

moyen s'étend d'un point situé un peu en avant du promontoire de l'anus. La direction de l'axe du pseudo-détroit inférieur est très variable à cause de la mobilité du coccyx.

La direction de ces axes est, en pratique, très importante à connaître, car elle indique à l'accoucheur le sens dans lequel les tractions sur le fœtus doivent être faites.

L'axe général de la filière génitale, mené depuis le détroit supérieur jusqu'à la vulve, ne donne pas un arc de cercle comme le voulait CARUS, ni un angle comme l'a soutenu FABER, mais rappelle plutôt la forme d'un hameçon, c'est-à-dire que, rectiligne dans la portion osseuse, il se recourbe en arc de cercle au milieu des parties molles.

La figure 115 rend compte de cette direction.

Cette courbe du trajet génital est du plus haut intérêt pour l'accoucheur; on en comprendra plus tard toute l'importance.

#### IV PRÉSENTATIONS ET POSITIONS

##### SOMMAIRE

##### A. — Présentation.

Attitude générale du fœtus.  
Division du fœtus en deux ovoïdes.  
Présentations de l'ovoïde céphalique.  
Présentations de l'ovoïde cormique.  
Résumé et schéma des zones présentables.  
Fréquence et variétés de diverses présentations.  
Causes.  
Particularités.

##### B. — Positions.

Rose des positions.  
Positions du sommet.  
— de la face.  
— du front.  
— du siège.  
— du thorax.  
— de l'abdomen.  
Étiologie.

##### A. — PRÉSENTATIONS

Le fœtus enfermé dans la cavité utérine est séparé du dehors par la filière génitale qu'il doit traverser au moment de l'accouchement.

Pour cette sortie, il peut se placer de différentes façons, présentant à

l'ouverture génitale telle ou telle région du corps. — Les symptômes fournis par l'exploration fœtale, le mécanisme de l'accouchement variera nécessairement suivant ces différents cas. — La nécessité d'une classification des présentations fœtales s'est ainsi imposée aux accoucheurs. — Pelotonné dans l'intérieur de la cavité utérine, l'enfant est généralement fléchi. — Cette flexion générale se traduit par une série de flexions partielles. — C'est ainsi que la tête est fléchie sur le tronc, les avant-bras sur les bras, les mains sur les avant-bras, les cuisses sur le tronc, les jambes sur les cuisses, les pieds sur les jambes.

##### Flexion partout.

Dans cette attitude singulièrement favorable à la réduction de la masse fœtale, l'enfant offre la forme d'un ovoïde dont la grosse extrémité correspond au siège et la petite à la tête.

C'est l'ovoïde somatique (fig. 116).

De telle sorte que chez les vivipares comme chez les ovipares, séparés les uns des autres dans l'échelle animale par des différences si importantes, la ponte ou l'accouchement consiste dans l'expulsion d'un corps de forme analogue, c'est-à-dire ovoïde. — Mais empirons-nous de dire, et ici surgit une distinction de grande importance, que l'ovoïde des vivipares se subdivise, contrairement à celui des ovipares, en deux ovoïdes plus petits, qui pendant l'expulsion jouent un rôle essentiellement distinct. — Ces deux ovoïdes sont représentés l'un par la tête, l'autre par le tronc auquel sont joints, comme annexes, les membres supérieurs et inférieurs.

L'ovoïde somatique se dédouble donc en :

Ovoïde céphalique;  
Ovoïde cormique<sup>1</sup>.

L'ovoïde céphalique, plus petit que le cormique, est en revanche beaucoup moins réductible que lui. Son grand axe s'étend du menton à la suture sagittale, un peu en avant de la pointe du lambda. Considéré dans ses dimensions transversales, il présente une série de renflements, qui ont servi à établir les points de repère d'autant de diamètres; tels sont les diamètres bipariétal, bifrontal, bimalaire, biastérique.

