

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

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

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

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

ARTICLE III

DE LA PRÉSENTATION DE LA FACE.

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

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

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

Nous avons admis deux positions fondamentales: l'une, dans laquelle le menton regardait un des points de la moitié latérale droite, *mento-iliaque droite*; l'autre, dans laquelle il était dirigé vers un des points de la moitié latérale gauche, *mento-iliaque gauche*. Nous répéterons pour la face ce que nous avons dit pour les présentations du sommet, c'est qu'il n'est aucun point du pourtour du détroit supérieur avec lequel le menton ne puisse se trouver en rapport au début du travail; et nous rattacherons 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 défléchi. 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^o la forme du détroit supérieur et les dimensions de ses diamètres qui s'accommodent mieux, dans ce sens, avec ceux de la face ; 2^o 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^o 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 mollasses 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 siège 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^o 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

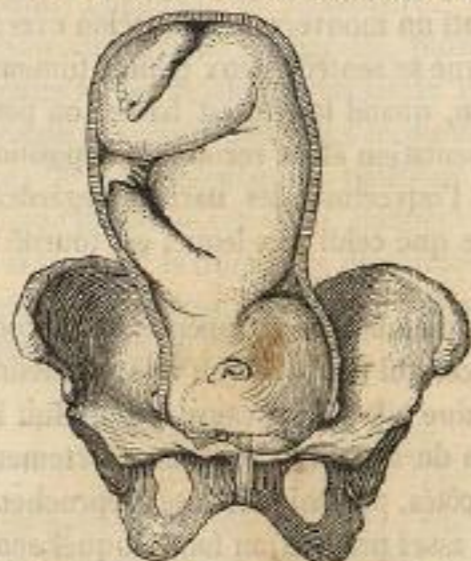


FIG. 79. — Position mento-iliaque droite transversale après le mouvement d'extension.



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*.

de flexion s'opère en même temps que s'achève le mouvement de descente. Remarquons, en effet, que, lorsque le menton se porte derrière la symphyse des pubis, le front se porte dans la concavité du sacrum : le front se trouve donc avoir à parcourir, pour arriver en même temps que le menton au niveau du détroit inférieur, toute la face antérieure du sacrum, c'est-à-dire 13 centimètres et demi, pendant que le menton n'a à parcourir que la longueur de la symphyse; il se trouve, en un mot, dans les mêmes conditions que l'extrémité postérieure du diamètre bipariétal dans les présentations du sommet, et, comme elle, il est obligé de décrire un arc de cercle autour du menton comme centre. Or, cet arc de cercle ne peut s'opérer qu'à l'aide d'un certain degré de flexion de la tête. En résumé donc, dans cette position transversale de la face, le mouvement de descente se complète en même temps que s'opère le mouvement de rotation et que commence le mouvement de flexion.

Si nous examinons quels sont alors les rapports des diamètres de la tête au détroit inférieur, nous verrons que la tête offre les mêmes diamètres par lesquels elle se présentait au détroit supérieur avant l'extension complète qui s'est opérée au début du travail : ainsi le diamètre mento-bregmatique est parallèle au dia-



FIG. 84. — Différents degrés du dégagement de la tête.

mètre antéro-postérieur, le bitemporal au diamètre transverse, l'axe du détroit inférieur passe par le diamètre occipito-frontal; et cela devait être, puisque, par ce commencement de flexion, la tête s'est replacée dans l'état de demi-extension, où elle était au début du travail.

Sous l'influence des contractions utérines, le menton s'engage au-dessous de la symphyse, et dépasse la partie inférieure de cette symphyse jusqu'à ce que le devant du cou vienne s'appliquer contre la face postérieure des pubis. Dès lors le haut du thorax s'engage dans l'excavation et la partie supérieure du dos appuie fortement sur l'occiput : l'occiput est abaissé, et cet abaissement force la tête à compléter son mouvement de flexion ou de dégagement. Le périnée est très-distendu, et l'on voit apparaître au-devant de sa commissure antérieure le front, le bregma, le vertex et l'occiput. Pendant ce mouvement de flexion on voit que successivement les diamètres pré-trachélo-frontal, pré-trachélo-bregmatique, pré-trachélo-occipital, franchissent le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur.

