

## MÉCANISME ET DIAGNOSTIC DE L'ENGAGEMENT DE LA TÊTE FOETALE

Par le professeur **FARABEUF** (1).

Si la tête pénètre dans le détroit supérieur, diagonalisée et fléchie, y pénètre-t-elle d'aplomb ou inclinée sur l'un de ses côtés, de ses pariétaux, relativement au plan de ce détroit ?

Si elle pénètre d'aplomb, synclitiquement suivant l'expression consacrée, et l'opinion généralement acceptée et enseignée il y a vingt ans, sa bosse pariétale postérieure est devant le promontoire en même temps que l'antérieure est derrière le culmen pubien. On peut imaginer cela avec un diamètre promonto-pubien suffisant et un ventre avalé, c'est-à-dire une inclinaison du grand axe de l'ovoïde céphalique d'environ 30° seulement sur l'horizon (femme supposée debout).

Imagine-t-on que Nægelé, en 1819, eut raison, comme s'obstinent encore à le croire tant d'étrangers, d'établir en loi générale ce que montrent seulement de rares faits exceptionnels dans lesquels la bosse pariétale antérieure semble déjà dans l'excavation quand la postérieure est encore arrêtée par le promontoire ; ce n'est plus seule-

---

(1) Extrait de *l'Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements*, nouvelle édition revue et augmentée. Paris, G. Steinheil, 1909, p. 64.

ment une forte inclinaison sur l'horizon qu'il faut supposer au grand axe de la tête, mais une horizontalité presque absolue. La tête fœtale ainsi posée est dite *inclinée* sur son pariétal antérieur couché sur l'arc antérieur du détroit où il appuie la région pariéto-squameuse et même l'oreille.

Au contraire, la bosse pariétale postérieure descend-elle au-dessous du promontoire avant que l'antérieure ait franchi le culmen pubien, il y a, dit-on, inclinaison sur le pariétal postérieur : le grand axe de l'ovoïde est plus redressé que dans la pose d'aplomb, le *synclitisme*. Il semble bien qu'il en doive être ainsi quand on examine de profil une femme enceinte qui n'a pas une chute excessive du ventre.

En 1886, à la suite de mes premières expériences cadavériques, j'ai supposé que ce dernier mode d'inclinaison devait être l'ordinaire même dans les bassins normaux, car cela déjà était admis pour les bassins aplatis, légèrement rétrécis; on le verra plus loin.

Varnier ayant retrouvé Smellie (1752), rassemblé des documents de toute sorte contrôlés par Pinard (1), et depuis par bien d'autres, mon hypothèse fut acceptée généralement, surtout depuis qu'ayant défini l'engagement, indiqué les moyens de le reconnaître et de suivre la pro-

---

(1) PINARD et VARNIER, *Études d'anatomie obstétricale normale et pathologique*, sur l'engagement au détroit supérieur. Paris, G. Steinhil, 1872, mémoire, n° VIII.

gression, j'ai mis tout le monde à même d'observer rigoureusement ce qui se passe sur la parturiente.

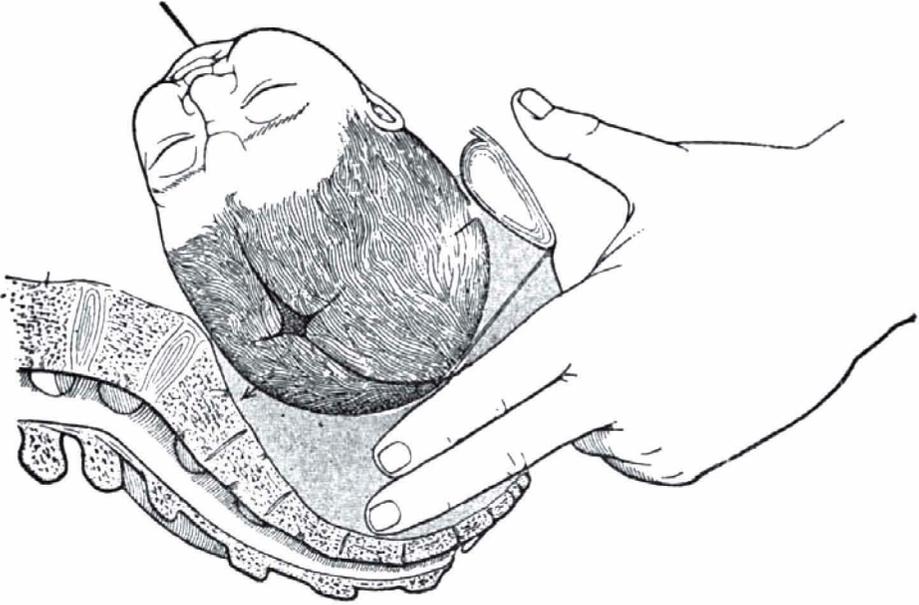
Il y a engagement de la tête dans le bassin quand les deux extrémités de son diamètre bi-pariétal maximum, quand les deux bosses ont franchi le détroit promonto-pubien minimum, si peu que ce soit. Tant que l'anneau refuse de laisser entrer et tout de suite passer le gros de l'œuf cranien, celui-ci reste *posé* dessus, plus ou moins *appuyé* et même notablement enfoncé si la coquille est souple : il n'est point engagé.

