

viennent d'être énumérées, on ne peut guère se refuser d'admettre qu'elles y concourent dans un assez grand nombre de cas.

Lorsque la présentation de la face est consécutive au travail lui-même, on trouve dans la résistance que la tête peut rencontrer sur quelques points de son trajet des raisons qui rendent compte de cette mutation. Elle s'opère tantôt à l'entrée du bassin, tantôt dans le fond de l'excavation, quelquefois seulement en traversant le détroit inférieur de la vulve. Ce sont surtout les positions occipito-postérieures qui y donnent lieu. Dans la présentation du crâne au début et pendant une grande partie de la durée du travail, la tête est modérément fléchie; dans cet état, si l'extrémité occipitale rencontre quelque obstacle, l'extrémité frontale s'abaisse de plus en plus dans l'excavation, et la face finit par se présenter en plein. Mais il est difficile de supposer que l'obstacle à la descente de l'extrémité occipitale se rencontre dans la saillie du muscle psoas correspondant ou de la marge du détroit supérieur. Sur la femme vivante, le segment inférieur de la matrice forme à l'entrée du bassin un entonnoir très régulier et lisse qui se prête peu à cette espèce d'arrêt que l'habitude d'étudier le mécanisme de l'accouchement sur des bassins réduits à l'état de squelette a fait admettre sans preuves suffisantes. Sans accepter complètement l'influence que M. Guillemot attribue au plan incliné que forme le col en arrière, on doit convenir cependant que l'occiput est quelquefois retenu par l'orifice de la matrice, tandis que le front continue de descendre, et cet obstacle paraît être plus souvent la cause de la mutation que les bords du détroit supérieur. Mais la mutation qui est le mieux constatée, et dont la cause est la plus évidente, est celle qui se fait au fond de l'excavation, dans les positions occipito-sacro-iliaque, lorsque la tête y arrive dans un état de flexion peu prononcée: l'occiput étant arrêté contre la partie recourbée de la paroi postérieure du bassin, la tête s'étend quelquefois davantage à chaque contraction au lieu de se fléchir, le front descend, l'occiput remonte, et l'on voit la face se développer graduellement dans le fond de l'excavation pelvienne, quelquefois seulement en traversant le détroit inférieur. Nous aurons à compléter plus loin le mécanisme suivant lequel se font ces changements.

*Mécanisme de l'accouchement par la face.* — Nous allons retrouver les mêmes phénomènes mécaniques que dans l'accouchement par le vertex, et nous aurons à chaque instant l'occasion de constater leur analogie: seulement, dans la présentation de la face, la tête est ordinairement beaucoup plus élevée au début du travail que dans celle du crâne. Pour embrasser successivement toute la série

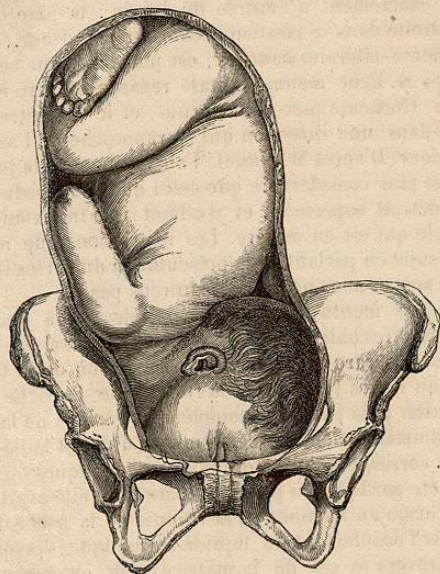
des phénomènes, supposons que la présentation de la face est primitive ou suit de très près le début du travail. Le fœtus se présente dans la direction, ou à peu près, de l'axe du détroit supérieur, qui est celui de l'utérus; la circonférence faciale correspond plus ou moins exactement à l'entrée du bassin; la joue qui est en avant, la droite dans la position mento-latérale droite, la gauche dans les mento-latérales gauches, est plus basse que celle qui est en arrière; la ligne mento-frontale regarde en arrière vers un point de la troisième pièce du sacrum, et le diamètre occipito-frontal est dans une direction qui se rapproche de l'axe du détroit supérieur. D'après M. Nægélé l'abaissement de la joue qui est en avant est plus considérable que celui que peut produire l'inclinaison du détroit supérieur, et il admet une inflexion de la tête vers l'épaule qui est en arrière. Les restrictions que nous avons faites à ce sujet en parlant de la présentation du vertex sont applicables à la face et nous ne les reproduirons pas ici.

Le diamètre mento-frontal est parallèle, ou à peu près, à l'un des diamètres obliques du bassin, et le bis-malaire à l'autre. Mais il n'est pas rare de rencontrer l'extension de la tête moins complète, au moins jusqu'après la rupture de la poche des eaux et la dilatation plus ou moins complète de l'orifice de la matrice, et c'est le diamètre mento-bregmatique, ou plutôt labio-bregmatique, qui correspond à l'un des diamètres obliques ou au transverse. La tête garde à peu près la situation qu'elle avait au début du travail jusqu'au moment de la rupture de la poche des eaux; mais, après l'écoulement du liquide amniotique, lorsqu'elle est poussée à travers le col de la matrice, son extension s'achève dans les cas où elle était restée incomplète. On voit, par ce qui vient d'être dit, que la face se présente pour parcourir le bassin avec des diamètres moins étendus que ceux du crâne, qui se présente ordinairement par sa circonférence occipito-frontale. C'est surtout dans l'accouchement par la face qu'il convient de dire que la tête s'avance par la petite extrémité de l'ovoïde qu'elle représente; mais cet avantage est amplement compensé par la présence du cou, qui ne laisse complètement libre que sa portion faciale: aussi voit-on la tête étendue rester plus élevée à la fin de la grossesse et au début du travail; l'ovoïde qu'elle forme, étant moins régulier, s'adapte moins exactement à la forme du segment inférieur de la matrice et proémine moins bas dans le bassin. Après la rupture des membranes et la dilatation de l'orifice de la matrice, la portion libre de la face s'engage facilement jusqu'à la naissance du cou; au-delà la face descend assez lentement jusqu'au fond de l'excavation, tandis que le crâne y tomberait en



quelque sorte de lui-même s'il n'était pas retenu par l'orifice de la matrice.

