REVUE PRATIQUE
D'OBSTÉTRIQUE
ET DE PÆDIATRIE

Février 1906

SOMMAIRE :

Dystocie des épaules dans les bassins normaux, par le docteur A. Fruhinsholz. 33
Diagnostic des viciations pelviennes, par le docteur A. Couvelaire 43
Revue clinique : Ostéomyélite chronique chez un nourrisson. Porte d'entrée d'origine obstétricale (R. Dupont) ; — Méningite cérébro-spinale (Sevestre et Lafosse, Guinon, Marfan, Netter). 58

DYSTOCIE DES ÉPAULES DANS LES BASSINS NORMAUX

Par le docteur **A. Fruhinsholz**.

A voir la facilité avec laquelle, dans la grande majorité des cas, les épaules d'abord, puis tout le tronc du fœtus se déroulent et glissent à travers l'anneau vulvaire, dès que la tête s'en est dégagée, du contraste inévitable qui s'établit entre la lutte longue et laborieuse par laquelle la tête, chez les primipares surtout, s'est creusée une voie dans le bassin mou et l'agilité du corps fœtal à profiter d'un assouplissement et d'une dilatation

Digitized by Google

history-of-obgyn.com

toute faite, l'idée devait naître, et elle est née et règne encore à l'heure actuelle, que « *là où la tête du fœtus a frayé la voie, le reste du corps passe toujours sans difficulté...* »

C'est à Jacquemier (1) que le mérite doit être attribué, d'avoir tenté le premier la réaction contre ce préjugé, malgré cela encore trop répandu.

En effet, tout peut n'être pas fini, quand la tête fœtale, au cas d'une présentation du sommet, a été spontanément ou artificiellement amenée hors des voies génitales. Il y a quelquefois, même dans un bassin normal, même avec un fœtus dont la conformation est normale, un temps d'arrêt plus ou moins difficile à abréger, et résultant de ce que l'enfant est bloqué par ses épaules particulièrement larges ou mal orientées. Ce temps d'arrêt réalise la *dystocie des épaules* d'origine purement fœtale, dégagée de tout élément étranger dans ce qu'elle a d'apparent.

La dystocie vraie des épaules est surtout le privilège d'enfants bien constitués par ailleurs, mais gros dans l'ensemble, trop gros, issus d'un « *gros œuf* » à la suite d'une forte quantité de liquide amniotique ; ils apparaissent taillés en athlètes et donnent comme ceux-ci *l'illusion* d'une tête petite relativement aux dimensions bisacromiales. Tel enfant de 4.890 grammes, dont nous

(1) JACQUEMIER, Du volume de la poitrine et des épaules considéré comme cause de dystocie dans les présentations de l'extrémité céphalique (*Gaz. hebd. méd. et chir.*, 1860).

Digitized by Google

history-of-obgyn.com

avons l'observation sous les yeux et qui peut être proposé comme type, offre les dimensions suivantes, qui mettent bien en évidence la disproportion des épaules par rapport à la tête :

Diamètre occipito-frontal	132	millimètres
— bis-acromial	150	—
Circonférence occipito-frontale. . . .	395	—
— — — des épaules	413	—

Les circonstances cliniques à la suite desquelles la dystocie des épaules peut se montrer, sont souvent les suivantes : la tête s'est *attardée* plus ou moins longuement au détroit inférieur, puis s'est dégagée spontanément ; mais, après avoir obliquement tourné son occiput soit à droite, soit à gauche, reste étroitement appliquée, « collée » en quelque sorte, à la vulve, n'obéissant pas aux tractions correctement effectuées pour engager *successivement* et normalement *l'épaule antérieure*, *puis l'épaule postérieure* à travers le diamètre coccy-pubien du détroit inférieur.

Mais il est des cas où on n'a pas pu attendre l'accouchement spontané : on a dû, par obéissance aux indications générales de l'intervention classique, faire une application de forceps, sans d'ailleurs toujours se rendre compte très exactement de la cause pour laquelle la tête fœtale n'avançait pas ; et de fait il n'est pas facile, à ce moment de l'accouchement, de situer l'obstacle d'une manière précise : ce peut être le détroit inférieur muscu-

