

**3° Rotation interne.** — Le mouvement de rotation peut se faire *trop tôt* ou *trop tard* par exemple l'occiput ne tourne en avant que lorsque la tête arrive au voisinage de la vulve. Ce retard est même fréquent quand le fœtus est petit ou le bassin assez grand, l'accommodation perdant alors une partie de ses droits.

La rotation est également susceptible d'être irrégulière par manque ou par excès, suivant que l'occiput reste en deçà ou va au delà de la symphyse pubienne.

Mais la principale anomalie de ce temps de l'accouchement est la *rotation de l'occiput en arrière*.

Dans les occipito-postérieures, droite ou gauche et exceptionnellement dans les antérieures, on peut voir l'occiput tourner en arrière, et la tête se placer ainsi en occipito-sacrée. La sortie de la tête se fait alors comme l'indique la figure 237.



Fig. 237. — OI DT, puis OI DP. Sortie anormale de la tête en OS (d'après Schultze).

L'occiput balaie la paroi vaginale postérieure, la tête se fléchit de plus en plus à mesure qu'elle avance ; le lambda et la partie voisine des pariétaux se dégagent d'abord à la vulve, et la tête se fléchissant alors que le sillon occipito-cervical est arrivé au niveau de la fourchette, on voit successivement apparaître la partie supérieure de la vulve, le bregma, le front, le nez et enfin le menton. Il y a donc là un mouvement de charnière analogue à celui des occipito-pubiennes ; mais, au lieu de se faire autour du pubis, il se produit autour de la fourchette.

WEST a admis que sur 100 occipito-postérieures (OIGP ou OI DP) le déga-

gement se faisait quatre fois en occipito-sacrée. Je crois la proportion trop forte, parce qu'il a confondu les présentations du front et celles du sommet (voir plus loin la présentation du front avec dégagement de l'occiput en arrière), et j'admettrai volontiers 1 p. 100 au lieu de 4 p. 100. Des quatre dégagements en occipito-sacrée de WEST, il y aurait donc trois présentations du front et une du sommet.

Les causes de cette anomalie de la rotation sont incomplètement connues, toutefois il est permis de penser qu'elle est due soit à la trop grande laxité du bassin mou, soit au faible volume du fœtus.

Elle serait donc le résultat d'une accommodation incomplète ou insuffisante.

**4° Dégagement de la tête.** — La règle est le dégagement en occipito-pubienne. Avec une rotation incomplète, le dégagement peut se faire en OIGA ou OI DT, soit encore en OIDA, ou OI DT. Le fait ne s'observe guère qu'avec des fœtus nés avant terme ou trop petits ; il expose aux déchirures périnéales.

Je rappelle le dégagement en occipito-sacrée, dont il vient d'être question à l'instant.

Une simple mention pour l'excès de lenteur ou de rapidité pendant le dégagement, le premier exposant la vie du fœtus, et le second l'intégrité du périnée maternel.

**5° Rotation externe.** — Cette rotation sera parfois *nulle*, les épaules se dégagent *transversalement* à la vulve (fœtus trop petit, bassin mou trop lâche) ; — incomplète, les épaules se dégagent *obliquement*.

La rotation peut enfin se faire en sens contraire ; par exemple l'occiput se dirige vers la cuisse droite dans une OIGA. Cette anomalie est due à un excès de rotation des épaules pendant le dégagement de la tête, l'épaule postérieure ayant gagné la moitié antérieure du bassin et l'antérieure la moitié postérieure. (Voir pour plus de détails la genèse de ce mouvement de rotation, p. 250.)

**6° Dégagement du tronc.** — Nous venons de voir les anomalies du dégagement des épaules ; j'ai également parlé (p. 251) du dégagement primitif de l'épaule antérieure ou postérieure, et dit ce qu'on devait en penser au sujet du mécanisme normal.

Les irrégularités de sortie de l'abdomen et du siège dépendent simplement de l'orientation de la colonne vertébrale, située anormalement en avant ou en arrière pendant ce dégagement. L'importance en est secondaire.

## 2° PRÉSENTATION DE LA FACE

Je prendrai comme type une MIGA.

**1° Amoindrissement.** — Comme pour le sommet, tassement. — Déflexion (le contraire du sommet). — Inclinaison latérale.

Le *tassement* est très faible au niveau de la face à cause de l'architecture



du squelette à ce niveau, mais il se produit sur la voûte, dont le rôle est loin d'être nul dans la présentation faciale.

