

Pronostic.

L'évolution spontanée, qui constitue l'accouchement normal dans la présentation de l'épaule, ne s'observe que rarement à *terme*, dans environ 1/20 des cas abandonnés aux seules ressources de la nature, et, quand il a lieu, sauf de bien rares exceptions, l'enfant succombe pendant le travail.

D'autre part, la version spontanée céphalique ou pelvienne, qui peut permettre la naissance d'un enfant vivant, n'existe guère que dans 1 1/40 des cas environ.

L'accoucheur qui, à terme, abandonnerait à la nature l'accouchement en présentation de l'épaule, s'exposerait donc à voir cet accouchement ne pas avoir lieu dans les 37/40 des cas, et n'aurait un enfant vivant que dans 1/40 des cas environ.

C'est dire qu'on doit toujours intervenir dans ces présentations. Nous verrons comment à un chapitre ultérieur.

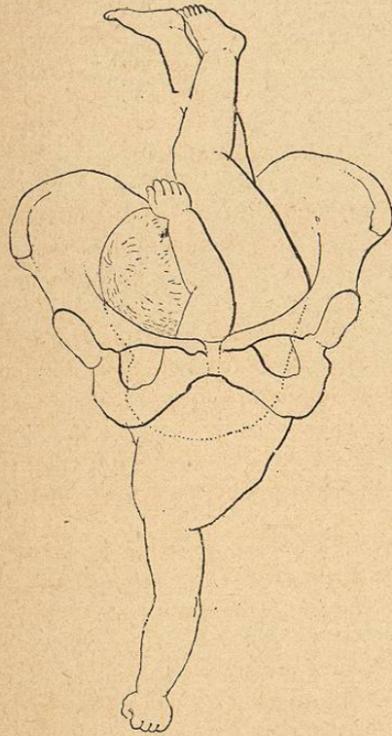


Fig. 257. — Sortie du fœtus plié en deux (conduplicato corpore) (Kleinwachter). — Comme l'indique la figure 257, mécanisme de sortie analogue à celui qu'on peut voir dans quelques cas de présentation du thorax.

Dans la présentation de l'abdomen, encore plus si c'est possible que dans celle du thorax, l'indication de l'intervention est absolue.

SYNTHÈSE DU MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT

Si on a bien compris l'analyse des différents mécanismes précédemment exposés, on a vu que pour chacun des deux ovoïdes fœtaux (tête, tronc), il y avait quatre temps :

Amoindrissement, — Engagement, — Rotation, — Dégagement.

¹ Voir mon mémoire sur la présentation de l'abdomen. *Travaux d'obstétrique*, t. III, p. 112.

Cependant l'ensemble de l'accouchement ne comprend que six temps et non huit, c'est que les deux premiers temps pour le passage du deuxième ovoïde se confondent avec les deux derniers temps destinés au passage du premier, ainsi que le fait comprendre le tableau suivant :

	PREMIER OVOÏDE	DEUXIÈME OVOÏDE
1 ^{er} temps.	AMOINDRISSEMENT.	
2 ^e —	ENGAGEMENT.	
3 ^e —	ROTATION.	AMOINDRISSEMENT
4 ^e —	DÉGAGEMENT	ENGAGEMENT
5 ^e —	ROTATION
6 ^e —	DÉGAGEMENT

On voit que la rotation du 1^{er} ovoïde se confond avec l'amoindrissement du second, et le dégagement du 1^{er} ovoïde avec l'engagement du second.

La chose est également vraie, quel que soit celui des deux ovoïdes qui se présente le premier.

Ces divisions sont commodes pour l'exposition du mécanisme de l'accouchement, et leur apparence mathématique ne peut que séduire le débutant, mais quand on passe de la théorie à la pratique, on s'aperçoit bientôt combien elles sont factices.

En effet, l'amoindrissement, l'engagement et la rotation ne sont pas *successifs*, mais *simultanés*; ils commencent tous les trois au détroit supérieur pour finir au détroit moyen.

La clinique nous montre qu'il n'y a pas *quatre* temps pour la sortie de chaque ovoïde fœtal, mais seulement *deux* : le premier d'*engagement* ou de *trajet osseux*, le second de *dégagement* ou de *trajet musculaire*.

Pendant l'*engagement*, le fœtus *s'amoindrit* et *s'accommode*.

Il *s'amoindrit* : 1^o par *tassement* ou *pelotonnement*; par *déflexion* ou *flexion* (important pour le sommet, négligeable pour le tronc); par *inclinaison latérale*.

Il *s'accommode* en subissant le *mouvement de rotation* que nous avons suivi en détail.

Pendant le *dégagement*, le fœtus *s'accommode* à la direction du canal génital, et, dans ce but, la *tête* tantôt se *défléchit* (sommet), tantôt se *fléchit* (face), le *tronc* s'incline littéralement.

De telle sorte que le mécanisme de sortie de chacun des deux ovoïdes peut se résumer dans le tableau suivant :

I. — *Engagement. — Traversée osseuse.*

1^o AMOINDRISSEMENT : 1^o Par *tassement* ou *pelotonnement* ;
2^o Par *flexion* ou *extension* ;
3^o Par *inclinaison latérale*.

