

**DU VOLUME EXAGÉRÉ DU FŒTUS CONSIDÉRÉ COMME CAUSE DE
DYSTOCIE, à l'occasion d'un cas remarquable qui s'est
présenté à la Clinique obstétricale de Strasbourg.**

De deux faits très curieux et intéressants à plus d'un titre, une *embryotomie* nécessitée par le volume exagéré du fœtus et une *méningite cérébro-spinale congénitale*, dont le professeur Stoltz a bien voulu confier la publication à M. Lévy, aide de clinique, nous n'emprunterons pour le monient que le premier, qui met en relief une cause de dystocie généralement méconnue. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 5, 22 mai 1857.)

Obs. I. — L. S., âgée de quarante-trois ans, d'une constitution robuste, masculine, est apportée à la Clinique, le 4 janvier 1857, en travail depuis la nuit. Elle est d'une taille moyenne, ses cheveux sont châtains, son teint coloré.

Mariée depuis douze ans, elle a eu six couches heureuses et faciles; la cinquième de jumeaux, dont l'un a vécu quinze et l'autre vingt jours. Dès les premiers mois de cette septième grossesse, elle éprouva des spasmes; la grossesse n'offrit, du reste, aucune particularité, si ce n'est que le ventre parut excessivement volumineux. Elle croit être au delà du temps ordinaire, et raconte qu'au 4^{or} janvier, voulant aller à la garde-robe, elle fit une chute, et que dès lors elle ne sentit plus les mouvements de l'enfant.

Le travail, à son début, ne présenta rien de particulier; mais vers six heures du matin, à la suite de contractions très énergiques, une bonne partie de la tête étant dégagée, le fœtus n'avança plus. Un accoucheur essaya de la dégager complètement en introduisant successivement ses mains; il parvint à extraire la tête et à attirer le bras gauche, qui correspondait à la partie postérieure du bassin. Ne pouvant obtenir un succès plus complet, malgré des efforts réitérés qui eurent pour résultat l'arrachement de la tête et du bras, il envoya la patiente à l'hôpital.

Pendant le trajet, douleurs vives intermittentes qui se continuè-

rent après son arrivée. A onze heures et demie, elle fut placée sur le lit, comme s'il s'était agi d'une application de force sur le cou, et l'on procéda à l'extraction de la manière suivante. M. Stoltz commença par des tractions énergiques sur la tête et le bras; ces tractions n'ayant pour résultat que l'élongation du bras et l'arrachement presque complet du bras, un coup de ciseaux sépara du tronc (1). Saisissant un crochet aigu qu'il glissa sous l'index de la main gauche, il l'enfonça dans la paroi costale. Ses efforts de traction n'eurent pour résultat que la déchirure des chairs, la fracture de quelques côtes qui s'annonça par des craquements et une hernie de l'un des poumons. Il retira le crochet, parvint, à l'aide de quelques doigts placés entre les côtes, à dégager la poitrine et l'épaule antérieure; la partie supérieure du fœtus apparissait à la vulve. Le fœtus n'avançant pas, M. Stoltz, à l'aide des ciseaux de Smellie, incisa l'abdomen, et enleva le foie, la rate et la plus grande partie du paquet intestinal. En plaçant alors son bras droit dans la cavité abdominale, il prit un point d'appui solide sur le cercle du détroit supérieur du bassin, et fit tourner l'enfant de manière à présenter un diamètre bi-trochantérien à l'un des diamètres diagonaux du bassin de la mère. Quelques tractions, dès lors, suffirent à la sortie de l'enfant. A midi moins le quart, ces laborieuses manœuvres étaient terminées. Le périnée de la femme paraissant déjà gravement compromis, M. Stoltz n'avait cessé de recommander à ses aides, pendant l'opération, de le soutenir avec le plus grand soin possible. La délivrance fut facilement opérée, à l'aide de quelques tractions, une demi-heure après l'accouchement.

Une suffusion séro-sanguine générale très prononcée du fait du soulèvement de l'épiderme sur plusieurs points, et des épanchements séreux, indiquent qu'il a dû succomber avant le début du travail.

Poids, 5600 grammes; taille, 64 centimètres.

Diamètre sus-occipito-mentonnier, 46 centimètres; occipito-frontal, 45 centimètres; bi-pariétal, 44 centimètres.

