

des os qui *chevauchent* plus ou moins les uns sur les autres, suivant le degré de réduction nécessaire; ce chevauchement peut se produire, comme la bosse séro-sanguine, à des hauteurs différentes de la filière pelvi-génitale.

La réduction des diamètres antéro-postérieurs a lieu par suite de l'enfoncement des frontaux sous le bord antérieur des pariétaux et de l'occipital sous le bord postérieur des pariétaux; la réduction des diamètres transverses se produit surtout par le rapprochement des deux pariétaux dont l'un chevauche sur l'autre.

En touchant la tête du fœtus avec l'index, soit pendant le travail, soit après l'accouchement, il est facile de se rendre compte de ces différentes variétés de chevauchement.

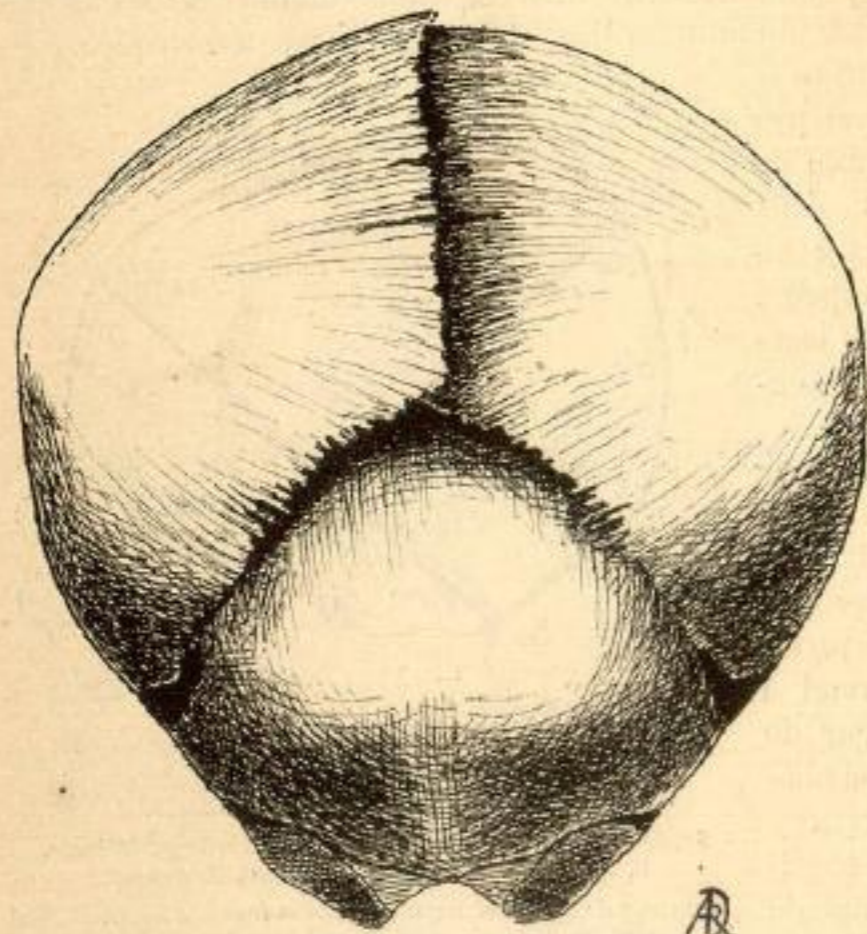


Fig. 248. — Tête de fœtus dépeignée de ses parties molles et vue par sa partie postérieure.

L'angle de l'occipital est enfoncé sous le bord postérieur des pariétaux. Le pariétal gauche chevauche très fortement sur le pariétal droit, c'est-à-dire que son bord passe au-dessus du bord correspondant du pariétal droit.

par un épanchement sanguin qui se fait entre le périoste et la surface externe d'un os du crâne. Il existe parfois une tumeur distincte sur chacun des pariétaux.

C'est généralement au voisinage de l'une des bosses pariétales que siège le céphalématome; les recherches de Broca et de Féré ont montré que ce siège était en rapport avec le développement de l'os. Les vaisseaux présentent à ce niveau une certaine friabilité et se laissent déchirer facilement.

Le plus habituellement le céphalématome est *unique*; quelquefois il est

<sup>1</sup> Voir Thèse Hsmou. Paris 1888.

En touchant la tête du fœtus avec l'index, soit pendant le travail, soit après l'accouchement, il est facile de se rendre compte de ces différentes variétés de chevauchement. — Si chez un enfant qui succombe pendant le travail ou pendant les jours qui suivent la naissance, on enlève le cuir chevelu, il est facile de constater directement le rapprochement des os (fig. 248). Nous retrouverons d'ailleurs cette question à propos de l'accouchement dans les bassins rétrécis.

**Céphalématome.** — Le céphalématome est une tumeur constituée

*bilatéral* et symétrique; dans certains cas, il existe plusieurs céphalématomes non symétriques (fig. 249).

De nombreuses causes ont été invoquées pour expliquer le développement du céphalématome: il est bien certain que c'est au cours du travail que se produit ce décollement périostique. Il se produit sur des têtes peu ossifiées, vulnérables, ou bien sur des têtes volumineuses, assez dures. Pinard attache une certaine importance comme cause à la longueur des cheveux: il croit que pendant le travail le cuir chevelu se trouve tirailé par les cheveux et que de ce tiraillement résulte le décollement.

La tumeur formée par le céphalématome est saillante, tendue, fluctuante; elle se laisse déprimer, le bord est arrondi et régulier. Au bout de quelques jours, la sécrétion du périoste détermine la production d'un *bourrelet* osseux qui limite la tumeur. Ce bourrelet devient assez saillant pour faire croire à une perforation du crâne. Le céphalématome apparaît deux ou trois jours après l'accouchement, reste stationnaire pendant quelque temps, puis diminue peu à peu. Bientôt on ne sent plus à son niveau qu'une légère saillie due à l'épaississement du périoste.

Abandonné à lui-même, le céphalématome guérit sans complication; dans les cas où le traumatisme qui l'a produit a causé en même temps une plaie contuse du cuir chevelu, on peut observer des phénomènes inflammatoires de cette plaie: aussi faut-il la panser avec soin. — Sauf ce cas exceptionnel, il ne faut appliquer aucun pansement, résolutif ou autre, sur la tumeur, qui guérit spontanément. — Il faut surtout bien se garder d'y faire des ponctions ou des incisions.



Fig. 249. — Céphalématome double. Le plus volumineux siège sur le pariétal droit, le plus petit siège sur l'occipital.

## CHAPITRE IV

### PRÉSENTATION DE LA FACE

Le fœtus se présente par la face lorsque l'extrémité céphalique est défléchie, au point que l'occiput arrive en contact avec la région du dos (fig. 250), et que, par suite, la tige occipito-mentonnière s'enfoncé dans le bassin par son extrémité mentonnière.

**Fréquence.** — La présentation de la face s'observe, en moyenne, une fois sur 250 accouchements.

Certains auteurs allemands admettent une fréquence un peu plus grande (1 face sur 150 accouchements environ). — La statistique de Depaul donne 1 face sur 175 accouchements.

Pinard, dans une première statistique faite à la Maternité, a trouvé 550 présentations de la face sur 81 711 accouchements; dans une seconde statistique portant sur les accouchements faits à Lariboisière de 1885 à 1888, il a

observé 44 présentations de la face sur 10 515 accouchements. En réunissant ces deux statistiques, on trouve la proportion d'une présentation de la face sur 247 accouchements. La statistique faite par Pinard et Lepage à la Clinique Baudelocque, pendant les années 1890-91-92-93-94-95, donne 26 présentations de la face sur 10 598 accouchements, soit une présentation de la face sur 599 accouchements.

Nägele a montré que la position et la variété de position la plus commune était la mento-iliaque droite postérieure. Vient ensuite la mento-iliaque gauche antérieure. Les autres variétés : MIDA et MIGP, sont extrêmement rares. Donc, comme pour la présentation du sommet, la face met le plus souvent son plus grand diamètre en rapport avec le diamètre oblique gauche du bassin.



Fig. 230. — Altitude du fœtus dans la présentation de la face.

La présentation de la face est primitive ou secondaire, suivant que la déflexion de la tête existe dans les derniers temps de la grossesse ou qu'elle se produit seulement au cours du travail.

Tarnier et Chantreuil admettent les présentations primitives en s'appuyant sur les observations de Mme Lachapelle qui, chez deux femmes mortes à la fin de la grossesse, trouva la face à l'entrée du bassin, et sur les affirmations de H.-F. Nägele et de Spiegelberg, qui ont reconnu la face à travers le segment inférieur plusieurs jours avant l'accouchement.

Pinard discute ces faits et déclare n'avoir jamais rencontré la face se présentant franchement au détroit supérieur, chez une femme qui n'a pas eu de contractions utérines douloureuses. Avec Baudelocque, Chailly, M. Duncan et d'autres accoucheurs, il pense que la présentation de la face est une présentation secondaire qui ne se produit que pendant le travail.

**Causes.** — La présentation de la face est primitive ou secondaire.

La présentation de la face pendant la grossesse, la présentation primitive existe réellement, mais est tout à fait exceptionnelle; Ribemont-Dessaignes en a observé un cas bien net, un mois avant l'accouchement, chez une multipare: la perméabilité du col lui permit d'arriver plusieurs jours de suite à travers les membranes sur le nez et les orifices des narines du fœtus.

Il n'en est pas moins certain que presque toujours la présentation de la face résulte d'une déflexion de la tête se produisant au début du travail, c'est-à-dire d'une présentation du sommet transformée. Les mento-iliaques droites postérieures ne sont les plus fréquentes des variétés de positions de la face que parce qu'elles s'observent avec une tête fœtale qui tendait à se présenter en occipito-iliaque gauche antérieure; cette transformation exige que la tige occipito-mentonnière (15 centim. 5) passe par un mouvement de bascule étendu de la flexion à la déflexion; elle ne peut, en raison même des dimensions de l'excavation pelvienne (12 centim.), se produire qu'avant la pénétration de la tête fœtale dans le bassin.

Cette mutation peut à la rigueur s'observer dans l'excavation même, c'est-à-dire alors que la tête fœtale est engagée. Mais elle constitue une exception et n'est possible qu'avec une tête petite, dont le diamètre OM ne dépasse pas 12 centimètres. C'est donc au niveau du détroit supérieur seulement ou au-dessus de lui que ce changement de présentation est possible pour une tête de fœtus à terme et normalement développée: c'est dire « que toutes les causes actives ou passives qui feront stationner l'extrémité céphalique au niveau de l'ouverture supérieure de l'excavation prédisposeront à la présentation de la face » (Pinard).

Donc toutes les causes qui entravent l'accommodation pelvienne favorisent la présentation de la face.

C'est ainsi qu'agit d'une manière évidente la multiparité: Winckel, sur 420 femmes ayant des présentations de la face, a trouvé 160 primipares et 260 multipares. Cette influence est un peu moins accusée dans la statistique de Pinard qui, sur 574 femmes ayant des présentations de la face, a trouvé 155 primipares et 221 multipares. Chez certaines multipares, cette présentation anormale se reproduit à plusieurs accouchements successifs (Freund); cette répétition des présentations de la face aurait été constatée dans 9 pour 100 des cas (Winckel). Ribemont-Dessaignes l'a observée deux fois de suite chez la même femme. De même, Bossi (*Ann. di Obstetr. e Ginec.*, août 1887) a vu chez une femme le fœtus se présenter par la face lors de ses trois premiers accouchements.

