

## CHAPITRE VIII

### PRÉSENTATIONS DE L'ÉPAULE, DU BRAS OU DU TRONC. — PRÉSENTATIONS COMPLEXES, PROLAPSUS DU CORDON

Cas dans lesquels le grand diamètre du fœtus ne correspond pas au grand diamètre de la cavité utérine.

Dans les présentations étudiées jusqu'ici, le grand diamètre du fœtus correspondait au grand diamètre de la cavité utérine, et la naissance de l'enfant par les forces naturelles était la terminaison normale de l'accouchement. Il nous reste à étudier les cas importants dans lesquels le grand diamètre du fœtus ne correspond pas à celui de l'utérus, et se trouve placé en travers dans la cavité utérine. Dans la plupart de ces complications, c'est l'épaule ou quelque partie de l'extrémité supérieure du tronc qui se présente; on admet, en effet, que d'autres régions du corps, le dos ou l'abdomen par exemple, peuvent exceptionnellement reposer sur l'orifice à une période peu avancée du travail, mais ces présentations, à mesure que le travail avance, sont presque toujours remplacées par l'extrémité supérieure.

Toutes ces anomalies peuvent être considérées comme des présentations de l'épaule.

En pratique, nous pouvons nous restreindre à l'étude des présentations de l'épaule, leur subdivision en présentations du coude ou du bras n'étant pas plus nécessaire que la division des présentations de l'extrémité pelvienne en variétés du siège, du genou et des pieds, puisque le mécanisme et le traitement sont identiques, quelle que soit la partie de l'extrémité supérieure du tronc qui se présente.

### PRÉSENTATIONS DE L'ÉPAULE, DU BRAS, ETC. 427

Ce qui distingue les présentations dont nous nous sommes occupé de celles que nous considérons maintenant, c'est que l'accouchement par les forces naturelles est impossible, à cause des rapports du fœtus avec le bassin, excepté dans des circonstances spéciales et très rares, sur lesquelles nous ne pouvons jamais compter. Il faut donc absolument que l'accoucheur intervienne, et la sécurité de la mère et de l'enfant dépendent du diagnostic rapide de la position anormale du fœtus, car le traitement, relativement aisé et peu dangereux au début du travail, devient beaucoup plus difficile et même hasardeux si l'on a attendu trop longtemps.

L'accouchement par les forces naturelles est tout à fait exceptionnel.

Les présentations du tronc ont été souvent appelées *présentations transversales* ou *naissances en travers*; ces deux termes sont inexacts, car ils impliquent que le fœtus est placé transversalement dans la cavité utérine, ou qu'il est directement en travers du détroit supérieur. Or, ce fait ne se produit jamais, puisque l'enfant est placé obliquement dans l'utérus, dans une situation intermédiaire à son grand diamètre et son diamètre transversal.

Position du fœtus.

On divise les présentations de l'épaule en deux grandes variétés. Dans l'une, le dos de l'enfant regarde l'abdomen de la mère (fig. 111); dans l'autre, il est tourné vers sa colonne vertébrale (fig. 112). Chacune d'elles est subdivisée en deux variétés secondaires, selon que la tête de l'enfant est placée dans la fosse iliaque droite ou dans la fosse iliaque gauche. Ainsi dans les positions dorso-antérieures, si la tête est dans la fosse iliaque gauche, l'épaule droite de l'enfant se présente; si la tête est dans la fosse iliaque droite, c'est l'épaule gauche. De même, dans les positions dorso-postérieures, si la tête est dans la fosse iliaque gauche, c'est l'épaule gauche qui se présente; si elle est dans la fosse iliaque droite, c'est l'épaule droite. De ces deux variétés de positions, les dorso-antérieures sont les plus communes, dans la proportion de deux à un, dit-on.

Positions dorso-antérieures et dorso-postérieures.

