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 siége 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

fœtus se présentait par la face. Parmi les quatre-vingt-cinq présentations de la face, citées par les auteurs du *Dictionnaire de médecine*, quarante-neuf ont été clairement reconnues et annoncées avant la rupture des membranes. Enfin, parmi ces quatre-vingt-cinq femmes, il n'y en avait que trois chez lesquelles l'utérus fût dans un état d'obliquité très-prononcée, et qu'une seule chez laquelle la quantité de liquide amniotique fût assez considérable pour être remarquée. De ces faits et de beaucoup d'autres, on peut évidemment conclure que les présentations de la face, dans la très-grande majorité des cas, ne sont pas déterminées par une inclinaison préalable du fœtus, ou une direction vicieuse dans les contractions utérines, mais qu'elles sont primitives, et alors la cause qui les produit nous échappe.

La cause de la plus grande fréquence de la position mento-iliaque droite doit tenir évidemment à la plus grande fréquence de l'obliquité latérale droite qui la produit, quand elle est secondaire.

Suivant madame Lachapelle, plusieurs causes tendraient à rendre plus fréquentes les positions transversales : 1° la forme du détroit supérieur et les dimensions de ses diamètres qui s'accommodent mieux, dans ce sens, avec ceux de la face; 2° la fréquence des positions obliques ou transversales du sommet qui, lorsque la tête se renverse, donnent évidemment lieu aux positions transversales de la face ; 3° la fréquence des obliquités *latérales* de l'utérus, ou des obliquités partielles du fœtus, si, comme l'admet Gardien, le fœtus peut être oblique indépendamment de l'utérus.

§ II. — Diagnostic.

Le palper n'est pas d'un très-grand secours dans le diagnostic des présentations de la face; il fait bien reconnaître que le grand axe du fœtus est longitudinal ; on pourra peut-être sentir au travers des parois de l'abdomen l'extrémité céphalique en rapport avec l'ouverture du bassin, mais comment savoir si la tête est fléchie ou défléchie ?

L'auscultation donne aussi, dans la présentation de la face, des résultats moins nets que dans la présentation du sommet, et M. Depaul a pu dire que ce serait aller trop loin que de demander à l'auscultation un moyen de distinguer la présentation de la face de celle du sommet. Il est cependant utile de faire remarquer avec M. Devilliers que, la face s'engageant moins facilement que le sommet, le summum des battements du cœur fœtal peut occuper l'un des points de l'abdomen où on les entend le plus ordinairement dans la présentation du sommet avec obstacle au détroit supérieur. C'est là une cause d'erreur dont il faut être prévenu.

La présentation de la face étant reconnue, si l'on demande à l'auscultation le diagnostic de la position, il faut tenir compte de quelques particularités que je vais exposer : Quand la tête est fortement renversée en arrière et que l'occiput touche la partie supérieure du dos, tout le tronc du fœtus se couche vers son plan antérieur, tandis que la colonne vertébrale se renverse fortement en arrière. Le sternum de l'enfant se rapproche donc des parois utérines, tandis que le dos s'en éloigne, et le summum des battements du cœur n'est plus transmis au stéthoscope par la région vertébrale, mais par la région sternale et dans une position mento-iliaque droite; le maximum des bruits du cœur se fera entendre à droite.

C'est par le toucher seulement qu'on peut arriver à un diagnostic certain. Avant la rupture des membranes, la tête est, en général, très-élevée et difficilement accessible. Pour peu que les membranes soient tendues, il est à peu près impossible d'atteindre la partie qui se présente. Souvent alors, le renversement de la tête n'étant pas encore complet, le front est la partie la plus basse et celle que le doigt rencontre ; de manière qu'en sentant sa partie dure, arrondie, sillonnée par un intervalle membraneux (la suture coronale), on peut croire à une présentation du vertex. Mais si les membranes, flasques et plissées, se laissent facilement déprimer, ou bien si elles sont rompues seulement depuis peu de temps, le diagnostic devient facile. On trouve alors sur un des côtés du bassin le front, surface arrondie et solide, sillonnée par une suture à laquelle fait suite un enfoncement transversal, puis une saillie triangulaire dont la base, tournée du côté opposé au front, offre les deux ouvertures des narines, au delà une fente transversale limitée par les deux arcades maxillaires supérieure et inférieure. Parfois, le doigt introduit dans la bouche a manifestement senti un mouvement de succion exercé par l'enfant. Sur les côtés de la saillie médiane se sentent deux petites tumeurs mollasse qu'entoure un cercle osseux. Enfin, quand la tête est basse, on peut sentir une oreille derrière les pubis. La présentation étant reconnue, la position est facile à constater ; car il est évident que l'ouverture des narines regardera toujours un point du bassin, qui est le même que celui vers lequel est tourné le menton.