L'influence des rétrécissements du bassin sur la production des présentations de la face, surtout de la variété frontale, a été exagérée par différents auteurs, en particulier par Winckel. Ce qu'il est relativement commun d'observer lorsque le fœtus se présente tête première dans un bassin rétréci, c'est au cours du travail une déflexion temporaire de la tête fœtale (*Voy. Méc. de l'accouchement dans les bassins rétrécis*).

L'obliquité utérine a été signalée pour la première fois par Deventer, comme cause principale de présentation de la face; elle a été acceptée comme telle par Baudelocque, Michælis, Mme Lachapelle, Winckel, M. Duncan,

Barnes, etc. Tantôt elle agit en poussant obliquement la tête de l'enfant vers le détroit supérieur : l'occiput vient buter contre le rebord du détroit et se relève sur la nuque. Tantôt c'est l'inclinaison du tronc fœtal qui vicie la direction des forces transmises par la colonne vertébrale à la base du crâne, et qui change la longueur respective des deux bras de levier que représente cette base.

Hecker a montré que dans les présentations de la face, le poids moyen des enfants est de 100 grammes plus considérable que celui des enfants qui naissent par le sommet; aussi trouve-t-on *plus de garçons que de filles*, puisqu'en règle générale le poids moyen des garçons dépasse celui des filles.

De plus, Hecker attache une grande importance à une conformation spéciale du crâne, la *dolichocéphalie*, caractérisée par un allongement du crâne, par un développement plus accusé de l'occiput et par une augmentation du diamètre transverse maximum; en outre les diamètres verticaux sont diminués. Le crâne est bas et présente un enfoncement au voisinage de la grande fontanelle. La saillie de l'occiput allonge le bras de levier postérieur de la tête; il en résulte que la pression exercée par la contraction utérine sur la colonne vertébrale du fœtus abaisse la face, pour peu que l'occiput rencontre quelque résistance au pourtour du bassin.

Reste à savoir si cette *dolichocéphalie* que l'on observe chez les fœtus nés par la face est en réalité primitive ou secondaire, si elle est *cause* ou *effet*. Tarnier et Chantreuil n'hésitent pas à considérer la dolichocéphalie comme produite par le passage du crâne à travers la filière pelvienne, lorsque la face y descend la première; c'est l'opinion d'ailleurs soutenue par Winckel, Helly, Stadtfeldt, Depaul et Budin, qui a montré que cette déformation disparaît plus ou moins rapidement après l'accouchement; elle persiste rarement.

Dans des cas assez rares, la cause de la présentation de la face est manifeste : *certaines tumeurs du cou* et de la *partie supérieure du thorax* peuvent refouler la tête en arrière; de même dans les cas de *monstres ayant un arrêt de développement* ou une absence de crâne (*acrânie*), le fœtus a de la tendance à se présenter par la face.

L'*hydramnios* favorise la production des présentations de la face : ce fait, admis cliniquement par Baudelocque, Mme Lachapelle, Capuron, Jacquemier, etc., a été contrôlé par les expériences de Blanc.

Comme on le voit, les conditions qui favorisent la présentation de la face sont multiples : lorsque plusieurs d'entre elles se trouvent réunies, elles rendent la présentation de la face presque fatale.

Faut-il rappeler que chez certains animaux, la vache par exemple, la présentation de la face est normale, par suite de la forme du bassin et de celle de la tête du fœtus : R. Muggia (*Annali di Obst. e Ginecol.*, 1895) a rappelé ce fait d'anatomie comparée en étudiant les causes de la présentation de la face dans l'espèce humaine.

**Diagnostic de la présentation de la face.** — L'interrogatoire et l'inspection de l'abdomen ne fournissent ici aucun renseignement spécial. Ce sont les autres moyens d'exploration (palper, auscultation et toucher) qui

font reconnaître la présentation de la face, soit à la fin de la grossesse (ce que l'on aura bien rarement l'occasion de faire), soit pendant le travail.

**PALPER.** — En procédant au palper méthodique, on trouve une grosse tumeur au-dessus, au niveau ou au-dessous du détroit supérieur, suivant le moment du travail où est fait l'examen. C'est surtout lorsque la tête n'a pas encore franchi le détroit supérieur que le palper donne des sensations précises; cette tumeur que l'on sent paraît très arrondie, très volumineuse et semble n'occuper qu'un côté du petit bassin (fig. 251).

Budin a signalé la possibilité de sentir, du côté opposé à la tumeur accessible, une *saillie en forme de fer à cheval* nettement caractérisée, et constituée par le maxillaire inférieur et le menton.

Au fond de l'utérus, mais du même côté que la partie saillante de la tête, on trouve l'autre pôle fœtal qui présente les caractères de l'extrémité pelvienne, c'est-à-dire d'une tumeur volumineuse accompagnée d'un côté par les membres inférieurs : parties petites et mobiles.

L'exploration de la région dorsale du fœtus demande de l'attention; elle est assez difficile, mais très importante. Les données qu'elle fournit, jointes à celles déjà obtenues par le palper de la tête, sont en effet caractéristiques de la présentation de la face. La main qui cherche à suivre le dos en allant du pôle pelvien au pôle céphalique, ne tarde pas à perdre peu à peu la sensation de la résistance qu'offre le plan postérieur du fœtus; car ce plan s'éloigne de plus en plus de la paroi utérine, à cause de l'attitude particulière du fœtus : « Pour suivre, dit Pinard, et apprécier le plan résistant, il faut déprimer lentement et profondément la paroi abdominale; car cette surface résistante et continue semble s'enfoncer dans la cavité abdominale.... »

Tandis que dans la présentation du sommet, le dos, aisément suivi entre les deux extrémités pelvienne et céphalique, est situé du côté opposé à la partie la plus élevée (front) et par conséquent la plus accessible et paraissant la plus volumineuse de la tête, dans la présentation de la face, le dos, malaisément suivi, est situé du même côté que la partie la plus volumineuse de l'extrémité céphalique (occiput) dont le sépare un sinus profond (fig. 251 à 254).

Le plan antérieur du fœtus est par contre, surtout dans les mento-antérieures, très superficiel, et les petits membres se distinguent avec netteté (fig. 251, 254). Lefour (de Bordeaux) a même pu, dans un cas, sentir avec la pulpe du doigt les battements du cœur fœtal.

On peut, enfin, explorer assez bien celui des plans latéraux, qui se trouve en avant.

**AUSCULTATION.** — L'auscultation vient en aide au palper en indiquant que le foyer maximum des bruits du cœur est généralement élevé. Les bruits du cœur dans les mento-antérieures s'entendent d'une manière plus nette, mieux timbrée que dans la présentation du sommet; le plan antérieur du fœtus est assez rapproché de la paroi utérine et les battements du cœur sont transmis directement à l'oreille par la région costo-sternale du fœtus.

**TOUCHER.** — Pendant la grossesse, le toucher, presque toujours négatif,

pourra cependant, comme cela est arrivé à Ribemont-Dessaignes (voy. p. 425), donner des renseignements très positifs.

Au début du travail, le toucher permet seulement de reconnaître que la partie fœtale est élevée et que la poche des eaux est volumineuse; lorsque le travail est un peu plus avancé, le doigt arrive sur le front, sur la suture coronale et même sur la fontanelle antérieure.

Si l'on pratique cet examen rapidement, on peut croire qu'il s'agit d'une présentation du sommet, et prendre la suture coronale pour la suture sagittale; on évite



Fig. 251. — Présentation de la face en position gauche, variété antérieure (MIGA).



Fig. 252. — Présentation de la face en position gauche, variété postérieure (MIGP).

l'erreur en suivant cette suture. S'il s'agit d'une face, on sent que la suture n'a point la longueur de la suture sagittale, qu'elle est plus courte et qu'au lieu d'aboutir à la fontanelle postérieure, elle mène directement: d'un côté à la fontanelle antérieure, de l'autre sur la racine du nez, à droite et à gauche duquel on sent les arcades sourcilières.

Dans certains cas, alors même que les membranes sont intactes, il est facile d'explorer les différentes parties de la face, surtout si l'on pratique le toucher alternativement avec les deux index; mais parfois les membranes

sont tendues et la poche des eaux volumineuse gêne l'exploration.

Lorsque cette poche vient de se rompre, on explore directement la présentation: outre la fontanelle antérieure, la suture coronale, les arcades sourcilières, on peut distinguer les globes oculaires qui donnent la sensation de deux petites tumeurs arrondies, bombées et rénitentes. Entre ces deux tumeurs, et suivant la direction de l'un des diamètres obliques, habituellement du gauche, le doigt rencontre une dépression qui aboutit à une saillie pyramidale, le nez, dont une face est percée de deux orifices séparés par une cloison et qui sont les orifices antérieurs des narines.

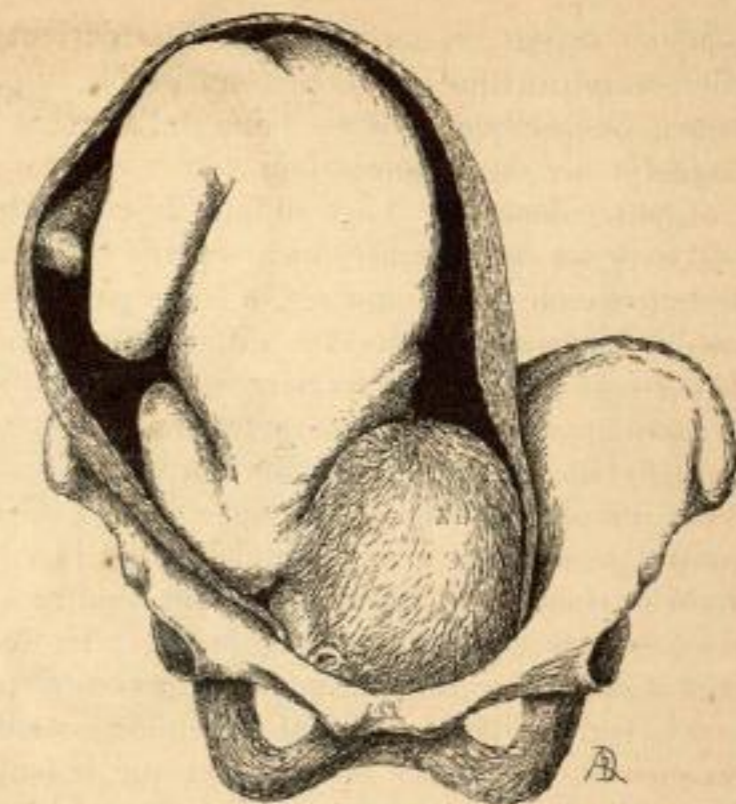


Fig. 253. — Présentation de la face en position droite, variété postérieure (MIDP).

L'utérus est fortement rétracté sur le fœtus.



Fig. 254. — Présentation de la face en position droite, variété antérieure (MIDA).

Lorsque la face est profondément engagée et que les membranes sont

En poursuivant l'examen dans la même direction, on trouve la dépression sous-nasale, puis une fente transversale, limitée superficiellement par les lèvres, plus profondément par les deux rebords saillants des maxillaires supérieur et inférieur. Quelquefois, en introduisant le doigt dans la bouche, on sent distinctement les mouvements de succion exécutés par l'enfant. Enfin, au-dessous de la bouche, se trouve la saillie formée par le menton. De chaque côté de la ligne qu'il vient de suivre, le doigt rencontre les joues et les os malaies.

rompues depuis un certain temps, elle devient le siège d'une *infiltration séro-sanguine* qui la rend méconnaissable au premier abord. Les joues sont tuméfiées, presque accolées l'une à l'autre et limitent un sillon au fond duquel le nez est comme enfoui.