L'ovoïde cormique, plus ou moins déformé par l'addition des membres supérieurs et inférieurs, présente son grand diamètre du siège au sommet du thorax. Il offre également des diamètres transversaux importants à déterminer, tels que le bisacromial qui réunit les deux acromions, et le bitrochantérien, jeté entre les deux saillies trochantériennes.

<sup>1</sup> De κορμος, tronc.

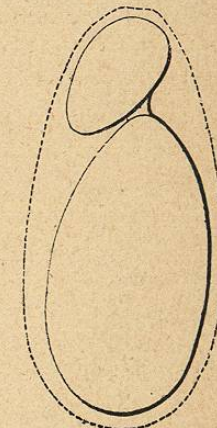


Fig. 116.

Ovoïde somatique formé par la réunion des deux ovoïdes céphalique et cormique.

Ces deux ovoïdes sont réunis l'un à l'autre par le cou, qui constitue entre eux une sorte de *trait d'union*.

Les deux ovoïdes cormique et céphalique forment, par leur réunion, un seul ovoïde, le somatique, représenté par la figure 116.

Or, le fœtus se présente à la filière génitale, tantôt et habituellement par l'ovoïde céphalique, tantôt par l'ovoïde cormique.

Mais tout œuf, qu'on essaie de faire passer à travers un canal, peut le franchir soit *par sa grosse*, soit *par sa petite extrémité*, soit encore *de travers*.

Théoriquement, il y a donc pour tout ovoïde trois présentations : gros bout, petit bout, de travers. — Il en est de même pour chacun des ovoïdes fœtaux.

L'ovoïde céphalique peut, en effet, se présenter :

- 1° Tantôt par sa grosse extrémité (sommet) (fig. 117);
- 2° Tantôt par sa petite extrémité (face) (fig. 118);
- 3° Tantôt de travers (front) (fig. 119).

Il en est de même pour l'ovoïde cormique qui se présente :

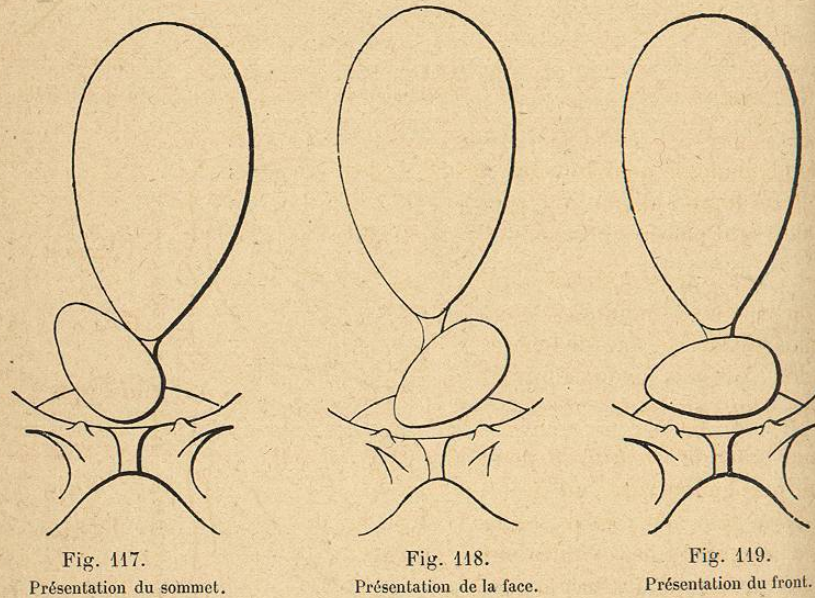


Fig. 117.  
Présentation du sommet.

Fig. 118.  
Présentation de la face.

Fig. 119.  
Présentation du front.

- 1° Tantôt par sa grosse extrémité (siège) (fig. 120);
- 2° Tantôt par sa petite extrémité (thorax ou épaule) (fig. 121);
- 3° Tantôt de travers (lombes et abdomen) (fig. 122).

