

## CHAPITRE II

MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT DANS LES PRÉSENTATIONS  
DU SOMMET

Importance du sujet.

On ne saurait exagérer l'importance de l'étude approfondie des phénomènes mécaniques qui accompagnent le passage du fœtus à travers le bassin. Ces phénomènes, qui ont été à juste titre appelés l'alphabet de l'obstétrique, dominant toute la pratique des accouchements, et le médecin connaissant incomplètement ce sujet, ne serait qu'un empirique absolument incapable de diriger, avec sécurité pour sa malade et satisfaction pour sa conscience, les cas difficiles qui exigent une intervention chirurgicale.

Fréquence des présentations du sommet.

En étudiant les phénomènes physiologiques du travail, nous avons pris pour exemple le cas le plus commun, la présentation du sommet, dont la description est applicable, avec de légères différences, aux présentations des autres régions du fœtus. De même, dans la discussion des phénomènes mécaniques de l'accouchement, je décrirai avec détails le mécanisme de la présentation du sommet, me réservant de revenir aux particularités des autres présentations dans le chapitre où elles seront spécialement étudiées. La présentation du sommet est tellement plus fréquente que celle de toute autre partie — environ 95 fois sur 100 — que cette manière d'étudier le sujet est pleinement justifiée, et, lorsque l'étudiant connaît à fond les phénomènes de l'accouchement dans les présentations du som-

met, il lui est facile de comprendre le mécanisme des autres présentations, car elles sont toutes basées sur le même plan général.

Avant tout, nous devons nous pénétrer de l'importance des sutures et des fontanelles, ce sont nos guides dans le diagnostic de la position de la tête fœtale, et dans l'appréciation de ses progrès à travers le canal pelvien; si le « tactus eruditus », par lequel elles peuvent être distinguées les unes des autres, n'a pas été acquis, le médecin est incapable de se rendre un compte exact de la marche du travail. Et ce n'est pas toujours facile. Il faut beaucoup d'expérience et de pratique avant de pouvoir découvrir la position de la tête avec une certitude absolue; on devra donc toujours tendre vers cette connaissance, et l'étudiant ne regrettera jamais ni le temps ni la peine qu'il aura dépensés pour l'acquérir.

Au commencement du travail, le grand diamètre de la tête peut se trouver dans la direction de presque tous les diamètres du détroit supérieur, excepté dans celle de l'antéro-postérieur, qui n'est pas assez long. Dans la grande majorité des cas, toutefois, il pénètre dans l'excavation par l'un ou l'autre des diamètres obliques, ou dans une situation intermédiaire au diamètre oblique et au transverse; mais, avant son engagement au détroit supérieur, il est certainement, beaucoup plus fréquemment qu'on ne le suppose, dirigé dans le sens du diamètre transverse. Il en résulte que les accoucheurs ont eu l'habitude d'assigner à la tête quatre positions, selon le point du bassin auquel correspond l'occiput de l'enfant: la première et la troisième positions sont celles dans lesquelles le grand diamètre de la tête fœtale occupe le diamètre oblique gauche du bassin, la seconde et la quatrième celles dans lesquelles il occupe le diamètre oblique droit<sup>1</sup>. On a fait bien des subdivisions de ces

Position de la tête au début du travail.

1. En Angleterre on ne désigne pas les positions sous la dénomination de première, seconde, troisième, quatrième, d'après le degré de fréquence de chacune d'elles, ainsi que nous le faisons en France. On les compte en partant de l'éminence iléo-pectinée gauche (extrémité antérieure de notre diamètre oblique gauche), et en faisant le tour du bassin

positions, mais elles compliquent seulement le sujet et le rendent plus difficile à comprendre.

Les positions de la tête fœtale, après son entrée au détroit supérieur, qu'il est important de pouvoir distinguer dans la pratique, sont donc :

*La première position (occipito-cotyloïdienne gauche, occipito-iliaque gauche antérieure, OIGA).* — L'occiput est tourné du côté du trou ovale gauche, le sinciput du côté de la symphyse sacro-iliaque droite, et le grand diamètre de la tête occupe le diamètre oblique gauche du bassin.