Il faut enfoncer le doigt au fond de ce sillon pour y trouver la saillie du nez, avec ses deux orifices bien séparés et bien nets : le nez est en effet la seule partie de la face qui ne se laisse pas envahir par l'infiltration œdémateuse. La bouche peut être difficile à reconnaître : la fente buccale se déforme, s'arrondit, et les lèvres tuméfiées rétrécissent cet orifice et lui donnent quelques-uns des caractères de l'anus; souvent, de transversale qu'elle était, la fente buccale devient verticale.

On comprend que dans certains cas où l'œdème est considérable, le diagnostic présente de grosses difficultés; si l'on touche la partie fœtale à une période avancée du travail, on peut hésiter entre une *présentation du siège* et une *présentation de la face*. Le doigt introduit dans le vagin sent d'abord une tumeur molle, arrondie : la joue, qu'il prend pour une fesse; le sillon interjugal ressemble au sillon interfessier et les petites dimensions de l'orifice buccal œdématisé le font confondre avec l'anus. Les paupières tuméfiées peuvent même être prises pour des organes génitaux externes.

C'est en explorant le fond du sillon qu'on évite l'erreur : le siège se reconnaît à la saillie formée, en arrière de l'anus, par le coccyx, tandis que *la face est caractérisée par le nez, qui est reconnaissable à sa forme de saillie pyramidale percée sur une de ses faces de deux trous*. Il est utile de pratiquer cet examen avec attention si l'on veut éviter la mésaventure du professeur d'accouchements Leroy, qui affirmait à ses élèves qu'il venait de trouver la face et de pénétrer dans la bouche du fœtus, tandis qu'il étendait, en gesticulant, son doigt indicateur enduit de méconium, se donnant ainsi involontairement un formel démenti.

Il importe, en pratiquant le toucher dans la présentation de la face, de procéder avec douceur : la pression du doigt peut contribuer à produire des excoriations à la surface de la peau, d'autant mieux que le travail étant long, le toucher est répété plus souvent et que d'ailleurs de petites phlyctènes apparaissent souvent spontanément sur la face. Il faut avoir soin de prévenir à l'avance la famille de leur existence possible, car on ne manquerait pas de les attribuer à un toucher brutalement pratiqué.

*Diagnostic des positions et des variétés de position de la présentation de la face.* — Les trois procédés d'exploration peuvent contribuer à faire le diagnostic; mais ici le *palper* ne peut guère servir qu'à affirmer de quel côté se trouve l'occiput : le menton, point de repère, est du côté opposé. L'attitude du dos sert jusqu'à un certain point à reconnaître l'orientation de la tête.

L'*auscultation* n'est qu'un moyen de contrôle, et ce n'est qu'à ce titre que nous allons indiquer le foyer d'auscultation pour chacune des positions.

Le *toucher* donne des notions précises : la position correspond au côté du

bassin vers lequel est dirigée l'ouverture des narines, puisque c'est de ce côté que se trouve le menton; si l'orifice des narines regarde à droite, il s'agit d'une mento-iliaque droite; elle sera antérieure, transversale ou pos-

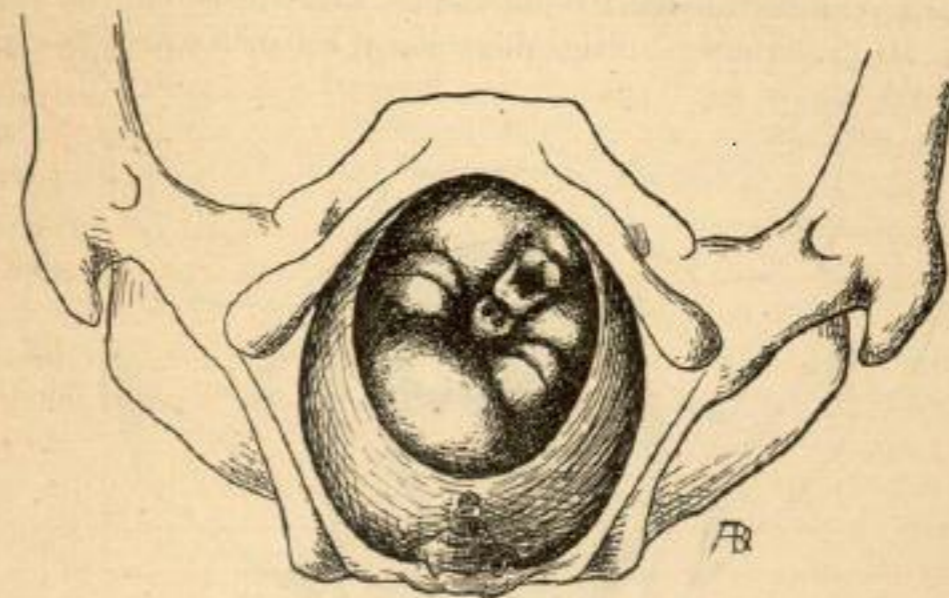


Fig. 255. — Présentation de la face profondément engagée en position gauche (variété antérieure) MIGA (imitée de Farabeuf et Varnier).

térieure, suivant que l'orifice sera dirigé plus ou moins en avant ou en arrière. Dans les cas difficiles où, par suite de l'inclinaison de la tête, la position



Fig. 256. — Présentation de la face en position gauche (variété postérieure) MIGP. (imitée de Farabeuf et Varnier).

n'est pas nette, il faut parcourir avec l'index sur la plus grande étendue la ligne fronto-nasale et voir à quel diamètre du bassin elle correspond le mieux.

Dans la MIGA (fig. 255), l'index droit arrive assez facilement, vers l'éminence ilio-pectinée, sur les orifices des narines qui regardent cette émi-

nence, sur la bouche et même sur le menton; elle atteint difficilement la fontanelle antérieure, qui est à droite et assez en arrière. La paroi latérale gauche du fœtus étant directement en rapport en avant avec la paroi abdominale, le foyer d'auscultation très intense est situé sur la ligne médiane.

Dans la MIGT, le nez est dirigé directement à gauche; le doigt explore la



Fig. 257. — Présentation de la face en position droite (variété antérieure) MIDA. (Imitée de Farabeuf et Varnier).

ligne médiane de la face et la partie latérale gauche. Le foyer d'auscultation est toujours intense et situé un peu à gauche de la ligne médiane.

Dans la MIGP (fig. 256), l'orifice antérieur du nez regarde la symphyse

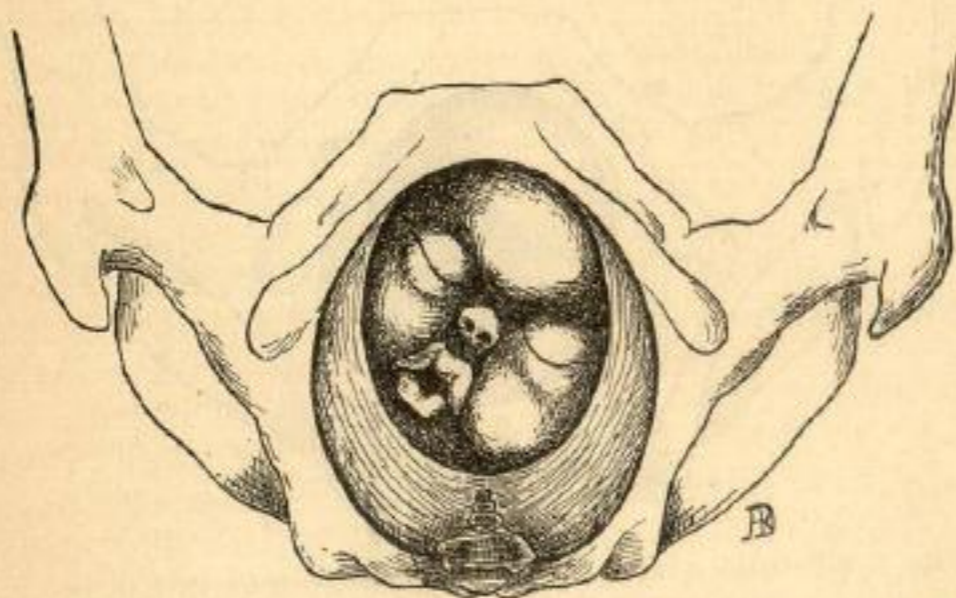


Fig. 258. — Présentation de la face en position droite (variété postérieure) MIDP. (Imitée de Farabeuf et Varnier).

sacro-iliaque gauche; l'index droit a besoin d'être introduit profondément pour arriver sur le nez. Le foyer d'auscultation présente à peu près les mêmes caractères que pour les variétés de position précédentes.

Dans la MIDA, l'index gauche explore facilement l'orifice antérieur du nez

qui regarde l'éminence ilio-pectinée droite (fig. 257); il arrive même sur le menton. Le front et la fontanelle antérieure ne sont que péniblement atteints par cet index, tandis qu'on les trouve facilement avec l'index droit. Le foyer d'auscultation est faible et situé à droite de la ligne médiane, en raison de l'éloignement du plan latéral gauche.

Dans la MIDP, le nez regarde en arrière; il est atteint péniblement par l'index gauche, qui explore facilement la partie latérale gauche de la face (fig. 258). Le foyer d'auscultation est faible, peu élevé et situé sur une ligne allant de l'épine iliaque antérieure et inférieure gauche à l'ombilic.

Lorsque la face a suffisamment tourné en avant pour que le menton soit ramené sur la ligne médiane, l'index, droit ou gauche, pénétrant doucement, d'avant en arrière sur la ligne médiane, sent successivement le menton, la bouche, le nez, le front; de chaque côté de la ligne médiane il peut sentir les joues œdématisées et les globes oculaires. Le foyer d'auscultation est particulièrement intense, à droite et un peu au-dessous de l'ombilic; le stéthoscope appliqué en ce point appuie presque directement sur la partie latérale gauche du fœtus.

**Du mécanisme de l'accouchement dans les présentations de la face.** — Il se compose de six temps (Tarnier) comme le mécanisme de l'accouchement dans la présentation du sommet: 1° amoindrissement (par déflexion); 2° descente; 3° rotation intra-pelvienne de la face; 4° dégagement de la face (par flexion); 5° rotation des épaules; 6° dégagement des épaules et du tronc.

Pour faciliter la description, prenons pour exemple l'accouchement dans la variété la plus commune, la présentation de la face en position droite, variété postérieure (MIDP).

**1<sup>er</sup> Temps.** — *Amoindrissement par déflexion.* — La tête est au niveau du détroit supérieur dans un état d'extension peu marquée; le front se trouve à gauche et en avant, vers la partie antérieure du diamètre oblique gauche du bassin; le menton est en arrière et à droite au niveau de la symphyse sacro-iliaque. Le diamètre bi-malaire répond au diamètre oblique droit: ce diamètre fœtal est très court par rapport au diamètre maternel et ne saurait apporter aucun obstacle à la progression de la tête.

Il n'en va pas de même du diamètre mento-bregmatique, qui répond au diamètre oblique gauche plus petit que lui. Pour que la tête puisse progresser, il faut que l'extrémité mentonnière du diamètre qui se présente s'abaisse, et qu'au diamètre mento-bregmatique se substitue le diamètre sous-mento-bregmatique et même encore un diamètre plus petit, le sous-mento-frontal.