La *déflexion* joue le même rôle que la flexion pour le sommet; elle tend à placer la tige occipito-mentonnière, c'est-à-dire l'axe de l'ovoïde céphalique parallèlement à celui de la filière génitale. Elle substitue au diamètre mento-occipital, d'abord le mento-bregmatique, puis le sous-mento-frontal, diamètres progressivement décroissants, ainsi que leurs circonférences.

L'*inclinaison latérale* se fait ici suivant le diamètre bimalaire, de même que suivant le bipariétal pour le sommet. Les mêmes considérations au sujet du *SYNCLITISME* et de l'*ASYNCLITISME* sont vraies pour la face comme pour le sommet.

**2° Engagement.**— L'engagement, c'est-à-dire la descente du détroit supérieur au détroit moyen, ne s'observe que pendant le travail et même à une période d'habitude avancée du travail<sup>1</sup>.

A mesure qu'il se fait, la déflexion se complète, le menton s'approche du centre de la filière génitale, et le lambda arrive au contact ou au voisinage de la colonne vertébrale.

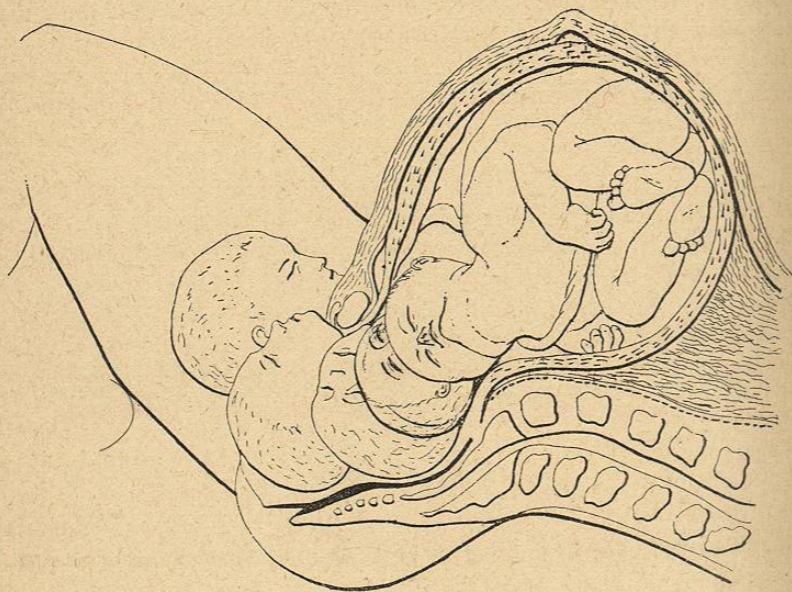


Fig. 238. — MIGT, puis MIGA. Dégagement normal en MP (d'après Schultze).

La hauteur de la tête dans le bassin est en général désignée par celle du diamètre bimalaire, qui joue à cet égard le rôle du bipariétal pour le sommet.

<sup>1</sup> C'est dire que, dans les cas relativement exceptionnels de présentation primitive pendant la grossesse, la tête en présentation de la face n'est pas engagée.

**3° Rotation interne.**— Ce mouvement de rotation dirige le *menton* en avant sous la symphyse pubienne, de même que l'*occiput* dans la présentation du sommet.

Les causes sont les mêmes dans l'un et l'autre cas; inutile n'y revenir.

**4° Dégagement de la tête.**— La tête, pendant le quatrième temps, traverse toute la partie de la filière génitale comprise entre le détroit moyen et la vulve.

Ce dégagement se fait par un mouvement de flexion progressive, contraire par conséquent à celui de l'engagement où il y avait déflexion<sup>1</sup>.

Le menton vient se placer sous la symphyse pubienne, qui s'applique exactement au sillon mento-cervical, autour duquel, par une flexion progressive, la tête exécute un mouvement de charnière, comme autour du sillon occipito-cervical dans la présentation du sommet.

On voit successivement apparaître, en avant de la fourchette périnéale, le front, le bregma, les pariétaux et enfin l'occiput. La tête sortie retombe en arrière, l'occiput se dirigeant vers l'anus.