*La seconde (occipito-cotyloïdienne droite, troisième en France, occipito-iliaque droite antérieure, OIDA).* — L'occiput est tourné du côté du trou ovale droit, le front du côté de la symphyse sacro-iliaque gauche, et le grand diamètre de la tête occupe le diamètre oblique gauche du bassin.

*La troisième (occipito-sacro-iliaque droite, deuxième en France, occipito-iliaque droite postérieure, OIDP).* — L'occiput regarde la symphyse sacro-iliaque droite, le front le trou ovale gauche, et le grand diamètre de la tête occupe le diamètre oblique gauche du bassin. Cette position est l'inverse de la première.

*La quatrième (occipito-sacro-iliaque gauche, occipito-iliaque gauche postérieure, OIGP).* — L'occiput regarde la symphyse sacro-iliaque gauche, le front le trou ovale droit, et le grand diamètre de la tête occupe le diamètre oblique droit du bassin. Cette position est l'inverse de la seconde (anglaise).

La fréquence relative de ces positions a longtemps été, et est encore discutée parmi les accoucheurs. Selon Nægelé, dont l'essai classique nous fournit la plus grande partie de nos

de gauche à droite. Ainsi, la première position anglaise est la même que la nôtre, mais leur deuxième correspond à notre troisième, leur troisième à notre deuxième.

Pour éviter toute méprise, je me servirai, dans le cours de ma traduction, des désignations anatomiques, à peu près généralement acceptées aujourd'hui par les accoucheurs français et étrangers, et au lieu de dire : première, deuxième, etc., je dirai : OIGA (occipito-iliaque gauche antérieure), OIDP (occipito-iliaque droite postérieure), OIDA (occipito-iliaque droite antérieure), OIGP (occipito-iliaque gauche postérieure).

Fréquence relative  
de ces positions.

connaissances sur ce point, la tête occupe le diamètre oblique gauche 99 fois sur 100. Des recherches plus récentes ont jeté quelque doute sur l'exactitude de ces données, et bien des accoucheurs modernes pensent que la position OIDA, considérée par Nægelé comme un stade transitoire dans la marche naturelle de la position OIGP, est beaucoup plus commune qu'il ne le croyait. Cette question sera discutée en détail lorsque je parlerai du mécanisme de l'accouchement dans les positions occipito-postérieures, mais en attendant on peut constater le désaccord qui existe entre les opinions des auteurs modernes, si on veut bien se reporter au tableau suivant, relatif à la fréquence des différentes positions, et copié dans l'ouvrage de Leishman <sup>1</sup> :

|                   | PREMIÈRE<br>POSITION.<br>OIGA | SECONDE<br>POSITION.<br>OIDA | TROISIÈME<br>POSITION.<br>OIDP | QUATRIÈME<br>POSITION.<br>OIGP | NON<br>CLASSÉES. |
|-------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------|
| Nægele.           | 70                            | »                            | 29                             | »                              | 1                |
| Nægele jun.       | 64,64                         | »                            | 32,88                          | »                              | 2,47             |
| Simpson et Barry. | 76,45                         | 0,29                         | 22,68                          | 0,58                           | »                |
| Dubois.           | 70,83                         | 2,87                         | 25,66                          | 0,62                           | »                |
| Murphy.           | 63,23                         | 16,18                        | 16,18                          | 4,42                           | »                |
| Swayne.           | 86,36                         | 9,79                         | 1,04                           | 2,8                            | »                |

On voit que tous les accoucheurs acceptent la fréquence immensément plus grande de la première position; le seul point en contestation est la fréquence relative de la seconde et de la troisième.

On a donné des explications diverses de la plus grande fréquence avec laquelle la tête occupe le diamètre oblique gauche. Quelques auteurs pensent que le dos du fœtus a une tendance naturelle, ainsi que l'ont montré les recherches expérimentales de Honing et d'autres auteurs, à se diriger, sous l'influence de la gravitation, en avant et du côté gauche de la mère quand elle est debout, et en arrière et de son côté droit quand elle est couchée. D'après Simpson, la tête occupe le

Explication de la  
fréquence avec la-  
quelle la tête occupe  
le diamètre oblique  
gauche.

