

rapport au diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur au moment de son expulsion, la tête est aussi un peu oblique sur son propre diamètre transverse, de telle sorte que, dans la majorité des cas, l'os pariétal droit est expulsé avant le gauche.

Rotation externe.

6° Aussitôt que l'action utérine reparait, peu de temps après l'expulsion de la tête, on peut observer que cette dernière exécute un mouvement de rotation distinct, l'occiput se tourne vers la cuisse gauche de la mère, et la face en haut vers la cuisse droite (fig. 97). La raison de ce fait est évidente. Lorsque



Fig. 97. — Rotation externe de la tête dans la première position (Hodge).

la tête descend dans le diamètre oblique gauche, les épaules sont dans le diamètre opposé ou oblique droit, et, à mesure que la tête tourne dans le diamètre antéro-postérieur, elles sont nécessairement placées à peu près dans le diamètre transverse. Aussitôt que la tête est sortie, les épaules sont soumises à la même action utérine et à la même résistance pelvienne que la tête a eues à supporter, et elles sont poussées précisément de la même manière. Conséquemment, elles tournent aussi, mais dans la direction opposée, dans le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur ou à peu près, exactement comme l'a fait la tête, et en obéissant au même mécanisme ; et, ce faisant, elles entraînent nécessairement la tête avec elles et provoquent sa rotation externe.

Les deux épaules sont bientôt expulsées, l'épaule gauche gé-

néralement la première, en glissant sur le périnée de la même manière que la face. Mais ce n'est pas toujours le cas, et elles sont souvent expulsées simultanément, ou même la droite la première. Le corps suit bientôt, et le second stade du travail est terminé.

Dans la position OIDA (occipito-cotyloïdienne droite), le grand diamètre de la tête est dans le diamètre oblique droit du bassin. A l'examen vaginal, le doigt, dirigé en haut et à droite, atteint la petite fontanelle postérieure ; en bas et à gau-

Seconde position (anglaise), troisième française OIDA.

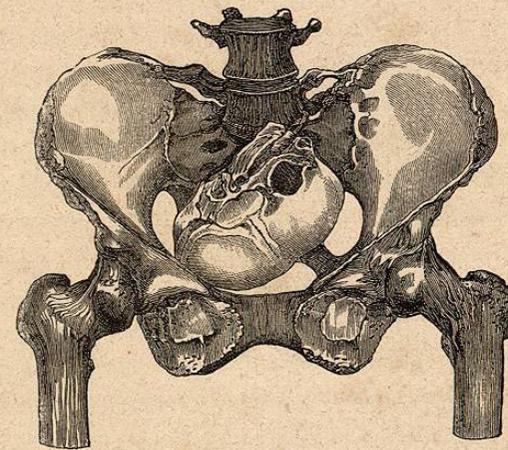


Fig. 98. — Position OIDP, au détroit supérieur.

che, la fontanelle antérieure. La suture sagittale croise obliquement le bassin dans le sens du diamètre oblique droit. La description du mécanisme de l'accouchement est précisément la même que dans la première position, en substituant le mot gauche au mot droit. Ainsi le doigt tombe sur l'os pariétal gauche ; l'occiput tourne de droite à gauche pendant la rotation. Après la sortie de la tête, l'occiput se dirige du côté de la cuisse droite de la mère, et la face regarde la cuisse gauche.

Dans la position OIDP, la tête entre dans le détroit supérieur, l'occiput dirigé en arrière du côté de la symphyse sacro-iliaque droite (fig. 98). La fontanelle postérieure est dirigée en arrière, la fontanelle antérieure en avant, du côté du trou ovale

Troisième position (anglaise), deuxième française OIDP.

gauche, et le doigt examinateur tombe sur l'os pariétal gauche. Le mécanisme de cet accouchement présente beaucoup d'intérêt. Dans la grande majorité des cas, pendant la marche du travail, l'occiput tourne en avant le long du côté droit du bassin, jusqu'à ce qu'il arrive presque dans le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur, il passe sous l'arcade du pubis, et le front glisse sur le périnée. On verra que, pendant une partie de cette rotation étendue, la tête peut rester dans la position OIDA et l'accouchement se termine absolument comme si cette dernière position eût été primitive.

Explication de ce mouvement de rotation.