La tête du fœtus se présentant posée transversalement d'abord, obliquement ensuite, fait descendre sa bosse postérieure devant le côté du promontoire et sa bosse antérieure derrière l'arc pubien.

Trois figures vont vous éclairer.

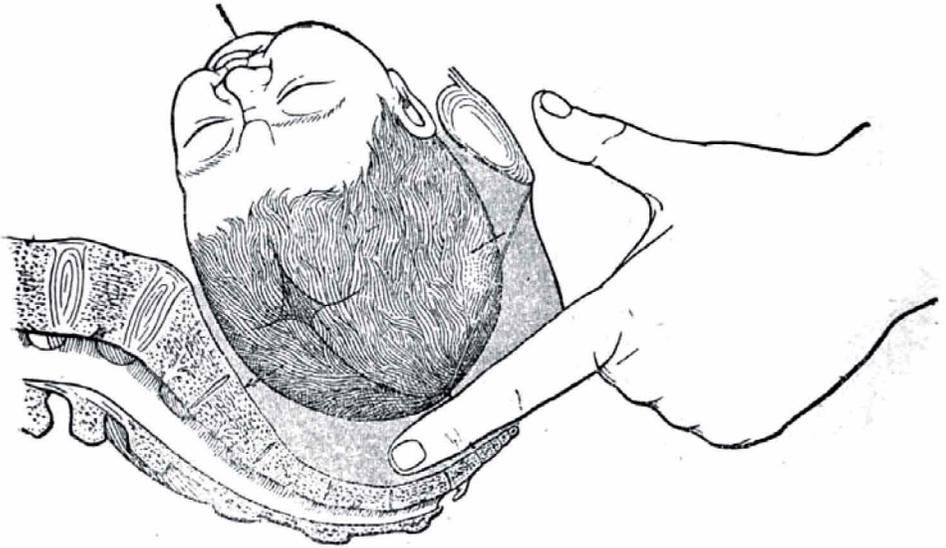


La tête n'est que posée sur le détroit en attitude ordinaire, initiale, transversale, sans flexion notable. Déjà sa bossa pariétale postérieure (pointe de flèche) est bien au-dessous du promontoire, mais l'antérieure reste au-dessus du point pubien le plus rapproché du promontoire, du *culmen*. Une très grosse partie du crâne est dans l'excavation. Pourtant il reste place pour *trois doigts* de champ entre le plan coccy-sacré et le pôle céphalique descendant. L'engagement n'est pas fait, et c'est la bossa antérieure qui n'est pas descendue puisque la suture sagittale sensible près du bregma, parce que la flexion n'est pas encore faite, se trouve près du sous-pubis, 3 ou 4 centimètres, mettons 35 millimètres.



La tête s'est fléchie et diagonalisée, mise en occipito-gauche antérieure. Elle a oscillé, porté sa bosse postérieure (pointe de flèche) dans la concavité sacrée, fait descendre l'antérieure au-dessous du culmen pubien: l'engagement est donc fait et la descente commencée. Il n'y a plus place que pour *deux doigts* de champ entre le plan coccy-sacré et le pôle fœtal descendant. La distance du sous-pubis à la suture sagittale a augmenté d'environ 2 centimètres; c'est donc (chiffres approximatifs) 55 millimètres au lieu de 35.

L'on conçoit qu'une petite tête descendant dans un grand bassin, ne fasse pas tant de façons, que sans aller, battant de cloche, dans la concavité sacrée, elle descende directement et que, par conséquent, cet éloignement de la suture sagittale du fait de l'engagement n'ait pas lieu ou soit minime.



La tête restée fléchie et orientée obliquement, comme sur la figure précédente, est descendue, la concavité sacrée utilisée, l'excavation remplie. La distance du sous-pubis à la sagittale touchée comme il faut, dans le plan médian et non sur le côté, a augmenté de deux nouveaux centimètres. Elle est approximativement à 76 millimètres au lieu de 55 tout à l'heure et de 35 au commencement. Un *seul doigt* trouve place entre le plan coccy-sacré et le pôle descendant.

La tête va se rapprocher bientôt de ce plan en tournant dans le fond oblong de l'excavation, en sollicitant le détroit musculaire, l'entrée du bassin mou, de la filière périnéo-vulvaire : pour s'y introduire, elle tournera son occiput en avant.

Dans cette figure, comme dans les précédentes, la tête a été grossie pour compenser la suppression des parties molles (utérus, vessie, etc.), et mieux montrer les parties dures qui entrent en contact médial sur la parturiente.

---

*Le Gérant* : G. STEINHEIL.

Paris. — Imp. E. ARRAULT et C<sup>o</sup>, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.