Diamètre bi-acromial (l'épaule arrachée aussi exactement que possible), 24 centimètres; diamètre antéro-postérieur du thorax, 45 centimètres; diamètre bi-trochantérien, 44 centimètres; circonférence du bassin, 34 centimètres.

La description détaillée du fœtus montre un développement proportionnel de toutes ses parties, membres, squelette, muscles, etc. Les adipeux, organes internes semblent appartenir à un enfant de trois à quatre mois. Le placenta lui-même participe à ce développement excessif: d'une forme ovale légèrement en raquette, pesant 870 grammes; son diamètre transversal mesure 47 centimètres; son diamètre longitudinal 49 centimètres; cordon épais, long 90 centimètres.

(1) Nous ne savons comment concilier cette manœuvre avec ce qui a été dit dans les lignes plus haut de l'arrachement de la tête et du bras avant l'entrée de la main à la Clinique! S'agit-il d'un arrachement d'abord incomplet, ou bien s'agit-il d'un arrachement pour dégagement?

La compression exercée par un fœtus d'un volume si considérable sur les organes pelviens de la mère avait déterminé une gangrène du vagin, de la vulve, et une rupture complète du périnée. La femme succomba au dixième jour des couches, après avoir eue des phénomènes de péritonite et de résorption purulente et stridite.

L'autopsie révéla de nombreuses altérations, dont voici le résumé. Le rectum adhère, par l'intermédiaire de pus concret, à la vessie, d'une part, à la matrice, de l'autre; à mesure qu'on descend, l'on remarque que les anses intestinales sont fortement agglutinées les unes contre les autres. La partie inférieure des muscles de l'enceinte abdominale est infiltrée de sérosité purulente et fétide; après l'avoir incisée et rejeté les intestins en haut, on tombe dans une espèce de bouillie épaisse constituée par la mortification de tout le tissu cellulaire qui tapisse l'excavation pelvienne en dehors du péritoine. Cette mortification s'étend, d'une part, jusqu'au plancher périméal; de l'autre, jusqu'au bord supérieur des muscles carrés des lombes, en suivant les muscles iliaques en dehors du péritoine. La gangrène n'a décollé que la peau du périnée entourant l'anus; elle occupe tout le vagin et la surface interne de l'utérus à des épaisseurs variables; foyers purulents nombreux entre les saillies des crêtes placentaires et dans les sinus témoins; extérieurement la matrice paraît saine en haut, mais en bas le tissu cellulaire sous-péritonéal est gangrené. Vessie petite, contractée, contenant un peu d'urine purulente; les crêtes de la nuqueuse sont recouvertes de pus concret: cet état se prolonge dans l'urèthre. Le sang contient un grand nombre de globules blancs et de globules purulents.

« Cette observation, ajoute M. Lévy, mérite une très grande attention. Les auteurs parlent bien, en effet, de basins, d'épaules, devenus par leur extrême développement des causes de dystocie; mais presque tous sont muets à l'égard de fœtus généralement monstrueux comme le nôtre, qui rappelait par son volume un enfant de quatre à cinq mois. Les difficultés de la manœuvre nécessitées par le volume monstrueux du fœtus ne sont pas dignes d'un moindre intérêt; nous croyons les avoir décrites avec des détails suffisants. La mutilation du fœtus était la seule conduite à tenir; l'opération césarienne, en effet, n'était plus réalisable, puisque la tête se trouvait au couronnement inférieur, quand le premier accoucheur fut appelé; d'ailleurs le fœtus était mort depuis quelque temps déjà, ainsi que le démontrent ces exfoliations épidermiques si étendues, ces nombreuses suffusions sanguines, ces épanchements dans les diverses cavités, enfin cet état particulier de ramollissement et de lividité adavérique de presque tous les organes parenchymateux et utérus. »