Nous voici donc connaissant six présentations :

- |                           |                         |
|---------------------------|-------------------------|
| a). — Ovoïde céphalique : | b). — Ovoïde cormique : |
| 1° Sommet;                | 1° Siège;               |
| 2° Face;                  | 2° Thorax (épaule);     |
| 3° Front.                 | 3° Abdomen (lombes).    |

Le sommet et le siège sont identiques, ils représentent la grosse extrémité, l'un de l'ovoïde céphalique, l'autre de l'ovoïde cormique.

La face et le thorax sont également analogues; ils figurent les deux petites extrémités des deux ovoïdes céphalique et cormique.

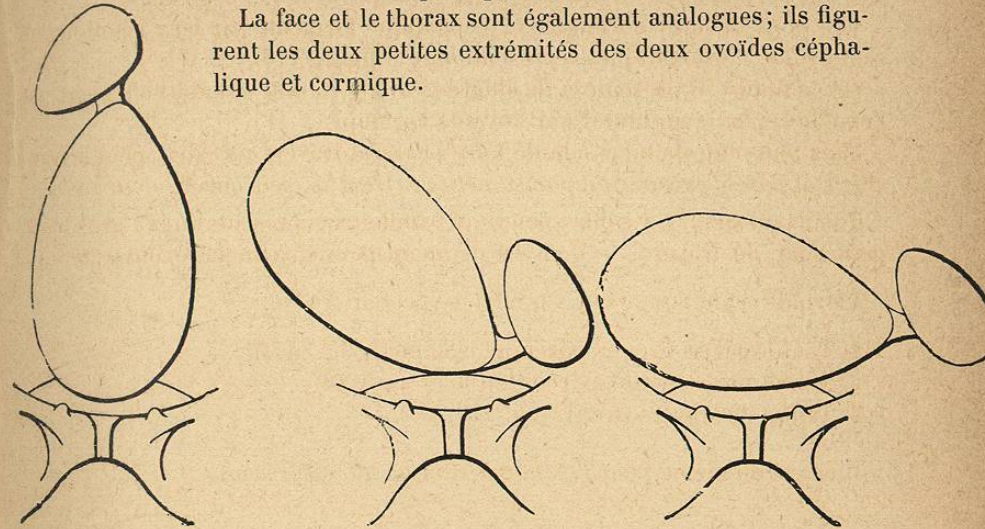


Fig. 120.  
Présentation du siège.

Fig. 121.  
Présentation du thorax.

Fig. 122.  
Présentation de l'abdomen (lombes).

Même analogie pour le front et la région lombo-abdominale; les ovoïdes sont placés en travers.

Les six présentations qui viennent d'être indiquées comprennent chacune une des zones des deux ovoïdes fœtaux limitées par les plans suivants

Pour l'ovoïde céphalique, deux plans perpendiculaires au grand axe de la tête, et passant, l'un par la racine du nez, l'autre par l'angle postérieur du bregma :

Pour l'ovoïde cormique, deux plans également perpendiculaires au grand axe de cet ovoïde, et passant, l'un par le sommet des crêtes iliaques, l'autre par la pointe de l'appendice xyphoïde.

La figure 123 indique sur le fœtus ces différents plans et résume les zones présentables.

