de l'accouchement ne diffère donc que par l'étendue plus ou moins considérable du mouvement de rotation, étendue qui varie évidemment suivant le point avec lequel le menton était primitivement en rapport au détroit supérieur.

Remarques. — Cependant le mécanisme des positions de la face offre parsois

quelques anomalies dont nous allons parler.

1º Le mouvement de rotation que nous avons étudié, qui a pour résultat de ramener constamment le menton vers la symphyse des pubis, et que nous avons considéré comme absolument nécessaire à la terminaison spontanée du travail, peut cependant ne pas s'exécuter. Mais ces exceptions très-rares ne détruisent en rien le principe général que nous avons posé, car elles se rapportent toutes à des cas dans lesquels les dimensions de la tête étaient petites relativement à celles du bassin, ou bien encore à des cas dans lesquels il y a eu conversion spontanée de la position de la face en une position du sommet.

Madame Lachapelle a vu deux ou trois fois la face sortir transversalement, ou à peu près, hors de la vulve ; mais elle s'empresse d'ajouter que ce sont là des exceptions très-rares.

Pour comprendre ce mouvement de rotation, il suffit de se rappeler ce que nous avons dit du mécanisme de l'accouchement. Dans les positions transversales, par exemple, nous avons vu que le mouvement de descente ne pouvait se compléter avant que le menton se fût tourné vers la symphyse pubienne. Dans l'état d'extension de la tête, la résultante des forces transmises par le rachis vient aboutir à peu près sur le menton, et tend à l'engager de plus en plus. Eh bien! dans cette situation la force expulsive est perpendiculaire ou oblique au plan de la résistance : si elle est perpendiculaire, ses efforts sont perdus, et ne peuvent rien pour les progrès du travail ; si la force est oblique à la résistance, elle l'est d'avant en arrière ou d'arrière en avant. Dans le premier cas, elle tendrait à porter le menton en arrière ; mais un pareil mouvement ne servirait en rien à l'engagement du menton, puisque la paroi du bassin a une longueur verticale d'autant plus considérable qu'on se rapproche davantage de la ligne médiane sacrée. Encore donc des efforts perdus. Dans le second, au contraire, la force oblique d'arrière en avant tend à porter le menton en avant, c'est-à-dire vers une paroi de plus en plus courte qui facilite ainsi son mouvement de descente. Or, quelle est après tout la direction de la force utérine? Tout le monde sait qu'elle varie à chaque instant : suivant la position de la femme, suivant la violence des contractions, la matrice peut se trouver successivement dans une des trois positions indiquées relativement au plan résistant. Si elle est perpendiculaire, efforts perdus. Si elle est oblique d'avant en arrière, contractions inutiles; elles ne seront vraiment efficaces que lorsqu'elles agiront sur le menton, de haut en bas et d'arrière en avant. Loin de moi la pensée de placer dans l'utérus une force intelligente : c'est en tâtonnant, pour ainsi dire, qu'il prend une direction convenable, et, une fois l'impulsion donnée, la force devient de plus en plus oblique, et par conséquent de plus en plus active. Ce sont ces tâtonnements (qu'on me pardonne le mot) qui rendent quelquesois ce mouvement de rotation si difficile et si lent à s'opérer.

On a avancé, dans ces derniers temps, que ce mouvement de rotation est tout aussi facile dans les positions mento-postérieures que dans les mento-antérieures. Si je suis parvenu à bien faire comprendre ma pensée sur la cause et le mécanisme de ce mouvement, on comprendra facilement que, plus le menton est en arrière et surtout en même temps à droite, puis il rencontrera des difficultés dans son accomplissement, puisque la résultante des forces utérines se rapprochera beaucoup de la perpendiculaire au plan résistant.

