

CHAPITRE III

PRÉSENTATION DU SOMMET

La *présentation du sommet* est celle dans laquelle le fœtus se présente par l'*extrémité céphalique fléchie* (fig. 185).

Fréquence. — La présentation du sommet est la plus fréquente de toutes : on l'observe 91 ou 95 fois sur 100 accouchements à terme.

Ce sont là des chiffres classiques, mais qui sont au-dessous de la vérité, si l'on ne compte que les *accouchements à terme ou près du terme chez des femmes ayant le bassin normal et accouchant d'enfants viables et pesant plus de 2000 grammes.*

D'après les chiffres recueillis à la Clinique Baudelocque pendant les années 1891, 1892, 1895, 1894, 1895, Pinard et Lepage trouvent que :
1° sur 5774 primipares observées dans ces conditions, il existait :

5667 Présentations du sommet, soit 97,18 pour 100.
1 Présentation de l'épaule, — 0,02 —
99 Présentations du siège, — 2,60 —
7 — de la face, — 0,18 —

2° De même sur 4655 multipares il existe :

4507 Présentations du sommet, soit 97,28 pour 100.
27 — de l'épaule, — 0,58 —
91 — du siège, — 1,97 —
8 — de la face, — 0,17 —

La proportion de présentations du sommet est en réalité un peu plus élevée, si l'on n'envisage que les femmes arrivées au terme de la grossesse, de telle sorte que, d'après nous, la proportion de présentations du sommet est au moins de 98 pour 100.

Une statistique plus délicate à établir est celle de la *fréquence des positions* et des *variétés de positions* de présentation du sommet. Tout d'abord il ne faudrait point baser cette statistique sur les faits observés pendant le travail, puisqu'un certain nombre de positions postérieures deviennent, par suite du mouvement de rotation, des positions transversales, puis antérieures. C'est ainsi que pendant longtemps on a cru à la fréquence des positions droites, variété antérieure (OIDA), alors qu'en réalité elles sont très rares, et que si on les observe souvent au cours du travail, c'est qu'elles représentent le plus souvent une OIDP en voie de rotation (Pinard).

D'autre part, les statistiques, basées sur les observations prises à la fin de la grossesse, prêtent à discussion, parce que le diagnostic de ces positions

n'a qu'une valeur proportionnée au savoir de l'accoucheur; le contrôle des diagnostics de position posés pendant la grossesse ne peut être fait d'une manière rigoureuse, puisque, en cas de différence, on peut toujours invoquer une mutation de position au cours du travail.

Donnons cependant les chiffres de deux statistiques classiques, celle de P. Dubois, faite sur des cas observés pendant le travail, celle de Pinard, sur 500 femmes observées dans le dernier mois de la grossesse, et qui donnent toutes deux la proportion pour 100 des différentes positions. Nous y ajouterons les chiffres des statistiques de Bataillard faites à Lariboisière, et de Herrgott et Vallois faites à la Maternité de Nancy.

	P. DUBOIS	PINARD (grossesse)	PINARD ET BATAILLARD	HERRGOTT ET VALLOIS
OIGA	71	52,6	61,52	65,95
OIDP	25,6	55,8	26,70	55,5
OIGP	0,65	11	10,47	0,45
OIDA	2,87	0,2	0,94	0,15

Voici, d'après la statistique faite par Pinard et Lepage, à Baudelocque, pour les années 1891, 1892, 1895, 1894, 1895, la fréquence relative des positions et variétés de positions observées pendant le travail, dans l'accouchement par le sommet, lorsque le bassin est normal.

POSITIONS ET VARIÉTÉS DE POSITION	PRIMIPARES	MULTIPARES	PROPORTION POUR 100
OIGA	1919	2192	52,72
OIGT	159	254	4,01
OIGP	515	259	8,64
OIDA	50	85	1,75
OIDT	155	229	4,77
OIDP	890	1066	25,08
OP	24	167	2,46
Inconnue	5	45	0,57

Dans ce tableau, les positions OP se rapportent seulement aux femmes qui arrivent à la dilatation complète, rotation faite, de telle sorte qu'on ne pourrait faire le diagnostic rétrospectif que d'après la situation de la bosse séro-sanguine, ce qui n'est pas toujours possible et ce qui manque d'un contrôle rigoureux.

Causes. — C'est par le *sommet* que doit se présenter le fœtus, lorsque les *différents facteurs qui régissent son accommodation pendant la grossesse sont normaux*; il y a donc présentation du sommet toutes les fois que la paroi abdominale et la paroi utérine ont une tonicité suffisante,

toutes les fois que le bassin est bien conformé, que le fœtus est normalement développé et qu'il n'y a point de maladie ou d'anomalie de l'œuf.

Énumérer les causes de la présentation du sommet pendant la grossesse serait donc redire les lois qui président à l'accommodation (voy. page 509).

Signes et diagnostic de la présentation du sommet pendant la grossesse. — Pour établir le diagnostic de présentation du sommet, on a recours aux différents procédés d'examen que nous avons étudiés à propos du diagnostic de la grossesse; mais en réalité les deux premiers ont peu de valeur; le *palper* seul permet d'établir un diagnostic plus ou moins complet, que l'on confirme par l'auscultation et par le toucher. Supposons qu'on examine une femme dans le dernier mois de sa grossesse.

1° *L'interrogatoire* apprend que depuis quel-que temps la femme éprouve de la pesanteur dans le bas-ventre, que depuis un mois ou deux elle a des envies très fréquentes d'uriner; ce sont là des phénomènes de compression dus à l'engagement de la partie fœtale. A une épo-

que plus ou moins rapprochée du terme, généralement dans la dernière quinzaine, la femme accuse une certaine diminution dans les phénomènes de compression du côté de l'abdomen: elle respire plus facilement; les troubles gastriques qui réapparaissent souvent dans les deux derniers mois de la grossesse, diminuent ou cessent définitivement; la malade est plus alerte, se sent mieux.

En revanche, surtout si elle est primipare, elle éprouve des phénomènes de compression du côté des membres inférieurs, à la partie supérieure des cuisses, au niveau des fesses; ce sont des douleurs irradiées ou des crampes.

Tous ces renseignements n'ont guère d'importance au point de vue du diagnostic de l'attitude du fœtus; il n'est pas plus utile de connaître le côté



Fig. 195. — Manière de bien pratiquer le palper et de rechercher la saillie du front.

L'accoucheur est à gauche de la femme, la main droite est arrêtée par la saillie du front; la main gauche peut pénétrer plus profondément avant d'arriver sur l'occiput.

de l'utérus au niveau duquel elle perçoit habituellement les mouvements du fœtus. Sans doute ces mouvements sont surtout perçus dans la région qu'occupent les membres inférieurs du fœtus; mais qui peut affirmer sur ces simples renseignements, souvent contradictoires, qu'il s'agit d'une présentation du sommet? Aussi, dans la pratique, est-il inutile de pousser dans ce sens l'interrogatoire de la femme: mieux vaut recourir à l'examen direct.

2° *L'inspection* du ventre fait constater que l'utérus a la forme d'un ovoïde à grand axe vertical, dirigé un peu obliquement de haut en bas et de

droite à gauche: mais on ne peut guère conclure de cet examen qu'une chose, c'est que la présentation est longitudinale, sans pouvoir dire que le fœtus se présente par le sommet, la face ou le siège.

Sans doute, si l'utérus n'est pas très volumineux, si son fond est peu élevé, il y a lieu de penser que c'est l'extrémité céphalique fléchie qui est en bas, engagée; mais toutes ces hypothèses ne



Fig. 196. — Manière de pratiquer le palper et de rechercher la saillie du front.

La disposition des parties est la même que dans la figure 195. On a enlevé les parties molles de la mère afin de rendre visibles le fœtus, le bassin, et de montrer que la différence de hauteur des mains est due à l'élévation du front.

valent pas une seule des certitudes que va fournir le palper.

3° *Palper*. — C'est la méthode par excellence du diagnostic différentiel des présentations, chez une femme à terme ou près du terme.

La femme est couchée dans la situation horizontale, comme nous l'avons indiqué page 184.

L'accoucheur, placé à droite ou à gauche de la femme, mais aussi près d'elle que possible, délimite avec les deux mains la partie supérieure des branches horizontales du pubis, de manière à pouvoir suivre de chaque côté avec l'extrémité des doigts l'orifice supérieur de l'excavation, le détroit supérieur; il ne faudrait pas, en effet, attribuer à une partie fœtale la résistance osseuse fournie par les os iliaques.

Chez la plupart des femmes cette délimitation avec les doigts du contour osseux de la partie antérieure du détroit supérieur se fait facilement. Chez quelques-unes, cependant, l'utérus en antéversion gêne cette manœuvre: il faut d'abord relever l'utérus avec la paume de la main, le faire maintenir ainsi redressé par les mains d'un aide ou simplement par la femme: l'exploration devient alors plus facile.

Lorsque les branches horizontales du pubis sont bien délimitées, les deux mains s'éloignent peu à peu de la ligne médiane, sans perdre le contact ni avec la paroi abdominale, ni avec la ceinture osseuse du bassin: chemin faisant, elles dépriment peu à peu la paroi abdominale, comme si elles voulaient plonger dans l'excavation.

Les sensations obtenues peuvent être très différentes:

1° Ou bien les doigts éprouvent au niveau de leur extrémité une sensation de résistance résultant de la rencontre d'un corps dur, volumineux et arrondi, qui les empêche de pénétrer plus profondément et qui remplit l'excavation (Pinard¹): *l'excavation est remplie*;

2° Ou bien les doigts ne rencontrent que la résistance fournie par la paroi abdominale qui se laisse plus ou moins déprimer: les doigts pénètrent plus ou moins profondément dans l'excavation qui ne renferme pas de partie fœtale: *l'excavation est vide*;

3° Enfin l'excavation peut être *incomplètement remplie* par une tumeur irrégulière qui paraît moins résistante que l'extrémité céphalique: c'est le siège.

Voyons comment il faut interpréter, au point de vue du diagnostic de la présentation du sommet, les sensations obtenues dans les deux premiers cas.

1° *L'excavation est remplie* par une tumeur arrondie, régulière et résistante: lorsque cette constatation est faite au cours de la grossesse, il est extrêmement probable que c'est l'extrémité céphalique, fléchie, qui se présente la première.

L'extrémité céphalique défléchie ou face, le tronc, ne s'engagent point en effet pendant la grossesse; le siège, il est vrai, peut exceptionnellement s'engager avant tout début de travail; mais les caractères de cette extrémité fœtale diffèrent de ceux de l'extrémité céphalique: le siège remplit mal l'excavation, il est moins résistant; lorsqu'il est en bas, les doigts qui explorent l'excavation « ne sont pas arrêtés brusquement en pressant de haut en bas, mais en se rapprochant sur la ligne médiane, ils sentent, par leur face palmaire et non par leurs extrémités, un corps plus ou moins volumineux et résistant. Cette différence de sensation est caractéristique pour tout accoucheur familiarisé avec le palper². » (Pinard.)

Ainsi quand, pendant la grossesse, on trouve dans l'excavation une tumeur régulière et arrondie, qui remplit l'excavation, il s'agit d'une présentation du sommet et cette présentation est définitive. Le degré d'engagement indique que le fœtus ne peut plus évoluer et que la tête remontera difficilement au niveau du détroit supérieur.

¹ *Traité du palper abdominal*, p. 148, 2^e édition.

² *Loc. cit.*, p. 149.

Une autre constatation importante à faire, et qui vient confirmer le diagnostic de présentation du sommet en le complétant, c'est que « quand le sommet est engagé, toujours la tumeur céphalique est plus accessible, plus saillante d'un côté que de l'autre; ainsi, tandis que les doigts d'une main pourront descendre plus ou moins dans l'excavation, les doigts de l'autre seront arrêtés plus tôt en un point qui avoisine le détroit supérieur (fig. 195 et 196). Cette portion de la sphère céphalique plus saillante, plus accessible, plus élevée, est constituée par la région frontale. » (Pinard.)

En outre le front se distingue de l'occiput en ce qu'il présente une surface plus arrondie et plus large, plus accessible à l'exploration.

Lorsqu'on a reconnu que c'est l'extrémité céphalique engagée qui est en bas, on porte la main au fond de l'utérus; on reconnaît l'extrémité pelvienne à ses caractères de corps volumineux, irrégulier, accompagné de petites parties fœtales; ces petites parties sont accolées, pour ainsi dire, au siège du fœtus ou bien en sont un peu plus éloignées. Les deux extrémités du fœtus étant ainsi reconnues, on cherche de quel côté se trouve le dos qui constitue un plan résistant continu, reliant les deux épaules.

« Cette recherche doit être faite à l'aide de pressions douces pratiquées surtout avec la pulpe des doigts. La sensation perçue n'est pas toujours la même; le plus souvent le dos du fœtus est exactement appliqué contre la paroi utérine et celle-ci contre la paroi abdominale; dans ce cas, le plan résistant paraît superficiel. D'autres fois il existe entre le dos et la paroi utérine une certaine quantité de liquide amniotique; le plan résistant semble être situé plus profondément, car les doigts sont forcés de déplacer le liquide interposé.

« Il arrive aussi que le dos n'est pas nettement senti, par suite de la présence du placenta, ce dernier se trouvant interposé entre lui et la paroi utérine.

« Quoi qu'il en soit, ou bien le dos est en avant, et l'on peut pour ainsi dire le circonscrire, ou bien il est en arrière et l'on ne suit, l'on ne perçoit alors qu'un des plans latéraux.

« Quand on a trouvé le dos ou le plan latéral d'un côté, il est nécessaire de déprimer de la même façon la paroi abdominale du côté opposé, afin d'obtenir un terme de comparaison pour apprécier la différence de sensation fournie par la résistance du plan fœtal, ou par la résistance du liquide amniotique. — Il est indispensable de pratiquer cette petite manœuvre afin de s'assurer s'il n'y a pas plusieurs produits de conception ou des néoplasmes, et en particulier des myomes. » (Pinard.)

Avec un peu d'habitude, rien n'est plus facile, dans la majorité des cas, que de déterminer rapidement l'attitude du fœtus; chez quelques femmes, en raison du peu d'épaisseur des parois abdominale et utérine, on voit, pour ainsi dire, avec la main la situation qu'occupe chaque partie du fœtus. Dans les conditions inverses (épaisseur de la paroi abdominale, résistance de la paroi utérine), l'exploration est rendue plus difficile; de même encore quand il y a excès de tension dans l'utérus, par suite de la trop grande abondance du liquide amniotique.

Lorsque la tête est très profondément engagée, on peut avoir quelque difficulté à la sentir; c'est à peine si l'on arrive sur la saillie du front; on fait alors le diagnostic en reconnaissant à leurs caractères : le siège qui se trouve au fond de l'utérus, et la saillie arrondie, formée par le moignon de l'épaule antérieure, et qui se trouve plus ou moins au-dessus du détroit supérieur suivant l'engagement du fœtus. Ce signe de l'épaule, sur la valeur duquel Rivière (de Bordeaux) a insisté, sert encore dans les cas habituels à bien préciser l'orientation du dos et à indiquer l'endroit au voisinage duquel se trouve le foyer d'auscultation.

Fabre (de Lyon)¹ a étudié par le palper les différents rapports de l'épaule antérieure avec la paroi abdominale; il mesure pour cela, à différentes reprises, la distance qui sépare l'épaule de la ligne médiane (*distance de l'épaule*) et celle de l'épaule au milieu de la symphyse pubienne (*hauteur de l'épaule*). Il conclut de ces recherches qu'au début du neuvième mois tous les fœtus se présentant par le sommet sont en position postérieure et que la descente sus-pelvienne de l'épaule se fait différemment des deux côtés : à gauche elle descend suivant une ligne hélicoïdale qui correspond à des positions successives du sommet passant de OIGP à OIGT pour aboutir à OIGA; à droite la descente sus-pelvienne se fait en *ligne droite*, de telle sorte que normalement les positions gauches doivent se terminer en antérieures et les positions droites en postérieures. Fabre admet, avec Fochier, que ces différences dans l'orientation de la tête suivant que l'occiput occupe la partie gauche ou droite tiennent à la présence du rectum et de l'S iliaque qui, placés à gauche, refoulent l'occiput en avant. Si les faits sont vrais, l'explication est au moins discutable puisque le rectum et l'S iliaque ne sont pas toujours à gauche : il faudrait prouver que les cas anormaux correspondent justement aux faits dans lesquels le rectum est à droite.

2° *L'excavation est vide.* L'extrémité céphalique n'est pas engagée : en procédant au palper méthodique avec les deux mains, on constate que les extrémités des doigts plongent dans l'excavation sans rencontrer de partie fœtale.

La face palmaire des doigts sent une partie fœtale arrondie qui se trouve au niveau ou au-dessus de l'aire du détroit supérieur : c'est la tête fœtale. En remontant un peu les deux mains symétriquement, on saisit cette tête, que l'on reconnaît nettement à ce qu'elle est arrondie et régulière; mais comme habituellement elle n'est pas fléchie, il est presque toujours difficile de déterminer de quel côté se trouve le front; ce n'est qu'en continuant l'examen par le palper qu'on arrive à reconnaître que le dos est à droite ou à gauche.

Dans certains cas le diagnostic reste hésitant, si la tête fœtale est accompagnée d'un membre supérieur, d'une main; la présence de cette partie fœtale peut faire croire à une présentation du siège; nous verrons à propos de cette dernière comment on la reconnaît, que le siège soit ou non engagé.

4° *Auscultation.* — L'auscultation ne sert guère que de moyen de contrôle pour le diagnostic de la présentation du sommet pendant la grossesse.

¹ *Écho médical de Lyon* (15 mars 1896).

Sans doute, lorsque le foyer d'auscultation est situé au-dessous de l'ombilic, et que la présentation est longitudinale, il est probable qu'il s'agit d'une présentation du sommet; mais il faut se rappeler que lorsque le sommet n'est pas engagé, le foyer d'auscultation peut être élevé, qu'il peut même être situé au-dessus de l'ombilic.

En réalité l'auscultation sert à constater que le *foyer maximum* est bien à l'endroit où on le plaçait d'avance d'après l'orientation du fœtus. Nous verrons, pour chacune des positions et variétés de position du sommet, quelle est le plus habituellement la région de la paroi abdominale au niveau de laquelle se trouve le foyer d'auscultation.

