pelle, qu'il est admis que l'expulsion du fœtus est presque aussi souvent spontanée dans les positions de la face que dans les positions du sommet. Il faut le dire toutefois, le travail est en général plus long, plus pénible et plus fâcheux pour la mère et le fœtus. Il exige beaucoup plus souvent l'intervention de l'art. Les réflexions que nous avons présentées font pressentir que les positions mento-postérieures sont plus fâcheuses que les autres.

Si le travail est plus long, ce n'est pas, comme l'avaient dit Capuron et plusieurs autres, parce que les plus grands diamètres de la tête se présentent aux diamètres du bassin : il suffit, en effet, de se rappeler les rapports que nous avions indiqués pour voir que ce sont constamment les diamètres mento-bregmatique et bitemporal, c'est-à-dire des diamètres de 8 à 9 centimètres et demi, qui se trouve parallèles aux diamètres des détroits. Mais le travail est plus long : 1° parce que la dilatation du col de l'utérus se fait plus lentement ; 2° parce que les puissances expulsives, surtout dans le mouvement de flexion et de dégagement, n'agissent que par un bras de levier brisé presque à angle droit.

Nous avons déjà dit que, dans toutes les positions autres que celles du sommet, il existait une très-grande quantité de liquide entre la partie qui se présentait et le segment inférieur de l'utérus. Nous avons déjà fait remarquer (voy. *Phénomènes physiologiques du travail*) que cette circonstance influait singulièrement sur la rapidité avec laquelle s'opérait la dilatation du col.

Il est évident, d'un autre côté, que, lorsque le menton est engagé sous la symphyse, et que commence le mouvement de flexion, la contraction transmise par le rachis ne peut opérer le dégagement du front, du bregma et de l'occiput, qu'en décrivant un coude très-prononcé, et par conséquent en perdant une grande quantité de sa force (1).

C'est à tort, dit Gardien, que quelques auteurs ont pensé que les accouchements dans lesquels l'enfant présente le front sont plus fâcheux que ceux où il présente la face. Si l'on veut, en effet, y faire attention, on verra qu'alors la tête se présente par des diamètres favorables. D'ailleurs, ainsi que le fait remarquer M. Stoltz, dans les positions de la face le front est déjà la partie la plus basse, et plus il descend lorsque la tête s'engage, plus le travail est facile.

Les présentations du menton sont moins favorables que celles du front, parce que la tête est alors dans l'état de renversement le plus complet, et que, si les épaules s'engageaient en même temps que le diamètre vertical de la tête, il y aurait inévitablement un enclavement ; aussi se transforment-elles promptement en présentation franche de la face.

(1) Cela est si vrai, que, pendant ce mouvement d'extension, ce n'est pas seulement par le rachis qu'est transmise la contraction utérine. Je pense que, dans certains cas au moins, le thorax, poussé fortement et fléchi sur lui-même au-dessus de la tête, appuie directement sur l'occiput par sa partie postérieure et supérieure, et peut lui transmettre directement l'effort utérin. Je fus appelé, dans le mois d'août 1839, auprès d'une épicière de la rue du Bac. L'enfant se présentait en position mento-iliaque gauche transversale ; les membranes étaient rompues depuis huit heures du matin ; il était cinq heures du soir : une application du forceps avait déjà été tentée. Trois quarts d'heure après mon arrivée, l'accouchement se termina spontanément. L'enfant fut assez promptement ranimé ; mais, en examinant sa tête, je pus sentir aux environs de la fontanelle postérieure comme de petites esquilles qui crépitaient sous le doigt, et sur la région dorsale la trace évidente d'une dépression assez marquée.

Relativement au fœtus, le travail peut être très-fâcheux, pour peu qu'il se prolonge. L'apoplexie, ou au moins la pléthore cérébrale et la disposition aux convulsions, en sont trop souvent, dit madame Lachapelle, le funeste résultat. La compression répétée et prolongée du cou, compression qui a lieu au moment où la tête franchit le col, le détroit supérieur, mais surtout lorsque le devant du cou se trouve placé sous la symphyse, explique suffisamment la difficulté du retour du sang veineux et la congestion cérébrale qui en est la conséquence.

