

LIVRE III

ÉTUDE CLINIQUE DES DIFFÉRENTES PRÉSENTATIONS EN PARTICULIER

CHAPITRE PREMIER

PRÉSENTATIONS DU SOMMET

I. — PRÉSENTATION DU SOMMET FLÉCHI

C'est la plus fréquente des présentations; elle s'observe 95 fois sur 100 accouchements.

Diagnostic général. — Dans la présentation du sommet, on trouve au niveau du détroit supérieur une extrémité dure, arrondie, qui ballote, représentant le sommet; l'extrémité céphalique se continue par une légère dépression avec le dos plus ou moins accessible dans l'un des flancs, et dont elle constitue le pôle inférieur.

Au septième mois, chez la primipare, dans la deuxième quinzaine du neuvième mois chez la multipare, cette extrémité est engagée.

Le pôle supérieur du fœtus situé sous les fausses côtes ou dans le flanc du côté opposé, se continue directement avec le tronc du fœtus; il est arrondi, lisse, moins dur que l'extrémité céphalique et ne ballote pas, il représente le siège.

Au *toucher*, dans les derniers temps de la grossesse, on rencontre une tumeur dure qu'on peut faire balloter: ballottement vaginal.

Avant la rupture des membranes, entre les contractions, on peut sentir la dureté et la dépressibilité particulière des os du crâne, et quand les eaux se sont écoulées, on reconnaît les fontanelles et les sutures.

Des positions du sommet fléchi. — Cliniquement les positions du sommet se divisent en deux grandes classes, les *Positions antérieures* et les *Positions postérieures* avec des variétés gauche et droite. Ces positions s'observent, par ordre de fréquence :

- 1° O. I. g. a.
- 2° O. I. d. p.
- 3° O. I. g. p.
- 4° O. I. d. a.

Les signes diagnostiques qui permettent de reconnaître les positions sont fournis par :

| | | |
|----------------|---|--|
| La Palpation | { | pendant la grossesse et le début du travail. |
| L'Auscultation | | |
| Le Toucher | | pendant le travail. |

Positions antérieures.

Quand, dans une présentation du sommet, on trouve dans le flanc le dos largement accessible et étalé en avant, on a affaire à une position antérieure du sommet.

Reste à diagnostiquer la *variété*.

Occipito-iliaque gauche antérieure. — C'est de beaucoup la plus fréquente des positions. C'est elle qui a servi de type pour notre description générale de l'accouchement.

Pendant la **grossesse** on trouve, à la *palpation* abdominale, le dos dans le flanc gauche, largement étalé, les petites parties difficilement appréciables, et le siège sous les fausses côtes droites ou même dans le flanc droit. A la palpation de la région pelvienne, les doigts pénètrent à gauche, où est l'occiput, plus profondément qu'à droite où ils sont arrêtés par la saillie du front.

A l'*auscultation*, on rencontre le maximum des bruits du cœur à mi-chemin d'une ligne étendue de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche.

Au *toucher* on trouve, à gauche, en avant et en haut, la fontanelle postérieure reconnaissable à sa simple dépression triangulaire et dans laquelle la pulpe de l'index ne s'enfoncé pas. En suivant d'avant en arrière la suture sagi-

tale, on tombe sur la fontanelle antérieure plus élevée, plus large, quadrangulaire, encadrant le doigt.

Occipito-iliaque droite antérieure. — C'est la moins fréquente des présentations du sommet. Le dos largement étalé est situé dans le flanc droit, les petites parties sont très difficilement accessibles; le siège est sous les fausses côtes gauches ou dans le flanc gauche.

A la *palpation pelvienne* on trouve l'occiput à droite, le front à gauche.

A l'*auscultation*, le maximum des bruits du cœur est à mi-chemin d'une ligne allant de l'ombilic au pubis (ligne médiane) ou même un peu à gauche de cette ligne.

Au *toucher* la fontanelle postérieure est à droite en avant; en suivant d'avant en arrière la suture sagittale on tombe sur la fontanelle antérieure située sur un plan plus élevé.

Marche clinique des positions antérieures. — Nous renvoyons à notre description générale.

Conduite à tenir. — C'est la conduite générale de l'accouchement normal déjà exposée.

