

DU VOLUME DE LA POITRINE ET DES ÉPAULES DU FŒTUS CONSIDÉRÉ COMME CAUSE DE DYSTOCIE DANS LES PRÉSENTATIONS DE L'EXTRÉMITÉ CÉPHALIQUE. — Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, par le docteur JACQUEMIER.

La partie supérieure du tronc et les épaules du fœtus, par le fait seul d'un développement considérable, mais normal, peuvent-elles, dans quelques cas, contrairement à l'opinion qui a prévalu, devenir, dans la présentation de l'extrémité céphalique, un obstacle sérieux à la terminaison de l'accouchement? Dans la disposition actuelle des esprits, une semblable question, depuis si longtemps en dehors du mouvement scientifique, et si étrangère aux préoccupations pratiques du jour, doit paraître, au premier abord, un paradoxe ou au moins un anachronisme. Nous verrons bientôt qu'il n'en est rien. Pour poser d'une manière précise les points à éclaircir, quelques détails rétrospectifs succincts sont nécessaires.

Cette cause de dystocie, inscrite de bonne heure dans les annales de l'art, s'y rencontre sous deux formes. Dans la première, on suppose qu'après la sortie spontanée ou artificielle de la tête du fœtus, les épaules, rendues trop larges par le développement de la poitrine, peuvent mettre à la sortie du tronc un obstacle tel qu'il soit impossible à l'utérus seul ou secondé par les moyens artificiels ordinaires de se débarrasser, au moins aussi promptement que l'exige la situation précaire de l'enfant, dont l'existence est comme suspendue entre la vie intra-utérine et la vie extra-utérine. Dès la renaissance de l'art obstétrical et jusque vers le milieu du XVIII^e siècle, la plupart des ouvrages sur la matière, dans la partie qui traite des accouchements difficiles, contiennent un chapitre qui porte ordinairement le titre suivant : *Quand la tête de l'enfant est sortie, et qu'il est accroché par les épaules*. Il est juste d'ajouter que, sous ce titre, on donne beaucoup moins qu'on semble promettre. Des puérilités de plusieurs sortes, des histoires qui attestent la croyance populaire aux dangers du mariage avec les hommes qui ont de larges épaules, jusqu'aux documents les plus propres à être mis en œuvre, qui portent des stigmates de l'ignorance ou de manœuvres défectueuses, tout a contribué à faire condamner et tomber dans un oubli immérité, cette première variété de dystocie attribuée par les anciens au volume des épaules. De là le silence des auteurs modernes, ou bien une simple mention comme celle-ci : « On ne croit plus depuis longtemps à l'arrêt des épaules à travers le bassin, ou à l'étranglement du fœtus par le resserrement du col utérin. »

Dans la seconde variété de dystocie attribuée au volume des épaules, celles-ci sont supposées arrêtées à l'entrée ou sur un point élevé de l'excavation pelvienne; la tête, engagée à travers le détroit inférieur, et plus ou moins près de se montrer à l'extérieur,

cesse d'avancer, parce que les efforts d'expulsion, s'épuisant sur les épaules, ne se transmettent plus sur la tête. Cette cause de dystocie, d'abord vaguement entrevue, et signalée plus tard sous le nom, aussi inexact que pour la tête, d'*enclavement des épaules*, a été de la part de Levret l'objet de recherches remarquables qui auraient dû la garantir de l'oubli. Malheureusement il s'efforça d'en rapporter la cause à la situation latérale et oblique du corps du fœtus dans la matrice, situation qu'il rattachait elle-même à l'insertion latérale du placenta. Cette double erreur, qui ne pouvait tenir longtemps contre la réflexion et l'observation, a nui à ce qu'il y a de conforme à la vérité dans le travail de cet accoucheur si justement célèbre.

Quoi qu'il en soit, bien que de notre temps on ait étudié avec soin, et en général beaucoup mieux apprécié les causes qui peuvent s'opposer à la progression de la tête dans son trajet du fond de l'excavation pelvienne jusqu'à son passage à travers la vulve, plusieurs auteurs, parmi lesquels je suis forcé de me placer, ne mentionnent pas même indirectement parmi ces causes la difficulté que les épaules et la partie supérieure du tronc peuvent trouver à s'engager à la suite de la tête. La plupart, à la vérité, à l'occasion des obstacles qui peuvent gêner le mouvement de rotation qui pendant l'expulsion amène en avant le plan postérieur du fœtus, y consacrent quelques lignes, mais moins pour reconnaître une cause réelle de dystocie, pouvant trouver une application, à moins d'un rétrécissement considérable du bassin, que pour rendre hommage à la grande et légitime renommée de Levret.

Les éclaircissements sommaires qui précèdent sont suffisants pour préciser l'état de la question sur les deux points que je me suis proposé d'éclaircir. Il est à peine besoin de dire qu'en parlant du volume des épaules il s'agit moins de leur volume propre que de celui de la poitrine elle-même; que néanmoins, par leur situation et leur saillie, les épaules concourent à former l'obstacle et en font partie. Nous devons ajouter aussi que la distinction de deux variétés dans cette cause de dystocie n'implique pas l'idée que ces deux variétés sont habituellement séparées; au contraire, elles se rencontrent le plus souvent réunies, comme dans les observations qui suivent; c'est-à-dire que les épaules et la partie supérieure de la poitrine, retenues à l'entrée du bassin après s'être opposées à la sortie de la tête hors des parties génitales, s'opposent encore à la sortie du tronc après avoir été entraînées dans le fond de l'excavation pelvienne. Mais il peut arriver aussi que, l'obstacle à la sortie de la tête formé par le volume des épaules à l'entrée du bassin une fois surmonté, le reste du corps suive sans peine. Le contraire peut également se présenter, et l'obstacle formé par les épaules ne se faire sentir qu'après l'expulsion de la tête. Cette variété mérite d'autant mieux d'être distinguée qu'elle est moins rare, parce qu'elle peut être le produit d'une autre cause que le volume de la poitrine du fœtus, je veux dire une inertie profonde et persistante de la matrice. Le retard apporté à l'expulsion du tronc après la sortie de la tête provenant de cette dernière cause,

retard qui a dû se présenter à la plupart des praticiens, et qui devient, dans quelques cas, un embarras sérieux et un danger menaçant pour l'enfant, n'a cependant pas été signalé d'une manière explicite, bien qu'il ait tous les droits à un article distinct.

Guidé par la seule lumière des faits, je vais maintenant chercher à prouver :

1° Qu'il faut définitivement ranger parmi les causes de dystocie qui peuvent arrêter la tête dans le trajet qu'elle a à parcourir du détroit inférieur à la vulve, le volume trop considérable des épaules et de la partie supérieure du tronc retenues à l'entrée du bassin ;

2° Qu'on est tombé dans un optimisme faux et d'autant plus dangereux qu'il éloigne toute défiance, et laisse les jeunes praticiens désarmés en face de dangers menaçants pour la mère et l'enfant, en considérant d'abord en théorie comme constante une loi qui n'est vraie que d'une manière générale, savoir : que, lorsque la tête du fœtus a frayé la voie dans le canal destiné à son passage, le reste du corps suit sans peine immédiatement ou après quelques instants de repos ; et en enseignant ensuite en pratique que si le temps de repos après la sortie de la tête se prolonge de manière à devenir menaçant pour l'enfant, il suffit d'une légère traction sur le cou, ou mieux sous les aisselles avec les doigts indicateurs recourbés en crochets, pour triompher de la résistance.

Si l'on veut bien prêter une attention soutenue aux observations que je rapporte à l'appui des deux propositions que je cherche à établir dans ce travail, on reconnaîtra que l'exposition simple des faits ne peut laisser subsister de doutes, même dans les esprits les plus prévenus.

Obs. I. — Dans le courant de mars 1848, je fus appelé rue des Trois-Frères pour terminer un accouchement laborieux : il s'agissait d'une femme âgée d'une trentaine d'années qui était en travail de son troisième enfant, et qui souffrait depuis environ dix-huit heures. La sage-femme qui l'assistait m'apprit que le travail avait marché assez vite jusqu'au moment où la tête avait commencé à s'engager dans le détroit inférieur, mais qu'à dater de ce moment et depuis environ dix heures, malgré des douleurs répétées et soutenues qui soulevaient déjà le périnée, l'expulsion n'avait plus fait de progrès sensibles. En effet, quoiqu'il n'y eût plus à ce moment que des contractions faibles et éloignées, le périnée restait légèrement saillant, et la tête, qui se présentait en position occipito-cotyloïdienne gauche, encore un peu oblique et aussi bien située que possible commençait à s'engager sous l'arcade des pubis. Le périnée était souple et peu résistant ; le bassin, bien conformé, était large plutôt que moyen ; d'ailleurs deux accouchements antérieurs où la période d'expulsion avait été chaque fois très courte, bien que les enfants fussent d'un volume remarquable, excluaient l'idée d'un détroit inférieur resserré ou d'un périnée très résistant. A en juger par l'état présent des choses, on pouvait croire à un défaut d'action de la part de l'utérus, bien que des renseignements précis ne me permissent pas de douter que les efforts d'expulsion avaient été longs et soutenus. L'application du forceps fut, ce qu'elle est en pareil cas, aussi simple que facile. Mais il n'en fut plus de même de l'extraction de la tête, qui, après avoir avancé de deux travers de doigt environ, offrit une résistance telle qu'il ne fallut pas moins d'une demi-heure d'efforts soutenus et énergiques pour amener les bosses

pariétales au dehors, encore fus-je obligé de refouler en arrière le périnée avec la main pour la dégager entièrement. Si dès les premières tractions à l'aide du forceps on devait soupçonner que la résistance était placée derrière la tête, cela devenait de toute évidence par l'accroissement de la résistance à mesure que la tête était entraînée à travers le périnée et la vulve minces et souples : aussi mon premier mouvement fut-il de porter l'indicateur autour du cou, croyant y rencontrer le cordon. Je fus effrayé en reconnaissant que le cou de l'enfant avait dû supporter tous les efforts d'extraction.