2^o ACCOMMODATION : Par *rotation*.

II. — *Dégagement. — Traversée musculaire.*

1° *Par flexion ou extension* (tête); 2° *Par inclinaison latérale* (tronc).

L'accouchement total ou des deux ovoïdes comprend successivement :

1° *Engagement du premier ovoïde;*

2° *Dégagement du premier ovoïde;*

3° *Engagement du deuxième ovoïde* (dont le début se confond avec le dégagement du premier ovoïde et dont la fin, isolée, se manifeste par la rotation externe, 5° temps);

4° *Dégagement du deuxième ovoïde.*

Il serait donc plus clinique de ne décrire que quatre temps dans le mécanisme de l'accouchement. — A l'avenir de conclure.

IV. — INFLUENCE DE L'ACCOUCHEMENT

SUR LA MÈRE ET L'ENFANT

1° INFLUENCE SUR LA MÈRE

Système nerveux. — Il existe souvent un état d'inquiétude et d'anxiété très marqué, parfois un véritable délire passager et sans importance. Crampes fréquentes dans les membres inférieurs, dues à la compression des nerfs obturateurs et grand sciatique (branches d'origine).

Calorification. — Élévation de la température de quelques dixièmes de degré, mais pas de fièvre à l'état normal.

Respiration. — Accélérée, entrecoupée par les cris et les plaintes.

Digestion. — Vomissements fréquents pendant le cours du travail, il semble que les contractions de l'utérus provoquent celles de l'estomac; quelquefois le travail commence par une indigestion, dont le médecin doit savoir discerner la cause. Aussitôt que les douleurs deviennent intenses, la femme éprouve un véritable dégoût pour les aliments et boissons, et mieux vaut prescrire la diète, car souvent l'ingestion des liquides ou solides provoque les vomissements.

2° INFLUENCE SUR L'ENFANT

Il a déjà été question de l'influence de la contraction utérine sur la circulation fœtale (voir p. 165).

La respiration pulmonaire n'existe, on le sait, qu'après la naissance; cependant d'une façon exceptionnelle, quand la circulation est gênée, et que, après la rupture de la poche des eaux, une certaine quantité d'air a pénétré dans la cavité ovulaire, une respiration plus ou moins complète peut se faire et l'enfant pousser des cris qui arrivent étouffés aux oreilles de l'accoucheur, cris qu'on désigne sous le nom de *vagissement intra-utérin*. Quelques observations, rares il est vrai, prouvent la réalité de ce singulier phénomène.

L'influence la plus intéressante de l'accouchement sur le fœtus consiste

dans les diverses déformations qu'il produit et qu'on désigne sous le nom de *phénomènes plastiques*.

PHÉNOMÈNES PLASTIQUES

Les phénomènes plastiques sont de deux sortes : les uns amenant une *déformation des parties molles*, et produisant la *bosse séro-sanguine*; les autres s'adressant au *squelette* et caractérisés par une *déformation osseuse*.

1° Bosse séro-sanguine.

Sur la partie fœtale laissée à nu par la dilatation du col utérin, se forme, dans le tissu cellulaire sous-cutané, une infiltration séro-sanguine, qu'on désigne sous le nom de *bosse séro-sanguine* (caput succedaneum).

La peau à ce niveau présente une couleur parfois rose, le plus souvent violacée et assez nettement circonscrite, qui, jointe à l'empatement du tissu sous-jacent, permet après la naissance un diagnostic facile.

Quelquefois il existe des phlyctènes cutanées, et plus profondément de la congestion soit du périoste, soit aussi de la pie-mère et du cerveau s'il s'agit de la tête.

Le mécanisme par lequel se produit la bosse séro-sanguine n'est autre que celui de la *ventouse* : un vide relatif existe en effet au niveau de la région

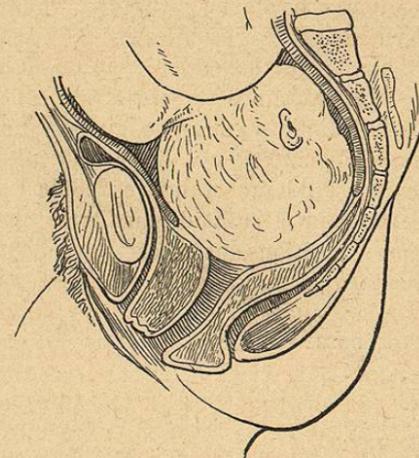


Fig. 238. — Formation de la bosse séro-sanguine.

La bosse séro-sanguine se forme pendant la dilatation au niveau de l'ouverture du col, et pendant l'expulsion au niveau de la partie libre du canal génital.

fœtale découverte par l'orifice utérin, où la pression exercée par la contraction de l'organe gestateur ne se fait pas sentir, et dont l'effet est celui d'une *ventouse indirecte*.

On a dit que les conditions essentielles pour la production de la bosse séro-sanguine étaient la *vie du fœtus* et la *rupture de la poche des eaux*. Mais il est démontré qu'avec des fœtus morts et même macérés une infiltra-