Les causes du dégagement sont les mêmes que pour le sommet: lutte entre la contraction utéro-abdominale et le périnée, d'où résultent le glissement de la tête en avant de l'orifice vulvaire et sa sortie par cet orifice.

La sortie de la tête en présentation de la face impose au périnée une ampliation plus grande que celle du sommet en occipito-pubienne, parce que le diamètre sous-mento maximum est plus grand que le sous-occipito maximum<sup>2</sup>.

**5° Rotation externe.**— Le menton tourne du côté où il se trouvait dirigé primitivement, pour les mêmes motifs que l'occiput dans la présentation du sommet.

**6° Dégagement du tronc.**— Mêmes considérations que pour la présentation du sommet. Une fois la tête sortie, il n'y a aucune différence quant à la sortie du tronc, entre la présentation du sommet et celle de la face.

#### DU MÉCANISME DANS CHAQUE POSITION

De même que pour le sommet, il ne sera question ici que des positions obliques.

**MIGA** a été prise comme type et décrite tout à l'heure.

**MIDA.**— La rotation interne se fait le menton en avant, et l'externe le menton vers la cuisse droite.

<sup>1</sup> Intéressant parallèle avec le sommet, où l'engagement se fait avec une flexion et le dégagement avec une déflexion progressives, c'est-à-dire le contraire de ce qui existe pour la face.

<sup>2</sup> Voir mes *Travaux d'obstétrique*, t. III, p. 13.



**MIGP.** — La rotation interne ramène le menton en avant, et l'externe, le dirige vers la cuisse gauche. Les causes de la rotation interne, beaucoup plus étendue que dans la position antérieure, sont les mêmes que pour les positions postérieures du sommet.

**MIDP.** — Rotation interne du menton en avant, et externe vers la cuisse droite.

#### IRRÉGULARITÉS DU MÉCANISME

1° *Amoindrissement.* — La déflexion peut être insuffisante, et rendre ainsi l'engagement difficile. Si la tête se fléchit, on voit une présentation du front succéder à celle de la face, et à un degré de plus la présentation du sommet.

Une simple mention pour l'inclinaison, exagérée vers l'une ou l'autre tubérosité malaire.

2° *Engagement.* — D'autant plus facile que la déflexion est plus marquée. Plus rapide dans la mento-antérieure que dans la postérieure. Prompt chez les plus grands multipares ; lent et pénible chez les primipares.

3° *Rotation interne.* — Le menton, au lieu de tourner en avant, peut se diriger en arrière vers le coccyx, de même que l'occiput dans le cas de sommet ; nous allons en voir résulter pour le dégagement une cause grave de dystocie.

4° *Dégagement de la tête.* — Quand la rotation du menton a eu lieu en arrière, et contrairement à ce qui a été observé pour le sommet, avec occiput également dirigé en arrière, le dégagement ne peut s'effectuer.

*L'accouchement en mento-sacrée est impossible.*

J'en déduis immédiatement la conclusion thérapeutique, qui doit être gravée dans l'esprit de tout médecin.

*Toutes les fois que, dans une présentation de la face, le menton est tourné en arrière, il faut le ramener en avant, sans quoi, même avec l'aide du forceps, l'accouchement est impossible*

Pourquoi cette impossibilité ?

La tête en présentation de la face peut être, ainsi que l'indique la figure 239, divisée en trois zones :

La première est exclusivement céphalique. La seconde comprend la tête et le cou ; la troisième enfin se compose de la tête et du thorax, dont les épaules sont une dépendance.

Or les deux premières zones peuvent, sans difficultés, pénétrer dans l'excavation, mais la troisième est trop volumineuse chez un enfant à terme pour franchir le détroit supérieur.

Quand le menton est tourné en avant, il peut se dégager sous la symphyse pubienne, sans nécessiter l'engagement de la troisième zone ; mais quand il est tourné en arrière, le dégagement du menton en avant de la fourchette est impossible sans l'engagement de la troisième zone, car la distance qui sépare le thorax du menton est bien moindre que celle qui s'étend du pro-

montoire à la fourchette ; l'accouchement est par conséquent rendu ainsi impossible.