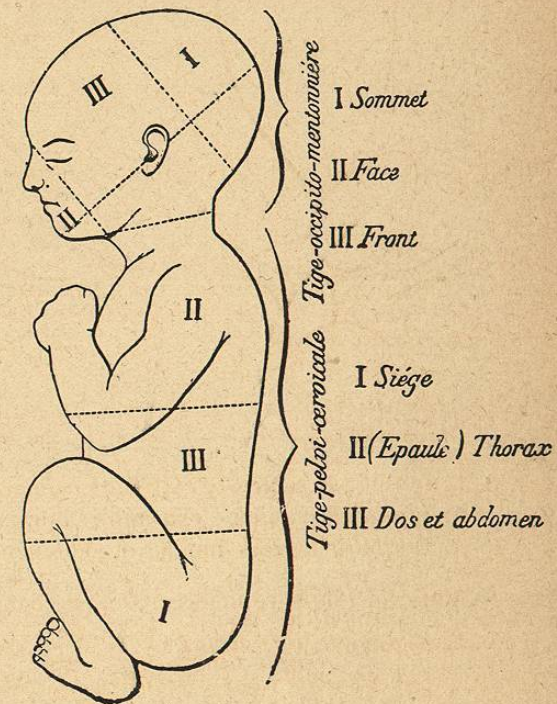


Fig. 123. — Schéma des zones présentables.

FRÉQUENCE RELATIVE DE CES DIVERSES PRÉSENTATIONS

Sommet. . . . .	19	sur 20 accouchements.
Face . . . . .	1	250 —
Front. . . . .	1	300 —
Siège. . . . .	1	30 —
Thorax. . . . .	1	125 —
Abdomen. . . . .	2	1000 — (chiffre relat. trop fort).

On peut encore adopter les proportions suivantes, qui en diffèrent peu. Sur 1,000 accouchements, il existe :

Sommet. . . . .	956	accouchements.
Face . . . . .	4	—
Front . . . . .	3	—
Siège. . . . .	30	—
Thorax. . . . .	6	—
Abdomen . . . . .	1	—

(Je rappelle de nouveau que le chiffre 1/1000 donné pour l'abdomen est relativement trop élevé, mais cette réserve faite, je l'admets pour établir des moyennes faciles à retenir.)

Chacune de ces six présentations présente quatre variétés. Ces variétés sont d'importance secondaire pour l'ovoïde céphalique, et n'indiquent qu'une simple inclinaison de la partie fœtale qui se présente. Il me suffira d'un simple énoncé pour être compris.

- I. Sommet. — VARIÉTÉ.
  - occipitale (flexion exagérée).
  - frontale (flexion peu marquée).
  - pariétale droite (pariétal droit très accessible).
  - pariétale gauche (pariétal gauche très accessible).
- II. Face. — VARIÉTÉ. . .
  - mentale (déflexion exagérée).
  - frontale (déflexion peu marquée).
  - malaire droite (os malaire droit très accessible).
  - malaire gauche (os malaire gauche très acces.).
- III. Front. — VARIÉTÉ. .
  - pariétale (tendance à flexion).
  - faciale (tendance à déflexion).
  - temporale droite (os temporal droit très acces.).
  - temporale gauche (os temporal gauche très acces.).

Le nom de la variété indique la région de la zone présentée, qui a subi un abaissement relatif plus marqué.

Pour l'ovoïde cormique, au contraire, ces variétés sont importantes, car elles conduisent à des conséquences pratiques, étudiées ultérieurement.

I. — Siège.

1° Variété COMPLÈTE. — C'est-à-dire les membres inférieurs fléchis et accolés au pelvis; c'est la présentation type du siège (fig. 124).

2° Variété DÉCOMPLÉTÉE, MODE DES FESSES. — Les membres pelviens sont relevés le long du plan antérieur du fœtus (fig. 125).

