

CHAPITRE VII

DIFFICULTÉS DES POSITIONS OCCIPITO-POSTÉRIEURES

Je dirai quelques mots du traitement des positions occipito-postérieures de la tête, surtout de celles dans lesquelles la rotation de l'occiput en avant ne peut pas se faire. J'ai déjà établi que, dans la grande majorité des cas, l'occiput tourne en avant sans aucune difficulté, et l'accouchement se termine de la façon ordinaire, l'occiput émergeant sous l'arcade des pubis.

La rotation de l'occiput en avant ne se fait pas toujours.

Mais, dans un certain nombre de circonstances, cette rotation ne se produit pas, et il peut en résulter des dangers et du retard. La proportion des accouchements dans lesquels la terminaison se fait la face aux pubis, dans les positions occipito-postérieures, a été très diversement estimée; ils sont certainement plus communs que la plupart de nos ouvrages ne le disent. Le Dr Uvedale West¹, qui a étudié ce sujet avec grand soin, a trouvé que l'accouchement s'était terminé de cette façon 79 fois sur 2,585 naissances, et tous ces accouchements furent exceptionnellement difficiles.

Causes de l'accouchement face au pubis.

Il pense que la rotation de la tête en avant est empêchée par un défaut de flexion du menton sur le sternum, de telle sorte que ce n'est pas le diamètre sous-occipito-bregmatique qui entre au détroit supérieur, mais le grand diamètre occipito-

1. *Cranial Presentations*, p. 33.

DIFFICULTÉS DES POSITIONS OCCIPITO-POSTÉRIEURES 423

frontal; l'occiput, n'étant plus le point le plus bas, n'est pas soumis à l'action des causes qui produisent la rotation en avant. Le Dr Macdonald, qui a publié un mémoire très-conscientieux sur le sujet¹, croit que la non-rotation en avant de l'occiput est surtout due au gros volume de la tête, et que par suite « le front descend, tellement fixé à la partie antérieure du bassin, que sa tendance à céder et à tourner en avant ne peut être mise en jeu. » L'explication du Dr West, qui a une expérience considérable des cas de ce genre, semble expliquer plus correctement l'absence de rotation naturelle.

Le point capital pour nous, c'est de savoir quelle est la meilleure conduite à tenir lorsqu'il s'élève des difficultés de ce genre, et que le travail est sérieusement retardé.

Conduite à tenir en pareil cas.

Le Dr West insiste vivement sur la nécessité d'une flexion complète du menton sur le sternum et dit qu'elle peut être favorisée par une pression en haut sur l'os frontal, en vue de rapprocher le menton du sternum et de faire descendre l'occiput, obligeant ainsi les agents qui favorisent la rotation à entrer en jeu. Supposons que les douleurs soient fortes, et la fontanelle facilement accessible; nous pourrions de cette façon favoriser beaucoup la descente de l'occiput, et sans lésion pour la mère, ou sans augmentation des difficultés si la manœuvre vient à échouer. Les effets de ce simple expédient sont parfois remarquables. Je m'en suis servi récemment dans deux cas, et le travail, qui traînait en longueur, ne faisant aucun progrès, malgré d'excellentes douleurs, se termina chaque fois très rapidement, aussitôt que j'eus fait la compression en haut. La rotation de la face en arrière peut en même temps être facilitée par une compression sur le front du côté du pubis pendant les douleurs.

Pression en haut sur le front.

D'autres auteurs conseillent de tenter la descente de l'occiput par une traction en bas appliquée avec le crochet ou le fillet. Le fillet est surtout préconisé par Hodge², et il trouve

Traction sur l'occiput.

1. *Edin. Med. Journ.*, oct. 1874.

2. *System. of obstet.*, p. 308.

certainement une de ses plus utiles applications dans les cas de cette sorte, parce qu'il est d'un emploi facile et probablement plus efficace que le crochet.

Il faut éviter les tentatives trop nombreuses.