La tête ne fut pas plutôt abandonnée que, obéissant à un mouvement de retrait, elle vint s'appliquer avec force contre le périnée. Quelques mouvements des lèvres et les battements du cœur annonçaient que le fœtus était vivant. La tête était d'abord si exactement appliquée contre les parties qu'il me fut impossible d'atteindre aux aisselles avec les doigts. Comme les tractions avec le forceps avaient ramené les douleurs, je me décidai à tirer sur la tête dans le sens le plus favorable au dégagement des épaules pendant que je recommandais à la femme de faire des efforts d'expulsion. Ces tractions assez longtemps continuées n'eurent d'autre effet que de rendre la base de la tête moins exactement appliquée contre le périnée. Je pus alors introduire la main en arrière, et porter l'indicateur sur l'aisselle qui se trouvait correspondre à peu près vers le milieu de la symphyse sacro-iliaque gauche. Mais il me fut impossible d'atteindre à l'aisselle qui était en avant. J'exerçai de nouvelles tractions en embrassant la racine du bras avec la main entière et en agissant simultanément sur l'aisselle et sur la tête. Mais je n'obtins d'autre résultat qu'un léger mouvement de rotation : les épaules, qui jusques-là étaient restées dans leur situation oblique primitive, vinrent se placer, l'une dans la courbure du sacrum, l'autre derrière les pubis débordant en partie au-dessus de leur corps. Entendant toujours les battements du cœur, j'avais de la répugnance à appliquer un crochet mousse sur l'aisselle accessible, et je me décidai à dégager le bras en retirant ma main. Je ne fus d'abord guère plus avancé, l'épaule située en avant faisant toujours obstacle. Après quelques manœuvres inutiles comme je pouvais atteindre non l'aisselle, mais la partie moyenne du bras correspondant, je parvins à le dégager à son tour, et alors des tractions énergiques exercées sur les deux bras ne tardèrent pas à entraîner la partie supérieure du tronc à travers le détroit inférieur. Toutes ces manœuvres pour entraîner les épaules et dégager les bras avaient duré plus d'une heure. L'enfant n'était pas dans un état de résolution complète, et au bout de huit à dix minutes j'eus la satisfaction de le voir respirer pleinement. Mais j'avais fracturé vers sa partie supérieure l'humérus situé en avant.

Cet enfant du sexe masculin, était remarquable par son volume. Il pesait, y compris une serviette qui l'enveloppait, 5 kilogrammes 500 grammes (11 livres) ; les dimensions des diamètres du crâne ne dépassaient pas très sensiblement celles d'une tête volumineuse ordinaire, mais la différence était des plus prononcées pour la poitrine dont le diamètre bi-acromial mesurait près de 16 centimètres (6 pouces).

Les suites de couches furent naturelles et la fracture du bras se consolida promptement sans difformité, malgré le peu de soins apportés à maintenir les fragments.

La bonne conformation et l'amplitude du bassin, la souplesse et le peu de résistance du périnée, la persistance de l'action de l'utérus et la présentation régulière de la tête, éloignant l'idée d'une autre cause de dystocie, nous montrent dans cette observation celle qui résulte du volume considérable de la poitrine, entièrement

dégagée de tout autre obstacle, et, en quelque sorte, à l'état d'isolement complet. Nous voyons aussi associées les deux variétés relatives au point du bassin où l'obstacle commence, c'est-à-dire que l'arrêt de la tête dans le fond de l'excavation pelvienne et l'arrêt du tronc après l'extraction de celle-ci, dépendaient aussi incontestablement l'un que l'autre de la difficulté que la poitrine et les épaules éprouvaient à parcourir le canal pelvien. On aura sans doute remarqué que la traction que le cou a eu à supporter a été portée bien au delà de ce que la prudence autorise, et que cependant l'enfant a vécu. Bornons-nous, pour le moment, à prendre note de cette circonstance, ainsi que du dégagement successif des deux bras, auquel je suis arrivé à la fin, un peu au hasard et sans plan arrêté, et que la réflexion nous montrera comme un procédé fort rationnel mis déjà à l'épreuve par d'autres, mais resté dans l'oubli.

Obs. II. — Vers le commencement de l'année 1850, je fus appelé par le docteur Guyétant, près d'une femme âgée de vingt-quatre à vingt-cinq ans, qui était en travail depuis trois jours. Les eaux s'étaient écoulées en partie dès le début; le col avait été longtemps à se dilater, comme il arrive ordinairement lorsque la tête de l'enfant est retenue au détroit supérieur. Mais, depuis que l'orifice utérin était largement ouvert, une nuit entière s'était passée sans autre résultat, malgré un travail soutenu, que d'engager à demi à l'entrée du bassin la tête, bien située d'ailleurs et en première position. La longueur du travail, l'élévation du crâne, la tuméfaction déjà très prononcée du cuir chevelu et un accouchement antérieur laborieux dont nous ne connaissons pas dans le moment toutes les particularités, devaient nous faire supposer que le bassin était vicié. Cette jeune femme, quoique d'une taille un peu au-dessous de la moyenne, était bien constituée et assez forte. Elle ne présentait nulle part de traces de rachitisme, et les renseignements qu'elle pouvait donner sur son enfance éloignaient l'idée qu'elle en eût jamais été atteinte; on était loin de pouvoir toucher avec le doigt l'angle sacro-vertébral qui ne paraissait pas plus saillant qu'à l'état normal. D'ailleurs le passage de la tête qui était volumineuse et très solide est venu confirmer que si le bassin était naturellement petit, il était au moins exempt de déformation. Cette femme étant déjà très fatiguée, et les battements du cœur du fœtus ne s'entendant pas très bien, nous nous décidâmes à appliquer tout de suite les forceps. Cette application fut difficile, comme cela arrive ordinairement au détroit supérieur. L'instrument placé sur les côtés du bassin embrassait la tête d'une manière irrégulière du front à l'occiput; néanmoins j'eus moins de peine à lui faire franchir le détroit supérieur que je ne m'y attendais; rencontrant plus de difficulté à l'engager à travers le détroit inférieur, je dus naturellement l'attribuer, ce qui était très probablement en partie vrai, à la manière irrégulière dont elle était prise. Je pus facilement sans dégager l'instrument la saisir par les côtés; mais j'y avais peu gagné, et les efforts les plus énergiques et les plus soutenus furent nécessaires pour la faire avancer jusqu'à la vulve; comme dans le premier cas, je fus encore obligé pour la dégager entièrement, de refouler en arrière le périnée à l'aide de la main. Elle ne fut pas plutôt abandonnée qu'elle vint s'appliquer fortement par sa base contre la vulve.

Il n'y avait ni circulaire du cordon ni rétraction du col utérin sur le cou du fœtus. La tête était dans la direction du diamètre oblique gauche et les épaules dans celle du diamètre oblique du côté opposé. Ne pouvant

d'abord atteindre les aisselles, je me décidai à exercer quelques tractions ménagées et soutenues sur la tête pendant les contractions de l'utérus, secondées par des efforts volontaires. Je n'obtins d'autre résultat que de rendre accessible au doigt indicateur l'aisselle située en arrière; quant à l'aisselle située en avant, il n'y avait pas à y songer, l'épaule étant en partie appliquée sur le corps du pubis droit. Les tractions avec les doigts sur l'aisselle accessible et concurremment sur la tête restant sans effet, j'y portai le crochet mousse qui termine les branches du forceps ordinaire. En même temps que je tirais sur l'épaule j'agissais aussi sur la tête pour diriger l'effort de la manière la plus convenable. Ce ne fut qu'à la suite de tractions très énergiques et prolongées que je parvins à faire franchir aux épaules l'obstacle qui s'opposait à leur passage à travers le détroit inférieur. Malheureusement l'enfant était dans un état de résolution complète, et il fut impossible de le ranimer. Quant à la mère, les suites de couches furent naturelles. L'enfant, quoique sensiblement moins gros que celui de l'observation précédente, était encore remarquable par son volume; en effet il pesait 4 kilogrammes (8 livres un quart.)

La circonférence de la tête avait 34 centimètres (12 pouces et demi), le diamètre occipito-frontal 12 centimètres (4 pouces et demi), le bipariétal 10 centimètres (3 pouces et demi), la poitrine avait d'unaeromion à l'autre 15 centimètres (5 pouces et demi), et dans le sens antéro-postérieur 14 centimètres.

Le premier accouchement de cette femme, qui avait eu lieu au milieu des funestes journées de juin 1848, avait, à son dire, offert les mêmes difficultés. Je tenais à avoir du médecin qui l'avait accouchée des renseignements précis. C'était le docteur Triger, très habitué à la pratique des accouchements. Le travail avait été aussi très long, et les événements de ces fatales journées avaient empêché de le suivre très exactement. Une première tentative avec les forceps n'ayant pas amené de résultat, et l'enfant paraissant avoir cessé de vivre, M. Triger eut recours au céphalotribe et parvint à entraîner la tête à la vulve. Les difficultés les plus grandes se présentèrent pour l'extraction du tronc. Comme on pouvait tirer sans ménagement sur la tête, M. Triger, son fils et un autre confrère se livrèrent successivement à des tractions qui restèrent d'abord sans résultats. Afin de pouvoir réunir leurs efforts, ils fixèrent un tablier autour du cou de l'enfant, et furent obligés de tirer assez longtemps tous les trois ensemble avant de parvenir à faire passer les épaules. Il ne survint ni accident ni complication pendant les couches, et le rétablissement fut prompt et complet.

L'enfant était très développé et, au dire de la mère et du père, sensiblement plus gros que le second.

Cette observation n'offre pas, comme la précédente, la cause de dystocie que nous étudions à l'état de pureté. Il va sans dire que le volume des épaules est absolument étranger à l'arrêt de la tête à l'entrée du bassin, et dans les difficultés ultérieures il est juste de faire la part qui appartient au bassin, sensiblement réduit dans ses dimensions. Il nous suffira de faire remarquer que, même dans les cas de rétrécissements et déformations du bassin qui exigent la réduction du volume de la tête, il est généralement facile d'entraîner le tronc au dehors, à moins que le développement du fœtus ne soit très considérable. De ce que la cause de la dystocie est, dans les cas semblables, complexe, il serait peu judicieux de ne faire attention qu'à ce qui appartient au bassin, et de négliger complé-

tement ce qu'il faut rapporter à une conformation particulière de la poitrine du fœtus, résultant de son développement excessif.