1. *Leishman's System of midwifery*, p. 341.

diamètre oblique gauche, parce que la longueur du diamètre oblique droit est plus ou moins diminuée par la présence du rectum. Lorsque le rectum est affaissé, le raccourcissement du diamètre est léger; mais il est si souvent distendu par les matières fécales (quelquefois lorsqu'il y a de la constipation à un degré considérable), qu'il n'est pas difficile de comprendre qu'il puisse réellement avoir une grande influence sur la détermination de la position de la tête fœtale.

Dans la description du mécanisme de l'accouchement, j'aurai en vue surtout la première position, celle qui est la plus commune, et je ferai ressortir ensuite brièvement les différences qui existent entre elle et les positions moins communes.

Position OIGA.

Dans cette position, lorsque la tête commence à descendre, l'occiput est au détroit supérieur, regardant l'éminence iléo-pectinée du côté gauche, le front dirigé vers la symphyse sacro-iliaque droite, et la suture sagittale traversant obliquement le bassin dans le diamètre oblique gauche. Le dos de l'enfant est tourné vers le côté gauche du ventre de la mère; l'épaule droite vers son côté droit, l'épaule gauche vers son côté gauche (fig. 92). Si on pratique alors le toucher vaginal (la femme placée dans la position ordinaire de l'accouchement<sup>1</sup>), et si l'orifice est suffisamment ouvert, le doigt tombe sur la protubérance de l'os pariétal droit, signalée comme la « partie qui se présente ». Cette expression est diversement définie, mais la meilleure définition est probablement celle qui est adoptée par Tyler Smith, c'est-à-dire : « cette portion de la tête fœtale que le doigt rencontre la première dans le cercle formé par l'orifice utérin, le vagin, et la vulve, pendant les stades successifs du travail. » Si l'extrémité du doigt examinateur est dirigée un peu en haut, elle sentira la suture sagittale traversant obliquement le bassin; en bas et à gauche, elle arrivera sur la fontanelle postérieure triangulaire, d'où s'éloignent les branches de la suture lambdoïde. Si le doigt pouvait être conduit dans la direction opposée, assez haut et assez à droite,

1. C'est-à-dire, en Angleterre, couchée sur le côté gauche.

il arriverait sur la grande fontanelle antérieure; mais, à ce moment, elle est trop haute pour être atteinte. Le menton est légèrement fléchi sur le sternum, et cette flexion, comme nous le verrons tout à l'heure, est fortement augmentée à mesure que la tête exécute son mouvement de descente.

La tête, au début du travail, est généralement entrée dans le détroit supérieur, surtout chez les primipares. Chez les multi-

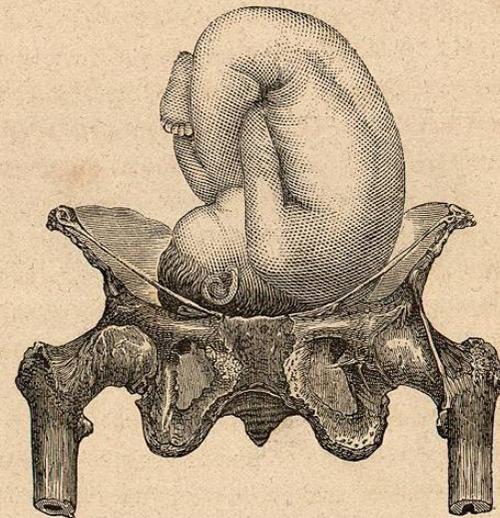


Fig. 92. — Attitude du fœtus en première position (d'après Hodge).

pares, par suite du relâchement des parois abdominales, l'utérus tombe un peu en avant, et la tête reste au-dessus du détroit supérieur, mais elle y est poussée aussitôt que le travail commence.

