

M. Cazeaux communique la lettre suivante d'un confrère de province :

Villeneuve-sur-Lot, le 16 novembre 1853.

Monsieur et très honoré confrère,

Permettez à un de vos anciens élèves de réclamer de vous votre avis.

Jé voudrais vous demander s'il existe beaucoup de faits dans la science des accouchements, dans lesquels les principales difficultés aient siégé dans le passage des épaules, la tête étant déjà sortie. Voici le fait à propos duquel j'ai l'honneur de vous consulter :

La femme de Chevalier, sabotier, à Casseneuil, âgée de trente-quatre ans, ayant eu deux accouchements antérieurs, par conséquent bien constituée, est prise des premières douleurs de l'enfantement le lundi, 14 novembre, à quatre heures du matin. Vers les dix heures, un officier de santé de la localité est appelé; vers les six heures (je n'ai eu que très peu de renseignements sur ce qui s'est passé avant mon arrivée), un autre docteur est appelé à son tour. Plusieurs tentatives d'application de forceps n'amenant aucun résultat, les deux confrères précités me font appeler vers les dix heures de la nuit pour une opération de craniotomie probable.

J'arrive auprès de la malade à une heure du matin, le mardi 15, c'est-à-dire, vingt-et-une heures après le début du travail; je trouve la femme très affaiblie, le pouls est déjà faible et fréquent; cependant la femme a beaucoup de courage, se donne beaucoup de mouvements, a des contractions utérines énergiques, et est prête à se soumettre à tout pour qu'on la délivre.

Je constate d'abord que les parties sont très tuméfiées; la membrane muqueuse excoriée en plusieurs endroits par les tentatives précédentes; mais rien de grave ni d'anormal dans tout cela. La tête est fortement engagée en deuxième position de Baudelocque (occipito-cotyloïdienne droite) qui, je pense, a été

convertie de la quatrième. J'applique immédiatement le forceps saus de très grandes difficultés; j'introduis d'abord la main gauche, et dessus je fais glisser la branche femelle; puis, malgré vos préceptes, suivant la méthode d'Hatin, je fais glisser ma main gauche dans le côté opposé du bassin, et j'introduis ma branche mâle sur la même main : l'articulation du forceps se fait sans peine.

Mais c'est ici que commencent les difficultés : j'exerce des tractions, avec ménagement d'abord, puis, je m'anime un peu, puis enfin, j'emploie des forces toujours croissantes, et ce n'est que petit à petit que je vois le pivot d'articulation de mon forceps s'éloigner des parties génitales externes, qui, comme je l'ai dit, étaient très tuméfiées; au fur et à mesure que je sens mon forceps approcher, la femme redouble de courage et me seconde puissamment. Enfin, après une heure de tractions, j'amène une volumineuse tête en deuxième position : un léger mouvement, dit de *restitution*, s'opère, par lequel la face se tourne vers la cuisse gauche de la mère. Mais là, tout est suspendu de mouvement : si on veut tirer sur la tête, le cou ne s'allonge pas du tout en dehors; ce n'est qu'avec la plus grande peine que j'amène le bras droit au dehors : rien ne bouge; les contractions de la matrice se suspendent; le poulx ne se perçoit plus, bientôt notre femme expire, les choses en étant à ce point, c'est-à-dire une tête et un bras étant au dehors.

Mes collègues me relèvent, et tentent de terminer l'accouchement sur ce cadavre. Mais leurs efforts restant impuissants, nous faisons l'opération césarienne pour examiner de plus près la situation. La position de l'enfant dans la matrice est des plus régulières; le dos regarde à droite et en avant, le bras gauche étendu et libre sur le côté gauche du tronc, tout le corps de l'enfant est très volumineux. Un de nous, pressant sur le corps de l'enfant, veut imiter les contractions de la matrice, pendant que l'autre tire sur la tête et sur le bras qui est dehors. Efforts inutiles, l'épaule gauche s'arrête toujours contre le pubis. Alors nous pratiquons la symphysiotomie, et aussitôt sort un magnifique enfant; le cordon étant coupé, nous le pesons : il a neuf

livres en poids (romaine), et cinquante-neuf centimètres de longueur; le diamètre bi-pariétal a dix centimètres, l'occipito-frontal en a onze et demi, le bis-acromial en a treize.