Fig. 40.



Pour parcourir le canal pelvien dans toute son étendue, la tête, se présentant la face la première, exécute, comme dans la présentation du crâne, une série de mouvements : 1° un mouvement de progression ou de descente ; 2° un mouvement plus prononcé d'extension de la tête sur le cou, persistant jusqu'au moment où le menton s'engage sous l'arcade des pubis ; 3° un mouvement d'inflexion latérale du cou en avant par lequel la tête s'accommode à la forme recourbée de la partie inférieure du canal pelvien ; il est, comme pour le crâne, peu prononcé, parce que le mouvement de pivotement y supplée en grande partie ; 4° un mouvement de rotation du fœtus qui ramène le menton sous les pubis, quelque éloigné qu'il en soit primitivement ; 5° un mouvement de flexion, à l'aide duquel, le devant du cou prenant un point d'appui sous l'arcade des pubis, la tête se dégage à l'exté-

rieur, la face la première, en s'élevant vers le mont de Vénus. Plusieurs de ces mouvements étant simultanés pendant une partie du temps qu'ils mettent à s'exécuter, quoiqu'ils ne se produisent qu'à des époques déterminées du travail, on donnerait une fausse idée de la marche de l'expulsion de la tête, en les prenant comme autant de temps distincts ; mais l'extension et la flexion offrant une succession bien déterminée, divisent, comme la flexion et l'extension pour le crâne, l'accouchement en deux temps bien distincts, d'une durée fort inégale, auxquels se attachent tous les autres phénomènes mécaniques.

Suivons maintenant dans les différentes positions de la face la marche de ces divers phénomènes mécaniques. Après l'écoulement d'une partie de l'eau de l'amnios et la dilatation complète de l'orifice de la matrice, le fœtus obéissant au mouvement d'expulsion qui lui est communiqué par les contractions utérines, s'avance la face la première à travers le détroit abdominal dans la direction du prolongement de son axe. L'extension de la tête s'achève dans le cas où elle est restée incomplète ; les déviations dans un sens et dans l'autre, s'il en existe, tendent à se corriger à mesure que la tête s'engage. Dans les positions mento-latérales droites, le menton et le devant du cou glissent, soit au-devant de l'éminence iléo-pectinée et des muscles obturateurs, soit, ce qui est le plus ordinaire, au-devant des parties molles que recouvrent la symphyse et l'échancrure sacro-iliaque droite ou de tout autre point intermédiaire aux précédents, le haut du front et la partie antérieure de la voûte du crâne au-devant des points diamétralement opposés du côté gauche. La joue droite, qui est en avant, est plus basse que la gauche, et occupe la plus grande partie du vide du bassin accessible au doigt. Dans les positions mento-latérales gauches, la progression se fait de la même manière ; mais les parties respectives ont des rapports inverses ; c'est la joue gauche qui est en avant et la plus basse, et le menton correspond plus souvent à la cavité cotyloïde qu'à tout autre point de ce côté du bassin. Dans l'une et dans l'autre position fondamentale, la partie supérieure de la poitrine se présente à l'entrée du bassin en même temps que la partie postérieure du vertex. Le mouvement de progression serait interrompu si la tête, pressée avec plus d'énergie par les contractions expulsives, ne passait pas à un état d'extension plus prononcé, dans lequel la région occipitale est renversée sur la région cervicale qui forme un sinus pour recevoir la partie postérieure de la tête, qui se croise à peine avec la partie supérieure et postérieure du tronc. Ajoutez à cela que les épaules, en raison de leur mobilité, sont abaissées et allongent le cou en décou-



vrant un peu l'extrémité conique que présente le thorax en haut, dont la portion la plus rétrécie peut pénétrer en partie dans le détroit supérieur avec la tête. Dans cette situation, la face peut atteindre le fond du bassin, et même réagir contre le périnée, non seulement dans les positions mento-antérieures, mais encore dans les positions mento-postérieures, où le menton peut dépasser le bord inférieur des ligaments sacro-sciatiques avant d'exécuter le mouvement de rotation qui doit ramener en avant la face et le plan antérieur du fœtus; ce qui permet à la tête de se relâcher de son extension forcée à mesure que le menton s'approche du haut de l'arcade des pubis. Le bassin ayant peu de profondeur en avant, il n'est pas nécessaire dans les positions mento-antérieures sur tout, si le menton descend sur une ligne peu éloignée de la symphyse, que l'extension soit portée à son dernier degré pour qu'il puisse s'engager sous l'arcade des pubis.

En avançant dans la partie inférieure et recourbée du canal pelvien, la face, qui regardait primitivement en arrière vers la concavité du sacrum, se dirige un peu en avant par un mouvement d'inflexion latérale qui tend à mettre les deux joues sur le même niveau, et qui rapproche celle qui est en avant du centre de l'arcade des pubis. Mais c'est toujours celle-là qui continue à s'avancer la première dans le canal vulvo-utérin; car c'est principalement à dater de ce moment que commence la tuméfaction séro-sanguine, et cette tuméfaction a son siège, dans les positions mento-latérales droites, sur la moitié droite de la joue et de la bouche, et s'étend rarement jusque sur la joue gauche; et même, lorsque la tête traverse rapidement le détroit inférieur et la vulve, elle reste bornée sur la partie antérieure de la joue droite sans s'avancer jusque sur la bouche. Dans les positions mento-latérales gauches, la tuméfaction séro-sanguine se forme sur les mêmes points de la joue gauche.