(La suite à un prochain numéro.)

le périnée. Dans l'impossibilité d'introduire les doigts dans les parties, il fallut, à la fin, me résigner à saisir solidement l'occiput et le menton, et à exercer des tractions qui durent être très fortes et prolongées pour surmonter la résistance que les épaules éprouvaient à suivre la tête. Les symptômes d'asphyxie que présentait l'enfant furent assez promptement dissipés après la section du cordon et l'émission du peu de sang par cette voie ; des cris sonores tardèrent peu à nous rassurer sur l'intégrité des fonctions respiratoires.

L'enfant pesait 4 kil. 100 ; le diamètre occipito-frontal avait 0,123 ; le bi-pariétal 0,094. La largeur des épaules d'un acromion à l'autre, était de 0,125.

Les accidents qui suivirent furent nuls pour l'enfant. Pour la mère ils consistèrent en une douleur vive de l'aîne gauche avec impossibilité de remuer le membre correspondant pendant plusieurs jours, en une rétention d'urine qui dura dix jours et nécessita l'emploi fréquent de la sonde, enfin en une constipation opiniâtre. Les lochies, d'abord épaisses et fétides, prirent un meilleur aspect. Dix jours après l'accouchement on vit apparaître les signes de la convalescence ; une légère déchirure du périnée était en voie de cicatrisation.

On voit, par les observations qui précèdent, que je m'étais trouvé plusieurs fois aux prises avec une cause de dystocie à laquelle j'étais fort peu préparé. Je me rappelai alors quelques cas plus ou moins analogues consignés dans des recueils déjà anciens, et toujours consultés avec fruit, auxquels je n'avais pas prêté alors toute l'attention qu'ils méritent, parce que, conformément à l'opinion établie, je croyais qu'ils étaient, en grande partie du moins, le résultat d'une intervention intempestive et de manœuvres défectueuses. Je reconnais aujourd'hui que la plupart doivent être pris en sérieuse considération pour faire l'histoire de la dystocie par le volume trop considérable de la poitrine et des épaules, et pour mettre à même d'en juger, je vais donner à titre de spécimen une analyse détaillée de deux de ces cas.

Obs. IV. — Mauriceau dit avoir accouché une femme d'un enfant extrêmement gros, après qu'une sage-femme et trois assez célèbres chirurgiens s'y furent lassés inutilement. La sage-femme essaya d'abord de le tirer par la tête qu'il présentait ; mais comme il avait vraisemblablement les épaules fort larges et proportionnées au reste du corps, elle ne put venir à bout de tirer dehors cet enfant, qui pour lors était vivant, ainsi qu'il paraissait par les mouvements manifestes de sa tête. Le premier chirurgien appelé fit de si violents efforts pour tirer la tête de cet enfant, qu'il la sépara entièrement du corps, restant toujours arrêté au passage par la grosseur des épaules. Le second chirurgien arracha les deux bras l'un après l'autre sans pouvoir venir à bout de pouvoir faire suivre le corps. Le troisième parvint à atteindre un pied et tira si fort dessus que l'os de la jambe se sépara de l'os de la cuisse. C'est en dégageant les deux membres inférieurs et en tirant dessus que Mauriceau parvint à extraire le corps de ce gros enfant. Ces manœuvres avaient duré plus de trois heures. La femme éprouva dès le second jour des accidents redoutables et mourut le sixième jour. (MAURICEAU, *Dernières observations*. OBS. XVIII.)

Je dois ajouter que rien dans l'observation ne peut faire supposer que la brièveté du cordon, une viciation du bassin ou la rétraction du col utérin aient contribué à augmenter l'obstacle. Mauriceau, dans les remarques critiques dont il fait suivre ce fait, me semble juger trop sévèrement la conduite de ces trois chirurgiens. Il est impossible de ne pas reconnaître que l'obstacle apporté par les épaules à la sortie du tronc était considérable, et que les manœuvres n'ont en rien contribué à l'augmenter. Il est presque puéril de supposer qu'on aurait pu porter les doigts indicateurs sous chaque aisselle, et que des tractions à leur aide eussent été efficaces au début. Mais je partage complètement son opinion à l'égard du second chirurgien, qui avait eu une idée heureuse en songeant à dégager les bras. Seulement, il n'aurait fallu tirer dessus qu'après les avoir dégagés tous les deux. Il y a là le germe du procédé le plus propre à éluder l'obstacle en faisant courir le moins de danger à l'enfant. Ajoutons que Mauriceau lui-même aurait peut-être mieux fait, dans l'intérêt de cette malheureuse femme, de fixer un crochet sur le rachis que de retourner l'enfant, afin d'épargner des distensions à des parties déjà très irritées, sinon déchirées.

DU VOLUME DE LA POITRINE ET DES ÉPAULES DU FŒTUS CONSIDÉRÉ
COMME CAUSE DE DYSTOCIE DANS LES PRÉSENTATIONS DE L'EXTRÉ-
MITÉ CÉPHALIQUE. — Mémoire lu à l'Académie impériale de mé-
decine, par le docteur JACQUEMIER.

(Suite. — Voir le numéro 40.)

Obs. III. — Madame C..., domiciliée à Paris, âgée de vingt-deux ans, primipare, brune, mince, grande, formes élégantes, santé habituellement bonne, bassin bien conformé, n'a éprouvé dans le cours de sa grossesse aucun accident, si l'on excepte des nausées qui, incommodes au début, se sont changées, peu à peu, en un appétit vif et soutenu. Le ventre a pris un volume considérable et s'est porté en avant, sans entraver la marche qui s'est maintenue jusqu'au jour de l'accouchement. Le travail débute, à terme, à onze heures du soir ; au bout de quelques heures les douleurs sont vives, rapprochées ; l'orifice utérin souple se dilate régulièrement. En prenant de l'intensité, sans devenir moins fréquentes, les douleurs déterminèrent des nausées et des vomissements qui se répétèrent plusieurs fois dans l'espace de trois heures. Pendant ce temps le travail avait marché, une petite quantité de liquide amniotique s'était écoulée, et, à six heures du matin, l'occiput légèrement tourné à gauche s'engageait sous l'arcade des pubis.

A dater de ce moment le travail ne fit aucun progrès, bien que les vomissements eussent cessé et que la pression exercée sur le rectum provoquât de grandes douleurs d'expulsion. C'est vainement que la marche, les frictions sur le ventre furent employées pour activer les douleurs, tout fut inutile. A midi les choses étaient dans le même état qu'à six heures du matin. Depuis plusieurs heures madame C... se plaignait d'une douleur vive du côté de la vessie, elle était à bout de forces. Le forceps fut proposé et accepté : l'application en fut facile et prompte, mais des tractions progressives et méthodiques ne purent amener la tête au dehors. L'instrument fut retiré sans qu'il survînt rien d'anormal ; des douleurs plus vives reparurent mais sans résultat.

Tel est le résumé d'une note étendue du docteur Clavel qui me fit appeler pour le seconder. Au point extrême où était arrivée l'expulsion, et en comparant la médiocre résistance du périnée avec le mouvement rapide et étendu de retrait de la tête lorsqu'il cessait les tractions, il était resté convaincu que l'obstacle était situé au-dessus de la tête et sur le tronc lui-même. Quoiqu'il se fût écoulé près de trois heures depuis la dernière tentative d'extraction, les choses étaient toujours dans le même état. Le forceps fut appliqué de nouveau, et à l'aide de tractions prolongées et soutenues, je parvins à faire avancer un peu l'occiput sous l'arcade du pubis, et assez pour dégager la tête en forçant le mouvement d'extension. Tendait à remonter, la tête restait fortement appliquée par sa base contre

Obs. V. — De la Motte (obs. 431) rapporte l'histoire d'une femme en travail depuis plusieurs jours; la tête était bien située, très avancée au passage, sans pouvoir être poussée plus loin par les fortes et fréquentes douleurs que cette femme avait souffertes depuis trois jours. L'enfant ayant cessé de vivre, de la Motte ouvrit largement le crâne, enleva la plus grande partie du frontal et des pariétaux, et put saisir à pleine main ce qui restait de la tête. Bien que réduite ainsi et rapprochée de l'extérieur, il fit tous ses efforts sans pouvoir l'attirer au dehors ni même l'ébranler, malgré la bonne prise de ses mains et des tentatives répétées qui finirent par les faire tomber subitement en paralysie, de manière à ne pouvoir bouillonner sa veste ni s'en aider en aucune façon. Le lendemain, débarrassé de sa paralysie, il se rendit de nouveau près de sa malade avec un jeune confrère; il lui trouva du courage et le pouls assez bon, rien de changé pour le reste en apparence; il se remet à la besogne, mais cette fois avec plus de bonheur: il put dégager la tête au moyen de deux de ses doigts qu'il coula vers la fourchette, et il attira le menton dehors. Le jeune confrère empoigna alors le cou pour tirer le reste du corps; à quoi, tout fort et vigoureux qu'il était, il ne put y parvenir s'étant repris par deux et trois fois. Les épaules de l'enfant étaient si grosses que de la Motte ne put les dégager avec ses doigts passés sous l'aisselle en manière de crochets. « Je me joignis, dit-il, à mon confrère, et nous tirâmes tous deux ensemble si fort que nous parvîmes à en faire l'extraction sans que la tête se séparât du corps. Aussi l'enfant était l'un des plus gros que j'aie vus. » Ici je n'oserai pas affirmer que de la Motte l'ait pesé autrement que des yeux, en lui donnant le poids si considérable de dix-sept livres, non compris le cerveau et une partie du crâne enlevés. La femme n'eut pas un moment de fièvre, elle se releva douze jours après en bonne santé.

On serait dans l'erreur si l'on supposait que la pratique contemporaine ne peut offrir rien de comparable aux deux derniers faits. Depuis la lecture de ce mémoire à l'Académie (séance du 2 décembre 1851), j'ai rapporté dans les colonnes de ce journal deux observations dont je ne puis par cela même que donner un court sommaire.