Positions postérieures.

Dans les positions postérieures on trouve le tronc du fœtus dans un des flancs, mais au lieu de trouver la large surface du dos, on ne reconnaît qu'un des plans latéraux qui borde le flanc sans l'emplir; les petites parties sont facilement accessibles; l'acromion est à 7 ou 8 centimètres des pubis.

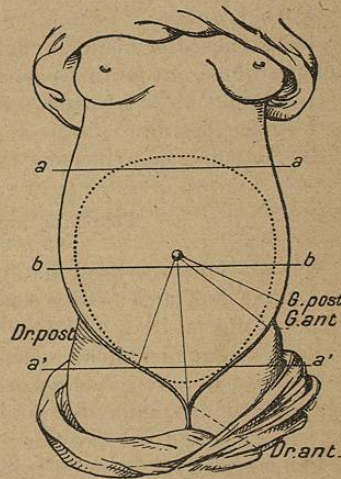


Fig. 58. — Lignes d'auscultation dans les positions du sommet.

Occipito-iliaque droite postérieure. — Elle est très fréquente; c'est celle qu'on observe le plus souvent après les *O. I. g. a.*

Dans le flanc droit se trouve le plan latéral du fœtus avec ses petites parties accessibles. A la palpation pelvienne, les doigts pénètrent *beaucoup* plus profondément à droite (occiput) et sont arrêtés plus tôt à gauche (front saillant en avant).

A l'*auscultation*, le foyer maximum des bruits du cœur est à mi-chemin d'une ligne partant de l'ombilic pour aboutir à l'éminence iléo-pectinée droite.

Au *toucher* on trouve la fontanelle postérieure en arrière et à droite, mais en suivant la suture sagittale on ne peut arriver sur la fontanelle antérieure: c'est là un excellent repère diagnostique des positions postérieures.

Occipito-iliaque gauche postérieure. — Vient en troisième rang par ordre de fréquence des positions du sommet; se rencontre rarement.

Le plan latéral du fœtus est dans le flanc gauche; les doigts pénètrent *beaucoup* plus profondément dans l'excavation pelvienne à gauche (occiput) qu'à droite (front saillant en avant).

Au *toucher*, la fontanelle postérieure est en arrière et à droite.

A l'*auscultation*, le foyer maximum des bruits du cœur est à mi-chemin d'une ligne qui, partant de l'ombilic, va en arrière aboutir à l'intersection du grand oblique et de la crête iliaque.

Au *toucher*. — La fontanelle postérieure est en arrière et à gauche; on ne peut, en avant, arriver sur la fontanelle antérieure.

Marche. — Ce qui, cliniquement, différencie surtout les occipito-postérieures des antérieures, c'est la prolongation du travail due à la longueur du chemin effectué par l'occiput pour accomplir la rotation interne. Celle-ci terminée tout se passe comme dans les antérieures.

Mais aussi peuvent survenir plus aisément des irrégularités, la tête ne tourne pas, l'occiput reste en arrière;

dans ces cas l'expulsion naturelle est possible en occipito-sacrée, mais combien péniblement! Quelquefois par contre le travail reste impuissant et il faut intervenir.

Le **pronostic** des occipito-postérieures sans être aussi grave qu'on l'a dit est moins favorable, surtout à cause de la durée du travail.

L'augmentation de la durée du travail, particulièrement marquée chez les primipares, est encore accentuée par le volume de l'enfant; cette augmentation est de 2 heures et demie environ pour un enfant petit (2.500 à 3.000) et de 3 heures et demie pour un gros enfant (3.000 à 3.500). Chez les multipares elle n'est guère que de 1 heure et demie. Elle porte non sur la période d'expulsion, mais sur la période de dilatation; on conçoit aisément pourquoi. La mortalité est aussi, de ce fait, un peu plus élevée, 2 p. 100 au lieu d'un peu moins de 1 p. 100 dans les *O. a.*

Conduite à tenir. — L'on peut s'en tenir à l'expectative. Mais il est possible de diminuer la longueur du travail et de favoriser la rotation, et il faut le faire.

Voici la manœuvre de Tarnier.