Digitized by Google

history-of-obgyn.com

laire qui oppose une résistance anormale, ou la tête fœtale qui est trop grosse, comme aussi bien ce peuvent être les épaules qui, avant même l'issue de la tête, lorsqu'elles sont trop larges, viennent, en présentant leurs grandes dimensions à l'un des diamètres obliques du bassin, buter contre les parois de celui-ci et ralentir ou entraver même la progression du fœtus tout entier. Mais, en vérité, le diagnostic étiologique précis de la dystocie est à ce moment impossible : il deviendra une probabilité si, au cours de l'extraction artificielle, on observe que, malgré une bonne orientation de la tête et une conformation normale du détroit inférieur, on éprouve, avec des tractions régulières et soutenues, une résistance considérable et pour ainsi dire croissante. Cependant *le vrai diagnostic d'excès de volume des épaules ne se pose que lorsque la tête fœtale s'est plus ou moins péniblement dégagée ou laissée dégager*, généralement en position oblique droite ou gauche, intimement appliquée contre les parties maternelles ; encore le diagnostic ne sera-t-il formellement établi que par l'effet de la thérapeutique instituée.

Quoi qu'il en soit, la situation du fœtus retenu aux épaules ainsi que nous venons de la décrire est particulièrement critique et l'expose à une mort rapide : la respiration placentaire peut être entravée si le cordon est comprimé entre le tronc de l'enfant et les parois pelviennes de la mère ; la respiration pulmonaire, d'autre

Digitized by Google

history-of-obgyn.com

part, est insuffisante, sinon impossible, car le thorax fortement étreint est incapable de se dilater et l'accès de l'air jusqu'aux poumons empêché.

Il y a donc urgence à reconnaître l'obstacle pour le lever.

Le *diagnostic* de dystocie des épaules, à partir du moment où celle-ci exige un traitement *spécial*, est facile à poser. On peut *pratiquement* considérer que cette dystocie existe du moment où, le bassin étant normal, la tête étant sortie, les circulaires du cordon ayant été, comme on doit toujours le faire, reconnus, s'il en existe, et dégagés, cette tête subit un temps d'arrêt notable dans sa progression. En principe, ce temps d'arrêt, lorsque le bassin est normal, ce qu'un examen préalable bien fait aura toujours pu établir, peut être imputé à d'autres causes fœtales, telles qu'un cordon naturellement trop court ou le volume exagéré de l'abdomen ou du siège; mais l'indication clinique est pour ces cas univoque : du moment que la dystocie des épaules est vraisemblable, se comporter comme si elle existait vraiment et ne juger de l'exactitude du diagnostic qu'aux effets de la thérapeutique instituée : on verra ensuite ce qu'il y a lieu de faire.

Le diagnostic est porté, le fœtus est vivant. Quelle est la conduite à tenir?

Nous ne savons à ce moment qu'une chose, c'est que l'obstacle *paraît* être aux épaules. Mais ce que nous ne

Digitized by Google

history-of-obgyn.com

savons pas, c'est si cet obstacle est de petite ou de grosse importance. Aussi la première des conditions à réaliser sera-t-elle de *faciliter au maximum l'extraction du fœtus* et de tenter de reproduire le dégagement des épaules suivant son mécanisme normal : si l'obstacle est minime, ce pourra être suffisant. Pour cela on mettra la parturiente en position obstétricale, au bord du lit, les cuisses fortement fléchies sur l'abdomen. On éprouvera de nouveau dans cette situation ce que peuvent donner des tractions bien dirigées, *en arrière et en bas*, avec le but de bien engager l'épaule antérieure sous l'arcade pubienne ; elles seront exécutées de préférence avec les deux mains, prenant appui l'une sur l'occiput, l'autre sur le menton, soit directement, soit à travers un linge sec ; elles devront être *modérées, soutenues, sans secousses* ; elles seront faites, autant que possible, en coïncidence avec des contractions utérines, qu'on aura mises en jeu par des frictions exercées à travers la paroi abdominale ; elles prendront la tête *comme elle est, en évitant d'imprimer au cou aucun mouvement de torsion, ni d'inclinaison latérale exagérée sur une épaule ou sur l'autre.*

Mais on n'insistera pas sur ce mode de tractions s'il est mal efficace, car il est toujours dangereux, exposant le fœtus qui en est l'objet à des lésions vertébrales et musculaires (hématomes du sterno-mastoïdien) et surtout à des élongations et des déchirures des racines d'origine du plexus cervico-brachial, avec leurs conséquences sévères, souvent indélébiles.