En même temps que la tête s'infléchit en avant en réagissant contre la partie inférieure et postérieure du bassin et du périnée, la résistance qu'elle rencontre lui imprime, ainsi qu'au tronc, un mouvement de rotation; et l'on peut suivre dans les positions mento-postérieures, le menton s'avancant lentement à chaque douleur par des mouvements de va-et-vient au-devant des ligaments sacro-sciatiques, de la tubérosité et la partie inférieure de la branche ascendante de l'ischion. Ce mouvement est très étendu dans les cas où le menton correspond primitivement vers l'une ou l'autre des symphyses sacro-iliaques ou même à l'une des extrémités du diamètre transversal. Le mouvement de rotation qui, dans les positions mento-postérieures, ramène en avant le plan

antérieur du fœtus, s'exécute d'une manière plus constante que dans les mêmes positions du vertex. Dans les positions mento-antérieures, il est fort peu étendu; il est presque nul ou tout-à-fait nul lorsque le menton correspond primitivement à un point de la branche horizontale du pubis très rapproché de la symphyse. Dans quelques cas, le mouvement de rotation s'exécute avant que la face réagisse contre le fond de l'excavation, et se combine alors avec le mouvement de descente, qui est rendu plus facile. Pendant que le mouvement de rotation du fœtus continue, l'inclinaison latérale de la tête en avant se corrige, et le menton s'engage sous le milieu de la branche ischio-pubienne du côté où il correspondait primitivement, sous la droite, dans les positions mento-latérales droites, sous la gauche, dans les positions mento-latérales gauches, et glissent vers le haut de l'arcade des pubis, contre laquelle le devant du cou vient arc-bouter sans se placer exactement sous la symphyse; et, si le diamètre mento-frontal ne correspond pas exactement au diamètre coccy-pubien, il en est plus rapproché que du diamètre oblique. Ce n'est pas que le menton ne puisse pas correspondre exactement sous la symphyse, mais ce n'est pas le cas ordinaire.

A mesure que le menton approche du haut de l'arcade des pubis, l'extension du cou diminue et le front s'abaisse sensiblement, tandis que le menton se relève sous la commissure antérieure de la vulve. Lorsque le haut du cou arc-boute sous l'arcade des pubis, le mouvement de progression est arrivé à son terme, et la tête va franchir la gouttière périnéale et la vulve en passant de l'état d'extension à l'état de flexion. La vulve laisse apercevoir, à mesure qu'elle s'entr'ouvre plus largement à chaque douleur, l'extrémité du menton, la partie inférieure et antérieure de la joue tuméfiée et violacée et une partie de la bouche du côté droit dans les positions mento-latérales droites, ou le côté opposé de la face dans les positions mento-latérales gauches. Les contractions utérines et les efforts des muscles de l'abdomen poussant avec énergie le fœtus, une partie des forces développées vient se perdre par l'intermédiaire du cou contre l'arcade du pubis; l'autre est transmise à la partie postérieure de la tête, qui se fléchit peu à peu. A chaque nouvelle douleur le périnée s'abaisse davantage, et forme une gouttière plus profonde et plus allongée; le mouvement de rotation s'achève, et la face se présente en plein à la vulve, le diamètre mento-frontal correspondant au diamètre coccy-pubien, et l'on voit apparaître successivement sur la commissure postérieure de la vulve le reste de la face, le front, la fontanelle antérieure, la suture pariétale et la fontanelle oc-



capitale. La tête, qui s'était relevée vers le bas de la paroi abdominale en exécutant le mouvement de flexion en arc de cercle à l'aide duquel elle se dirige à travers le détroit inférieur, la gouttière périnéale et la vulve, retombe en arrière aussitôt qu'elle devient libre. Elle conserve assez souvent une direction légèrement oblique en traversant la vulve. Aussitôt qu'elle est dégagée, la face se porte vers l'aîne droite dans les positions mento-latérales droites, et vers l'aîne gauche dans les positions mento-latérales gauches, soit par un mouvement de restitution dans le sens qu'on attache à ce mot; soit plutôt parce que la tête suit le mouvement des épaules, qui se placent dans une direction oblique en s'engageant dans le détroit inférieur. L'expulsion des épaules au-dehors se fait comme nous l'avons indiqué dans l'accouchement par le crâne. Le dégagement de la tête dans la présentation de la face ne paraît ni plus long ni plus difficile que dans la présentation du vertex; ce qui se conçoit du reste: le point d'union de la tige rachidienne avec la tête étant plus rapproché de l'extrémité occipitale que de l'extrémité faciale, la plupart des rayons trachélo-crâniens sont moins longs que les rayons cervico-crâniens, mais la saillie de la mâchoire inférieure compense en partie cet avantage.

*Anomalies dans les phénomènes mécaniques de l'accouchement par la face.*—Ces anomalies sont relatives à la mutation d'une présentation en une autre, à la persistance de la tête dans un état de déviation, à l'absence du mouvement de rotation dans les positions mento-postérieures.

4. Dans les présentations de la face consécutives à une présentation du vertex, lorsque la mutation se fait avant que la tête soit descendue dans l'excavation, son extrémité occipitale remontant en partie au-dessus du détroit supérieur pendant le mouvement d'extension, les extrémités du diamètre occipito-mentonnier ne se trouvent pas en même temps en rapport avec les points opposés de l'un des diamètres oblique ou transversal du bassin. Il en est en grande partie de même lorsque le crâne plonge déjà profondément dans l'excavation pelvienne, le diamètre occipito-mentonnier croise les diamètres du bassin dans une direction oblique et échappe aux obstacles qui peuvent résulter de ses dimensions étendues. Pendant la transformation, le menton s'éloigne lentement de la poitrine, et la tête passe de l'état de flexion à l'état d'extension, ce qui constitue un temps particulier pendant lequel la présentation est mixte, et l'on trouve en même temps des caractères appartenant au vertex et à la face, jusqu'à ce que celle-ci ait pris d'une manière franche la place du crâne.