2º Quant aux variétés dans lesquelles le menton regarde en arrière du bassin, nous avons déjà dit qu'il fallait que le menton revînt en avant. Cependant on trouve dans les auteurs des observations de position mento-postérieure qui se sont terminées spontanément, et dans lesquelles on n'a pas vu le menton revenir sous la symphyse des pubis; les auteurs diffèrent sur l'explication de cette anomalie.

M. Velpeau suppose une variété mento-sacrée (la deuxième de Baudelocque), c'est-à-dire le menton tourné vers la face antérieure du sacrum. (Pour le dire en passant, cette position est à peine admissible.) Le menton ne revenant pas en avant, voici, suivant lui, ce qui peut arriver : Le front s'avance derrière le corps ou la symphyse des pubis, en même temps que le menton au-dessous de l'angle sacro-vertébral. Toute la tête s'engage alors jusqu'au delà de la fontanelle antérieure pour le plan antérieur, et jusqu'à ce que la face ait entraîné avec elle le devant du cou, et même le commencement de la poitrine en arrière. A partir de là, le diamètre occipito-mentonnier, qui représente encore à peu près l'axe du détroit, exécute un mouvement de bascule de haut en bas et d'arrière en avant. Le menton, pénétrant de plus en plus vers le fond de l'excavation, étant retenu d'ailleurs par le thorax qui ne peut avancer, force la suture sagittale à glisser derrière les pubis, et le front à gagner la partie supérieure du détroit inférieur. Les bosses frontales ne tardent pas à prendre un point d'appui sur le périnée ; la fontanelle postérieure descend à son tour, et finit par se montrer au sommet de l'arcade ; enfin la tête se dégage comme dans la position occipito-antérieure. Il suit de là, ajoute M. Velpeau, que le plus grand diamètre qui puisse se présenter aux plans des détroits est l'occipito-frontal. Nous ne saurions admettre cette dernière proposition de M. Velpeau ; car si, comme il le dit, le menton est en rapport avec la face antérieure du sacrum, et qu'il pénètre de plus en plus, il est évident que, l'occiput glissant derrière la symphyse, le diamètre occipito-mentonnier devra, en un moment donné, traverser le diamètre antéro-postérieur de l'excavation ; or c'est ce qui est évidemment impossible, et ce qui nous fait complétement rejeter l'explication de M. Velpeau. Les faits observés par Smellie et Delamotte, et qu'il cite à l'appui de sa théorie, ne prouvent rien; car dans ces deux faits les fœtus étaient petits, morts, et les femmes étaient déjà accouchées d'enfants volumineux.

M. Guillemot a expliqué différemment la terminaison spontanée du travail dans ces cas. Le menton ne revenant pas en avant, l'accouchement, suivant

lui, peut se terminer de deux manières : 1º Le front continue de descendre et de s'engager sous la branche du pubis jusqu'à .ce que la fontanelle antérieure apparaisse au dehors. Cette progression permet au menton de se porter en avant et d'atteindre le rebord du périnée. Alors commence le mouvement de flexion, etc. Nous ne concevons pas comment, dans l'extension forcée de la tête sur le thorax, le menton peut, parcourant tout le plan postérieur de l'excavation, arriver jusqu'au devant de la commissure antérieure du périnée. Il faut de toute évidence que la poitrine s'engage fort avant avec la tête, ce qui est impossible, à moins de supposer un avorton. 2º L'accouchement par la face peut se convertir en accouchement par le vertex. Voici, toujours suivant M. Guillemot, comment les choses se passent : La face, fortement poussée, ne pouvant s'échapper à travers le détroit périnéal, tend à se porter vers les points qui lui offrent peu de résistance. Ici, c'est en haut et en arrière que se trouve cette condition. Le menton s'éloigne du périnée, et se rapproche de la poitrine du fœtus, en se dirigeant dans la courbure du sacrum et vers l'angle sacro-vertébral; le front, qui a suivi ce mouvement, répond à son tour au sacrum; le vertex s'est abaissé, en glissant derrière les pubis; et, au moment où le menton s'applique sur la poitrine de l'enfant, l'occiput s'engage sous l'arcade. M. Guillemot suppose encore la face assez engagée pour que le menton vienne se mettre en contact avec le périnée. Nous avons déjà dit que cela est impossible, à cause de l'étendue des diamètres réunis de la tête et de la poitrine, qui toutes deux seraient engagées fort avant dans l'excavation. Mais en admettant même que le menton pût descendre aussi bas, quelle est la puissance qui le ferait se relever ensuite dans la cavité du sacrum, dont l'espace, quoi qu'en dise M. Guillemot, est occupé par la poitrine fortement engagée ? Par suite de la position renversée de la tête, la contraction utérine, toujours transmise par le rachis, agit d'abord sur le menton (M. Velpeau l'a bien reconnu), et ce n'est que parce qu'elle est impuissante à faire descendre encore le menton, qu'elle porte son action par un levier brisé sur l'autre extrémité du diamètre fronto-mentonnier, c'est-à-dire sur le front, qu'elle abaisse dans la théorie de M. Guillemot. Enfin, admettant même que le menton pût remonter, il est difficile d'admettre qu'il remonte au-dessus de l'angle sacro-vertébral; il restera

