne se rencontrent jamais dans la tumeur dont nous parlons. Enfin, l'œdème demi-sanguin du crâne des nouveau-nés paraît immédiatement après la naissance, et disparaît en douze ou quarante-huit heures; le céphalématome, au contraire, bien que pouvant exister au moment de la naissance, n'apparaît presque toujours que quelques heures au moins après, et dure plusieurs semaines.

M. le docteur Forbin dit avoir pu, avant même que l'accouchement fût terminé, constater la présence d'un céphalématome de la grosseur d'un œuf de pigeon, et plusieurs auteurs ont fait la même observation.

La tumeur sanguine dont je viens de parler n'existe pas quand le fœtus est mort avant le travail ou pendant le travail et avant la rupture des membranes: on conçoit tout le parti que peut tirer le médecin légiste dans les cas où il s'agit de préciser l'époque de la mort d'un enfant nouveau-né.

ARTICLE III

DE LA PRÉSENTATION DE LA FACE.

Lorsque l'extrémité céphalique se présente au détroit supérieur, il peut arriver que la tête soit étendue et renversée sur le plan postérieur du fœtus; cette situation constitue la présentation de la face.

La présentation de la face est rare. D'après les résultats statistiques les plus nombreux, on peut établir que, sur deux cent cinquante à trois cents accouchements, le fœtus se présente une fois par la face.

(1) Ce rebord n'existe pas toujours dans le céphalématome au début de la maladie; il n'apparaît quelquefois qu'au bout de quelques jours.

Nous avons admis deux positions fondamentales: l'une, dans laquelle le menton regardait un des points de la moitié latérale droite, *mento-iliaque droite*; l'autre, dans laquelle il était dirigé vers un des points de la moitié latérale gauche, *mento-iliaque gauche*. Nous répéterons pour la face ce que nous avons dit pour les présentations du sommet, c'est qu'il n'est aucun point du pourtour du détroit supérieur avec lequel le menton ne puisse se trouver en rapport au début du travail; et nous rattachons à trois variétés principales, pour chaque côté, toutes ces nuances de position: nous avons donc, pour chacune de ces positions fondamentales, des variétés *antérieure*, *transversale* et *postérieure*. Les positions mento-iliaques droites sont un peu plus fréquentes que les mento-iliaques gauches, et cela dans la proportion de trente et un à quarante et un si l'on en juge d'après les résultats de madame Lachapelle. Il est assez difficile de dire quel est l'ordre de fréquence pour chaque variété.

Les présentations de la face ont été distinguées en présentations primitives et secondaires, suivant qu'elles existaient avant le début du travail, ou qu'elles ont été le résultat de contractions mal dirigées. Ces dernières ont été longtemps considérées comme les plus fréquentes. Nous verrons ce qu'il faut penser de cette opinion.

§ I. — Causes.

Selon la plupart des auteurs, l'obliquité utérine est la cause des présentations de la face; mais tous n'interprètent pas de la même manière l'influence de cette obliquité. Selon Deventer, si l'utérus est incliné à droite, et le sommet placé en position occipito-iliaque gauche, les contractions, après la rupture des membranes, s'exerçant dans la direction de l'axe utérin, pousseront le fœtus de haut en bas et de droite à gauche, de sorte que le vertex viendra arc-bouter contre le rebord gauche du détroit supérieur, et la tête, ainsi arrêtée, se renversera sur le dos de l'enfant. Baudelocque, admettant toujours l'obliquité utérine droite, suppose en même temps une position occipito-iliaque droite du sommet. On n'observe presque jamais une présentation de la face, dit-il, sans que l'obliquité de la matrice ait lieu du côté où répond l'occiput. Dans ce cas, avant le début du travail, le fœtus est couché sur la paroi latérale droite de l'utérus, et la tête, obéissant à son propre poids, est légèrement défléchie. Au moment où les contractions se manifestent, après la rupture des membranes et l'écoulement des eaux, la direction des forces transmises à la tête est telle, qu'au lieu de venir aboutir sur l'occiput, comme cela a lieu lorsque la tête est fléchie, elles viennent aboutir sur le front et tendent à l'abaisser; mais abaisser le front, c'est forcer l'occiput à se redresser, c'est produire l'extension de la tête. Toutes ces explications supposent que toujours la présentation de la face est la conséquence de la déviation d'une position du sommet. Il n'en est pas toujours ainsi cependant, et la face peut se présenter souvent en plein au détroit supérieur, même avant le début du travail ou la rupture de la poche amniotique. Ainsi, madame Lachapelle, faisant l'autopsie de deux femmes mortes à la fin de la grossesse, a trouvé que le