E. *Cinquième temps, temps de rotation extérieure.* — Celui-ci ne diffère en rien du temps de rotation extérieure décrit par la tête dans les présentations du sommet. Il est encore ici la conséquence du mouvement qu'exécutent les épaules pour se placer dans la direction du diamètre antéro-postérieur.

F. *Sixième temps, expulsion du tronc.* — L'expulsion du tronc se fait ici comme dans l'accouchement par le sommet.

Le mécanisme de l'accouchement présente quelquefois une variété que nous n'avons pas voulu indiquer pour ne pas interrompre notre description. Nous avons dit que : 1° la tête complétait son extension ; 2° qu'elle descendait ; 3° que ce mouvement de descente était interrompu par le mouvement de rotation, puis qu'après ce mouvement de rotation, le mouvement de descente se complétait et qu'en même temps le mouvement de flexion commençait. C'est sur ce dernier point que porte toute la différence. Dans un assez grand nombre de cas, et en particulier dans les positions mento-postérieures, voici en effet ce qui arrive : le second temps ou mouvement de descente commence, et est interrompu par la brièveté du col. Là s'opère, avant le mouvement de rotation, un certain degré de flexion de la tête, par suite duquel le front vient reposer sur le plancher du bassin, et le diamètre mento-bregmatique se met, de nouveau, parallèle avec le diamètre transverse de l'excavation ; puis survient le mouvement de rotation de la tête qui porte le menton derrière la symphyse, l'accouchement se termine comme nous l'avons indiqué.

2° *Mécanisme de l'accouchement naturel dans la position mento-iliaque gauche transversale.*

Dans cette position, l'expulsion du fœtus a lieu absolument de la même manière que dans le cas précédent. Seulement le menton est à gauche, ainsi que le plan antérieur du fœtus. Le mouvement de rotation s'opère de gauche à droite, au lieu de s'opérer de droite à gauche ; tout le reste est absolument semblable.

Il en est de même des deux variétés mento-iliaque droite antérieure et mento-iliaque gauche antérieure.

Dans l'immense majorité des cas, les deux variétés mento-sacro-iliaque droite postérieure et mento-sacro-iliaque gauche postérieure présentent un mécanisme identique, c'est-à-dire que, arrivée à une certaine profondeur dans l'excavation, la tête exécute un mouvement de rotation qui convertit la position en mento-pubienne. La nécessité de ce mouvement est ici bien plus évidente que dans la position mento-transversale, puisque la hauteur de la paroi postérieure du bassin est plus grande que celle de la paroi latérale.

On peut donc établir comme règle générale et presque absolue que, dans les positions de la face, quel que soit, au début du travail, le rapport du menton avec le pourtour du détroit supérieur, il faut, pour que l'accouchement se termine spontanément, qu'un mouvement de rotation ramène le menton sous la symphyse des pubis. La nécessité de ce mouvement de rotation est du reste facile à comprendre. Pour que l'accouchement se termine par la face, il faut, de toute nécessité, que le menton arrive au détroit inférieur : or, dans l'état d'extension de la tête, cette arrivée du menton au détroit inférieur ne peut avoir lieu qu'autant que le cou mesure la hauteur de la paroi pelvienne avec laquelle il est en rapport. Si donc la symphyse des pubis est le seul point du bassin assez court pour que le cou puisse en mesurer la hauteur, il est indispensable que le cou et le menton soient ramenés en avant.

Dans les diverses variétés de position que nous avons admises, le mécanisme

de l'accouchement ne diffère donc que par l'étendue plus ou moins considérable du mouvement de rotation, étendue qui varie évidemment suivant le point avec lequel le menton était primitivement en rapport au détroit supérieur.

Remarques. — Cependant le mécanisme des positions de la face offre parfois quelques anomalies dont nous allons parler.

1° Le mouvement de rotation que nous avons étudié, qui a pour résultat de ramener constamment le menton vers la symphyse des pubis, et que nous avons considéré comme absolument nécessaire à la terminaison spontanée du travail, peut cependant ne pas s'exécuter. Mais ces exceptions très-rares ne détruisent en rien le principe général que nous avons posé, car elles se rapportent toutes à des cas dans lesquels les dimensions de la tête étaient petites relativement à celles du bassin, ou bien encore à des cas dans lesquels il y a eu conversion spontanée de la position de la face en une position du sommet.

