

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

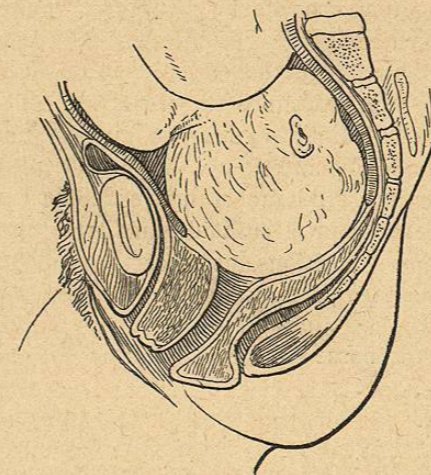


Fig. 238. — Formation de la bosse séro-sanguine.

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-

tion locale des tissus, analogue à celle de la bosse séro-sanguine, est possible; d'autre part sa formation a également été observée avec des membranes intactes mais suffisamment extensibles.

Le siège de la bosse séro-sanguine varie naturellement avec la présentation et la position du fœtus. Elle varie également avec les changements dans

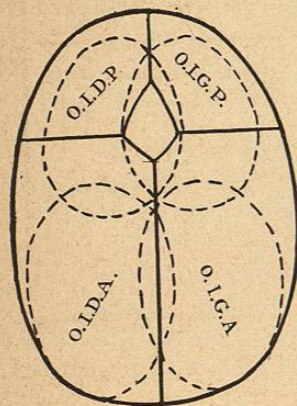


Fig. 259. — Sommet; différents sièges de la bosse séro-sanguine suivant la position.

la situation de la partie fœtale, amenés par le cours du travail. C'est ainsi que dans un accouchement la bosse séro-sanguine, qui se forme à la vulve, si la tête y séjourne longtemps, n'aura pas le même siège que celle constituée au niveau du détroit moyen. On comprend, par cet aperçu, que, dans le cas de travail pénible, une série de bosses séro-sanguines puisse ainsi se superposer avec des limites légèrement différentes.

La bosse séro-sanguine, dont la saillie est d'autant plus marquée que l'accouchement et surtout la période d'expulsion ont été plus prolongés, gêne souvent l'accoucheur pour pratiquer le toucher, l'infiltration dissimulant les caractères distinctifs de la partie fœtale qui se présente.

Par contre, elle peut après la naissance servir à l'accoucheur pour établir le *diagnostic rétrospectif de la présentation et même de la position*. L'existence en effet de la bosse séro-sanguine sur un point du corps est la marque indéniable de la présentation. En outre dans certaines présentations, celles par exemple du sommet, le siège de l'infiltration peut souvent faire présumer la position. En effet étant donnée la courbe intérieure du canal génital, la bosse séro-sanguine siègera, comme l'indique la figure 258, à la partie de la tête située en bas et en avant; or il suffit de méditer sur la situation de la tête dans les différentes positions pour comprendre que dans chacune d'elles le siège de la bosse séro-sanguine sera celui indiqué par le schéma 259.

Dans l'OIDP, la bosse séro-sanguine est à gauche et en avant.
 OIDA, — gauche et en arrière.
 OIGP, — droite et en avant.
 OIGA, — droite et en arrière.

On remarquera que les deux termes désignant le nom de la position sont juste opposés à ceux indiquant le siège de la bosse séro-sanguine. Ex. : OI, droite postérieure, bosse séro-sanguine à gauche et en avant.

Quand par l'examen du sommet on voudra faire le diagnostic rétrospectif de la position, il suffira donc de prendre les deux termes contraires à ceux indiquant le siège de la bosse séro-sanguine. Si par exemple l'infiltration siège à droite et en avant, nous en concluons à une position gauche et postérieure du sommet : OIGP.

Ce diagnostic ne peut évidemment être qu'approximatif.

