tendu de l'ombilic à son insertion placentaire, se trouve placé, dans l'excavation et dans la cavité utérine, entre la paroi du bassin et le tronc, et même, un peu plus tard, entre cette paroi et la tête du fœtus. On conçoit alors facilement combien il est exposé à être comprimé ; et comme le dégagement des parties supérieures du fœtus, et surtout de la tête, est souvent difficile à s'opérer, cette compression peut durer assez longtemps. Cette compression intercepte nécessairement la circulation du cordon. Or, on admet généralement aujourd'hui que le placenta est le siége de la respiration du fœtus, ou, pour mieux dire, que le sang du fœtus est mis, dans le placenta, en contact médiat avec le sang de la mère, et qu'il résulte pour lui de ce contact une modification à peu près analogue à celle que le sang de l'adulte subit dans les poumons par son contact avec l'air atmosphérique; la circulation étant interceptée dans le cordon, le fœtus se trouve donc dans la condition d'un adulte privé d'air respirable ; il meurt asphyxié, et l'on sait que l'un des phénomènes anatomiques les plus constants de l'asphyxie est la congestion cérébrale [1].

Je conçois encore d'une autre manière cette asphyxie du fœtus, et je crois qu'elle peut avoir lieu sans que le cordon soit nécessairement comprimé. Nous avons déjà dit que, lorsque la tête plongeait dans l'excavation, il ne restait plus aucune partie du fœtus dans la cavité utérine; l'utérus vide revient alors nécessairement sur lui-même; ce retrait de l'organe détermine, on le sait, le décollement du placenta. Or, le placenta étant décollé, les vaisseaux utéro-placentaires sont nécessairement rompus, le fœtus se trouve dans la même condition que si le cordon était comprimé, et, pour peu que l'expulsion de la tête tarde à se faire, il peut donc mourir asphyxié.

Il n'est pas même nécessaire que le placenta soit décollé, et, suivant la remarque de M. Van Huevel, pour peu que l'arrêt de la tête dans l'excavation se prolonge, il suffit du retrait de la matrice sur elle-même pour gêner, arrêter la circulation utéro-placentaire, et faire mourir le fœtus par asphyxie.

[1] La plupart des anciens auteurs ont expliqué différemment la mort du fœtus dans les cas de compression du cordon ombilical. Pour les uns, la compression interrompait la circulation dans les artères ombilicales, mais laissait libre le canal de la veine, de sorte que le fœtus, continuant à recevoir du sang par la veine sans pouvoir le renvoyer par les artères, mourait par surabondance de sang, par apoplexie. Pour les autres, au contraire, c'était particulièrement sur la veine, et non sur les artères, que portait la compression, et le fœtus mourait alors par anémie, par syncope. Il est évident que ces deux théories ne supportent pas le plus léger examen. Il suffit, en effet, d'examiner le cordon et l'entortillement de ses vaisseaux pour comprendre qu'à moins d'une circonstance tout à fait exceptionnelle, cette compression partielle ne peut pas exister; que la compression du cordon doit interrompre à la fois la circulation dans les artères et dans les veines, et que la quantité du sang du fœtus n'augmente ni ne diminue. Il ne reste plus comme possible que la mort par asphyxie.

ARTICLE V

PRÉSENTATIONS DU TRONC

Au commencement de ce chapitre, nous avons exposé les raisons qui nous décident à n'admettre, avec madame Lachapelle, MM. Nægele et Dubois, que deux présentations du tronc : nous n'y reviendrons pas. On se rappelle que toutes les nuances de présentations peuvent se rattacher aux deux suivantes : une présentation du plan latéral droit, une présentation du plan latéral gauche. Lorsque le côté droit se présente au détroit supérieur, la tête du fœtus, qui, dans ce cas, est prise comme point de repère, peut se trouver placée au-dessus d'un des points de la moitié latérale gauche du bassin. C'est pour nous la première position du plan latéral droit (ou épaule droite, madame Lachapelle). La tête peut se trouver placée au-dessus d'un des points de la moitié latérale droite : c'est pour nous la seconde position. Nous avons donc deux positions de l'épaule ou du plan latéral droit du fœtus; de même pour l'épaule gauche ou le plan latéral gauche, nous avons deux positions : dans l'une la tête est à gauche de la mère (céphalo-iliaque gauche); dans l'autre la tête est à droite (céphalo-iliaque droite).