Ce n'est donc pas, à mon avis, de cette manière qu'il faut comprendre la conversion des positions mento-postérieures de la face en positions occipito-pubiennes.

donc sans cesse en contact avec la face antérieure du sacrum ; et alors il faudra

bien qu'en un moment donné le diamètre occipito-mentonnier franchisse le

diamètre antéro-postérieur de l'excavation.

Parmi les observations que j'ai pu consulter, j'en ai trouvé seulement trois dans lesquelles le menton était en rapport direct avec la face antérieure du sacrum : celles de Smellie, de Delamotte et de Meza (rapportées par M. Guillemot). Or, dans celle de Smellie, il est dit positivement que l'enfant était petit; la femme avait le bassin large et elle accouchait ordinairement très-promptement. Dans celle de Delamotte, il n'est rien dit de la tête et des

dimensions du bassin. Enfin, dans le fait de Meza, il fut obligé d'appliquer le forceps; or, ce n'est plus là une terminaison spontanée, et il serait facile de démontrer que l'application du forceps peut agir différemment, et avec beaucoup plus d'avantage, dans ce cas, que la contraction utérine. N'oublions pas de dire que les deux premiers enfants vinrent morts.

Toutes les autres opérations se rapportent à des positions mento-sacro-iliaques droites, ou mento-sacro-iliaques gauches. Or, dans celles-ci, il me paraît possible de comprendre la terminaison spontanée du travail, sans engagement simultané de la poitrine et de la tête. Supposons, en effet, une position mento-sacro-iliaque droite. Après l'extension complète de la tête, la face descendra dans l'excavation autant que le permet la longueur du cou, et le menton arrivera par conséquent jusqu'au niveau de la grande échancrure sciatique, d'autant plus qu'il sera facilité dans ce mouvement de progression par la forme de cette portion de l'os ilium, qui paraît en ce point taillé en cône. Arrivé dans la grande échancrure sciatique, le menton trouvera là des parties molles qu'il pourra facilement déprimer. Cette dépression sera suffisante pour augmenter de 6 à 8 millimètres le diamètre oblique de l'excavation, permettre au diamètre occipito-mentonnier de le franchir, et à la tête d'exécuter le mouvement de flexion qui conduira l'occiput sous la symphyse pubienne.

§ IV. - Présentations de la face inclinée ou irrégulière.

