

Présentation de la face pendant la grossesse

PAR E. A. RENÉ DE COTRET

Professeur de Clinique obstétricale, accoucheur de la Maternité

Messieurs,

Je vous ai présenté dernièrement une des raretés non-seulement de l'obstétrique mais même une rareté médicale, je veux parler du cas "d'Empétigo herpétiforme" que nous avons eu la bonne chance de rencontrer ici ; aujourd'hui, je vais ou plutôt nous allons ensemble faire le diagnostic d'une "présentation" de la "face," pendant la grossesse ; ce qui n'est pas du tout banal comme rencontre, puisque la présentation "primitive" de la face a été niée par un certain nombre des plus célèbres accoucheurs, entre autres Baudelocque, Chailly, Duncan Hubert Pinard.

Vous voyez le rappelez, quand on vous a parlé de la fréquence des différentes présentations, on vous a dit, en suivant l'ordre de fréquence, qu'on observait le plus souvent la présentation du sommet, celle du siège, puis celle de l'épaule et enfin, le moins fréquemment, la présentation de la face qui ne se voit qu'une fois sur 250 ou 275 accouchements. On n'a certainement pas oublié de vous dire aussi qu'on distingue deux présentations de la face : "présentation primitive et présentation secondaire."

Dans la présentation de la face, naturellement le fœtus se présente par la face, c'est à-dire que l'extrémité céphalique est défléchie, renversée en arrière, l'occiput arrivant en contact avec la région du dos, le menton élargi du sternum.

Je viens de dire que la présentation de la face est ou "primitive ou secondaire." La première est excessivement rare, cependant Naegelé, Spiegelberg, Olivier, Bossi, P. Bar, Brindeau, Ribemont-Dessaignes, et Fieux en ont cité des cas. Cette présentation "primitive" de la face existe dans les derniers temps de la grossesse avant tout début de travail.

La présentation secondaire se constitue au moment de l'accouchement et elle est consécutive à une présentation du sommet, elle résulte d'une déflexion de la tête se produisant au début du travail ; autrement dit c'est une présentation du sommet transformée. Cette transformation peut s'accomplir au début du travail quand la tête est encore au détroit supérieur ; et c'est le cas le plus fréquent. On peut encore l'observer au cours du travail dans l'excavation pelvienne, alors que la tête est engagée ; c'est ici une exception ; et dans ce cas elle n'est possible qu'avec une petite tête, dont le diamètre O. M. ne va pas au delà de 12 centimètres.

Toutes les causes qui entravent l'accommodation pel-

viennne favorisent la présentation de la face. Ces causes tiennent : 1. à la mère ; 2. au fœtus ; 3. aux annexes fœtales. Je les énumérerai rapidement : la multiparité, les rétrécissements du bassin, l'obliquité de l'utérus, le développement inégal du segment inférieur, la plénitude de la vessie, l'augmentation de volume du fœtus, la dolichocéphalie, certains états pathologiques ou malformations du fœtus (tumeurs du coté, grenouillette, hypertrophie du corps thyroïde, méningocèle, l'acranie,) l'hydrométrie de l'amnios, l'insertion basse du placenta, les circulaires du cordon et sa brièveté.

La présentation primitive ne s'observe qu'à titre accidentel pendant la grossesse lorsqu'il existe une malformation utérine ou un défaut d'extensibilité de la paroi utérine coïncidant avec une quantité minime de liquide amniotique (Ribemont-Dessaignes).

Dans les présentations de la face on rencontre les positions ordinaires gauche et droite avec leurs variétés. Mais les positions les plus fréquentes sont les droites postérieures puis les gauches antérieures ; les autres se rencontrent rarement.

Le "diagnostic" de la présentation du sommet se fait par le "palper, le toucher et l'auscultation." !

Par le palper, on trouve une grosse tumeur au-dessus ou au niveau du détroit supérieur. Cette tumeur arrondie, très volumineuse, c'est l'extrémité céphalique ; elle paraît n'occuper qu'une moitié du bassin ; elle est facilement accessible du côté où se trouve l'occiput, la tête semble manquer de l'autre. Cependant, quelquefois, du côté opposé à la tumeur accessible, on peut, avant que la déflexion soit complète, sentir une saillie en forme de fer à cheval, constituée par le maxillaire inférieur.

Au fond de l'utérus, mais du même côté que la partie saillante de la tête, on trouve la tumeur, formée par le siège, c'est une tumeur volumineuse accompagnée par les membres inférieurs.

L'exploration du dos est difficile et très importante ; c'est elle qui nous donne surtout la clef du diagnostic. Si l'on veut suivre le plan résistant constitué par le dos, comme on le trouve dans la présentation du sommet, on est surpris de constater que ce plan semble s'éloigner de la main exploratrice. En effet, la main qui cherche à suivre le dos en allant du pôle pelvien au pôle céphalique ne tarde pas à perdre peu à peu la sensation de la résistance qu'offre le plan postérieur du fœtus ; car ce plan s'éloigne de plus en plus de la paroi utérine, à cause de l'attitude particulière du fœtus. Pour suivre et apprécier le plan résistant, il faut déprimer lentement et profondément la paroi abdominale ; car cette surface résistante et continue semble s'enfoncer dans la cavité abdominale (Pinard). Entre l'occiput et la région dorsale, la main exploratrice s'enfonce dans un angle rentrant très marqué, une dépression considérable "en coup de hache," sorte de sinus profond qui est caractéristique de l'extrémité céphalique défléchie ou de la face.

Les petits membres du fœtus très superficiels, surtout dans les riens-antérieures, sont perçus avec la plus grande netteté. Lefour a pu, dans un cas, sentir avec la pul-