Il est très-fréquent, dans les présentations du tronc, de voir le bras et la main pendre dans le vagin, ou même la main paraître à la vulve. Ce phénomène, qui, pendant très-longtemps, a été regardé comme un accident beaucoup plus grave que la présentation de l'épaule, doit être considéré comme un résultat à peu près semblable à la déflexion des membres inférieurs dans certains cas de présentation de l'extrémité pelvienne; c'est donc à tort que la plupart des anciens accoucheurs en ont fait une présentation distincte sous le nom de présentation du bras et de la main : c'est tout simplement un épiphénomène lié à la présentation de la région latérale du fœtus, et qui mérite à peine d'être considéré comme une variété de ces positions. Nous verrons plus loin à quoi tient l'erreur des accoucheurs anciens sur ce point de doctrine.

Les présentations du tronc sont rares, un peu moins cependant que les présentations de la face; sur quinze mille six cent cinquante-deux accouchements, madame Lachapelle en a observé soixante-huit, c'est-à-dire une à peu près sur deux cent trente. Sur les deux mille deux cents accouchements que nous avons déjà cités, et qui ont été observés par M. P. Dubois, il y a eu treize présentations du tronc. Le docteur Blaud l'a observée une fois sur deux cent dix; Joseph Clarke, une sur deux cent douze; Merriman, dans sa pratique particulière, une sur deux cent cinquante-cinq; M. Nægele, une sur cent quatre-vingts; le docteur Collins, une sur quatre cent seize. Quant à la fréquence relative des présentations et des positions, il résulte des tableaux de madame Lachapelle que l'épaule droite, ou le plan latéral droit, se présente un peu plus fréquemment que le gauche, et que les positions dorso-antérieures, c'est-à-dire la première de l'épaule droite, et la seconde de l'épaule gauche, dans lesquelles le dos répond

à la partie antérieure de l'utérus, sont plus fréquentes que les positions dorso-postérieures, c'est-à-dire la première de l'épaule gauche, et la seconde de l'épaule droite, dans lesquelles le dos de l'enfant est tourné vers les lombes de la mère (Nægele).

§ I. — Causes.

Nous avons peu de chose à dire sur les causes des présentations du tronc. La petitesse et la mobilité du fœtus, une accumulation considérable de liquide amniotique en arrondissant la forme de l'organe, l'obliquité utérine, l'obliquité des détroits du bassin, les vices de conformation du détroit supérieur, sont généralement considérés comme causes prédisposantes. Dans ce dernier cas, on conçoit que l'étroitesse de l'entrée du bassin rende l'engagement de la tête impossible, détermine son glissement vers une des fosses iliaques, et favorise ainsi la présentation de l'épaule. L'insertion vicieuse du placenta sur le col semble être encore une prédisposition aux positions du tronc : sur quatre-vingt-dix cas, en effet, vingt et une fois l'épaule s'est offerte la première. M. Danyau croit trouver une explication plus plausible dans la forme de l'utérus, dont les dimensions transversales seraient plus considérables qu'à l'ordinaire, et il cite à l'appui de son opinion une observation du docteur Lecluyse. Chez une femme dont les enfants, dans trois accouchements successifs, s'étaient présentés par l'épaule, ce médecin constata, la troisième fois, que la matrice, au lieu d'être piriforme dans le sens vertical, offrait, pour ainsi dire, une espèce d'ellipsoïde, dont le grand axe était transversal, tandis que le fond de l'utérus s'élevait très-peu au-dessus des pubis.

Wigand avait déjà depuis longtemps proposé la même explication. Comment est-il possible, dit-il, qu'un enfant bien conformé, dont le corps forme un ovale, puisse, sans être comprimé ni gêné, prendre une position oblique ou transversale dans une matrice dont la figure est ovalaire? En supposant que, sous l'influence de certaines causes, il puisse prendre pour un instant ces positions vicieuses, quelle force magique y retiendrait le fœtus, dont tous les mouvements sont si favorisés, et par le liquide dans lequel il nage, et par le poli de la surface interne de l'œuf? Qui l'empêcherait de suivre les lois de de la physique, de sortir de cette position gênante, en faisant coïncider son grand diamètre avec le diamètre longitudinal de l'utérus? On ne peut mieux répondre à ces questions, ajoute-t-il, qu'en admettant que la cause des positions vicieuses réside plutôt dans une forme irrégulière de la matrice que dans les mouvements qu'il a exécutés.

