

dans le sens de la portion rétrécie du bassin, elle ne peut du moins rien faire pour le diminuer : et la réduction de toute autre partie de la tête fœtale n'importe guère.

Action dynamique
du forceps.

L'introduction seule du forceps détermine quelquefois un redoublement de l'action utérine, par l'irritation réflexe que produit la présence d'un corps étranger dans le vagin. On a appelé ce phénomène l'action dynamique du forceps; mais on ne doit pas le considérer autrement qu'un résultat accidentel.

J'ai indiqué dans différents chapitres les circonstances qui nécessitent l'emploi du forceps; leur récapitulation serait une redite inutile, je me bornerai donc à décrire la manière de se servir de l'instrument.

Distinction entre les
applications au détroit
supérieur ou dans l'ex-
cavation.

Avant de le faire, il est bon de répéter ce que j'ai déjà dit sur la différence qui existe entre l'opération pratiquée au détroit supérieur et celle qui est faite dans l'excavation. Lorsque la tête est basse, l'application du forceps est extrêmement simple; et lorsqu'il n'y a aucune disproportion entre la tête et le bassin, qu'on cherche seulement par une légère traction à remédier à l'absence du pouvoir expulsif, l'opération, entre les mains d'un accoucheur suffisamment instruit, doit être tout à fait sans danger pour la mère et pour l'enfant. C'est tout différent lorsque la tête est arrêtée au détroit supérieur ou dans le haut du bassin. L'application du forceps est alors une opération qui exige une grande habileté pour être bien faite, et qui ne doit jamais être entreprise sans de sérieuses considérations. C'est parce qu'on a confondu ces deux variétés d'opération, que l'emploi de l'instrument n'est regardé par bien des médecins qu'avec une terreur déraisonnable.

Considérations
préliminaires.

Avant de songer à l'introduction du forceps, il faut considérer quelques points avec attention :

- 1° Les membranes doivent, naturellement, être rompues.
- 2° Pour appliquer le forceps aisément et avec sécurité, il est bon que l'orifice soit complètement dilaté, et le col rétracté par-dessus la tête. Cependant, ces deux points ne sauraient être considérés, ainsi que l'ont fait plusieurs auteurs, comme

une condition *sine qua non*. Nous sommes souvent appelés à employer l'instrument dans des cas où, malgré la dilatation complète de l'orifice, on peut sentir le rebord du col en quelque point de la circonférence de la tête, surtout lorsque la lèvre antérieure est serrée entre elle et la paroi du bassin. Pourvu qu'on ait soin de garantir le col avec les doigts d'une main, lorsque l'instrument est introduit, on n'a pas à craindre de lésions de ce côté. Si l'orifice n'est pas complètement dilaté, mais assez cependant pour permettre le passage du forceps, l'opération, dans une circonstance pressante, est tout à fait justifiée, mais elle est un peu plus délicate.

3° La position de la tête sera soigneusement reconnue, à l'aide des sutures et des fontanelles. Sinon, l'opération est hasardeuse et mauvaise, parce que l'accoucheur ne peut pas en diriger exactement la marche. Il peut se faire que l'occiput soit tourné en arrière; et, bien que ce ne soit pas une contre-indication de l'application du forceps, c'est un cas qui exige des précautions spéciales.

4° La vessie et l'intestin doivent être vidés.

Avant de procéder à l'opération, la question de l'anesthésie doit être discutée. Dans un cas où l'on prévoit des difficultés, il est très-utile de faire respirer le chloroforme jusqu'à l'anesthésie chirurgicale, pour maintenir la femme aussi tranquille que possible; mais, chaque fois que cela est nécessaire, un confrère devra prendre la responsabilité de l'administration. Dans les cas simples, je crois qu'il est préférable d'éviter l'anesthésie, d'abord parce qu'elle peut arrêter les douleurs s'il y en a, et c'est un grand désavantage, mais surtout parce que la femme soumise à une anesthésie partielle est inconsciente, s'agite et se place dans des situations défectueuses qui rendent l'application de l'instrument fort difficile. En outre, la femme qui n'est pas anesthésiée peut aider l'opérateur en prenant d'elle-même l'attitude la plus convenable.

Dans la description du procédé opératoire, je commencerai par la variété la plus simple, la tête descendue dans l'exca-

Doit-on donner
des anesthésiques?