Quand il y a longtemps que la rupture des membranes est opérée, se rencontrent de nouvelles causes de difficultés. La face, qui répond ici au vide du bassin, est le siége d'une tuméfaction considérable due à la même cause qui produit la tumeur du cuir chevelu dans la présentation du sommet. Les joues, fortement tuméfiées et pressées en même temps sur les côtés, proéminent et se rapprochent l'une de l'autre, laissant entre elles un sillon assez profond, au fond duquel sont cachés les caractères distinctifs de la face; ce sillon peut être pris pour le sillon des fesses que l'on confondrait alors avec les joues tuméfiées. Enfin, les lèvres sont aussi tuméfiées, renversées et froncées, de manière à offrir, au lieu d'une fente transversale, un orifice arrondi, qui a pu, dans certaines circonstances, être pris pour l'anus. Dans ce cas, il faut, à ce qu'il paraît, beaucoup d'attention pour éviter une erreur, qui, au dire de tous les auteurs, a été commise plusieurs fois.

§ III. — Mécanisme.

A l'exemple de MM. Nægele, Dubois, madame Lachapelle, nous prendrons pour types, dans notre description du mécanisme de l'accouchement naturel, les variétés dans lesquelles le menton regarde une des deux extrémités du diamètre transverse. Nous commencerons par la mento-iliaque droite.

1° *Mécanisme de l'accouchement naturel dans la position mento-iliaque droite transversale.*

Avant la rupture de la poche amniotique, la tête ne se trouve, en général, que

modérément étendue, de sorte que le front est presque toujours placé au centre du détroit supérieur. Dans cette position, le menton correspond à l'extrémité droite du diamètre transverse, le bregma à l'extrémité gauche. Les diamètres de la tête sont dans les rapports suivants avec ceux du bassin : le diamètre mento-bregmatique, ou un diamètre qui du menton s'étendrait à la fontanelle antérieure, est parallèle au diamètre transverse du bassin ; le bitemporal, au diamètre antéro-postérieur ; la circonférence mento-bregmatique est parallèle au pourtour du détroit supérieur ; l'axe du bassin traverse la tête dans la direction du diamètre occipito-frontal. Le plan postérieur du fœtus regarde directement à gauche de la mère, le plan antérieur à droite, le côté droit en avant, le côté gauche en arrière.

Pendant la première partie du travail, la poche des eaux fait à la partie supérieure de l'excavation une saillie d'autant plus considérable que la dilatation est plus avancée. La rupture de la poche s'opère ordinairement pendant une

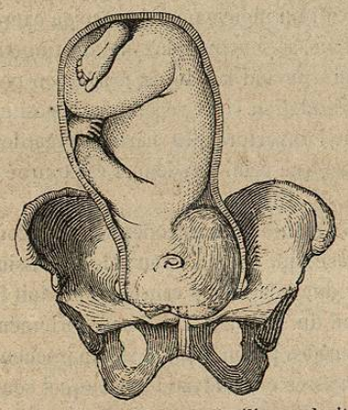

Fig. 79. — Position mento-iliaque droite transversale après le mouvement d'extension.

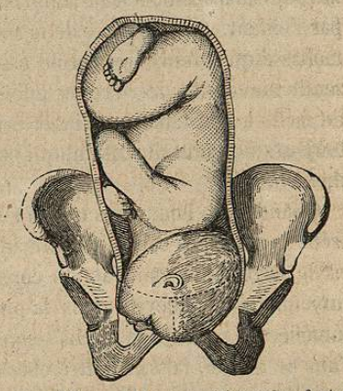

Fig. 80. — Même position plus fortement engagée.

contraction et avec un certain bruit. Cette rupture est suivie de l'écoulement d'une grande quantité de liquide amniotique, et la partie du fœtus, jusque alors très-élevée et très-difficilement accessible, s'abaisse et rend ainsi le diagnostic plus facile.