Sans doute, en se rappelant la malheureuse persistance avec laquelle se reproduisent les positions vicieuses chez certaines femmes, on est très-disposé à en rechercher la cause dans une conformation particulière de l'utérus; et s'il était constaté qu'avant la première gestation la matrice offrait une forme particulière, on pourrait admettre, à la rigueur, qu'elle conserve cette même irrégularité malgré le développement que lui fait subir la grossesse : mais jusque-là il est

permis de se demander si l'exagération de ses dimensions transversales à la fin de la grossesse et au moment du travail est l'effet et non la cause de la position vicieuse du fœtus.

Quant aux causes déterminantes, les seules dont on puisse se rendre compte, elles sont fortuites et accidentelles. Ainsi, une violente commotion, de petites secousses longtemps répétées, telles que celles qui peuvent être produites par les voyages en voiture, l'exercice du cheval, l'ébranlement produit par le renversement d'une voiture, enfin même une frayeur subite, peuvent, suivant les auteurs, changer, dans certains cas, la position du fœtus, et convertir spontanément une présentation du vertex en une présentation de l'épaule. Plusieurs accoucheurs ont pensé que les contractions irrégulières ou seulement partielles pouvaient, pendant le travail, convertir une position favorable en présentation du tronc. Cela est à la rigueur possible; mais je ne saurais admettre avec la même facilité l'influence que, suivant quelques auteurs, auraient ces contractions utérines qui tourmentent les femmes pendant les derniers jours, quelquefois même pendant les dernières semaines de la grossesse, et que nous avons considérées comme les préludes du travail. Une femme, chez laquelle cinq fois de suite le fœtus s'était présenté par l'épaule, avait, pendant les derniers jours de sa grossesse, souffert de pareilles douleurs. Le professeur Nægele, appelé pour lui donner des soins dans sa sixième grossesse, s'efforça cette fois de calmer ces douleurs, qui se montrèrent encore avec la même énergie que dans les grossesses précédentes. Après avoir inutilement administré plusieurs médicaments, il ordonna des lavements opiacés. Les spasmes cessèrent aussitôt et ne se renouvelèrent plus, à sa grande satisfaction : cette femme accoucha au terme ordinaire d'un enfant vivant, qui s'était présenté dans une bonne position. Qu'est-ce que cela prouve? Tout simplement que, quelle que soit la position de l'enfant, ces douleurs, préludes du travail, peuvent se manifester, et que les positions vicieuses se reproduisent chez la même femme avec une déplorable persévérance. Évidemment ces contractions sont trop faibles pour pouvoir changer la position du fœtus, surtout si l'on réfléchit que l'intégrité de la poche amniotique et la présence des eaux le protégent contre l'influence qu'elles pourraient avoir.

§ II. — Diagnostic.

On peut quelquefois, même avant le début du travail, soupçonner une présentation du tronc aux signes suivants : Le ventre de la femme offre un diamètre transversal beaucoup plus étendu qu'à l'ordinaire. Chez celles dont les parois sont molles et flasques, on peut souvent les déprimer assez pour sentir, dans une des fosses iliaques, la tête du fœtus, qui se présente sous la forme d'une tumeur dure, arrondie, résistante. En plaçant ses deux mains sur deux points opposés des parois latérales du ventre, à peu près au niveau des régions lombaires, on sent sur ces deux points une résistance plus grande et solide, offerte par les deux extrémités de l'ovoïde fœtal : on peut alors très-facilement faire mouvoir

d'un côté à l'autre la tige solide constituée par le fœtus, et constater que son grand axe est couché transversalement au-dessus du détroit supérieur. Enfin, par le toucher vaginal, on ne rencontre pas la tumeur formée par la tête dans les présentations du sommet : il est presque impossible d'atteindre la partie qui se présente; dans quelques cas rares, on peut sentir le coude ou la petite main de l'enfant que l'on fait ballotter. Ce dernier signe, rapproché des deux précédents, rend le diagnostic assez probable.