Comment se fait-il que cette rotation soit effectuée et que le sinciput, qui occupe la place de l'occiput dans la première position, ne tourne pas en avant vers le pubis, comme le fait celui-ci? On peut l'expliquer par le fait que l'action utérine, transmise à travers la colonne vertébrale, force l'occiput à descendre plus bas que le sinciput, de telle sorte que dans la plupart des cas, à l'examen vaginal, la fontanelle postérieure peut être parfaitement perçue, tandis que l'antérieure est haute et hors d'atteinte. La tête est donc extrêmement fléchie et descend ainsi dans la cavité pelvienne, jusqu'à ce que l'occiput, alors plus bas que l'épine sciatique droite, éprouve la résistance du plancher du bassin, vis-à-vis du ligament sacro-sciatique droit, par lequel il est dirigé en avant. Le front est à ce moment, en supposant la flexion marquée, trop haut pour être influencé par le plan antérieur du bassin. La pression continuant, l'occiput tourne en avant, le front contourne le côté gauche du bassin, et le travail se termine comme dans la position OIDA.

La période du travail à laquelle se fait la rotation varie. Dans la majorité des cas, elle n'a lieu que lorsque la tête est sur le plancher du bassin, car c'est à ce moment que la résistance se fait surtout sentir. Mais plus la résistance est grande, plus tôt elle est sentie, et plus tôt la rotation s'opère. Donc il est probable qu'elle se fait plus vite lorsque la tête est grosse et le bassin comparativement petit.

La facilité avec laquelle ce mouvement s'opère dépend de la

flexion complète du menton sur le sternum, flexion qui amène la fontanelle antérieure assez haut pour que sa rotation en arrière ne soit pas entravée par la projection en dedans de l'épine sciatique gauche, et qui abaisse par contre l'occiput. Mais si cette flexion n'est pas complète, et si la fontanelle antérieure est assez bas pour qu'on puisse l'atteindre avec le doigt, il en résulte de grandes difficultés. Dans bien de ces cas, la rotation peut encore se faire; mais, dans d'autres, elle est impossible, et l'accouchement est alors terminé avec la face aux pubis, mais avec un retard considérable et une peine inouïe. Selon le Dr Uvedale West, d'Alford, qui a étudié sérieusement ce sujet, cette terminaison s'observe quatre fois sur cent dans les positions occipito-postérieures. Quand il en est ainsi, on peut sentir très-bas la fontanelle antérieure, et quelquefois même le front et les sourcils. La contraction utérine pousse en bas l'occiput, le front est fixé derrière le pubis, mais il ne peut passer au-dessous, comme le fait l'occiput dans la première position. Le front se fléchit donc davantage et remonte, tandis que la résistance du plancher du bassin dirige l'occiput en avant. Le périnée est bientôt énormément distendu par la partie dorsale de la tête, et sérieusement exposé à une déchirure; puis l'occiput se dégage, mais non sans difficulté. Il se produit alors un mouvement d'extension: la nuque est fixée contre la commissure antérieure du périnée, la force expulsive agit sur le sinciput, et la tête tourne sur son axe transversal. Le front et la face sont ainsi expulsés, puis le corps se dégage.

Terminaison face au pubis.

On dit que, dans quelques cas exceptionnels, lorsque la fontanelle antérieure est très-abaissée, le travail peut se terminer par la conversion de la présentation du sommet en une présentation de la face; la tête tournant sur son axe transversal, le front se dirige de la partie antérieure vers la partie postérieure du bassin, et le menton émerge sous la symphyse pubienne. Mais il est évident que cette substitution ne peut s'opérer que si la tête est anormalement petite, et elle doit être extrêmement rare.

Fréquence relative
de la deuxième et de
la troisième positions.

Nous avons déjà fait allusion à l'opinion de Nægelé en ce qui concerne la rareté de la position OIDA; il pensait que les cas où l'on trouve l'occiput du côté du trou ovale droit n'étaient que des stades transitoires dans la rotation des positions occipito-postérieures. Il est certain qu'une telle affirmation est difficile à garantir, à moins que la tête n'ait été surveillée depuis le commencement du travail. Bien des observateurs distingués sont portés à conclure que les positions OIDA sont beaucoup plus communes que Nægelé ne le supposait; et, dans la table déjà citée, on verra que, tandis que Murphy estime que l'OIDA et l'OIDP sont égales en fréquence, Swayne croit que l'OIDA est beaucoup plus commune que l'OIDP. Il est probable que la grande autorité de Nægelé a poussé beaucoup d'observateurs à considérer les positions OIDA comme des positions OIDP dans lesquelles une rotation partielle avait déjà été accomplie. Ma propre expérience me conduit à penser que les positions OIDA sont loin d'être rares. La question toutefois doit être considérée comme en suspens, jusqu'à ce que de nouvelles observations faites par des auteurs compétents nous permettent de conclure.

Quatrième position
OIGP.

La quatrième position est juste l'inverse de la seconde (anglaise), comme la troisième est l'inverse de la première. L'occiput regarde la symphyse sacro-iliaque gauche (fig. 99), et le doigt tombe sur l'os pariétal droit. Le mécanisme est précisément le même que dans la position OIDP, mais la rotation se fait de gauche à droite.