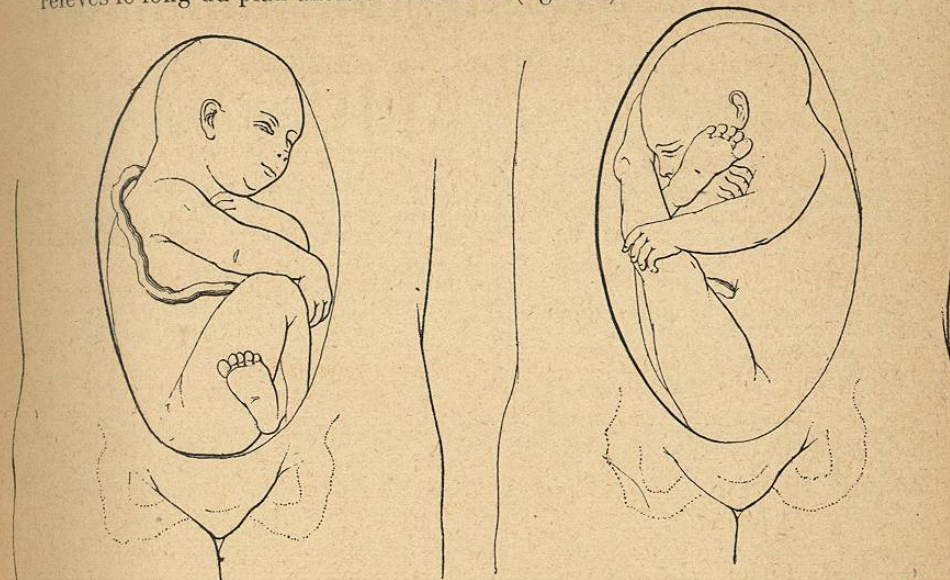


Fig. 124. — Siège complet. Fig. 125. — Siège décompleté, mode des fesses.

3° Variété DÉCOMPLÉTÉE, MODE DES GENOUX. — Les cuisses sont étendues,

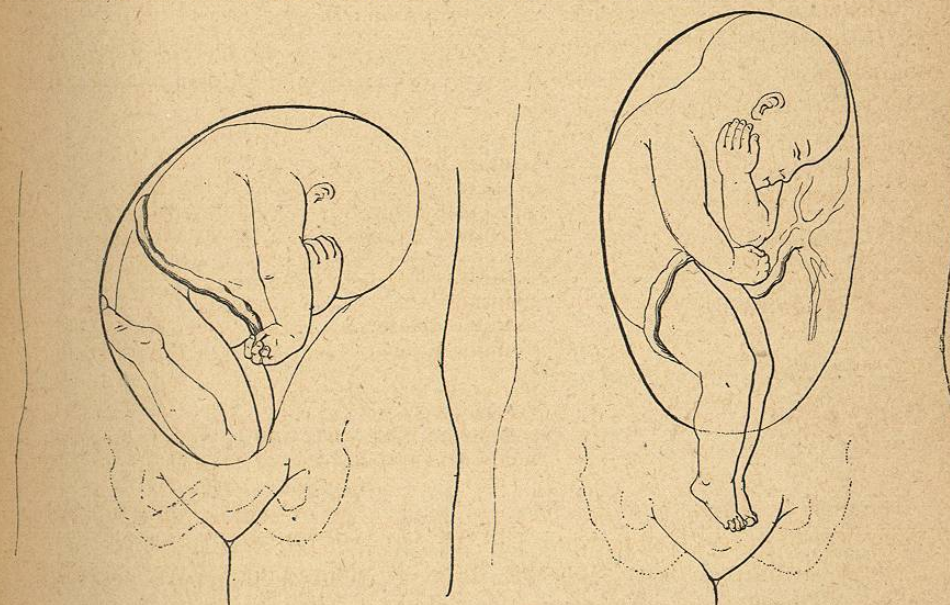


Fig. 126. — Siège décompleté, mode des genoux. Fig. 127. — Siège décompleté, mode des pieds.

mais les jambes fléchies sur les cuisses, de telle sorte que les genoux constituent la partie fœtale la plus abaissée (fig. 126).

4° Variété DÉCOMPLÉTÉE, MODE DES PIEDS. — Les membres inférieurs sont étendus, et les pieds descendent les premiers (fig. 127).

II. — Thorax.

1° Variété de l'ÉPAULE DROITE. — C'est-à-dire que la région de l'épaule droite est celle qui se présente.

2° Variété de l'ÉPAULE GAUCHE.

3° Variété du DOS (portion thoracique).