La dilatation est à peu près complète, la poche des eaux est rompue. On fait glisser deux doigts jusqu'au haut de l'oreille postérieure, de façon à appuyer sur l'oreille dans toute sa hauteur. On a ainsi un point d'appui très ferme, et on attend une contraction; la tête presse sur les doigts qui la repoussent solidement en avant; la contraction cessant, on se repose, puis on recommence à la contraction suivante; la rotation se fait en général ainsi avec assez de facilité. Il est cependant des cas où on échoue.

Si le travail s'arrêtait ou durait trop, il faudrait intervenir plus directement à l'aide du forceps.

II. — PRÉSENTATION DU SOMMET DÉFLÉCHI (MODE DE LA FACE)

La *présentation de la face* occupe le troisième rang de fréquence des présentations; il y a une présentation de la face pour environ 250 accouchements.

C'est une présentation secondaire due à une anomalie dans le tassement de la partie fœtale en présentation du sommet.

On a décrit cependant une présentation primitive de la face. On rencontre surtout la présentation de la face :

- 1° Dans les bassins rétrécis (contesté);
- 2° Lorsque la tête de l'enfant est très grosse;
- 3° Dans les cas de conformation dolichocéphalique de la tête (tête allongée). Peut-être cette disposition n'est-elle, comme on l'a prétendu, que consécutive à la déformation due à l'accouchement;
- 4° Dans les cas d'obliquité de l'utérus;
- 5° Lorsqu'une petite partie fœtale, dans la présentation du sommet, fait procidence et s'engage en même temps que la tête tend à le faire.

En somme, toutes les causes entravant une bonne accommodation et l'engagement régulier favorisent une présentation défléchie.

Diagnostic. — *Avant le travail* on peut la soupçonner, avoir des signes de probabilité, lorsque, avec les symptômes d'une présentation du sommet, on ne constate pas d'engagement alors qu'il devrait se produire.

C'est *pendant le travail* qu'on fait le diagnostic. La palpation donne des résultats moins nets que le toucher, mais qui peuvent être utiles lorsque ce dernier mode d'exploration n'est pas encore possible.

Au palper, on trouve, au-dessus ou au niveau du détroit supérieur, une partie fœtale, dure, qui est la tête; d'un côté, cette partie fœtale est lisse, régulière, élevée, très accessible, tandis que la partie correspondante de l'autre côté, moins lisse, moins régulière, est d'une exploration difficile.

La partie la plus lisse et la plus haute est l'occiput (le contraire de ce qui s'observe dans le sommet fléchi). Sur la partie la moins accessible, on sent, comme l'a montré Budin, une saillie en forme de fer à cheval, nettement caractérisée, et constituée par le maxillaire inférieur et le menton.

Au-dessus de l'occiput se trouve le dos; mais, entre ces deux parties fœtales, surtout quand le travail n'est pas très avancé, existe un sillon profond, un vrai coup de hache, dans lequel les doigts peuvent parfois aisément pénétrer. Le dos est incurvé, creusé, et ne s'appuie plus sur les parois de l'utérus; le siège repose contre la paroi utérine en haut, mais *seul* et non avec le dos, comme dans le sommet fléchi.

« Le signe pathognomonique de cette présentation obtenu par le *palper* est constitué par la présence du même côté et de la portion accessible de l'extrémité céphalique et du dos. » (Pinard.)

A l'auscultation, le maximum des bruits du cœur est à deux ou trois travers de doigt sous l'ombilic et sur la ligne médiane. Cela tient à la disposition du plan latéral du fœtus qui est toujours sur la ligne médiane.

Au début du travail, contrairement à ce qu'on trouve dans le sommet fléchi, la région fœtale est très élevée, peu accessible au *toucher*, ce qui est dû à la lenteur de l'engagement.

La poche des eaux, quand elle est formée, est ronde, saillante, et l'on n'y sent rien, sauf parfois un membre procident. La poche rompue, l'engagement se fait: le menton descend le premier.

Au toucher le doigt introduit dans le vagin, et rasant le pubis, rencontre la partie fœtale; sans la quitter, il la suivra d'avant en arrière en remontant le plus haut possible.

Quel est le résultat de cette exploration?