Le premier temps a donc pour résultat d'augmenter l'extension ou la déflexion de la tête, en abaissant le menton et en relevant le front, de telle sorte que les diamètres de la face qui viennent successivement se mettre en rapport avec le détroit supérieur, sont de plus en plus petits. Non seulement cette substitution de diamètres facilite la descente de la tête dans l'excavation, mais en fixant la tête sur le tronc, en calant pour ainsi dire l'occiput

contre la partie supérieure du tronc, elle facilite la transmission de la force expulsive.

On reconnaît par le toucher que le premier temps de l'amointrissement par déflexion est accompli à ce qu'on atteint facilement le menton, la bouche, le nez, la suture interfrontale, en suivant de droite à gauche la direction du diamètre oblique gauche.

2<sup>e</sup> Temps. — Le deuxième temps de *descente* ou d'*engagement* se fait presque toujours avec quelque lenteur; par suite de la déflexion de la tête, le menton ne peut progresser, s'abaisser qu'autant que le lui permet l'allon-

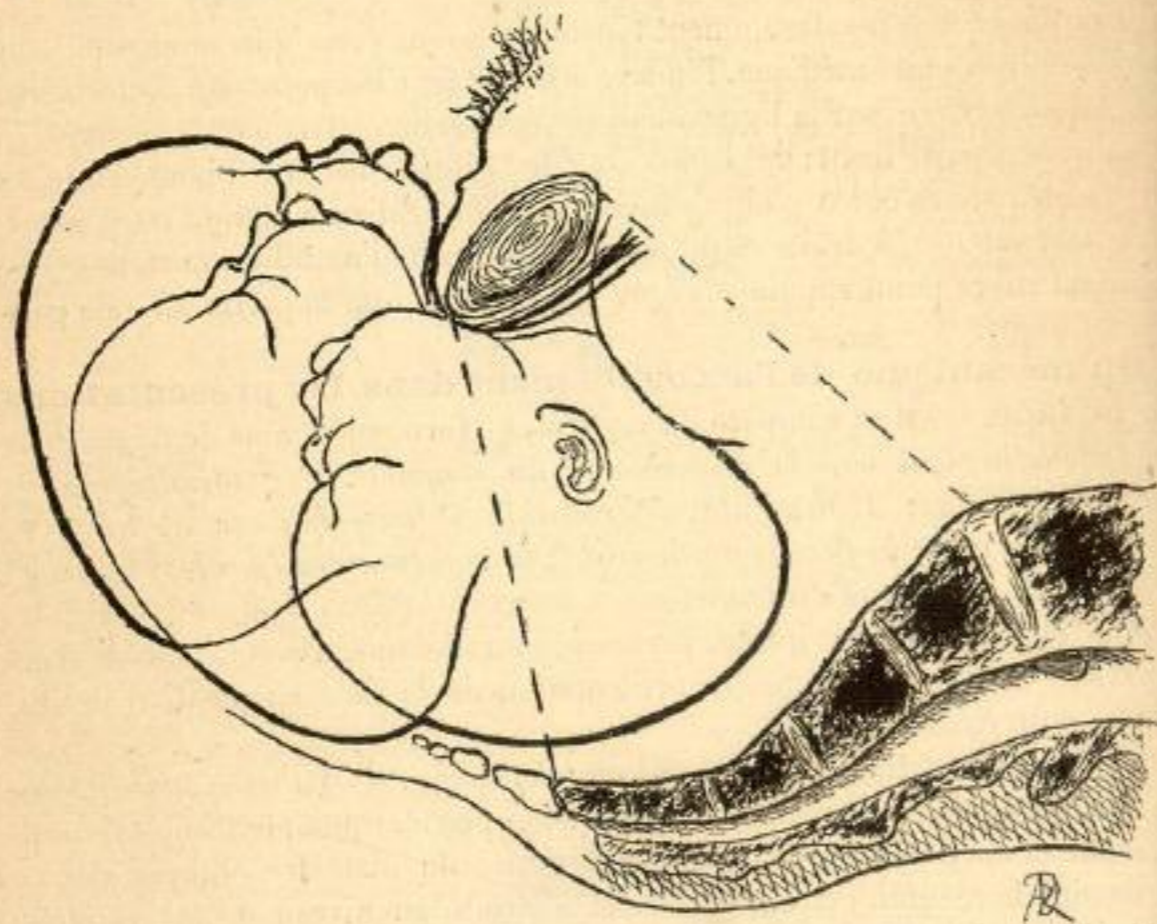


Fig. 259. — La tête se présentant par la face est en train de se dégager par flexion; cette flexion est de plus en plus accusée à mesure que la tête fœtale sort davantage.

gement maximum de la partie antérieure du cou; pour que le fœtus puisse descendre davantage, il faudrait que la partie antérieure et supérieure de la poitrine s'engageât en même temps que l'occiput, ce qui n'est pas possible quand le fœtus est normalement développé.

C'est surtout lorsque la face descend en *mento-iliaque postérieure* que la descente de la tête est limitée en raison de la hauteur de la paroi postéro-latérale de l'excavation; pour que la progression de la tête s'accomplisse, il faut que le menton tourne suffisamment et soit ramené en avant.

En effet, lorsque la face est en *mento-iliaque antérieure*, le menton parcourt une hauteur de bassin moins grande: il n'a qu'un petit mouvement à exécuter pour tourner complètement en avant et se dégager, puisque la tête appuyée à ce moment sur le plancher périnéal. De telle sorte que le second

temps du mécanisme de l'accouchement, c'est-à-dire l'*engagement de la face*, ne peut se compléter qu'après l'exécution du 3<sup>e</sup> temps (rotation). Pour que la face achève de s'engager dans l'excavation, il faut donc qu'elle soit franchement défléchie et que le menton soit ramené le plus possible en avant, près de la symphyse pubienne.

3<sup>e</sup> Temps. — *Mouvement de rotation intra-pelvienne*. — Pendant ce troisième temps, la face tourne de telle sorte que le menton arrive sous la symphyse pubienne. Le cou est maintenant en contact avec la face postérieure de la paroi antérieure du bassin; comme cette symphyse n'est pas très

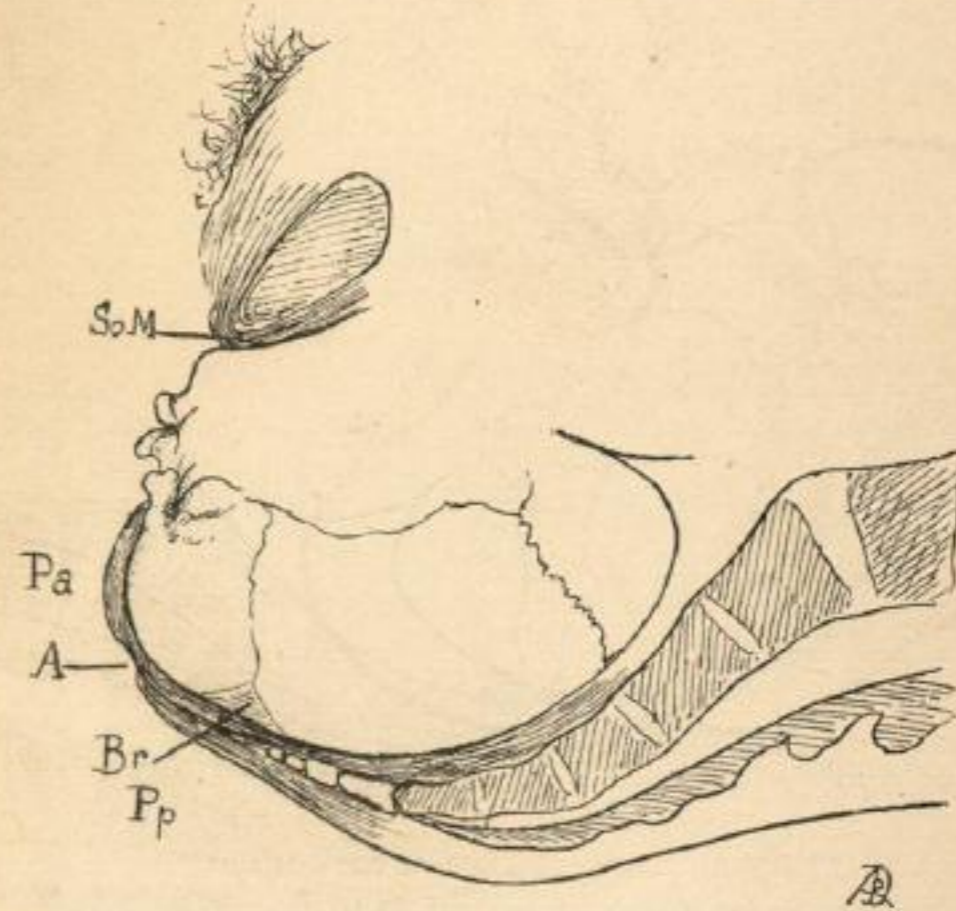


Fig. 260. — La tête en présentation de la face est en voie de dégagement, la femme est à la période d'expulsion.

So M, Région sus-hyoïdienne ou mieux sous-mentonnaire. Pa, Périnée antérieur qui commence à se distendre ainsi que l'anus A. Le périnée postérieur Pp est à peine distendu par les différents diamètres dont le point fixe est la région sous-mentonnaire et dont le point mobile se déplace suivant la ligne sagittale.

élevée, le sternum et les épaules peuvent rester au niveau de l'aire du détroit supérieur tandis que la tête pénètre seule et librement dans l'excavation et descend sur le bassin mou.

Ce mouvement de rotation est d'autant plus long à se produire que le menton est situé plus en arrière et qu'il nécessite des contractions utérines très énergiques: aussi met-il toujours un certain temps à se faire.

C'est ce qui rend l'accouchement par la face laborieux, pénible: tant que ce mouvement de rotation n'a pas lieu, la terminaison de l'accouchement est impossible.

4<sup>e</sup> Temps. — *Dégagement par flexion.* — La face est alors située, le menton en avant, sous la symphyse pubienne (fig. 260); elle progresse, c'est-à-dire que la région sous-mentale, l'os hyoïde, le cou, viennent successivement se mettre en rapport avec le bord inférieur de la symphyse, ainsi qu'il est facile de le comprendre en regardant la figure 259, où l'on voit la face en trois attitudes différentes au moment où elle se dégage.