4° Variété du STERNUM.

En somme, dans ces quatre variétés, c'est une des quatre faces du thorax (antérieure, postérieure, latérale droite ou gauche) qui se présente.

III. — Abdomen.

1° Variété du FLANC DROIT.

2° Variété du FLANC GAUCHE.

3° Variété des LOMBES.

4° Variété de l'OMBILIC.

De même que pour le thorax, la variété est ici constituée par la région de l'abdomen (antérieure, postérieure, latérale droite ou gauche) qui se présente.

Je résume dans un tableau ces différentes variétés, en plaçant en regard les chiffres indiquant les fréquences de chaque présentation et de leurs variétés.

I. Sommet. 956 pour 1000.

VARIÉTÉ . . . . .	}	occipitale . . . . . (?)
		frontale . . . . . (?)
		pariétale droite . . . . . (?)
		pariétale gauche . . . . . (?)

II. Face. 4 pour 1000.

VARIÉTÉ . . . . .	}	mentale . . . . . (?)
		frontale . . . . . (?)
		malaire droite . . . . . (?)
		malaire gauche . . . . . (?)

III. Front. 3 pour 1000.

VARIÉTÉ . . . . .	}	pariétale . . . . . (?)
		faciale . . . . . (?)
		temporale droite . . . . . (?)
		temporale gauche . . . . . (?)

IV. Siège. 30 pour 1000<sup>1</sup>.

VARIÉTÉ . . . . .	}	complète . . . . . 450 p. 1000
		décomplétée mode des fesses. 300 —
		— mode des genoux 5 —
		— mode des pieds . 245 —

<sup>1</sup> Bloc, Thèse de Paris 1897, a relevé 351 présentations du siège (enfants pesant plus de 2.000 grammes) sur 14.307 accouchements, soit une proportion de 2,45 p. 100, ou de un accouchement par le siège sur 40.

Les 351 présentations du siège se dénombrent ainsi :

Sièges complets . . . . .	135
Sièges décomplétés, mode des fesses. . . . .	175
— — — — — pieds . . . . .	39
— — — — — genoux . . . . .	2

Le siège décomplété mode des fesses serait plus fréquent que le siège complet.

V. Thorax. 6 pour 1000.

VARIÉTÉ . . . . .	}	épaule droite . . . . . 500 p. 1000
		épaule gauche . . . . . 495 —
		dos . . . . . 3 —
		sternum . . . . . 2 —

VI. Abdomen. 1 pour 1000.

VARIÉTÉ . . . . .	}	flanc droit . . . . . (?)
		— gauche . . . . . (?)
		lombes . . . . . (?)
		ombilic . . . . . (?)

CAUSES DES PRÉSENTATIONS

C'est l'*accommodation*<sup>1</sup>, ou l'adaptation du contenu fœtus au contenant utérus, qui régit la situation de l'enfant pendant la grossesse.

Les lois de l'accommodation sont au nombre de deux et peuvent être formulées ainsi :

*Première loi (loi utérine).* — *Tout contenant contractile adapte à ses propres formes et dimensions celles d'un contenu même inerte, pourvu qu'il soit suffisamment résistant* (c'est dire que l'accommodation peut se faire avec un fœtus récemment mort).

*Deuxième loi (loi fœtale).* — *Tout contenu vivant et doué de mouvements actifs adapte ses formes et dimensions à celles d'un contenant même inerte, pourvu qu'il soit suffisamment résistant* (l'accommodation serait donc possible avec un utérus dépourvu de contractions mais simplement doué de tonicité, fait d'ailleurs inobservé et impossible).

Or, les deux conditions essentielles de l'accommodation seront réunies :

- Avec un utérus ferme et contractile ;
- Avec un fœtus vigoureux et remuant.

