

cessons de rappeler que le rétrécissement est cliniquement un rapport, quelque chose de relatif. Suivant que la tête est au-dessus ou au-dessous de la normale, à ces deux points de vue, l'intervention — pour un même rétrécissement du bassin — remontera ou descendra d'une catégorie.

2° Il importe de bien considérer l'état de l'excavation, qui atténue ou aggrave la valeur du rétrécissement suivant son degré d'amplitude ou d'aplatissement.

3° Toutes les fois qu'il est question de symphyséotomie il est bien entendu que les deux articulations sacro-iliaques sont ou paraissent saines et souples.

Si cette condition n'était pas réalisée, à la symphyséotomie il faudrait substituer *avant terme* soit l'avortement provoqué, soit l'accouchement prématuré s'il est encore utilisable, ou, à son défaut, l'opération de Porro. A *terme*, c'est à cette seule intervention qu'on doit recourir si l'enfant est vivant.

3° Le forceps a été moins indiqué qu'on ne le faisait autrefois parmi les interventions de choix. C'est un instrument mal approprié pour agir au détroit supérieur. Il servira surtout à terminer un accouchement.

TEUXIÈME SECTION

DYSTOCIE FŒTALE.

CHAPITRE PREMIER

PRÉSENTATION DU TRONC

C'est le premier cas de dystocie. Cliniquement l'accouchement dans la présentation du tronc ne peut pas se terminer spontanément.

Fréquence. — La présentation du tronc vient comme fréquence, après la présentation du siège. On trouve environ une présentation du tronc sur 125 accouchements.

Étiologie. — Comme dans toutes les présentations vicieuses, elle dérive d'un obstacle à l'accommodation. La multiparité est une des causes; dans ce cas, à la suite de distensions répétées, l'utérus et les parois abdominales ont perdu de leur tonicité, de leur vigueur nécessaires à la bonne orientation fœtale. Pour la même raison une rupture de la paroi abdominale, une éventration est une cause prédisposante à une présentation de l'épaule. De même un vice originel ou accidentel de disposition de l'utérus.

L'hydramnios, qui empêche la fixité de la présentation, les rétrécissements du bassin prédisposent à une présentation vicieuse.

Variétés. — Positions. — On a distingué des variétés suivant la situation qu'occupent l'acromion et le membre supérieur.

Variétés.	$\left\{ \begin{array}{l} 1^{\circ} \textit{Acromiale} \\ 2^{\circ} \textit{Cubitale} \\ 3^{\circ} \textit{Brachiale} \end{array} \right.$	l'acromion ou le coude occupe le centre
		du bassin. Dans ces deux variétés
		l'avant-bras est plus ou moins fléchi sur le bras.
		l'avant-bras défléchi est tombé dans le vagin.

Nous rappelons que l'acromion est le point de repère fœtal des présentations du tronc. L'acromion d'une même épaule pouvant se trouver en rapport soit avec la moitié gauche soit avec la moitié droite du bassin il y a pour chaque épaule deux positions, une gauche — une droite.

Epaule gauche en	{	A. I. g.
		A. I. dr.
Epaule droite en	{	A. I. g.
		A. I. dr. (1).

Marche. — La présentation du tronc ne se termine spontanément que dans des cas **exceptionnels** par deux mécanismes différents.

A. La Version spontanée. **B.** L'Évolution spontanée.

A. Version spontanée. — La présentation se transforme au moment du travail, et ce n'est plus une présentation du tronc, mais une présentation du sommet ou une présentation du siège, qui, substituée à la première, va *tendre* à s'engager, puis s'engager. La version spontanée ne peut s'opérer que lorsque l'épaule n'est pas ou est faiblement engagée.

En voici le mécanisme fort simple. L'épaule qui correspond au centre du détroit supérieur se déplace; ce déplacement se fait soit dans le sens de la tête, soit dans le sens du siège à reculons pour ainsi dire; lorsque le déplacement est suffisant, l'épaule est remplacée dans le premier cas par l'extrémité céphalique, dans le second par le siège; le déplacement nécessaire pour accomplir cette substitution étant moins considérable que pour aboutir à substituer le siège à l'épaule, la version spontanée en présentation céphalique est plus fréquente que l'autre.

B. Evolution spontanée. — Dans le premier et le deuxième temps, l'épaule s'engage profondément dans l'excavation, et la tête reste au-dessus du détroit supérieur. A ce moment la rotation fait glisser la tête sur ce détroit

(1) Voir *Éléments d'Anatomie et de Physiologie génitales et obstétricales*.

(qui constitue une sorte de rail) et l'amène au-dessus de la symphyse des pubis : le siège correspond alors à une des symphyses sacro-iliaques.