Les positions occipito-postérieures fournissent les mento-antérieures, et réciproquement. Dans les premières, qui donnent plus souvent lieu aux changements de présentation, la mutation ne se fait quelquefois qu'au moment où la tête est sur le point de franchir le détroit inférieur et la vulve; après que le front s'est montré sous l'arcade des pubis, au lieu de rester immobile ou de se relever derrière les pubis pour permettre à l'occiput de s'avancer dans la gouttière périnéale, il descend de plus en plus, tandis que l'occiput remonte, et la tête, au lieu de se mettre dans un état de flexion forcée, s'étend de plus en plus sur le dos; le devant du cou s'applique derrière la symphyse des pubis, le menton s'engage sous l'arcade, les autres parties de la face apparaissent, puis le sommet et l'occiput se dégagent au-devant de la commissure postérieure de la vulve. Ce mode de dégagement de la tête est fort rare; madame Boivin n'en cite qu'un exemple; Béclard en a rencontré un autre; M. Moreau l'a observé trois fois dans le cours de sa pratique.

2. Dans la présentation de la face, les déviations latérales de la tête qui ne rentrent pas dans les présentations des épaules se corrigent ordinairement sous l'influence des contractions utérines, pendant que la tête descend dans l'excavation, ne doivent pas nous arrêter. Mais il n'en est pas toujours de même lorsque le front s'avance le premier, soit primitivement, soit consécutivement; il persiste quelquefois à rester au centre de l'excavation, et la tête se présente dans cette situation pour franchir le détroit inférieur. A une période aussi avancée du travail, la réduction peut encore avoir lieu, soit du côté de la face, soit du côté du crâne. Dans le premier cas, le front, qui s'est avancé jusque dans l'arcade des pubis, se porte graduellement d'avant en arrière jusqu'à ce que le menton puisse s'engager sous l'arcade des pubis. Dans le second cas, le front, après s'être montré à la vulve, remonte derrière l'arcade, où il disparaît; la tête se fléchit de plus en plus et se dégage à l'extérieur comme dans les positions occipito-postérieures lorsque le mouvement de rotation n'a pas lieu. Dans les conditions ordinaires, si cette présentation intermédiaire à la face et au vertex persiste, ce qui arrive du reste très rarement, l'accouchement est impossible, la tête se présentant au détroit inférieur par des diamètres généralement plus étendus que ceux de cette ouverture. Cependant il se rencontre des cas où une tête petite, coïncidant avec un bassin très grand, peut franchir le détroit inférieur et la vulve dans cette situation. Madame Lachapelle assure avoir vu la tête sortir, le front le premier, soit par les seuls efforts utérins, soit à l'aide du forceps.



3. Nous avons dit que le mouvement de rotation qui ramène la face et le plan antérieur du fœtus en avant se fait avec beaucoup de constance ; cependant il peut rester incomplet et même n'avoir pas lieu du tout. Madame Lachapelle a vu deux ou trois fois la face se dégager dans une position transversale. Dans les cas où le menton est resté en arrière, la tête étant dans la direction de l'un des diamètres obliques ou dans tout autre qui s'en rapproche beaucoup, trois cas différents peuvent se présenter à l'observation.

1° Malgré la continuation des efforts d'expulsion, la progression de la tête est définitivement arrêtée sur le plancher du détroit inférieur, et l'expulsion du fœtus est rendue impossible par les seules forces de l'organisme.

2° La présentation de la face se convertit en une présentation du sommet. Ce changement, qui du reste paraît avoir été observé, doit être au moins excessivement rare, car on ne peut disconvenir qu'il présente de nombreuses difficultés ; la tête étant arrivée la face la première au fond de l'excavation pelvienne, ne peut passer de l'état d'extension à l'état de flexion sans que dans un mouvement donné le diamètre occipito-mentonnier soit parallèle au diamètre oblique de l'excavation pelvienne. Bien qu'en général on ait un peu exagéré la longueur du diamètre occipito-mentonnier, qui n'a guère que 43 millimètres (6 lignes) de plus que l'occipito-frontal, et que la tête puisse à la rigueur, dans beaucoup de cas, passer de l'état d'extension à l'état de flexion dans le sens des diamètres oblique ou transversal, il est évident que ce mouvement, souvent impossible, doit rencontrer, même dans des conditions favorables, de grandes difficultés, tout en supposant avec M. Cazeaux que le menton puisse sensiblement déprimer les parties molles qui occupent l'échancrure sciatique et donner aux diamètres obliques une étendue rigoureusement suffisante. Ajoutons que l'action contractile de l'utérus ne paraît pas favorablement disposée pour opérer cette mutation, et qu'elle tend à maintenir la tête dans un état d'extension forcée, car le rachis transmet sur la partie inférieure de la face une grande partie de l'effort développé à chaque contraction. Cependant le cou et la partie la plus élevée du dos étant appliqués sur la partie inférieure et postérieure de la tête, c'est par cette surface étendue que l'impulsion communiquée au tronc se transmet en grande partie à la tête, et l'occiput, poussé directement, glisse derrière l'une des fosses obturatrices. Mais cette impulsion se ralentit à mesure que l'occiput s'éloigne de la partie supérieure du dos et que la tête passe de l'extension à la flexion. Pendant que l'occiput descend en

avant, le menton remonte en arrière, et si la mutation se complète, l'accouchement se termine en position occipito-antérieure gauche ou droite, suivant que le menton répondait primitivement à la symphyse sacro-iliaque droite ou gauche.