La tête fœtale, poussée par les contractions maternelles, distend le périnée

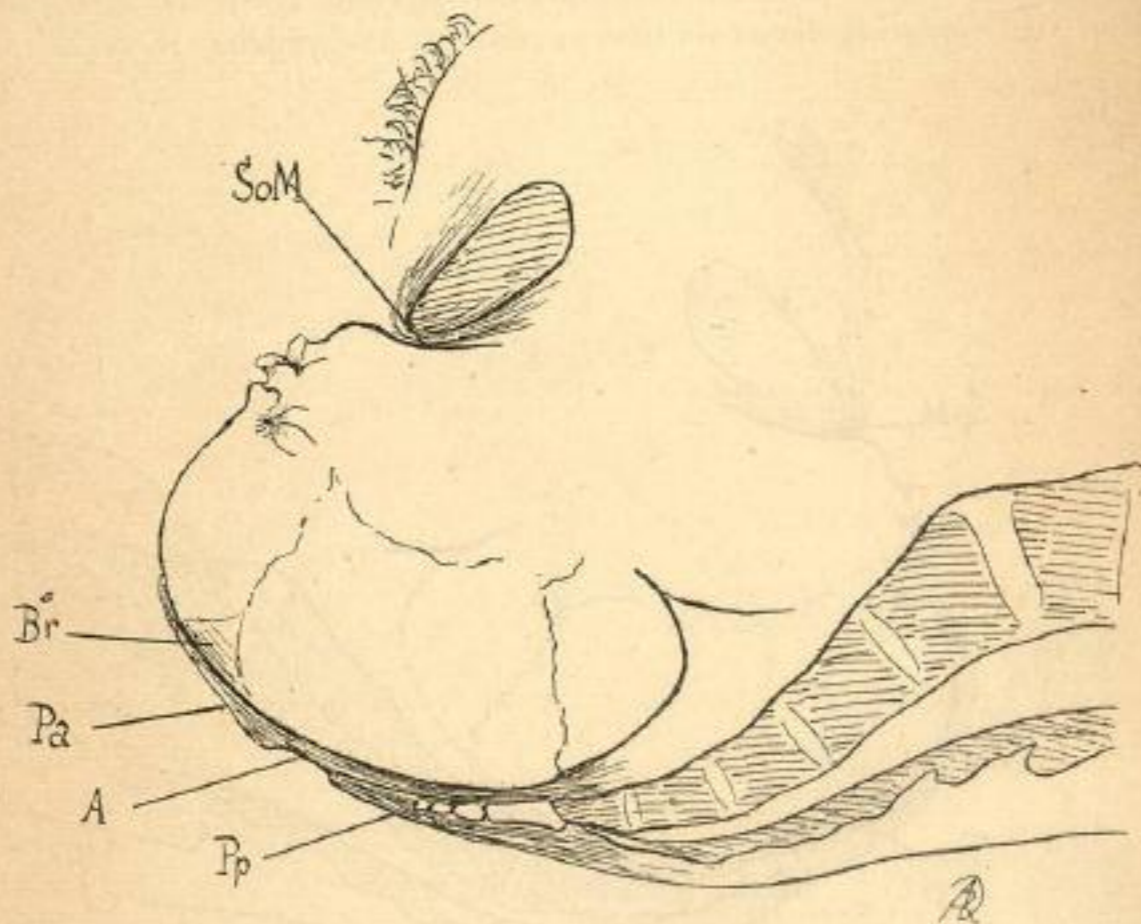


Fig. 261. — Le dégagement de la face s'accroît.

La région sous-mentonnière SoM a légèrement progressé. Le périnée postérieur Pp est fortement distendu; les grands diamètres antéro-postérieurs SoM occipital, franchissent le coccyx. L'anus est fortement tirillé, le périnée antérieur PA commence à être distendu, le bregma Br va se dégager à la commissure postérieure.

et dilate peu à peu le bassin mou; puis tout d'un coup la région pariéto-occipitale repousse et franchit définitivement le coccyx.

Farabeuf et Varnier<sup>1</sup> ont fort bien décrit ce temps de l'accouchement par la face : « A ce moment, après le premier degré de flexion, la tête entière est dans le bassin mou; le sommet, qui était dans la concavité du sacrum, a franchi l'arc coccy-pubien et repose maintenant dans l'excavation du périnée postérieur, qu'il distend; le front chasse en avant la fourchette, allonge le périnée antérieur, paraît à la vulve.

« Le détroit a subi l'engagement de la face, puis le dégagement de l'occiput. Reste à franchir l'anneau vulvaire. La région hyoïdienne, toujours sous la symphyse, est à peine capable d'une faible progression.

<sup>1</sup> Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements, p. 80.

« Le 2<sup>e</sup> degré de la flexion se prononçant peu à peu, le front distend la vulve, applique au sous-menton la commissure clitoridienne et sort assez vite; la circonférence sous-mento-bregmatique est alors engagée; le bregma se dégage, puis plus péniblement la région rétro-bregmatique, si saillante et si large.

« Tout à coup, les bosses pariétales étant sorties, le 5<sup>e</sup> degré de la flexion s'accomplit sous l'action du périnée qui, en se retirant, expulse

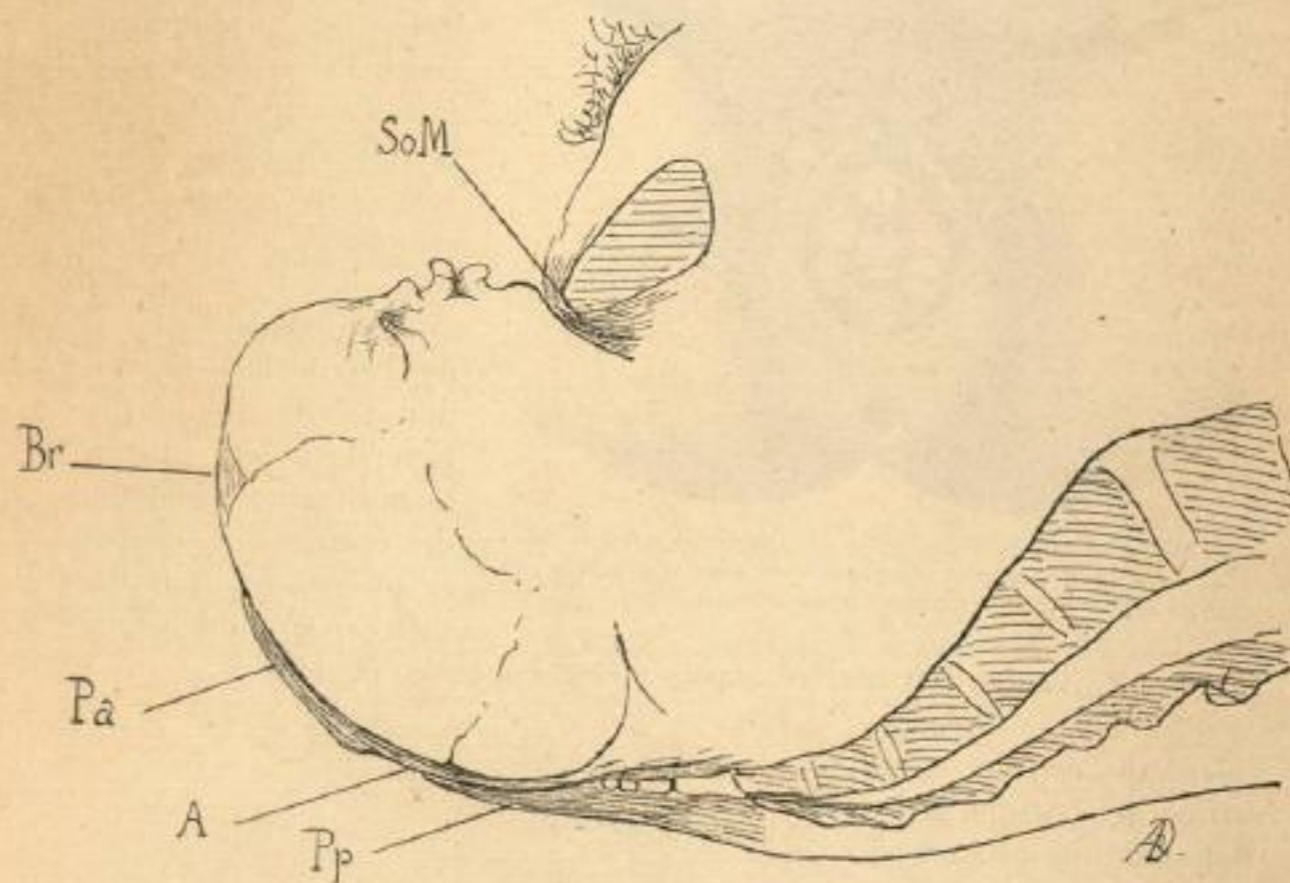


Fig. 262. — Le dégagement de la face va se terminer.

Le bregma Br a franchi la commissure vulvaire; le périnée antérieur Pa est distendu au maximum par les grands diamètres sous-mento-sagittaires. L'anus A, est entr'ouvert. La distension du périnée postérieur diminue, la tête fœtale ayant franchi le coccyx qui revient presque à sa situation première.

brusquement l'occiput et martèle le clitoris entre la symphyse et le menton. »

Les figures 263, 264 et 265 montrent bien comment la face se dégage progressivement.

Au fur et à mesure que la tête fœtale fait des progrès en augmentant l'ampliation du périnée, elle apparaît à la vulve sur une plus grande étendue, par des circonférences qui passent par le sous-menton et successivement par le front, le bregma, l'occiput : ce sont les circonférences sous-mento-frontale (SoMF), sous-mento-bregmatique (SoMB), sous-mento-occipitale (SoMO).

Lorsque toute la région de la tête fœtale comprise entre le front et l'occiput s'est dégagée au niveau de la commissure postérieure, la tête finit de se dégager par déflexion, c'est-à-dire que le menton s'abaisse et le dégagement est achevé.



5<sup>e</sup> Temps. — *Rotation intra-pelvienne des épaules (rotation extra-pelvienne de la tête).* —

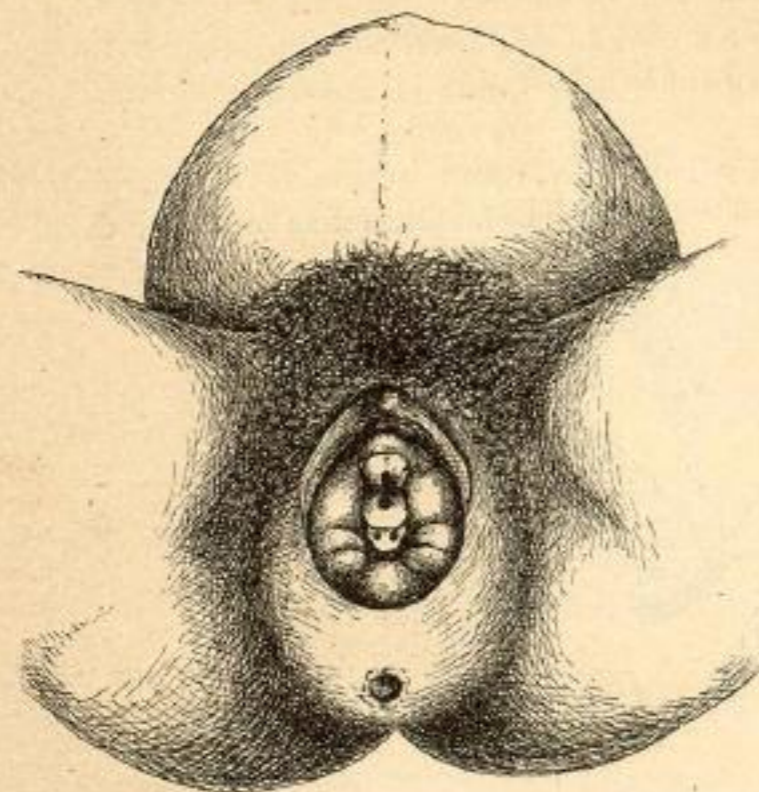


Fig. 265. — La tête en présentation de la face apparaît à la vulve au début du dégagement. Le menton est sous la symphyse, le front appuie sur la commissure postérieure.

en avant, l'autre en arrière, après s'être engagées et tassées.