Les efforts utéro-abdominaux agissant sur le siège du fœtus se transmettent jusqu'à la partie supérieure du tronc qui appuie sur le périnée, et

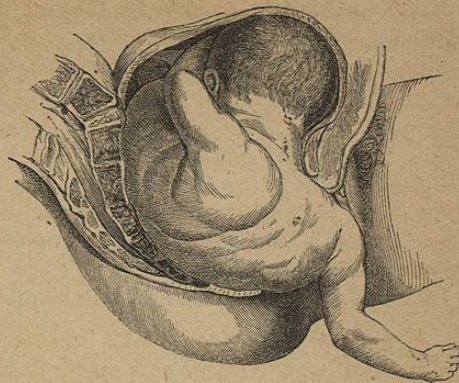


Fig. 77. — Evolution spontanée.

L'évolution est à la fin de son troisième temps. La tête est au-dessus de la symphyse, l'épaule très fortement engagée; le déroulement commence.

qui, par un mouvement d'inflexion latérale, glissant sur la face antérieure du sacrum

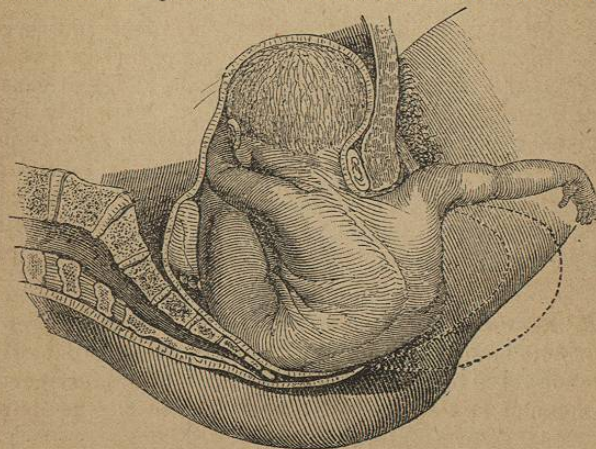


Fig. 78. — Evolution spontanée.

L'épaule arc-boutant contre le pubis, le déroulement du dos s'est déjà fortement accentué et va se faire suivant les lignes ponctuées.

et sur la gouttière du bassin mou se dégage, la tête restant toujours au-dessus de la symphyse des pubis. Le cou s'allonge, et l'épaule sortant enfin, la tête, par l'accentuation du mouvement de déflexion, est décrochée, reportée vers le centre de l'excavation et suit le tronc.

Quand le fœtus est petit et rendu très mou par la macération, il peut s'échapper par le plan dorsal qui forme une sorte de gibbosité qu'on voit pointer à travers les parties maternelles. Dans ces mêmes conditions, la rotation ne se faisant pas le fœtus se plie en deux et descend tout d'une pièce, la tête et le siège restant à la même hauteur.

Diagnostic. — Il doit se faire :

A. Pendant la grossesse; *B.* Pendant le travail.

A. Pendant la grossesse. — A la vue on constate une exagération du diamètre transversal de l'abdomen; quelquefois le ventre présente la forme d'un cœur de carte à jouer. S'il y a exagération de cette disposition, il faut se méfier d'un vice de conformation utérine (utérus bicorne).

Au *palper* quand on explore l'excavation pelvienne, on la trouve vide. Mais dans une des fosses iliaques on rencontre la tête fœtale; dans l'autre fosse iliaque, ou à un niveau un peu plus élevé, on reconnaît le siège.

Ces deux grosses parties sont réunies par un plan dur, résistant, lorsque le dos est en avant; lorsque le dos est en arrière, on trouve au contraire un fouillis de petites parties qu'on ne sent pas dans le cas précédent.

La détermination de la situation de la tête marque la position de la présentation indiquée par le rapport du repère fœtal — acromion — au repère pelvien. Ex. : Prés. transv. tête à gauche = pos. acromio-iliaque gauche.

La détermination de l'orientation des faces dorsale et ventrale du fœtus permet de parachever ce diagnostic et de savoir laquelle des deux épaules correspond au repère fœtal. Dans les dorso-antérieures le nom de l'épaule en position est antonyme du nom de situation de la tête. Ex. : présent. transv., dos en avant, tête à gauche = acromio-iliaque gauche de l'épaule droite; au contraire,

dans les dorso-postérieures, lorsque le ventre du fœtus est en avant, les deux noms sont homonymes. Ex. : présent. transv., dos en arrière, tête à gauche = acromio-iliaque-gauche de l'épaule gauche.

A l'*auscultation*, on constate le maximum des bruits du cœur, au voisinage de l'ombilic, un peu au-dessous ou au-dessus : ils permettent d'affirmer la vitalité du fœtus, mais non sa situation.

Le *toucher* ne donne aucun renseignement précis pendant la grossesse.