Les causes de la présentation de l'épaule ne sont pas bien

Causes.

connues. Parmi celles qu'on cite le plus communément sont l'époque prématurée de la grossesse et un excès de liquide amniotique; ces deux circonstances, en augmentant la mobilité du fœtus dans la matrice, doivent avoir probablement une influence considérable. On a reconnu depuis longtemps que cette présentation se rencontre beaucoup plus souvent dans les naissances prématurées. L'obliquité anormale de l'utérus a sans doute quelque influence, car les premières douleurs peu-

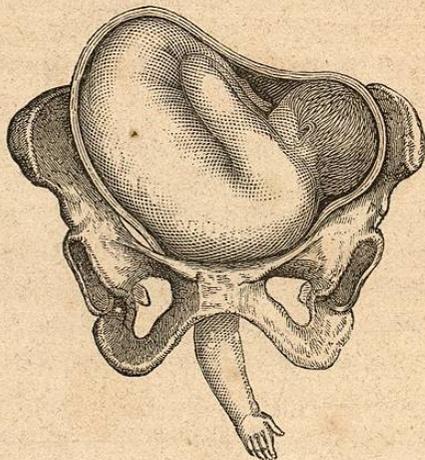


Fig. 111. — Présentation dorso-antérieure du bras.

vent dans ce cas forcer la partie qui se présente à se heurter contre le détroit supérieur et faire descendre l'épaule. L'insertion vicieuse du placenta, sur le segment inférieur de la cavité utérine, a été notée comme une cause prédisposante. Cette anomalie empêche la tête de reposer facilement sur le segment inférieur de l'utérus, et elle peut glisser dans l'une ou l'autre des fosses iliaques. Telle est l'explication de la fréquence de la présentation du bras dans les cas de placenta prævia partiel ou complet. Danyau et Wigand croient que les présentations de l'épaule sont favorisées par la forme irrégulière de la cavité utérine, et surtout par un accroissement relatif de son diamètre transverse. Cette théorie a été géné-

ralement discréditée par les auteurs; elle est certainement difficile à prouver, mais il paraît assez vraisemblable qu'il puisse exister quelque particularité de forme qui échappe à notre investigation, et suffisante cependant pour influencer la position du fœtus. Comment expliquer autrement ces observations, remarquables et nombreuses, dans lesquelles les mêmes positions vicieuses se reproduisent dans plusieurs accouchements successifs? Ainsi Joulin rapporte qu'une femme eut une pré-



Fig. 112. — Présentation dorso-postérieure du bras.

sentation du bras dans trois grossesses successives, et une autre une présentation de l'épaule dans trois grossesses sur quatre. Certainement le retour persistant du même vice de présentation ne peut être expliqué que par l'hypothèse de quelque cause persistante aussi, comme celles que nous venons de rapporter.

Il est probable que des circonstances purement accidentelles ont la plus grande influence sur la production de la présentation de l'épaule, des chutes, par exemple, ou une compression trop forte exercée sur l'abdomen par un vêtement mal fait ou un corset serré. Les positions partiellement transversales pen-

dant la grossesse sont beaucoup plus communes qu'on ne le croit généralement et peuvent souvent être reconnues par le palper abdominal<sup>1</sup>. Ces positions vicieuses ont une tendance à se rectifier, soit avant que le travail ne commence, soit pendant la première période de l'accouchement; mais il est très facile de comprendre comment toute compression persistante, comme celles dont nous avons parlé plus haut, puisse rendre définitive une position qui sans cela n'eût été que temporaire.

Pronostic  
et fréquence.

D'après les statistiques de Churchill, les présentations de l'épaule s'observent environ une fois sur deux cent soixante; elles sont donc un peu moins fréquentes que celles de la face. Le pronostic pour la mère et pour l'enfant est beaucoup plus défavorable; Churchill estime, d'après 235 accouchements, qu'on a perdu une femme sur neuf et la moitié des enfants. Le pronostic dans chaque cas particulier varie naturellement beaucoup selon le moment de l'accouchement où la présentation a été reconnue. Si elle est constatée de bonne heure, l'intervention est facile, et le pronostic doit être favorable, mais il est peu de difficultés obstétricales plus sérieuses qu'une présentation de l'épaule dont le traitement nécessaire a été retardé jusqu'à ce que la partie qui se présente soit fortement engagée dans la cavité pelvienne.