Retenons donc cette impossibilité comme règle au point de vue pratique, tout en sachant théoriquement qu'il existe *quelques exceptions* :

M<sup>me</sup> LACHAPELLE a observé le dégagement en mento-transverse, SMELLIE

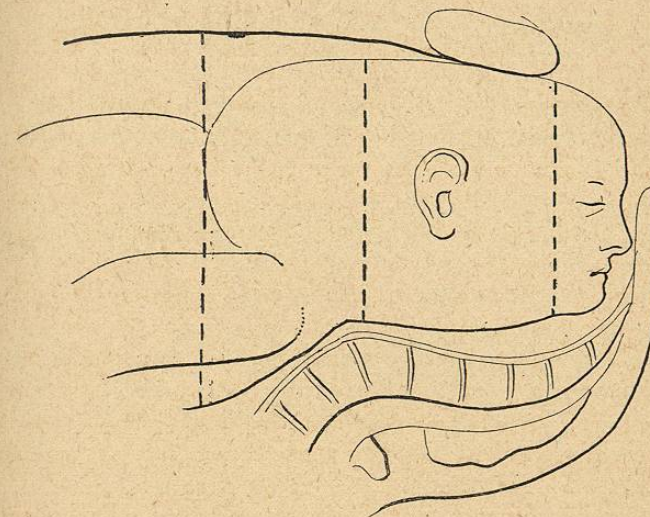


Fig. 239. — Les trois zones céphaliques de la présentation de la face.

aurait même vu en mento-sacrée. On a aussi signalé la possibilité de transformation en sommet (après engagement), alors que le menton était en arrière ; la tige occipito-mentonnaire aurait pu basculer, grâce à la dépression exercée par le menton au niveau de l'échancrure sciatique (CAZEAUX) ou au-dessous du grand ligament sacro-sciatique (DUBOIS), voire même au-dessous du coccyx (CHAILLY).

Ces divers cas, s'ils ne sont pas des *présentations du front en mento-postérieure*, doivent être considérés comme des anomalies peu explicables du mécanisme de la face et rayés de la mémoire du praticien.

5° et 6° *Rotation externe et dégagement du front.* — Les anomalies sont les mêmes que pour la présentation du sommet.

#### 3° PRÉSENTATION DU FRONT<sup>1</sup>

Je prends pour type une MIDT.

1° *Amoindrissement.* — Il ne peut être question, dans la présentation du front, ni de flexion, ni de déflexion en face.

La tête s'amointrit uniquement par le *tassement* ; le résultat en est une

<sup>1</sup> Cette présentation est encore niée par quelques accoucheurs qui la rangent à tort soit dans la présentation du sommet, soit dans celle de la face, en la distinguant sous le nom de variété frontale. Elle mérite une individualité nettement séparée, car elle a un mécanisme spécial et une thérapeutique distincte. (Voy. *Travaux d'obstétrique*, t. III, p. 172, où j'ai abordé en détails toutes les particularités de cette présentation.)



déformation caractéristique de cette partie du corps (voir les phénomènes plastiques), qui exagère la saillie du front, et aplatit la tête de la face aux

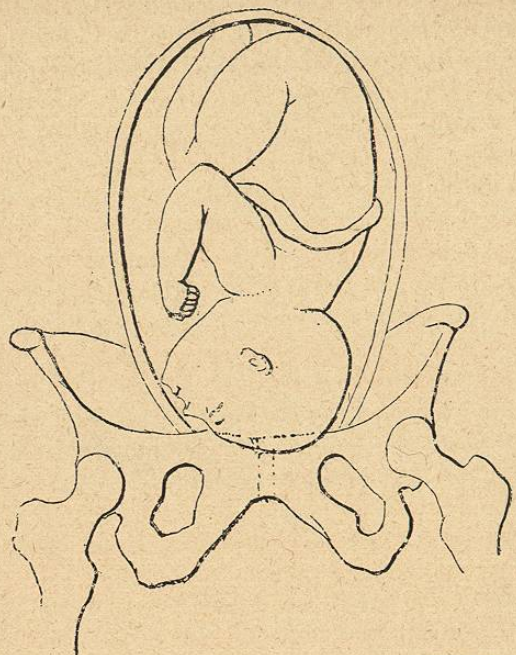


Fig. 240. — Présentation du front en MIDT,

pariétaux, de manière à la transformer en une sorte de coin, dont la partie saillante est au front, et la partie épaisse à la base du crâne.