Remarque importante. — Le diagnostic de la présentation du tronc, pendant la grossesse, doit être recherché avec le plus grand soin. Sa reconnaissance est d'une utilité de premier ordre, car on peut alors, tenter de transformer cette présentation dystocique en une présentation meilleure. (Voir *Version par manœuvres externes*, p. 326.)

B. Pendant le travail. — A l'examen, l'*aspect de l'abdomen*, auparavant à grand diamètre transversal, est maintenant à direction presque longitudinale et, au *palper*, l'on trouve le siège assez élevé dans l'hypocondre correspondant; c'est que, pressé par la contraction utérine, le fœtus s'incurve et le siège se relève.

Au *toucher*, tout au début du travail, on constate simplement qu'aucune grosse extrémité n'est accessible ou tout au moins qu'elle est très élevée.

Lorsque la poche des eaux est formée et intacte, on la trouve ronde, saillante, et dans son intérieur comme flottantes dans un ballon de baudruche (mal tendu) on rencontre de petites parties mobiles donnant des sensations fugitives.

Cette dernière exploration doit se faire avec la plus grande prudence, dans l'intervalle des contractions, car il importe au plus haut point de ne pas crever cette poche et de ne pas perdre cette eau dont la présence doit être si précieuse en temps opportun (version).

Quand la poche des eaux est rompue et qu'on pratique le *toucher*, le doigt rencontre dans le vagin une main plus ou moins pendante; mais il arrive aussi qu'il ne trouve rien.

D'où deux cas très particuliers.

I. *L'on trouve une main.* — *Variété brachiale.* — Il ne faut pas se hâter de conclure à une présentation du tronc, car on peut faire cette même constatation dans le cas de procecidence, avec une présentation de la face par exemple.

Le doigt, suivant le bras, s'en sert comme d'un guide remonte jusqu'à sa racine; il finit, s'il s'agit d'une présentation du tronc, par trouver *très haut* une grosse sur-

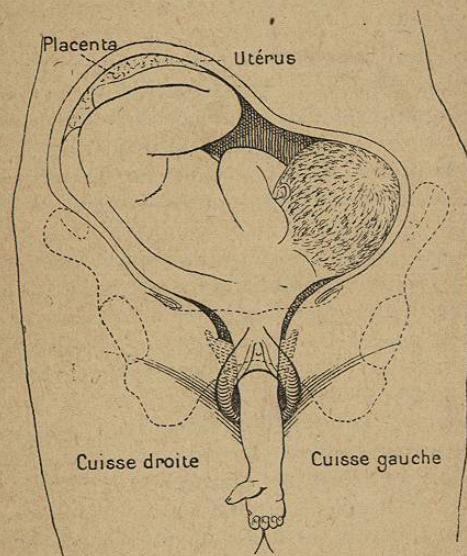


Fig. 79. — Présentation de l'épaule droite.

A. I. g. ép. dr. = dos en avant; a, la main du fœtus par un mouvement de pronation forcée a été tournée la paume en l'air; le pouce est du côté de la cuisse droite: c'est une *présentation* de l'épaule droite (comparer avec figure 80); b, le creux de l'aisselle est à gauche: c'est une *position* gauche; c, la présentation et la position sont *antonymes*: le dos est en avant.

face, et en se promenant de droite à gauche ou *vice versa*, il a une sensation identique à celle qu'on ressent en descendant le doigt le long des côtes d'une personne maigre, sensation de *gril costal*, qui révèle la présence du tronc.

Le diagnostic de la présentation est fait, il faut reconnaître l'épaule qui se présente, la *position* puis la *variété* de cette position.

Dans les présentations du tronc, le diagnostic est compliqué par l'existence de deux épaules. On doit donc reconnaître d'abord laquelle des deux épaules se présente (droite ou gauche), puis la position de cette épaule.

1° La main du fœtus indique l'épaule: reconnaître si c'est

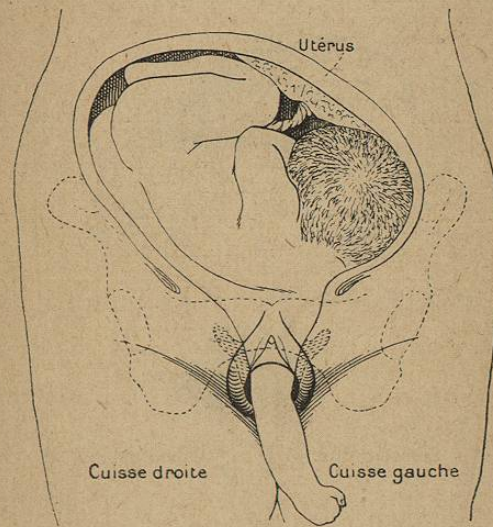


Fig. 80. — Présentation de l'épaule droite.