La forme du ventre est alors très-irrégulière, surtout quand il y a peu de liquide amniotique. Cependant on remarque, après l'écoulement des eaux, que le diamètre longitudinal reprend peu à peu le dessus : c'est que, suivant la remarque de M. Hergott, il n'existe plus alors de position réellement transversale; le fœtus est courbé, replié sur le tronc, de manière qu'une de ses extrémités se trouve logée au fond de l'utérus, quoique l'autre ne corresponde pas à l'orifice.

L'auscultation donne pour les présentations du tronc des résultats douteux. M. Depaul croit cependant qu'on peut arriver au diagnostic par ce moyen, quand le dos du fœtus est dirigé en avant. Dans ce cas, dit cet auteur, tout est favorablement disposé pour que le summum d'intensité soit facilement reconnu, et il existera sur la partie antérieure du segment inférieur de l'utérus, comme dans la présentation de la tête. Mais ce qui établira une différence d'autant plus tranchée que la position sera plus transversale, c'est que le bruit, au lieu de se porter en diminuant vers le fond de la matrice, s'étendra au contraire dans une direction à peu près horizontale, d'une fosse iliaque à l'autre, par exemple, et manquera dans une grande partie de la région supérieure de l'organe.

L'opinion de M. Depaul est rationnelle et s'appuie sur quelques faits. Il n'en est pas moins vrai qu'avec l'auscultation seule les présentations du tronc seraient presque toujours méconnues.

Mais, dans quelques cas, elle peut être un utile auxiliaire. Si, par exemple, le toucher vaginal a fait reconnaître un petit membre du fœtus, et si l'on perçoit les pulsations du cœur dans la région hypogastrique, on pourra presque certainement conclure que c'est un membre supérieur. Ce serait probablement une extrémité pelvienne, si l'on entendait le cœur au niveau de l'ombilic.

Avant la rupture des membranes, l'élévation de la partie rend encore le toucher très-difficile, et la forme de la poche des eaux, de l'orifice utérin, ne peut ici servir en rien. Suivant madame Boivin, la dilatation du col de l'utérus s'opère beaucoup plus lentement ; mais cette lenteur dans la dilatation, se rencontrant souvent dans toutes les présentations autres que celles du sommet, a peu de valeur.

Ce n'est donc qu'après la rupture des membranes que le toucher peut donner une certitude complète. Lorsque le côté du tronc se présente, c'est souvent l'épaule (Lachapelle), mais souvent aussi le coude et le côté de la poitrine (P. Dubois), qui sont placés au centre du détroit supérieur, et que le doigt rencontre d'abord; nous devons donc indiquer successivement les caractères au moyen desquels on peut reconnaître ces parties.

1° Lorsque l'épaule se présente la première, le doigt rencontre d'abord une tumeur arrondie, formée par son sommet, et sur un des points de laquelle on sent une petite saillie osseuse formée par l'acromion ; en arrière ou en avant, suivant la position, la clavicule et l'épine de l'omoplate; au-dessous de la clavicule, les intervalles intercostaux qui sont facilement distingués, tandis que, au-dessous de l'épine de l'omoplate, on ne sent qu'une surface plane qui se termine par un angle aigu : c'est l'angle inférieur du scapulum qui est mobile, et au-dessous duquel le doigt peut se glisser. Enfin, sur les côtés de la tumeur formée par l'épaule, on peut toujours découvrir le creux axillaire, et quelquefois aussi, mais du côté opposé, la dépression du col.