<sup>1</sup> On a invoqué avant l'accommodation diverses autres causes susceptibles d'expliquer la présentation du sommet, mais qui sont toutes abandonnées aujourd'hui, à savoir :

1° CARUS comparait le fœtus à une plante dont le placenta serait la racine, et le placenta étant placé au fond de l'utérus (?) il était naturel que la tête fût placée à l'extrémité opposée !!

2° COHNSTEIN : le fœtus avec une singulière intelligence, se placerait la tête en bas dans les derniers temps de la grossesse, pour faciliter la circulation céphalique !

3° HIPPOCRATE. *Théorie de la culbute.* Le fœtus ferait la culbute au 7<sup>e</sup> mois et se présenterait alors par le sommet. Cette théorie expose un fait vrai dans beaucoup de cas, car les mutations sont fréquentes vers cette époque de la grossesse, mais n'en donne pas la cause.

4° ARISTOTE attribuait à la pesanteur relative de la tête sa position déclive vers la fin de la grossesse. Objections : *a.* dans les avortements (grossesse avant terme) la pesanteur de la tête est relativement la même, et cependant les présentations du siège sont beaucoup plus fréquentes; *b.* dans le cas d'hydrocéphalie, où le poids de la tête est exagéré, on observe plus souvent la présentation du siège qu'avec une tête normale; *c.* DUBOIS, en plaçant un cadavre fœtal dans une baignoire profonde et remplie d'eau, a vu que la tête n'arrivait pas au fond plus tôt que le siège; *d.* quand la femme reste couchée pendant toute sa grossesse et que la pesanteur s'exerce par conséquent en dehors des règles habituelles, le fœtus ne s'en présente pas moins par le sommet.

La forme générale du fœtus est, ainsi que nous l'avons vu (p. 56), celle d'un ovoïde à grosse extrémité correspondant au siège, la petite extrémité à la tête; la forme générale de l'utérus est également celle d'un ovoïde dont la grosse extrémité occupe le fond, et la petite le segment inférieur.

*L'accommodation veut donc que le siège du fœtus soit au fond de l'utérus et la tête dans le segment inférieur.*

Nous savons pourquoi le fœtus se présente normalement par le sommet, voyons maintenant les différentes causes qui vont modifier cet état physiologique et amener les autres présentations. — Nous aurons à examiner successivement le bassin, l'utérus, le fœtus, les annexes ovulaires et enfin les causes accidentelles comme les traumatismes.

#### 1° Bassin.

A l'état normal, avec une présentation du sommet, la tête pendant les derniers temps de la grossesse s'engage dans l'excavation pelvienne. Cet engagement, fixant la partie fœtale, assure le maintien de la présentation. Mais quand une cause (rétrécissement du bassin, tumeur pelvienne) rend difficile ou impossible le passage du détroit supérieur, la tête reste mobile et le fœtus non fixé est exposé aux mutations de présentation; d'où la fréquence relative des présentations vicieuses, en pareil cas.

*Siège, thorax, abdomen* pourront alors être observés, ou, la tête se défléchissant avant de s'engager, on verra une présentation du *front* ou de la *face*.

Les rétrécissements du détroit supérieur, variété la plus habituelle, constituent la cause la plus importante des présentations vicieuses.

#### 2° Utérus.

L'accommodation normale en présentation du sommet suppose un utérus *suffisamment résistant et dont la forme est celle d'un ovoïde à petite extrémité inférieure.*

Or, toute *souplesse exagérée* de l'utérus, ou toute *altération de sa forme normale* va être une cause de présentation vicieuse.

Par ce mécanisme agissent :

La *multiparité* excessive, en amenant le relâchement de la paroi utérine et de la paroi abdominale qui la double et la soutient. Le fœtus reste mobile jusqu'au moment de l'accouchement, et dans une de ses évolutions peut être fixé en présentation vicieuse.