Les deux principales affections, susceptibles dans la présentation du sommet d'être confondues avec la bosse séro-sanguine, sont le *céphalématome* et l'*encéphalocèle*. Voici les caractères différentiels de ces trois affections :

BOSSE SÉRO-SANGUINE	CÉPHALÉMATOME	ENCÉPHALOCÈLE
1. Apparition pendant accouchement.	1. Apparition après accouchement.	1. Apparition avant accouchement.
2. Pas de bord net.	2. Nettement circonscrit par un bourrelet dur.	2. Sort d'une ouverture nettement délimitée.
3. A cheval sur suture.	3. Ne couvre jamais une suture.	3. Occupe une suture.
4. Peau ecchymotique.	4. Peau normale.	4. Peau normale.
5. Conserve l'empreinte du doigt. — Pas de fluctuation.	5. Tumeur dépressible et fluctuante.	5. Tumeur pulsatile et fluctuante.

La bosse séro-sanguine n'a d'autre inconvénient que celui de déformer la région fœtale sur laquelle elle siège. Dans certaines présentations, la face par exemple, les tissus mous sont tellement tuméfiés et violacés, que l'enfant paraît hideux, monstrueux; il sera sage de prévenir les intéressés avant l'expulsion de ne pas s'effrayer au moment de la naissance.

Les complications sont exceptionnelles, cependant la rupture de phlyctènes peut être la souce d'érysipèle; on a noté la gangrène du scrotum.

En trois ou quatre jours la bosse séro-sanguine disparaît et ne demande aucun traitement spécial.

2° Déformations osseuses.

En dehors des attitudes spéciales, qu'une présentation peut imprimer à la



Fig. 260. — Forme de la tête expulsée en présentation du sommet occipito-antérieure gauche ou droite. (TARNIER.)



Fig. 261. — Forme de la tête expulsée en présentation du sommet occipito-postérieure gauche ou droite. (TARNIER.)

partie fœtale, par exemple les petits membres pelviens qui restent relevés

quelque temps après la naissance en cas de siège mode des fesses, le squelette n'est modifié qu'au niveau de la tête :

Les pariétaux cheminent l'un et l'autre (sommet : l'antérieur passe sur le postérieur, l'occiput et les frontaux s'enfoncent sous les pariétaux). Le résultat général de ce chevauchement et de la déformation de chaque os en particulier, joint à la bosse séro-sanguine, est un changement dans la configuration générale de la tête, indiqué par les figures ci-jointes :

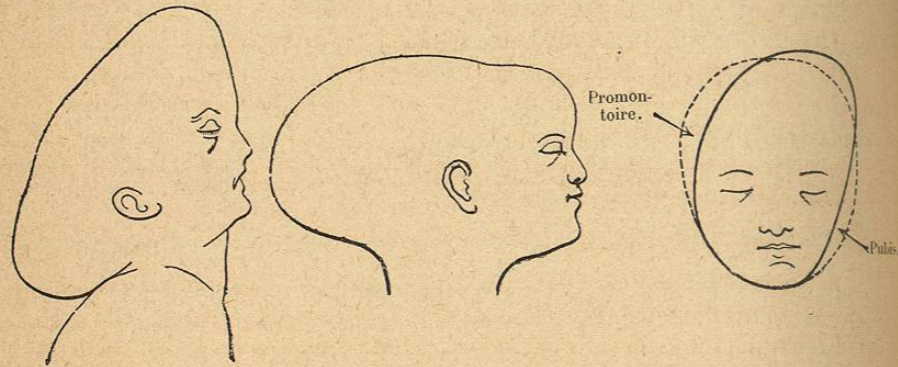


Fig. 262. — Forme de la tête expulsée en présentation du front. (TARNIER.)

Fig. 263. — Forme de la tête expulsée en présentation de la face. (SAXINGER.)

Fig. 264. — Déformation de la tête expulsée dernière. (AUVARD.)

Enfin dans certains cas de présentation du siège, où l'extraction de la tête dernière a été pénible, on note (fig. 264) une sorte d'asymétrie de la face ; le côté postérieur, c'est-à-dire celui qui se trouvait au contact du promontoire, étant plus bas que l'antérieur, ce qui est dû probablement à la pression combinée du promontoire et du pubis¹.

V. — CAUSES DE L'ACCOUCHEMENT

SOMMAIRE

1. Causes efficientes :
 - Fœtus.
 - Mère.
2. Causes déterminantes :
 - a. Fœtus.
 - b. Membranes.
 - c. Utérus.
 - Circulation.
 - Fibre musculaire.

