

Positions mento-postérieures dans lesquelles la rotation ne se fait pas.

grande majorité des cas; mais, pour connaître complètement le sujet, il est nécessaire d'étudier les faits rares dans lesquels le menton regarde en arrière, et la rotation en avant ne s'opère pas. Ils peuvent être considérés comme correspondant aux positions occipito-postérieures, dans lesquelles la face est expulsée sous le pubis; mais, à l'inverse de ces dernières, il est très-exceptionnel que la nature puisse achever l'accouchement. La raison en est simple, car l'occiput s'enclave derrière le pubis, et le bassin n'est pas assez vaste pour que le

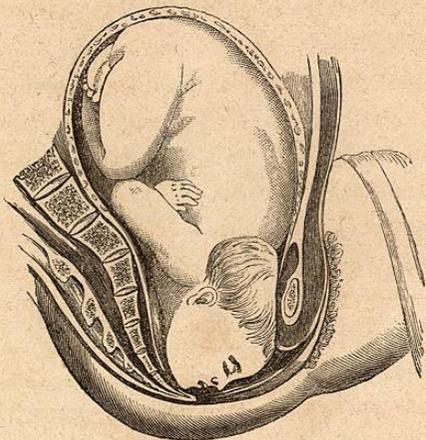


Fig. 110. — Position de la tête lorsque la rotation du menton en avant ne se fait pas.

diamètre fronto-mentonnier franchisse le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur (fig. 110). On rapporte, à la vérité, des exemples dans lesquels l'accouchement s'est effectué le menton regardant en arrière; mais il y a toute raison de croire que ce fait n'est possible que lorsque la tête est extraordinairement petite ou le bassin extrêmement vaste. Le front est alors fortement abaissé jusqu'à ce qu'il en apparaisse une portion à l'entrée du vagin, où elle devient solidement fixée derrière les pubis, et le menton, après bien des efforts, glisse sur le périnée. Lorsque ce mouvement est produit, la flexion se fait, et l'occiput est expulsé sans difficulté. Le front est probablement toujours dans un plan inférieur à celui du menton.

Le Dr Hicks ¹ a publié un mémoire où il essaye de montrer que cette terminaison des présentations de la face n'est pas si rare qu'on le suppose généralement, et il cite un exemple dans lequel il effectua l'accouchement avec le forceps; mais il admet pratiquement que des conditions spéciales sont indispensables, « le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur particulièrement étendu, » et une diminution dans le volume de la tête. Lorsque l'accouchement se fait, il est probable, comme Cazeaux l'a signalé, que la face occupe le diamètre oblique du détroit inférieur, et que le menton déprime les parties molles du côté de l'échancrure sacro-sciatique, lesquelles, prêtant dans l'étendue de six ou sept millimètres ou davantage, permettent le passage du diamètre occipito-mentonnier de la tête. Mais il faut se rappeler que l'accouchement spontané dans les positions mento-postérieures est une exception rare, et que, si la rotation ne se fait pas, — elle se produit souvent au dernier moment, — on sera obligé, presque à coup sûr, d'avoir recours à un artifice sous une forme ou sous une autre.

En ce qui concerne la mère, dans la grande majorité des cas, le pronostic est favorable, bien que le travail puisse se prolonger; elle est donc exposée aux dangers qui accompagnent un accouchement pénible. En ce qui concerne l'enfant, le pronostic est beaucoup plus défavorable que dans les présentations du vertex. Lors même que la rotation antérieure du menton se fait de la manière naturelle, on estime que sur dix enfants il y en a un de mort; et, si elle ne se fait pas, la mort de l'enfant est presque certaine. La grande mortalité des enfants est évidemment due à la compression énergique à laquelle ils sont soumis, et dépend probablement dans bien des cas d'une congestion cérébrale produite par la compression des veines jugulaires pendant que le cou est dans la cavité pelvienne. Lorsque l'enfant naît vivant, la face est presque toujours énormément tuméfiée et défigurée. Parfois, la difformité ainsi produite est excessive, et les traits sont souvent à peine reconnaissables.