Le fœtus est dans la *même* situation que dans la figure précédente et pourtant le pouce est orienté du côté de la cuisse gauche; c'est que la paume *n'est pas en l'air*.

a main droite ou la main gauche qui pend, sera reconnaître du même coup si l'on a une épaule gauche ou une épaule droite. Rien n'est plus facile. Prenez la main, *tournez sa paume en l'air* (c'est *essentiel*) et regardez le pouce; s'il se tourne vers la cuisse gauche, il s'agit du bras gauche: c'est l'*épaule gauche* qui se présente; s'il s'agit d'une Ep. dr., le pouce regarde la cuisse droite (Fig. 79, 80, 81, 82, 83).

2° Reste à fixer la *position*. Celle-ci est indiquée par l'acromion. La constatation directe de l'acromion étant très difficile, on *recherche le creux axillaire*. Donc si l'acromion est le point de repère *anatomique* de la position, le creux axillaire en est le point de repère *clinique*. Pour le trouver on n'a qu'à suivre le bras et on cesse de pousser lorsqu'on est arrêté par une paroi qu'on parcourt et qu'on finit par re-

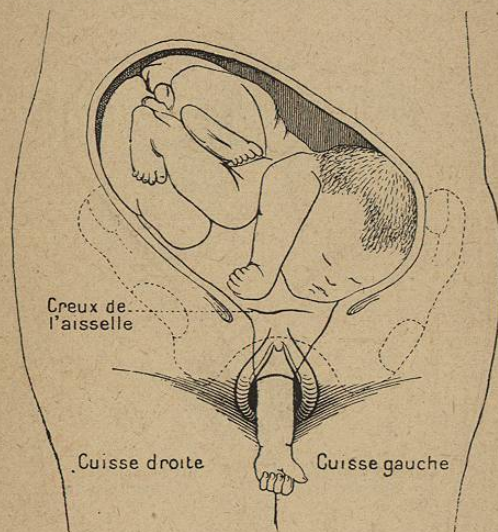


Fig. 81. — Présentation de l'épaule gauche.

A. I. g. ép. g. = dos en arrière; *a*, la paume de la main en l'air, le pouce regarde la cuisse gauche : *présentation* de l'épaule gauche; *b*, l'aisselle est à gauche : *position* A. I. g.; *c*, la présentation et la position sont *homonymes* : dos en arrière.

connaître au grill costal ; on revient alors sur ses pas ; l'angle de réunion de ces deux surfaces, uni, dépressible, c'est le creux axillaire.

La situation de l'épaule annonce la position de l'acromion, c'est évident.

3° *Variétés*. — La position du fœtus en présentation du

tronc est la position d'un enfant qui tombe ; la situation naturelle dans ce cas est celle où le ventre est en avant, le dos en arrière ; la situation inverse est celle d'une chute avec contorsion, sur le dos, en obstétrique la plus fréquente.

Pour distinguer les variétés, *dos en avant*, *dos en arrière*, dont la constatation directe est difficile, on peut, la présentation et la position étant connues, s'en faire la

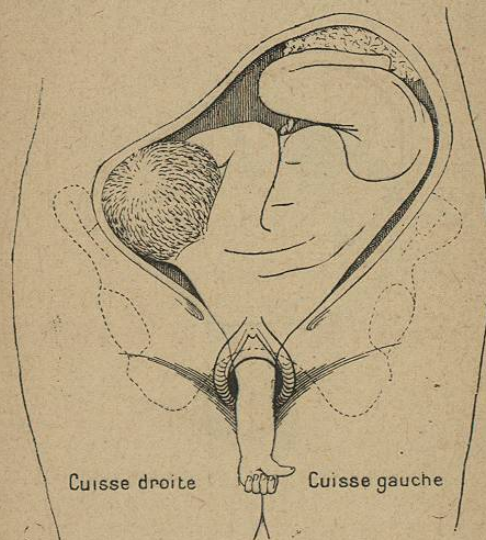


Fig. 82. — Présentation de l'épaule gauche.

A. I. dr. ép. g. = dos en avant.

a, la paume de la main tournée en l'air, le pouce regarde la cuisse gauche : *présentation* de l'épaule gauche; *b*, l'aisselle est à droite : position A. I. dr.; *c*, la présentation et la position sont *antonymes* : dos en avant (voir fig. 78).

représentation mentale. Il suffit enfin de se rappeler ceci : lorsque la présentation (épaule) et le repère de position (acromion) sont d'épithètes homonymes (du même côté), le ventre est en avant, le dos en arrière. Ex. :

Épaule gauche en A. I. g. Dos en arrière.
Épaule droite en A. I. dr. Dos en arrière.

Lorsque la présentation et le repère de position sont d'épithètes opposées, antonymes, le ventre est en arrière, le dos en avant. Ex.

Épaule gauche en A. I. dr. Dos en avant.
Épaule droite en A. I. g. Dos en avant.