On doit tenir grand compte de la gêne du fœtus ; et tel cas qu'on abandonnerait à la nature, si l'on n'avait égard qu'à la mère, requiert l'intervention de l'art, parce que l'enfant est dans une situation pénible. En pareil cas, madame Lachapelle s'est quelquefois réglée sur les mouvements de la langue et des lèvres que les enfants exécutent, quand la face est en plein à la vulve. Ces mouvements ne sont pas constants ; mais lorsqu'ils ont existé, et qu'on les voit s'affaiblir et disparaître, c'est un signe fâcheux, et dont il faut tenir compte.

Après la naissance par la face, les enfants présentent souvent des particularités qu'il faut connaître, afin d'en prévenir d'avance la famille. La face répond ici au vide du bassin, longtemps surtout au vide de l'arcade pubienne ; c'est elle qui devient le siége de l'ecchymose et de l'infiltration séro-sanguine que nous avons déjà indiquée dans les présentations du sommet. Aussi, quand l'accouchement a été un peu long, les enfants naissent-ils avec la face presque noire, les joues tuméfiées, les lèvres renversées, le nez à peine visible. Or rien n'effraye tant les parents, si l'on n'a pas eu le soin de les en prévenir. Cet état se dissipe en général dans l'espace de quelques jours. On peut activer la résolution par des lotions faites avec un peu de vin, d'eau végéto-minérale ou d'eau-de-vie mêlée de beaucoup d'eau. Il ne faut pas s'inquiéter davantage de la tendance que conserve la tête à se renverser sur le dos dès qu'on cesse de la soutenir : elle reprend l'attitude qu'elle avait dans le bassin. Cette faiblesse des muscles du cou tient évidemment à ce que l'extension longtemps prolongée à laquelle ils ont été soumis a paralysé momentanément une partie de leur force de contraction. Cela disparaît ordinairement après deux ou trois jours.

ARTICLE IV

PRÉSENTATIONS DE L'EXTRÉMITÉ PELVIENNE

Nous avons déjà dit que la plupart des accoucheurs avaient considéré trois présentations distinctes dans l'extrémité pelvienne du fœtus, à savoir : les présentations du siége, des pieds et des genoux, suivant que le siége, les pieds ou les genoux s'engageaient dans l'excavation et franchissaient les premiers les parties externes de la génération.

Nous avons expliqué aussi pourquoi, à l'exemple de madame Lachapelle, de MM. Ant. Dubois et P. Dubois, etc., nous ne voyons dans ces trois présentations

que de légères modifications de la présentation du pelvis; modifications qui, ne changeant rien au mécanisme de l'accouchement naturel, doivent être évidemment confondues sous une seule et même dénomination. Ainsi, dans la présentation de l'extrémité pelvienne, il peut arriver: 1° que l'extrémité pelvienne, composée de tous ses éléments, pelotonnés sur la partie inférieure du ventre, c'est-à-dire les cuisses restant fléchies sur l'abdomen, les ambes sur les cuisses, s'engage dans l'excavation et au détroit inférieur; 2° que es membres inférieurs, entraînés au moment de la rupture des membranes par le flot du liquide amniotique, soient défléchis en totalité ou en partie, et que dans le premier cas les pieds arrivent les premiers à la vulve; dans le second, les genoux apparaissent les premiers à l'extérieur; 3° que les membres inférieurs étant étendus et elevés sur le plan antérieur du fœtus, le siége descende seul (1); 4° enfin, il peut arriver qu'un seul des membres inférieurs soit étendu sur l'abdomen, l'autre étant défléchi, et qu'alors un seul pied ou un seul genou se présente d'abord à la vulve. Toutes ces nuances seront pour nous confondues sous le nom de présentation de l'extrémité pelvienne.

Nous rappellerons que, dans les présentations de l'extrémité pelvienne, les points de reconnaissance pris sur le fœtus sont: 1° pour le siége, la face postérieure du sacrum; 2° pour les genoux, la face antérieure des tibias; 3° pour les pieds, le calcanéum.