Sans doute, ce fœtus était arrivé aux limites extrêmes du développement qu'il est donné à l'enfant de pouvoir atteindre dans le sein de la femme; mais l'expression de fœtus *monstrueux*, qu'on emploie pour désigner les fœtus dont le développement est excessif, n'est pas moins métaphorique. Sur ces fœtus la prédominance du tronc, surtout de la poitrine, sur la tête est l'effet d'un développement régulièrement normal, et non d'une hypertrophie des tissus ou de collections liquides intérieures. Cette prédominance de développement du tronc et plus particulièrement de la poitrine sur la tête est déjà très manifeste sur les fœtus de sept à huit livres, et présente une apparence monstrueuse sur les fœtus de neuf à dix livres, qui, sans être communs, ne sont pourtant pas très rares. Ces fœtus ont l'aspect athlétique où la tête paraît petite relativement au tronc; c'est justement le contraire de ce qui existe chez le fœtus d'un développement ordinaire, où la prédominance du volume de la tête sur celui du tronc est extrêmement prononcée: ce qui a conduit à faire admettre d'une manière beaucoup trop absolue que dans l'accouchement, lorsque la tête a franchi les passages, le reste du corps suit promptement et facilement.

En tenant compte des différences signalées plus haut, on comprend facilement que, dans l'accouchement d'un enfant d'un volume extraordinaire, la tête puisse sortir et que le tronc soit retenu à l'intérieur, offrant à sa sortie un obstacle qui varie depuis un simple arrêt surmontable par les moyens ordinaires, jusqu'à une résistance absolue qui exige l'embryotomie. On comprend tout aussi facilement que la tête parvenue au détroit inférieur, à l'entrée du vagin ou à la vulve même, puisse cesser d'avancer, retenue, non par la résistance des parties molles, mais par la difficulté qu'éprouve la partie supérieure du tronc à s'engager dans le bassin. De là deux variétés dans la cause de dystocie que je signale, c'est-à-dire que les épaules et la partie supérieure du tronc, après s'être opposées à la progression de la tête à travers le détroit inférieur ou l'extrémité inférieure du vagin et de la vulve s'opposent à leur propre progression après que la tête a été dégagée spontanément ou artificiellement. Ces deux variétés de dystocie peuvent donc exister séparées ou réunies: l'obstacle que le tronc oppose à sa propre progression à travers le bassin peut ne faire sentir ses effets qu'après la sortie de la tête, et dans le cas même où il s'oppose à la progression de la tête, l'effort naturel ou artificiel, à l'aide duquel celle-ci est dégagée, entraîne du même coup le tronc, qui sort comme dans les cas ordinaires, et ne laisse pas soupçonner la

part qu'il a prise aux difficultés de la progression de la tête.

Pourquoi une cause de dystocie d'une aussi grande importance pratique est-elle complètement passée sous silence par les accoucheurs modernes? Je puis répondre que ce n'est point un chapitre oublié, mais chassé de l'obstétrique moderne comme indigne d'y figurer. Ce chapitre tient une place assez étendue dans l'ancienne obstétrique. Mais ce qui s'y trouve de réel et de vrai est mal interprété et de plus noyé au milieu d'erreurs, de préjugés ou de faits qui sont le produit de l'impéritie ou la négation des lois de la parturition naturelle; mais, en rejetant le faux, on ne s'est pas aperçu qu'on rejetait aussi le vrai. Le hasard m'ayant fait rencontrer plusieurs cas embarrassants de dystocie par le volume des épaules et de la partie supérieure du tronc, je les ai rapprochés des faits analogues acceptables qui se trouvent dans quelques recueils anciens. Un mémoire sous ce titre : *Des épaules et de la partie du tronc considérées comme cause de dystocie*, lu à l'Académie de médecine en 1852, a été le fruit de cette étude. A l'occasion d'un cas récent que je vais rappeler, communiqué à mon intention à la Société de médecine de Paris par mon ami le docteur Cazeaux, j'ai fait un résumé succinct de mes recherches, qui a été publié dans la *Revue médicale* du 15 septembre 1854.

Obs. II. — Voici ce qu'écrivait à M. Cazeaux le docteur Deroux, de Villeneuve-sur-Lot, le 16 novembre 1853 :

« Permettez à un de vos anciens élèves de réclamer votre avis. Je 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 médecin de la localité est appelé; vers les six heures, un autre médecin 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 poulx 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 excor-

riée en plusieurs endroits par les tentatives précédentes. Le poulx de grave ni d'anormal dans tout cela. La tête est fortement engagée en position occipito-cotyloïdienne droite. J'applique immédiatement les forceps sans de très grandes difficultés... J'exerce des tractions avec ménagement d'abord, puis je m'anime un peu, enfin j'emploie des forces toujours croissantes, et ce n'est qu'à petit que je vois le pivot 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. En une heure de tractions, j'amène une volumineuse tête en position : un léger mouvement, dit de *rotation*, s'opère, et quel la face se tourne vers la cuisse gauche de la mère. Mais tout mouvement est suspendu : si l'on veut tirer sur la tête, elle 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 se passe; les contractions de la matrice se suspendent; le poulx ne va plus; bientôt la femme expire, les choses étant à ce point, c'est-à-dire la tête et un bras étant au dehors.