**2° Engagement.** — La tête reste d'habitude un long temps au détroit supérieur, et s'engage encore plus tardivement que dans la présentation de la face. Hésitation heureuse de la nature, qui permet à l'accoucheur d'intervenir à ce moment et de modifier cette fâcheuse direction de l'ovoïde céphalique.

Mais s'il n'y a ni correction spontanée ni artificielle, la présentation persiste, la tête descend dans l'excavation; à partir de ce moment la présentation devient à peu près définitive.

*Comment le diamètre maximum de la tête ou occipito-mentonnier, qui mesure 13 1/2 environ et qui se trouve par la position de la tête parallèle aux plans successifs de la filière génitale, va-t-il descendre et passer?*

Les auteurs ici ne sont pas d'accord :

MANGIAGALLI pense que les deux extrémités du diamètre ne progressent pas simultanément, que le menton s'abaisse plus que le lambda, et qu'ainsi la tige occipito-mentonnaire s'incline pour passer.

MASCHIONNESCHI et BLANC donnent une explication analogue : pour ces auteurs

il y a également inclinaison de la tige occipito-mentonnaire, mais en sens contraire, car ils admettent que le lambda descend avant le menton.

Entre ces deux opinions différentes quant au mode, mais d'accord sur l'existence même de l'inclinaison, j'ignore quelle est la bonne. Il est bien probable que l'un et l'autre mécanismes peuvent être observés suivant les cas, donnant successivement raison aux deux camps.

Il est même possible que le menton et le lambda descendent quelquefois ensemble et dans le même plan; car les dimensions transversales du détroit supérieur sont suffisantes pour laisser passer un diamètre de 13 environ.

Il est également admissible que, pour cette descente, les deux extrémités de la ligne occipito-mentonnaire avancent par une sorte d'*oscillation alternante*. Je m'explique : quand, seul, nous voulons déplacer une poutre un peu volumineuse dans une direction parallèle à celle qu'elle occupait, nous saisissons d'abord une extrémité, et, après l'avoir soulevée, la portons à quelque distance, puis, soulevant l'autre, nous en faisons autant; successivement, nous allons de l'une à l'autre extrémité, jusqu'à ce que nous soyons arrivés au but désiré. Peut-être la tige occipito-mentonnaire avance-t-elle ainsi par une série d'oscillations, de mouvements de bascule. — Les déformations subies par la tête fœtale rendent parfois le diamètre occipito-mentonnier moins grand qu'un des voisins; il cesse alors d'être le diamètre maximum, et ce diamètre voisin remplit alors le rôle qui lui était dévolu.

Quoi qu'il en soit, la tête descend lentement et péniblement, arrive au détroit moyen, le franchit; à ce moment commence le dégagement qui sera étudié plus tard.

La hauteur de la tête sera désignée par celles des bosses frontales.

**3° Rotation interne.** — Comme dans les autres présentations de l'ovoïde céphalique, la tête se place :

- Transversalement au détroit supérieur;
- Obliquement dans l'excavation;
- Directement au détroit moyen.

La conformation du bassin en est la cause.

Le menton dans la descente tourne tantôt et habituellement en *avant* (mento-iliaque antérieure, mento-pubienne), et tantôt exceptionnellement en *arrière* (mento-iliaque postérieure, mento-sacrée).

Le sens de la rotation est probablement dû à la direction de la pression transmise par la colonne vertébrale; si cette pression s'exerce vers l'occiput, l'occiput tourne en avant, si vers le menton c'est le menton, qui vient sous la symphyse pubienne<sup>1</sup>.

Il est possible également que dans les présentations du sommet et de la face, cette même influence puisse expliquer les anomalies de rotation de l'occiput ou du menton en arrière.

**4° Dégagement de la tête.**

a. *Dégagement en mento-pubienne.* — La tête descend petit à petit, dépri-

<sup>1</sup> Voir mes *Travaux d'obstétrique*, t. III, p. 177.



mant et ouvrant le plancher périnéal, par un mécanisme identique à celui des autres présentations. Le bregma reste toujours au centre du canal génital ou

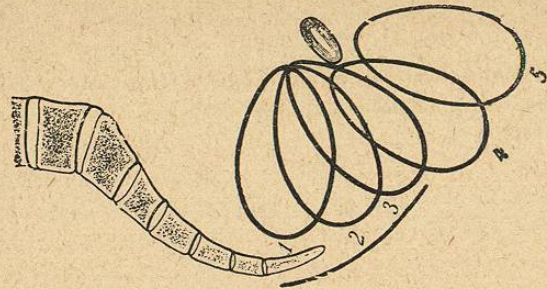


Fig. 241. — Dégagement de la tête en présentation du front : mento-pubienne.

dans son voisinage. Les deux extrémités de la tige occipito-mentonnaire occupent à peu près le même plan de la filière génitale. La descente de cette tige est synclitique.