Obs. VI. — C'est un confrère de province qui écrit, le 16 novembre 1853, à M. Cazeaux. « 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. » La femme C..., âgée de trente-quatre ans, deux accouchements antérieurs, bien constituée; début du travail à quatre heures du matin; à six heures du soir, deux praticiens jugent l'application du forceps nécessaire; plusieurs tentatives n'amènèrent aucun résultat; ils mandent l'auteur de la lettre, qui trouve, à une heure du matin, le pouls fréquent, la femme affaiblie, mais ayant des contractions utérines énergiques, se donnant beaucoup de mouvements et pleine de courage; parties génitales excoriées, tuméfiées, tête fortement engagée en position occipito-cotyloïdienne droite. Nouvelle application de forceps, tractions croissantes pendant une heure, secondées par des efforts énergiques de la patiente, qui entraînent à la fin une tête volumineuse. Tout reste en place malgré des tractions sur la tête, dégagement d'un bras, nouvelles tractions infructueuses, affaiblissement du pouls et mort de la mère, la tête et un bras étant au dehors. Tentatives de tractions tout aussi inutiles pour terminer l'accouchement sur le cadavre. Opération césarienne; 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; un d'eux presse sur le corps du fœtus pour imiter les contractions de la matrice, pendant que l'autre tire sur la tête et le bras sortis. Efforts inutiles! L'épaule gauche s'arrête toujours contre le pubis. Section de la symphyse; aussitôt sort un enfant très volumineux, pesant 9 livres romaines; diamètre bi-pariétal, 10 centimètres; occipito-frontal, 11,50; bi-acromial, 13 centimètres. (*Revue médicale*, n° du 15 septembre 1854, et *Gaz. hebdom.*, t. IV, p. 590.)

Obs. VII. L. S..., âgée de quarante-trois ans, constitution robuste, taille moyenne, mariée depuis douze ans, six couches faciles et heureuses; la septième grossesse n'offrit rien de particulier, si ce n'est que le ventre parut excessivement volumineux, qu'elle se prolongeait au delà de son terme, au dire de la malade, et que les mouvements cessèrent d'être perçus trois jours avant l'accouchement, à la suite d'une chute qu'elle fit en allant à la garde-robe. Le travail, à son début, ne présenta rien de particulier, et, vers six heures du matin, à la suite de contractions très énergiques, une bonne partie de la tête était dégagée, mais le fœtus n'avancé pas; l'accoucheur essaya de la dégager complètement en introduisant successivement ses mains, et il parvint à extraire la tête

et à dégager le bras gauche qui correspondait à la partie postérieure du bassin. Ne pouvant obtenir un succès plus complet, il envoya la patiente à la clinique du professeur Stoltz. Il s'était écoulé cinq heures depuis les premières tentatives d'extraction; le professeur commença par des tractions énergiques sur la tête et sur le bras, qui n'eurent pour résultat que l'élongation du cou et l'arrachement presque complet du bras qu'il sépara du tronc d'un coup de ciseaux; des tractions à l'aide d'un crochet aigu, guidé sur l'index de la main gauche et fixé sur la poitrine, n'eurent d'autre résultat que de déchirer les chairs, de fracturer quelques côtes, et de déterminer la hernie du poumon correspondant. Le crochet retiré, il parvint, à l'aide de quelques doigts placés entre les côtes, à dégager l'épaule antérieure et la poitrine. Le fœtus n'avancé pas encore, il incisa la paroi du ventre avec des ciseaux de Smellie, et en retira une partie des viscères, ce qui lui permit de donner une direction oblique au reste du tronc, et rendit dès lors son extraction facile.

Poids de l'enfant: 5 kilogrammes 600 grammes; diamètre occipito-frontal, 15 centimètres; bi-pariétal, 11 centimètres; diamètre bi-acromial (l'épaule arrachée rapprochée), 21 centimètres; diamètre antéro-postérieur du thorax, 15 centimètres; diamètre bi-trochantérien du bassin, 15 centimètres.

La mère succomba le dixième jour, avec des lésions fort complexes, déchirure complète du périnée, gangrène de la vulve et du vagin, symptômes de résorption purulente et putride. (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1857, n° 5, et *Gaz. hebdom.*, t. IV, p. 588.)

Obs. VIII. — Sous ce titre: *Une scène d'accouchement à Wallis (mer du Sud)*, la *Gazette des hôpitaux* a publié, dans son n° du 19 juin 1860, un cas de dystocie très digne d'être remarqué. Quoiqu'il vienne de loin, il n'est pas permis de douter de son authenticité: M. A. Briquetot, chirurgien de marine, qui en raconte toutes les péripéties d'une manière fort dramatique, étant lui-même témoin et acteur.

Pour abrégé, j'élague tout ce qui n'a pas directement trait à l'accouchement. M. Briquetot fut prié, par le R. P. Mériaux, de la mission catholique, de vouloir bien donner les secours de l'art à une jeune femme canaque, primipare, en mal d'enfant depuis soixante heures, paraissant se trouver dans des conditions insolites. Introduit dans l'habitation remplie de femmes du pays, accroupies sur le sol, il la trouva étendue sur des nattes, la tête soutenue sur les genoux de son mari. Il constata d'abord que l'occiput se présentait dans de bonnes conditions, et que la tête était à peu de distance de l'entrée du vagin. Comme les contractions utérines se faisaient encore assez régulièrement, malgré un certain degré d'affaiblissement de la femme, il supposa que l'expulsion arriverait naturellement, rassura l'assemblée, et recommanda un peu de patience au mari et à la malade. Mais, au bout d'un certain temps, la tête ne paraissant pas avancer d'une ligne, les contractions allant en diminuant, et la femme s'affaiblissant de plus en plus, il proposa le forceps qu'il réussit à faire accepter. L'instrument appliqué, il ne put faire opérer le moindre mouvement de descente à la tête, malgré l'assistance d'un aide vigoureux. Jugeant la vie de l'enfant en danger, un prêtre lui donna le baptême, après quoi il renouvela l'application du forceps. Mais des tentatives nouvelles plus énergiques que les premières n'eurent pas plus de succès. La femme mourut pendant une suspension des manœuvres.

Le missionnaire lui ayant exprimé le désir de l'entourage d'avoir l'enfant séparé, il renouvela les tractions avec d'autant plus de confiance qu'il n'avait plus rien à ménager. Ses efforts, réunis à ceux de son compagnon, n'amènèrent que la rupture de la colonne vertébrale de l'enfant; sentant le cou s'allonger et la peau se distendre, il put arrêter les manœuvres à temps, pour ne pas donner à ces naturels le spectacle de la tête séparée du tronc. Ayant déclaré l'extraction impossible, il s'appretait à se retirer, lorsque, après une nouvelle consultation de l'assemblée féminine, il fut sollicité par le missionnaire d'extraire l'enfant par l'opération césarienne. Étant lui-même curieux de connaître la cause de l'obstacle à la délivrance, il divisa largement l'abdomen et l'utérus sur une ligne médiane, et retira un enfant assez fort. « Les épaules, ajoute M. Briquetot, étaient certainement très volumineuses, mais je ne constatai cependant pas une différence de proportion entre ces parties et la tête, capable d'expliquer l'impossibilité que les premières avaient eue à franchir un bassin régulièrement développé, après la descente de la première. C'est sur ce point que je désirerais surtout appeler l'attention des praticiens, et au besoin solliciter leurs observations, car ma mémoire ne me représente en ce moment rien de pareil. »

Je borne là le récit des observations particulières que je pourrais augmenter de l'analyse de seize autres, tirées de la pratique de Mauriceau, Portal, de La Motte, Levret, etc. À la vérité, ces observations sont pour la plupart incomplètes, et si elles mettent hors de doute le fait principal, c'est-à-dire l'obstacle que la poitrine et les épaules ont rencontré à traverser le bassin, elles laissent sou-

vent ignorer si cette cause de dystocie était ou n'était pas associée à un certain degré d'étroitesse du bassin ou à une inertie plus ou moins prononcée de la matrice. Néanmoins il faut tenir compte des éléments positifs qu'elles présentent, ce qui porte à vingt-six le nombre des faits que j'ai pu consulter.

Malgré ce chiffre élevé, on ne peut pas dire que cette cause de dystocie est fréquente ; au contraire, portée à un degré prononcé, elle doit être considérée comme peu commune, mais non au point de justifier le silence que les auteurs contemporains ont gardé à son sujet. Ce qui démontre surtout combien elle mérite de fixer l'attention, c'est sa gravité, ce sont les conséquences fâcheuses qu'elle peut avoir pour la mère et pour l'enfant. Sur les vingt-six cas contenant des renseignements suffisants pour constituer une observation, six fois les mères sont mortes des suites plus ou moins immédiates de la longueur du travail et des efforts qu'il a fallu faire pour les délivrer, trois même ont succombé sans pouvoir être accouchées, pendant les manœuvres pénibles et infructueuses d'extraction. Des vingt qui ont survécu, une fut très longtemps à se rétablir, 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 conséquences ont été funestes. Si l'on en retranche trois morts avant le début du travail et un autre dont le sort est ignoré, il en reste vingt-deux sur lesquels six seulement ont pu être conservés à la vie, et seize ont péri pendant le travail, presque toujours par le fait même des efforts employés pour surmonter l'obstacle, huit avant que la tête ait pu être amenée au dehors, et les huit autres pendant le temps qui s'est écoulé entre sa sortie et celle des épaules.

Le temps pendant lequel la tête a été ainsi retenue à l'extérieur, ne paraît pas avoir été moindre dans les cas les plus heureux, à en juger par la répétition des tentatives, d'une demi-heure à une heure. Ce temps a dû être assez long dans les cas où la personne de l'art qui assistait la femme en travail a été forcée, après des tentatives inutiles, d'en appeler une autre à son aide ; quelques observations font mention de plusieurs heures, une de trois, une de six, une de vingt-quatre heures. Dans aucun de ces cas l'expulsion ne s'est opérée spontanément pendant le temps où la patiente était abandonnée aux seules ressources de la nature.

DU VOLUME DE LA POITRINE ET DES ÉPAULES DU FETUS CONSIDÉRÉ
COMME CAUSE DE DYSTOCIE DANS LES PRÉSENTATIONS DE L'EXTRÉ-
MITÉ CÉPHALIQUE. — Mémoire lu à l'Académie impériale de mé-
decine, par le docteur JACQUEMIER.