Lorsque cette extrémité du fœtus se présente la première au détroit supérieur, le sacrum ou le dos du fœtus peuvent se trouver en rapport avec tous les points du pourtour du détroit supérieur; et nous avons rattaché toutes ces nuances de positions à deux rapports principaux : une première position sacro-iliaque gauche; une seconde sacro-iliaque droite; plus, leurs variétés antérieure transversale et postérieure.

Les présentations de l'extrémité pelvienne sont moins fréquentes que celles du sommet, mais beaucoup plus communes que celles de la face. Sur trente-sept mille huit cent quatre-vingt-quinze accouchements, madame Lachapelle en a noté mille trois cent quatre-vingt-dix; sur vingt mille cinq cent dix-sept, madame Boivin en a observé six cent onze. Sur deux mille vingt accouchements de M. P. Dubois, il y a eu quatre-vingt-cinq présentations du siége. Et pour donner une idée de la fréquence relative des cas dans lesquels les fesses, les genoux ou les pieds sont expulsés les premiers, nous ajouterons que, sur ces quatre-vingt-cinq présentations, cinquante-quatre fois les fesses, vingt-six fois les pieds sont parus les premiers à la vulve. La présentation dite des genoux n'a pas été observée une seule fois. C'est, en effet, une variété très-rare. Sur les trente-sept mille huit cent quatre-vingt-quinze accouchements de madame Lachapelle, onze fois seulement les genoux se sont offerts les premiers; ce qui équivaut à une fois sur trois mille quatre cent quarante-cinq.

(1) Cette position des membres inférieurs peut être primitive, c'est-à-dire exister avant la rupture des membranes: c'est même, d'après M. P. Dubois, ce qui aurait lieu le plus souvent; ou bien être consécutive à l'engagement du siége. Dans ce cas, les pieds auraient été arrêtés par le pourtour du col ou du détroit supérieur au moment où le siége aurait été poussé dans l'excavation, et les membres inférieurs se seraient forcément relevés au devant du plan antérieur du fœtus.

Sur un total de seize mille six cent cinquante-quatre accouchements, M. Collins a vu l'extrémité pelvienne s'offrir une fois sur trente. A la Maternité de Londres, M. Rhamsbotham fils, en calculant sur vingt-sept mille sept cent trente-neuf accouchements et vingt-huit mille quarante-trois naissances, est arrivé à établir que les présentations du siége étaient aux autres présentations comme 1 est à 35.

Les positions sacro-iliaques gauches sont plus fréquentes que les sacro-iliaques droites; ainsi, sur mille trois cent quatre-vingt-dix positions de l'extrémité pelvienne, sept cent cinquante-six fois le dos était à gauche, quatre cent quatre-vingt-quatorze fois à droite; treize fois en avant, vingt-six fois en arrière directement (Lachapelle). Sur les quatre-vingt-cinq positions de M. P. Dubois, quarante et une fois le dos était à gauche, quarante-quatre à droite; et parmi les variétés que ces deux positions peuvent offrir, la sacro-iliaque gauche antérieure est un peu plus fréquente que la sacro-iliaque droite postérieure: mais elles sont toutes les deux beaucoup plus fréquentes que toutes les autres. Sur cent soixante-trois présentations de l'extrémité pelvienne, dit M. Nægele, cent vingt et une fois le dos était en avant et à gauche, quarante fois en arrière et à droite.

§ I. — Causes.

Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de dire pourquoi le siége se présente quelquefois au détroit supérieur. De toutes les explications qui ont été données, celle que rappelle madame Lachapelle, et qui est reproduite par M. Velpeau, est peut-être celle qui souffre le moins d'objections. L'enfant, disent-ils, flotte assez librement dans l'utérus jusque vers le huitième mois; sa tête peut donc, dans quelques mouvements de la mère, dans le moment du décubitus en particulier, se porter vers le fond de l'organe; et si l'enfant a déjà un certain volume, peut-être son grand diamètre occipito-coccygien ne pourra repasser à travers les petits diamètres de l'ovoïde utérin, sans un mouvement aussi énergique que celui qui a changé sa position : or, si ce dernier mouvement n'a pas lieu, l'enfant conservera cette position nouvelle, et l'extrémité pelvienne viendra, au moment de l'accouchement, se présenter au passage. Je le répète, cette explication, bien que soulevant un très-grand nombre d'objections, paraît encore la plus probable.