Le doigt, ainsi promené, rencontrera, *d'avant* en arrière, une *première* tumeur molle formée par la joue antérieure, puis un sillon ou bien des saillies irrégulières formées par le nez, les lèvres; enfin, une *seconde* tumeur molle plus haute que la première qu'on apprécie avec quelque difficulté et qui représente la joue postérieure.

Lorsque l'engagement date de quelque temps, la face tuméfiée, bouffie, est méconnaissable: c'est dans ce cas qu'on a pu prendre les deux tumeurs des joues pour les fesses, et l'orifice buccal pour l'anus.

Pour s'orienter et faire le diagnostic exact, il faut chercher le nez qui, lui, ne s'infiltré jamais. On procédera à cette recherche délicatement, avec la pulpe de l'index, pour ne pas écraser les parties. On finira par trouver deux trous séparés par une cloison : c'est le nez, point de repère de la présentation.

La présentation ainsi reconnue il faut en préciser la position.

Des positions de la face. — Ce sont par ordre de fréquence :

- 1° M. I. d. p. { A l'inverse de ce qu'on observe dans les
 2° M. I. g. a. { O. où les O. g. a. viennent avant O d. p.
 3° et 4° les M. I. d. a. et M. I. g. p. très rares.

Les trous du nez étant rapprochés du menton et orientés comme ce dernier, il suffira de les reconnaître et de déterminer leur orientation pour faire le diagnostic de la position.

Si donc, anatomiquement, le menton est le point de repère des positions, présentement, le nez en est le repère clinique.

Dans les positions mento-postérieures, les trous du nez sont en arrière et dans les M. d. p. (cas le plus ordinaire), regardent en arrière et à droite.

Dans les positions mento-antérieures, les trous du nez sont en avant et regardent en avant et à gauche dans les M. I. g. a. (cas ordinaire), en avant et à droite, dans la variété droite.

Ce diagnostic, fait à l'aide de ces points de repère, on peut en avoir la preuve en recherchant au-devant du nez la bouche, plus rapprochée du pubis que les narines dans les mento-antérieures, plus rapprochée du sacrum que les narines, dans les mento-postérieures. Le doigt entre dans cet orifice et provoque quelquefois des mouvements de succion. Un peu plus loin, on sent le menton et le fer-à-cheval du maxillaire inférieur.

Enfin, les détails de la position s'apprécient mieux et plus facilement avec la main opposée à la variété de la position :

les gauches se détaillent mieux par le toucher pratiqué de la main droite et réciproquement (1).

Pronostic. — Le pronostic de l'accouchement de la face doit être réservé pour la mère et surtout pour l'enfant.

L'accouchement peut se terminer spontanément, mais il est toujours long, pénible; souvent il faut avoir recours à un accouchement artificiel. L'enfant peut mourir par asphyxie, soit par compression des vaisseaux du cou, par suite de la trop grande déflexion, soit par compression du cordon, pris entre l'occiput et le sacrum.

Il ne faut pas négliger de prévenir les parents de l'aspect monstrueux que peut présenter l'extrémité céphalique. Ce n'est pas grave, et en 24 heures, les bosses séro-sanguines, les phlyctènes se sont considérablement affaissées, et tout finit par s'arranger.

Conduite à tenir. — Au commencement du travail, lorsque la tête est encore mobile, il faut essayer de fléchir la tête, et de transformer la face en un sommet fléchi. Dans la manœuvre Tarnier-Pinard, l'index et le médius droits introduits dans le vagin cherchent la fontanelle antérieure et s'appliquent dans son voisinage; cette situation prise, la main gauche, libre jusqu'ici, va trouver l'occiput et, à travers la paroi abdominale, prend un solide point d'appui sur lui; la manœuvre va commencer : les doigts (intra-vaginaux) appuyés sur la région de la fontanelle repoussent le front en haut et vers la poitrine, tandis qu'en même temps la main placée sur l'abdomen repousse l'occiput en bas, cherchant à le faire basculer (2).

Si on ne réussit pas, on attend. Dans nombre de cas, la tête descend petit à petit et l'expulsion se fait assez bien. Il ne faut pas être trop impatient, se rappeler que les temps de la présentation de la face sont longs.