II. L'on ne trouve rien dans le vagin. — Variétés acromiale et cubitale. — Le doigt, remontant, arrive dans l'aire

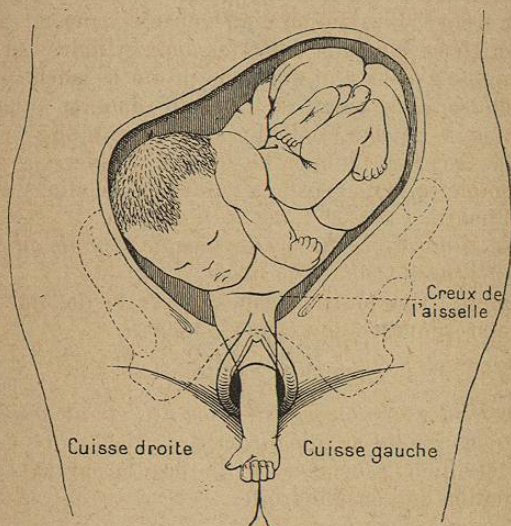


Fig. 83. — Présentation de l'épaule droite.

A. I. dr. ép. dr. = dos en arrière;

a, la paume de la main tournée en l'air, le pouce regarde la cuisse droite: présentation épaule droite; b, l'aisselle est à droite: position A. I. dr.; c, la présentation et la position sont homonymes; dos en arrière.

du col incomplètement dilaté, et, là, trouve le bras accolé au tronc, donnant la sensation d'un petit cylindre accolé à un cylindre beaucoup plus gros, lequel présente les signes du gril costal.

Pour trouver le *nom* et la *position* de l'épaule qui se pré-

sente, on n'a qu'à attirer le bras: on rentre alors dans le cas précédent et on fait le diagnostic comme devant.

Mais alors même que le bras n'est pas déplié, on peut, en se rappelant les démonstrations du paragraphe précédent, arriver à diagnostiquer l'épaule. Tout à l'heure on remontait de la situation et de la détermination de l'épaule au diagnostic de la situation du dos, maintenant, c'est de l'orientation du dos et de la position de l'épaule qu'on arrive à déduire le *nom* de l'épaule.

Pour trouver la situation d'une épaule dans le cas présent, on glisse son doigt entre les deux cylindres et on le promène de gauche à droite et de droite à gauche jusqu'à ce qu'on trouve le creux de l'aisselle dont la situation, à droite ou à gauche, indique en même temps celle de l'épaule. Ceci fait, on cherche le dos; celui-ci trouvé, on peut compléter le diagnostic à l'aide des relations établies tout à l'heure.

Dans les dorso-postérieures le *nom* de l'épaule qui se présente est homonyme de la position.

Exemple: Une position gauche avec le dos en arrière est une présentation de l'épaule gauche.

P. g. + dos en arrière = A. I. G. ép. g.

Dans les dorso-antérieures le *nom* de l'épaule qui se présente est antonyme de la position.

Une position gauche avec le dos en avant est une présentation de l'épaule droite.

P. g. + dos en avant = A. I. G. ép. d.

Pronostic. — Le pronostic est très grave pour l'enfant: la mortalité infantile dans les présentations définitives, est presque de 50 p. 100; il est sérieux pour la mère, la mortalité, dans les présentations définitives étant d'environ 4 p. 100.

Mais ce pronostic est heureusement pour une grande part entre les mains de l'accoucheur; par une intervention opportune, « les présentations définitives de l'épaule doivent disparaître »; il ne doit plus y avoir que des présen-

tations de l'épaule temporaires et transformées : l'on rentre alors dans le pronostic des présentations du sommet.

Conduite à tenir. — A. Pendant la grossesse; B. Pendant le travail.

A. *Pendant la grossesse.* — Il faut faire la version par manœuvres externes.

C'est le grand précepte : on ne doit jamais rester sans rien tenter devant une présentation du tronc reconnue pendant la grossesse. L'époque de choix est vers le huitième mois : à cette époque, cette transformation est toujours possible. L'intérêt à opérer cette mutation est considérable, comme nous l'avons vu au pronostic.

B. *Pendant le travail.* — La poche n'est pas rompue. Quand la dilatation n'est pas complète, il faut attendre, mais attendre prêt à intervenir si la poche se rompait.

Dès que la dilatation est complète ou presque complète, on n'attend plus la rupture de la poche. On met la femme en position obstétricale et les précautions d'usage étant prises, on perce la poche des eaux et l'on pratique la version podalique.

La poche est rompue. — S'il n'y a pas trop longtemps, s'il reste encore un peu d'eau, on tente, mais avec précautions, la version qui réussit encore.

S'il n'y a plus d'eau, si l'utérus est rétracté tétanique-ment sur le fœtus, tenter la version est une faute, car on échoue le plus souvent et, pour un cas où l'on peut réussir, on expose trop la femme à la rupture de l'utérus.