5° *Le toucher* sert également à contrôler le diagnostic de présentation du sommet : lorsqu'on sent à travers le segment inférieur une tumeur régulièrement arrondie, volumineuse, résistante, remplissant toute l'excavation, il s'agit sûrement d'un sommet. Ce n'est que dans les cas où le segment inférieur est très aminci qu'on peut sentir à travers le segment inférieur le point de repère, la fontanelle postérieure.

Quelquefois, chez les grandes multipares, le col est tellement perméable que le doigt arrive sur une surface sillonnée par des sutures et dont il n'est séparé que par les membranes : c'est le sommet sur lequel on peut en même temps sentir la fontanelle postérieure. Lorsque, par le palper, on hésite pour savoir si c'est le sommet ou le siège qui se trouve en bas, on peut, à l'aide d'une main appliquée sur la paroi abdominale, abaisser la partie fœtale, la rendre plus accessible au doigt qui en reconnaît les caractères.

Diagnostic des positions et des variétés de positions de la présentation du sommet pendant la grossesse. — Lorsqu'on a constaté que c'est l'extrémité céphalique fléchie qui se présente, il faut déterminer, à l'aide du palper et de l'auscultation, quelles sont la position et la variété de position.

1° *POSITION GAUCHE, variété antérieure (OIGA)* (fig. 197). — Dans cette attitude la saillie du front est plus ou moins facile à sentir, plus ou moins accessible à la main qui palpe à droite suivant que la tête est plus ou moins fléchie et engagée. Le siège occupe le fond de l'utérus, et se loge dans la partie droite de cet organe.

Le dos, qui constitue un plan résistant unissant le siège et la tête, est situé à gauche et en avant; à droite, on sent la rénitence du liquide amniotique et les petites parties fœtales.

Le dos ou le plan latéral droit du fœtus occupe une situation qui diffère un peu suivant l'état de la paroi abdominale : chez certaines multipares, bien que la tête du fœtus soit orientée en position gauche, variété antérieure par rapport au bassin, le dos du fœtus se met en diagonale de telle sorte que son siège est reporté très à droite. Cette attitude du fœtus s'observe lorsque l'utérus est très incliné à droite ou bien lorsqu'il est en antéversion (*ventre en besace*).

Ces diverses attitudes doivent être reconnues pour savoir où se trouve le foyer maximum des bruits du cœur : il est habituellement situé à gauche de la ligne médiane, plus ou moins élevé non seulement suivant le degré d'engagement de la partie fœtale, mais encore suivant que le dos du fœtus est

plus ou moins incliné. Les bruits du cœur sont ici transmis par le dos du fœtus et ne sont pas très intenses.

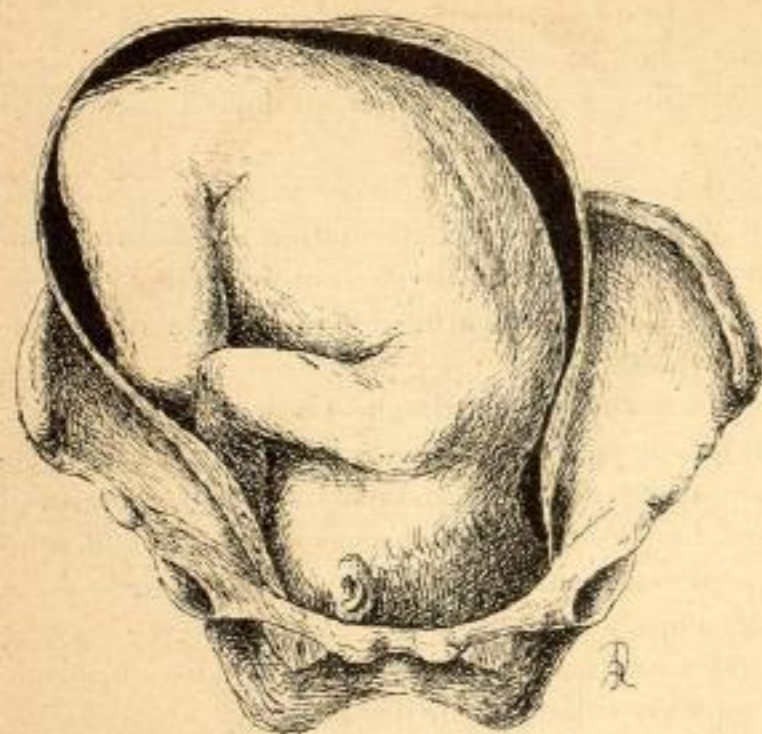


Fig. 197. — Présentation du sommet en position gauche, variété antérieure (OIGA).

rieures, le siège donnant la sensation du ballonnement, et cela sans que la quantité du liquide amniotique soit considérable. »

Le dos est situé en arrière et difficilement accessible; on n'arrive guère que sur le plan latéral gauche. L'épaule gauche se trouve à 6 ou 8 centimètres de la ligne médiane. On sent à gauche, outre la rénitence du liquide amniotique, les petites parties fœtales qui semblent très superficielles.

Les bruits du cœur du fœtus sont transmis par le plan latéral gauche: en déprimant un peu la paroi abdominale, on les entend très nettement. Le foyer d'auscultation est situé à droite (Ribemont-Dessaignes) en avant et assez bas.



Fig. 198. — Présentation du sommet en position droite, variété postérieure (OIDP).

2° POSITION DROITE, variété postérieure (OIDP) (fig. 198). — La tête est assez profondément engagée, bien qu'elle ne soit pas très fléchie. La saillie du front en rapport avec l'éminence iliopectinée gauche est nettement accessible; le siège se trouve au fond de l'utérus, habituellement à gauche, quelquefois à droite de la ligne médiane. « Il n'est pas rare, dit Pinard, de rencontrer, même à terme, dans les variétés posté-

5° POSITION GAUCHE, variété postérieure (OIGP) (fig. 199). — Le diagnostic n'en est pas toujours facile: c'est surtout grâce à la saillie du front en avant et à droite qu'on reconnaît cette position. Le siège est au fond de l'utérus et un peu à droite de la ligne médiane.

Le dos est dirigé en arrière et l'on ne peut guère arriver au niveau de la partie gauche de l'utérus que sur le plan latéral droit. Les petites parties fœtales sont dirigées en avant; la facilité avec laquelle on les sent, éveille facilement l'idée d'une grossesse gémellaire: il ne faut

point se laisser tromper à cette apparence, alors même que l'on constate un

double foyer d'auscultation. C'est en effet la règle dans la position gauche, variété postérieure (Pinard): les bruits du cœur s'entendent à gauche, très en arrière, assez haut dans une zone rapprochée de l'ombilic; ils s'entendent également du côté droit assez en arrière, si l'on déprime d'une manière suffisante la paroi abdominale. Au niveau de ce second foyer les bruits du cœur sont parfois plus nettement perçus que du côté gauche.

4° Position droite, variété antérieure (OIDA) (fig. 200). —

Bien que cette position soit exceptionnelle pendant la grossesse, elle peut

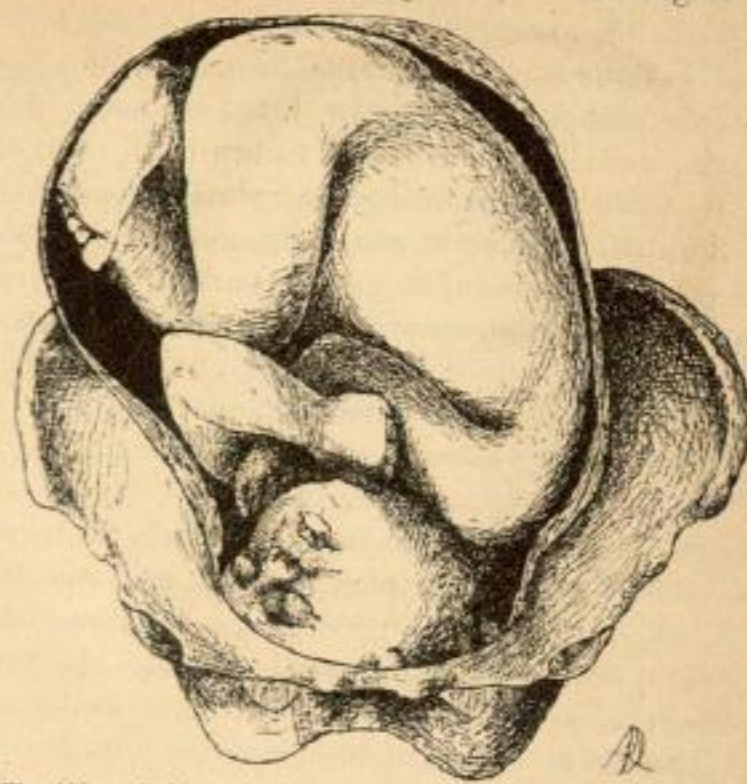


Fig. 199. — Présentation du sommet en position gauche, variété postérieure (OIGP).

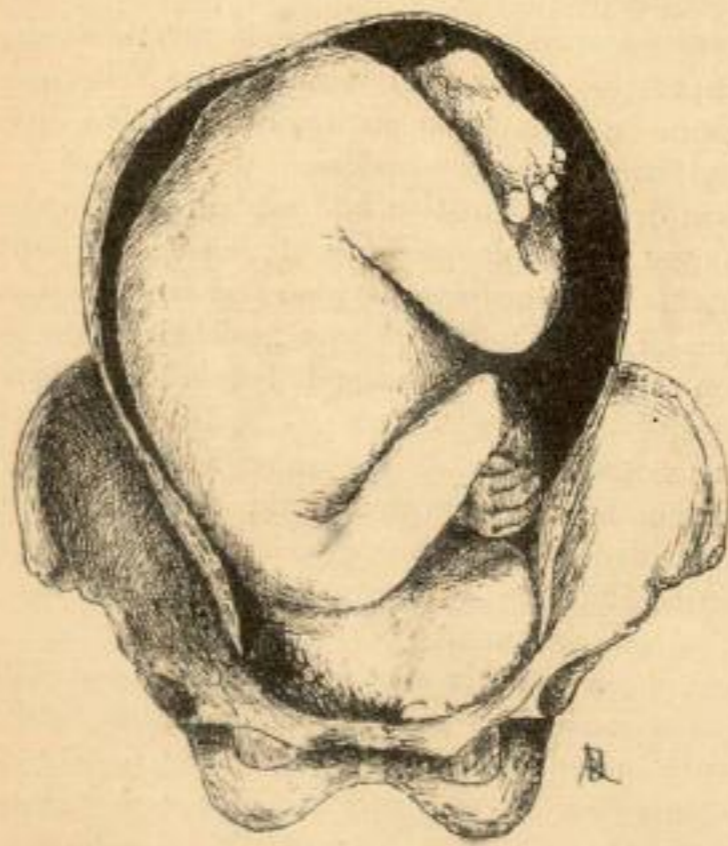


Fig. 200. — Présentation du sommet en position droite, variété antérieure (OIDA).

cependant être diagnostiquée assez facilement. La tête est assez profondément engagée, plus accessible du côté gauche que du côté droit. Le siège est au fond de l'utérus et à gauche, le dos est en avant et à droite, facile à délimiter, à saisir pour ainsi dire entre les deux mains. Le plan latéral gauche est à gauche de la ligne médiane. Les bruits du cœur s'entendent très nettement en avant sur la ligne médiane ou plutôt un peu à gauche de cette ligne.

5° *Positions transversales du sommet.* — Les positions transversales engagées ne s'observent guère pendant la grossesse que chez les femmes dont l'utérus est en antéversion ou chez celles dont le bassin est vicié par le rachitisme; le palper présente ici quelques difficultés. Il faut faire relever la paroi abdominale pendant qu'on cherche à explorer l'aire du détroit supérieur.

S'il s'agit d'une *gauche transversale*, la tête est plus facilement accessible du côté droit que du côté gauche; le siège se trouve abaissé au-dessus de la fosse iliaque droite; le plan résistant est situé transversalement, décrivant une sorte d'arc de cercle; à droite, assez rapprochées de l'extrémité céphalique, on trouve les petites parties fœtales. Le foyer d'auscultation est plus ou moins élevé, très à gauche de la ligne médiane.

L'attitude du fœtus est la même, en sens inverse, pour la *droite transversale*: front à gauche, dos du fœtus très recourbé, de manière que le siège est au-dessus de la fosse iliaque gauche; le foyer d'auscultation est sur la ligne médiane, à droite ou à gauche de cette ligne, suivant l'inclinaison du tronc. Les bruits du cœur y sont assez intenses.

Quelquefois, lorsque l'utérus est ainsi en antéversion, la tête n'est que peu engagée; l'attitude du fœtus est à peu près la même que celle qu'il occupe lorsque la tête est retenue en transversale au niveau du détroit supérieur par un rétrécissement du diamètre antéro-postérieur de ce détroit.

La tête est alors généralement dans une situation intermédiaire à la flexion et à la déflexion, et l'occiput aussi accessible que le front; le siège du fœtus est élevé et situé à peu près sur la ligne médiane. Le plan résistant, qu'il est facile de reconnaître, indique si l'on a affaire à une position droite ou gauche; le foyer d'auscultation est élevé, au voisinage de l'ombilic, quelquefois au-dessus.

DU DEGRÉ D'ENGAGEMENT DE LA TÊTE FŒTALE. — Lorsqu'on a établi par le palper et l'auscultation le diagnostic de présentation du sommet, de la position et de la variété de position, il faut encore rechercher quel est le degré d'engagement de la partie fœtale. Le toucher vaginal fournit alors les renseignements nécessaires.

Si la tête est profondément engagée, on la sent avec le doigt sans difficultés; si elle est modérément engagée, une partie seulement de la sphère céphalique est accessible; enfin quand l'engagement est nul, la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur et peut être refoulée vers la fosse iliaque.

Le palper peut également indiquer jusqu'à un certain point le degré d'engagement de la tête.

Fabre (voy. p. 552) a cherché à apprécier l'engagement de la tête en

mesurant la hauteur qui sépare la distance de l'épaule au pubis: d'après ses mensurations, lorsque cette distance est: de 15 centimètres, le sus-occiput est tangent au plan du détroit supérieur, de 5 centimètres, l'engagement est fait; au-dessous de 8 centimètres, la tête est engagée dans l'excavation.

Diagnostic de la présentation du sommet pendant le travail. — Le palper et l'auscultation suffisent très souvent pour faire le diagnostic de présentation du sommet, de la position, de la variété de position pendant le travail; tant que le col n'est pas effacé, ce sont encore ces deux méthodes qui fournissent les renseignements les plus précis.

Il est rare en effet que le segment inférieur de l'utérus soit suffisamment distendu, aminci, pour que le doigt puisse reconnaître la suture sagittale et les fontanelles.

Toutefois, à mesure que se produisent les phénomènes du travail, les contractions utérines qui se répètent à intervalles de plus en plus rapprochés viennent gêner le palper et rendre l'auscultation parfois très difficile; de plus, par suite de la descente, de l'engagement très profond de la tête fœtale, il n'est pas toujours facile de bien sentir par le palper cette tumeur qui remplit l'excavation: c'est seulement en constatant la saillie du front, lorsque la tête est bien fléchie, qu'on arrive à reconnaître qu'il s'agit d'une présentation du sommet.

Le *toucher* devient donc, pendant le travail, un bon moyen d'exploration, puisqu'il permet de constater non seulement l'état des parties molles, mais la présentation, la position et les différentes situations qu'occupe la tête fœtale en train d'évoluer dans la filière pelvi-génitale.

Il est généralement facile de reconnaître que c'est l'extrémité céphalique qui se présente aux caractères de *tumeur osseuse, dure, arrondie, régulière, volumineuse*, que l'on constate avec l'index: la *sensation d'une suture*, c'est-à-dire d'un très petit espace membraneux situé entre deux os, ou encore de la crête saillante formée par le bord d'un des os chevauchant sur son voisin (fig. 248), est caractéristique.

Dans certains cas où la tête est modérément engagée, il est utile, pour bien en apprécier les caractères, à l'aide d'une main appliquée sur l'hypogastre, d'abaisser cette extrémité céphalique pour la rendre plus accessible au doigt qui touche. Les fontanelles sont souvent reconnues et distinguées sans peine, d'après leur forme et leurs caractères propres. Chez certaines multipares dont le canal cervical est largement entr'ouvert, il est possible de reconnaître ainsi avec le doigt, avant tout début de travail, non seulement la présentation, mais la variété de position.

Le diagnostic de la *position (droite ou gauche)* et de la *variété de position (antérieure, transversale ou postérieure)* se fait d'après la situation de la fontanelle postérieure, et d'après la direction de la suture sagittale. Lorsque la fontanelle postérieure est à gauche de la ligne médiane, il s'agit d'une position gauche; quant à la variété, elle sera antérieure, transversale ou postérieure, suivant l'orientation de cette fontanelle.

La suture sagittale se reconnaît à ce qu'elle aboutit aux deux fontanelles

antérieure et postérieure; en règle générale, il n'est pas possible d'atteindre ces deux points de repère, et cependant on peut avoir la certitude que c'est bien la suture sagittale qu'on touche avec le doigt. Ainsi il suffit de trouver la fontanelle postérieure pour être certain que la ligne qui part de l'angle de l'occipital, dans l'axe de cet os, est bien la suture sagittale.

De même, si l'on sent la fontanelle antérieure, en explorant tour à tour les quatre sutures qui y aboutissent, on reconnaît la suture sagittale à sa plus grande longueur.

L'existence de *fontanelles supplémentaires* (voy. p. 502) peut être une cause d'erreur; le plus souvent elles siègent un peu en avant de la fontanelle postérieure, mais elles s'en distinguent en ce que deux sutures ou mieux les deux moitiés de la suture sagittale seules y aboutissent.

Lorsque deux de ces encoches siègent à la même hauteur sur chacun des pariétaux, elles peuvent simuler une fontanelle antérieure. Avec un peu d'attention, on remarque que deux sutures seulement (les deux moitiés de la suture sagittale) y aboutissent.

Au moment où la dilatation de l'orifice utérin est presque complète, si la tête est peu fléchie et peu volumineuse, on peut atteindre les deux fontanelles et les comparer. Il faut se souvenir que la fontanelle antérieure ou bregma est un *petit espace losangique, membraneux*, à laquelle viennent aboutir quatre sutures. Lorsque cette fontanelle est dirigée vers la partie postérieure du bassin, il peut être assez difficile de la distinguer de la fontanelle postérieure, parce que les deux frontaux sont très rapprochés l'un de l'autre et que la suture interfrontale est méconnue.