» Mes collègues me relèvent, et tentent de terminer l'accouchement sur ce cadavre. Mais leurs efforts restent impuissants; nous faisons l'opération césarienne pour examiner de plus près la position. La position de l'enfant dans la matrice est des plus particulières : le dos regarde à droite et en avant, le bras gauche est 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 le bras qui est dehors. Efforts inutiles; le bras gauche s'arrête toujours contre le pubis. Alors nous pratiquons la symphysiotomie, et aussitôt sort un magnifique enfant. Le fœtus étant coupé, nous le pesons : il a 9 livres en poids; la longueur est de 59 centimètres de longueur; le diamètre bi-pariétal a 14 centimètres; l'occipital, 14^c,50; le bi-acromial, 13 centimètres.

Comme on le voit, ce dernier fait offre, d'une manière évidente, les deux variétés d'obstacle que les épaules et la partie supérieure du tronc peuvent apporter au passage du fœtus à travers le bassin, c'est-à-dire qu'après s'être engagées à la sortie de la tête, elles ont fait obstacle à leur propre sortie. Cette cause de dystocie ne me paraît pas aussi rare qu'on l'avait cru d'abord. Depuis 1848, époque où un premier cas 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.

Dans les cas de dystocie réelle par l'excès de volume 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 spontanée de la tête; mais alors celle-ci met quel-

lement un temps très long à franchir le détroit inférieur et la vulve, même lorsque les parties externes sont souples et lâchées. Bien que les bosses pariétales soient arrivées au niveau des bords de la vulve, la tête ne se dégage pas brusquement : il faut encore attendre plusieurs douleurs, on est même le plus souvent forcé de refouler le périnée et d'accrocher le menton pour achever le dégagement. La tête, qui ne se relève pas haut au-devant des pubis, ne retombe pas après le dégagement du menton comme dans l'expulsion normale et n'exécute pas son mouvement de rotation habituel ; elle reste au contraire immobile en position directe ou oblique fortement appliquée par sa base contre le périnée et la vulve.

La résistance à vaincre offre une foule de degrés différents : souvent on peut la surmonter par les moyens ordinaires sans exposer sérieusement la vie de l'enfant ; mais souvent aussi il faut trop de temps et des efforts trop considérables pour triompher de la difficulté sans compromettre son existence comme l'attestent des faits nombreux. Il y aurait ici à établir, au point de vue du diagnostic et des conséquences, la différence qui existe entre la rétention du tronc à l'intérieur par sa disproportion avec les passages du bassin et la rétention du fœtus par inertie profonde de l'utérus, que les auteurs ont eu aussi le tort de négliger, quoiqu'elle soit bien moins grave. On ne signale cette dernière rétention du tronc, la tête étant en partie, que pour montrer que je ne l'ai pas confondue avec la première dans l'appréciation des faits.

Dans la seconde variété, les épaules et la partie supérieure du tronc, retenues plus ou moins solidement sur un point plus ou moins élevé du bassin, empêchent la tête de parcourir l'espace compris entre le fond du bassin et les bords de la vulve, espace assez long dans le moment de distension du périnée. On comprend sans peine la difficulté de distinguer cette cause de dystocie des causes nombreuses et assez souvent complexes qui rendent le parcours de la tête, à travers le détroit inférieur et la vulve difficile ou impossible. Une fois l'attention éveillée, on pourra soupçonner que les épaules et la partie supérieure du tronc sont l'obstacle au progrès de la tête, lorsque celle-ci, en bonne position et bien dirigée, est retenue dans le détroit inférieur plus ou moins près d'appartenir entre les bords de la vulve, ayant ainsi que les autres parties molles du périnée sa souplesse accoutumée. Si, malgré l'espoir d'une terminaison très prochaine et facile de l'accouchement, on est forcé d'avoir recours au forceps après une attente qui n'a rien produit, et que contre toute attente la

difficulté de l'extraction soit considérable, on aura une nouvelle preuve que l'obstacle venait de la partie supérieure du tronc traversant difficilement le bassin. La démonstration sera complète si la tête, à peine dehors et abandonnée par l'instrument, vient se plaquer par sa base contre la vulve, et qu'on se trouve en face des phénomènes et des difficultés qui caractérisent la variété où le tronc seul est retenu à l'intérieur.