Me permettez-vous encore une autre question sur laquelle j'ai le malheur de n'être pas suffisamment renseigné?

Quelle conduite positive doit tenir un médecin en présence d'une présentation de l'épaule, le plan dorsal du fœtus étant tourné en avant?

C'est à propos des deux faits suivants que j'ai l'honneur de vous adresser cette question :

Dans une circonstance, je fus appelé auprès d'une femme qui offrait la première position de l'épaule droite : je fis la version très facilement à l'aide de la main droite, mais en dernière analyse, la face étant sous les pubis, je ne pus terminer l'accouchement, et je fus obligé d'appliquer le forceps. Dans ce cas, malgré vos préceptes, je me crus obligé à appliquer l'instrument sur le plan dorsal du fœtus.

Plus tard, j'ai été appelé auprès d'une femme qui m'offrit la deuxième position de l'épaule gauche : je fis la version, et arrivé à l'abdomen, je retournai l'enfant en tirant doucement, et lui faisant faire un mouvement de rotation de ma droite à ma gauche. L'enfant vint bien; mais quoique les battements du cœur fussent très sensibles, il ne respira point, et tous mes soins et ceux de l'accoucheuse furent inutiles.

J'ai l'honneur d'être, etc.,

A. DEROUX, d. m. p.

M. Jacquemier remercie l'honorable M. Cazeaux d'avoir bien voulu rappeler l'initiative qu'il a prise. il y a déjà plusieurs années, sur cette question d'une grande importance pratique, et cependant entièrement méconnue par les accoucheurs modernes. Si son travail sur ce sujet n'est connu que par les conclusions qui le terminent, c'est qu'il a dû attendre un rapport de l'académie de médecine; mais puisque la question est soulevée, à l'occasion d'un fait étranger à ses propres observations, il peut, sans compromettre l'appréciation qu'il attend ailleurs,

donner ici quelques explications sur le volume des épaules considéré comme cause de dystocie.

L'observation dont M. Cazeaux vient de vous donner lecture, ajoute-t-il, est au fond semblable à celles qui me sont propres; mais elle mérite une place à part comme venant confirmer par l'autopsie, la réalité et le danger d'une cause de dystocie qui n'aurait pas eu des conséquences aussi funestes, si elle tenait dans l'enseignement et dans les traités classiques, la place qu'elle mérite et quo rien ne lui fera perdre désormais, c'est du moins ce que me fait espérer le sentiment d'un service réel et important, rendu à la pratique obstétricale.

Le fait sur lequel M. Cazeaux a été consulté pour donner des notions qu'on avait vainement cherchées dans les auteurs, présente, comme il arrive le plus souvent en pareil cas, les deux variétés d'obstacle, que les épaules et la partie supérieure du tronc, peuvent apporter au passage du fœtus: c'est-à-dire qu'après s'être opposées à la sortie de la tête à travers le détroit inférieur et la vulve, elles se sont encore opposées à la sortie du tronc hors du bassin.

Je crois pouvoir avancer maintenant que cette cause de dystocie ne me paraît pas aussi rare que je l'avais cru d'abord, et que tendrait à le faire croire le silence des auteurs. En effet, depuis 1848, époque où un premier fait de ce genre s'est offert à mon observation, il ne s'est pas passé une seule année, sans qu'un ou deux faits analogues ne soient venus à ma connaissance.

Dire avec tous les auteurs, (les conditions étant supposées normales du côté du bassin de la mère et du côté du fœtus), que lorsque la tête a franchi les passages, le reste du corps suit promptement et facilement, c'est émettre une proposition généralement vraie, et confirmée par l'expérience de tous et de tous les jours. Mais cette proposition offre des exceptions dignes de toute l'attention du praticien, ce sont ces exceptions que j'ai essayé de mettre en relief.

Pour bien marquer le point de démarcation qui sépare ces faits du simple temps d'arrêt normal, assez prolongé et per-

sistant dans les cas d'inertie de l'utérus, qui suit la sortie de la tête, et qui donne souvent lieu à une légère intervention de la main de l'accoucheur, j'ai besoin de rappeler sommairement ce qui se passe au moment où la tête s'échappe des parties génitales externes.