§ II. — Diagnostic.

Pour reconnaître une présentation du siége on emploiera successivement le palper, l'auscultation et le toucher.

Par le palper, exercé suivant les règles déjà indiquées, on peut sentir l'extrémité céphalique, à la partie supérieure de l'utérus, et si l'on peut nettement la circonscrire, le diagnostic laisse peu de doute. Cependant pour peu que les parois abdominales soient épaisses ou la paroi utérine rigide, on peut confondre l'extrémité céphalique avec l'extrémité pelvienne, surtout quand on palpe celle-ci par sa

face postérieure ou sacrée. Il ne faut donc accorder qu'une médiocre importance à ce genre d'exploration ; il n'en est pas moins vrai qu'il a son utilité et nous avons en mémoire tel fait clinique où l'auscultation et le toucher semblaient indiquer une présentation du sommet, tandis que par le palper on sentait la tête au fond de l'utérus, et l'enfant naquit par le siége.

L'auscultation peut aussi faire reconnaître la présentation du siége : quand cette dernière partie se présente, la région dorsale du fœtus remonte assez haut et le maximum des battements du cœur occupe un point plus élevé que dans la présentation de l'extrémité céphalique ; aussi est-ce au niveau d'une ligne horizontale passant par l'ombilic ou au-dessus de cette ligne que retentit habituellement le bruit du cœur avec son maximum d'intensité, le côté du ventre où il sera perçu indiquera aussi vers quel point le dos est dirigé. On fait ainsi, du même coup, le diagnostic de la présentation et de la position.

Aux signes qui précèdent, on peut, pendant le travail, joindre les suivants : la poche des eaux est très-volumineuse et fait une saillie très-considérable à la partie supérieure du vagin ; quelquefois même elle s'allonge en forme de boudin, de manière à descendre tout près de l'orifice vulvaire (1). Au moment de la rupture des membranes, la quantité d'eau qui s'écoule est très-considérable ; car la partie qui se présente ne bouchant que très-imparfaitement le col, tout le liquide amniotique s'échappe : c'est alors que cette rupture, si elle a lieu au moment d'une forte douleur, s'opère avec éclat. Après cette rupture, Stein avait indiqué la forme ovalaire de l'orifice de l'utérus. Madame Lachapelle reproduit ce signe. J'avoue qu'il m'a toujours été très-difficile de le constater. De l'écoulement très-abondant et très-rapide des eaux résulte assez souvent une suspension momentanée des douleurs, ou leur affaiblissement. Enfin, un signe suit ordinairement d'assez près la rupture des membrannes, c'est l'écoulement du méconium (2).

Les signes fournis par le toucher sont les seuls caractéristiques. Ils doivent être différents suivant la partie qui se présente la première. Aussi, bien que nous ayons confondu, sous le rapport du mécanisme, les cas dans lesquels les fesses, les pieds ou les genoux se présentent les premiers, nous devons les distinguer pour le diagnostic.

1° Lorsque les fesses se présentent, le doigt rencontre d'abord une tumeur mollasse, arrondie, sur un des points antérieurs de laquelle on sent ordinairement une partie résistante et dure formée par le grand trochanter. Jusqu'alors

(1) Plusieurs auteurs ont évidemment eu tort de considérer cette forme en boudin de la poche des eaux comme un signe certain de la présentation de l'extrémité pelvienne. Elle peut se rencontrer dans d'autres cas. Je l'ai même observée deux fois dans les présentations franches du sommet, engagées déjà jusqu'à la partie moyenne de l'excavation. Je ne peux guère expliquer cette dernière circonstance que par une laxité excessive des membranes.