La face ne s'offre pas toujours au détroit supérieur de manière à placer la circonférence mento-frontonnière parallèlement à l'ouverture du bassin. Les mêmes causes qui déterminent l'inclinaison des présentations du sommet peuvent aussi rendre irrégulières celles de la face; et nous pouvons encore ici invoquer l'obliquité utérine, l'obliquité partielle du fœtus, l'extension incomplète ou exagérée de la tête, pour comprendre comment tantôt une des joues, tantôt le front et le menton peuvent se trouver au centre du détroit. Mais ce sont là, non pas des présentations distinctes, mais des variétés, des nuances de la présentation de la face, qui presque jamais ne rendent le travail plus difficile.

La seule modification qu'elles apportent dans le mécanisme est la suivante : dans les positions (malaires de Baudelocque) inclinées sur le côté, où une des joues est au centre, la tête, comme dans les inclinaisons pariétales du sommet, éprouve pendant son engagement un mouvement de redressement par lequel la face se rétablit dans son horizontalité normale. Dans les présentations dites du front ou du menton, la partie la plus élevée s'abaisse et se met sur le même niveau que l'autre.

§ V. - Pronostic.

L'accouchement spontané par la face a été pendant longtemps et est encore aujourd'hui, par quelques personnes, considéré comme ne pouvant avoir lieu. Ce n'est guère que depuis les travaux de Boër, de Chevreul, de madame Lachapelle, qu'il est admis que l'expulsion du fœtus est presque aussi souvent spontanée dans les positions de la face que dans les positions du sommet. Il faut le dire toutefois, le travail est en général plus long, plus pénible et plus fâcheux pour la mère et le fœtus. Il exige beaucoup plus souvent l'intervention de l'art. Les réflexions que nous avons présentées font pressentir que les positions mentopostérieures sont plus fâcheuses que les autres.

Si le travail est plus long, ce n'est pas, comme l'avaient dit Capuron et plusieurs autres, parce que les plus grands diamètres de la tête se présentent aux diamètres du bassin: il suffit, en effet, de se rappeler les rapports que nous avions indiqués pour voir que ce sont constamment les diamètres mento-bregmatique et bitemporal, c'est-à-dire des diamètres de 8 à 9 centimètres et demi, qui se trouve parallèles aux diamètres des détroits. Mais le travail est plus long: 1° parce que la dilatation du col de l'utérus se fait plus lentement; 2° parce que les puissances expulsives, surtout dans le mouvement de flexion et de dégagement, n'agissent que par un bras de levier brisé presque à angle droit.

Nous avons déjà dit que, dans toutes les positions autres que celles du sommet, il existait une très-grande quantité de liquide entre la partie qui se présentait et le segment inférieur de l'utérus. Nous avons déjà fait remarquer (voy. *Phénomènes physiologiques du travail*) que cette circonstance influait singulièrement sur la rapidité avec laquelle s'opérait la dilatation du col.

Il est évident, d'un autre côté, que, lorsque le menton est engagé sous la symphyse, et que commence le mouvement de flexion, la contraction transmise par le rachis ne peut opérer le dégagement du front, du bregma et de l'occiput, qu'en décrivant un coude très-prononcé, et par conséquent en perdant une grande quantité de sa force (1).

C'est à tort, dit Gardien, que quelques auteurs ont pensé que les accouchements dans lesquels l'enfant présente le front sont plus fâcheux que ceux où il présente la face. Si l'on veut, en effet, y faire attention, on verra qu'alors la tête se présente par des diamètres favorables. D'ailleurs, ainsi que le fait remarquer M. Stoltz, dans les positions de la face le front est déjà la partie la plus basse, et plus il descend lorsque la tête s'engage, plus le travail est facile.

Les présentations du menton sont moins favorables que celles du front, parce que la tête est alors dans l'état de renversement le plus complet, et que, si les épaules s'engageaient en même temps que le diamètre vertical de la tête, il y aurait inévitablement un enclavement; aussi se transforment-elles promptement en présentation franche de la face.