Bien que quelques-unes de ces méthodes puissent être adoptées, on doit prendre certaines précautions et ne pas faire de tentatives trop prolongées ou trop actives pour produire la flexion et la rotation, lorsqu'elles se font attendre. Tous ceux qui se sont trouvés en face de cette complication doivent avoir observé que la rotation se fait souvent spontanément à une période très avancée du travail, longtemps après que la tête a été poussée pendant un temps considérable vers le détroit inférieur du bassin, et lorsqu'elle paraît avoir fait des tentatives infructueuses pour sortir; il suffira donc souvent d'un peu de patience pour surmonter la difficulté.

Lorsque c'est nécessaire on emploiera le forceps.

S'il faut absolument aider la nature, il n'y a aucune raison pour ne pas employer le forceps. L'instrument n'est pas plus difficile à appliquer que dans les circonstances ordinaires, et, en règle générale, il ne faut pas une traction beaucoup plus grande. Le Dr Macdonald, dans le mémoire auquel nous avons déjà fait allusion, soutient que, dans les positions occipito-postérieures persistantes, il existe presque toujours un manque de proportion entre la tête et le bassin, que par conséquent il faut souvent avoir recours au forceps, et qu'il le préfère à toute tentative artificielle de rectification. Je rappellerai quelques particularités du mode de l'accouchement. Dans la plupart des ouvrages, on enseigne que l'opérateur doit attacher une attention spéciale à la rotation de la tête, et essayer de lui communiquer ce mouvement en ramenant l'occiput en avant pendant l'extraction. Ainsi, Tyler Smith dit : « Dans l'accouchement avec le forceps dans les positions occipito-postérieures, on fera tourner doucement la tête pendant l'extraction, de façon à porter le vertex vers l'arcade des pubis et amener ainsi une présentation occipito-antérieure. » Mais il est facile de voir qu'il y a un certain danger à employer la force pour provoquer la rotation artificielle. Il est vrai que dans bien

Dangers de la rotation artificielle.

des cas, sous l'influence d'une simple traction, l'occiput tourne de lui-même en avant, et entraîne l'instrument avec lui. Mais cela ne ressemble en rien à une rotation de la tête par la force avec les lames du forceps, sans savoir si le corps de l'enfant suivra le mouvement. Il est impossible de concevoir qu'une intervention aussi violente ne fasse pas courir des risques de lésions sérieuses au cou du fœtus. Si la rotation ne se fait pas, la conclusion la plus simple, c'est que la tête est placée de façon à ce que l'accouchement se termine mieux face aux pubis, et on ne doit pas essayer de modifier la position. Cette règle qui consiste à laisser la rotation entièrement à la nature et à user seulement de traction, a reçu l'approbation de Barnes et des auteurs modernes; c'est la seule qui se recommande, comme la plus scientifique et la plus raisonnable.

Si la rotation ne se fait pas, il vaut mieux laisser l'accouchement se terminer face au pubis.

Ce sont là des cas dans lesquels la courbure pelvienne du forceps est d'une utilité douteuse. Lorsque cet instrument est appliqué de la façon ordinaire, la convexité des lames regarde naturellement en arrière. Si la rotation accompagne l'extraction, les lames suivent nécessairement le mouvement de la tête, et leurs bords convexes se tournent en avant. Il semble probable qu'un tel mouvement doive exposer les parties molles de la mère à des risques considérables. J'ai cependant vu plus d'une fois cette rotation de l'instrument sans aucun mauvais résultat apparent; mais les dangers sont manifestes. Il sera donc sage de se servir du forceps droit pour cette opération particulière, ou d'enlever les branches et de laisser l'accouchement se terminer par les forces naturelles seules, lorsque la tête est basse et que la rotation paraît devoir se faire. Lorsque la rotation ne se fait pas, on prendra plus de soins qu'à l'ordinaire pour le périnée, qui est nécessairement très distendu par la sphère de l'occiput. Les risques du périnée sont considérables, et, même avec la plus grande attention, il est quelquefois impossible d'éviter une déchirure. Toutes ces précautions prises, l'accouchement avec le forceps, dans les positions occipito-postérieures, n'offre pas de difficultés ou de dangers spéciaux.

Objection à la courbure pelvienne du forceps dans ce cas.

Il est indispensable de surveiller le périnée dans le dégagement face au pubis.