Formation de la bosse
séro-sanguine.

Nous avons déjà fait allusion à la formation du caput succedaneum. Cette dénomination est appliquée à un gonflement œdémateux qui se forme sur la tête par suite d'un épanchement qui résulte de l'obstacle à la circulation veineuse créé par la compression à laquelle la tête est soumise. D'où le volume de la tumeur est en proportion directe avec la longueur du travail. Dans les accouchements rapides, ceux où la tête est poussée vivement à travers le bassin, elle est à peine développée, quelquefois elle n'existe pas, tandis qu'après un travail prolongé

elle est volumineuse et peut obscurcir le diagnostic de la position, en masquant les sutures et les fontanelles. Sa situation varie selon la position de la tête: ainsi, dans la première et la quatrième position, elle se forme sur l'os pariétal droit, dans la seconde et la troisième sur le gauche; nous pouvons donc vérifier, par l'inspection de son siège, l'exactitude de notre diagnostic.

Une erreur fréquente, commise par les accoucheurs, consiste à regarder la bosse séro-sanguine comme formée au point où la tête a été le plus fortement soumise à la compression, tandis

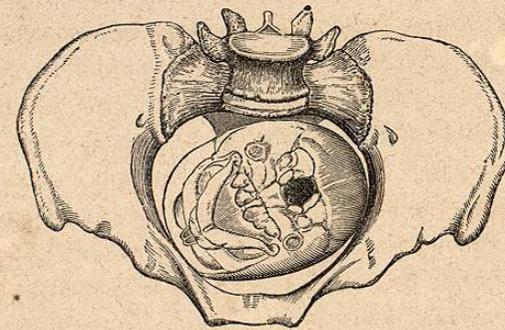


Fig. 99. — Position OIGP, au détroit supérieur.

que, en réalité, elle se développe sur la partie qui est la moins soutenue par les tissus maternels et où le gonflement peut, par conséquent, survenir le plus facilement. Au début du travail, elle se forme toujours sur la partie de la tête qui est située dans le cercle de l'orifice utérin, et, dans les stades suivants, sur la partie qui est dans l'axe du canal vaginal; elle est donc plus marquée sur la région qui est expulsée la première de la vulve.

Je dirai quelques mots de l'altération dans la forme de la tête foetale, observée dans les accouchements pénibles et résultant du moulage qu'elle a subi pendant son passage à travers le canal pelvien. Plus le bassin est petit, plus grande est la compression appliquée sur la tête pendant l'accouchement, plus marquée est cette altération. Il en résulte que, dans les

Altération dans
la forme de la tête.

présentations du vertex, les diamètres occipito-mentonnier et occipito-frontal sont allongés d'environ 25 millimètres ou même plus, tandis que les diamètres transverses sont diminués par la compression des os pariétaux¹. Ce moulage a une incontestable utilité, en facilitant la naissance de l'enfant. La déformation apparente est très-considérable et peut même donner lieu à quelque anxiété. Il est bon de se rappeler qu'elle est toujours passagère et qu'au bout de quelques heures, ou de quelques jours au plus, l'élasticité des os crâniens les force à reprendre leur forme naturelle. La bosse séro-sanguine disparaît aussi rapidement; par conséquent, ces deux phénomènes n'amènent aucune déformation inquiétante ou qui exige quelque traitement.

1. Voy. la note de la p. 127.

CHAPITRE III

DE LA CONDUITE A TENIR PENDANT LE TRAVAIL NATUREL

Bien que l'accouchement soit une fonction strictement physiologique, qui, dans la grande majorité des cas, doit s'accomplir en toute sécurité sans accoucheur, il est certain que l'assistance du médecin, sagement comprise, est toujours utile pour en faciliter la marche, et qu'elle est souvent absolument indispensable pour la sauvegarde de la mère et de l'enfant.

L'état de la femme enceinte avant son accouchement doit toujours attirer l'attention du médecin, parce qu'il est important que le travail s'accomplisse lorsqu'elle est aussi bien portante que possible. On ne négligera donc jamais, dans les derniers mois de la grossesse, les précautions hygiéniques ordinaires. La femme prendra un exercice régulier et modéré, sans fatigue, et, si le temps le permet, restera beaucoup au grand air. Les pièces chaudes, les veillées, les excitations de toutes sortes, seront strictement évitées. Le régime sera simple, nourrissant et non stimulant; l'état de l'intestin particulièrement surveillé. Pendant les quelques jours qui précèdent l'accouchement, la descente de l'utérus provoque souvent une compression du rectum et empêche qu'il ne se vide. On a alors l'habitude de prescrire de temps à autre de légères purgations, par exemple de petites doses d'huile de ricin, pendant quelques jours avant le moment prévu de l'accouchement. Il est

Traitement
préparatoire.