La fontanelle postérieure est caractérisée par la *convergence de trois sutures* dont l'ensemble représente un λ ; le plus habituellement, on trouve à son niveau une dépression de l'angle de l'occipital qui n'est pas sur le même plan que le bord postérieur des pariétaux, l'occipital s'étant enfoncé sous ces os (voy. fig. 248). Toutes ces sensations sont d'autant plus nettes que le travail ayant été rapide, la poche des eaux est peu volumineuse, ou que les membranes sont rompues depuis peu de temps.

Dans les conditions inverses, il se produit sur le cuir chevelu une infiltration séro-sanguine (*bosse séro-sanguine*) qui peut masquer plus ou moins complètement sutures et fontanelles. Lorsque cette bosse séro-sanguine n'est pas très volumineuse, il suffit de la déprimer pour reconnaître les parties sous-jacentes.

Dans certains cas, il est utile d'insinuer le doigt profondément pour dépasser les limites de la bosse séro-sanguine, et arriver sur une portion de la sphère céphalique non infiltrée qui permette de s'orienter.

Quand le fœtus est mort et macéré depuis quelque temps, les sensations fournies par la tête sont moins nettes: les os chevauchent considérablement les uns sur les autres d'une manière indifférente et donnent lieu à une sensation de crépitation toute particulière (Voy. chapitre *Mort du fœtus*).

Diagnostic des positions et des variétés de positions de la présentation du sommet pendant le travail. — La présentation du sommet est reconnue, c'est-à-dire qu'on a senti d'une manière très nette la fontanelle postérieure:

il faut rechercher l'orientation de cette tête, c'est-à-dire trouver quelle est la position et la variété de position qu'elle occupe: on y arrive en se guidant sur la *situation de la fontanelle postérieure*. Est-elle dans la *moitié gauche du bassin*? C'est une position *gauche*. Est-elle dans la *moitié droite*? C'est une position *droite*.

Pour chacune des positions, on en reconnaît la variété d'après la situation de la fontanelle postérieure et la direction de la suture sagittale par rapport aux diamètres du bassin.

La fontanelle postérieure étant située en avant près de l'éminence iliopectinée, et la suture sagittale dirigée obliquement de gauche à droite et d'avant en arrière, suivant le diamètre oblique gauche, il s'agit d'une *position gauche, variété antérieure* (fig. 201).

Dans la présentation du sommet en *position droite, variété antérieure* (OIDA), la fontanelle postérieure est à droite de la ligne médiane, la suture sagittale est dirigée suivant le diamètre oblique droit; la fontanelle antérieure n'est pas accessible, et il est facile de comprendre, d'après la figure 202, que *plus la tête sera fléchie*, c'est-à-dire plus la fontanelle postérieure s'abaissera, *plus la fontanelle antérieure sera inaccessible*.

Le diagnostic des positions antérieures, gauche ou droite, se fait aisément, parce que la fontanelle postérieure, située en avant, est facile à atteindre. On éprouve un peu plus de difficulté à reconnaître les positions postérieures; la fontanelle antérieure devient ici un point de repère précieux, car, en pareil cas, la tête est un peu fléchie, et la fontanelle postérieure est trop en arrière pour être facilement accessible au doigt; mais il faut avoir bien soin de ne pas prendre cette fontanelle pour la postérieure.

Ainsi, dans la présentation du sommet en OIDP (fig. 205), la suture sagittale dessine le diamètre oblique droit, mais tant que la tête fœtale n'est pas suffisamment fléchie, la fontanelle antérieure n'est guère accessible. Au fur et à mesure que la tête se fléchit, la fontanelle antérieure disparaît derrière la branche horizontale du pubis gauche, et la fontanelle postérieure est difficilement atteinte si la courbure vagino-périnéale ne laisse pas l'index gauche se diriger suffisamment en arrière.

Il en est de même dans la variété plus rare de présentation du sommet en *position gauche, variété postérieure*: elle se reconnaît facilement par le toucher à ce que la fontanelle antérieure se trouve en avant facilement accessible près de la branche ischio-pubienne droite. Lorsque la tête s'est fléchie, la fontanelle postérieure devient seule accessible (fig. 205).

Les positions transversales sont faciles à reconnaître: la suture sagittale est située dans les deux cas suivant le diamètre transverse; dans l'OIGT, la fontanelle postérieure est à gauche; elle est dans la moitié droite du bassin dans la position OIGD. Les deux fontanelles peuvent être habituellement senties en suivant avec le même doigt la suture sagittale; s'il est besoin, on pratique le toucher alternativement avec l'index droit et avec l'index gauche.

Le diagnostic des positions directes qu'on observe à la fin du travail se fait d'après la situation de la fontanelle postérieure, et d'après celle de la

suture sagittale qui est dirigée suivant le diamètre antéro-postérieur. Dans la *position directe, variété antérieure, occipito-pubienne (OP)*, la fontanelle postérieure est amenée en avant sous la symphyse pubienne (fig. 206).

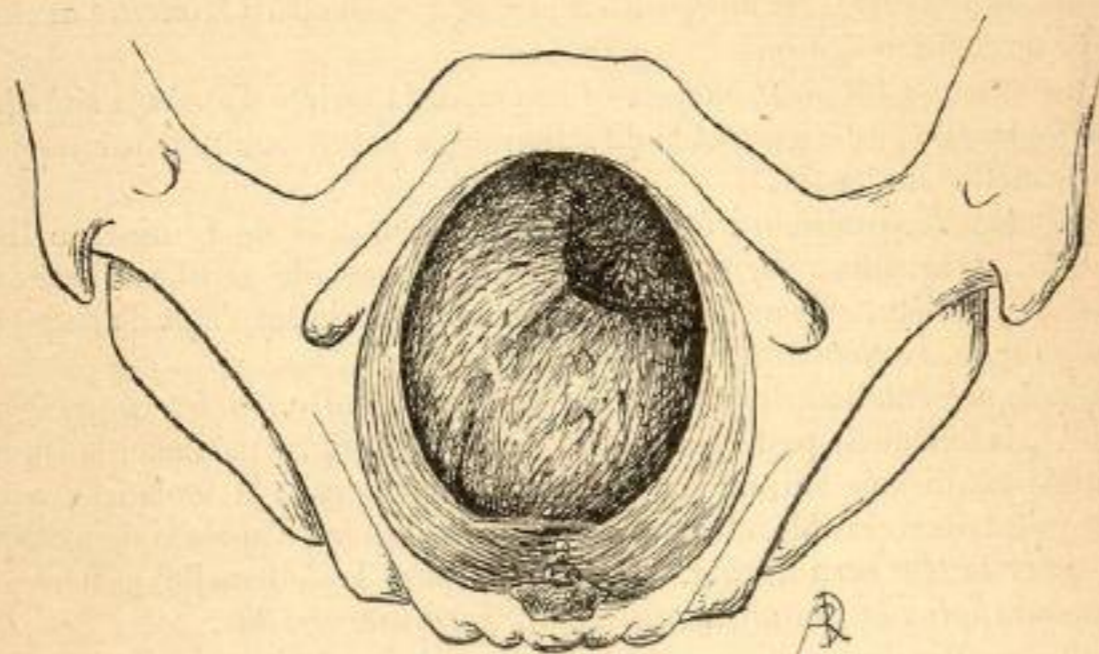


Fig. 201 (imitée de Farabeuf et Varnier). — Présentation du sommet en OIGA.
La fontanelle postérieure est à gauche et en avant.

masquée parfois par une bosse séro-sanguine volumineuse qui rend en même temps difficile l'exploration de la suture sagittale; la *position*

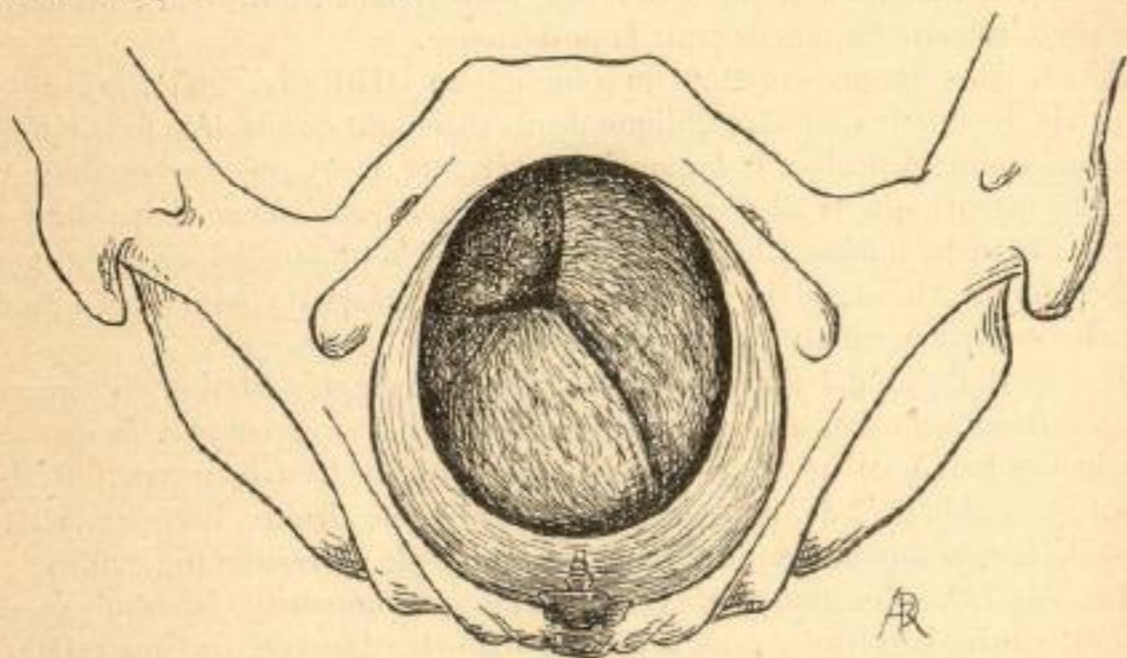


Fig. 202 (imitée de Farabeuf et Varnier). — Présentation du sommet en OIDA.
La fontanelle postérieure est à droite et en avant.

directe, variété postérieure, occipito-sacrée (OS) est un peu plus difficile à reconnaître en raison de l'éloignement de la fontanelle postérieure, qu'on atteint avec peine; en effet le doigt est gêné par la courbure du bassin sur lequel appuie à ce moment la tête fœtale.

Lorsqu'on est appelé à faire le *diagnostic de position et de variété de position* chez une femme en travail depuis un certain temps, et que la tête du fœtus présente une bosse séro-sanguine considérable, le toucher digital

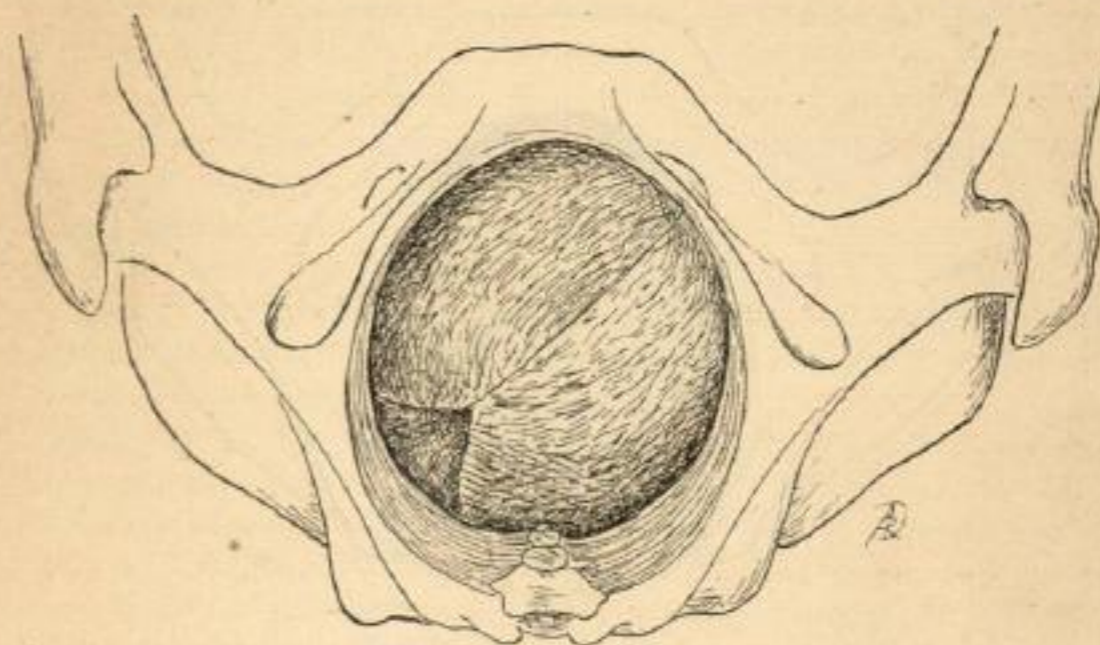


Fig. 205 (imitée de Farabeuf et Varnier). — Présentation du sommet en OIDP.
La fontanelle postérieure est située à droite et en arrière.

devient insuffisant; il faut *pratiquer le toucher manuel* et se guider, puisqu'on ne peut plus directement reconnaître la situation de la fontanelle et la

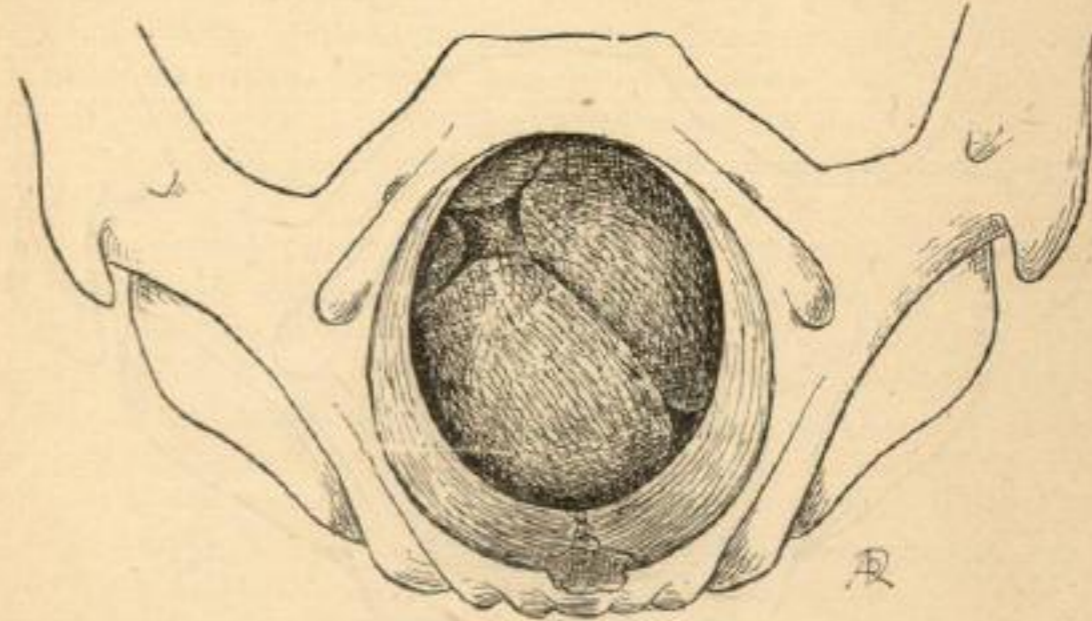


Fig. 204 (imitée de Farabeuf et Varnier). — Présentation du sommet en OIGP.
Le doigt gauche arrive facilement en avant et à droite sur la fontanelle antérieure; il arrive difficilement à gauche et en arrière sur la fontanelle postérieure.

direction de la suture sagittale, sur la *situation de l'oreille* et la *direction du sillon* qui existe profondément entre le pavillon de l'oreille et la région mastoïdienne. L'occiput se trouve du côté vers lequel est ouvert le sinus formé par la paroi postérieure de l'oreille et l'apophyse mastoïde.