Nægelé — dont la description a été adoptée par la plupart des auteurs — dit que la tête, à cette période, est oblique au détroit supérieur, et il considère l'os pariétal droit, sur lequel tombe le doigt examinateur, comme beaucoup plus bas que le gauche. L'exactitude de cette opinion a été contestée dans ces der- Obliquité de Nægelé  
nières années, et il est maintenant à peu près généralement admis que cette obliquité n'existe pas, et que la tête entre dans le détroit supérieur du bassin avec les deux os pariétaux sur

le même plan, et le diamètre bi-pariétal parallèle au plan du détroit (fig. 93). L'opinion de Nægelé était adoptée, parce que le doigt trouve toujours la protubérance pariétale droite plus basse, et aussi parce que c'est en ce point que siège le *caput succedaneum* ou bosse séro-sanguine observée sur la tête de l'enfant après son expulsion. Ces deux arguments sont cependant trompeurs; l'os pariétal droit est la partie qui doit être sentie naturellement la plus basse, à cause de la position oblique du bassin sur le tronc, et, en ce qui concerne le caput succedaneum, il a été parfaitement prouvé par Duncan qu'il ne se forme pas sur le point le plus exposé à la compression, comme Nægelé l'assurait, mais sur la partie de la tête qui est le moins comprimée, c'est-à-dire sur la région située dans l'axe du canal vaginal.

Différents temps  
mécaniques.

Les accoucheurs ont l'habitude, pour faciliter la description du mécanisme de l'accouchement, de diviser en différents temps les mouvements que subit la tête. Il faut cependant se rappeler que ce ne sont pas des temps séparés et distincts, pouvant toujours être saisis dans la pratique; ils se confondent au contraire insensiblement l'un avec l'autre, et souvent s'observent simultanément, ou à peu près, dans un travail rapide. Ce sont : 1° La flexion, 2° le premier mouvement de descente, 3° le mouvement d'accommodation, 4° la rotation, 5° le second mouvement de descente et l'extension, 6° la rotation externe.

Flexion.

1° Le premier mouvement de la tête consiste en une rotation sur son diamètre bi-pariétal, mouvement qui amène le menton de l'enfant en contact avec son sternum et qui fait descendre l'occiput plus bas que la partie antérieure de la tête. Par le fait, il y a un gain mécanique réel d'au moins 12 millimètres, car le diamètre sous-occipito-bregmatique de la tête (8 cent. 1/2) se substitue à l'occipito-frontal (11 cent. 1/2) (fig. 93). Le mouvement est plus marqué lorsque le bassin est étroit, et, dans quelques cas de difformité pelvienne, il se produit à un degré considérable, tandis que, dans les bassins exceptionnellement larges et spacieux, il n'existe que dans une petite étendue, ou

pas du tout. La raison de cette flexion est double. Solayrès et la majorité des accoucheurs l'expliquent en disant que la force expulsive est communiquée à la tête de l'enfant à travers la colonne vertébrale, et, comme la tête est articulée beaucoup plus près de l'occiput que du sinciput, la résistance étant égale, l'occiput doit être poussé en bas. Telle est sans doute l'explication correcte de la flexion après que les membranes sont rompues; mais, avant leur rupture, l'œuf est en réalité

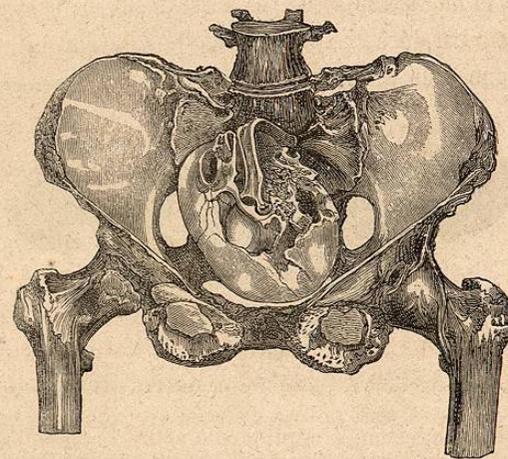


Fig. 93. — Première position : mouvement de flexion.

une poche liquide, qui est également comprimée sur tous les points par les contractions utérines, et poussée à travers l'orifice *en masse*, la force expulsive n'étant pas transmise du tout à travers la colonne vertébrale. C'est pourquoi la flexion est probablement effectuée de la façon suivante : la tête est articulée plus près de l'occiput que du front, et comme elle éprouve partout la même résistance de la part des tissus, la pression d'en bas est plus efficace sur sa partie frontale; conséquemment, cette partie est soulevée en haut, et l'occiput descend. Cette explication peut être aussi considérée comme bonne après la rupture des membranes, et probablement ces deux causes agissent pour effectuer le mouvement dans les circonstances ordinaires.