6<sup>e</sup> Temps. — *Dégagement des épaules et du tronc.* — Lorsque la rotation des épaules est accomplie, on les voit se dégager l'une après l'autre au niveau de l'orifice vulvaire absolument comme dans les présentations du sommet (Voy. p. 580). Le dégagement du reste du corps ne présente rien de particulier.

Nous venons d'étudier le mécanisme normal de l'accouchement dans la présentation de la face; il serait fastidieux de voir le mécanisme de l'accouchement pour chaque position en particulier. Il suffit d'appliquer à chacune d'elles les règles générales. Voyons les ano-

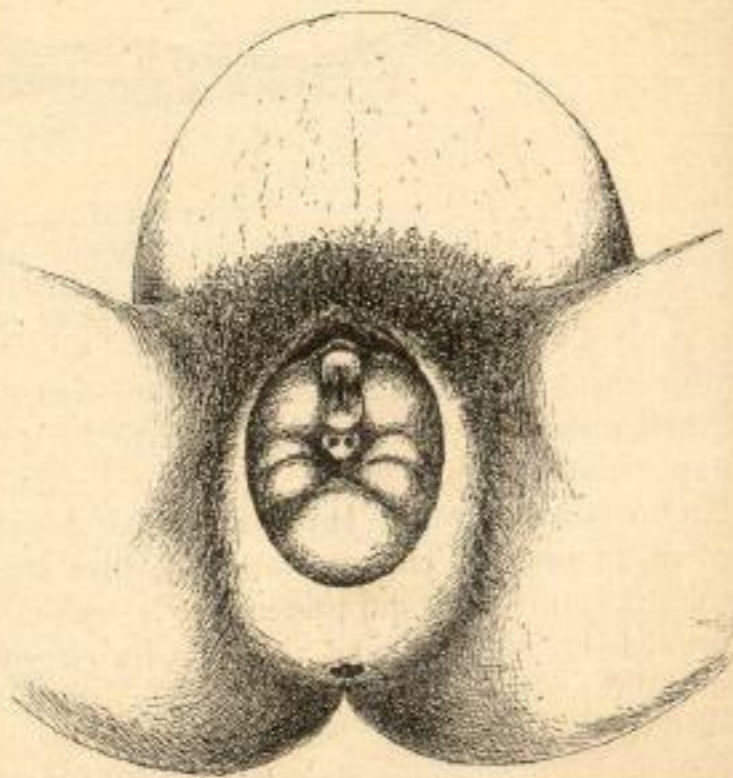


Fig. 264. — Le dégagement de la face est un peu plus accentué que sur la figure 265; le front apparaît même au niveau de la commissure postérieure.

A partir de ce moment, lorsque l'occiput a franchi la commissure postérieure (fig. 265), le mécanisme de l'accouchement par la face ne diffère en rien de l'accouchement par le sommet. La tête, étant hors la vulve, subit un mouvement de rotation qui ramène le menton du côté où il se trouvait avant le troisième temps de l'accouchement (fig. 266); cette rotation externe de la tête est commandée par l'orientation des épaules qui viennent se placer suivant le diamètre coccy-pubien, l'une

malies, les irrégularités de ce mécanisme pour chacun des différents temps.

*Anomalies du mécanisme de l'accouchement.* — 1<sup>er</sup> Temps. (Déflexion.) — Les anomalies du premier temps sont surtout constituées par un défaut ou par une exagération de la déflexion de la tête fœtale. Si la tête n'est pas suffisamment défléchie, c'est le front qui occupe le centre du bassin et descend le premier: ce qui constituerait pour certains auteurs une véritable présentation du front, intermédiaire à la présentation du sommet et à la présentation de la face; nous considérons cette

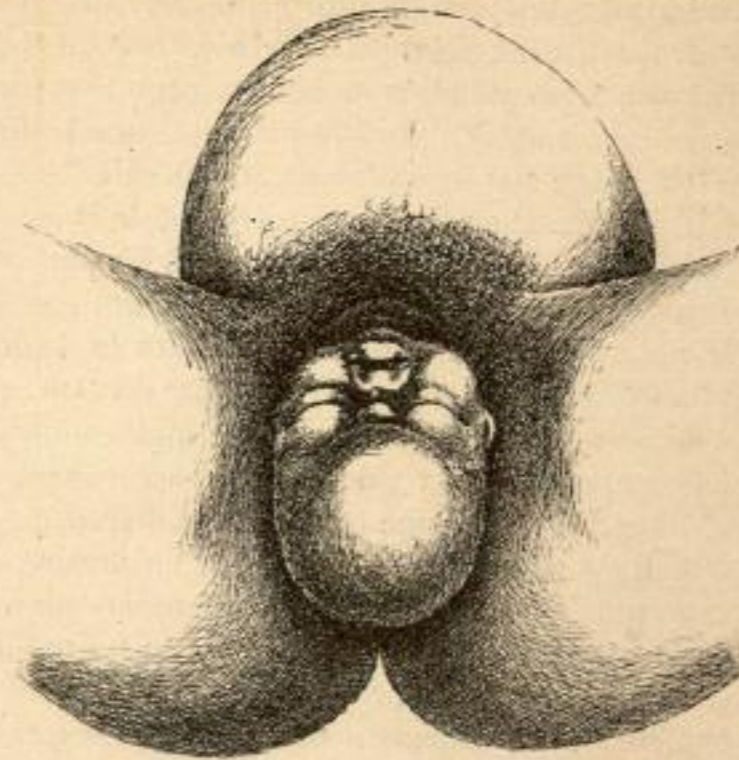


Fig. 265. — Le dégagement de la tête en présentation de la face est achevé.

attitude de la tête comme une variété *frontale* de la présentation de la face (Voy. p. 459).

Parfois le front ne descend pas, remonte même, tandis que l'occiput s'abaisse: la face est transformée en sommet.

Le plus habituellement la tête se défléchit peu à peu et le mécanisme de l'accouchement redevient normal. Quelquefois cependant le front descend le premier, l'engagement est difficile, la déflexion ne se complète que lorsque le front appuie sur le périnée.

Lorsque la face se défléchit trop, le menton occupe le centre du bassin (*variété mentale*); si elle s'incline sur le côté, la joue et l'oreille deviennent accessibles (*variété malaire*). Ces



Fig. 266. — Tête fœtale s'étant dégagée par la face et ayant accompli son mouvement de rotation externe.

côté, la joue et l'oreille deviennent accessibles

variétés disparaissent généralement sous l'influence des contractions utérines du travail; elles peuvent cependant créer une véritable dystocie.

2<sup>e</sup> Temps. (Engagement.) — La descente, l'engagement du fœtus, toujours lent dans la présentation de la face, peut ne se produire que très tardivement et même manquer: il suffit pour cela que le fœtus soit volumineux ou que la tête fœtale soit insuffisamment défléchie.

3<sup>e</sup> Temps. (Rotation intra-pelvienne de la face.) — C'est dans ce troisième temps que se présentent les anomalies les plus fréquentes et les plus graves: il faut de toute nécessité, comme nous l'avons vu, que le mouvement de rotation ramène le menton sous la symphyse pubienne. Or, dans certains cas, la rotation ne se fait pas du tout, par exemple dans les mento-postérieures; ou elle ne se produit qu'incomplètement: l'accouchement est alors impossible. Il y a donc entre l'accouchement par la face et l'accouchement par le sommet une très grande différence, puisque le sommet, lui, peut se dégager spontanément (l'occiput en arrière, en contact avec le sacrum) en occipito-sacrée. L'orientation en arrière du menton, point de repère de la présentation de la face, nécessite au contraire l'intervention de l'accoucheur.

Certains auteurs ont cependant rapporté quelques rares observations dans lesquelles l'accouchement par la face s'est terminé spontanément, bien que la rotation ne se soit pas exécutée. Mme Lachapelle a vu trois fois la face se dégager de la vulve presque transversalement, mais les fœtus étaient très petits. Le menton ne peut se dégager directement en arrière qu'autant que le fœtus est incomplètement développé ou qu'il est macéré.

Dans certains cas très rares, l'expulsion d'un fœtus vivant de volume ordinaire et se présentant par la face peut se terminer spontanément, malgré un défaut de rotation, par suite d'un mécanisme signalé par P. Dubois, Cazeaux, et que Tarnier et Chantreuil décrivent ainsi: «Après l'extension complète de la tête, la face descend dans l'excavation autant que le permet la longueur du cou, et le menton arrive par conséquent jusqu'au niveau de la grande échanerure sciatique; le menton trouve là des parties molles qu'il peut déprimer. Cette dépression augmente notamment le diamètre oblique de l'excavation, ce qui permet au diamètre occipito-mentonnier d'y basculer et à la tête d'exécuter un mouvement de flexion qui convertit la présentation de la face en présentation du sommet; après quoi l'occiput vient se loger sous la symphyse pubienne. On peut encore expliquer l'accouchement spontané, bien que la rotation ait manqué, en supposant que le menton arrive sous le ligament sacro-sciatique, déprime le périnée en ce point et s'y creuse une loge; car alors la présentation de la face se convertit, comme dans le cas précédent, en présentation du sommet.»

4<sup>e</sup> Temps. (Dégagement de la face.) — Le dégagement de la face commence toujours par le menton; quelquefois cependant c'est le front qui apparaît le premier, puis successivement les différentes parties de la face, le menton, et enfin l'occiput se dégage.

Les anomalies du cinquième et du sixième temps de l'accouchement par la face sont les mêmes que pour la présentation du sommet (voy. p. 585).

**Variété frontale de la présentation de la face.** — Il est une

variété de présentation de la face que des accoucheurs très autorisés considèrent comme une présentation spéciale, ayant un mécanisme particulier et qu'ils veulent nettement distinguer des présentations du sommet et de la face: c'est la *variété frontale*, ou *présentation du front*, admise autrefois par Mme Lachapelle et qui avait été peu à peu abandonnée.

Malgré le nombre et l'importance des travaux parus dans ces dernières années sur cette question, il ne nous paraît pas utile, au point de vue pratique, de créer ainsi une troisième présentation de l'extrémité céphalique, intermédiaire à la présentation du sommet et à la présentation de la face.

Nous ne nions point la réalité des faits observés: il est certain que, dans quelques cas, la tête descend de telle manière que le front est toujours la partie la plus accessible, celle qui se trouve le plus près du centre de l'excavation et qui vient se dégager la première sous la symphyse pubienne. Faut-il pour cela décrire les différentes attitudes de la présentation du front pendant le travail et un mécanisme spécial d'après lequel c'est le front, au lieu du menton, qui vient se dégager sous la symphyse, de telle sorte qu'en prenant avec Blanc la racine du nez comme point de repère de la présentation du front, la tête se dégage par des diamètres naso-bregmatique, naso-occipital, etc.?

Mais, dans la présentation du front, l'attitude de la tête fœtale n'est point toujours la même, si bien que les auteurs qui la considèrent comme une présentation particulière ne sont pas d'accord pour savoir quel est le centre de cette présentation: pour les uns c'est la grande fontanelle, pour les autres c'est le front, de telle sorte que, pour être logique, il faudrait, non seulement décrire à part la présentation du front, mais indiquer les variétés de cette présentation. N'est-ce pas retourner peu à peu aux classifications compliquées des présentations qui étaient admises au commencement de ce siècle et surtout à la fin du siècle dernier?