Immédiatement après la rupture des membranes, le mécanisme de l'expulsion commence. Il se compose, comme celui du sommet, de six temps, extension forcée, descente, rotation, flexion ou dégagement, rotation extérieure, expulsion du tronc ; tels sont les mouvements que la tête exécute dans les positions de la face.

A. *Premier temps, extension forcée.* — La tête étant déjà modérément tendue sur le dos du fœtus, son extension se complétera dès les premiers efforts utérins qui auront lieu après l'écoulement des eaux, par suite des résistances qu'elle rencontrera. Cette extension forcée de la tête change très-légèrement les rapports de ses diamètres avec ceux du bassin (fig. 80). Le

diamètre fronto-mentonnier a pris la place du diamètre mento-bregmatique, et est parallèle au diamètre transverse ; le diamètre bitemporal n'a pas changé ; la circonférence faciale ou fronto-mentonnière est parallèle au pourtour de détroit supérieur [1] ; l'axe du bassin traverse la tête dans la direction d'une ligne qui de la fontanelle postérieure viendrait aboutir sur la lèvre supérieure du fœtus.

B. *Deuxième temps, temps de descente.* — La tête fortement étendue s'engage dans l'excavation, et descend *autant que le permet la longueur du cou.* Ces dernières paroles demandent une courte explication. Dans les positions du sommet, nous avons vu que la tête descendait jusque sur le plancher du bassin, de manière à franchir, sans changer de position, tout l'espace qui sépare le détroit supérieur du détroit inférieur. Or, dans la position transversale que nous étudions, il est évident que la face ne peut descendre jusque sur le plancher du bassin qu'à une des conditions suivantes : ou bien la poitrine s'engagera avec la tête dans l'excavation ; ou bien elle restera au-dessus du détroit supérieur, la face descendant jusqu'au détroit inférieur, c'est-à-dire le front arrivant au niveau de la tubérosité de l'ischion gauche, et le menton au niveau de la tubérosité de l'ischion droit ; mais il faudra nécessairement alors que le cou s'allonge assez pour mesurer toute la longueur de la paroi latérale de l'excavation, c'est-à-dire 9 centimètres et demi. Or, il est évident que ni l'une ni l'autre de ces deux conditions ne peuvent se réaliser : la tête ne pourra donc pas descendre jusque sur le plancher du bassin ; c'est pour cela que nous dirons que la face ne descend *qu'autant que le permet la longueur du cou*, et le mouvement de descente est interrompu.

C. *Troisième temps, temps de rotation.* — La tête exécute alors un mouvement de rotation pendant lequel le menton roule de droite à gauche pour se porter derrière la symphyse des pubis ; le front de gauche à droite et d'avant en arrière, pour se porter dans la concavité du sacrum.

Ce mouvement de rotation s'exécutant permet au mouvement de descente de se compléter : car la brièveté du col ou la trop grande longueur du corps de l'ischion était tout à l'heure le seul obstacle ; si donc, par le mouvement de rotation, le cou, qui ne peut plus s'allonger, se trouve en rapport avec une paroi du bassin assez courte pour qu'il puisse en mesurer toute la longueur, ce mouvement de descente pourra se compléter, c'est-à-dire que la poitrine restant au-dessus du détroit supérieur, le menton pourra parvenir au niveau du détroit inférieur. Or, c'est précisément ce qui a lieu ; car, le tronc participant au mouvement de rotation imprimé à la tête, le cou arrive derrière la symphyse des pubis en même temps que le menton au niveau de la partie inférieure de cette symphyse, qui est assez courte pour que le cou puisse en mesurer toute la longueur.

D. *Quatrième temps, temps de flexion.* — Le commencement du mouvement

[1] M. Nægele admet encore que la face est inclinée relativement au détroit supérieur et que la joue antérieure est la partie la plus déclive, etc. Les raisons sur lesquelles nous nous fondons pour rejeter cette inclinaison dans les présentations du sommet nous obligent à la rejeter encore dans les positions de la face. Nous pensons donc que le plus souvent la circonférence faciale est *parallèle au plan.*