

CHAPITRE VI

PRÉSENTATIONS DE LA FACE

Les présentations de la face ne sont pas rares, et, bien que, dans la grande majorité des cas, elles se terminent d'une façon satisfaisante par les seules forces de la nature, elles donnent lieu quelquefois à de grandes difficultés; elles peuvent à juste titre être considérées alors comme une des plus formidables complications des accouchements. Il est donc indispensable que le praticien connaisse parfaitement l'histoire de cette variété de présentation, s'il veut être capable d'intervenir avec chances de succès.

Opinions erronées des anciens au sujet de ces présentations.

Les anciens accoucheurs professaient des opinions très-erronées au sujet du mécanisme et du traitement de ces cas, la plupart d'entre eux croyaient que l'accouchement était impossible par les forces naturelles, et qu'il était indispensable d'intervenir par la version pour l'effectuer. C'est Smellie qui reconnut la possibilité de l'accouchement spontané, et la rotation du menton en avant sous les pubis; mais c'est beaucoup plus tard, et surtout après l'apparition des travaux de Mme Lachapelle à ce sujet, que l'accouchement fut considéré comme presque toujours naturel.

Fréquence.

La fréquence des présentations de la face varie d'une manière curieuse dans les différents pays. Ainsi, Collins a trouvé que, dans Rotunda Hospital, il n'y en avait qu'une seule sur 497 ac-

couchements, bien que Churchill en indique une sur 249 comme la moyenne dans la pratique de la Grande-Bretagne; en Allemagne, on en rencontre une sur 169. La seule explication rationnelle de cette remarquable différence, c'est que le décubitus dorsal, généralement adopté à l'étranger, favorise la transformation de la présentation du vertex en présentation de la face.

Le mode selon lequel ce changement s'effectue — car on peut difficilement mettre en doute que, dans la grande majorité des cas, la présentation de la face est due à un déplacement de l'occiput en arrière après le début du travail, mais avant que la tête ne soit engagée dans le détroit supérieur — a été expliqué de façons bien diverses.

On a généralement supposé que l'occiput, s'accrochant au détroit supérieur du bassin, produisait l'extension de la tête et la descente de la face, le phénomène étant favorisé d'ailleurs par la position oblique de l'utérus si fréquente pendant la grossesse. Hecker attache une grande importance à une particularité de la tête fœtale souvent observée dans cette présentation, la dolichocéphalie; le crâne est proéminent en arrière, avec l'occiput saillant, d'où il résulte une augmentation de longueur du bras de levier crânien postérieur, qui facilite l'extension lorsque les circonstances qui la favorisent sont en jeu.

Mode de production des présentations de la face.

Le Dr Duncan ¹ pense que l'obliquité utérine joue un grand rôle, mais à un autre titre que celui dont j'ai déjà parlé. Il dit que, lorsque l'obliquité est très-marquée, il se produit dans le canal génital une courbe, dont la convexité est dirigée du côté vers lequel l'utérus est dévié. La contraction utérine se fait sentir, le fœtus est poussé en bas, mais la région correspondante à la concavité de la courbe reçoit la plus grande part de la force propulsive et tend à descendre. Si l'occiput se trouve dans la convexité de la courbe ainsi formée, le front aura donc une tendance à descendre. Dans la majorité des cas, sa descente est empêchée par l'énorme résistance qu'il rencontre, à cause de la plus grande longueur du bras de levier crânien

1. *Edin. Med. Journ.*, vol. XV.

antérieur; mais, si l'obliquité utérine est extrême, cette résistance peut être vaincue, et la présentation de la face est produite. L'influence de cette obliquité est étayée de l'observation de Baudelocque, que l'occiput, dans les présentations de la face, correspond presque invariablement au même côté que l'obliquité utérine. En outre, ce qui la rend très-probable, c'est que, dans la présentation de la face, l'occiput est beaucoup plus fréquemment dirigé à droite qu'à gauche, et l'obliquité latérale droite de l'utérus est aussi beaucoup plus commune.

D'après ces théories les présentations de la face sont produites pendant le travail. Parfois cependant elles existent certainement avant que le travail n'ait commencé. Dans ce cas, puisque nous savons que les contractions utérines se font sentir en dehors du travail, il est possible que des causes analogues agissent encore, bien que moins distinctement, avant le début de l'accouchement.

Diagnostic.