Tantôt le paroxysme d'effort de toutes les forces expultrices provoqué par le passage de tête à travers la vulve, se soutient avec énergie ; la tête brusquement expulsée exécute presque à l'instant même son mouvement de rotation extérieure, qui porte l'occiput vers le côté interne d'une cuisse, et la face vers le côté interne de l'autre ; les épaules amenées l'une sous l'arcade des pubis, l'autre derrière la commissure postérieure de la vulve, par ce mouvement, franchissent rapidement le détroit inférieur : les temps de cette dernière période de l'expulsion, bien que distincts, s'exécutent en quelques secondes.

Tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, la douleur qui expulse la tête, bien que vive, longue et comme composée de deux douleurs successives, se calme : la tête, un instant immobile, exécute néanmoins son mouvement de rotation externe, et les épaules s'engagent en même temps à travers le détroit inférieur, et y restent jusqu'à ce qu'une nouvelle douleur, ou quelquefois un effort volontaire détermine leur sortie. Si leur expulsion se fait un peu attendre, une faible intervention de la main suffit pour la déterminer. Une légère traction sur la tête, l'action de la soulever ou de l'abaisser, suivant qu'on veut d'abord faire avancer l'épaule postérieure ou l'antérieure, ou mieux en accrochant avec l'indicateur et le médius, les aisselles faciles à saisir ; car le mouvement de rotation extérieure déterminé par l'engagement des épaules dans le détroit inférieur, ne se fait pas uniquement sur lui-même ; en effet la tête est très sensiblement plus basse qu'immédiatement après sa sortie de la vulve, ce qui rend les aisselles, surtout la postérieure, facilement accessibles.

Tantôt enfin, la douleur qui expulse la tête hors des organes de la génération, offre une certaine lenteur, une certaine mollesse, et est suivie d'un calme complet, et qui menace de se

prolonger. Néanmoins la rétraction de l'utérus sur le corps du fœtus suffit pour déterminer, après un moment d'immobilité de la tête souvent assez prolongé, son mouvement de rotation externe. Mais les épaules resteraient assez longtemps à demi engagées dans le détroit inférieur si l'art n'intervenait pas. On peut même rencontrer quelques difficultés à les faire avancer, surtout si le siège de la femme est enfoncé dans un lit mou, où l'accoucheur n'est pas commodément placé pour agir ou si la femme ne fait pas en même temps des efforts d'expulsion convenables. Dans cette troisième division, le retard à la sortie du tronc, dépend de la lenteur, de la mollesse de l'action de l'utérus, et bien que son extraction offre déjà quelquefois une certaine difficulté, il n'y a pas là, à proprement parler, dystocie par l'action des épaules, mais bien par inertie de l'utérus. Aucun des faits de cette catégorie ne doivent être confondus avec ceux sur lesquels j'ai appelé l'attention, et qui s'en distinguent par des caractères tranchés, et facilement appréciables.

Dans les cas de dystocie réelle par le volume des épaules ou plutôt de la partie supérieure du tronc, l'obstacle ne se présente pas toujours sur un point assez élevé du bassin, pour s'opposer à la sortie de la tête ; mais celle-ci met un temps très long à franchir le détroit inférieur et la vulve, même dans les cas où les parties externes sont souples et relâchées, l'ouverture naturelle grande et facile à dilater. C'est en vain que les bosses pariétales sont arrivées au niveau des bords de la vulve ; la tête ne s'échappe pas brusquement ; il faut encore attendre plusieurs douleurs pour la voir se débarrasser entièrement ; on est même le plus souvent forcé de refouler le périnée en arrière, et d'aller accrocher le menton pour achever son dégagement. Voilà un premier trait propre à cette forme de dystocie. Ce n'est pas le seul.