Lorsqu'on a trouvé une oreille et qu'on a reconnu son orientation, il est facile par la pensée de savoir où se trouve l'autre oreille, en un mot de con-

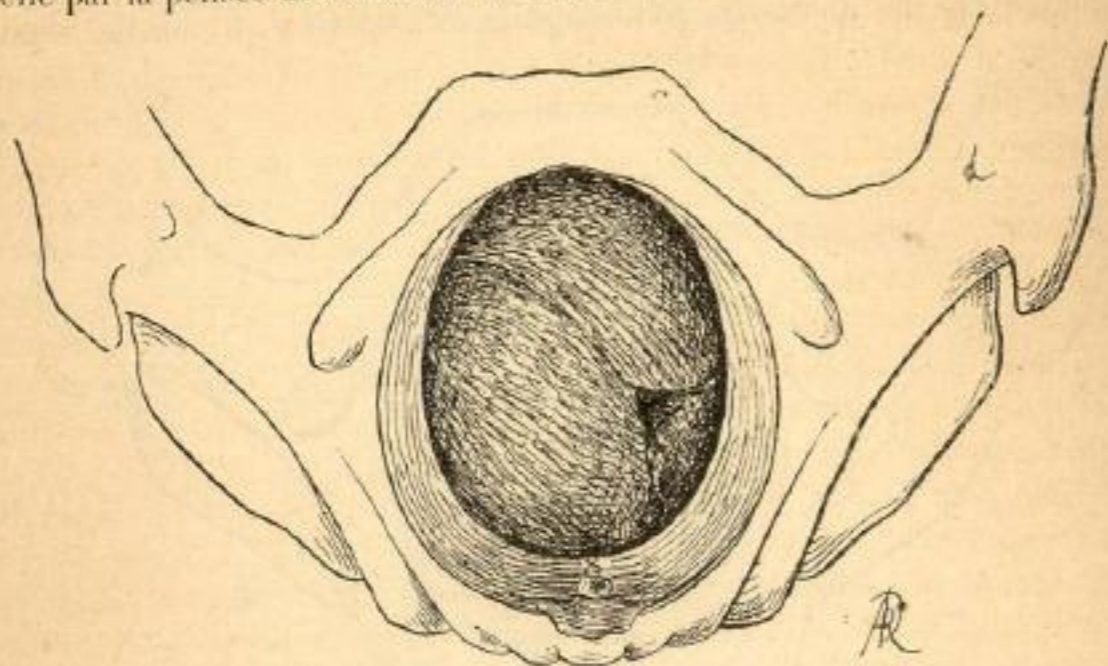


Fig. 205. — Présentation du sommet en OIGP, tête fléchie (d'après Farabeuf et Varnier).
La fontanelle postérieure est seule accessible et située en arrière et à gauche.

naître le diamètre maternel suivant lequel se trouve le diamètre bi-auriculaire. On en déduit le diamètre pelvien (presque perpendiculaire à celui-ci)

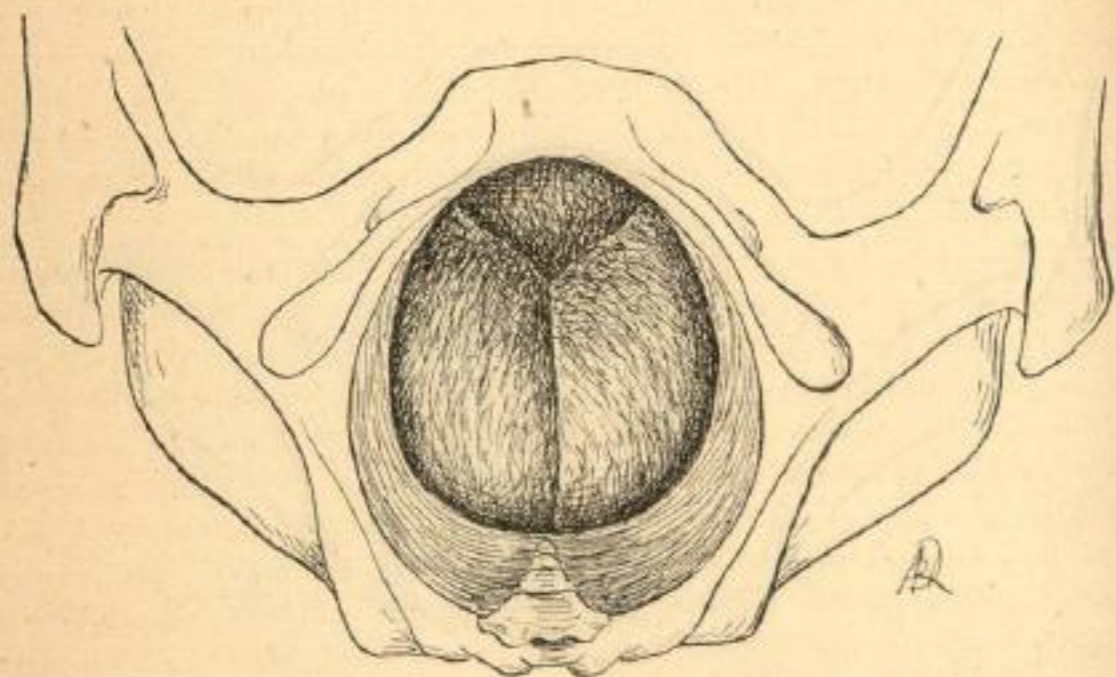


Fig. 206. — Présentation du sommet en OP (occipito-pubiennne).
La fontanelle postérieure est en avant sur la ligne médiane. La suture sagittale est sur la ligne médiane.

suitant lequel se trouve le diamètre occipito-mentonnier ou mieux le diamètre occipito-bregmatique, c'est-à-dire la corde de l'arc de cercle formé par la suture sagittale.

Au cours du travail, les sensations obtenues par le toucher varient : sans parler des modifications du col utérin, on peut suivre avec le doigt les différents mouvements de flexion, d'inclinaison, de rotation qu'exécute la tête fœtale. C'est ainsi qu'une tête primitivement en OIGA se trouvera, à un moment donné, en position directe, en OP; la fontanelle postérieure est alors située sur la ligne médiane, à 5 ou 4 centimètres au-dessous du bord inférieur de la symphyse; le doigt, partant de la fontanelle postérieure, et se dirigeant d'avant en arrière, suit la suture sagittale et peut même atteindre la fontanelle antérieure.

Le palper ne sert plus guère qu'à constater la situation du dos, qui est directement placé en avant; l'auscultation indique que le *foyer* se trouve un peu à gauche de la ligne médiane, qu'il est situé bas, un peu au-dessus de la branche horizontale gauche du pubis.

Lorsque, par exception, la fontanelle postérieure tourne en arrière, le doigt reconnaît assez facilement cette orientation en OS: il arrive facilement sur la fontanelle postérieure et, en suivant la suture sagittale, il arrive avec plus de difficulté sur la fontanelle postérieure; le *foyer d'auscultation* se trouve en avant et à droite avec des bruits très intenses, le stéthoscope étant directement appliqué au niveau de la région précordiale.

Mécanisme de l'accouchement dans la présentation du sommet. — Le mécanisme de l'accouchement dans la présentation du sommet a besoin d'être étudié avec détails en raison de son importance.

On distingue dans l'accouchement plusieurs *temps*, c'est-à-dire plusieurs *mouvements principaux* qu'exécute la partie fœtale pour sortir en dehors. Pendant longtemps on a admis que ces temps étaient au nombre de **cinq**. Tarnier le premier a montré que pour être logique il fallait admettre non pas **cinq**, mais **six** temps. Nous reviendrons sur ce point en traitant du **mécanisme de l'accouchement en général**.

Il va de soi que les mouvements qu'exécute la tête fœtale au cours du travail varient, non seulement d'amplitude, mais même de nombre, suivant l'attitude qu'occupe la tête fœtale au début du travail: ainsi, chez la *primipare*, la tête est habituellement assez profondément engagée et même très fléchie avant tout début de travail, de telle sorte que les deux premiers temps de l'accouchement sont à peine marqués; chez la *multipare* au contraire, la tête peut rester au-dessus du détroit supérieur; ce n'est qu'au cours du travail que s'accompliront les différents mouvements qui permettront à cette tête fœtale de traverser la filière pelvi-génitale. Ces différents temps de l'accouchement répondent à des classifications plus ou moins artificielles: en réalité rien n'est plus complexe dans la majorité des cas que les mouvements exécutés par la partie fœtale.

Il est facile de comprendre que dans l'accouchement, si le *bassin* est *normal*, quelle que soit la partie fœtale qui se présente, elle devra toujours *mettre ses grands diamètres en rapport avec les grands diamètres des parties maternelles*. Nous allons d'abord étudier le mécanisme général de l'accouchement en prenant pour exemple la présentation du sommet; nous

verrons ultérieurement que le mécanisme de l'accouchement est analogue pour la présentation de la face, du siège et même de l'épaule.

Faisons remarquer dès à présent qu'au point de vue de l'accouchement on doit considérer le fœtus comme formé de deux parties volumineuses, la *tête* et le *tronc*, que relie entre elles la tige flexible du cou, et dont la femme doit successivement accoucher. Or l'accouchement de chacune de ces parties nécessite dans la filière pelvi-génitale l'exécution de quatre mouvements ou **temps fondamentaux** qui sont les mêmes pour l'une et pour l'autre et se suivent dans le même ordre : 1° temps d'**amoindrissement** obtenu à l'aide de mécanismes différents; 2° temps de **descente** ou d'**engagement**; 3° temps de **rotation intra-pelvienne** ou interne; 4° temps de **sortie** ou de **dégagement**.

Ces quatre temps se reproduisant séparément pour la tête et le tronc, il devrait donc y avoir *huit temps* dans l'accouchement; mais il importe de remarquer que la brièveté du cou ne permet pas à la tête de sortir hors de la vulve avant que le tronc ou du moins la partie supérieure du tronc au niveau des épaules ne soit engagée dans le bassin.

Aussi, au moment où la tête se dégagera après avoir exécuté son mouvement de rotation interne, le tronc aura déjà accompli les deux premiers temps du travail, c'est-à-dire l'amoindrissement par pelotonnement et la descente ou engagement; l'accoucheur qui ne peut guère observer que les mouvements de la partie fœtale qui se présente la première, n'admettra donc que *six temps*, ainsi que le montre le tableau suivant :

Évolution du 1 ^{er} segment, tête.	1	2	5	4		
Évolution du 2 ^e segment, tronc.			2	5	4	
Temps observés.	I	II	III	IV	V	VI

Étudions successivement les différents temps du mécanisme de l'accouchement et les causes qui les produisent :

1^{er} temps. — *Flexion.* La tête se trouve, au début du travail, plus ou moins fléchie; sous l'influence des contractions utérines, elle tend à descendre, à s'engager davantage; mais cette évolution est rendue difficile parce que la tête présente des diamètres antéro-postérieurs trop grands pour les diamètres du bassin. Sous l'influence de la pression qui s'exerce de haut en bas sur la tête fœtale et de la contre-pression représentée par les parois du bassin, l'extrémité du petit bras du levier (l'occiput) s'abaisse, la tête se fléchit, substituant au diamètre OM ou OF un diamètre plus petit, le sous-occipito bregmatique (SoOB).

La flexion est plus ou moins marquée suivant les résistances qu'éprouve la tête au cours de sa descente; le moment où se fait la flexion dépend du rapport qui existe entre le volume de la tête et la capacité du bassin (Pajot). Quelquefois la flexion peut être très accusée alors que la tête est encore dans

l'excavation; cependant, d'après Tarnier, ce n'est que sur le plancher du périnée, dans le bassin mou, que le sommet arrive à se fléchir complètement. On peut suivre les progrès de la flexion en cherchant avec le doigt quelle est la position de la fontanelle postérieure.

2^e temps. — *L'engagement* ou la *descente* de la tête fœtale se fait au fur et à mesure qu'a lieu la flexion; les auteurs ne sont point d'accord sur l'attitude que présente la tête pendant ce mouvement de descente et cependant cette attitude est très importante à bien déterminer: c'est d'elle que dépend en grande partie la facilité plus ou moins grande avec laquelle descend la tête fœtale.

Pinard et Varnier ont publié sur ce sujet un important mémoire¹ où ils passent d'abord en revue les différentes opinions qui ont régné en obstétrique sur le mécanisme de l'engagement et de la descente de la tête dans les bassins normaux. Nous leur empruntons en grande partie ce qui se trouve dans les pages suivantes.

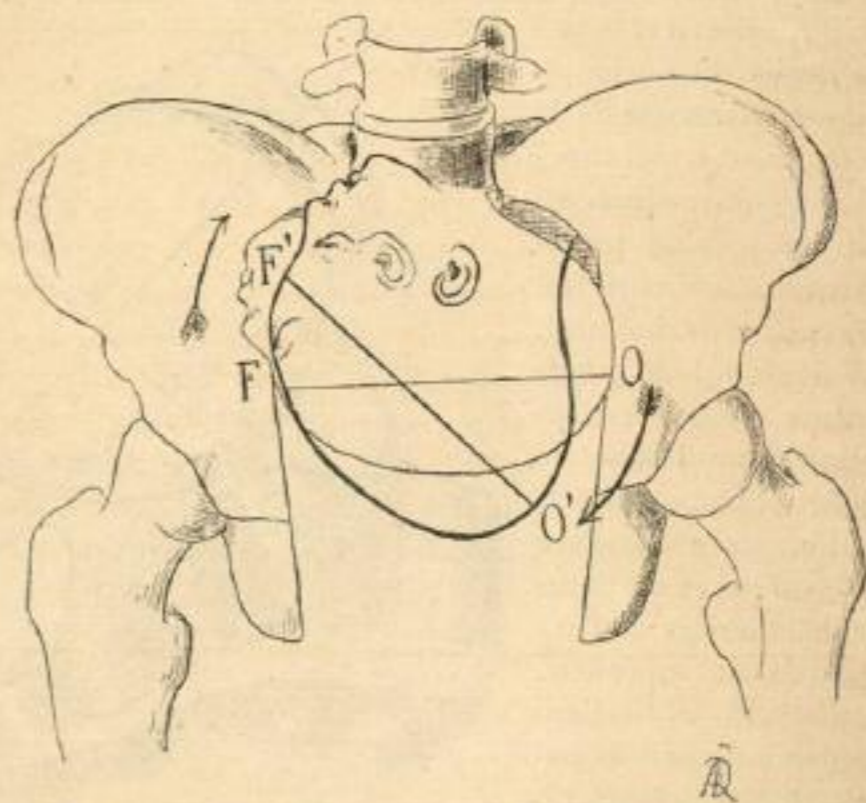


Fig. 207. — Figure schématique montrant le mouvement de flexion. La flèche OO' indique le sens et l'étendue du mouvement qu'accomplit l'occiput O lorsque la tête se fléchit, la flèche FF' indique le sens et l'étendue du mouvement inverse, mais synergique, qu'accomplit le front. Le diamètre OF, après flexion de la tête, occupe la direction O'F'.

La tête fœtale s'engageant la première dans l'excavation ne peut le faire que de trois manières :

1° Les deux bosses pariétales, les deux pariétaux, arrivent ensemble au niveau du détroit supérieur et le traversent en même temps; la tête descend d'une *manière synclitique* (fig. 207);

2° L'une des deux bosses pariétales, l'*antérieure*, s'engage la première, de telle sorte que la bosse pariétale postérieure se trouve encore attardée au-dessus du plan du détroit supérieur (fig. 208).

La tête se présente d'une *manière asynclitique en asynclitisme antérieur*.

3° Dans une troisième attitude, la tête s'engage d'une *manière asyn-*

¹ De l'engagement et de la descente de la tête fœtale dans les bassins normaux, in *ÉTUDES D'ANATOMIE OBSTÉTRICALE NORMALE ET PATHOLOGIQUE*, p. 02.

clitique; mais en sens inverse, en *asyclitisme postérieur* (fig. 209), c'est la bosse pariétale postérieure P qui la première franchit le plan du diamètre promonto-pubien minimum, la bosse pariétale antérieure P' n'ayant pas encore dépassé la partie supérieure du pubis.

C'est dans cette dernière attitude que se présente le plus habituellement la tête fœtale, tandis qu'il est exceptionnel de constater l'inclinaison sur le pariétal antérieur ou l'absence complète d'inclinaison. Cette question a depuis longtemps été l'objet des recherches des accoucheurs.

Pour suivre l'ordre chronologique, rappelons que Smellie le premier, en 1752, a décrit et figuré la flexion et l'orientation transversale de la tête au détroit supérieur, son inclinaison sur le pariétal postérieur, au moins quand les eaux sont rompues, inclinaison telle que la suture sagittale est appliquée au-dessus du pubis. Smellie admettait en outre que l'axe de l'utérus et du fœtus était en arrière de l'axe du détroit supérieur.

Cette théorie de l'engagement par le pariétal postérieur régnait à peu près sans conteste, lorsque, en 1819, dans ses recherches si remarquables à d'autres titres sur le mécanisme de l'accouchement, Nægele, renversant tout ce que l'on savait alors, étaya sur une erreur d'interprétation des sensations fournies par le toucher la doctrine de la *présentation habituelle du pariétal antérieur*¹. D'après Nægele, lorsqu'on touche une femme en travail, la suture sagittale est beaucoup plus rapprochée du promontoire que du pubis. Malgré les protestations de Baudelocque, de Mme Lachapelle, qui admettaient que la tête descend jusqu'au fond du bassin en suivant l'axe du détroit supérieur, la théorie de Nægele fut généralement adoptée et enseignée en France jusque vers 1850, sauf quelques réserves de P. Dubois qui n'admettait pas une inclinaison aussi marquée.

Peu à peu cependant la théorie de Nægele perd du terrain; Moreau n'admet plus l'inclinaison de la tête ni dans un sens ni dans l'autre et pense avec Velpeau

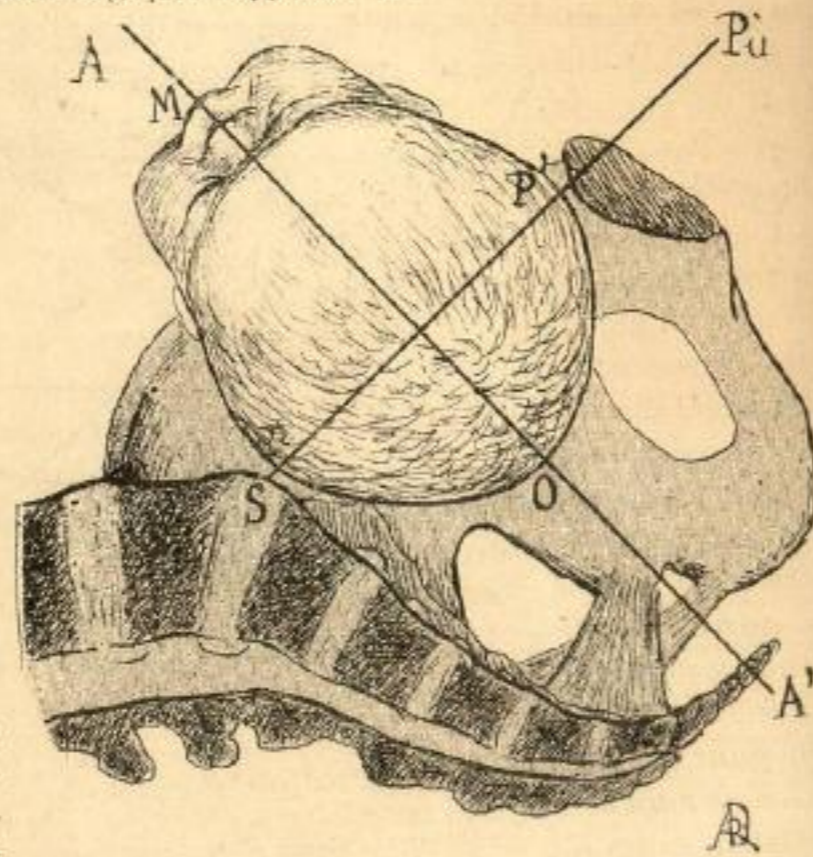


Fig. 208. — Tête fœtale se présentant d'une manière synclitique. S Pu, Plan promonto-pubien minimum dans lequel se trouve le diamètre bi-pariétal PP' de la tête. AA', Axe de ce plan suivant lequel se trouve l'axe occipito-mentonnier MO de la tête fœtale.

que, dans les présentations régulières, la tête descend d'aplomb, c'est l'ébauche de la théorie du *synclitisme*, intermédiaire entre celle de Smellie et de Nægele, et qui est franchement admise par R. U. West (1857), Cazeaux (1858), Duncan (1861), Leishman (1864), Tarnier (1865).