Le diagnostic est souvent très-difficile au début du travail, avant que l'orifice ne soit complètement dilaté et les membranes rompues, alors que la face n'est pas encore entrée dans l'excavation. Le doigt tombe sur une partie arrondie, le front, qui peut être très-facilement pris pour le vertex. A ce moment, le diagnostic est facilité par le palper abdominal, ainsi que l'a suggéré Hecker. La face étant au détroit supérieur, on perçoit et on distingue immédiatement au-dessus des pubis un corps dur, solide et arrondi, le front et le sinciput; de l'autre côté, une masse molle, mal limitée, le thorax et le cou. Lorsque le travail est plus avancé et que la tête a un peu descendu, ou lorsque les membranes sont rompues, on distingue la nature de la présentation avec certitude. On découvre les rebords orbitaires, la saillie du nez, les narines (leurs orifices indiquent de quel côté du bassin est tourné le menton), et la cavité de la bouche, avec les bords alvéolaires. Si toutes ces parties sont reconnues, il n'y a pas de méprise possible. Les cas les plus difficiles sont ceux dans lesquels la face est restée pendant un temps considérable dans l'excavation. Les joues

alors tuméfiées et accolées l'une à l'autre, ressemblent aux fesses, le nez peut être pris pour les organes génitaux, et la bouche pour l'anus; mais les orbites et les bords alvéolaires ne ressemblent à rien du siège et suffiront pour prévenir l'erreur. On évitera les examens trop fréquents et trop brusques, dans la crainte de faire subir aux tissus délicats de la face de sérieuses lésions. Lorsque la présentation a été diagnostiquée d'une manière positive, ils seront aussi rares que possible,

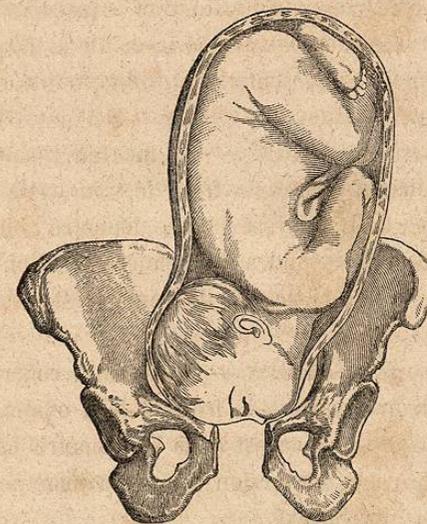


Fig. 107. — Seconde position de la face.

destinés seulement à nous indiquer que le travail marche convenablement.

Si nous regardons les présentations de la face, et nous y sommes pleinement autorisés, comme des présentations originelles du vertex, dans lesquelles il s'est produit une extension de l'occiput, nous comprendrons facilement que la position de la face par rapport au bassin corresponde à celle du vertex. Et c'est en effet le cas, le front occupe la situation dans laquelle l'occiput serait placé si l'extension ne s'était pas produite.

La face, comme le sommet, peut se présenter avec son grand diamètre correspondant à presque tous les diamètres du dé-

Mécanisme.

Les positions de la face correspondent à celles du vertex.

troit supérieur; mais, le plus généralement, il occupe soit le diamètre transverse, soit un diamètre intermédiaire au transverse et à l'oblique; puis, à mesure que la face descend dans l'excavation, l'un ou l'autre des diamètres obliques. Dans les ouvrages d'obstétrique, on a coutume de décrire deux variétés principales des positions de la face, la mento-iliaque droite, et la mento-iliaque gauche, selon que le menton est tourné vers l'un ou l'autre côté du bassin. Mais il vaut mieux classer les positions selon le point du bassin vers lequel regarde le menton. Nous décrirons donc quatre positions de la face, analogues chacune à l'une des présentations ordinaires du vertex dont elle est la transformation.

On rencontre les quatre positions.

Première position (MIDP). — Le menton regarde la symphyse sacro-iliaque droite, le front le trou ovale gauche; le grand diamètre de la face est dans le diamètre oblique gauche du bassin. Elle correspond à la première position du vertex, et, comme dans celle-ci, le dos de l'enfant est du côté gauche de la mère.

Deuxième position (MIGP). — Le menton regarde la symphyse sacro-iliaque gauche, le front le trou ovale droit, et le grand diamètre de la face est dans le diamètre oblique droit du bassin. Elle est la conversion de la deuxième position (troisième française) du vertex.

Troisième position (MIGA). — Le front regarde la symphyse sacro-iliaque droite, le menton le trou ovale gauche, et le grand diamètre de la face est dans le diamètre oblique gauche du bassin. Elle est la conversion de la troisième position (deuxième française) du vertex.

Quatrième position (MIDA). — Le front regarde la symphyse sacro-iliaque gauche, le menton le trou ovale droit, et le grand diamètre de la face est dans le diamètre oblique droit du bassin. Elle est la conversion de la quatrième position du vertex.

Fréquence relative de ces positions.