L'accouchement de la face demande une vigilance toute particulière.

Si les contractions utérines sont peu vigoureuses, si la tête est grosse, ou le bassin légèrement rétréci, et s'il

(1) Consulter Farabeuf et Varnier, *loc. cit.*

(2) Schatz soulève les épaules tandis qu'un aide fléchit l'occiput.

s'agit surtout d'une M. p. il faut, lorsqu'il est encore temps, pratiquer la version, car, dans ces cas, le travail est prolongé outre mesure et périlleux pour la mère et l'enfant.

On doit veiller particulièrement aux irrégularités des temps du travail.

Premier temps. — L'extension est *incomplète* et on a une présentation frontale, qui peut se corriger ou persister : on en a fait une variété frontale que nous étudierons plus loin. L'extension est *exagérée*, c'est le menton, *variété mentale*, qui se présente au centre de l'excavation. Le pronostic s'aggrave parce que l'accouchement est prolongé, mais il n'est aucune intervention spéciale à faire.

Deuxième temps. — Il y a engagement exagéré d'une joue, tandis que l'autre est remontée.

Il n'y a qu'à attendre : rien de particulier à tenter.

Troisième temps. — C'est le temps dangereux : c'est la mauvaise exécution de la rotation qui est à craindre, d'où le pronostic grave des positions postérieures.

1^{er} cas. — *La rotation se fait mais incomplètement* et le menton reste en position transversale.

Le bassin étant large et le fœtus petit, l'accouchement peut se faire spontanément.

Il ne faut pas compter sur cette terminaison, et la sage-femme doit immédiatement prévenir un médecin.

Le médecin consulte l'état du cœur du fœtus : si les battements sont vigoureux et si d'autre part les contractions utérines sont énergiques on tente la rotation artificielle : l'index et le médius, ou l'index seul, sont introduits en arrière du menton et quand survient une contraction on essaie, en appuyant d'arrière en avant, de faire avancer la tête.

Il faut essayer deux ou trois fois, ne pas s'attarder, et appliquer le forceps pour achever la rotation et terminer l'accouchement.

La rotation ne se fait pas, ou se fait *en arrière*. Dans ces conditions, l'accouchement spontané d'un fœtus vivant à terme ou près du terme est impossible.

On est réduit alors à avoir recours au forceps d'un manière particulièrement délicat.

Enfin lorsque la tête est très grosse, le bassin vicié, quand il existe une procidence, la conduite à tenir est d'une **délibération** très épineuse et importante.

Dans ces conditions l'enfant est ou mort ou vivant.

Mort. — Il n'y a pas d'hésitation ; on a recours aux instruments réducteurs (voir Basiotripsie).

Vivant. — Il faut se garder d'appliquer d'emblée le forceps.

Deux cas se présentent : 1^o la partie fœtale est très engagée, étroitement enclavée, ou bien 2^o elle est moyennement engagée et susceptible d'être déplacée.

Dans le premier cas, on aura recours au forceps. Si son application est impossible ou inefficace l'agrandissement momentané du bassin semble indiqué. Dans le second cas, *a*) la disproportion est petite : il faut prudemment essayer l'extraction au forceps, et savoir y renoncer pour pratiquer l'extraction par la voie abdominale ; *b*) la disproportion entre le contenant et le contenu est très grande (très petit bassin et tête ordinaire ou peu grosse — bassin normal ou peu déformé et très grosse tête), et, d'autre part la vitalité du fœtus s'accuse nettement : il faut bien se garder d'appliquer le forceps, et de risquer d'amener un enclavement irréductible. Dans ces conditions, il est indiqué d'extraire l'enfant par la voie abdominale soit par la simple section utérine, opération césarienne, soit par l'amputation de l'utérus, opération de Porro.

III. — PRÉSENTATION DÉFLÉCHIE (MODE FRONTAL). — Voir DYSTOCIE, p. 263.

CHAPITRE II

PRÉSENTATION DU SIÈGE

La présentation du siège vient par ordre de fréquence après la présentation du sommet.

Sur des femmes à terme on l'observe, d'après Pinard, environ 1 fois sur 60 accouchements. En comptant ensemble les accouchements à terme et avant terme elle