L'épaule une fois reconnue, il faut savoir quelle est l'épaule qui se présente, et en quelle position. Je rappellerai d'abord que nous n'avons admis que quatre positions du tronc, deux pour l'épaule droite, deux pour l'épaule gauche; et que, dans chacune de ces quatre positions, la relation qui existe entre la position de la tête et celle du plan postérieur du fœtus est différente. Ainsi, nous avons deux positions dans lesquelles la tête est à gauche, à savoir, la première de l'épaule droite, et la première de l'épaule gauche. Or, remarquez que, dans celle-ci, le dos de l'enfant est tourné vers les lombes de la mère; dans celle-là, au contraire, le dos est en avant. Il nous suffira donc de savoir que la tête est à gauche, et que le dos de l'enfant est en arrière, pour savoir que nous avons affaire à une première position de l'épaule gauche. De même nous avons deux positions dans lesquelles la tête est à droite, à savoir, la seconde de l'épaule droite et la seconde de l'épaule gauche; mais on remarque encore que, dans celle-ci, le dos est en avant; dans celle-là, au contraire, le dos est en arrière. Pour savoir que nous avons affaire à une seconde position de l'épaule gauche, par exemple, il nous suffira de savoir que la tête est à droite et que le dos du fœtus est tourné en avant. En un mot, pour connaître quelle est l'épaule qui se présente et quelle est sa position, il nous suffira de savoir où est la tête, où est le plan postérieur du fœtus.

L'épaule se présentant et étant reconnue, il est évident que le creux axillaire étant dirigé à droite de la mère, la tête sera à gauche, et *vice versa*; nous saurons donc facilement où est la tête par la direction du creux axillaire : quant au plan dorsal du fœtus, il est évident que l'omoplate nous indiquera sa position.

2° Lorsque le coude sera seul accessible au doigt, nous reconnaîtrons le coude aux trois saillies osseuses (l'olécrâne et les deux condyles) qu'il présente, à la convexité transversale du pli du coude, et au voisinage de la poitrine et des intervalles intercostaux.

Le coude étant reconnu, il suffit, pour distinguer la position, de reconnaître où est la tête et où est le plan dorsal du fœtus ; or, cela est ici très-facile : le coude est toujours, en effet, dirigé du côté opposé à celui où se trouve la tête, l'avant-bras toujours placé sur le plan antérieur.

Il arrive parfois, avons-nous dit, que l'avant-bras est fléchi, et que la main pend dans le vagin, ou même à l'extérieur de la vulve. Pour connaître alors quelle est la main qui se présente, il suffit de la retourner de manière que la

face palmaire soit placée en avant et en haut : dans cette position, si le pouce est dirigé vers la cuisse droite de la mère, c'est la main droite; s'il est dirigé à gauche, c'est la main gauche ; pour savoir ensuite où est la tête, il suffit de glisser le doigt jusqu'au creux axillaire.

Le conseil que nous venons de donner est infaillible pour reconnaître quelle est la main qui fait procidence, malheureusement on l'oublie. Nous croyons donc qu'il est préférable que l'opérateur remarque simplement à laquelle de ses deux mains ressemble exactement la main du fœtus et le diagnostic sera tout à fait assuré, car, au volume près, la main droite d'un adulte est exactement faite comme la main droite d'un fœtus et toutes les mains gauches sont calquées sur le même modèle, tandis que de notables différences séparent une main droite d'une main gauche dans l'arrangement réciproque des différentes parties qui les composent.

Lorsque la main pend à l'extérieur de la vulve, il suffit, le plus souvent, de la regarder avec soin pour établir son diagnostic. Alors, en effet, si le dos de la main est tourné vers la cuisse droite, la tête est à droite; s'il est tourné vers la cuisse gauche, la tête est à gauche. Le petit doigt dirigé vers le coccyx indique que le plan dorsal du fœtus est tourné vers les lombes de la mère; le petit doigt dirigé vers le pubis indique que le plan dorsal est en avant.

Nous avons insisté sur le diagnostic, parce que nous pensons qu'il est très-important, dans les présentations du tronc, de bien savoir quel est le côté qui se présente, puisque l'accoucheur doit toujours chercher à pratiquer la version. Si les détails dans lesquels nous sommes entrés sont difficiles à suivre dans une simple lecture, ils s'éclairciront beaucoup en face d'un mannequin.

§ III. — Mécanisme.