Deux cas peuvent se présenter :

1° L'enfant est mort;

2° L'enfant est vivant et vigoureux (1).

Si l'enfant est mort, on pratique l'embryotomie.

Si l'enfant est vivant, à l'embryotomie on doit préférer l'extraction par section abdominale.

(1) Ces questions d'intervention changent de physionomie très rapidement; l'embryotomie, dans le cas d'enfant vivant, est encore autorisée par Potocki (*Thèse*, Paris, 1888), et nous-même nous avons conclu à la nécessité possible de ce cruel sacrifice (*Nord-Est Médical*, novembre 1890).

CHAPITRE II

PRÉSENTATION DU FRONT

Nous avons classé la *présentation du front* parmi les accouchements dystociques parce que si, dans quelques circonstances rares et spéciales l'expulsion a pu se faire spontanément, l'accoucheur ne doit pas compter sur cette terminaison. Elle est d'abord extraordinaire, toujours très laborieuse et ne se produit pas sans grand dommage pour la mère et pour l'enfant.

L'accouchement du front est un accouchement qui réclame une intervention : c'est un accouchement dystocique.

Fréquence. — La présentation défléchie du sommet en variété frontale est la plus rare de toutes les présentations.

On ne compte pas parmi les présentations du front l'attitude passagère de la tête en train de se défléchir complètement pour donner une présentation faciale.

Positions. — Le point de repère fœtal est la racine du nez ou le maxillaire supérieur. Les présentations du front sont presque toujours en position transverse. La *naso* ou *maxillo-iliaque*, dos à gauche, semble plus fréquente que la *naso* ou *maxillo-iliaque*, dos à droite.

Étiologie. — La présentation du front est la conséquence d'un vice d'accommodation. Toutes les causes qui ne favorisent pas ou qui gênent la régulière adaptation des diamètres céphaliques aux diamètres pelviens pourront déterminer une présentation du front.

Du côté de la mère, la multiparité, l'obliquité utérine, les vicieuses pelviennes; notons toutefois que ce dernier point est contesté.

Du côté du fœtus, Hecker a placé en première ligne la *dolichocéphalie* qui serait la vraie raison des présentations du front.

La dolichocéphalie en allongeant le diamètre antéro-

postérieur de la tête, en augmentant particulièrement le bras de levier postérieur ou occipital qui devient égal au levier antérieur ou facial, change les conditions d'équilibre de la tête sur la colonne vertébrale et modifie la transmission des forces au niveau des articulations occipito-atloïdiennes.

L'opinion de Hecker est sans doute trop absolue; dans nombre de cas la dolicocephalie constatée était due aux déformations de l'accouchement; il n'en existe pas moins des observations incontestables de dolicocephalie primitive et héréditaire dans les présentations du front.

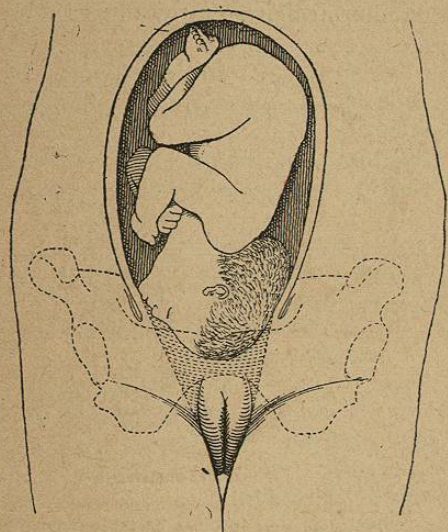


Fig. 84. — Présentation du front.

Le sommet défléchi en variété frontale est à l'entrée du détroit supérieur en position transverse; la fontanelle antérieure, en occupé à peu près le centre.

Le cordon autour du front empêchant la flexion et relevant l'extrémité antérieure du sommet. A ajouter l'état de mollesse du fœtus.

Phénomènes mécaniques de la présentation du front.

— Cette présentation du front étant essentiellement irrégulière il n'y a pas, pour le cheminement de la partie fœtale, un mécanisme unique toujours semblable à lui-même.

Le sommet est en déflexion incomplète et la fontanelle antérieure occupe le centre du détroit supérieur. Sous l'influence des contractions le sommet accentue sa déflexion, la fontanelle antérieure se rapproche des parois du bassin; la face, dans ce mouvement, se découvre. La déflexion parfois se complète et le front se transforme en face.