(Suite. — Voir les numéros 40 et 41.)

Quant au moment du travail, où les épaules ont commencé à
entraver l'expulsion, voici comment les choses se sont passées :

treize fois les deux variétés se sont trouvées associées, c'est-à-dire que dans treize cas, la partie supérieure du tronc, après avoir mis obstacle au passage de la tête à travers le détroit inférieur, a continué, après l'extraction artificielle de celle-ci, à entraver l'expulsion; après avoir triomphé de la première variété à l'aide du forceps, on a eu encore à se débattre contre la seconde par divers moyens artificiels. Dix fois l'obstacle apporté par le volume des épaules ne s'est pas fait sentir d'une manière bien manifeste, si ce n'est dans trois cas, avant le dégagement de la tête qui a eu lieu spontanément, sans que pour cela l'obstacle, apporté par les épaules au dégagement du reste du tronc, ait été plus facile à surmonter.

Relativement à l'isolement ou à l'association de cette cause de dystocie avec d'autres obstacles provenant de la conformation ou de l'état dynamique de la mère, nous avons noté les circonstances suivantes, qui établissent les principales divisions dans lesquelles viennent se ranger la plupart des cas, où le volume insolite de la poitrine du fœtus devient seul, ou en s'associant à divers états, un obstacle sérieux à la terminaison de l'accouchement dans les présentations de l'extrémité céphalique.

1° Il y a lieu de croire que les quatre cinquièmes des femmes, dont les observations ont offert des détails suffisants pour en induire l'état de la conformation des parties, avaient un bassin bien conformé et d'une étendue normale, la tête étant descendue facilement dans le fond de l'excavation pelvienne, ayant même, dans plusieurs cas, en partie ou en totalité, franchi la vulve. C'est la dystocie par le volume exagéré de la poitrine du fœtus, à l'état de pureté ou d'isolement, qu'il s'agissait d'établir en principe, et qu'on jugera surabondamment établie par les faits.

2° Trois ou quatre des femmes comprises dans cette étude avaient un bassin petit et même peut-être un peu rétréci, mais assez large cependant pour permettre à la tête du fœtus de passer sans trop de peine et sans être réduite ou déformée. Cette division serait susceptible de se grossir d'un grand nombre de cas, si l'on y faisait entrer les viciations du bassin qui exigent préalablement la craniotomie; mais nous nous sommes imposé l'obligation de ne comprendre que les cas exceptionnels qui contredisent la loi généralement vraie: que là où la tête du fœtus a frayé la voie, le reste du corps passe sans difficulté. Je dois placer ici une remarque de nature à lever une contradiction apparente et à expliquer le peu de disposition des accoucheurs modernes à ranger le volume des épaules parmi les causes réelles de dystocie, c'est que, dans la très grande majorité des cas où une viciation étendue du bassin exige, pour que la tête puisse passer, la réduction de son volume, la poitrine suit sans présenter de difficultés sérieuses. En voici la raison: pour que le volume des épaules devienne une cause de dystocie, il faut que le tronc du fœtus présente d'une manière prononcée la forme que nous allons indiquer tout à l'heure, qui résulte de son développement insolite. Or, ce développement insolite, qui n'est pas commun dans les conditions ordi-

naires, est bien moins commun encore chez les femmes contre-faites, qui du reste accouchent assez souvent avant terme, lorsque l'utérus, par une cause ou par une autre, tend à prendre un grand volume.

3° Deux fœtus étaient morts dans la matrice depuis quelque temps, et le relâchement des sutures avait permis à la tête de s'allonger beaucoup pour passer. Deux autres étaient anencéphales; chez l'un, les difficultés furent grandes: les épaules étaient arrêtées à l'entrée du bassin depuis vingt-quatre heures; tractions sur le cou, sur l'épaule postérieure avec un crochet mousse; section du cou, section de l'épaule, tout fut inutile; il fallut, à la fin, avoir recours au céphalotribe appliqué sur la poitrine. Comme cela est assez commun chez les acéphales, les anencéphales, le fœtus avait pris un grand développement, il pesait 4 kilogrammes sans la tête, et le diamètre bi-acromial avait 6 pouces d'étendue. (Chailly, 2^e édition.)

On sera sans doute surpris de trouver rapprochés, dans une même division, des fœtus macérés dans l'utérus, de fœtus acéphales ou anencéphales si radicalement dissemblables, c'est qu'au point de vue qui nous occupe ils sont susceptibles d'un rapprochement artificiel. Nous avons déjà fait remarquer que les fœtus acéphales et anencéphales sont souvent très développés; nous devons ajouter que les épanchements sérieux dans les plèvres, le péricarde et l'infiltration du tissu cellulaire donnent quelquefois un volume insolite aux fœtus qui succombent peu de temps avant le terme de la grossesse. Les os du crâne, en partie désunis par la macération, permettent à la tête de s'allonger ou de se vider en s'engageant dans le bassin, et de représenter, jusqu'à un certain point, l'espace de moignon que forment les têtes anencéphales. Dans les deux cas, la dilatation de l'orifice utérin se fait en deux temps, d'abord pour le passage de la tête réduite, ensuite pour le passage du tronc, ce qui exige, en bonne pratique, de ne pas tirer sur les rudiments de la tête dès qu'ils se présentent à l'extérieur, mais d'attendre que la dilatation de l'orifice utérin s'achève; dans ces cas, le col concourt, avec le canal pelvien, à rendre le passage des épaules difficile. L'obstacle est complexe; il peut même arriver, si l'on intervient trop tôt, que la part afférente au col utérin soit prédominante. Les cas de rétention des épaules, attribués par quelques auteurs à la rétraction du col utérin sur le cou du fœtus, trouveraient leur place ici, si les uns n'étaient pas trop douteux, et les autres exclusivement dus à un état de contracture spasmodique de l'orifice utérin, autre cause de dystocie qui peut amener le même résultat que l'excès de volume des épaules.

4° En dehors des faits rapportés ou analysés dans ce mémoire, la pratique en offre d'autres plus communs, où la rétention du corps du fœtus dans la matrice, la tête étant déjà sortie, est favorisée ou déterminée par une autre cause de dystocie; je veux parler de l'inertie de l'utérus. Le temps d'arrêt anormalement prolongé, entre l'expulsion de la tête et l'expulsion du tronc, provenant de l'inertie de l'utérus, se rencontre même assez souvent.

mais l'obstacle n'est réellement sérieux et compromettant pour l'enfant que lorsque celui-ci est en même temps volumineux. Les phénomènes extérieurs sont les mêmes que lorsque l'obstacle provient exclusivement du volume de la poitrine. Après l'expulsion ou l'extraction de la tête, le mouvement de rotation qui, après un moment d'arrêt, porte du même coup une épaule sous l'arcade du pubis, l'autre sur la commissure du périnée, la face vers le côté interne d'une cuisse, l'occiput vers l'autre, ce mouvement, dis-je, ne s'exécute pas. Au contraire, la tête reste appliquée par sa base contre le périnée, et les épaules conservent dans le bassin leur direction oblique ou transversale. Si des circulaires du cordon autour du cou qu'on ne peut relâcher, ou un état éminent d'asphyxie, exigent une prompt terminaison de l'accouchement, on pourra rencontrer des difficultés très sérieuses, et souvent compromettantes pour l'enfant, qui diminueront beaucoup si l'on peut temporiser pour donner à l'utérus le temps de reprendre son énergie et de seconder les efforts volontaires d'expulsion.

Les fœtus dont le volume est très considérable et en quelque sorte anormal diffèrent beaucoup, par leur constitution physique et leur aspect général, des fœtus dont le volume ne dépasse pas les limites normales ou reste au-dessous. De prime abord, on est frappé de la prédominance du volume de certaines parties sur d'autres, du tronc sur la tête chez les premiers qui rappellent la forme athlétique, quoique la tête soit également forte, de la prédominance de la tête sur le tronc chez les seconds qui représentent dans leur ensemble une espèce de cône allongé. Une autre différence, c'est que les articulations sont serrées chez les premiers, et le tronc peu flexible s'accommode mal à la courbure du canal pelvien, tandis qu'elles sont lâches chez les seconds, et laissent au tronc une flexibilité très marquée. Ces différences doivent être présentes à l'esprit lorsqu'on veut se rendre compte comment la poitrine peut mettre obstacle à la terminaison de l'accouchement, alors même que le diamètre bi-acromial, susceptible d'une réduction marquée par la pression, n'excède pas trop sensiblement l'étendue des diamètres obliques du bassin. Le diamètre bi-acromial, bien qu'effectivement réductible par l'affaissement des parties et par le déplacement des épaules, avait une étendue telle dans quelques-unes des observations rapportées, qu'il faut bien admettre la possibilité d'une disproportion absolue entre le volume de la partie supérieure du tronc et la capacité du bassin, à moins de dimensions insolites de celui-ci; disproportion prouvée dans plusieurs cas par la nécessité de l'embryotomie sur la poitrine, dans d'autres par l'impossibilité d'extraire le fœtus par les tractions les plus fortes, avant et après la mort de la mère. Il y a lieu de croire que cette disproportion absolue peut facilement se rencontrer lorsque le poids du fœtus est au-dessus de neuf à dix livres.