Ainsi Cazeaux admet qu'au détroit supérieur « la circonférence occipito-frontale de la tête est parallèle au pourtour du détroit supérieur; l'axe de ce détroit supérieur passe le diamètre trachélo-bregmatique ». — Cazeaux ajoute : « Quand la tête ou le pelvis se présente au détroit supérieur, ces parties s'offrent ordinairement d'aplomb, c'est-à-dire que le *grand diamètre du fœtus* est à peu près parallèle à l'axe du détroit supérieur, de sorte que

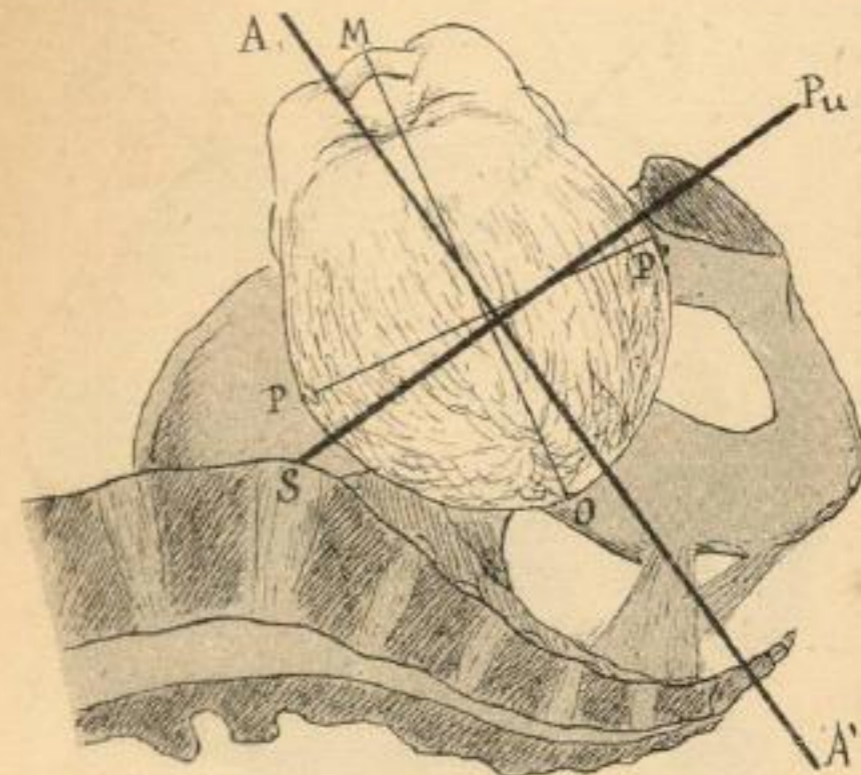


Fig. 209. — Tête fœtale s'engageant par le pariétal antérieur P. S Pu, Plan promonto-pubien minimum. AA', Axe de ce plan. PP', Diamètre bi-pariétal et OO' diamètre occipito-mentonnier de la tête fœtale.

la suture sagittale dans les présentations du sommet, la ligne médiane de la face dans celles de la face, le sillon des fesses dans celles de l'extrémité pelvienne, occupent à peu près le centre du détroit supérieur.... Mais il est facile de prévoir de très nombreuses exceptions à cette règle. La mobilité dont jouit le fœtus dans la cavité utérine, l'obliquité si fréquente de l'utérus, peuvent faire que le *grand axe du fœtus* soit incliné en avant, en arrière ou sur les côtés. Dès lors, il est bien facile de comprendre que la partie qui se présente, participant à cette inclinaison, ne sera plus aussi régulièrement placée que tout à l'heure. — Si l'inclinaison est latérale, c'est-à-dire si le fœtus est incliné sur un de ses côtés, on pourra reconnaître en même temps que le sommet l'un des côtés de la tête; et la suture sagittale, au lieu d'être placée dans la direction de l'axe du détroit, regardera alors en arrière ou en avant, suivant le côté sur lequel le fœtus est incliné.

Dans un mémoire (1861) « sur l'obliquité ou inclinaison latérale de la tête », Matthews Duncan n'admet pas l'obliquité de Nægele et pense que très généralement la tête pénètre à travers le détroit supérieur du bassin sans présenter aucune inclinaison latérale, directement, *synclitiquement*, de telle sorte que son axe vertical tombe perpendiculairement sur le plan du détroit supérieur, de telle sorte encore que les deux pariétaux sont en

¹ PIXARD et VARNIER. *Loc. cit.*, p. 65.

même temps en rapport avec le plan du détroit supérieur, la suture sagittale étant à égale distance du promontoire et de la symphyse. — Par contre, d'après M. Duncan, l'obliquité existe quand la tête a pénétré dans l'excavation; la suture sagittale est plus rapprochée du sacrum que du pubis.

En 1865, dans leur atlas, Marc Sée, Lenoir et Tarnier admettent encore au détroit supérieur une obliquité de Nægele atténuée, qui disparaît à mesure que la tête descend et n'existe plus du tout quand le sommet appuie sur le périnée : c'est une opinion tout à fait opposée à celle de M. Duncan.

En 1869, Kūneke étudie à nouveau cette question de l'engagement et de la descente et conclut que la tête s'engage d'une manière *synclitique* (fig. 208) et que ce *synclitisme* persiste jusqu'à la sortie de la tête des parties génitales.

« Quoi qu'on dût penser de ce second point de la question (*synclitisme* ou *asynclitisme* au fond du bassin), presque tout le monde se trouvait d'accord pour admettre que la tête pénétrait d'aplomb au niveau du détroit supérieur de manière que le diamètre bi-pariétal fût parallèle au plan du détroit supérieur.... Mais cet accord ne dura pas longtemps. Contre la doctrine nouvelle,

s'élevèrent à peu près en même temps Schultze, Schatz et Robert Barnes, dont les recherches tendaient à remettre en honneur l'*asynclitisme* au détroit supérieur, par inclinaison de la tête sur le pariétal antérieur comme le voulait Nægele. Schatz tente de démontrer... que l'axe de l'utérus, à l'état de repos ou à l'état de contraction, est incliné en arrière par rapport à l'axe du détroit supérieur, et forme avec lui un angle d'environ 10 degrés ouvert en haut et en avant. » (Pinard et Varnier.)¹

La *théorie du synclitisme*, ainsi menacée, est défendue à nouveau par M. Duncan (1872), par Schröder (1872 et 1888), par Tarnier et Chantreuil (1888), qui disent : « ... Le vertex descend le premier dans le bassin et correspond à l'orifice utérin, la suture sagittale se maintient à égale distance du pubis et du sacrum. Les deux bosses pariétales descendent ensuite, en restant dans le même plan, par conséquent à la même

¹ *Loc. cit.*, p. 60.

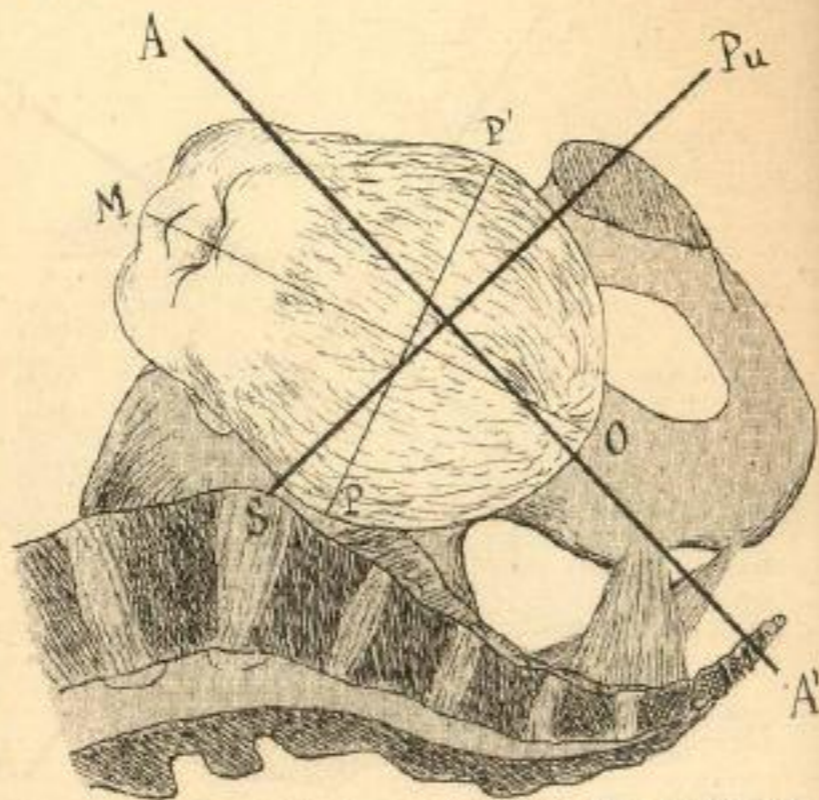


Fig. 210. — Tête fœtale s'engageant par le pariétal postérieur P'. S'Pu, Plan promonto-pubien minimum. A A', Axe de ce plan. P P', Diamètre bi-pariétal et O M diamètre occipito-mentonnier de la tête fœtale.

hauteur; enfin la tête continuant à descendre, sa circonférence occipito-frontale vient à son tour dans le plan du détroit supérieur.... La tête descend de manière que le diamètre bi-pariétal soit parallèle au plan du détroit supérieur, et aux différents plans de l'excavation qu'il traverse successivement de haut en bas. En d'autres termes, le mouvement de progression de la tête est *synclitique*. — D'après Kūneke, le *synclitisme* persisterait jusqu'à la sortie de la tête des parties génitales, tandis qu'il n'existerait, selon MM. Duncan, Playfair, etc., que dans la moitié supérieure de l'excavation. Dans la moitié inférieure et particulièrement au détroit périnéal, la tête serait inclinée et la bosse pariétale antérieure se trouverait plus basse,

par rapport aux plans du bassin qu'elle traverse, que la bosse pariétale postérieure (*asynclitisme*). Nous nous rallions à cette dernière opinion.»

En 1884, R. Barnes, tout en admettant avec Smellie que l'utérus est à l'état normal incliné en arrière par rapport à l'axe du détroit supérieur, et que par conséquent la tête ne peut s'engager d'une manière *synclitique*, revient encore à défendre les idées de Nægele.

À quoi tiennent ces divergences

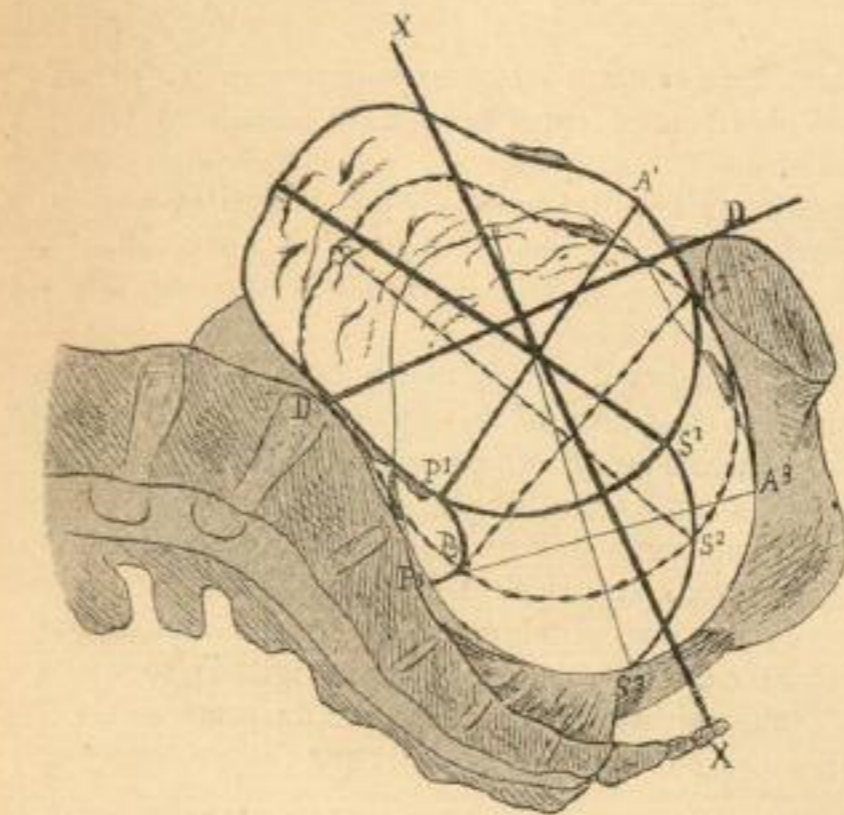


Fig. 211. — Schéma pour montrer la marche de la tête en *asynclitisme* postérieur.

A₁, A₂, A₃, Positions successives du pariétal antérieur. P₁, P₂, P₃, Positions successives du pariétal postérieur. S₁, S₂, S₃, Positions successives de la suture sagittale. Le pariétal antérieur, le pariétal postérieur, la suture sagittale suivent dans leur descente un chemin courbe. La ligne P₁, P₂, P₃, est la courbe du faux promontoire de Barnes. X X, Axe du détroit supérieur. DD, Plan du détroit supérieur.

d'opinion si nombreuses? À deux causes, à une erreur théorique et à la méthode employée pour étudier la question. L'erreur peut être résumée ainsi : « L'attitude de la tête au détroit supérieur est solidaire de l'attitude du tronc, laquelle est elle-même sous la dépendance de l'inclinaison de l'utérus par rapport à l'axe du détroit supérieur. La tête et le tronc forment un tout, une tige rigide; ils sont comme embrochés par l'axe utérin (Pinard et Varnier)¹. » Or, comme on admettait que cet axe faisait suite à l'axe du détroit supérieur, la théorie du *synclitisme* en découlait tout naturellement.

¹ *Loc. cit.*, p. 67.

Quant à la méthode employée, la plupart des auteurs, sauf Smellie, Barnes, etc., se contentaient de déduire l'attitude de la tête des constatations faites avec le doigt pendant le travail; or, rien n'est plus difficile chez une femme enceinte ou en travail que de déterminer, par le simple toucher digital, quel est au juste le degré d'engagement de la tête — et par conséquent de dire que telle attitude de la tête répond à tel degré d'engagement.

C'est en s'appuyant sur des recherches relatives à l'anatomie du bassin osseux et du bassin mou que Farabeuf¹, le premier en France, soutint et démontra que dans les bassins normaux, comme dans les bassins rétrécis² par le rachitisme, la tête fœtale s'engage par le pariétal postérieur.

D'ailleurs ce n'est guère qu'à l'aide d'autopsies soigneusement faites, ou mieux encore de coupes de femmes congelées qu'on peut arriver à des notions exactes sur ce sujet.

C'est en ayant recours à cette dernière méthode que Pinard et Varnier³, utilisant les pièces anatomiques qu'ils ont recueillies, et interprétant les coupes publiées avant eux par Waldeyer, Barbour, Zweifel et Braune, Chiara, Säxinger et Winter, sont arrivés à conclure :

« 1° Qu'il n'y a pas conjonction des axes utérin et pelvien, mais que l'axe du corps de l'utérus, c'est-à-dire de la partie active de l'organe, est toujours plus ou moins incliné en arrière par rapport à l'axe du détroit supérieur;

« 2° Que la tête fœtale, avant son engagement, au moment de sa présentation, soit pendant la grossesse, soit au début du travail, n'est pas synclitique au détroit supérieur, mais, pour employer le langage habituel, inclinée sur son pariétal postérieur; c'est-à-dire que la suture sagittale se trouve, avant l'engagement, plus rapprochée de la symphyse que du promontoire, et que le pariétal postérieur est déjà dans le bassin alors que l'antérieur n'y fait que poindre;

« 3° Que l'engagement se fait par correction progressive de cette inclinaison, c'est-à-dire par descente du pariétal antérieur attardé, et qu'on voit par suite la suture sagittale s'approcher de l'axe du détroit supérieur, mais pour l'atteindre seulement après que l'engagement est accompli;

« 4° Que le synclitisme ainsi produit, considéré soit par rapport à l'axe du détroit supérieur, soit par rapport à l'axe des différents plans de l'excavation que la tête traverse, loin d'être constant et durable dans le haut de l'excavation, ne se produit que dans la partie inférieure de celle-ci. Il ne persiste que pendant l'instant nécessaire à la tête pour passer de l'asynclitisme initial (inclinaison sur le pariétal postérieur) à l'asynclitisme inférieur, contraire ou opposé (inclinaison sur le pariétal antérieur) qu'on observe durant la fin de la descente et l'attaque du détroit inférieur, avant

¹ Cours professé à la Faculté de médecine, déc. 1886.

² L.-H. FARABEUF et VARNIER. Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements p. 436 à 459. Paris, G. Steinheil, 1891.

³ Études d'anatomie obstétricale normale et pathologique, p. 74.

la rotation. Il en résulte que, pendant l'engagement et la descente, c'est la bosse pariétale antérieure, contrairement aux descriptions classiques, qui d'abord seule marche, seule descend. Si, plus tard, la bosse pariétale postérieure évolue quelque peu, c'est encore la descente de la bosse pariétale antérieure qui l'emporte, jusqu'à ce que la tête subisse la réaction périnéale qui va la diriger en avant.

Ainsi la tête ne descend point suivant l'axe de l'excavation ni même suivant l'axe de la filière pelvi-génitale, mais bien suivant une ligne axiale courbe (fig. 212) ayant la forme d'une S.

Le mouvement de descente dépend non seulement de la rapidité avec laquelle s'opère ou se complète la flexion et s'exécutent les différents mouvements d'inclinaison de la tête, mais encore de la force de la contraction utérine et des dimensions de la partie fœtale par rapport au bassin.

3° temps. — Rotation intrapelvienne ou interne de la tête.

— Lorsque la tête fœtale est fléchie et engagée, elle exécute un mouvement de rotation qui ramène l'occiput sous la symphyse pubienne; ce mouvement de rotation est plus ou moins étendu, suivant que l'occiput était primitivement plus ou moins éloigné de la symphyse.