Des faits déjà nombreux établissent d'une manière incontestable cette variété de dystocie. Ce n'est pas que la partie supérieure du tronc d'un volume excessif soit absolument trop volumineuse pour s'engager dans le bassin ; elle s'y engage en effet le plus souvent, mais avec difficulté, et peut entraver l'expulsion de la tête non-seulement par la difficulté que les épaules éprouvent à avancer, mais encore en gênant le mouvement de rotation de la tête dans le bassin, qui est un mouvement de totalité du fœtus : on comprend de suite la gêne que cet obstacle doit apporter à la marche de l'expulsion de la tête dans la position occipito-postérieure.

Ce qui démontre surtout combien la partie supérieure du tronc des fœtus d'un développement excessif, considérée comme cause de dystocie, mérite de fixer l'attention, ce sont les conséquences fâcheuses qui résultent pour la mère et surtout pour l'enfant. Sur 21 cas analysés dans mon mémoire, sans y comprendre les 2 cas rapportés ci-dessus, 3 femmes sont mortes des suites plus ou moins immédiates de la longueur du travail et des efforts qu'il a fallu faire pour les délivrer ; une a succombé sans pouvoir être accouchée. Des 8 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. C'est surtout pour les enfants que les résultats ont été désastreux. Sur 17 qui étaient encore vivants à une période avancée du travail, 13 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 du tronc.

Dans les cas où la tête est retenue au détroit inférieur par une espèce d'enclavement des épaules et de la partie supérieure du tronc, quoique l'obstacle réel soit plus élevé que la tête, ce n'est pas moins au forceps qu'on est forcé d'avoir recours, instrument à redouter non à cause de son insuffisance, bien que dans deux cas il ait été impossible de faire avancer la tête à son aide, mais par le danger qu'il fait courir

à l'enfant, dont la partie supérieure du rachis doit supporter une distension égale à la résistance apportée par la partie supérieure du tronc à s'engager.

Lorsque la tête est sortie et que les épaules restent enclavées si le fœtus est mort, les tractions sur le cou bien dirigées, suffisent presque toujours; dans le cas d'insuffisance, l'embryotomie serait appelée sans inconvénient à lever les difficultés. Mais si l'enfant est vivant, la conduite à tenir est fort embarrassante, bien qu'on semble avoir à choisir entre plusieurs procédés. Il est presque superflu d'ajouter qu'il n'est nullement question ici des cas assez communs où le tronc du fœtus, retenu par une inertie très prononcée, est facilement entraîné à l'aide de deux doigts appliqués sur l'aisselle, pendant que la femme fait des efforts volontaires soutenus. Les tractions sur l'aisselle, à raison du peu de danger qu'elles font courir au fœtus, se placent en première ligne; mais il faut saisir l'aisselle à pleine main, et encore est-on loin de réussir toujours. Avec le crochet mousse on peut agir avec plus de force, mais il n'est pas sans danger : dans un cas où j'ai été forcé d'en faire usage, il survint une déchirure assez étendue de la peau, bien que l'aisselle fût exactement embrassée.

Lorsque les tractions à l'aide de la main, secondées par les contractions de l'utérus et les efforts volontaires, sont insuffisantes, le moyen qui me paraît le plus propre à réussir, même dans les cas les plus difficiles, consiste à dégager successivement, avec les précautions nécessaires, les deux bras et à tirer dessus avec ménagement : 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 le cas le plus difficile qui s'est offert à mon observation. Ce double dégagement me semble toujours possible et sans beaucoup de danger, bien qu'en l'opérant dans le cas que je viens de citer, j'aie fracturé l'humérus, qui correspondait à la partie antérieure du bassin.

JACQUEMIER.