La tête qui ne s'est pas relevée tout-à-fait aussi haut au devant du pubis, ne retombe pas, entraînée par son propre poids après le dégagement du menton, comme dans son expulsion normale. Le temps d'arrêt ou d'immobilité de la tête après son expulsion hors de la vulve, à peine appréciable ou de quelques minutes

dans l'état normal, persiste ici indéfiniment; on attend en vain le mouvement de rotation extérieure de la tête déterminé par l'engagement des épaules. Ce mouvement n'a pas lieu malgré les efforts d'expulsion volontaires, et même malgré de nouvelles douleurs. Bien que le diamètre antéro-postérieur de la tête soit dans la direction du diamètre antéro-postérieur du bassin, le tronc n'est pas toujours dans une direction exactement transversale; il peut conserver sa direction oblique ordinaire; c'est par un léger mouvement de torsion du cou que le diamètre occipito-mentonnier se trouve dans le sens de la longueur de la vulve. Dans ce cas, après quelques tentatives pour dégager la tête, celle-ci peut prendre une direction oblique, mais encore fort éloignée de la situation qu'elle occupe lorsqu'elle a exécuté son mouvement de rotation extérieure. Un autre caractère de cette espèce de dystocie, c'est que la base de la tête et de la face sont très fortement serrées contre les parties externes de la génération, au point qu'on peut à peine au premier moment saisir le menton et l'occiput pour essayer quelques tractions; toutefois en engageant un peu les doigts dans les parties, on trouve facilement une prise solide; mais on ne tarde pas à se convaincre que la résistance est considérable, et qu'on menacerait l'existence du fœtus, si l'on voulait la surmonter ainsi. L'aisselle, si facile à atteindre lorsque la tête a exécuté son mouvement de rotation extérieure, est ici très difficile à saisir à cause de la rétraction de la tête contre la vulve, et aussi à cause de l'élévation et de la position des épaules. Ce n'est pas cependant qu'elles soient très haut; elles ont été poussées jusqu'au niveau des points où les parties osseuses commencent à converger en dedans pour former le détroit inférieur.

Voilà la variété simple de la dystocie déterminée par le volume des épaules. La résistance à vaincre offre des degrés nombreux, et assez souvent on peut la surmonter par les moyens ordinaires, sans exposer très sérieusement la vie de l'enfant; mais trop souvent aussi, malheureusement, il faut un temps trop long et des efforts trop considérables pour triompher de la

difficulté sans compromettre son existence, comme l'attestent des faits nombreux.

Dans la variété complexe, les épaules ne s'opposent pas seulement à la sortie du tronc après la sortie de la tête ; retenues sur un point plus élevé du bassin, elles s'opposent à ce que celle-ci puisse parcourir l'espace compris entre le fond du bassin et la vulve. *A priori* il serait, dans l'état actuel de la science, à peu près impossible d'établir cette variété de dystocie, parce que les obstacles assez nombreux qui peuvent s'opposer au passage de la tête à travers le détroit inférieur, quoique généralement assez bien appréciés, sont loin cependant de se traduire toujours par des signes diagnostics parfaitement caractéristiques. *A posteriori*, on a la preuve que tel est l'obstacle lorsque la tête bien placée est arrêtée dans le fond du bassin, déjà plus ou moins près d'apparaître à la vulve, souple et large, et qui, malgré l'espoir fondé de la terminaison très prochaine et facile de l'accouchement, on est forcé d'avoir recours au forceps après une attente très longue, qui n'a rien ou presque rien produit. La première chose qui frappe lorsqu'on a appliqué le forceps, c'est contre toute attente la difficulté de l'extraction, ce sont les efforts nombreux et soutenus qu'il faut faire pour l'obtenir. Mais à peine la tête est-elle dehors et abandonnée, qu'elle se plaque en quelque sorte contre la vulve, et on se trouve en présence de tous les phénomènes, et aussi de toutes les difficultés, que j'ai signalés en parlant de la variété simple.

Des faits déjà assez nombreux établissent d'une manière incontestable cette variété de dystocie. Ce n'est pas que la partie supérieure du tronc soit absolument trop volumineuse pour s'engager dans le bassin; elle s'y engage en effet, mais avec peine, et gêne l'expulsion de la tête, non seulement par la difficulté que les épaules éprouvent à avancer, mais aussi en gênant le mouvement de rotation de la tête qui est un mouvement de totalité du fœtus. On peut juger de la gêne que cet obstacle doit apporter à la marche de l'expulsion de la tête dans les positions occipito-postérieures. Mais la condition indispensable, condition du moins qui s'est rencontrée dans tous les cas qui sont venus à



ma connaissance, c'est un développement considérable du fœtus dont le poids dépasse sept ou huit livres. Ils ont un aspect athlétique; le développement du tronc est prédominant sur celui de la tête, ce qui est le contraire de l'état ordinaire. Un thorax aussi développé se prête beaucoup moins bien aux flexions qu'il doit subir pour parcourir le canal pelvien.