3° Il peut arriver qu'il ne se fasse ni mouvement de rotation ni mutation en une présentation du sommet, et que le menton continue à s'avancer sur la paroi postérieure du canal pelvien jusqu'à s'engager au-devant de la commissure postérieure de la vulve, qui est refoulée en arrière vers l'arcade ischio-coccygienne pendant que la tête se dégage à l'extérieur par un mouvement de flexion. Il semble que ce soit de cette manière que l'expulsion de la tête s'est effectuée dans le petit nombre d'observations peu détaillées d'accouchements par la face terminés spontanément sans mouvement de rotation, le menton étant primitivement situé en arrière. Dans le cas observé par Smellie, l'enfant était petit et le bassin large; dans celui observé par Delamotte, l'enfant est né mort. Nous avons déjà dit plus haut que madame Lachapelle avait vu deux ou trois fois la face se dégager sous la tubérosité de l'ischion. Le trajet que le menton a eu à parcourir dans ce cas n'est pas très sensiblement moins long que s'il s'était avancé, soit au-devant du ligament sacro-sciatique, soit au-devant de la partie inférieure du sacrum, pour gagner la commissure postérieure de la vulve. Ainsi, si dans les conditions ordinaires du côté du fœtus et de la mère il y a peu de chances de voir, dans les positions mento-postérieures, l'accouchement pouvoir se terminer spontanément sans que la tête exécute un mouvement de rotation vers l'arcade du pubis, il peut se présenter fortuitement des circonstances qui permettent que le dégagement de la face se fasse dans ce sens : tels sont, un fœtus petit, né à terme ou prématurément, un bassin large, à plus forte raison ces deux circonstances réunies, la laxité que présentent les fœtus putréfiés. En effet, nous avons vu que, dans l'extension très prononcée, la partie postérieure de la tête et supérieure du tronc ne se doublaient que dans une très petite étendue, et que, les épaules étant abaissées, l'extrémité conique du thorax pouvait s'engager avec la tête jusque dans l'excavation pelvienne et permettre au menton de descendre en arrière au-delà du ligament sacro-sciatique. Lorsque le bassin est très large ou le fœtus petit, le menton peut facilement gagner la commissure postérieure et la tête se dégager à la vulve par un mouvement de flexion au-devant du périnée refoulé en arrière. Si le cou du fœtus était plus long, et pour ne pas faire une supposition, lorsqu'il est très extensible comme chez les fœtus morts et macérés dans l'eau de l'amnios, l'extrémité occipitale de la tête



et la partie supérieure du tronc peuvent se mettre en quelque sorte bout à bout lorsque le mouvement d'extension est poussé aussi loin que possible, comme si le grand trou occipital se trouvait rapproché de la bosse occipitale et qu'il eût la situation et la direction qu'il présente dans les animaux. Il est même permis de croire que, si dans la présentation de la face le menton se dégage si rarement en arrière, cela dépend en partie de ce que cette présentation est peu fréquente, et de ce que les causes qui font tourner le plan antérieur du fœtus en avant sont très rarement en défaut.

*Diagnostic de la présentation de la face.*—On reconnaît que l'enfant se présente par la face, non seulement par les signes généraux de la présentation de la tête, mais encore par la forme des différentes parties de la face, du front et de ses sutures, des yeux, du nez, de la bouche, du menton, etc. Ces parties, lorsque la face n'est pas encore tuméfiée, offrent des caractères faciles à reconnaître; si cette présentation est plus difficile à déterminer au début du travail, et reste plus longtemps obscure que celle du vertex, cela dépend de la situation ordinairement plus élevée de la face au début du travail et de la présence d'une plus grande quantité de liquide entre elle et le segment inférieur de l'utérus. Cependant il ne faudrait pas en conclure que ces difficultés empêchent le plus ordinairement de reconnaître la face avant la rupture des membranes. Dans les 85 présentations de la face, du relevé de M. Dubois, 49 ont été clairement reconnues et annoncées avant la rupture, 49 l'ont été immédiatement après; enfin, dans les 17 dernières, cette région n'a été reconnue que longtemps après la division de l'œuf.

La direction du nez, ou la présence soit du menton, soit du front vers un point de la circonférence du bassin, sert à déterminer la position. Dans la position mento-latérale droite, si, après avoir reconnu le nez qu'on rencontre ordinairement sans peine, on dirige de droite à gauche l'indicateur le long de la face dorsale de cet organe, il tombe bientôt sur la suture frontale, de gauche à droite sur les narines, en avant sur l'œil droit et la moitié droite de la face qui regarde le vagin. Dans la position mento-latérale droite, le toucher fait reconnaître les mêmes parties dirigées en sens inverse, et le côté gauche de la face qui regarde en avant. Le toucher doit être pratiqué avec beaucoup de ménagement; car la pression du doigt sur certaines parties, sur l'œil par exemple, pourrait occasionner quelques lésions graves. Lorsque la présentation de la face n'est pas franche, le diagnostic est toujours plus difficile. Si le front avance le

premier, les autres parties de la face sont peu accessibles, mais la suture frontale, le bord supérieur de l'orbite ou l'œil qui est en avant se présentent ordinairement au doigt. Dans la déviation latérale on peut rencontrer l'oreille.

A une période avancée du travail, la face est quelquefois tellement tuméfiée et déformée qu'on a de la peine à la reconnaître. Le nez est caché dans un sillon que forment les joues, de sorte qu'après un examen superficiel, l'ouverture de la bouche sur ce sillon, la saillie de la joue qui est avant semblent faire reconnaître le siège; et si on ne s'attache pas à constater la présence ou l'absence du rebord alvéolaire de la langue, la contractilité et la non-contractilité de l'orifice, on peut prendre la face pour le siège. Il faut aussi faire attention, en retirant le doigt, s'il est ou non recouvert de méconium. On a même quelquefois de la peine à reconnaître de suite la face au moment où elle apparaît à la vulve; mais à mesure qu'une plus grande étendue se montre, on découvre d'abord la bouche arrondie ou plutôt allongée longitudinalement par le changement de direction des lèvres qui sont saillantes et rapprochées de la ligne médiane, ce qui fait paraître le rebord alvéolaire situé profondément. Les lèvres exécutent assez souvent des mouvements, et l'on entrevoit quelquefois le bout de la langue qui se meut au fond de l'ouverture qu'elles circonscrivent. La cessation prolongée des mouvements de la langue et des lèvres pourrait faire craindre que le fœtus s'affaiblisse et ne soit dans un état de danger imminent.