Pronostic.

¹ *Obst. Trans.*, vol. VII.

Cet accident disparaît au bout de quelques jours, mais le praticien doit s'attendre à le rencontrer, et il prévient les parents pour qu'ils ne s'alarment pas sans raison, ou soient tentés de rejeter le blâme sur lui.

Traitement.

De tout ce que j'ai dit du mécanisme de l'accouchement dans les présentations de la face, il résulte que la meilleure conduite est d'abandonner le travail à lui-même, dans l'espoir que les efforts naturels suffiront pour terminer l'accouchement. Heureusement, dans la grande majorité des cas, cette conduite réussit pleinement.

On doit presque toujours abandonner l'accouchement à la nature.

Les anciens accoucheurs, comme nous l'avons établi, pensaient qu'une intervention active était absolument nécessaire et recommandaient soit la version podalique, soit un essai pour convertir la présentation en une du vertex, par l'introduction de la main et l'abaissement de l'occiput. Cette dernière méthode était recommandée par Baudelocque, et elle est même encore suivie par quelques accoucheurs. Ainsi le D^r Hodge¹ la pratique dans tous les cas où la présentation de la face est reconnue au détroit supérieur, et, bien qu'elle n'ait jamais amené de conséquences fâcheuses entre ses mains expérimentées, elle est certainement tout à fait inutile; elle pourrait même produire les résultats les plus graves si elle était généralement adoptée. On pourra toutefois y avoir recours dans certains cas où la face reste au-dessus du détroit supérieur et refuse de descendre dans l'excavation. Mais il est probable qu'il vaudrait mieux alors préférer la version podalique, elle est plus facile à pratiquer, elle permet de mieux surveiller l'accouchement, et elle est moins douloureuse pour la mère. La version est certainement préférable à l'application du forceps, qui est introduit avec difficulté dans une position aussi haute de la face, sans point d'appui efficace.

Conduite à tenir lorsque la face ne descend pas.

Arrêt de la face dans l'excavation.

Lorsque la face est descendue dans l'excavation, il peut surgir des difficultés de deux sources principales : l'inertie utérine, et la non-rotation en avant du menton.

1. *System. of obstetrics*, p. 335.

Dans le premier cas, le traitement doit être basé sur les mêmes principes généraux que ceux qui ont trait au travail prolongé dans les présentations du vertex. Le forceps sera appliqué avantageusement, en se rappelant qu'il est indispensable d'amener le menton sous les pubis, et, lorsque ce résultat a été obtenu, de diriger la traction en avant, de façon que l'occiput arrive à distendre lentement et graduellement le périnée sur lequel il glisse.

Les difficultés du second ordre dans les présentations de la face sont beaucoup plus importantes, et peuvent triompher de toutes les ressources de l'accoucheur. Nous devons essayer tout d'abord, si c'est possible, d'assurer la rotation antérieure du menton. Diverses manœuvres ont été recommandées dans ce but. Quelques auteurs conseillent d'introduire le doigt avec précaution dans la bouche de l'enfant et de tirer le menton en avant pendant une douleur; d'autres, d'appliquer le doigt sur le sommet de l'occiput et de le repousser en arrière pendant une contraction. Schrœder dit que la difficulté dépend souvent de ce que la tête n'est pas suffisamment étendue, de telle sorte que le menton ne se trouve pas dans un plan inférieur à celui du front, et il ajoute qu'on opère plus facilement la rotation en repoussant le front en haut avec le doigt pendant une douleur, de façon à faire descendre le menton.

Absence de rotation du menton en avant.

Selon Penrose¹, la non-rotation est généralement due à un manque de *point d'appui* en bas, la face étant incapable de descendre jusqu'au plancher du bassin, et, si on facilite cette descente, la rotation se fait. Il introduit alors la main ou la lame d'un forceps et comprime la joue postérieure. Cette manœuvre fournit « le point d'appui nécessaire », et elle a permis à Penrose de terminer rapidement plusieurs accouchements dont la marche languissait, et dont il rapporte les intéressantes observations.