La partie fœtale arrive enfin à la vulve et s'échappe suivant le mécanisme indiqué par le schéma 241, où la tête est représentée par un ovoïde ; petite extrémité : menton ; grosse extrémité : lambda.

Le bregma et la partie voisine du front se montrent d'abord au centre de la vulve ; puis l'anneau vulvaire s'entr'ouvrant laisse à nu : d'une part, le front ; d'autre part, une assez grande étendue de pariétaux ; la racine du nez, quelquefois le maxillaire supérieur ou la bouche, s'appliquent à la partie inférieure de la symphyse et autour d'une de ces régions, comme charnière, s'acquiesse un mouvement de flexion de la tête, qui amène la sortie du lambda et de l'occiput ; après quoi le reste de la face, c'est-à-dire tantôt le nez, la bouche et le menton, tantôt la bouche et le menton seulement, parfois même le menton uniquement (suivant la région qui a servi de charnière), se dégagent en dernier lieu.

b. *Dégagement en mento-sacrée.* — La tête, après avoir franchi le détroit moyen, continue sa descente par un mouvement synclitique analogue à celui étudié précédemment, c'est-à-dire que le menton et le lambda, s'abaissant



Fig. 242. — Dégagement de la tête en présentation du front : mento-sacrée.

avec une rapidité inégale, se trouvent toujours dans le même plan que la filière génitale, de manière que le bregma en occupe à peu près le centre.

L'occiput vient buter derrière la symphyse pubienne ; il se produit alors un mouvement de bascule, qui entraîne le menton le premier au dehors. L'occiput ne sort qu'après lui et en dernier lieu.

Le schéma 242 rend compte de ce mode de sortie.

5° *Rotation externe et dégagement du tronc.* — Ces deux derniers temps de l'accouchement se font absolument comme dans la présentation du sommet et de la face.

#### DU MÉCANISME DANS CHAQUE POSITION

J'ai pris comme type de ma description une MIDT au détroit supérieur, et j'ai montré quel était ensuite le mécanisme suivant que le menton tournait en avant (MIDA. MP) ou en arrière (MIDP. MS).

Les mêmes considérations s'appliquent à la position MIGT ; suivant que le menton tourne en avant MIGA ou en arrière MIGP, toute nouvelle description est ici utile.

#### Résumé.

Tous les auteurs, qui ont décrit la présentation du front, et qui en ont

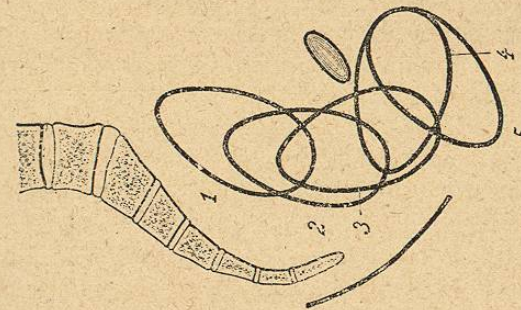


Fig. 243. — Sortie de l'ovoïde céphalique en présentation du sommet.

minutieusement fouillé le mécanisme, se sont efforcés de prouver l'analogie, avec le mode de sortie dans les présentations du sommet et de la face. — Je ne les suivrai pas dans cette démonstration. Loin de chercher à établir une analogie, je m'attacherai à montrer les différences.

Les présentations du sommet et de la face sont, ainsi que leur mécanisme, normales, physiologiques. L'ovoïde céphalique se présente par sa grosse extrémité (sommet, fig. 243), ou par sa petite extrémité (face, fig. 244), qui

<sup>1</sup> Le dégagement en mento-sacrée est possible en présentation du front, alors qu'il ne l'était pas avec une présentation de la face, car la déformation de la tête, en cas de front n'arrive pas à constituer les trois zones décrites page 259, et dont la troisième ne pouvait franchir le détroit supérieur.