Nombre de théories ont été émises pour expliquer la cause de ce mouvement si nécessaire pour la terminaison spontanée de l'accouchement. Ainsi Baudelocque et ses élèves, Hubert (de Louvain), soutinrent que la tête tournait au moment où elle arrivait sur les plans inclinés que l'on trouve sur la partie latérale de l'excavation, un peu au-dessous et en arrière du plancher de la cavité cotyloïde; plusieurs accoucheurs anglais, Tyler Smith, Playfair, ont invoqué l'action des épines

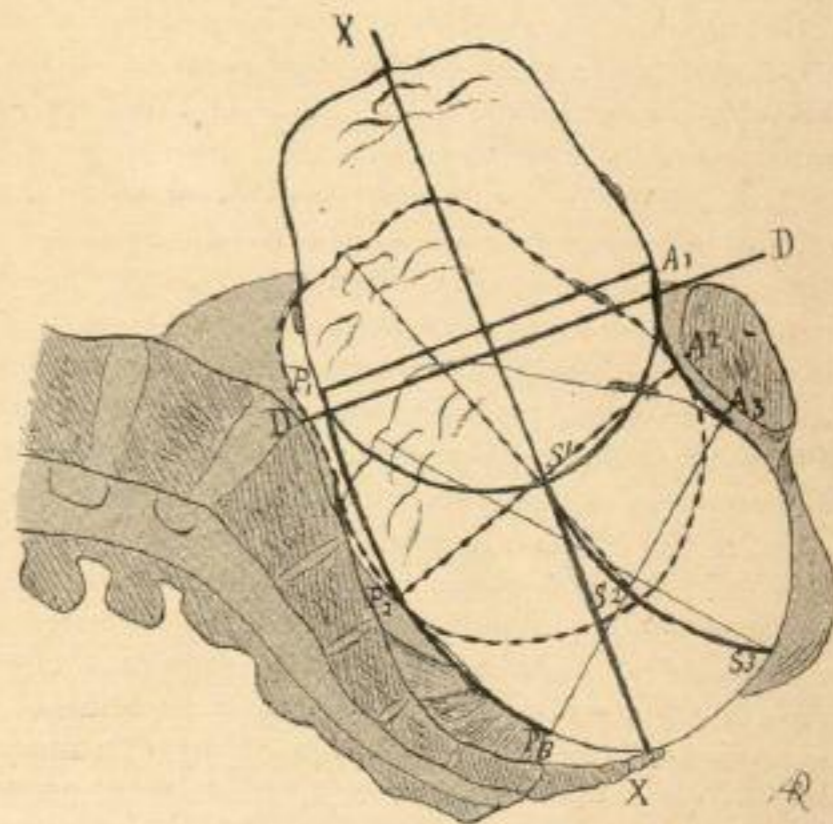


Fig. 212. — Schéma pour montrer la marche synclitique de la tête dans l'excavation.

A₁, A₂, A₃, Positions successives du pariétal antérieur. P₁, P₂, P₃, Positions successives du pariétal postérieur. S₁, S₂, S₃, Positions successives de la suture sagittale. Le pariétal antérieur, le pariétal postérieur et la suture sagittale suivent dans leur descente un chemin courbe à concavité antérieure indiqué en gros traits. XX, Axe du détroit supérieur. DD, Plan du détroit supérieur.

sciaticques qui empêcheraient la tête de tourner en arrière dans les positions antérieures.

Le mouvement de rotation a lieu en vertu du principe de l'accommodation, établi par Pajot : arrivée dans le bassin mou, la tête doit adapter ses grands diamètres aux grands diamètres de ce bassin, qui sont ici antéro-postérieurs. P. Dubois, dans une expérience célèbre, avait vu quel rôle jouaient les parties molles dans la production de ce mouvement : expérimentant sur une femme morte avec un fœtus qu'il poussait à plusieurs reprises à travers la filière pelvi-génitale, il constata « que le mouvement de rotation n'a cessé d'avoir lieu que lorsque le périnée et la vulve ont perdu la résistance qui le rendait nécessaire, ou qui, du moins, en provoquait l'accomplissement. Cette cause du mouvement de rotation réside évidemment dans la combinaison d'un assez grand nombre d'éléments, savoir : d'une part le volume, la forme et la mobilité des parties qui sont expulsées, et d'autre part la capacité, la forme et la résistance du canal qui est parcouru; et telle est l'influence de cette combinaison que les parties du fœtus se placent dans les conditions les plus favorables à leur passage. »

Tarnier précise mieux la cause et les effets de ce mouvement de rotation : « Le troisième temps, dit-il, produit, dans les rapports de la tête et du bassin, des changements très favorables à l'expulsion de l'enfant. En effet, le diamètre antéro-postérieur ou grand diamètre de la tête est ramené dans le sens du diamètre coccy-pubien, et comme celui-ci s'allonge par le recul du coccyx, le sommet peut franchir le détroit inférieur. La sortie d'un corps aussi volumineux que l'ovoïde formé par la tête eût été difficile ou impossible sans ce mouvement, les autres diamètres du détroit inférieur n'étant pas susceptibles d'allongement notable. »

Farabeuf et Varnier, après avoir étudié avec soin la disposition du bassin mou, à l'état statique et à l'état dynamique, montrent combien le mouvement de rotation est nécessaire pour la terminaison de l'accouchement. La tête, arrivée sur le bassin mou, est encore en position oblique : ainsi « au détroit inférieur qui, façonné, dilaté, forcé, restera une ellipse à grand axe sous-pubo-coccygien, une fente antéro-postérieure, le sommet de la tête fœtale s'offre comme une ellipsoïde dont le grand axe est d'abord en position oblique. — Ce grand axe (indiqué par la suture) est plus long que le diamètre oblique du détroit inférieur, auquel il correspond d'abord; il est moins long que ne peut le devenir le diamètre antéro-postérieur de ce même détroit, et s'il y était superposé, l'engagement se ferait. La rotation seule, le pivotement de la tête, peut produire ce résultat, et le produit en amenant l'occiput sous la symphyse. »

4^e temps. — *Dégagement de la tête.* — Lorsque la tête a accompli son mouvement de rotation, elle va cheminer dans le bassin mou en luttant contre le coccyx, qui est amarré solidement par les insertions du releveur de l'anus; il faut donc que la tête obtienne par le refoulement du coccyx un agrandissement suffisant du diamètre coccy-sous-pubien pour que ses grands diamètres occipito-frontal et occipito-bregmatique puissent y évoluer.

Lorsque le coccyx a été suffisamment rétro pulsé, la tête fœtale vient dis-

tendre les parties molles. Farabeuf insiste sur ce fait que la tête commence à se défléchir avant d'avoir rétro pulsé le coccyx.

Le dégagement commence : la tête, poussée par la contraction utérine et

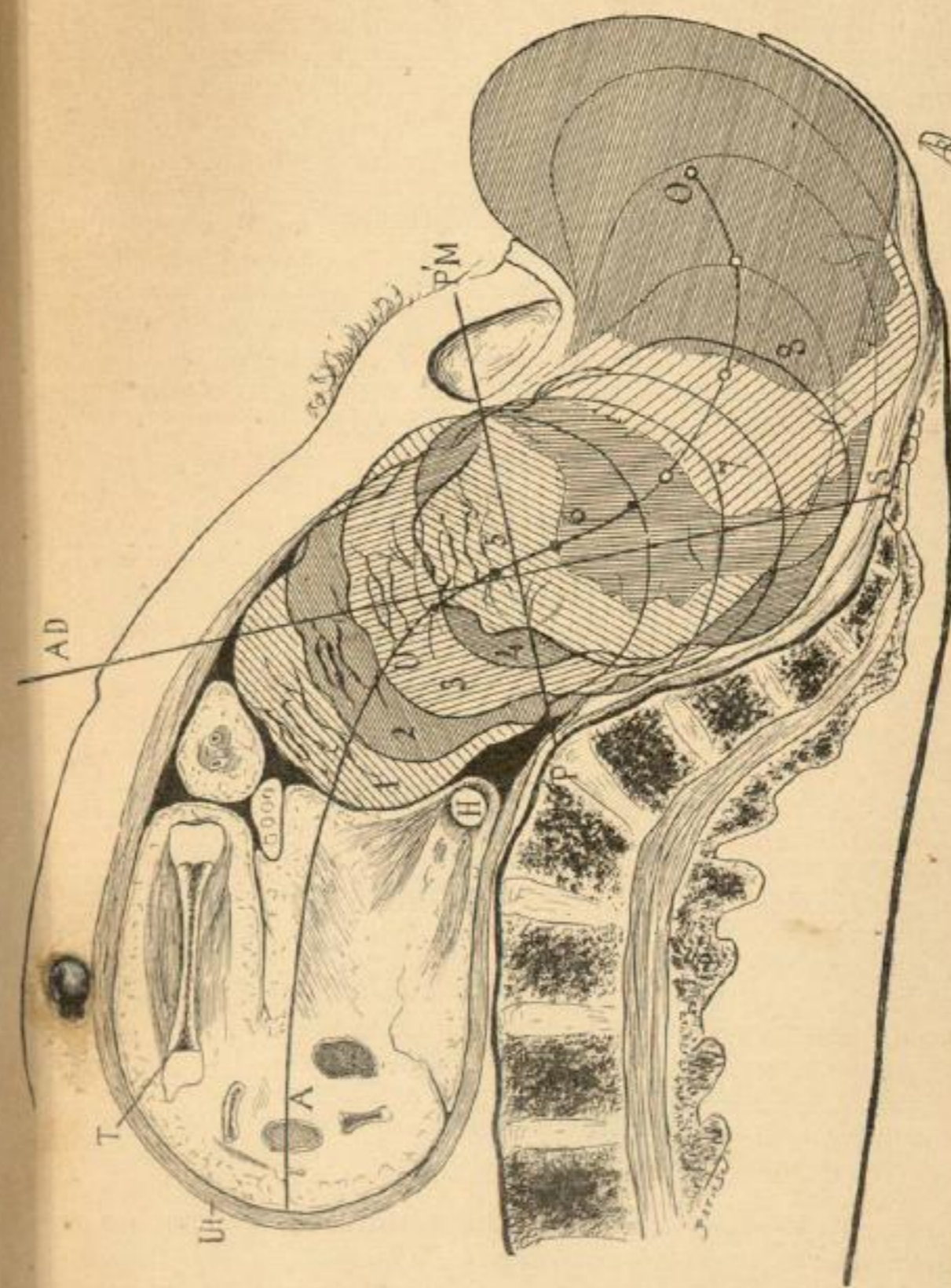


Fig. 215. — Montrant la contre-obliquité, c'est-à-dire la ligne axiale qui suit le centre de figure, quelle que soit l'inclinaison de la tête. La partie supérieure de la ligne (A U) représente l'axe du fœtus qui régit l'orientation de la tête jusqu'à ce qu'elle aborde le bassin osseux. La ligne (U O) réunit les points successifs, qu'occupe le centre de figure des têtes 1, 2, 3, 4 et les points 0 ou vient successivement le centre de figure de la tête dans les attitudes 5, 6, 7, 8, c'est-à-dire lorsque la rotation est faite.

U, Uterus. T, Tibia. H, Hamerus du bras postérieur. ADS, Axe du détroit supérieur ou milieu axe du détroit promonto-pubien minimum PV M.

les efforts de la femme, vient placer son occiput sous la symphyse pubienne, hors du bassin; la partie fœtale qui distend le périnée est repoussée de plus en plus en avant. Bientôt la fontanelle antérieure apparaît à la commissure

vulvaire; la tête se dégage alors en se défléchissant de plus en plus, c'est-à-dire que successivement apparaissent à la vulve les bosses frontales, la racine du nez, la bouche, le menton, la tête se dégageant peu à peu par ses diamètres sous-occipito-bregmatique SoBr, sous occipito-frontal SoF, sous-occipito-mentonnier SOM. A partir du moment où la circonférence maxima sous-occipito-frontale a franchi l'orifice vulvaire, le périnée qui était surdistendu revient sur lui-même en raison de son élasticité, et glisse en arrière de la tête, qui se dégage.

Pendant que la tête a creusé le bassin mou et s'est dégagée, les épaules ont pénétré dans le bassin et 1° s'y sont moulées, *amoindries par pelotonnement*, 2° s'y sont engagées. Elles sont actuellement orientées suivant un diamètre oblique du détroit inférieur.

5° temps. — *Rotation intra-pelvienne des épaules.* — Dans ce mouvement, qu'on appelle encore *mouvement de rotation des épaules* ou *rotation externe de la tête*, les épaules abordent la partie supérieure du bassin mou; elles doivent accommoder leur grand diamètre bi-acromial au grand diamètre antéro-postérieur de la fente pubo-coccygienne; elles exécutent donc un mouvement de rotation tel que l'épaule la plus rapprochée du pubis vient se mettre en rapport avec cette symphyse et que l'épaule qui se trouvait à l'autre extrémité du diamètre oblique se dirige en arrière, vers le sacrum. — Ce mouvement de rotation intra-pelvienne des épaules se traduit en dehors du bassin par un mouvement énergique de la tête fœtale qui tourne de manière à orienter son occiput du même côté que le dos du fœtus, mouvement qu'on dénommait autrefois *mouvement de restitution*.

6° temps. — *Dégagement du tronc.* — Lorsque les épaules sont orientées de la bonne manière dans les organes génitaux, elles traversent assez rapidement le bassin mou: l'épaule antérieure, qui n'a que peu de chemin à parcourir, vient se dégager sous la symphyse pubienne, tandis que l'épaule postérieure suit toute la longueur du bassin mou; bientôt cette épaule apparaît à la vulve et se dégage, tandis que l'épaule antérieure reste immobile sous la symphyse pubienne. Quand l'épaule postérieure est complètement dégagée, l'épaule antérieure sort à son tour; le fœtus subit alors quelquefois un léger mouvement d'abaissement; mais, une fois les épaules dégagées, le tronc du fœtus se redresse en sortant jusqu'à ce que le bassin apparaisse à la vulve; il s'oriente également de telle sorte qu'une des hanches se trouve sous la symphyse pubienne, le diamètre bi-iliaque se mettant en rapport avec le diamètre coccy-pubien.

Ces grandes lignes du *mécanisme général de l'accouchement* se retrouveront à propos de chacune des présentations de la face, du siège et même de l'épaule.

De l'accouchement dans la présentation du sommet en position gauche, variété antérieure (OIGA). — Nous retrouvons les différents temps du mécanisme de l'accouchement:

1^{er} Temps. *Amoindrissement par flexion.* — La tête plonge plus ou moins dans l'excavation; elle reste élevée si elle est mal fléchie, parce que le diamètre OF ne peut franchir le diamètre oblique gauche; la flexion s'opère,

c'est-à-dire que la fontanelle postérieure s'abaisse et qu'au diamètre OF se substitue le diamètre SOB.

2^e Temps. *Engagement ou descente.* — La tête fléchie descend, s'engage

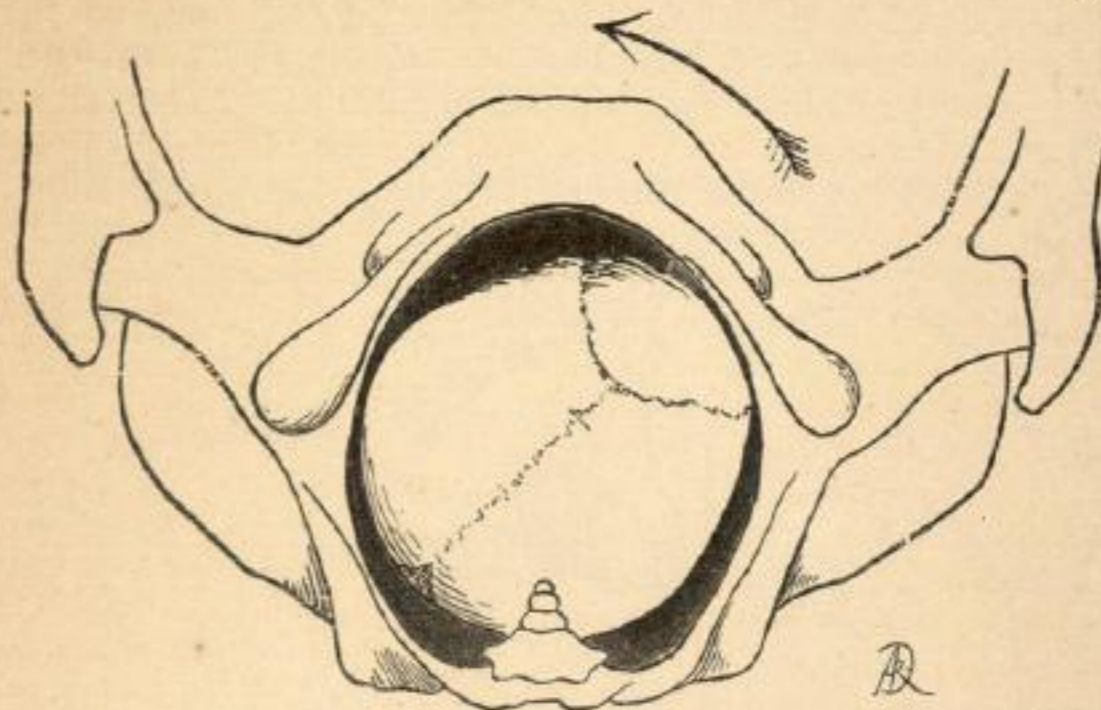


Fig. 214. — Présentation du sommet en OIGA. (D'après Farabeuf et Varnier.)

Le sens et l'étendue de la flèche indiquent le sens et l'étendue du chemin à parcourir par la tête fœtale pour que le mouvement de rotation s'accomplisse, c'est-à-dire pour que la suture sagittale, quittant le diamètre oblique gauche, vienne se mettre suivant le diamètre antéro-postérieur.

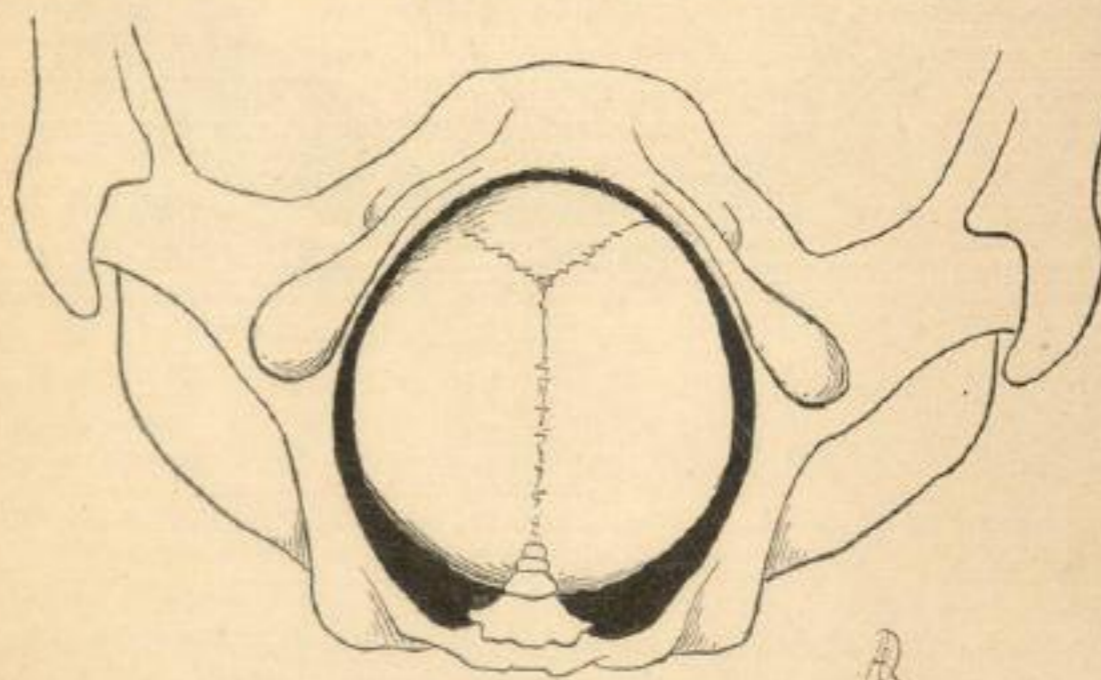


Fig. 215. — Présentation du sommet en occipito-pubienne OI.