C'est bien par la prédominance du volume de la poitrine sur la capacité du bassin que les fœtus trop développés sont retenus par les épaules au détroit supérieur ou dans la partie du canal pelvien

où ses parois commencent à converger en dedans, et non par une position défectueuse qui maintiendrait les épaules accrochées ou enclavées entre le promontoire et les pubis. Dans tous les cas que j'ai observés, la situation du tronc était diagonale et absolument comme à l'état normal; mais tandis que l'épaule antérieure semblait arrêtée, partie au-dessus, partie derrière l'un des pubis, l'épaule postérieure était déjà profondément engagée et placée au devant de la symphyse sacro-iliaque du côté opposé. Cette situation diagonale de la poitrine dans le bassin persiste alors même que la tête est dégagée depuis plus ou moins de temps, et les changements qu'elle peut subir sont presque toujours l'effet de manœuvres. J'ai insisté sur ce point parce que, d'après Levret et les auteurs qui ont admis avec lui que les épaules du fœtus peuvent être une cause de dystocie, les choses ne se passent pas ainsi. Les épaules, au lieu de se dévier de la ligne antéro-postérieure, se sont au contraire engagées entre les pubis et le promontoire, et s'y sont enclavées, parce que la tête, en descendant, s'est maintenue en position transversale. Je vais essayer de montrer, par quelques passages de l'observation même qui a fixé les idées de Levret, que la tête et la poitrine ne s'éloignaient pas sensiblement de la position qu'elles ont à une période avancée du travail. Le sujet de l'observation est une pauvre femme d'environ quarante ans, grande, robuste, et enceinte de son premier enfant: le travail durait depuis vingt-quatre heures; le cordon ombilical qui était descendu n'avait pu être réduit. Après des tentatives de tourner l'enfant, de repousser la tête, celle-ci étant descendue totalement dans le vagin, la sage-femme qui l'assistait, se fondant sur la facilité d'introduire la main dans les parties, tira sur le cou qu'elle avait pu saisir; quelque effort qu'elle fit, les épaules ne purent se déplacer. Levret, qui fut appelé, trouva la malade fort accablée; son pouls était très faible, elle avait beaucoup perdu de sang; après lui avoir fait donner quelques cuillerées de vin, il se disposait à examiner l'état des choses, lorsqu'elle fut prise d'une sueur froide, et expira. Bien qu'il fût certain de la mort de l'enfant, il accueillit avec empressement la proposition d'extraire l'enfant par l'opération césarienne, espérant acquérir des lumières sur la cause d'un travail aussi laborieux. L'enfant était mort, bien conformé et d'un volume ordinaire; « son épaule droite était appuyée sur la symphyse des os pubis, une partie en dedans, l'autre en dehors; son épaule gauche portait sur la partie latérale de la saillie de l'os sacrum; les omoplates étaient logées dans la cavité de l'os iléum gauche, et le reste du corps était couché sur le dos dans la partie latérale gauche de la matrice... Le visage était tourné obliquement du côté droit, l'occiput vers la partie opposée, et le vertex se présentait à la partie la plus basse. » On ne peut disconvenir, ajoute Levret, que la difficulté de cet accouchement ne soit venue de la situation latérale et oblique du corps de l'enfant dans la matrice; c'est cette situation que je considère comme la cause la moins connue de l'accouchement laborieux dans lequel il est presque impossible qu'on n'arrache pas la tête, si l'on con-

finie à faire des efforts considérables pour l'extraction du corps, sans lui avoir fait changer de position. Plus loin, il ajoute encore : « Les observations qui font la matière de la section précédente, mettent hors de doute que la situation latérale de la face de l'enfant, est une suite de la position latérale de son corps, et que cet accident est beaucoup moins rare qu'on ne l'a pensé. Les signes que ces observations nous fournissent, lorsque la tête est tombée totalement dans le vagin, et que les *épaules portent d'un côté sur l'un des os pubis, et de l'autre contre la portion latérale de la saillie de la partie supérieure de l'os sacrum*, ne donnent pas grande espérance de réussir sans les moyens extrêmes. » (*Suite des observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux*, p. 4 et 49.)

Que conclure ? Que Levret, en compagnie des accoucheurs de son temps, se faisait une idée peu exacte de la position normale de la tête et du tronc à la fin de la grossesse et aux différentes périodes du travail ; qu'il pouvait se tromper sur la manière d'expliquer comment la partie supérieure du tronc faisait obstacle, sans que pour cela elle fût moins réellement le véritable obstacle. On aura sans doute remarqué la mention de volume ordinaire appliquée à l'enfant. Cette particularité est notée trois fois sur les vingt-six cas où le volume de l'enfant est plus ou moins exactement indiqué, le plus souvent, avec omission des diamètres de la tête et de la poitrine. Nous avons cherché à établir que le volume du fœtus devait être excessif pour que la partie supérieure de son tronc pût devenir un obstacle plus ou moins absolu à la terminaison de l'accouchement. Mais à des degrés d'une dystocie moindre, susceptible d'être surmontée à la longue par les contractions utérines ou par le forceps, il n'est pas nécessaire que le volume du fœtus soit extraordinaire, si en même temps le bassin est plutôt petit que moyen. Et, pour en revenir au cas de Levret, on peut bien croire qu'une application de forceps eût triomphé de la difficulté, même sans compromettre la vie de l'enfant, car on ne peut guère considérer comme des tractions bien sérieuses celles que la sage-femme a pu exercer sur le cou avant le dégagement complet de la tête. Il suffit que la partie supérieure du tronc éprouve de la difficulté à s'engager dans le détroit supérieur et à descendre dans l'excavation pour rendre difficile à la tête de vaincre les obstacles naturels qu'elle rencontre devant elle dans son parcours du fond de l'excavation pelvienne jusqu'à la vulve, espace allant en s'allongeant jusqu'au moment où les bosses pariétales se montrent au dehors, et par conséquent d'une étendue considérable. Sans doute, ce n'est pas uniquement par un mouvement de progression de la totalité du fœtus que cet espace est parcouru, vers la fin l'extension de la tête y a la plus grande part. Mais encore faut-il, pour que ce mouvement d'extension de la tête ait un effet bien marqué, que la base de l'occiput ait pu avancer jusque sous l'arcade des pubis. On remarquera, et l'observation est de la plus grande importance, que lorsque la poitrine exige l'emploi des forces expulsives pour descendre dans l'excavation pelvienne, c'est justement

pendant la période que, sous l'influence des mêmes forces, le vertex a à triompher des résistances naturelles pour convertir peu à peu le périnée en un canal faisant suite à l'excavation pelvienne, court en avant, long en arrière, et se terminant à la vulve. Cette transformation progressive du périnée en un canal charnu embrasserait la totalité de la période dite d'expulsion du travail, si l'on ne devait pas faire une réserve pour le bord antérieur du col utérin, qui se dilate très souvent en formant une écharpe solide, descendant devant la tête, et confondant sa résistance avec celle du périnée. Lorsque la partie supérieure du tronc éprouve de la difficulté à s'engager et à descendre dans le bassin, c'est justement pendant la période d'expulsion que les effets de cette difficulté se font sentir, par conséquent la part principale ou accessoire de cette cause de dystocie se confond non-seulement avec la résistance naturelle du vagin, du périnée et de la vulve, mais encore avec toutes les autres causes de dystocie que la tête peut rencontrer en s'engageant dans le détroit inférieur. Sans doute, il n'y a pas lieu de contester la réalité et la fréquence de l'arrêt de la tête par des causes telles que la résistance des parties molles, une disproportion sensible ou une trop grande exactitude de rapport entre le volume de la tête et l'étendue du détroit inférieur ; mais il est permis de faire des réserves à l'égard de certaines anomalies de position ou de direction de la tête, telles qu'une flexion exagérée ou insuffisante, sa persistance dans une direction oblique trop prononcée qu'on a considérées comme pouvant mettre obstacle à sa propre progression. En dehors d'une étroitesse relative du détroit inférieur ou d'une rigidité anormale des parties molles, lorsqu'on rencontre, ce qui n'est pas rare, une résistance que des efforts d'expulsion soutenus et prolongés n'ont pu vaincre, et dont le forceps a de la peine à triompher, il y a présomption fondée que l'obstacle réside, en grande partie, au-dessus de la tête, et dans la difficulté de la partie supérieure du tronc à la suivre. On comprend facilement que, dans les positions occipito-antérieures, l'obliquité trop prononcée peut être corrigée, et la tête avancer sans déplacement du tronc ; mais il n'en est plus de même dans la position occipito-postérieure, où il faut un mouvement de totalité du fœtus pour que l'occiput puisse gagner l'arcade des pubis. Or, ce mouvement suppose la libre mobilité de la partie supérieure du tronc dans le bassin, et même peut-être la conservation d'une certaine quantité de liquide amniotique dans l'utérus. Une étude du mécanisme de l'accouchement dans les présentations de la tête, qui, comme celle qu'on trouve dans nos ouvrages classiques, fait abstraction de la partie supérieure du tronc, est incomplète, et laisse dans l'ombre des déductions pratiques d'une grande importance.

L'association nécessaire de la dystocie par le volume de la partie supérieure de la poitrine avec la résistance naturelle des parties molles, et, en outre, son association possible avec les diverses causes de dystocie souvent complexes que la tête peut rencontrer dans son trajet du fond du bassin jusqu'à la vulve, rendent le diagnostic fort difficile et souvent impossible de prime abord.

Une fois l'attention éveillée, on devra soupçonner que les épaules et la partie supérieure du tronc sont l'obstacle réel à la progression de la tête, lorsque celle-ci, en bonne position et bien dirigée, est arrêtée dans le détroit inférieur, ou plus ou moins près de se montrer au dehors, sans que la vulve et les autres parties molles du périnée présentent une résistance insolite. Si, malgré l'espoir d'une terminaison prochaine et facile de l'accouchement, on est forcé d'avoir recours aux forceps, après une temporisation 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 provenait de la difficulté des épaules à traverser le bassin; la démonstration sera complète si, pour dégager complètement la tête, il faut encore accrocher le menton ou refouler le périnée, contre lequel elle reste fortement appliquée par sa base; si enfin on se trouve en face des phénomènes et des difficultés qui caractérisent la variété où le tronc est seul retenu dans le bassin.

Quelles sont les indications et les ressources de l'art dans l'une et l'autre variété de dystocie par le volume de la partie supérieure de la poitrine?