Quand une locomotive se met en marche, il y a deux causes à son départ l'une est la vapeur qui, pressant le piston, fait tourner les roues (cause effi-

¹ Voir, pour plus amples explications, mes *Travaux d'obstétrique*, t. III, p. 49.

ciente), l'autre le mécanicien qui ouvre à la vapeur l'accès du corps de pompe (cause déterminante).

Nous trouvons dans la production de l'accouchement les deux mêmes ordres de causes : *efficientes* et *déterminantes*.

1° Causes efficientes.

Autrefois on supposait que le fœtus sortait de l'utérus comme le poulet de l'œuf. Le fœtus était actif, la mère passive. Théorie insoutenable ; il suffit de mentionner l'expulsion d'enfants morts et macérés.

Le fœtus est au contraire, essentiellement passif pendant l'accouchement, et la cause efficiente de la naissance de l'enfant est la *contraction utérine* aidée par celle de l'abdomen.

Les quelques cas d'accouchement spontané, observés après la mort de la mère, témoignent simplement de la persistance de la contraction utérine après la cessation de la vie.

2° Causes déterminantes.

Pourquoi l'utérus entre-t-il en contraction à la fin du neuvième mois, époque du terme normal de la grossesse ?

Le fœtus, les membranes et l'utérus ont été tour à tour mis en cause.

a. **Fœtus.** — Toute entrave à la physiologie fœtale déterminerait l'accouchement. Les opinions toutefois varient sur la source de cette entrave ; je cite les principales :

Distension de l'intestin par le méconium, et de la vessie par l'urine.

Insuffisance de la circulation par le rétrécissement progressif du trou de Botal.

Gêne pour l'accomplissement des mouvements fœtaux, l'utérus devenant relativement trop petit.

Insuffisance de la nutrition du fœtus, alors qu'il a acquis tout son développement intra-utérin.

Il est possible que l'accouchement ait pour heureux effet de remédier à ces différentes gênes fonctionnelles, mais on ne conçoit pas comment elles seraient susceptibles d'être la cause déterminante du travail.

b. **Membranes.** — Au terme de la grossesse la caduque dégénérée est séparée de l'utérus sur une assez grande étendue ; l'œuf arrive ainsi à former un corps étranger intra-utérin et produit de la sorte l'apparition du travail (SIMPSON).

Il est certain que tout corps étranger au contact de la surface interne de l'utérus amène des contractions plus ou moins vives, mais on conçoit mal pourquoi, la séparation de l'œuf et de l'utérus se faisant progressivement, pendant les trois derniers mois de la grossesse, et le décollement allant de l'orifice interne vers le fond de l'organe gestateur, le travail survient exactement à la fin du neuvième mois, et non à une époque plus avancée.

D'autre part, dans les cas d'adhérences pathologiques des membranes, les femmes ne devraient jamais entrer en travail.

Les membranes, pas plus que le fœtus, ne pouvant nous fournir la cause déterminante de l'accouchement, nous allons la demander à l'utérus lui-même.

c. **Utérus.** — On a cherché la cause déterminante soit dans la *circulation de l'utérus*, soit dans la *fibre musculaire* même de son organe.

1° CIRCULATION. — Deux théories :

a. *Théorie de l'asphyxie utérine.* — Comme tous les muscles de la vie organique, l'utérus est très sensible au contact de l'acide carbonique ; or la stase des derniers temps de la grossesse favorise l'accumulation de cet acide, d'où pour BROWN-SÉQUARD la production du travail — Le principe de cette explication est vraie ; mais cette asphyxie locale étant progressive, on comprend mal comment elle devient, juste au terme normal de la grossesse, suffisante pour produire l'accouchement.

b. *Théorie de la dixième époque menstruelle.* — Tous les mois pendant la grossesse, à l'époque correspondant aux règles se produit une congestion génitale, qui favorise la contraction utérine, et expose la femme à l'avortement, or la dixième époque menstruelle réveillant l'utérus somnolent serait pour TYLER SMITH le point de départ du travail.