La lecture d'un travail de A. Pollosson<sup>1</sup> sur ce sujet est d'ailleurs instructive à cet égard. Étudiant le mécanisme de l'engagement de la tête en présentation du front, Pollosson démontre que c'est à tort que Mangiagalli, Devars, Blanc ont admis la descente oblique du diamètre occipito-mentonnier avec l'extrémité mentonnière en bas, c'est-à-dire avec le menton situé plus bas que l'occiput; s'il en était ainsi, le dégagement observé dans les présentations du front ne pourrait s'effectuer sans une bascule du diamètre occipito-mentonnier dans l'excavation, ce qui n'est pas possible dans les cas ordinaires. De telle sorte que si ce mode de descente était réel, il n'y aurait guère de raison de distinguer la présentation du front de celle de la face.

Aussi Pollosson cherche-t-il à démontrer qu'au contraire, dans les présentations du front, le diamètre occipito-mentonnier, ou plutôt le diamètre maximum partant du menton pour aboutir à un point variable compris entre la fontanelle postérieure et le bregma, s'engage obliquement dans l'excavation, de telle façon que l'extrémité occipitale du diamètre occipito-men-

<sup>1</sup> Du mécanisme de l'accouchement dans les présentations du front, par A. Pollosson, *Annales de Gynécologie*, mars 1892.

tonnier pénètre avant l'extrémité mentonnière de ce même diamètre. Il prévoit immédiatement l'objection qui peut être faite à cette manière de voir : c'est que la présentation du front n'est plus alors nettement séparée de la présentation du sommet; il cherche à établir une différence qui consiste en ce que, dans la présentation du front, les diamètres qui relient le front à l'occiput « pénètrent obliquement dans le bassin en engageant leur extrémité frontale la première, tandis que, dans la présentation du sommet, c'est leur extrémité occipitale qui descend tout d'abord. Pour



Fig. 267. — Vue de profil d'une tête de fœtus s'étant présentée par la face. (Variété frontale.)

passer de la présentation du front à celle du sommet, il faudrait donc que le plus grand des diamètres occipito-frontaux basculât dans l'excavation, ce qu'il peut faire à la rigueur, mais avec difficulté. — Si l'on considère la tête au début du travail en présentation du front, on voit donc que sa transformation en sommet ne serait pas mécaniquement impossible; mais la tête subit rapidement des phénomènes de déformation et de modelage qui modifient plus ou moins quelques-uns de ses diamètres ».

Ces déformations plastiques de la tête fœtale en présentation du front sont très importantes (fig. 267); elles permettent même, d'après Pollosson, de distinguer l'accouchement par le front de l'accouchement en occipito-sacrée. Dans l'accouchement par le front, l'ovoïde crânien présente primitivement un pôle mentonnier et un pôle occipital; par suite des phénomènes plastiques qui la déforment, le menton se rapproche de l'occiput et la forme de la tête est représentée par un nouvel ovoïde dont les pôles seront le front et le sous-occiput. Dans la présentation en occipito-sacrée, la descente se fait en flexion exagérée; la diminution de certains diamètres causée par la résistance du bassin a pour résultat d'allonger le diamètre longitudinal de la présentation, c'est-à-dire l'occipito-mentonnier.

En un mot, il semble que l'on peut considérer la présentation du front ou bien comme une face mal défléchie ou bien comme une présentation du sommet avec occiput en arrière, mais dont la flexion ne se fait pas.

Pollosson signale une particularité assez curieuse, entrevue avant lui par Budin et Fochier dans les variétés frontales: c'est l'ouverture de la bouche du fœtus dont le maxillaire supérieur reste, pendant le dégagement, au-dessus de la symphyse, de telle sorte que, comme dans un cas observé par

Fochier, « le point fixe, le point autour duquel se fit la rotation caractéristique du dégagement, se trouva intra-buccal; l'enfant semblait mordre la symphyse du pubis...; le menton se dégagait le dernier ».

**Pronostic.** — Le pronostic de l'accouchement dans la présentation de la face est évidemment un peu plus sérieux pour la mère et surtout pour le fœtus que dans la présentation du sommet.

Si l'accouchement est spontané, la mère ne court aucun risque; mais s'il est difficile, l'introduction répétée des doigts ou même de la main dans les organes génitaux crée un danger renouvelé d'infection. Il faut bien dire cependant qu'avec une antisepsie sévère et une conduite rationnelle le pronos-



Fig. 268. — Tête de fœtus s'étant présentée par la face.

tic n'a pas plus de gravité pour la femme que dans la présentation du sommet.

Il n'en est pas de même pour le fœtus, qui se trouve plus exposé: la présentation de la face n'obturant pas bien l'aire du détroit supérieur, favorise la procidence des membres et surtout la procidence du cordon avec son grave pronostic. Dans certain cas la déflexion de la tête est telle que s'il existe un cercle du cordon autour du cou, le cordon va se trouver comprimé entre la partie supérieure de la colonne cervicale et la partie postérieure de l'occipital.

Cette déflexion très accusée de l'extrémité céphalique crée un autre danger, c'est la distension des vaisseaux et des nerfs du cou, qui sont en outre comprimés derrière la face postérieure de la symphyse. De plus en raison des difficultés que présente parfois l'accouchement, le fœtus se trouve exposé par suite des interventions nécessaires.

Lorsque le fœtus naît vivant, sa face présente un aspect assez repoussant, ainsi qu'on en peut juger par les fig. 267 et 268; la face est gonflée, viola-

cée, la peau est recouverte par places de phlyctènes : les paupières sont boursoufflées. Les lèvres sont tuméfiées au point de rendre difficiles et douloureux les mouvements de succion pendant les jours qui suivront la naissance. — En un mot, c'est sur la face que s'est formée la bosse séro-sanguine.

Cet aspect particulier des enfants qui naissent par la face avait beaucoup frappé Mauriceau ; il raconte qu'il accoucha « une femme dont l'enfant, qui s'étoit présenté la face devant, vint au monde si livide et si contrefait (comme c'est toujours l'ordinaire en telles occasions) que son visage en paroissoit tout semblable à celui d'un Éthiopien, nonobstant quoi je ne laissai pas que de l'amener vivant. Aussitôt que la mère s'en fut aperçue, elle me dit qu'elle s'étoit toujours bien doutée que son enfant seroit aussi hideux, à cause qu'au commencement de sa grossesse elle avoit regardé fixement, et



Fig. 269. — Schéma montrant les déformations de la tête subies dans la présentation de la face.

La ligne grasse indique le contour de la tête normale ; la ligne moins épaisse indique le contour de la tête après l'accouchement par la face.

avec grande attention, un Maure ou Éthiopien, d'entre ceux dont Monsieur de Guise avoit toujours grand nombre à sa suite ; pour lequel sujet elle souhaitoit, ou du moins ne se soucioit aucunement qu'il mourût, afin de ne pas voir un enfant si défiguré qu'il paroissoit pour lors ».

Toutes ces déformations rétrocedent peu à peu et, au bout d'un nombre de jours variable, la face reprend un aspect ordinaire ; quelquefois les plaies de la face s'infectent

et se compliquent d'érysipèle : aussi faut-il les panser avec autant de soin que possible.

Les déformations subies par la tête fœtale sont assez caractéristiques : il se produit une sorte d'aplatissement de la voûte du crâne ; la portion écaillée de l'occipital est rejetée en arrière ; la convexité de l'occipital et du frontal s'exagère, de telle sorte que les diamètres occipito-frontal et occipito-mentonnier sont augmentés (fig. 269). Le diamètre sous-occipito-bregmatique est peu modifié.

On a noté dans certains cas une ecchymose à la partie supérieure du dos, causée par la pression exercée en ce point par l'occiput.

Enfin, si la déflexion a été très marquée et le travail un peu long, le cri de l'enfant peut présenter de la rauçité, due à l'aplatissement temporaire de la trachée.

**De la conduite à tenir dans la présentation de la face.** — Les préparatifs à faire sont les mêmes que pour la présentation du sommet ;

il faut prendre des précautions antiseptiques d'autant plus minutieuses que le travail sera plus long.

Si l'on est appelé à une période peu avancée du travail, alors que l'extrémité céphalique est encore élevée et qu'elle commence seulement à se défléchir, il faut tenter de transformer cette présentation vicieuse en présentation du sommet, surtout quand il s'agit d'une mento-postérieure.

Tarnier condamne la pratique des anciens accoucheurs qui avant Mme Lachapelle, redoutant trop la présentation de la face, s'efforçaient d'obtenir cette transformation à une époque trop tardive, alors que la face étoit déjà engagée ; mais il considère comme indiquées les tentatives faites à la fin de la grossesse ou au début du travail.

Pinard<sup>1</sup> recommande également d'intervenir « au début du travail, lorsque la présentation de la face a été reconnue, si l'engagement n'est pas assez prononcé pour empêcher la bascule du diamètre occipito-mentonnier ; si l'enfant est volumineux comme cela arrive le plus souvent, et si surtout le menton est en arrière, on devra tenter de transformer la présentation de la face en présentation du sommet. »

À quelles manœuvres faut-il avoir recours ? Schatz, Welponer ont réussi cette transformation à l'aide de manœuvres externes complexes, qu'on peut diviser en trois mouvements :

1° On soulève les épaules et la partie supérieure du thorax du fœtus, de manière que la tête soit mobile ;

2° Une main presse sur la tête du fœtus et la dirige vers le plan antérieur du fœtus ;

3° Un aide repousse le siège du fœtus du même côté que la tête de manière à faire engager la tête fléchie. On peut synthétiser ces trois mouvements « en remarquant, dit Tarnier<sup>2</sup>, qu'ils ont pour résultat unique de faire prendre au fœtus son attitude naturelle en forçant la tête à se fléchir ; pour cela, on agit aux deux extrémités de l'ovoïde fœtal, de manière à lui faire prendre la forme d'un arc de cercle dont la concavité répondra au plan antérieur de l'enfant. Le mouvement le plus difficile à exécuter est le premier, celui qui consiste à porter suffisamment en haut les épaules et la partie supérieure du thorax ». Cette manœuvre, appelée généralement *manœuvre de Schatz*, se pratique sans difficulté sur le mannequin, mais réussit rarement sur le vivant ; elle est compliquée et comprend un temps d'exécution peu facile, celui du soulèvement des épaules : on conçoit combien l'épaule postérieure doit être difficile à atteindre, en admettant même que la paroi abdominale ne soit pas trop résistante et qu'elle permette de saisir facilement l'épaule antérieure.

Pinard, qui a échoué plusieurs fois dans cette manœuvre, a réussi au contraire à diverses reprises à transformer la face en sommet au début du travail : il emploie un procédé qui n'est qu'une variante de la vieille *méthode française* qui consistait à introduire la main à travers l'orifice utérin pour agir directement sur la tête fœtale.

<sup>1</sup> *Du palper*, 2<sup>e</sup> édition, p. 378.

<sup>2</sup> TARNIER et CHASTREUIL, p. 716.