1° Lorsque les épaules arrêtées au détroit supérieur retiennent la tête au fond de l'excavation, ou plus ou moins engagée dans le détroit inférieur, l'obstacle résidant dans le volume de la poitrine plutôt que dans la position des épaules, il n'y a pas indication de chercher à déplacer celles-ci. Par conséquent il faudrait bien se garder d'imiter Levret, et conseiller comme lui, si l'on est appelé de bonne heure, de rompre les membranes, et d'aller chercher les pieds, et si la tête est déjà tombée dans le vagin, après avoir fait placer la femme sur les genoux et les coudes pour détacher la matrice du détroit supérieur, de porter la main entre la tête et le sacrum, et de saisir l'épaule, qui y est comme accrochée, pour la tirer de côté, et changer la situation latérale en une directe ou moyenne. Levret a beau ajouter : « Ces préceptes ne sont pas le fruit de l'imagination, ils sont le fruit de mes réflexions, et je ne les exposerai pas avec tant de certitude s'ils ne m'eussent été confirmés par l'expérience. » Ils reposent sur des erreurs, des appréciations fausses si palpables, ils sont en même temps si illusoire et si compromettants qu'on ne saurait les condamner avec trop de rigueur. En supposant même que le diagnostic puisse être établi de bonne heure et avec plus de certitude, l'appréciation exacte de l'état des choses et la réflexion ne permettent pas de songer d'abord à d'autres ressources qu'au forceps, moins à redouter par son insuffisance, bien que dans plusieurs cas cette insuffisance ait été constatée, que par la crainte bien fondée du danger qu'il fait courir à l'enfant, dont la partie supérieure du rachis doit subir une distension égale à la résistance qu'oppose la partie supérieure du tronc à descendre dans le bassin. Dans plusieurs cas, cette résistance a été si grande qu'il est bien permis de croire que la distension du rachis a pu être portée au point de déterminer immédiatement la mort. Les dangers de la distension de la moelle allongée ont impressionné les esprits au point que la plupart des

accoucheurs ont fait une règle de pratique de s'abstenir de tirer sur le cou après la sortie de la tête. Nous reviendrons forcément sur ce précepte tout à l'heure. Bornons-nous, pour le moment, à mettre en relief une considération qui doit un peu rassurer sur le danger du forceps dans les cas qui nous occupent. 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 dans des limites normales. Cela est évident en avant, où la longueur du cou est du moins égale à la hauteur des pubis, et où l'on n'a à faire parcourir à la tête, située au fond du bassin, qu'un court trajet pour amener la base de l'occiput sous l'arcade pubienne; si en arrière le trajet est beaucoup plus long, cela importe peu, puisque la tête est dégagée par un mouvement d'extension qu'on peut commencer dès que l'occipital est suffisamment engagé sous l'arcade des pubis.

Maintenant supposons que le forceps ait été impuissant à amener la tête au dehors, et les faits cités prouvent que la supposition peut malheureusement être une réalité, qu'y a-t-il à faire? Il est évident que le fœtus est déjà compromis; il ne faut pas, comme cela est arrivé, attendre que la mère succombe à son tour; il faut, au contraire, avoir recours à temps à la craniotomie comme opération préalable, afin de pouvoir agir directement ensuite sur l'obstacle lui-même. Dans la situation si rapprochée de l'extérieur où se trouve la tête, la craniotomie est une opération facile; mais il ne faudrait pas se borner à ouvrir le crâne et à en faire sortir la matière cérébrale, il faudrait encore enlever en partie les os larges qui en forment la voûte, en un mot réduire la tête en celle d'un fœtus anencéphale. Dans cet état, le dégagement des bras pourrait être opéré sans trop de peine, et changer assez les conditions pour que des tractions exercées sur eux suffisent, et si la difficulté persistait, l'embryotomie pourrait être appliquée sur le tronc aussi facilement que sur un fœtus anencéphale. Nous aurons à revenir plus loin sur ces deux procédés d'extraction du tronc dans les présentations de l'extrémité céphalique.

2° Passons maintenant à l'extraction du tronc la tête étant dégagée. Pour qu'on ne confonde pas des faits essentiellement différents, rappelons en peu de mots comment s'effectue, à l'état normal, le dégagement de la tête et des épaules. Au moment où la tête, obéissant à la réaction des parties molles fortement distendues, se dégage brusquement par un mouvement d'extension forcée qui renverse l'occiput au-devant de la région pubienne, c'est la partie supérieure du cou plutôt que la nuque qui sert de point d'appui à ce mouvement; aussitôt après le dégagement du menton, le cou étant en partie libre, la tête, entraînée par son propre poids, tombe entre les cuisses de la femme, et se trouve dans une direction plus ou moins oblique. Le temps généralement très court pendant lequel elle garde cette situation se prolonge souvent anormalement. Après un temps variable, la tête exécute un mouvement de rotation qui porte l'occiput vers la face

interne d'une cuisse, la face vers le point opposé de l'autre cuisse : ce sont les épaules qui s'engagent, à leur tour dans le détroit inférieur, et comme ce mouvement de rotation des épaules se combine avec un mouvement de descente, le cou devient en grande partie libre à l'extérieur. Avant que l'une et l'autre épaule se dégagent, il y a un nouveau temps de repos qui se prolonge souvent aussi d'une manière anormale. Dans l'un et dans l'autre temps d'arrêt des épaules au détroit inférieur se prolongeant anormalement, parce que l'utérus a cessé de se contracter après la sortie de la tête, si l'on veut extraire sans retard l'enfant, parce qu'on a des raisons de supposer que sa vie est menacée, on rencontre souvent une résistance assez grande, mais qui devient rarement embarrassante et de longue durée, à cause de la facilité de saisir solidement les aisselles, surtout dans le second cas ; et, s'il n'existait pas d'autres causes d'arrêt des épaules dans le bassin, on comprendrait facilement la défense faite par les auteurs modernes de tirer sur le cou de l'enfant. Les faits auxquels je viens de faire allusion tiennent à une inertie plus ou moins prolongée de l'utérus, et n'ont qu'une apparente analogie avec ceux qui font l'objet de ce mémoire. Aussi la différence est-elle grande dans les phénomènes du dégagement de la tête : c'est l'occiput et non la nuque qui sert de point d'appui au mouvement d'extension, et il s'élève beaucoup moins au-devant des pubis ; la tête ne s'échappe pas aussi brusquement, on est même souvent forcé d'accrocher le menton ou de refouler le périnée pour la dégager entièrement ; au lieu de retomber entraînée par son propre poids, elle reste solidement fixée par sa base contre les parties. Ce sont là les signes de l'arrêt des épaules sur un point élevé du bassin, si ce n'est au détroit supérieur. Mais il faut bien reconnaître pourtant que l'état des choses à l'extérieur n'est pas sensiblement différent dans quelques cas d'extraction de la tête d'enfants volumineux, au moyen du forceps, pour cause d'inertie profonde de la matrice. C'est pour cela que, parmi les indications, il ne faut pas négliger celle d'exciter la matrice, dont l'action coïncidant avec des efforts volontaires peut seconder puissamment, dans tous les cas, les moyens artificiels d'extraction des épaules. Si la vie de l'enfant n'est pas déjà menacée avant la sortie de la tête au dehors, il peut, comme dans le cas de la première observation, rester assez longtemps dans cette situation sans danger bien imminent, la circulation fœto-placentaire restant libre ; la coloration bleuâtre et la tuméfaction de la face, qui se prononcent de plus en plus, sont là, le plus souvent, l'effet de la compression du cou et non les signes d'une asphyxie rapidement compromettante ; il y a donc lieu de procéder non avec lenteur, mais bien d'éviter une précipitation qui peut devenir plus funeste qu'utile à l'enfant. Ces réserves faites en faveur de quelques instants d'expectation, pour laisser aux forces de l'organisme le temps de reprendre leur empire, nous allons examiner successivement la valeur et l'opportunité des divers moyens qui peuvent être mis en usage.

On voudra bien considérer que je ne place au premier rang les tractions sur la tête que par la nécessité où l'on se trouve le plus souvent au début d'y avoir recours, au moins comme moyen préalable pouvant faciliter l'application d'un procédé plus efficace contre l'obstacle et moins dangereux pour l'enfant. En effet, lorsque la base de la tête est fortement appliquée contre la vulve, la difficulté de faire pénétrer la main dans les parties et de s'en servir, ne laisse guère d'autre choix que de tirer sur l'occiput et le menton, et ce n'est qu'après un premier effet obtenu, qu'on sera libre d'essayer les tractions sur les aisselles ou le dégagement des bras. Sait-on au moins dans quelles limites on peut tirer sans danger sur la tête d'un fœtus vivant ? Les auteurs, plus occupés d'effrayer que d'éclairer, répondent fort mal à cette question, ou plutôt n'y répondent pas du tout. A en juger par les observations I et II, la région cervicale du rachis peut supporter une traction régulière considérable sans que l'enfant ait à en souffrir. Je suis convaincu que beaucoup de praticiens pourraient fournir des observations aussi concluantes. Je dois ajouter, d'après des expériences que j'avais antérieurement faites à la Maternité, que des tractions graduées, sans secousses et sans mouvements de torsion, telles que je pouvais les produire par l'emploi de toutes mes forces ou par le

poids entier de mon corps à supporter, n'ont jamais déterminé ni luxation cervicale, ni déchirure de ligaments, ni lésion quelconque, soit sur la moelle allongée, soit à la racine des nerfs. Bien qu'il soit impossible d'assurer que l'absence de lésions sur la moelle puisse être considérée comme une garantie suffisante de l'innocuité de pareilles tractions, on ne peut pourtant méconnaître qu'il est conforme aux lois de l'organisation vivante de croire que le rachis reste pour la moelle un organe efficacement protecteur tant qu'il résiste lui-même, et que les tractions n'y produisent ni déchirures, ni luxation. Or, pour que ces derniers effets soient produits, les tractions doivent être portées très loin, si elles sont régulièrement exercées, et sans efforts simultanés de torsion.