La tête, qui était primitivement en OIGA par exemple, a accompli le mouvement de rotation nécessaire pour venir se mettre en position directe antérieure.

d'autant mieux qu'elle est plus fléchie, et surtout suivant que son inclinaison est plus ou moins réduite: la direction de la suture sagittale coïncide avec celle du diamètre oblique gauche.

Ces deux premiers temps sont généralement peu marqués chez les *primipares* au moment du travail, car la tête s'est engagée fléchie dans les dernières semaines de la grossesse. Chez les *multipares*, la tête reste assez souvent élevée jusqu'au début de l'accouchement; chez elles on peut suivre facilement ces deux premiers temps du travail qui sont simultanés, l'engagement s'accroissant au fur et à mesure que la flexion s'opère et que l'inclinaison se réduit.

Sur les coupes de femmes mortes *enceintes* (fig. 178), on trouve habituel-

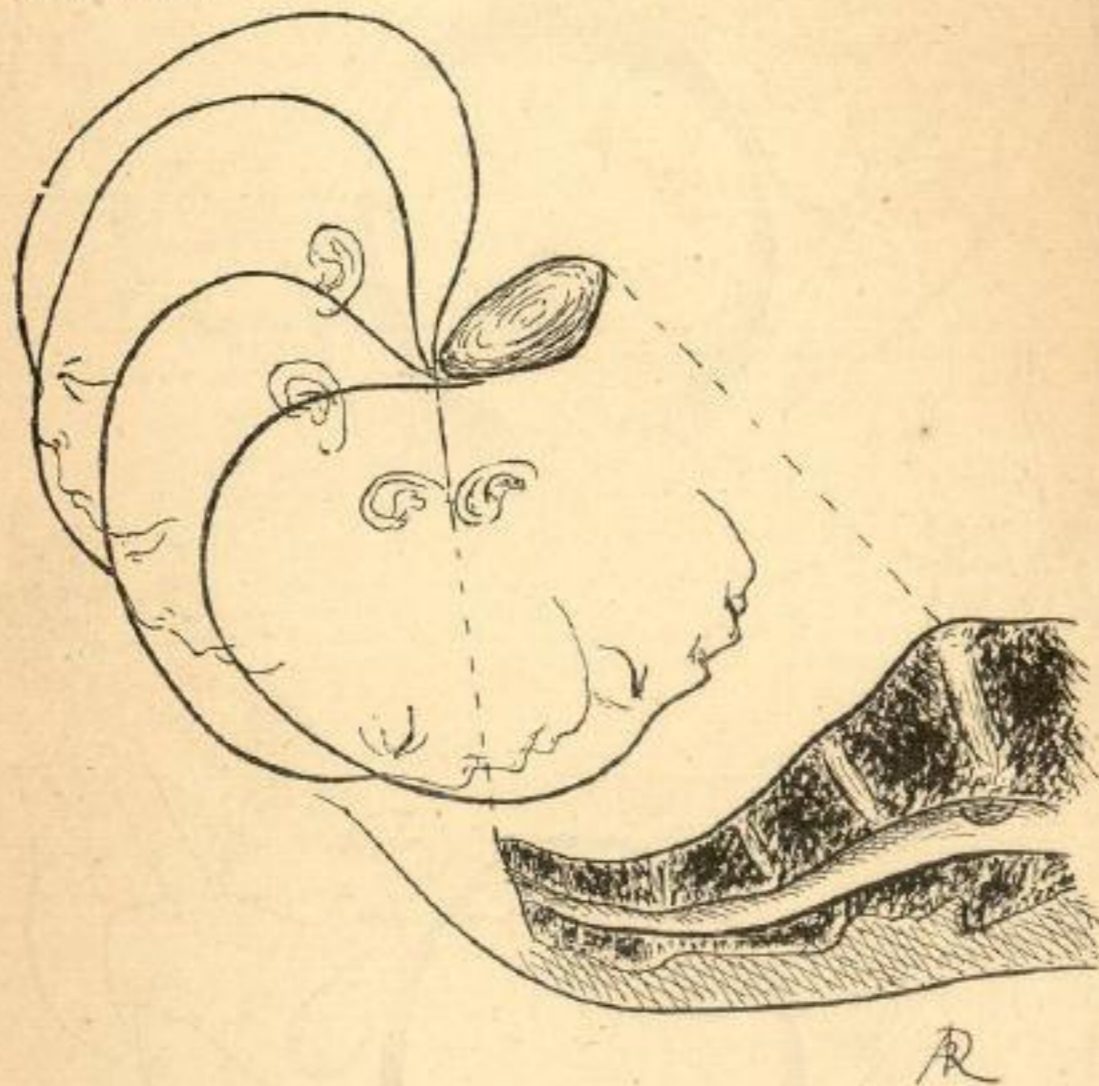


Fig. 216 (d'après Farabouf et Varnier). — Coupe antéro-postérieure du bassin chez une femme en période d'expulsion.

La tête fœtale est représentée en quatre attitudes différentes qui montrent par quels mouvements de flexion se fait le dégagement de la tête.

lement la tête très fléchie, et cependant il est certain qu'au cours du travail cette flexion s'exagère, se complète. Ce mouvement n'est-il point dû à ce que le tronc du fœtus s'incurve davantage, abaissant ainsi au maximum l'occiput? ou plutôt n'est-ce pas que la flexion ne peut se compléter que lorsque les deux bosses pariétales ont toutes deux franchi la partie étroite de la filière osseuse du bassin?

Si l'on suit par la pensée le chemin parcouru par la tête fœtale se présentant en position gauche, variété antérieure, on voit que l'occiput, pendant sa

descente, est en rapport avec la branche horizontale du pubis, le trou ovulaire, la branche ischio-pubienne du côté gauche. Le front se trouve en contact avec toute la partie de l'os iliaque droit qui s'articule avec le sacrum. Le pariétal antérieur, ou mieux la bosse pariétale antérieure, située à droite de la ligne médiane, descend derrière la branche horizontale du pubis droit et suit la branche ischio-pubienne droite; le pariétal postérieur est en arrière, dans la partie gauche du bassin.

On peut considérer l'engagement de la tête comme complet quand la circonférence SOB est en rapport avec le plan du détroit inférieur.

5° Temps. *Rotation intra-pelvienne de la tête.* — La tête aborde le

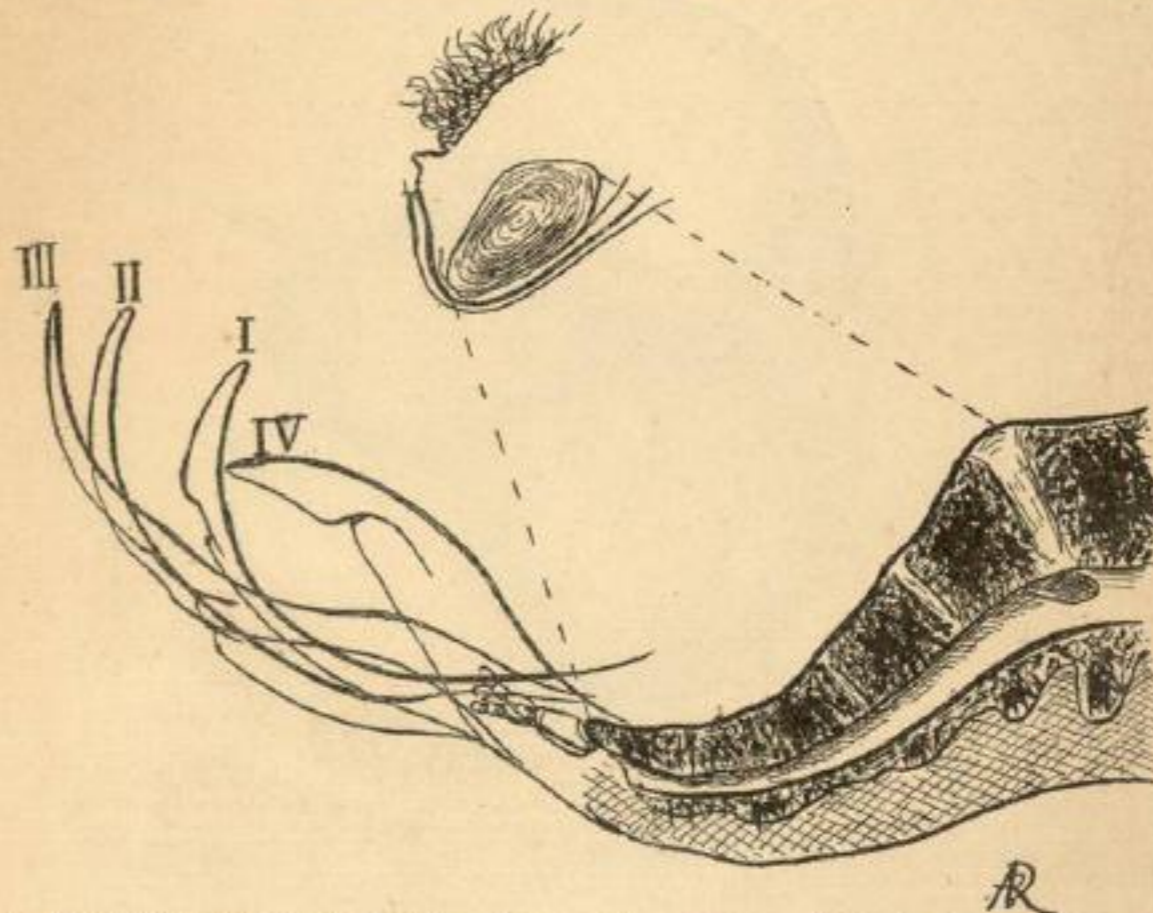


Fig. 217 (d'après Farabouf et Varnier). — Coupe antéro-postérieure du bassin chez une femme en période d'expulsion.

Les chiffres I, II, III, indiquent le degré d'ampliation du périmètre correspondant aux trois premières attitudes de la tête fœtale (fig. 216). Le chiffre IV indique l'état du périmètre lorsque les grands diamètres de la tête fœtale ont franchi l'orifice vulvaire.

bassin mou, de telle sorte que son diamètre SOB se trouve en rapport avec le diamètre oblique gauche, trop petit pour lui; aussi l'occiput décrit-il (fig. 214) un petit mouvement de rotation *d'arrière en avant et de gauche à droite*. Le diamètre SOB répond alors au diamètre antéro-postérieur du bassin qui est le plus susceptible de s'allonger grâce à la mobilité du coccyx sous l'influence de la progression de la tête.

Lorsque le mouvement de rotation ramène en *position directe*, variété antérieure (*occipito-pubienne*) (fig. 215), la tête, qui était primitivement en position gauche, variété antérieure, le dégagement de la tête se fait avec plus de rapidité.

4^e Temps. *Dégagement de la tête.* — La tête fléchie, ayant accompli son mouvement de rotation, progresse de telle sorte que peu à peu l'extrémité occipitale du diamètre OM vient se dégager sous la symphyse pubienne : la région sous-occipitale, la nuque, répond alors au bord inférieur de la symphyse, ou plutôt est en contact intime avec les parties molles qui se trouvent au-dessous de cette symphyse et qui tiennent souvent la partie fœtale éloignée du contact osseux de 1 ou de 2 centimètres.

Pendant que ce dégagement s'opère, le front lutte en arrière contre le



Fig. 218. — Femme en période d'expulsion dans le décubitus latéral gauche. Les deux cuisses sont écartées l'une de l'autre. Dans l'espace situé entre leur face interne apparaît la tête fœtale distendant au maximum le périnée antérieur. L'anus est encore très entr'ouvert.

coccyx solidement amarré par les fibres du releveur de l'anus; le périnée postérieur Pp se distend peu à peu (fig. 222).

Tant que le front n'a point dépassé le coccyx, et ne s'est point creusé une loge en avant de lui dans le bassin mou, on voit à chaque contraction la vulve s'entr'ouvrir (fig. 222), laissant apparaître la bosse séro-sanguine, qui est plus ou moins volumineuse, suivant la facilité avec laquelle le coccyx se laisse refouler; puis, lorsque la contraction cesse, la tête fœtale rentre et disparaît à nouveau dans les organes génitaux.

Peu à peu le coccyx se laisse refouler définitivement et le front vient se loger en avant de lui (fig. 225) : à partir de ce moment, la tête fœtale ne rentre plus dans l'intervalle des contractions. La vulve s'entr'ouvre plus ou moins suivant le degré d'étroitesse de l'anneau vulvaire, suivant la résistance du périnée antérieur. L'anus (A) est à ce moment largement entr'ouvert.

Bientôt le bregma franchit la commissure vulvaire : à partir de ce moment

la distension du périnée augmente encore; elle est portée au maximum au moment où la plus grande circonférence, la sous-occipito-frontale se dégage (fig. 225).

Ainsi, au fur et à mesure que la vulve s'entr'ouvre, on voit avec une lenteur plus ou moins grande la tête se dégager par *déflexion*, présentant successivement à l'ouverture de la vulve ses diamètres et circonférences SoOB, SoOF, SoN, SoOM.

La vulve est surtout distendue au moment où la circonférence SoOF la

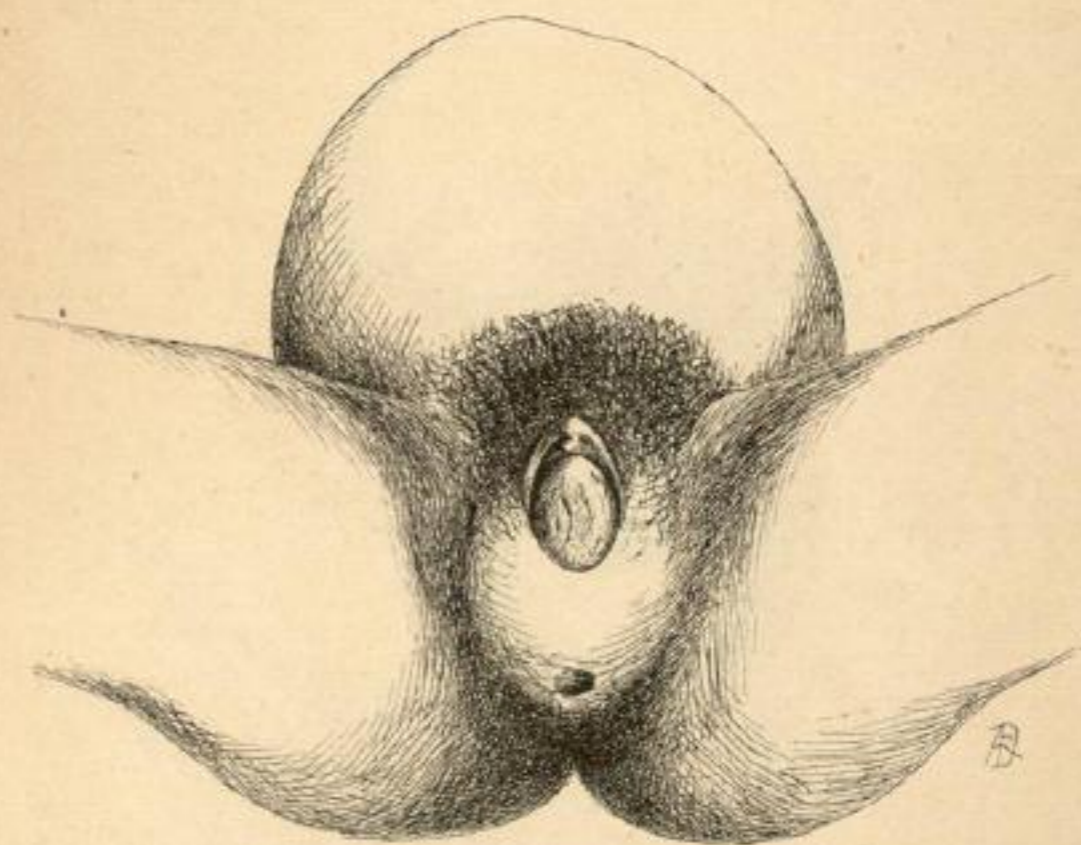


Fig. 219. — Primipare en période d'expulsion. La tête fœtale distend déjà fortement le périnée et la vulve, alors qu'aucun des grands diamètres n'est encore sur le point de franchir l'orifice vulvaire.

franchit : pour bien se rendre compte de l'ampliation considérable du périnée antérieur et du périnée postérieur au moment du dégagement de la tête, on peut faire coucher la femme sur le côté (fig. 218). Mais il est possible de bien constater cette ampliation, la femme restant dans le décubitus horizontal (fig. 219). Lorsque la grande circonférence est dégagée, l'ampliation des parties molles, du périnée, diminue, et le reste de la tête se dégage sans difficulté (fig. 224).

5^e Temps. *Rotation intra-pelvienne des épaules ou rotation externe de la tête.* — Sortie des organes génitaux, la tête, qui, pour subir son mouvement de rotation, s'était un peu tordue sur le reste du tronc, se détord et se met dans une situation un peu oblique, la face légèrement tournée à droite et en arrière; mais ce mouvement de *restitution*, de *détorsion*, peut manquer.

Le mouvement de *rotation externe de la tête* est au contraire presque

constant : la tête fœtale, après être restée quelques instants dans la situation antéro-postérieure suivant laquelle elle s'est dégagée, ou après avoir tourné légèrement à gauche, subit un véritable mouvement de rotation de haut en bas et de droite à gauche : la face est tout à fait dirigée vers la cuisse droite de la mère, l'occiput est à gauche, l'oreille antérieure, la droite, au-dessous du pubis (fig. 225).