Relativement au fœtus, le travail peut être très-fâcheux, pour peu qu'il se prolonge. L'apoplexie, ou au moins la pléthore cérébrale et la disposition aux convulsions, en sont trop souvent, dit madame Lachapelle, le funeste résultat. La compression répétée et prolongée du cou, compression qui a lieu au moment où la tête franchit le col, le détroit supérieur, mais surtout lorsque le devant du cou se trouve placé sous la symphyse, explique suffisamment la difficulté du retour du sang veineux et la congestion cérébrale qui en est la conséquence.

On doit tenir grand compte de la gêne du fœtus; et tel cas qu'on abandonnerait à la nature, si l'on n'avait égard qu'à la mère, requiert l'intervention de l'art, parce que l'enfant est dans une situation pénible. En pareil cas, madame Lachapelle s'est quelquefois réglée sur les mouvements de la langue et des lèvres que les enfants exécutent, quand la face est en plein à la vulve. Ces mouvements ne sont pas constants; mais lorsqu'ils ont existé, et qu'on les voit s'affaiblir et disparaître, c'est un signe fâcheux, et dont il faut tenir compte.

Après la naissance par la face, les enfants présentent souvent des particularités qu'il faut connaître, afin d'en prévenir d'avance la famille. La face répond ici au vide du bassin, longtemps surtout au vide de l'arcade pubienne; c'est elle qui devient le siège de l'ecchymose et de l'infiltration séro-sanguine que nous avons déjà indiquée dans les présentations du sommet. Aussi, quand l'accouchement a été un peu long, les enfants naissent-ils avec la face presque noire, les joues tuméfiées, les lèvres renversées, le nez à peine visible. Or rien n'effraye tant les parents, si l'on n'a pas eu le soin de les en prévenir. Cet état se dissipe en général dans l'espace de quelques jours. On peut activer la résolution par des lotions faites avec un peu de vin, d'eau végéto-minérale ou d'eau-de-vie mêlée de beaucoup d'eau. Il ne faut pas s'inquiéter davantage de la tendance que conserve la tête à se renverser sur le dos dès qu'on cesse de la soutenir : elle reprend l'attitude qu'elle avait dans le bassin. Cette faiblesse des muscles du cou tient évidemment à ce que l'extension longtemps prolongée à laquelle ils ont été soumis a paralysé momentanément une partie de leur force de contraction. Cela disparaît ordinairement après deux ou trois jours.

ARTICLE IV

PRÉSENTATIONS DE L'EXTRÉMITÉ PELVIENNE

Nous avons déjà dit que la plupart des accoucheurs avaient considéré trois présentations distinctes dans l'extrémité pelvienne du fœtus, à savoir : les présentations du siège, des pieds et des genoux, suivant que le siège, les pieds ou les genoux s'engageaient dans l'excavation et franchissaient les premiers les parties externes de la génération.

Nous avons expliqué aussi pourquoi, à l'exemple de madame Lachapelle, de MM. Ant. Dubois et P. Dubois, etc., nous ne voyons dans ces trois présentations

⁽¹⁾ Cela est si vrai, que, pendant ce mouvement d'extension, ce n'est pas seulement par le rachis qu'est transmise la contraction utérine. Je pense que, dans certains cas au moins, le thorax, poussé fortement et fléchi sur lui-même au-dessus de la tête, appuie directement sur l'occiput par sa partie postérieure et supérieure, et peut lui transmettre directement l'effort utérin. Je fus appelé, dans le mois d'août 1839, auprès d'une épicière de la rue du Bac. L'enfant se présentait en position mento-iliaque gauche transversale; les membranes étaient rompues depuis huit heures du matin; il était cinq heures du soir: une application du forceps avait déjà été tentée. Trois quarts d'heure après mon arrivée, l'accouchement se termina spontanément. L'enfant fut assez promptement ranimé; mais, en examinant sa tête, je pus sentir aux environs de la fontanelle postérieure comme de petites esquilles qui crépitaient sous le doigt, et sur la région dorsale la trace évidente d'une dépression assez marquée.