Voici le *manuel opératoire* indiqué par Pinard : « Le diagnostic de la présentation étant établi, après avoir constaté que la région fœtale n'est pas assez engagée pour que la bascule ne puisse se faire, il faut introduire deux doigts ou la main dans le vagin et les appliquer sur la fontanelle antérieure généralement accessible, car elle se trouve au centre du bassin ou en est très rapprochée. Cela étant fait, l'autre main restée libre va à l'extérieur à la recherche de l'occiput. Lorsque la main est bien appliquée sur cette région, des pressions simultanées seront exercées de la façon suivante : tandis que les doigts presseront de bas en haut sur les portions du frontal, les doigts appliqués sur l'occiput à travers la paroi abdominale presseront de haut en bas.... »

« Pour réussir plus facilement il est nécessaire que les pressions soient dirigées non seulement de haut en bas et de bas en haut, mais encore latéralement et en sens inverse. Je m'explique. Dans la mento-iliaque droite postérieure, les doigts devront diriger le front de gauche à droite et d'avant en arrière, tandis que la main droite appliquée sur l'occiput exerce des pressions de droite à gauche et d'arrière en avant. Il est donc absolument nécessaire d'introduire les doigts de la main gauche dans les mento-droites postérieures et les doigts de la main droite dans les mento-gauches postérieures. — Doit-on intervenir au moment de la contraction ou dans l'intervalle des contractions?... J'ai réussi tantôt en agissant au moment de la contraction, tantôt dans l'intervalle. Toutes mes opérées ont conservé la situation obstétricale, c'est-à-dire le décubitus dorsal<sup>1</sup>. »

Ainsi donc, lorsque l'*extrémité céphalique n'est pas trop engagée*, surtout lorsque le menton est situé en arrière du diamètre transverse, il faut tenter de transformer la présentation de la face en présentation du sommet : si l'on échoue dans cette manœuvre, il faut se rappeler que l'accouchement est parfois long, laborieux dans la présentation de la face, mais qu'en général il se termine spontanément.

C'est une méthode semblable que Thorn<sup>2</sup> conseille en Allemagne sous le nom de *transformation par manœuvres combinées* : la main externe et la main interne agissant sur le tronc et sur la tête fœtale transforment la lordose de la présentation de la face en la cyphose de la présentation de l'occiput. La main introduite dans le vagin prend point d'appui sur les parties saillantes de la présentation ; puis, après avoir un peu délogé la tête du détroit supérieur, repousse successivement en haut la face et le front ; la main externe pousse d'abord l'occiput vers l'excavation, puis cherche à abaisser le siège vers la tête, de manière à produire l'attitude normale du tronc dans la présentation du sommet. Thorn insiste sur l'importance qu'il y a à n'intervenir que quand les indications sont précises : c'est ainsi que la transformation manuelle par la méthode combinée est contr'indiquée dans les présentations primitives de la face, la procidence du cordon et des extrémités, le placenta prævia, etc.

<sup>1</sup> *Traité du palper*, 2<sup>e</sup> éd., p. 582.

<sup>2</sup> *Zur manuelle Umwandlung der Gesichtslage in Hinterhauptslage* (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XIII, 1886, et Bd. XXXI, Hft. I, p. 1).

Lorsqu'on assiste une femme chez laquelle le fœtus se présente par la face, il importe de *ne pas pratiquer le toucher trop souvent* et surtout de prévenir la famille que l'enfant naîtra très défiguré, la face bouffie, violacée, qu'il présentera même quelques phlyctènes au niveau des paupières ou des joues ; ces phlyctènes en se rompant pourront, les jours suivants, donner lieu à de petites plaies qu'on ne manquerait pas d'attribuer aux touchers répétés.

Dans nombre de cas, la tête s'engage peu à peu, descend dans l'excavation, puis l'expulsion se fait sans trop de difficulté. Lepage a observé une seconde-para chez laquelle le fœtus, se présentant par la face, fut expulsé moins d'une demi-heure après que la dilatation eût atteint les dimensions d'une pièce de cinq francs ; ce fœtus était cependant bien développé et pesait 5 400 grammes. Il ne faut donc pas s'exagérer les difficultés de l'accouchement par la face et croire que la durée du travail est beaucoup plus longue que dans le sommet.

La femme doit être mise dans la même position que pour la présentation du sommet : lorsque la face apparaît à la vulve, le siège de la femme est soulevé à l'aide d'un drap replié ; puis, au fur et à mesure que les régions frontale, bregmatique et occipitale se présentent à la commissure postérieure, la main droite prend point d'appui sur elles, un peu en avant de la commissure postérieure, et en empêche le dégagement trop brusque.

Lorsque la tête fœtale est sortie des organes génitaux, le reste de l'accouchement ne diffère en rien du mécanisme habituel dans l'accouchement par le sommet : aussi la conduite doit-elle être la même. Dès que l'enfant est né, on a soin de nettoyer la face avec de l'eau boriquée et du coton, puis d'appliquer un peu de vaseline boriquée au niveau des phlyctènes.

Les choses ne vont pas toujours aussi facilement, et la tête fœtale, défléchie au détroit supérieur, peut ne pas descendre, surtout lorsque le menton est dirigé en arrière. Que convient-il de faire ? Ne pas trop se hâter d'intervenir et se rappeler que, dans la présentation de la face, les différents temps de l'accouchement peuvent être longs à s'accomplir.

Ainsi, tant que le fœtus ne souffre pas, ne pas intervenir : si cependant les contractions utérines s'espacent et diminuent d'intensité, ou bien si, malgré des contractions énergiques et répétées, la tête reste élevée, et si le menton reste en arrière sans progresser, il faut essayer de terminer l'extraction.

Une méthode simple, mais qui ne réussit pas toujours, consiste à introduire une main dans les organes génitaux, au besoin après anesthésie chloroformique : on essaie de ramener le menton en avant, en exerçant des pressions sur la partie de la face qui se trouve en arrière ; lorsqu'on réussit, il faut avoir soin, pendant quelques contractions, de bien maintenir ainsi en avant le menton, de crainte que la tête ne revienne en arrière. — Si cette manœuvre réussit et si le muscle utérin n'est pas trop fatigué, on laisse l'accouchement se terminer spontanément ; si l'utérus ne se contracte plus suffisamment, une simple application de forceps permet d'extraire le fœtus.

Lorsque cette manœuvre échoue, c'est-à-dire lorsqu'avec la main il est impossible de ramener le menton en avant ou de l'y maintenir, que convient-il de faire ? Si la tête n'est pas engagée, la version pelvienne et l'appli-

cation de forceps peuvent être mises en parallèle. Si les conditions requises pour la version existent (voy. chap. *Version*), on y peut avoir recours : cette opération donne ici de bons résultats, à la condition de s'assurer à l'avance qu'il n'y a pas de rétrécissement du bassin pouvant empêcher l'extraction rapide de la tête dernière. Le forceps est d'application délicate lorsque la tête est ainsi élevée, et peut déraper surtout lorsqu'on n'a pas une certaine habitude de l'instrument.

Si la tête en présentation de la face est engagée, le *forceps seul* est indiqué, à la condition que l'enfant soit vivant : rien n'est plus dangereux que de tenter, dans ces conditions, de refouler la tête fœtale et d'essayer la version. C'est exposer la femme à une rupture de l'utérus. Jusqu'en ces dernières années, lorsque plusieurs tentatives infructueuses d'applications de forceps avaient été faites et lorsque le fœtus avait cependant résisté à ces tentatives plus ou moins meurtrières, la seule ressource était de pratiquer la basiotripsie. Actuellement la symphyséotomie permet d'extraire l'enfant vivant.

Il va de soi que si le fœtus est mort et que l'accouchement ne se termine pas, ni le forceps ni la version ne doivent être employés ; il ne peut être question de symphyséotomie : c'est au basiotribe seul qu'il faut recourir.

Lorsque la face est en *variété frontale*, la conduite à tenir est d'autant plus importante que cette présentation constitue souvent un cas de dystocie sérieux : lorsque le bassin est *normal* et que l'accouchement traîne en longueur, il faut recourir à la *version podalique par manœuvres internes*, dès que la dilatation est complète ; si le bassin est rétréci, on peut, suivant le degré de la viciation, recourir à la même version par manœuvres internes ou à la *symphyséotomie d'emblée*.

## CHAPITRE V

### PRÉSENTATIONS DU SIÈGE.

*Définition et variétés.* — Nous avons vu (page 311) que le fœtus peut se présenter par l'extrémité pelvienne de diverses manières :

*a.* Le siège étant *complet*, c'est-à-dire les cuisses modérément fléchies sur le bassin, les jambes très fléchies sur les cuisses : le fœtus se trouve dans une position qui ressemble à celle du tailleur assis (fig. 271).

*b.* Le siège étant *décomplet* : 1° *Mode des fesses.* — Les membres inférieurs se sont repliés au-devant du plan antérieur du corps, de telle sorte que les pieds se trouvent à hauteur du cou du fœtus (fig. 272).

2° *Mode des pieds.* — Les membres inférieurs sont étendus, les pieds descendent les premiers.

3° *Mode des genoux.* — Les cuisses sont dans l'extension par rapport au bassin, les jambes sont fléchies sur les cuisses.

*Fréquence.* — Moins fréquentes que les présentations du sommet, les présentations du siège s'observent plus souvent que les présentations de l'épaule et de la face : d'après les statistiques, on verrait une présentation du siège sur 27 accouchements (Mme Lachapelle), sur 55 (Mme Boivin), sur 50 (Pinard), sur 58 (Pinard et Lepage) ; en outre les présentations du siège seraient un peu plus fréquentes chez les multipares que chez les primipares.

Cette proposition classique a besoin d'être contrôlée : ainsi, suivant une statistique dressée à la Clinique Baudelocque sur des femmes ayant le bassin normal, en ne prenant que les enfants pesant au moins 2000 grammes à la naissance et vivants au début du travail, Lepage trouve 102 présentations du siège chez les primipares et 72 chez les multipares ; d'une manière absolue la présentation du siège serait plus fréquente chez les premières que chez les secondes. Cette proportion s'accroît encore si l'on réfléchit que le nombre total des femmes multipares qui viennent accoucher dans les Maternités est supérieur à celui des primipares.

La proportion d'une présentation du siège sur 50 accouchements comprend tous les cas d'accouchement à terme ou avant terme ; si l'on envisage seulement les cas de présentation du siège dans les accouchements à terme, on arrive à la proportion de 1 sur 62.

Quant à la fréquence relative des variétés de présentation du siège, en se reportant à la même statistique, on trouve :

Pour les *primipares*, sur 102 présentations du siège, 28 sièges complets, 74 mode des fesses, 5 mode des pieds.

Pour les *multipares*, sur 78 présentations du siège : 27 sièges complets, 56 mode des fesses, 7 mode des pieds, 1 mode des genoux, 1 inconnu.

*Causes.* — Elles sont nombreuses et peuvent être divisées en deux grandes classes :

*A.* Celles qui produisent la *variété franche, définitive* de la présentation du siège ; ainsi, dans certains cas, la cavité utérine présente un développement inégal dans ses deux segments, le segment inférieur est plus développé que le segment supérieur. Quelquefois (dans l'hydrocéphalie, par exemple) c'est le fœtus dont l'extrémité céphalique, plus volumineuse que l'extrémité pelvienne, vient se loger dans la partie supérieure de l'utérus ; d'autres fois, le fœtus, ayant acquis déjà un certain développement, est surpris le siège en bas par une contraction utérine, il lui est impossible d'exécuter à nouveau une évolution complète, de telle sorte qu'il reste *définitivement* le siège en bas : c'est la *variété franche* de la présentation du siège, que l'on rencontre surtout chez les primipares.

*B.* Quant aux autres présentations du siège, qui ne sont qu'*accidentelles*, elles peuvent avoir des causes nombreuses, c'est-à-dire qu'elles s'observent lorsqu'existent les conditions qui empêchent l'accommodation pelvienne pendant la grossesse ou mieux lorsque font défaut les conditions qui sollicitent l'accommodation du fœtus au canal utéro-pelvien.

Les principales causes de la présentation du siège sont :