Diagnostic.

Ce fait étant bien gravé dans l'esprit, il est évident qu'on doit absolument s'assurer du diagnostic; et il est surtout important que nous puissions découvrir non seulement si c'est l'épaule ou le bras qui se présente, mais aussi que nous déterminions de quel côté, et comment le corps et la tête de l'enfant sont placés.

L'existence d'une présentation de l'épaule n'est généralement pas suspectée, jusqu'à ce que le premier examen vaginal soit pratiqué pendant le travail. Le médecin est alors frappé de l'absence de la tête fœtale; et, si l'orifice est ouvert, il trouve les membranes saillantes et de forme allongée, phénomène

1. Voyez sur ce sujet le Traité de M. le Dr Pinard que nous avons déjà signalé p. 134.

commun à cette présentation et à toutes les présentations vicieuses. Si la partie qui se présente est trop élevée pour être atteinte, comme cela arrive souvent au début du travail, il fera un essai pour reconnaître la présentation par le palper abdominal. C'est là un point très-important, car il est beaucoup plus aisé de reconnaître par ce procédé les présentations de l'épaule que celles du siège et des pieds; et, à ce moment, il est non seulement possible, mais relativement facile, de modifier la position du fœtus par les manipulations abdominales seules, et d'éviter ainsi de pratiquer la version, opération toujours sérieuse. La méthode pour découvrir une présentation de l'épaule par l'examen de l'abdomen a déjà été décrite (p. 131), et il n'est pas nécessaire de la répéter. Les signes principaux sont la forme différente de l'utérus, et la présence de deux masses solides, la tête et le siège, une dans chaque fosse iliaque. La facilité avec laquelle ces parties peuvent être reconnues varie beaucoup chez les différents sujets. Chez les femmes maigres, aux parois abdominales lâches, il est aisé de les sentir, tandis que, chez les femmes très-grasses, c'est fort difficile. Si cette méthode ne donne aucun résultat, nous pouvons nous en rapporter aux examens vaginaux, bien qu'il ne soit pas toujours facile d'acquiescer par ce moyen des renseignements exacts avant la rupture des membranes, si la partie qui se présente est élevée dans le bassin. La difficulté est augmentée par l'importance capitale qu'il y a à conserver les membranes intactes aussi longtemps que possible. Il faut donc se rappeler que, lorsqu'on soupçonne une présentation de la partie supérieure du tronc, on ne doit pratiquer les examens que dans l'intervalle des douleurs, pendant que les membranes sont flasques, et non pas lorsqu'elles sont tendues par les contractions utérines.

L'épaule, le coude ou la main pouvant se présenter, je décrirai séparément les particularités de chacune de ces régions, et les moyens de distinguer à quel côté du corps appartient celle qui se présente.

1<sup>o</sup> On reconnaît l'épaule à une proéminence arrondie et lisse,

Les présentations de l'épaule peuvent souvent être reconnues par le palper abdominal.

Epaule.

en un point de laquelle on peut souvent sentir le bord aigu de l'acromion. Si l'on a pu introduire le doigt assez haut, on arrive quelquefois jusqu'à la clavicule et à l'épine de l'omoplate. Un examen encore plus complet permet de découvrir les côtes et les espaces intercostaux, signes tout à fait pathognomoniques de la présentation, parce que rien ne leur ressemble dans une autre partie du corps. D'un côté de l'épaule, on découvre généralement le creux axillaire.

Diagnostic de la position.