Descente  
et accommodation.

2° et 3° Les mouvements de *descente* et d'*accommodation* peuvent être décrits ensemble. Aussitôt que la tête a franchi l'orifice utérin, elle descend assez rapidement à travers le bassin, jusqu'à ce que l'occiput ait atteint à peu près le niveau de la partie inférieure du trou ovale (fig. 94), le sinciput celui de la seconde pièce du sacrum. Il se produit alors un mouvement d'*accommodation*, la fontanelle antérieure devient plus accessible, se rapproche du plan dans lequel est située la postérieure, et le menton ne reste pas aussi fléchi sur le sternum. Ce changement est dû à ce que l'extrémité antérieure de l'ovoïde éprouve une plus grande résistance que la postérieure, mais

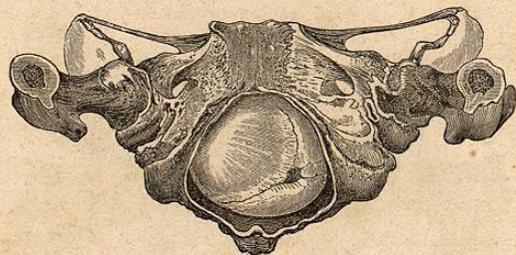


Fig. 94. — Première position : l'occiput dans l'excavation (Hodge).

aussitôt que la résistance appliquée à celle-ci contre-balance et excède celle qui est appliquée à l'antérieure, le sinciput doit descendre. Le côté droit de la tête descend aussi plus que le gauche, pour la même raison, de telle sorte que la tête, en réalité, se fléchit légèrement sur l'épaule droite. Cette obliquité de la tête sur son diamètre transverse dans la partie inférieure du bassin a été niée par Küneke<sup>1</sup>, qui maintient que la tête franchit le bassin tout entier dans la direction de son entrée au détroit supérieur, c'est-à-dire avec les deux os pariétaux sur le même plan, de telle sorte que le point d'intersection des diamètres transverse et antéro-postérieur du bassin correspond à la suture sagittale. Il y a cependant de bonnes raisons pour croire que, dans la moitié inférieure de la cavité pelvienne, la tête n'est pas réellement synclitique, comme le

1. *Die vier Factoren der Geburt*, Berlin, 1869.

décrit Küneke, mais que l'os pariétal droit est à un niveau un peu moins élevé que le gauche.

4° Le mouvement de *rotation* est très-important. Il amène le grand diamètre de la tête, du diamètre oblique de l'excavation, dans le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur (fig. 95) ou dans un diamètre à peu près correspondant, de telle sorte qu'il se trouve en rapport avec le plus long diamètre du détroit inférieur. Ce changement se fait presque toujours et peut être réellement observé par l'accoucheur qui surveille attentivement la marche du travail. On en a donné des explications diverses. La plus généralement adoptée est celle qui fait dépendre la

Rotation.

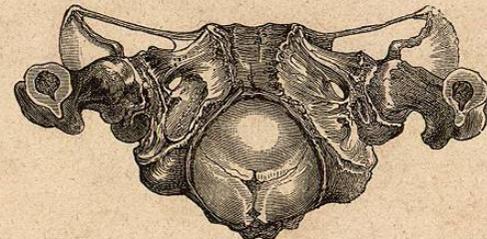


Fig. 95. — Première position : l'occiput au détroit inférieur (Hodge).

rotation de la projection en dedans des épines sciatiques, qui rétrécissent le diamètre transverse du détroit inférieur. A mesure que les douleurs poussent l'occiput en bas, sa rotation en arrière est empêchée par la saillie de l'épine sciatique gauche, tandis que sa rotation en avant est favorisée par la surface angulaire lisse de la branche ascendante de l'ischion. De la même façon, l'épine sciatique du côté opposé prévient la rotation en avant du front, qui est dirigé en arrière vers la concavité du sacrum par la surface lisse des ligaments sacro-sciatiques. Ces dispositions donnent donc une forme de pas de vis à l'intérieur du bassin en ce point; et, à mesure que les douleurs poussent la tête, elles lui communiquent ce mouvement de rotation qui a une si grande importance, en l'adaptant à la plus grande dimension du détroit inférieur.