*Pronostic.* — La présentation de la face a longtemps été considérée comme dangereuse, et ne pouvant se prêter à l'expulsion spontanée et heureuse du fœtus que dans des cas exceptionnels, c'est-à-dire lorsque le bassin est très large et la tête très petite. On prescrivait de ramener le vertex au centre du bassin, ou d'aller chercher les pieds si on ne pouvait pas déterminer la réduction. Les cas qui de temps en temps échappaient par hasard à cette pratique, et dans lesquels on voyait l'enfant naître spontanément et vivant, excitaient l'étonnement des praticiens sans les éclairer. Cependant Portal s'était exprimé à l'égard de ce genre d'accouchement d'une manière très propre à faire élever des doutes sur la manière de voir généralement admise. « Tout ce qu'il peut arriver, dit-il, à l'enfant, c'est de souffrir, d'avoir la face noire et tuméfiée, n'ayant pas plus de mystère en celui-là qu'aux naturels. » Deleurye s'exprime encore d'une manière plus formelle: « Des auteurs, dit-il, admettent la position de la face comme très mauvaise; je ne le crois pas, quand elle se présente bien directement, parce que l'on voit tous les jours pareils accouchements



se terminer naturellement. Ils sont un peu plus longs, mais enfin ils se terminent sans le secours de l'art » Quelques autres praticiens en France et à l'étranger avaient émis la même opinion sans faire plus d'impression. C'est à la pratique et aux travaux de Boer et de madame Lachapelle que l'on doit de considérer l'accouchement par la face comme un genre d'accouchement naturel, qu'il faut abandonner aux efforts de l'organisme. Cette pratique, aujourd'hui généralement adoptée, démontre que l'accouchement par la face n'est pas sensiblement plus dangereux, plus pénible et plus long que par le vertex, bien que les conditions de transmission de la force expulsive sur la tête soient sensiblement moins bien disposées, au moins pendant le temps de l'extension; mais il exige un peu plus souvent les secours de l'art.

Relativement au fœtus, l'accouchement par la face participe en grande partie des avantages de la présentation du vertex; néanmoins il donne lieu à une mortalité plus grande. Mais il est plus avantageux que l'accouchement par l'extrémité pelvienne; sur les 403 accouchements du tableau cité de madame Lachapelle, 45, sans distinction de causes, ont été artificiels, 88 se sont terminés spontanément: ceux-ci ont donné 5 enfants morts, 97 vivants, parmi lesquels 43 sont nés faibles. Il est vraisemblable que la compression du cou, la gêne de la circulation cérébrale qui en résulte, et peut-être la distension de la portion cervicale de la tige cérébro-spinale, sont les causes qui rendent l'accouchement plus dangereux que par le vertex.

Lorsque la face est inclinée dans un sens ou dans l'autre, elle est ordinairement redressée par le progrès du travail. Mais l'abaissement du front persiste quelquefois assez longtemps pour entraver la marche de la tête et rendre l'intervention de l'art nécessaire. Lorsque la présentation de la face est consécutive, le travail est plus long, et fait courir plus de danger au fœtus. Les positions mento-postérieures dans lesquelles le mouvement de rotation n'a pas lieu exigent ordinairement les secours de l'art dans des conditions très fâcheuses pour la mère et le fœtus; lorsque l'expulsion s'effectue spontanément, comme nous l'avons indiqué, la vie du fœtus n'est guère moins gravement menacée. Nous pouvons à peine placer au nombre des dangers particuliers à ce genre d'accouchement la tuméfaction, l'aspect violacé et noirâtre de la face qui est plus ou moins ecchymosée; il arrive souvent que la joue et la bouche qui correspondait en avant offrent une tuméfaction plus prononcée, qui simule une déviation de la face du côté opposé. L'aspect de la figure de la plupart des enfants nés par la face est vraiment hideux; mais

quelques jours suffisent pour dissiper l'engorgement, la coloration noirâtre; il est même superflu de faire sur la face des applications de liquides résolutifs, comme on le recommande. La tête continue pendant quelque temps à se renverser en arrière, ce qui semble confirmer que cette attitude a préexisté plus ou moins de temps à l'accouchement.

III. DE L'ACCOUCHEMENT NATUREL PAR LE PELVIS. — Lorsque l'extrémité pelvienne se présente à l'orifice de la matrice, au début du travail, les membres inférieurs sont fléchis et rassemblés au-devant du bassin, et concourent à former l'extrémité inférieure de l'ovoïde que représente le fœtus. Nous avons vu (page 300) que les membres inférieurs affectent, dans leur rapprochement avec le tronc, des rapports à peu près constants et peu nombreux. Tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, les cuisses sont fléchies sur le devant du bassin et les jambes sur celles-ci; les pieds, ordinairement entre-croisés, sont appliqués au-devant du siège. Dans cet état, la flexion peut être très prononcée, et les genoux remonter assez haut au-devant de l'abdomen pour que les pieds ne dépassent pas les limites inférieures du bassin. Cette élévation des pieds est souvent consécutive, et ne s'opère que lorsque les différents segments des membres inférieurs sont plus exactement rapprochés de la partie inférieure du tronc, et que le pelvis tend à s'engager dans l'orifice de la matrice. Dans les cas où les fesses se présentent seules, il arrive assez souvent que les pieds en sont fort éloignés. Les cuisses sont, comme il vient d'être dit, fléchies sur le devant du bassin et de l'abdomen; mais les jambes, au lieu d'être fléchies, sont étendues et appliquées contre l'abdomen et la partie inférieure de la poitrine, le fœtus est en quelque sorte doublé. Cette situation des jambes est probablement souvent consécutive.