Mais ce qui démontre surtout combien les épaules considérées comme cause de dystocie, méritent de fixer l'attention des praticiens, ce sont les conséquences fâcheuses qui en résultent pour la mère et surtout pour l'enfant. Sur vingt et un cas, en y comprenant mes propres observations, que j'ai analysés dans mon mémoire, trois femmes sont mortes, sans y comprendre celle dont on vient de vous lire l'histoire, des suites plus ou moins immédiates de la longueur du travail et des efforts qu'il a fallu faire pour les délivrer; une a même succombé sans pouvoir être accouchée. Des dix-huit femmes qui ont survécu, une fut très longue à se remettre; une autre, qui n'eut d'abord qu'une rétention d'urine, fut plus tard affectée de fistule vésico-vaginale. Mais c'est surtout pour les enfants que les conséquences ont été désastreuses. Sur dix-sept, qui étaient encore vivants à une période avancée du travail, treize ont succombé, et presque dans tous les cas, par le fait même des moyens employés pour surmonter l'obstacle. Cinq fois la mort les a atteints pendant que la tête était encore dans le bassin; huit fois pendant le temps qui s'est écoulé entre la sortie de la tête et la sortie des épaules.

Les deux variétés de dystocie par le volume des épaules se sont rencontrées neuf fois réunies, c'est-à-dire que dans neuf cas, les épaules, après avoir retenu la tête dans son passage à travers le détroit inférieur, ont continué à la retenir à l'extérieur après son extraction artificielle, et après avoir eu affaire à la première variété, on a eu ensuite à se débattre contre la seconde. Dix fois l'obstacle apporté par les épaules et le volume de la partie supérieure du tronc, ne s'est pas fait sentir, au moins d'une manière très manifeste, si ce n'est dans un cas, avant le dégagement de la tête, dégagement qui a eu lieu spontanément,

sans que pour cela l'obstacle ait été plus facile à surmonter. Le temps pendant lequel la tête a été ainsi retenue à l'extérieur par le défaut de dégagement des épaules, ne paraît pas avoir été moindre, à en juger par la répétition des tentatives d'extraction, d'un quart d'heure à une heure dans les cas les plus heureux. Ce temps a dû être de plusieurs heures dans les cas où la personne qui assistait la femme au travail a dû appeler à son aide une autre personne de l'art. Quelques observations font mention de plusieurs heures, une de trois heures, une de six et une de vingt-quatre heures. Dans aucun de ces cas, l'expulsion de la partie supérieure du tronc ne s'est opérée spontanément pendant le temps où la femme était abandonnée aux ressources de la nature.

Dans le cas où la tête est retenue au détroit inférieur par une espèce d'enclavement des épaules et de la partie supérieure du tronc au détroit supérieur, dût-on arriver un jour à pouvoir établir le diagnostic de ce genre d'obstacle, il est fort à craindre qu'on reste toujours condamné à une seule ressource, le forceps, moins à redouter par son insuffisance, bien que dans deux cas il ait été impossible avec son aide de faire avancer la tête, que par la crainte très-fondée du danger qu'il fait courir au fœtus dont la partie supérieure du rachis doit supporter une distension égale à la résistance apportée par les épaules, distension peut-être souvent suffisante pour déterminer sur le champ sa mort. Une circonstance qui doit rassurer sur le danger du forceps en pareil cas, c'est le peu d'étendue qu'on a à faire parcourir à la tête, étendue qui ne semble guère supérieure à celle qu'on peut raisonnablement attendre de l'abaissement des épaules et de l'allongement du cou.