Les *inclinaisons latérale et antérieure* de l'utérus; ces inclinaisons, qu'elles soient apparentes ou réelles<sup>1</sup>, entraînent le fœtus dans leur déviation, de telle sorte que son axe ne correspond plus à celui du bassin, et que l'engagement ne peut plus se faire ou seulement avec difficulté. Le résultat en est la mobilité du fœtus comme dans le cas de rétrécissement du bassin, d'où pathogénie semblable des présentations vicieuses. De plus l'inclinaison fœtale modifie la direction de la pression exercée par le rachis sur la tête et produit comme nous allons le voir dans la bifidité utérine, tantôt la présentation du front, tantôt celle de la face.

<sup>1</sup> Voir page 74, et mes *Travaux d'obstétrique*, III, p. 225.

La *bifidité du fond de l'utérus*, vestige de l'utérus double, amène quand elle est très accentuée, la présentation du thorax ou de l'abdomen, parce qu'en pareil cas, l'utérus présente un élargissement notable dans lequel le fœtus s'accommode en se couchant transversalement. Moins prononcée, la bifidité produit — soit une présentation du siège; le fond de l'utérus est divisé en deux loges, dont une seule est utilisée par le fœtus; or, cette loge supérieure étant moins grande que le segment inférieur, l'accommodation se fait en sens inverse de l'état normal, — soit une des trois présentations de l'ovoïde céphalique, à cause même de la direction dans laquelle s'exerce la pression de la colonne vertébrale. Je m'explique : la tête étant articulée sur la colonne vertébrale de telle sorte que la pointe de l'occiput et du menton sont à égale distance du trou vertébral quand la pression transmise par la

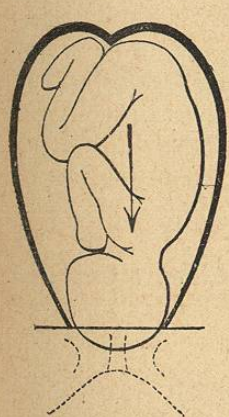


Fig. 128. — Genèse de la présentation du sommet. — Fœtus en OIG T. Siège fixé dans la corne droite. Pression de la colonne vertébrale transmise vers l'occiput.

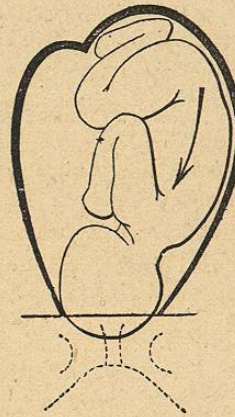


Fig. 129. — Genèse de la présentation de la face. Fœtus en OIG T. Siège fixé dans la corne gauche. Pression de la colonne vertébrale transmise vers le menton.

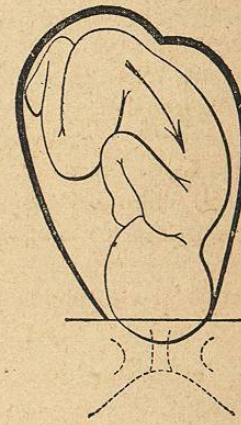


Fig. 130. — Genèse de la présentation du front. Fœtus en OIG T. Siège fixé sur la ligne médiane de l'abdomen. Pression de la colonne vertébrale transmise vers le front.

colonne vertébrale à la tête se fait dans la direction de l'occiput, l'extrémité céphalique se fléchit (présentation du sommet); elle se défléchit, au contraire, quand cette pression est dirigée vers le menton (présentation de la face), et enfin elle restera intermédiaire entre la flexion et la déflexion, si la pression se transmet vers un point intermédiaire, c'est-à-dire le front (présentation du front).

Or, la bifidité de l'utérus en fixant le siège fœtal tantôt du côté opposé à celui de l'occiput, tantôt du même côté, tantôt sur la ligne médiane devient ainsi la cause d'une des trois présentations en question<sup>1</sup>.

Les trois figures 128-129-130 expliquent cette pathogénie.

<sup>1</sup> Voir, pour plus de détails, mon mémoire sur les présentations du front. *Trav. d'obst.*, t. III, p. 174.