La flexion des cuisses et des jambes peut être moins prononcée que nous ne l'avons supposé d'abord, et les genoux sont moins élevés au-devant du plan antérieur du fœtus. Les pieds, placés au-devant des fesses, sont alors les parties les plus basses; les membres inférieurs, très mobiles, semblent en quelque sorte être rassemblés sous le siège, comme si le fœtus était accroupi. Toutefois les genoux remontant encore assez haut au-devant du bassin, ces rapports ne sont pas sensiblement dérangés pendant le travail, tant que l'orifice de la matrice n'est pas largement ouvert et que la poche des eaux n'est pas rompue. Mais, après l'écoulement du liquide amniotique, deux cas différents se



présentent : 1° les membres, plus fortement resserrés contre le tronc par le retrait de l'utérus, remontent un peu; les pieds et la partie inférieure des jambes restent au-devant des fesses et s'avancent les premiers; mais ils ne deviennent libres que lorsqu'une partie du bassin du fœtus a franchi la vulve. Malgré cette situation basse des pieds, il arrive encore quelquefois qu'ils remontent à mesure que le siège s'engage plus profondément et que les fesses apparaissent encore les premières. 2° Au moment de la rupture de la poche, les membres inférieurs, mobiles et jusqu'à un certain point libres au-devant et au-dessous du siège, s'en détachent en s'étendant, et traversent d'abord seuls l'orifice de la matrice, le vagin, etc. L'extension des membres n'a lieu quelquefois qu'assez longtemps après la rupture de la poche des eaux. Il peut aussi arriver, mais très rarement, que les genoux, très rapprochés de la circonférence du bassin, ou de l'orifice de la matrice dilaté, s'étendent et s'avancent les premiers à travers le canal vulvo-utérin. Un des membres inférieurs peut s'étendre, tandis que l'autre reste fléchi. On voit par ce qui précède que les présentations isolées des pieds et des genoux sont en quelque sorte accidentelles et consécutives aux premiers phénomènes du travail; qu'elles n'ont pas, à proprement parler, de mécanisme propre, différent de celui de l'expulsion du pelvis seul ou réuni avec les membres inférieurs fléchis: c'est, pour ainsi dire, la précidence des membres inférieurs sous le siège. Il est complètement superflu d'en traiter comme autant de présentations particulières de l'extrémité pelvienne. S'il convient de conserver ces expressions, c'est pour désigner des particularités qui se rencontrent assez souvent dans l'accouchement par le pelvis, et auxquelles se rattachent quelques considérations particulières qui trouveront naturellement leur place dans quelques unes des parties de cet article.

L'accouchement par l'extrémité pelvienne n'est pas très fréquent; il est d'ailleurs peu désirable à cause des dangers qu'il fait courir au fœtus. Sur les 20,517 accouchements rassemblés par madame Boivin, ceux de l'extrémité pelvienne y figurent pour 611, qui se partagent de la manière suivante: fesses 373, pieds 234, genoux 4. Les 22,243 accouchements observés par madame Lachapelle ont offert 804 présentations de l'extrémité pelvienne, savoir: fesses 492, pieds 303, genoux 9.

On éprouve de l'embarras à établir les rapports primitifs du bassin du fœtus avec celui de la mère; car les observations et les assertions des auteurs sur ce point sont tellement contradictoires qu'on pourrait croire que ces rapports n'ont rien de bien fixe.

Cependant elles démontrent d'une manière satisfaisante que le diamètre sacro-pubien du fœtus est très rarement dans un rapport exact avec le diamètre sacro-pubien de la mère, et que le sacrum du premier, qui est pris pour point de reconnaissance, est ordinairement plus ou moins dirigé de côté, de manière qu'on est autorisé à maintenir pour le siège les mêmes divisions générales qui ont été adoptées pour les autres présentations. On trouve, en effet, sur les 644 présentations de l'extrémité pelvienne du relevé de madame Boivin, 353 positions sacro-latérales gauches et 244 sacro-latérales droites; 41 fois seulement le sacrum a correspondu à la symphyse des pubis. Sur les 804 du relevé de madame Lachapelle, il y a 516 positions sacro-latérales gauches, et 278 sacro-latérales droites; le dos du fœtus est indiqué comme ayant répondu 8 fois directement en arrière vers le sacrum et 3 fois directement en avant vers la symphyse des pubis. Mais ces positions directes dans le sens antéro-postérieur sont assez rares pour qu'il soit permis de les négliger dans une classification générale. On voit que les positions sacro-latérales gauches sont plus fréquentes que les positions sacro-latérales droites, mais dans un rapport qui s'éloigne beaucoup de celui qui existe entre les mêmes positions du vertex. Quant aux rapports déterminés du sacrum avec les points principaux de chaque moitié du bassin, les observations sont plus contradictoires encore: et l'on ne doit point s'en étonner: le pelvis restant fort élevé pendant la première période du travail, il est fort difficile d'établir avec exactitude ses rapports primitifs. Comme pour le crâne et la face, madame Lachapelle a cherché à établir que les positions directement transversales, soit dans un sens, soit dans l'autre, étaient très fréquentes; mais l'analogie et les observations de la plupart des autres auteurs semblent démontrer que le pelvis, comme le crâne, est placé, au début du travail, dans une direction diagonale, et que le diamètre sacro-pubien correspond ordinairement au diamètre oblique gauche de la mère, de sorte qu'on trouve sur chaque côté du bassin une position commune ou fondamentale qui est, pour le côté gauche, la position sacro-cotyloïdienne, et pour le droit, la position sacro-iliaque. Les positions dans le sens du diamètre oblique droit, la sacro-cotyloïdienne droite et la sacro-iliaque gauche seraient peu communes et en quelque sorte exceptionnelles. Ainsi le pelvis affecterait à l'égard du bassin les mêmes rapports que l'extrémité céphalique lorsqu'elle se présente; ce qui s'expliquerait, du reste, s'il est vrai, comme nous avons cherché à l'établir, que ce n'est pas seulement la forme du détroit supérieur, mais celle de la cavité de l'utérus qui déterminerait les



rapports du fœtus avant qu'ils soient modifiés par la marche du travail.