Ce mouvement de rotation externe de la tête résulte du mouvement de rotation intra-pelviennne des épaules : celles-ci, au moment où elles s'en-

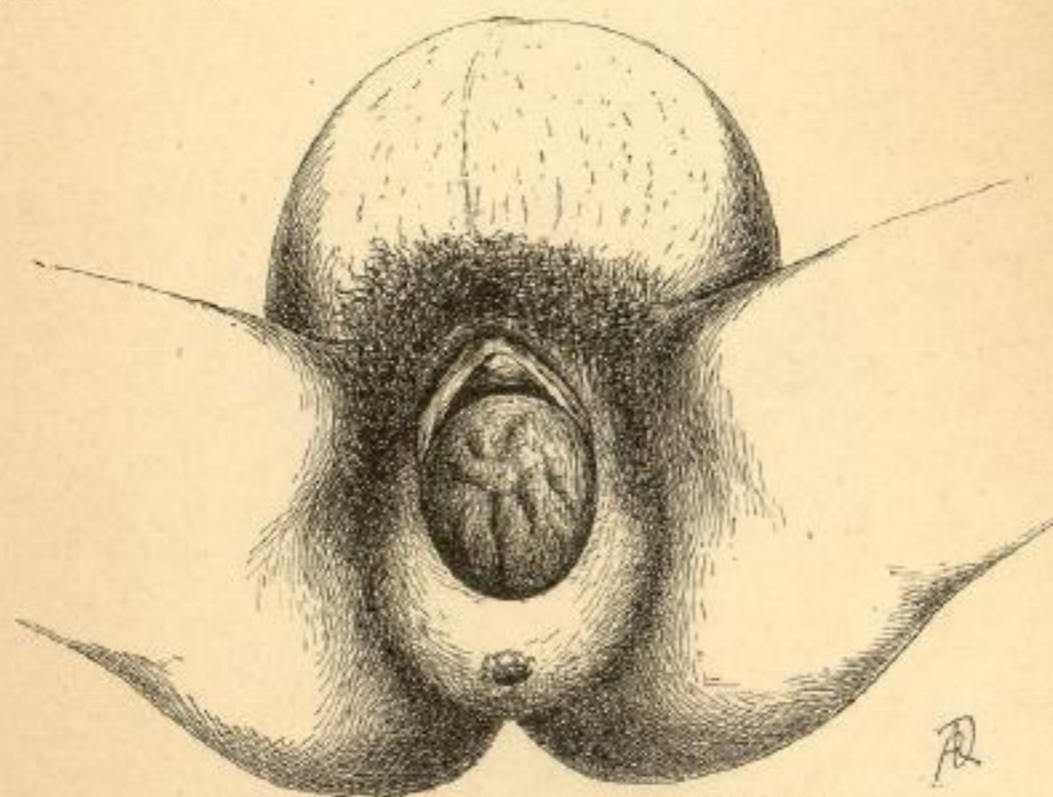


Fig. 220. — Multipare en période d'expulsion.

L'orifice vulvaire est plus large, moins résistant que chez la primipare; à la partie supérieure une certaine circonférence de la tête peut se dégager, de telle sorte qu'avec une tête de même volume l'ampliation du périnée va être moins considérable.

gagent, descendent suivant le diamètre oblique droit; puis, lorsqu'elles abordent l'orifice supérieur du bassin mou, elles subissent un mouvement de rotation qui ramène l'épaule droite sous la symphyse du pubis et l'épaule gauche en arrière en rapport avec la courbure du canal pelvien. Ce mouvement de rotation se traduit au dehors par le mouvement de rotation externe de la tête.

6^e Temps. Dégagement des épaules. — Lorsque les épaules ont complètement tourné, elles doivent traverser le bassin mou : l'épaule antérieure n'a que peu de chemin à parcourir et vient rapidement se dégager sous la symphyse pubienne ; puis l'épaule postérieure parcourt la partie postérieure du bassin mou qui a déjà été distendue par la tête fœtale : le coccyx se laisse facilement rétropulser, les parties molles n'opposent qu'une résistance modérée et l'épaule postérieure se dégage au niveau de la commissure postérieure, par suite du mouvement d'inflexion du tronc.

Lorsque les deux épaules (diamètre bi-acromial) ont franchi l'orifice vul-

vaire, l'accouchement peut être considéré comme terminé. Le reste du tronc sort en effet assez facilement, de même que le siège du fœtus.

Accouchement dans la position droite, variété antérieure (OIDA). — Il ne faut pas oublier que la position droite, variété antérieure, est une rareté en tant que position du fœtus pendant la grossesse; le plus souvent elle n'est qu'une position temporaire au cours du travail : elle résulte de la rotation d'une tête en position droite (variété postérieure). Le mécanisme est le même que dans la position gauche variété antérieure; résu-

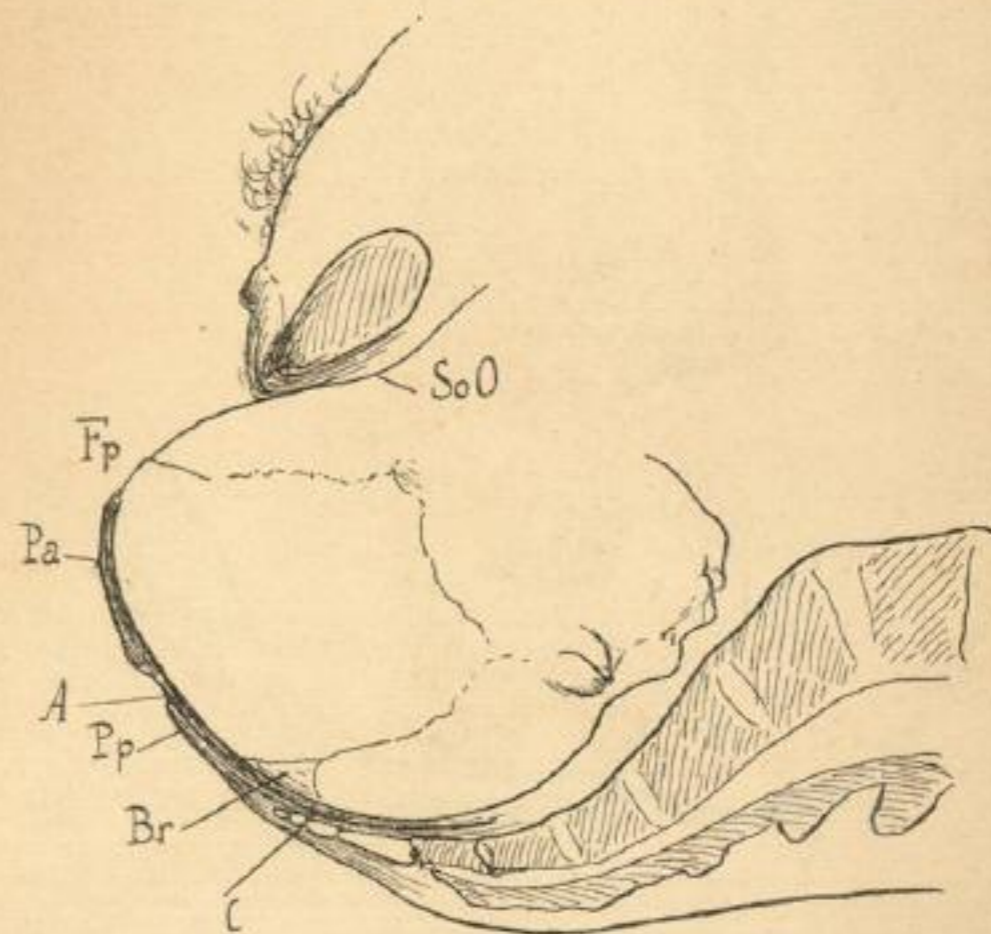


Fig. 221. — Tête fœtale en présentation du sommet pendant la période d'expulsion (demi-grandeur). Le SoO est sous la face postérieure de la symphyse pubienne; la fontanelle postérieure Fp est sur la ligne médiane de la vulve; le périnée antérieur Pa, situé en avant de l'axe A, commence seulement à être distendu, tandis que le périnée postérieur Pp, allant de l'axe au coccyx C, est fortement distendu. La fontanelle antérieure Br est au niveau de la pointe du coccyx. Le front lutte encore pour rétropulser davantage le coccyx.

mons-le, en indiquant les différences qui tiennent simplement à ce que l'occiput et le dos sont orientés d'abord du côté droit de la femme au lieu d'être orientés du côté gauche.

1^{er} Temps. Flexion. — La suture sagittale répond au diamètre oblique droit; le pariétal gauche est en avant, le pariétal droit en arrière. C'est en touchant avec l'index de la main gauche qu'on peut le plus commodément se rendre compte des progrès de la flexion.

2^e Temps. Descente ou engagement. — La fontanelle postérieure est successivement en rapport avec la face postérieure du trou ovalaire droit, la

branche ischio-pubienne du même côté. Le front est dirigé vers la symphyse sacro-iliaque gauche.

5^e Temps. *Rotation*. — L'occiput tourne de droite à gauche et d'arrière en avant. Lorsque la rotation de la tête est accomplie, le fœtus se trouve en position directe, en occipito-pubienne, absolument comme s'il s'était agi primitivement d'une gauche antérieure.

4^e Temps. *Dégagement de la tête*. — Rien de particulier pour le dégagement de la tête, qui se fait ici comme dans toute occipito-pubienne, c'est-à-

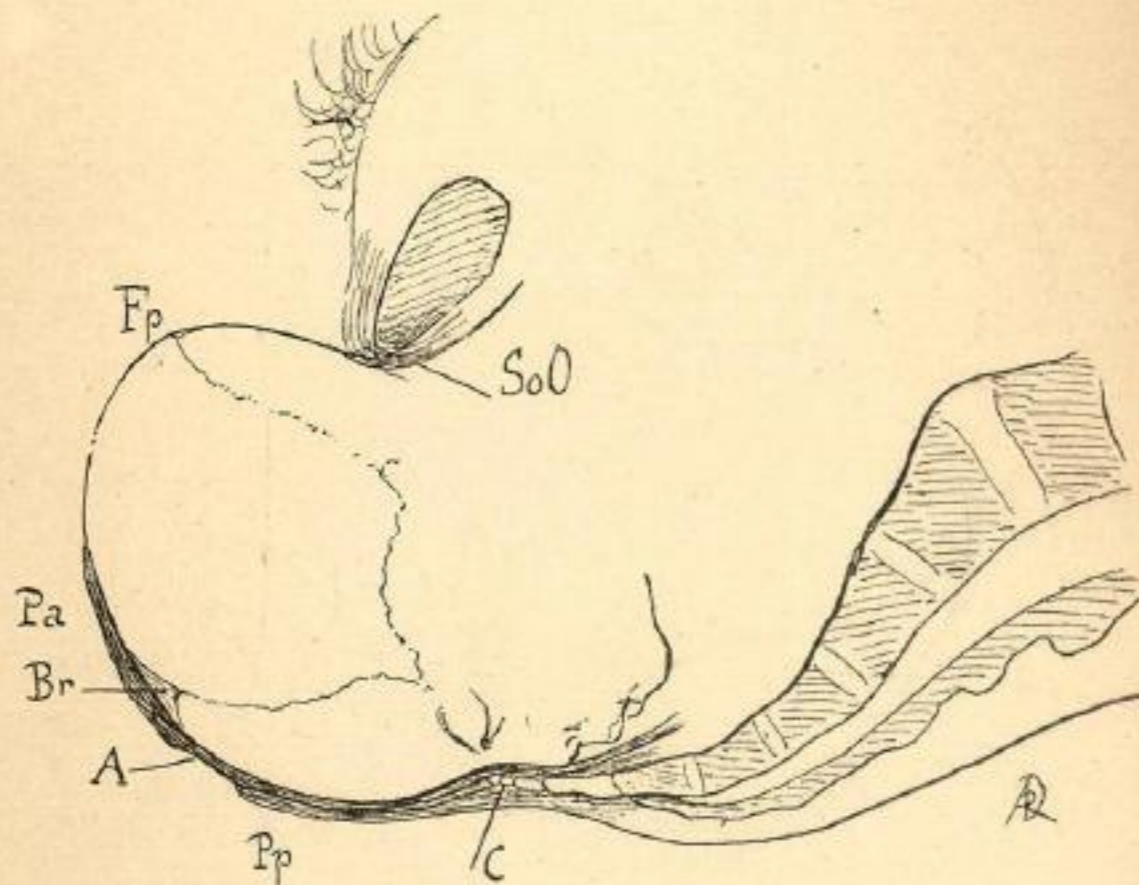


Fig. 222. — Tête fœtale en présentation du sommet à une phase plus avancée de la période d'expulsion que sur la figure 211 (demi-grandeur).

Le SoO a cheminé en avant; il est directement appliqué sous le bord inférieur de la symphyse. La fontanelle postérieure Fp s'est élevée; une plus grande partie de la tête est saillante hors de la vulve. Le périnée antérieur Pa s'allonge; l'anus A et le périnée postérieur sont fortement distendus par la partie de la tête comprise entre le bregma Br et la racine du nez. Le coccyx C n'est plus aussi fortement refoulé.

dire dans tous les cas où l'occiput est venu se placer sous la symphyse pubienne.

5^e Temps. *Rotation intra-pelvienne des épaules ou rotation externe de la tête*. — Le mouvement de rotation de la tête se fait de gauche à droite, de telle sorte que la face du fœtus regarde la cuisse gauche de la femme et l'occiput se trouve à droite (fig. 226). L'épaule gauche vient se mettre en rapport avec la symphyse pubienne tandis que l'épaule droite se trouve en arrière, également sur la ligne médiane.

6^e Temps. *Dégagement des épaules*. — Le dégagement de l'épaule gauche se fait, bientôt suivi par celui de l'épaule droite. Le reste du tronc

sort comme dans la position gauche, sauf bien entendu que le dos est orienté vers la droite de la femme au lieu de l'être vers la gauche.

Anomalies du mécanisme de l'accouchement dans les variétés antérieures. — Si le mécanisme normal de l'accouchement est le même pour les variétés antérieures de la présentation du sommet, il est facile de comprendre qu'il y aura également similitude dans les anomalies de ce mécanisme.

1^{er} Temps. — Le mouvement de flexion peut être insuffisant ou trop

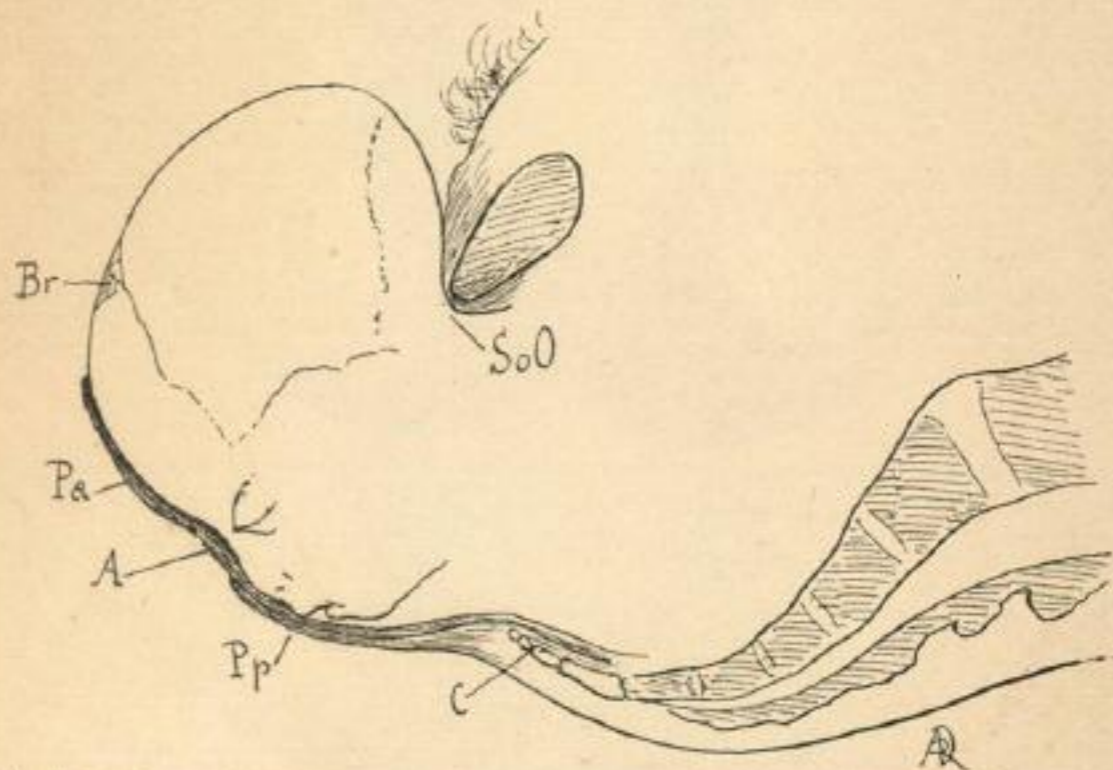


Fig. 225. — La tête fœtale est presque entièrement dégagée, du moins au niveau de ses grands diamètres (demi-grandeur).

Le SoO n'a que peu progressé en avant du bord inférieur de la symphyse; le bregma Br a franchi la commissure vulvaire postérieure. Le périnée antérieur Pa est distendu au maximum par le front ou plutôt l'orifice vulvaire est distendu au maximum par la circonférence sous-occipito-frontale. L'anus A et le périnée postérieur sont de moins en moins distendus. Le coccyx C n'est plus refoulé; il est presque revenu à l'état statique.

accusé : lorsque la tête est mal fléchie, les deux mouvements de descente et de rotation de la tête, si importants pour la terminaison de l'accouchement, s'accomplissent difficilement, péniblement, et retardent d'autant la marche de l'accouchement.

Lorsque la flexion est trop accusée, la partie supérieure du dos, tendant à s'engager en même temps qu'une partie de la tête, peut gêner l'évolution de celle-ci.

2^e Temps. — Il n'y a pas à proprement parler d'anomalie de ce temps dans les bassins normaux; mais on peut dire que la tête descend, s'engage plus ou moins rapidement, suivant différentes circonstances.

L'engagement dépend, en effet, non seulement du degré de flexion de la tête et de son inclinaison, mais encore du rapport qui existe entre le volume du crâne du fœtus et les dimensions de la filière pelvi-génitale,