La plupart des accoucheurs allemands n'admettent pas l'influence des épines sciatiques et des plans lisses du bassin dans

la production de la rotation. Ils attribuent plutôt le changement de direction à la résistance croissante que la tête rencontre de la part de la paroi postérieure du bassin et des tissus péri-néaux. Quelle que soit la partie de la tête qui rencontre d'abord cette résistance, beaucoup plus grande que celle de la partie antérieure du bassin, elle doit nécessairement être poussée en avant; et comme, dans la grande majorité des cas, la fontanelle postérieure descend la première, c'est elle qui subit cette pression jusqu'à ce que la rotation soit effectuée. Cette opinion a l'avantage de rendre compte aussi bien de la rotation dans les positions occipito-postérieures que dans les occipito-antérieures; les premières en effet, avec la théorie la plus généralement reçue, ne sont pas explicables d'une façon tout à fait satisfaisante. Cela ne veut pas dire que les surfaces lisses des plans du bassin soient sans influence sur la production du mouvement. Au contraire, elles le facilitent probablement beaucoup; mais la cause primordiale paraît plus simple et plus efficace avec la dernière théorie qu'avec celle qui attribue une action si importante aux épines sciatiques.

Dans quelques cas rares, la tête échappe à la rotation et atteint le périnée, étant encore dans le sens du diamètre oblique. Mais, ici même, la rotation s'effectue en général souvent tout d'un coup, juste au moment où la tête est sur le point de franchir la vulve, et elle est très-rarement expulsée dans la position oblique. Le mouvement, à cette période, peut être expliqué par le périnée, qui est relevé à ses bords et creux à son centre; le grand diamètre de la tête s'accommode lui-même au sillon ainsi formé et se trouve dirigé dans le sens du diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur.

Extension.

5° Pendant ces mouvements, la face est tournée en arrière dans la concavité du sacrum; mais la tête ne reste pas absolument dans le sens du diamètre antéro-postérieur du bassin, elle occupe un diamètre intermédiaire à l'antéro-postérieur et à l'oblique. L'occiput est encore poussé en bas par les douleurs, et, grâce à son changement de position, il peut pas-

ser entre les branches du pubis, et avancer jusqu'à ce que son mouvement de descente soit arrêté par la nuque, qui se trouve appliquée contre la partie inférieure de l'arcade pubienne. L'occiput est ainsi fixé, et, les douleurs continuant, la contraction utérine n'agit plus sur l'occiput, mais sur la partie antérieure de la tête, qui est alors repoussée et détachée du sternum. Ce phénomène constitue l'*extension*. A mesure que la tête descend, les parties molles du périnée se distendent, et le coccyx est refoulé en arrière pour élargir le détroit inférieur. Les contractions distendent le périnée de plus en plus, et la tête avance et recule alternativement. A mesure que le front

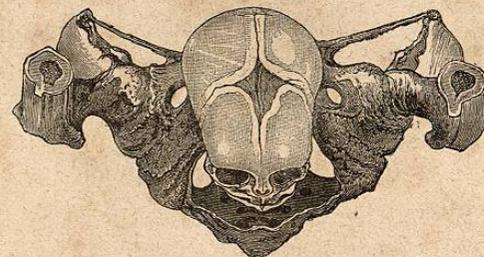


Fig. 96. — Première position : dégagement de la tête (Hodge).

descend, les diamètres sous-occipito-bregmatique, sous-occipito-frontal et sous-occipito-mentonnier se présentent successivement à la vulve, l'occiput tourne de plus en plus en haut, en avant du pubis (fig. 96), et enfin la face glisse sur le périnée et se dégage.

La cause mécanique de ce mouvement peut être facilement expliquée. Aussitôt que l'occiput a passé sous l'arcade des pubis et ne trouve plus de résistance des parois antérieures du bassin, la tête est soumise à l'action de deux forces : la compression utérine, qui agit en bas et en arrière, et la résistance des parois postérieures du bassin et des parties molles, qui agit presque directement en avant. La tête est expulsée dans la direction de la résultante de ces deux forces, c'est-à-dire en bas et en avant dans l'axe du détroit inférieur.

Outre la légère obliquité du grand diamètre de la tête par