Lorsque le tronc se présente au détroit supérieur, l'accouchement requiert presque toujours l'intervention de l'art. Dans quelques cas rares, cependant, et que l'on doit considérer comme tout à fait exceptionnels, la nature se suffit à elle-même. Alors l'expulsion du fœtus peut avoir lieu de deux manières : ou bien, en effet, sous l'influence des seules contractions utérines, l'épaule qui se présente est chassée du détroit supérieur pour faire place à une des extrémités du fœtus; il y a alors changement de présentation, et l'on désigne ce fait sous le nom de *version spontanée;* ou bien l'épaule qui se présente descend dans l'excavation, s'engage la première au détroit inférieur, et malgré cela, le siége, balayant toute la face antérieure du sacrum et du périnée, vient le premier se dégager au devant de la commissure postérieure de la vulve : c'est ce dernier mécanisme qu'on a nommé *évolution spontanée.*

1° Version spontanée.

Lorsque, le travail étant commencé, les membranes ne sont pas encore rompues, le fœtus jouit parfois d'une très-grande mobilité dans la cavité amniotique. On conçoit facilement que, dans ces cas, il puisse sans peine, avant l'écoulement du liquide amniotique, changer de position ; car on l'a vu présenter ainsi, durant la première période du travail, les différents points de sa surface extérieure. Tantôt c'est la tête qui remonte pendant que les fesses descendent; tantôt, au contraire, ce sont les fesses qui s'élèvent vers le fond de l'utérus, et la tête qui vient se placer au détroit supérieur. On a dû, par conséquent, admettre deux variétés de version spontanée : 1° la *version spontanée céphalique;* 2° la *version spontanée pelvienne.*

C'est le plus souvent avant ou peu de temps après la rupture des membranes qu'a lieu la version spontanée; cependant, dans certains cas, elle s'est opérée longtemps encore après l'écoulement des eaux. Le fait suivant, rapporté par M. Velpeau, donnera une idée très-exacte de ce qui a lieu dans ces cas : « Une jeune femme, enceinte pour la seconde fois, entra à l'hôpital à dix heures du matin. Le col était encore peu dilaté ; toutefois je pus reconnaître l'épaule gauche en seconde position. Les eaux ne s'écoulèrent qu'à trois heures de l'après-midi ; je ne voulus point aller à la recherche des pieds : les douleurs n'étaient ni très-fortes, ni très-fréquentes, et je n'étais pas sans quelque confiance dans les assertions de Denman. A huit heures, l'épaule est sensiblement rejetée vers la fosse iliaque gauche, et je puis facilement sentir l'oreille à droite. A onze heures, la tempe est presque au centre de l'orifice, l'énergie des contractions est augmentée, et le col est complétement effacé. A minuit, le vertex s'abaisse, la tête s'engage, et dans l'espace d'une heure le vertex est expulsé en position occipito-cotyloïdienne droite [1]. »

Cette observation, dans laquelle la marche du travail a été suivie et décrite pas à pas, est très-propre à faire comprendre le mécanisme suivant lequel s'opère la version spontanée céphalique. On conçoit facilement que les choses se passeraient de la même manière si le siége, au lieu de la tête, descendait vers le détroit supérieur ; et, dans ce cas, par exemple, l'épaule, au lieu d'être chassée vers la fosse iliaque gauche, aurait été poussée vers le côté droit de la mère. On aurait vu successivement paraître au détroit supérieur le côté de la poitrine, des lombes, la hanche et la fesse gauches, et le siége s'engager dans l'excavation.

Dans la présentation de l'épaule, le bras et la main peuvent pendre dans le vagin et même hors de la vulve. Cette dernière circonstance n'exclut pas la possibilité de la version spontanée. Seulement il est bon de se rappeler que le bras peut alors remonter complétement dans la cavité utérine, ce qui arrivera presque certainement, si c'est l'extrémité pelvienne qui descend dans l'excavation; mais qu'il peut aussi se placer sur un des côtés du bassin, et laisser descendre la tête à côté de lui : la présentation de l'extrémité céphalique se compliquera alors de la procidence du bras et de la main.

(1) Je ne ferai qu'une courte observation. La conduite de M. Velpeau est légitimée par le désir qu'il avait de vérifier des opinions à cette époque (en 1825) en litige; mais les jeunes praticiens doivent se garder de pareils expériments. Entre les mains d'un homme tel que M. Velpeau, la version, à une époque avancée du travail, eût été chose facile : mais il ne faut jamais oublier que, dans les présentations du tronc, le moment le plus favorable à la version artificielle est celui qui est le plus rapproché de la rupture des membranes.