En étudiant l'attitude du fœtus dans l'utérus et les exceptions à sa situation ordinaire, nous avons été conduit à apprécier les causes de la présentation de l'extrémité pelvienne. On conçoit sans peine que les mouvements actifs du fœtus, que ses déplacements passifs qui se répètent à chaque instant et de mille manières différentes, puissent faire remonter souvent la tête jusque vers le fond de l'utérus. Ces déplacements deviennent de plus en plus limités à mesure que le fœtus prend plus de volume; vers la fin du sixième mois, mais surtout dans le septième, son diamètre longitudinal commence à être plus étendu que les diamètres transverse et antéro-postérieur de la matrice. Si à cette époque une secousse, un mouvement fait remonter la tête vers le fond de la matrice, le fœtus tendra à conserver cette attitude, si de nouvelles secousses ou des mouvements ne lui font pas bientôt reprendre sa place; de jour en jour la capacité relative de la matrice devenant moins grande, le mouvement de culbute n'est plus possible, à moins qu'il n'y ait une grande quantité de liquide amniotique. A une certaine période de la grossesse, lorsque l'extrémité pelvienne vient occuper accidentellement le segment inférieur de l'utérus, il y a beaucoup de chances pour qu'il y reste définitivement. On s'explique ainsi d'une manière satisfaisante la présentation de l'extrémité pelvienne dans un certain nombre de cas, sa plus grande fréquence dans les accouchements prématurés, et lorsque le fœtus est mort et qu'il a perdu en grande partie sa fermeté. On rencontre cependant quelquefois une particularité que les déplacements accidentels du fœtus ne peuvent point expliquer, et qui tend à jeter du doute sur la cause que j'invoque: c'est que, dans un assez grand nombre de cas, la présentation pelvienne se reproduit dans toutes ou presque toutes les grossesses chez la même femme.

*Mécanisme de l'accouchement par le pelvis.*—Nous allons en partie reproduire ce qui a été dit à l'occasion du mécanisme de l'accouchement dans les présentations précédentes, tant il y a d'analogie dans les phénomènes mécaniques et la marche qui est imprimée au fœtus pendant son expulsion à travers le canal utéro-vulvaire, quelle que soit l'extrémité par laquelle il s'avance au dehors. L'ovoïde que figure l'extrémité pelvienne du tronc se présente ordinairement d'aplomb et d'une manière régulière à l'entrée du bassin, c'est-à-dire dans la direction de l'utérus, qui est la même que celle de l'axe du détroit supérieur ou qui s'en éloigne peu. Dans cette situation, la fesse qui est en avant est plus basse et

plus accessible que celle qui est en arrière, et la rainure coccy-pubienne regarde la partie inférieure de la courbure du sacrum. Les parties restent élevées au niveau du détroit supérieur, à moins que les pieds nese détachent de bonne heure des fesses, jusqu'à la dilatation complète du col et à la rupture de la poche des eaux, qui s'écoulent souvent immédiatement en totalité. L'utérus, revenu sur lui-même et s'appliquant immédiatement sur le fœtus, rapproche plus exactement les membres inférieurs du tronc et pousse le pelvis, comprimé et réduit à son plus petit volume possible, à travers l'orifice de la matrice et le détroit supérieur. C'est ordinairement pendant ce temps du travail que le fœtus est ramené à sa rectitude normale, lorsque la présentation n'est pas franche, que l'une des hanches, ou que la région sacrée ou pubienne s'est d'abord présentée à l'orifice de la matrice. Nous avons vu que le diamètre sacro-pubien du fœtus correspond presque toujours à l'un des diamètres obliques du bassin, et ordinairement à celui qui s'étend de gauche à droite, et le diamètre bis-iliaque correspond à l'autre diamètre oblique. C'est dans cette direction que se fait le mouvement de progression jusque vers le fond de l'excavation; la hanche qui est en avant glisse dans le canal utéro-vaginal, au-devant de l'éminence iléo-pectinée, des muscles obturateurs; celle qui est en arrière, au-devant des parties molles qui recouvrent la symphyse et l'échancrure sacro-iliaque du côté opposé. Ce mouvement de progression se fait avec beaucoup de lenteur lorsque les membres inférieurs restent réunis au tronc. Dans les cas rares où le diamètre sacro-pubien du fœtus correspond au diamètre sacro-pubien de la mère, de même que ceux où il correspond au diamètre transversal, il est ramené dans la direction de l'un des diamètres obliques à mesure que le siège s'engage dans le détroit supérieur, de sorte qu'il arrive au fond de l'excavation comme dans les positions diagonales.

En pressant contre le périnée pour s'engager dans le détroit inférieur, le pelvis exécute un léger mouvement de rotation. La hanche qui est en avant glisse d'arrière en avant derrière la branche ischio-pubienne en s'avancant au-dessous; celle du côté opposé se rapproche des parties latérales du coccyx et de la ligne médiane du périnée. En arrivant dans la partie recourbée du canal et en distendant le périnée d'arrière en avant, la région lombaire du fœtus s'incline de ce côté, la fesse qui est en arrière parcourt un plus long espace, se dirige en avant, et se met sur le même niveau que celle qui est dans le vide de l'arcade du pubis, et qui s'avance toujours la première. L'inflexion latérale en avant augmente à mesure que le siège approche de la vulve; et