La tête peut descendre dans cette situation front en bas; dans ce cas elle offre aux différents détroits ses dimensions antéro-postérieures ou intermédiaires entre celles-ci et les diagonales. Pour-

tant le diamètre occipito-mentonnier n'est pas absolument parallèle aux différents plans de l'excavation. La partie de la tête qui s'engage peut être comparée à un coin à faces inégales, ayant pour base le diamètre O. F., pour côtés le F. M. et l'O. M. Or, le côté F. M. étant plus court que l'O. M., est toujours situé plus bas que lui; donc l'O. M. descend

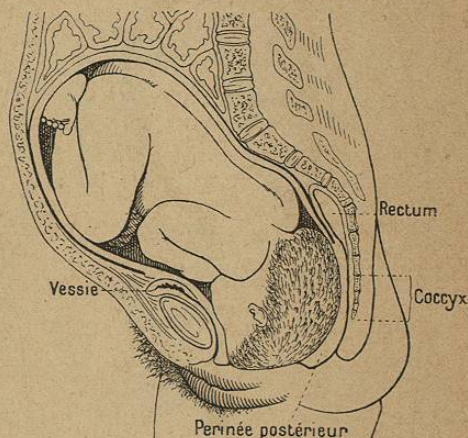


Fig. 85. — Présentation du front.

La rotation s'est effectuée. La face est appuyée contre la symphyse au niveau de son point nasal qui va servir de pivot à l'évolution expultrice du sommet.

dans l'excavation menton en avant. Mais le menton venant à buter et l'impulsion progressive continuant à agir, la bouche s'ouvre et le diamètre maxillo-frontal, plus petit, remplace le M. F. Cette situation est très défavorable pour la descente, qui, lorsqu'elle se fait, est extrêmement lente et pénible; ce labeur de la descente s'accuse par une bosse séro-sanguine frontale très considérable parfois monstrueuse.

Le sommet peut arriver sur le plancher, mais aussi s'arrêter et rester enclavé dans l'excavation. Pour sortir il faut que cette tête tourne, afin d'orienter ses grands diamètres antéro-postérieurs, suivant les grandes dimensions du défilé inférieur. Or cette rotation est très difficile à exécuter : il faut que l'occiput tourne en arrière dans la concavité sacrée et que le front et la face viennent en avant. La rotation interne accomplie, le front est derrière le pubis, la fontanelle antérieure correspond à l'orifice vulvaire et

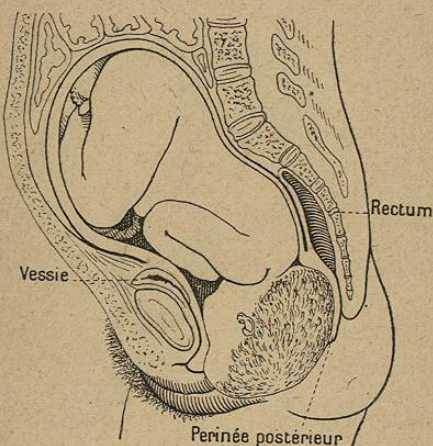


Fig. 86. — Présentation du front.

Le front et sa bosse séro-sanguine ont franchi l'orifice vulvaire.

la fontanelle postérieure à l'extrémité du sacrum. Sous l'influence de la poussée utéro-abdominale on voit poindre dans le cadre vulvaire le front surmonté de sa bosse séro-sanguine. Le front sorti, la tête s'appuie par la racine du nez au-dessous de l'arc pubien; ce point nasal devient le pivot autour duquel se déroulent les différents diamètres de la tête qui se dégagent successivement suivant le nasobregmatique, naso-sus-occipital, naso-sous-occipital. L'occiput sorti la tête retombe en arrière et alors se produit un mouvement de déflexion pendant lequel on voit apparaître

au-dessous de la symphyse le nez, la bouche le menton.

C'est là le mécanisme décrit par Hecker.

Assez souvent ce n'est pas seulement le front, mais toute la partie supérieure de la face, le nez, les yeux jusqu'aux maxillaires qui se montrent dans l'orifice vulvaire; la tête s'appuie alors sur le bord inférieur de l'arcade pubienne par la face externe du maxillaire supérieur ou encore par la face buccale de ce maxillaire; le fœtus semblant mordre la symphyse (Budín, Cazals); la flexion se produit et le dégagement se fait suivant les diamètres maxillo-bregmatiques, maxillo-sus-pariétaux, maxillo-sus-occipitaux, maxillo-sous-occipitaux. C'est le mécanisme donné par Spœth et Helly.

On a observé des cas d'accouchement par le front d'un mécanisme extraordinaire, comme en dégagement transversal, en fronto-pubien, etc.

Déformations crâniennes. — Le sommet passé comme au laminoir est fortement déformé, et son aspect est caractéristique.