La position est déterminée en recherchant dans quelle fosse iliaque se trouve la tête. On y arrive de deux façons : 1<sup>o</sup> Il est généralement facile de la sentir à travers les parois abdominales, par le palper. 2<sup>o</sup> Comme nous savons que le creux axillaire doit toujours regarder vers les pieds, s'il est tourné du côté gauche, la tête est dans la fosse iliaque droite; s'il est tourné du côté droit, elle est dans la fosse iliaque gauche. En outre, l'épine de l'omoplate correspond au dos de l'enfant et la clavicule à son abdomen; l'un ou l'autre de ces signes nous indique si la position est dorso-antérieure ou dorso-postérieure. Si l'on ne peut déterminer la position d'une façon satisfaisante par ces moyens, il est d'une pratique tout à fait légitime d'amener doucement le bras à la vulve, pour examiner la main et voir si c'est la gauche ou la droite. Cet expédient jugera la question; cependant il vaut mieux éviter d'y avoir recours si c'est possible, car il augmente un peu la difficulté de la version, sans créer toutefois d'obstacles sérieux; mais le bras peut être lésé dans la tentative qui est faite pour l'amener en bas.

Diagnostic différentiel de l'épaule.

La seule région que l'on puisse confondre avec l'épaule, c'est le siège; mais nous avons des signes suffisants pour éviter une semblable méprise: le volume du siège est plus considérable; on trouve un sillon dans lequel sont situés les organes génitaux, une seconde proéminence, formée par l'autre fesse, et en même temps les apophyses épineuses des vertèbres sacrées.

Coude.

2<sup>o</sup> On sent rarement le *coude* à l'orifice; mais il serait aisé de le reconnaître à la saillie aiguë de l'olécrâne, située entre deux

autres saillies moins distinctes, les condyles. Si nous nous rappelons que le coude regarde toujours vers les pieds, la position du fœtus sera facilement diagnostiquée.

3<sup>o</sup> On reconnaît aisément la présentation de la *main*, qu'on ne pourrait confondre qu'avec le pied. Elle s'en distingue par les caractères suivants: ses deux bords sont de la même épaisseur, les doigts plus largement espacés, et on les sépare plus facilement l'un de l'autre que les orteils; le pouce est très mobile, il peut être croisé dans la paume de la main et placé en opposition avec chacun des doigts, ce qu'il est impossible de faire avec le gros orteil.

Main.

Il est aisé de dire quelle est la main qui se présente. Si elle est dans le vagin ou hors de la vulve, et d'un accès facile, on la distingue en la prenant comme pour lui donner une poignée de main. Si sa paume correspond à la paume de celle de l'accoucheur, les deux pouces étant juxtaposés, c'est la main droite; c'est la gauche au contraire si la paume de la main de l'accoucheur tombe sur la face dorsale de celle du fœtus. Il y a un autre moyen fort simple: que le praticien suppose sa main placée dans la même position que celle du fœtus; il pourra ainsi vérifier son diagnostic antérieur. Il suffit alors d'un raisonnement bien simple pour reconnaître comment le corps de l'enfant est situé; en effet, si la main est en supination, le dos de la main regarde le dos de l'enfant, la paume son abdomen, le pouce la tête, et le petit doigt les pieds.

Manière de distinguer l'une ou l'autre main.

On pourrait contester l'utilité d'une description du mécanisme de l'accouchement dans les présentations de l'épaule, parce qu'on ne doit pas le laisser s'effectuer, ces présentations, si elles sont abandonnées à elles-mêmes, conduisant presque invariablement aux conséquences les plus graves. Cependant la nature, même dans ces anomalies, n'est pas absolument désarmée; et il est bon de connaître les moyens qu'elle emploie pour terminer l'accouchement dans ces positions vicieuses. Il y a deux terminaisons possibles de la présentation de l'épaule. Dans l'une, connue sous le nom de *version spontanée*, une

Mécanisme.

Terminaison par  
version ou évolution  
spontanée.

région du fœtus se substitue à celle qui se présentait à l'origine; dans l'autre, appelée *évolution spontanée*, le fœtus est expulsé par compression à travers le bassin, et sans que la partie qui se présente ait été remplacée par une autre. Cependant on ne saurait trop se rappeler qu'il ne faut jamais, dans la pratique, compter ni sur l'un ni sur l'autre de ces procédés.

Version spontanée.