Appréciations tout de suite la valeur absolue de tractions sur la tête, la mort de l'enfant ne laissant que trop souvent l'occasion d'en tirer tout le parti qu'elles peuvent offrir. D'abord la prise est facile et solide ; la base du crâne, entourée d'un linge sec, permet aux mains d'exercer des tractions fortes et soutenues sans glisser, sans même comprimer le cou. On peut y fixer des lacs extenseurs qui permettent le secours d'aides, comme l'observation II en offre un exemple. Et comme plusieurs des observations analysées mentionnent qu'on a arraché la tête, il est permis de soupçonner, qu'en dehors des fœtus macérés, lorsque cet accident est arrivé, on n'a pas dû tirer seulement, mais encore, quoiqu'on ne le dise pas, tordre le cou pour déplacer les épaules. On aura sans doute été surpris de voir dans plusieurs des observations rapportées, les tractions exercées librement, même sur le cadavre, n'amener aucun résultat, et tendre à faire croire à une énorme disproportion entre le volume de la poitrine et la capacité du bassin. C'est qu'à examiner à fond la chose, les tractions sur la tête sont un mauvais moyen. Elles serrent le nœud de la difficulté, au lieu de le défaire, quand elles ne peuvent pas le trancher en forçant le passage. Cela est facile à concevoir : pendant les tractions sur la tête, les épaules s'abaissent sur une partie de la poitrine plus évasée que celle où elles étaient d'abord, et le diamètre bi-acromial s'accroît d'autant. Par conséquent, lorsqu'on a entraîné la partie supérieure de la poitrine vers la partie inférieure du bassin, où ses parois convergent en dedans pour former le détroit inférieur, plus on fait d'efforts pour faire traverser aux épaules la partie rétrécie du bassin, plus le diamètre bi-acromial augmente en étendue. C'est un effet contraire qu'il faudrait obtenir : abaisser les épaules sur le sommet rétréci de la poitrine et sur les côtés du cou. C'est un effet qu'on tend à obtenir en tirant sur les aisselles, surtout en dégageant les bras, dégagement qui non-seulement diminue les parties supérieures et latérales de la poitrine de toute leur épaisseur, mais encore d'une étendue plus considérable en relevant les épaules sur les côtés du sommet du thorax.

Les tractions sur les aisselles, exercées avec la main, ne se recommandent donc pas seulement parce qu'elles sont sans dangers pour l'enfant vivant, mais encore parce qu'elles peuvent, lorsque la prise est bonne, élever l'épaule correspondante vers le sommet de la poitrine, et diminuer par là très sensiblement le diamètre bi-acromial, si l'on pouvait agir efficacement sur les deux aisselles. Mais les tractions avec les indicateurs recourbés en crochet, généralement suffisantes lorsqu'il s'agit de ces simples anomalies dans l'expulsion des épaules, dues au silence de l'utérus, et presque aussi communes que la règle, que nous avons caractérisées plus haut, sont, au contraire, impuissantes lorsqu'il s'agit d'un obstacle plus sérieux. Alors même que l'élévation des épaules et les rapports de l'une avec le bord antérieur du bassin ne rendraient pas aussi difficile l'application des doigts, ils glisseraient continuellement sur ces parties lubrifiées. Après quelques tentatives inutiles avec les doigts, il ne faut pas hésiter à aller saisir la racine du bras à pleine main ; c'est à cette condition que la main seule jouit de toute sa puissance. On peut presque constamment appliquer un crochet mousse sur l'une ou l'autre aisselle, surtout sur celle qui est située en arrière ; il offre une prise solide, et l'on peut exercer des tractions puissantes ; mais il est loin d'être toujours sans danger pour l'enfant vivant. Dans l'observation II, bien qu'il embrassât exactement l'aisselle, il avait déterminé sur son bord postérieur, une déchirure de 3 centimètres d'étendue qui n'inté-

ressait que la peau, mais de nature à mettre en garde contre des désordres plus graves, et à commander une prudente circonspection tant que l'enfant est vivant.

En raison du peu de dangers que les tractions sur l'aisselle font courir en général à l'enfant, ce qui fait qu'on les tente d'abord, il importerait beaucoup de connaître aussi exactement que possible les résultats pratiques obtenus afin de savoir au juste à quel degré et dans quelles limites ce moyen est efficace. Malheureusement, les observations laissent beaucoup à désirer sous ce rapport. Dans les cas où elles n'ont pas réussi, on ne peut savoir au juste si c'est parce qu'on n'a pas pu embrasser les aisselles, ou si elles ont été simplement insuffisantes. De même, dans les cas de succès, on ne peut pas savoir exactement si l'on a tiré sur les deux aisselles ou seulement sur la postérieure, si les doigts ont suffi ou s'il a fallu introduire la main entière, si l'on n'a pas tiré ou fait tirer en même temps sur la tête. Cependant les résultats suivants, bien que vagues et incertains à plusieurs égards, méritent d'être pris en considération. Les tractions sur une aisselle ou sur les deux, avec les doigts ou la main entière, ou avec le crochet mousse, ont réussi neuf fois après des tentatives plus ou moins répétées. Huit fois ces tractions sont restées infructueuses, soit parce qu'elles n'ont pas pu ébranler la poitrine, soit parce que l'aisselle n'a pu être exactement saisie. En se rappelant la position de l'une des épaules sur le bord antérieur du détroit supérieur, on doit penser qu'une pression exercée avec la paume de la main à travers la paroi abdominale de haut en bas et d'avant en arrière, serait de nature à seconder avec quelque efficacité les tractions lorsqu'on ne peut saisir que l'aisselle postérieure.

Les tractions sur les aisselles, qui font plus ou moins basculer les épaules, sont un acheminement au procédé qui consiste à dégager successivement les deux bras, et que la réflexion, comme nous l'avons déjà dit, doit faire considérer comme le moyen le plus efficace, en ce sens qu'il diminue l'obstacle avant de chercher à lutter contre lui. En effet, des tractions exercées sur les deux bras dégagés, n'ont pas seulement pour résultat l'élévation des épaules sur le sommet rétréci de la poitrine et sur les côtés du cou, et de diminuer l'étendue du diamètre bi-acromial, mais encore de faire disparaître de la largeur de la poitrine l'épaisseur des bras et les saillies abruptes que forment les moignons des épaules. Conseillé par Mauriceau, mis deux fois en pratique avec succès par de la Motte dans des cas où les tractions sur la tête et sur les aisselles n'avaient pas réussi, ce procédé mérite d'être tiré de l'oubli et d'être pris en grande considération : il consiste à dégager successivement les deux membres supérieurs en attirant d'abord les bras sur le devant de la poitrine. Mais, dira-t-on peut-être, les succès sont trop peu nombreux pour asseoir un jugement aussi favorable. Je conviens que la théorie réclame des preuves pratiques plus multipliées ; aussi fais-je appel aux praticiens. Déjà, parmi les communications de faits de dystocie par le volume exagéré des épaules que m'a valu la publication des premières parties de ce mémoire, il s'en trouve une qui est une nouvelle justification des dégagements des deux bras, et que je m'empresse de publier. Le fait s'est passé, il y a déjà plusieurs années (1837), dans la pratique de mon excellent ami le docteur Parmentier. Des notes étendues prises de suite et conservées lui ont permis de m'en envoyer le résumé suivant :

Obs. IX. — Madame P..., primipare, taille petite, embonpoint, développement musculaire très prononcé. Après une grossesse normale qui arriva à son terme, les eaux s'échappèrent tout à coup sans douleur préalable. Douze heures après, le travail commença à dix heures du soir par des douleurs faibles d'abord, et qui s'accrurent peu à peu jusqu'à six heures du matin.

A ce moment la tête franchissait le détroit inférieur et faisait faire au périnée une forte saillie ; mais une fois là elle n'avança plus, malgré de vives contractions utérines. Pendant deux heures au moins le travail ne fit aucun progrès.

Je me décidai alors à l'application du forceps qui fut facile. Après beaucoup de tractions fortes et répétées, je parvins à faire franchir la vulve à la tête de l'enfant, en faisant repousser en arrière par un aide intelligent le périnée et la partie inférieure des grandes lèvres.

Croyant désormais toute difficulté vaine, j'attendis pour me contenter d'aider les efforts de la nature, mais la tête remontant pour ainsi dire se colla contre la vulve par sa base et y resta immobile.

Je fus alors porté à croire, ne voyant rien de particulier dans la conformation du bassin, que l'obstacle venait du développement des épaules de l'enfant. J'introduisis, avec assez de peine, l'indicateur de la main gauche courbé en crochet sous l'aisselle droite de l'enfant tournée du côté du sacrum, puis je tentai d'opérer la même manœuvre avec l'indicateur de la main droite sous l'aisselle gauche, mais le pubis de la femme y mit un obstacle insurmontable. J'arrivai seulement à amener le bras droit sur lequel je fis faire des tractions de haut en bas. Sous leur influence j'obtins quelques progrès et parvins enfin à atteindre l'aisselle gauche et amener le second bras. Après les avoir enveloppés d'un linge je me mis à tirer simultanément sur les deux bras avec une force soutenue et très grande, et finis par amener un enfant bien constitué, à épaules très développées ; mais il était mort pendant les manœuvres que j'ai cru devoir exercer pour le faire sortir du sein de sa mère. Quant à cette dernière elle se rétablit rapidement, bien qu'il fallût au bout de vingt-quatre heures aller chercher le délivre.

Il n'est pas douteux que l'embryotomie ne soit quelquefois nécessaire pour lever l'obstacle formé par la poitrine et les épaules. Dans plusieurs des observations que j'ai rapportées, il est certain qu'il eût été préférable d'y avoir recours, et qu'on eût peut-être sauvé les femmes, plutôt que de s'obstiner à tirer sur le cou jusqu'à sa rupture, qui est arrivée trois fois sur les vingt-six observations que j'ai analysées, ou jusqu'à ce que la mort de la mère s'en suivit. On ne saurait trop se pénétrer de l'idée que les tractions sur la tête sont un procédé détestable, dès l'instant que la disproportion entre le volume de la poitrine et la capacité des passages est un peu considérable, disproportion qui ne fait qu'augmenter par l'abaissement forcé des épaules sous l'influence des tractions croissantes. Bien que l'embryotomie appliquée à la poitrine ne rentre pas dans la classe des opérations réglées, et que le cas lui-même détermine souvent le procédé, je dois cependant faire remarquer qu'il importe beaucoup d'enlever les épaules, y compris les omoplates et les clavicules, et de tenter l'extraction après cette opération préliminaire. Si l'on était forcé d'aller plus loin, il ne faudrait pas perdre de vue que les crochets, le céphalotribe surtout, peuvent avoir pour effet la fracture de plusieurs côtes à leur partie moyenne, dont les fragments forment autant de pointes aiguës capables, non-seulement de percer la peau qui les recouvre, mais encore de s'implanter profondément dans les tissus de la mère. On éviterait ce danger en enlevant le sternum après avoir divisé les cartilages costaux sur ses bords.