La tête, d'une façon générale, est, non plus ovoïde, mais prismatique de forme, les trois angles correspondant au front, au menton et à l'occiput. La tête est comprimée suivant le sens de ses grands diamètres normaux, du menton à la petite fontanelle, et allongée suivant l'O. F. et

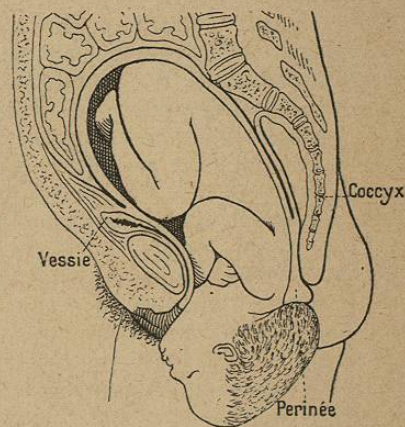


Fig. 87. — Présentation du front.
Déformation de la tête.

Après la sortie de l'occiput, la face puis le menton, ont défilé sous la symphyse; la tête, retombée en arrière, présente sa déformation énorme et caractéristique; elle est allongée du front à l'occiput, sa voussure du vertex est aplatie et le front, surélevé, surmonte ou surplombe la face.

l'O. M., de telle sorte que l'O. F. devient égal et parfois même supérieur à l'O. M.

La voussure du vertex est aplatie; les pariétaux forment des plans inclinés du front vers l'occiput; l'écaille occipitale, écartée en arrière, est d'une convexité exagérée, les frontaux sont repoussés en avant.

La bosse séro-sanguine énorme va de la racine du nez à la grande fontanelle et d'une tempe à l'autre; elle peut même empiéter sur les paupières et la face supérieure des joues.

Il en résulte que le front, au lieu d'être fuyant comme dans la présentation du sommet fléchi, surmonte la face à pic ou même la surplombe. Par contre, la mâchoire et la lèvre inférieures, sont en retrait et comme cachées derrière la lèvre et la mâchoire supérieures. La face, excoriée, ecchymosée, surtout au niveau des paupières est aplatie, le nez est plus ou moins écrasé et parfois le bord alvéolaire enfoncé.

Symptômes. — L'examen abdominal ne donne pas grand renseignements, à moins que les parois ne soient extrêmement souples et minces permettant de délimiter exactement toutes les saillies du sommet. A l'auscultation on trouve les foyers d'auscultation très élevés.

En réalité, le diagnostic ne se fait que pendant le travail lorsque la dilatation est avancée, la variété frontale de la présentation du sommet défléchi ne se déterminant souvent qu'à ce moment et le toucher permettant seul de bien reconnaître les repères fœtaux. Quand on touche la partie fœtale, très élevée, la première région atteinte est le front; mais la suture médio-frontale est transversalement dirigée aboutissant d'une part à la grande fontanelle et d'autre part à la racine du nez et aux arcades orbitaires.

Plus tard, lorsque le travail est avancé, on ne retrouve plus ces sensations à cause de la bosse séro-sanguine qui masque la région frontale; on suit alors le contour de l'excavation et on finit par trouver le nez, qui ne s'infiltré pas et qui est reconnaissable à sa forme et à ses orifices.

La marche de l'accouchement est excessivement lente. Le pronostic, grave pour la mère, par suite de la longueur

du travail et de ses conséquences — fatigue, compressions, attritions — l'est particulièrement pour l'enfant. L'accouchement, sauf le cas de fœtus petits, malléables, se termine très exceptionnellement seul.

Traitement. — La présentation reconnue, l'intervention de choix est celle du redressement du front. On introduit alors dans le vagin la main qui, en situation naturelle, c'est-à-dire intermédiaire entre la supination et la pronation forcées, embrasse le mieux l'occiput de l'enfant que l'on s'efforce de contourner et d'accrocher pour l'attirer directement en bas. C'est le procédé Baudelocque-Lachapelle.

Ou bien on introduit la main qui embrasse le mieux la face de l'enfant et on applique l'extrémité des doigts sur les joues de chaque côté du nez, sur les bosses orbitaires ou le front, suivant l'état de déflexion de la tête; l'on essaie de repousser la face en haut tandis que l'autre main, agissant extérieurement au-dessus du pubis, appuie sur l'occiput pour le faire descendre.

Si l'on échoue, s'il reste de l'eau, si l'utérus n'est pas rétracté tétaniquement, essayer la version.

On pourrait enfin, probablement, avoir utilement recours à la symphyséotomie.

Le forceps est très difficile à appliquer; il n'est pas commode de glisser les cuillers entre la tête et le bassin. L'application directe (O. F.) étant à peu près impossible, il faut faire une application oblique en tournant la concavité des branches du côté de l'extrémité céphalique qui doit se dégager sous le pubis. Les branches très écartées et asymétriquement placées sont d'une articulation difficile. On tire alors dans l'axe, directement en bas. Quand la tête aura été amenée sur le plancher du bassin, on lui fera artificiellement exécuter la rotation qui doit amener le front et la face en avant. Reste à effectuer le dégagement. On tire en bas jusqu'à ce que le front tout entier et la partie supérieure de la face soient dehors; alors seulement on relève le forceps en fléchissant la tête autour du pivot symphysien.