Madame Lachapelle a vu deux ou trois fois la face sortir transversalement, ou à peu près, hors de la vulve ; mais elle s'empresse d'ajouter que ce sont là des exceptions très-rares.

Pour comprendre ce mouvement de rotation, il suffit de se rappeler ce que nous avons dit du mécanisme de l'accouchement. Dans les positions transversales, par exemple, nous avons vu que le mouvement de descente ne pouvait se compléter avant que le menton se fût tourné vers la symphyse pubienne. Dans l'état d'extension de la tête, la résultante des forces transmises par le rachis vient aboutir à peu près sur le menton, et tend à l'engager de plus en plus. Eh bien ! dans cette situation la force expulsive est perpendiculaire ou oblique au plan de la résistance : si elle est perpendiculaire, ses efforts sont perdus, et ne peuvent rien pour les progrès du travail ; si la force est oblique à la résistance, elle tend d'avant en arrière ou d'arrière en avant. Dans le premier cas, elle tendrait à porter le menton en arrière ; mais un pareil mouvement ne servirait en rien à l'engagement du menton, puisque la paroi du bassin a une longueur verticale d'autant plus considérable qu'on se rapproche davantage de la ligne médiane sacrée. Encore donc des efforts perdus. Dans le second, au contraire, la force oblique d'arrière en avant tend à porter le menton en avant, c'est-à-dire vers une paroi de plus en plus courte qui facilite ainsi son mouvement de descente. Or, quelle est après tout la direction de la force utérine ? Tout le monde sait qu'elle varie à chaque instant : suivant la position de la femme, suivant la violence des contractions, la matrice peut se trouver successivement dans une des trois positions indiquées relativement au plan résistant. Si elle est perpendiculaire, efforts perdus. Si elle est oblique d'avant en arrière, contractions inutiles ; elles ne seront vraiment efficaces que lorsqu'elles agiront sur le menton, de haut en bas et d'arrière en avant. Loin de moi la pensée de placer dans l'utérus une force intelligente : c'est en tâtonnant, pour ainsi dire, qu'il prend une direction convenable, et, une fois l'impulsion donnée, la force devient de plus en plus oblique, et par conséquent de plus en plus active. Ce

sont ces tâtonnements (qu'on me pardonne le mot) qui rendent quelquefois ce mouvement de rotation si difficile et si lent à s'opérer.

On a avancé, dans ces derniers temps, que ce mouvement de rotation est tout aussi facile dans les positions mento-postérieures que dans les mento-antérieures. Si je suis parvenu à bien faire comprendre ma pensée sur la cause et le mécanisme de ce mouvement, on comprendra facilement que, plus le menton est en arrière et surtout en même temps à droite, puis il rencontrera des difficultés dans son accomplissement, puisque la résultante des forces utérines se rapprochera beaucoup de la perpendiculaire au plan résistant.

2° Quant aux variétés dans lesquelles le menton regarde en arrière du bassin, nous avons déjà dit qu'il fallait que le menton revint en avant. Cependant on trouve dans les auteurs des observations de position mento-postérieure qui se sont terminées spontanément, et dans lesquelles on n'a pas vu le menton revenir sous la symphyse des pubis ; les auteurs diffèrent sur l'explication de cette anomalie.