La version spontanée peut se faire avant ou immédiatement après la rupture des membranes, lorsque le fœtus est encore mobile dans la cavité de l'utérus. On rapporte quelques exemples authentiques dans lesquels l'accouchement eut une heureuse issue après l'engagement complet de l'épaule au détroit supérieur depuis un temps considérable, ou même après le prolapsus du bras; mais ces faits doivent être d'une rareté extrême. La partie qui se présentait à l'origine peut être remplacée soit par la tête, soit par le siège.

Le mécanisme précis de la version spontanée, ou les circonstances qui la favorisent ne sont pas suffisamment connus pour permettre aucune affirmation positive à ce sujet. Cazeaux croyait qu'elle était produite par une contraction partielle ou irrégulière de l'utérus, un côté se contractant énergiquement, tandis que l'autre restait inerte ou ne se contractait qu'à un faible degré. Pour montrer comment ce phénomène peut effectuer la version spontanée, supposons que l'enfant ait la tête dans la fosse iliaque gauche. Si le côté gauche de l'utérus se contracte plus fortement que le côté droit, il tendra nécessairement à pousser la tête et l'épaule vers celui-ci, jusqu'à ce que la tête vienne se présenter à la place de l'épaule. Geneuil<sup>1</sup> en a rapporté un cas intéressant qui s'est déroulé sous ses yeux; le siège se substitua à l'épaule gauche par version spontanée, plus de quatre heures après la rupture des membranes. L'utérus était trop fortement contracté pour que la version fût possible. Il put observer que le côté de l'organe où se trouvait la tête se contractait énergiquement, tandis que l'autre

<sup>1</sup> 1. *Ann. de gynéc.*, 1876.

restait lâche, et, sans intervention, le siège arriva au détroit supérieur. L'action accommodatrice naturelle de l'utérus, et la tendance du grand axe de l'enfant à se diriger dans le grand axe de l'utérus facilitent sans doute la transformation; du reste, cela dépend beaucoup de la mobilité du fœtus dans chaque cas particulier. Il est certain que ces modifications surviennent souvent dans les dernières semaines de la grossesse et avant que le travail n'ait commencé, elles sont même beaucoup plus fréquentes qu'on ne le suppose généralement. Lorsque la version spontanée s'opère, elle constitue un phénomène très favorable, et la terminaison et le pronostic de l'accouchement sont alors les mêmes que si la tête ou le siège s'était présenté à l'origine.

Le mécanisme de l'évolution spontanée, étudié avec soin pour la première fois par Douglas, a été si souvent et si exactement décrit, que nous savons d'une façon précise comment il se produit. Bien que, de temps à autre, on rapporte l'observation d'un enfant né vivant par ce procédé, c'est un fait excessivement rare, et il n'est pas douteux que la croyance générale soit vraie, c'est-à-dire que l'évolution spontanée ne puisse se produire que lorsque le bassin est anormalement grand et l'enfant petit, et qu'elle provoque fatalement la mort du fœtus, par l'énorme compression à laquelle il est soumis. Evolution spontanée.

On a décrit deux variétés: dans l'une, la tête naît la première, dans l'autre, c'est le siège; dans toutes les deux, le bras se présentant à l'origine reste en prolapsus. La première variété est extrêmement rare, et on suppose qu'elle n'est possible qu'avec des enfants prématurés, dont le corps est petit et flexible, et lorsqu'une traction a été faite sur le bras qui se présente. Dans ces circonstances, il est difficile de qualifier cette terminaison de naturelle, et nous reporterons toute notre attention sur la seconde variété, qui est la plus commune.

Voici comment les choses se passent. Le bras et l'épaule qui se présentent sont énergiquement poussés, aussi loin que possible, par les contractions utérines, et la tête est fortement fléchie sur l'épaule. Toute la partie du tronc du fœtus que l'exca-

vation peut contenir se trouve engagée, et il se produit alors un mouvement de rotation qui amène le corps de l'enfant à peu près dans le diamètre antéro-postérieur du bassin (fig. 113). L'épaule fait saillie sous l'arcade du pubis, la tête est située au-dessus de la symphyse, et le siège est près de l'articulation sacro-iliaque. L'épaule et le cou de l'enfant deviennent des points fixes, autour desquels tourne le corps, et toute la force des contractions utérines porte sur le siège. Ce dernier s'abaisse