Digitized by Google

history-of-obgyn.com

On insistera d'autant moins sur ce mode de tractions que, si ce sont les épaules qui accrochent vraiment, en amenant la tête de force, on fait en réalité glisser le thorax, dont la forme est celle d'un cône à base abdominale et à sommet cervical, comme un coin entre les deux épaules qui s'écartent et s'élargissent d'autant ; on tend à provoquer l'enclavement, « *on serre le nœud de la difficulté* » (Jacquemier).

Aussi a-t-on pu conseiller dans les cas de ce genre des tractions sur les creux axillaires ; ces tractions sont théoriquement excellentes, car elles tendent à faire glisser les moignons huméraux sur les régions latérales du cou et à diminuer ainsi le diamètre bis-acromial. Mais en pratique on accède difficilement à l'aisselle antérieure, dont l'épaule correspondante est arrêtée en arrière ou au-dessus des pubis ; d'autre part, pour insinuer un crochet digital actif dans l'aisselle postérieure, il est nécessaire d'introduire toute la main, et dès lors on se trouve dans des conditions telles, que la manœuvre suivante, plus héroïque, est réalisable.

Conseillée par Mauriceau, méthodiquement étudiée et préconisée par Jacquemier, cette manœuvre consiste à dégager successivement au dehors les deux bras, en les attirant d'abord sur le devant de la poitrine. Ainsi on « diminue l'obstacle, avant de chercher à lutter contre lui : en effet des tractions exercées sur les deux bras dé-

Digitized by Google

history-of-obgyn.com

gagés 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 bis-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 » (Jacquemier).

Mais Jacquemier n'indique pas quel bras on devra d'abord dégager : on choisira de préférence le *bras postérieur*, parce que plus accessible ; c'est en arrière en effet que la main de l'opérateur trouve surtout de la place pour pénétrer et évoluer.

On introduira la main qui, dans la situation intermédiaire entre la pronation et la supination, aura la paume tournée vers le dos du fœtus ; on la poussera le plus profondément possible, l'index et le médius venant faire attelle le long du bras et devant, par leurs extrémités, atteindre la région du coude ; on abaissera le bras en lui faisant raser par un mouvement de circumduction la face antérieure de la poitrine ; on évitera surtout de provoquer cet abaissement en accrochant l'aisselle et en faisant porter tout l'effort sur l'extrémité supérieure de l'humérus, ce qui entraînerait presque fatalement une fracture ou du moins un décollement épiphysaire de ce dernier ; ce procédé, plus expéditif mais plus brutal, ne pourra être employé, sauf une exception signalée ci-dessous, que si l'enfant a succombé.

Digitized by Google

history-of-obgyn.com

Le bras postérieur étant ainsi amené au dehors, l'accouchement du tronc dans la plupart des cas suivra sans difficulté; mais il peut arriver que cet abaissement soit insuffisant.

En ce cas, il y aura indication à décompléter la poitrine du fœtus de la deuxième épaule, l'épaule antérieure. Or celle-ci est souvent coïncée entre le thorax fœtal et la symphyse pubienne et, par suite, difficilement et douloureusement accessible à la main de l'opérateur; aussi trouvera-t-on avantage dans ces cas, — suivant le conseil de Varnier —, à *transformer* préalablement, par un mouvement de torsion imprimé à tout le fœtus par l'intermédiaire de la tête et du bras procident, *le bras antérieur en bras postérieur* ; dès lors ce bras sera devenu plus aisément accessible et pourra être abaissé sans difficulté.

Nous n'avons envisagé, dans les lignes précédentes, que la dystocie des épaules *purement fœtale*, abstraction volontairement faite de tout obstacle maternel. Les différentes manœuvres que nous avons indiquées réussissent dans tous les cas; elles sont par elles-mêmes suffisantes et nous dispensent par suite d'entrer dans le détail des embryotomies partielles (cleïdotomie, susacromiotomie, etc.) imaginées concurremment.

Un mot pour finir : dans les cas où, le fœtus étant vivant, on éprouve de la difficulté à réaliser correcte-

Digitized by Google

history-of-obgyn.com

ment et avec douceur l'abaissement d'un bras, le temps pressant, quand on aura reconnu l'impossibilité d'agir assez vite si on s'astreint à des ménagements, on n'hésitera pas à extraire le bras coûte que coûte, fût-ce au prix d'une fracture de l'humérus ou de la clavicule; ces fractures sont en somme facilement réparables et il vaut mieux amener un enfant vivant avec le bras cassé qu'un enfant mort intact : la conscience de l'accoucheur en ce cas fera taire son amour-propre.

Digitized by Google

history-of-obgyn.com