Cette théorie ne peut être admise, car souvent l'époque de l'accouchement ne coïncide pas avec celle de la dixième époque menstruelle.

2° FIBRE MUSCULAIRE. — Deux théories :

a. *Théorie de la maturité de la fibre utérine.* — CHAUSSIER a admis que la fibre interne aboutit progressivement à une sorte de maturité qui la rend apte à se contracter énergiquement, et qui, survenant au terme de neuf mois, amène à ce moment l'accouchement. — Pure hypothèse que rien ne justifie.

b. *Théorie de l'irritabilité de la fibre utérine.* — L'irritabilité utérine somnolente pendant tout le cours de la grossesse, où elle ne se révèle que par des contractions peu énergiques, se manifesterait dans toute son énergie au terme de la gestation, mise en éveil, soit par la *distension du corps*, soit par celle du *col* de l'utérus :

a. *Distension du corps utérin.* — Cette théorie, émise par MAURICEAU, a été soutenue par POWER et dans ces derniers temps par GARIMOND¹. L'utérus, de même que la vessie et le rectum, se contracterait, alors qu'il est distendu au maximum, et l'accouchement se produirait ainsi par un mécanisme analogue à celui de la défécation et de la miction.

Cette analogie séduisante au premier abord, ne peut satisfaire l'esprit à un examen attentif, car la miction se fait à des intervalles variables suivant les personnes, il en est de même de la défécation, à moins que l'habitude n'ait établi une régularité factice. Or, si l'accouchement avait lieu par un mécanisme semblable, le moment de sa production devrait être également variable et se montrer tantôt à sept, huit, neuf ou dix mois.

¹ Auvard. *Travaux d'obstétrique*, t. 1^{er}, p. 414.

D'autre part la même femme accouche à terme d'un seul fœtus (grossesse simple) et de deux fœtus (grossesse gémellaire) ; or dans ce second cas l'utérus étant beaucoup plus distendu que dans le premier, l'accouchement, si la distension était bien la cause déterminante principale du travail, aurait dû se produire plus tôt.

Enfin dans la grossesse extra-utérine, quoique le fœtus siège en dehors de l'utérus, on voit, au terme normal de la grossesse, survenir un pseudo-travail qui ne peut être expliqué par la distension de l'utérus, le contenu faisant défaut — cependant je n'insiste pas sur cette objection, les contractions utérines douloureuses qui surviennent à ce moment, pouvant être attribuées au détachement de fragments de caduque.

b. *Distension du col utérin.* — D'après LEVRET, le col s'effaçant dans les derniers temps de la grossesse, les contractions utérines du travail surviendraient alors que, l'effacement étant complet, l'orifice externe commence à s'ouvrir.

Mais cette théorie ne saurait être admise, car le plus souvent le col ne s'efface pas pendant la grossesse, mais seulement au début du travail (voir p. 218).

En résumé, dans toutes les théories qui précèdent, nous trouvons des influences qui peuvent nous expliquer l'apparition du travail, mais aucune d'elles ne nous démontre clairement pourquoi ce travail se produit régulièrement au terme normal de la grossesse, c'est-à-dire à la fin du neuvième mois. De telle sorte que nous ne sommes guère plus avancés qu'au temps d'AVICENNE, qui se contentait comme cause déterminante de l'intervention divine : « Au temps voulu, l'accouchement se fait par la grâce de Dieu. »

VI. — DIAGNOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT

SOMMAIRE

- 1° *Diagnostic du travail.*
3 éléments de diagnostic.
- 2° *Diagnostic des présentations et positions.*
Sommet, face, front, siège, thorax, abdomen.

Quand un médecin est appelé auprès d'une femme ayant une grossesse normale et souffrant de douleurs abdominales intermittentes, il doit surtout résoudre les deux questions suivantes :

- 1° Cette femme est-elle en travail ?
2° Quelles sont les présentations et position du fœtus ?

1° DIAGNOSTIC DU TRAVAIL

Le TRAVAIL est l'ensemble des modifications AIGUËS, qui se produisent du côté de l'organisme maternel, pour amener A BREF DÉLAI la naissance de l'enfant.