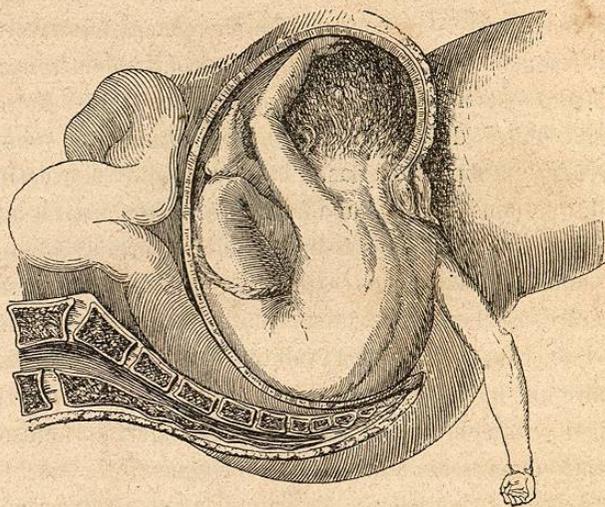


Fig. 113. — Évolution spontanée au début.

de plus en plus, ainsi que le tronc, jusqu'à ce qu'enfin le thorax arrive à la vulve et se dégage lentement, suivi du siège et des extrémités inférieures (fig. 114). Aussitôt que les membres sont sortis, la tête est facilement expulsée.

On doit comprendre à quelle énorme compression le corps de l'enfant est soumis par ce procédé. Tout ce que je puis dire au point de vue de la conduite à tenir pour terminer l'accouchement dans cette variété de présentation, c'est que, si nous nous trouvons en présence d'un cas où l'épaule et le thorax soient assez engagés pour rendre la version impossible, et où la nature semble tenter l'évolution spontanée, nous serons auto-

risés à faciliter la descente du siège par une traction sur l'aîne, avant de recourir à l'embryotomie ou à la décollation, opérations difficiles et hasardeuses.

Il est inutile d'étudier d'une façon spéciale le traitement de la présentation de l'épaule, parce qu'il consiste essentiellement à pratiquer la version que nous décrirons ailleurs. Je n'insisterai que sur les moyens qui permettent de faire l'opération de manière à pénétrer le moins possible dans l'utérus. Si on

Conduite à tenir.

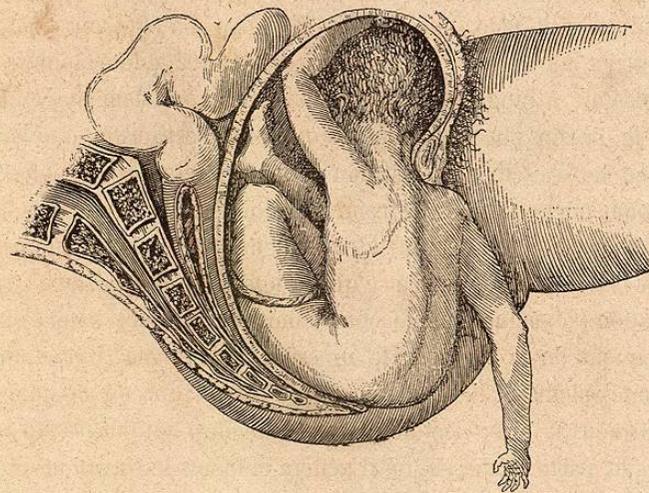


Fig. 114. — Évolution spontanée plus avancée.

diagnostique la présentation avant que les membranes ne soient rompues, on tentera — généralement avec succès — la version par les manipulations externes seulement. Si l'on peut réussir à amener le siège ou la tête à l'orifice par ce procédé, l'accouchement ne sera guère plus difficile qu'avec une présentation de ces parties. Si l'on échoue, on essayera de faire la version par manœuvres externes et internes combinées, et on réservera l'introduction de la main tout entière pour ces cas plus difficiles dans lesquels les eaux sont écoulées depuis longtemps, et par conséquent où les deux premières méthodes sont inapplicables.