Lorsque la tête est libre en dehors, et que les épaules restent enclavées, si l'enfant est mort et non déjà ramolli, les tractions sur le cou bien dirigées suffisent presque toujours à débarrasser la mère. Mais s'il est vivant, la conduite à tenir est fort embarrassante, bien qu'on semble avoir le choix entre plusieurs procédés. Il est presque inutile d'ajouter qu'il n'est nullement question ici des cas assez communs, où les épaules, retenues seule-

ment par le défaut d'action de l'utérus, et par les parties molles du périnée sont facilement entraînées, dans le moment d'une contraction ou d'un effort volontaire soutenu, à l'aide de deux doigts appliqués sur l'aisselle. Les tractions sur les aisselles à raison du peu de dangers qu'elles font courir au fœtus se placent en première ligne; mais il faut saisir à pleines mains l'aisselle, et encore est-on loin de réussir dans tous les cas; avec le crochet mousse on peut agir avec plus de force, mais il n'est pas sans danger. Dans un cas où j'en ai fait usage, bien que l'aisselle fût exactement embrassée, il n'en est pas moins résulté une déchirure de la peau de trois centimètres environ.

Lorsque les tractions à l'aide de la main sont insuffisantes, le moyen qui me paraît le plus propre à réussir, même dans les cas les plus difficiles, consiste à dégager successivement avec ménagement les deux bras et à tirer dessus avec précaution; l'élévation des épaules transforme la partie supérieure du tronc en un cône un peu allongé qui favorise l'engagement. C'est ainsi que j'ai pu surmonter la difficulté dans l'un des cas les plus difficiles que se sont offerts à mon observation; ce double dégagement me semble toujours possible, bien qu'en l'opérant moi-même, j'aie fracturé un des humérus.

M. Duparcque dit que ces faits ne sont pas rares. Quand la tête de l'enfant est sortie, il est souvent très difficile d'amener les épaules; car alors l'utérus tombe dans l'inertie, et l'enfant reste dans une position vicieuse relativement aux diamètres du bassin. Ce sont là les causes de la dystocie. Si l'enfant est mort, il faut s'attacher à ranimer les contractions utérines. Si l'enfant est vivant, il faut bien se garder d'opérer des tractions trop fortes sur la tête, car il peut en résulter une luxation. C'est surtout sur les épaules qu'il faut faire porter les efforts de traction, soit par la main, soit par le crochet.

M. Jacquemier fait observer que M. Duparcque confond deux ordres de faits bien distincts qu'il s'est attaché à séparer nettement: l'arrêt des épaules dû à l'inertie de l'utérus, arrêt généralement connu et bien apprécié, et ce même arrêt dû au

volume des épaules et de la partie supérieure du tronc, constaté par des faits incontestables.

M. Cazeaux demande si M. Jacquemier a constaté la position des épaules relativement aux détroits du bassin. S'il y avait primiparité; s'il y avait des contractions.

M. Jacquemier répond que les épaules étaient engagées dans le détroit supérieur et dans la direction du diamètre oblique; d'autres fois elles se sont trouvées transversales. Les contractions ont suivi une marche assez normale, progressivement croissante.

M. Cazeaux pense que ces sortes de cas sont rares. L'obstacle produit par les épaules est très peu commun. — L'obstacle est-il bien réellement dû aux épaules? — Celles-ci, en effet, ont toujours été observées dans des positions favorables à l'accouchement. Or, si les contractions étaient fortes, comment l'extraction n'aurait-elle pas eu lieu? — La difficulté tient à la fois au défaut de mouvement de rotation et au relâchement de l'utérus.

M. Hervez n'a jamais observé de cas analogues dans une pratique de trente ans. Il y a souvent inconvénient à tirer sur la tête; dans un cas que cite M. Hervez, la tête est restée dans le forceps et a été séparée du tronc.

M. Cazeaux n'a jamais non plus observé de cas semblable à celui pour lequel il a été consulté par le confrère de province: c'est un fait qu'il regarde comme unique.

M. Duparcque pense que la position vicieuse de l'épaule accrochée sous le pubis, dans le fait communiqué par M. Cazeaux, peut être le résultat de tractions opérées sur un seul bras.

M. Jacquemier insiste sur l'existence assez fréquente de ces cas de dystocie, qui sont dus au volume considérable du fœtus, et surtout de la partie supérieure du tronc.