M. Velpeau suppose une variété mento-sacrée (la deuxième de Baudelocque), c'est-à-dire le menton tourné vers la face antérieure du sacrum. (Pour le dire en passant, cette position est à peine admissible.) Le menton ne revenant pas en avant, voici, suivant lui, ce qui peut arriver : Le front s'avance derrière le corps ou la symphyse des pubis, en même temps que le menton au-dessous de l'angle sacro-vertébral. Toute la tête s'engage alors jusqu'au delà de la fontanelle antérieure pour le plan antérieur, et jusqu'à ce que la face ait entraîné avec elle le devant du cou, et même le commencement de la poitrine en arrière. A partir de là, le diamètre occipito-mentonnier, qui représente encore à peu près l'axe du détroit, exécute un mouvement de bascule de haut en bas et d'arrière en avant. Le menton, pénétrant de plus en plus vers le fond de l'excavation, étant retenu d'ailleurs par le thorax qui ne peut avancer, force la suture sagittale à glisser derrière les pubis, et le front à gagner la partie supérieure du détroit inférieur. Les bosses frontales ne tardent pas à prendre un point d'appui sur le périnée ; la fontanelle postérieure descend à son tour, et finit par se montrer au sommet de l'arcade ; enfin la tête se dégage comme dans la position occipito-antérieure. Il suit de là, ajoute M. Velpeau, que le plus grand diamètre qui puisse se présenter aux plans des détroits est l'occipito-frontal. Nous ne saurions admettre cette dernière proposition de M. Velpeau ; car si, comme il le dit, le menton est en rapport avec la face antérieure du sacrum, et qu'il pénètre de plus en plus, il est évident que, l'occiput glissant derrière la symphyse, le diamètre occipito-mentonnier devra, en un moment donné, traverser le diamètre antéro-postérieur de l'excavation ; or c'est ce qui est évidemment impossible, et ce qui nous fait complètement rejeter l'explication de M. Velpeau. Les faits observés par Smellie et Delamotte, et qu'il cite à l'appui de sa théorie, ne prouvent rien ; car dans ces deux faits les foetus étaient petits, morts, et les femmes étaient déjà accouchées d'enfants volumineux.

M. Guillemot a expliqué différemment la terminaison spontanée du travail dans ces cas. Le menton ne revenant pas en avant, l'accouchement, suivant

lui, peut se terminer de deux manières : 1° Le front continue de descendre et de s'engager sous la branche du pubis jusqu'à ce que la fontanelle antérieure apparaisse au dehors. Cette progression permet au menton de se porter en avant et d'atteindre le rebord du périnée. Alors commence le mouvement de flexion, etc. Nous ne concevons pas comment, dans l'extension forcée de la tête sur le thorax, le menton peut, parcourant tout le plan postérieur de l'excavation, arriver jusqu'au devant de la commissure antérieure du périnée. Il faut de toute évidence que la poitrine s'engage fort avant avec la tête, ce qui est impossible, à moins de supposer un avorton. 2° L'accouchement par la face peut se convertir en accouchement par le vertex. Voici, toujours suivant M. Guillemot, comment les choses se passent : La face, fortement poussée, ne pouvant s'échapper à travers le détroit périnéal, tend à se porter vers les points qui lui offrent peu de résistance. Ici, c'est en haut et en arrière que se trouve cette condition. Le menton s'éloigne du périnée, et se rapproche de la poitrine du fœtus, en se dirigeant dans la courbure du sacrum et vers l'angle sacro-vertébral ; le front, qui a suivi ce mouvement, répond à son tour au sacrum ; le vertex s'est abaissé, en glissant derrière les pubis ; et, au moment où le menton s'applique sur la poitrine de l'enfant, l'occiput s'engage sous l'arcade. M. Guillemot suppose encore la face assez engagée pour que le menton vienne se mettre en contact avec le périnée. Nous avons déjà dit que cela est impossible, à cause de l'étendue des diamètres réunis de la tête et de la poitrine, qui toutes deux seraient engagées fort avant dans l'excavation. Mais en admettant même que le menton pût descendre aussi bas, quelle est la puissance qui le ferait se relever ensuite dans la cavité du sacrum, dont l'espace, quoi qu'en dise M. Guillemot, est occupé par la poitrine fortement engagée ? Par suite de la position renversée de la tête, la contraction utérine, toujours transmise par le rachis, agit d'abord sur le menton (M. Velpeau l'a bien reconnu), et ce n'est que parce qu'elle est impuissante à faire descendre encore le menton, qu'elle porte son action par un levier brisé sur l'autre extrémité du diamètre fronto-mentonnier, c'est-à-dire sur le front, qu'elle abaisse dans la théorie de M. Guillemot. Enfin, admettant même que le menton pût remonter, il est difficile d'admettre qu'il remonte au-dessus de l'angle sacro-vertébral ; il restera donc sans cesse en contact avec la face antérieure du sacrum ; et alors il faudra bien qu'en un moment donné le diamètre occipito-mentonnier franchisse le diamètre antéro-postérieur de l'excavation.