La fréquence relative de ces positions n'est pas encore déterminée d'une façon positive. Il est certain qu'il n'y a pas une prépondérance aussi marquée de la première position de la

face, que de la première position du vertex, et ceci s'explique par l'hypothèse qu'une position anormale du vertex peut d'elle-même faciliter la transformation en une présentation de la face. Winckel admet que, *cæteris paribus*, la présentation de la face est plus facilement produite lorsque le dos de l'enfant est du côté droit que lorsqu'il est du côté gauche de la mère, et la raison de ce fait est probablement la fréquence de l'obliquité latérale droite de l'utérus. Nous verrons plus bas que, sauf de très-rare exceptions, il est absolument essentiel que le menton tourne en avant sous le pubis pour que l'accouchement se fasse; par conséquent, nous pouvons regarder les positions MIGA et MIDA, dans lesquelles le menton regarde en avant dès le début, comme plus favorables que les deux autres.

Le mécanisme de l'accouchement est pratiquement le même que dans les présentations du vertex, et il est facile de le comprendre, si nous nous rappelons que, dans les présentations de la face, le menton prend la place de l'occiput dans les présentations du vertex, et le remplace. Pour modèle de description, je prendrai la première position de la face.

Le mécanisme est le même que dans les présentations du vertex.

1° Le premier temps consiste dans l'*extension* de la tête, qui est amenée par les contractions utérines, aussitôt que les membranes sont rompues. L'occiput s'applique en arrière sur la nuque, et le diamètre fronto-mentonnier, plutôt que le mento-bregmatique, entre au détroit supérieur. Ce temps correspond au temps de flexion dans les présentations du vertex.

Description de l'accouchement dans la première position de la face (MIDP).

Le menton descend plus que le front, précisément sous l'influence de la même cause qui fait descendre l'occiput dans les présentations du vertex. Comme la tête est étendue, la colonne vertébrale divise la face en deux bras de levier auxquels elle transmet la contraction; le plus long est vers le front, c'est donc celui qui éprouve la plus grande résistance, et qui reste en haut, tandis que le menton descend.

2° *Descente.* — Les douleurs continuent, la tête est poussée à travers le bassin, le menton étant encore en avance. On dit généralement que la face ne peut descendre comme l'occiput

jusqu'au plancher du bassin, parce que sa descente est limitée par la longueur du cou. C'est là une crainte mal fondée. Le cou, du menton au sternum, lorsque la tête est étendue à l'extrême, mesure de huit à dix centimètres, longueur plus que suffisante pour permettre à la face de descendre jusqu'à la partie inférieure du bassin. Cela est certain, puisqu'on voit fréquemment le menton, dans les positions mento-postérieures, descendre assez loin pour essayer de franchir le périnée, avant

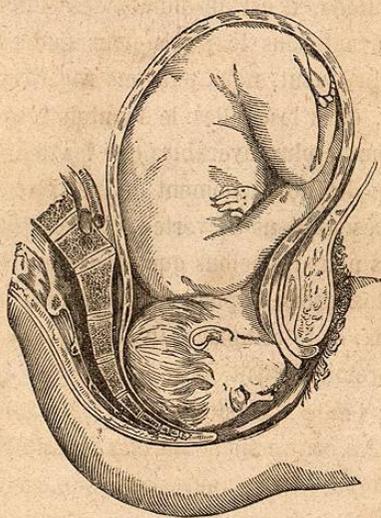


Fig. 108. — Rotation du menton en avant.

que la rotation ne se fasse. Au détroit supérieur, les deux côtés de la face sont au même niveau; mais, à mesure que le travail avance, la joue droite descend quelque peu, la bosse séro-sanguine se forme sur l'os malaire, et, s'il en existe une secondaire, elle se fait sur la joue.

3° La *rotation* est de beaucoup le stade le plus important dans le mécanisme des présentations de la face; en effet, si elle ne s'accomplit pas, l'accouchement, avec une tête de dimension ordinaire et un bassin moyen, est pratiquement impossible. Il y a sans doute des exceptions à cette règle; mais on doit les considérer à part, et il est certain que l'absence de rotation est

toujours une complication grave et formidable de la présentation de la face. Heureusement, il est très-rare que la rotation ne se produise pas. Les causes mécaniques sont précisément celles qui déterminent la rotation de l'occiput en avant dans les présentations du vertex. A mesure qu'elle s'accomplit, le menton passe sous l'arcade du pubis, et l'occiput arrive dans la concavité du sacrum (fig. 108); alors commence le quatrième temps.

4° La *flexion* est le mouvement qui correspond à l'extension



Fig. 109. — Dégagement de la tête dans la présentation de la face.

dans les présentations du vertex. Le menton franchit le pubis autant que le permet l'arcade, et là il devient immobile. La contraction utérine agit alors sur l'occiput, qui tourne naturellement sur son axe transversal (fig. 109), la face inférieure du menton reposant sur les pubis comme point fixe. Ce mouvement continue jusqu'à ce qu'enfin la face et l'occiput glissent sur le périnée distendu.

5° La *rotation externe* est précisément semblable à celle qui a lieu dans les présentations du vertex et, comme elle, dépend du mouvement communiqué aux épaules.

Telle est la marche naturelle de l'accouchement dans la