On peut essayer l'une ou l'autre de ces manœuvres. Mais il faut se rappeler, avant d'agir, que la rotation est souvent

1. *Amer. Supplement to obst. Journ.*, avril 1876.

retardée jusqu'à ce que la face soit tout à fait à la partie inférieure de l'excavation, de sorte que nous ne devons pas désespérer trop tôt. Si toutefois, en dépit de nos efforts, elle ne s'opère pas, que faut-il faire ? Lorsque la tête n'est pas trop descendue pour permettre la version, c'est là, sans aucun doute, le moyen le plus simple et le plus efficace. J'ai réussi à terminer l'accouchement lorsque toutes les tentatives pour produire la rotation avaient échoué ; mais, en général, la face est trop profondément engagée pour que la version soit possible. On peut essayer d'amener l'occiput en bas, au moyen du crochet, ou avec un lacs ; mais, si la face est dans l'excavation, il est encore fort difficile d'y arriver par ce procédé. Nous pouvons tenter de faire la rotation avec le forceps, mais c'est une opération difficile, et suivie de conséquences funestes pour l'enfant beaucoup plus souvent que lorsqu'elle se fait par les efforts naturels. En outre, la seconde courbure ou courbure pelvienne du forceps peut meurtrir l'enfant, et on doit préférer un instrument court et droit. S'il est impossible de faire la rotation, on essaiera de tirer la face en bas, d'amener le menton sur le périnée et de terminer l'accouchement en position mento-postérieure ; mais, à moins que l'enfant ne soit très petit ou le bassin très large, on n'a guère de chance de réussir. Enfin, si tous ces moyens échouent, il ne reste plus qu'à diminuer le volume de la tête par la craniotomie, dernière ressource, à laquelle heureusement on a très rarement recours.

Présentations
du front.

Il arrive parfois que la tête est partiellement étendue et que l'os frontal se présente au détroit supérieur du bassin, variété qui est décrite sous le nom de *présentation du front*. Si la tête descend dans cette situation, les difficultés, sans être insurmontables, sont quelquefois considérables, parce que le grand diamètre *cervico-frontal* de la tête est engagé dans la cavité pelvienne. Le diagnostic est facile : l'os frontal sera reconnu à sa surface arrondie, et on peut atteindre d'un côté la fontanelle antérieure, et de l'autre l'orbite et la racine du nez.

Heureusement, dans la grande majorité des cas, les présentations du front se convertissent spontanément soit en présentations du vertex, soit en présentations de la face, selon que la flexion ou l'extension de la tête se produit, et ce sont là des terminaisons désirables qu'on doit favoriser. On peut faire dans ce but une compression en haut, pendant une douleur, sur l'une ou l'autre extrémité de la partie qui se présente, de façon à favoriser la flexion ou l'extension ; ou bien, si l'orifice est suffisamment dilaté, essayer de passer la main sur l'occiput et de l'amener en bas, faisant ainsi la version céphalique. Cette dernière méthode est recommandée par Hodge, qui considère l'opération comme facile. Toutefois, si une présentation du front bien caractérisée est distinctement reconnue, quand la tête est encore au détroit supérieur, il reste à savoir si la version podalique ne serait pas une opération meilleure et plus facile. Si le front est trop bas pour permettre la version, et si l'on ne réussit pas à convertir la présentation en une du vertex ou de la face, on sera probablement obligé d'avoir recours au forceps. Dans ce cas, la face tourne généralement vers les pubis, le maxillaire supérieur se fixe derrière l'arcade pubienne, et l'occiput glisse sur le périnée ; mais on éprouve de très-grandes difficultés, et, si on ne peut faire cette conversion, il est probable qu'il faudra recourir à la craniotomie.

Elles se convertissent généralement en présentations du sommet ou de la face.

On peut être obligé de recourir au forceps ou à la craniotomie.