Ce n'est donc pas, à mon avis, de cette manière qu'il faut comprendre la conversion des positions mento-postérieures de la face en positions occipito-pubiennes.

Parmi les observations que j'ai pu consulter, j'en ai trouvé seulement trois dans lesquelles le menton était en rapport direct avec la face antérieure du sacrum : celles de Smellie, de Delamotte et de Meza (rapportées par M. Guillemot). Or, dans celle de Smellie, il est dit positivement que l'enfant était petit ; la femme avait le bassin large et elle accouchait ordinairement très-promptement. Dans celle de Delamotte, il n'est rien dit de la tête et des

dimensions du bassin. Enfin, dans le fait de Meza, il fut obligé d'appliquer le forceps ; or, ce n'est plus là une terminaison spontanée, et il serait facile de démontrer que l'application du forceps peut agir différemment, et avec beaucoup plus d'avantage, dans ce cas, que la contraction utérine. N'oublions pas de dire que les deux premiers enfants vinrent morts.

Toutes les autres opérations se rapportent à des positions mento-sacro-iliaques droites, ou mento-sacro-iliaques gauches. Or, dans celles-ci, il me paraît possible de comprendre la terminaison spontanée du travail, sans engagement simultané de la poitrine et de la tête. Supposons, en effet, une position mento-sacro-iliaque droite. Après l'extension complète de la tête, la face descendra dans l'excavation autant que le permet la longueur du cou, et le menton arrivera par conséquent jusqu'au niveau de la grande échancrure sciatique, d'autant plus qu'il sera facilité dans ce mouvement de progression par la forme de cette portion de l'os ilium, qui paraît en ce point taillé en cône. Arrivé dans la grande échancrure sciatique, le menton trouvera là des parties molles qu'il pourra facilement déprimer. Cette dépression sera suffisante pour augmenter de 6 à 8 millimètres le diamètre oblique de l'excavation, permettre au diamètre occipito-mentonnier de le franchir, et à la tête d'exécuter le mouvement de flexion qui conduira l'occiput sous la symphyse pubienne.

§ IV. — Présentations de la face inclinée ou irrégulière.

La face ne s'offre pas toujours au détroit supérieur de manière à placer la circonférence mento-frontonnière parallèlement à l'ouverture du bassin. Les mêmes causes qui déterminent l'inclinaison des présentations du sommet peuvent aussi rendre irrégulières celles de la face ; et nous pouvons encore ici invoquer l'obliquité utérine, l'obliquité partielle du fœtus, l'extension incomplète ou exagérée de la tête, pour comprendre comment tantôt une des joues, tantôt le front et le menton peuvent se trouver au centre du détroit. Mais ce sont là, non pas des présentations distinctes, mais des variétés, des nuances de la présentation de la face, qui presque jamais ne rendent le travail plus difficile.

La seule modification qu'elles apportent dans le mécanisme est la suivante : dans les positions (malaires de Baudelocque) inclinées sur le côté, où une des joues est au centre, la tête, comme dans les inclinaisons pariétales du sommet, éprouve pendant son engagement un mouvement de redressement par lequel la face se rétablit dans son horizontalité normale. Dans les présentations dites du front ou du menton, la partie la plus élevée s'abaisse et se met sur le même niveau que l'autre.

§ V. — Pronostic.

L'accouchement spontané par la face a été pendant longtemps et est encore aujourd'hui, par quelques personnes, considéré comme ne pouvant avoir lieu. Ce n'est guère que depuis les travaux de Boër, de Chevreul, de madame Lacha-

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

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

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

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

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

Les présentations du menton sont moins favorables que celles du front, parce que la tête est alors dans l'état de renversement le plus complet, et que, si les épaules s'engageaient en même temps que le diamètre vertical de la tête, il y au-

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

rait inévitablement un enclavement ; aussi se transforment-elles promptement en présentation franche de la face.

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

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

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

ARTICLE IV

PRÉSENTATIONS DE L'EXTRÉMITÉ PELVIENNE

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

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