(2) L'écoulement du méconium peut avoir lieu cependant dans d'autres présentations que celle de l'extrémité pelvienne ; mais c'est alors un signe très-fâcheux, et qui doit fixer immédiatement l'attention de l'accoucheur. Il indique toujours en effet un état de mort, ou au moins un état de souffrance du fœtus, qui requièrent le plus souvent l'intervention de l'art. Cet écoulement survient particulièrement dans un travail trop longtemps prolongé après la rupture des membranes, lorsque le fœtus souffre de cette longueur de travail ; ou bien il annonce une compression du cordon ombilical. (Voyez *Chute du cordon et soins à donner à l'enfant pendant le travail.*)

on pourrait croire à une présentation du sommet ; mais si l'on porte le doigt plus haut et en arrière, comme pour atteindre la suture sagittale, on trouve le sillon des fesses, au fond duquel on découvre les signes les plus importants : d'un côté, la pointe du coccyx, surmontée d'une surface osseuse inégale, constituée par la face postérieure du sacrum ; puis l'anus, petite ouverture arrondie, froncée, et dans laquelle, quoi qu'en disent les auteurs, on ne peut introduire le doigt qu'en employant une assez grande force ; puis, enfin, les organes génitaux externes, que l'on distingue assez facilement, et à l'aide desquels on peut annoncer à l'avance le sexe de l'enfant (1). La saillie du coccyx est non-seulement un signe certain de la présentation, mais elle peut encore servir à constater la position ; sa pointe est, en effet, toujours dirigée du côté opposé à celui vers leque est tourné le dos de l'enfant.

2° Lorsque les deux pieds se présentent réunis dans le vagin, il est impossible de les confondre avec aucune autre partie, et la direction des calcanéums indique assez clairement la position du fœtus. Mais quand on ne sent qu'un seul pied et qu'il est très-élevé, on peut le confondre avec une main. On l'en distinguera cependant avec un peu d'attention : ainsi les orteils sont rangés sur la même ligne, plus courts, moins mobiles ; les doigts de la main sont plus longs, et le pouce séparé des autres doigts ; le bord interne du pied est beaucoup plus épais que le bord externe ; les deux bords de la main sont à peu près de la même épaisseur ; le pied s'articule à angle droit sur la jambe ; la main continue la ligne du bras. Lorsque les pieds se présentent avec les fesses et sont seuls accessibles, le diagnostic est alors très-difficile. Quelquefois même on ne peut sentir qu'un pied, ce qui le rend encore plus obscur. Dans ce cas, il faut d'abord s'assurer quel est le pied que l'on touche : il suffit, pour cela, de faire attention à la relation qui existe entre le bord interne et le calcanéum. Supposons, en effet, que le calcanéum soit tourné vers la symphyse des pubis, et le bord interne du côté droit de la mère, il est évident que c'est le pied droit ; si, au contraire, le calcanéum était tourné vers l'angle sacro-vertébral et le bord interne à droite, ce serait le pied gauche, etc. Or, le pied droit étant une fois distingué du pied gauche, il ne s'agit plus que de distinguer quel est le point du détroit vers lequel est dirigée la pointe des orteils (n'oublions pas que nous supposons les membres inférieurs fléchis sur le devant de l'abdomen, et les pieds croisés et tournés dans l'adduction). Dans cette position du fœtus, si les orteils du pied droit sont tournés vers un des points de la moitié antérieure du bassin, le dos du fœtus sera dirigé vers un des points de la moitié latérale gauche ; si les orteils du pied gauche sont tournés vers un des points de la moitié antérieure, le dos du fœtus sera dirigé vers un des points de la moitié latérale, et *vice versa*.

(1) L'accoucheur doit faire la plus grande attention à ne pas se tromper, et dans le doute, il vaudrait beaucoup mieux s'abstenir que de s'exposer à une erreur qui lui serait certainement reprochée avec amertume. Il est prudent aussi, dans le cas où l'on constate par le toucher la présence d'un enfant d'un sexe différent de celui que la famille et surtout la mère désirent, de ne lui point faire part de son diagnostic ; car le chagrin qu'elle en éprouverait pourrait, comme toute émotion morale vive, exercer une influence fâcheuse sur la marche du travail.