Manuel opératoire.

Orbis

vation. Puis je signalerai les particularités de l'opération lorsque la tête est élevée.

Position de la femme. Je crois qu'il ne saurait y avoir aucun doute sur la position que doit prendre la femme : la meilleure est incontestablement celle qui est adoptée généralement en Angleterre. Sur le Continent et en Amérique, le forceps est toujours appliqué la femme étant couchée sur le dos, position qui l'oblige à se découvrir inutilement et exige un plus grand nombre d'aides. Dans certains cas de difficultés exceptionnelles, le décubitus dorsal a certainement son utilité, mais nous pouvons, au moins, commencer l'opération dans la position ordinaire, puis mettre la femme sur le dos si cela devient nécessaire.

Importance d'une bonne position.

Si la femme est bien placée, l'introduction des branches sera beaucoup plus facile. Il est bon, à mon avis, de rechercher avant tout si l'on va opérer au détroit supérieur ou dans l'excavation; c'est un point très important. La femme sera mise tout à fait sur le côté du lit, les fesses bien parallèles, un peu en saillie sur le bord, le corps presque directement en travers du lit, à peu près à angle droit avec les hanches, les genoux relevés sur l'abdomen (fig. 154). De cette façon, lorsque la branche supérieure est introduite, il n'y a aucun risque que son manche ne vienne à toucher le lit.

Les branches seront trempées dans de l'eau tiède, graissées de cold-cream, et placées à portée de la main.

Ces préliminaires achevés, l'accoucheur, assis près du lit, vis-à-vis des fesses de la femme, peut commencer l'opération.

Direction dans laquelle les branches doivent être introduites.

Dans quelle direction doit-il introduire les branches? Voilà une grande question. La règle presque universellement fixée par nos ouvrages classiques est celle-ci : dans la plupart des applications de forceps, il faut placer les cuillers aussi près que possible des oreilles de l'enfant, sans avoir égard aux diamètres du bassin. Donc, si la tête n'a pas opéré sa rotation, si elle est encore dans la direction d'un diamètre oblique, les branches seront introduites dans le diamètre oblique opposé; c'est-à-dire que la situation du forceps par rapport au bassin varie

selon la position de la tête. Quelques auteurs ont même érigé en règle que le forceps est contre-indiqué lorsqu'on ne peut pas sentir une oreille, mais ce serait limiter considérablement l'application de cet instrument, et il y a des cas où elle est indiquée d'urgence et dans lesquels il est très-difficile, impossible même, de sentir l'oreille. Il est admis que, lorsque la tête est élevée, les cuillers doivent être introduites dans le diamètre transverse du bassin, sans avoir égard à la position de la tête.

Le meilleur procédé est de les introduire dans le diamètre transverse.

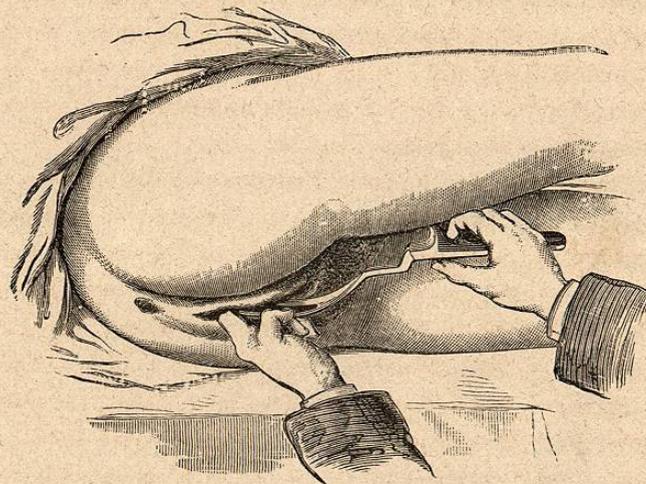


Fig. 154. — Position de la femme pour l'accouchement par le forceps et mode d'introduction de la branche inférieure.

Sur le Continent, les accoucheurs recommandent d'appliquer cette règle à tous les cas d'opération avec le forceps, que la tête soit haute ou basse, et depuis plusieurs années j'ai adopté cette méthode; quelle que soit la position de la tête, j'introduis toujours les branches dans le sens du diamètre transverse du bassin, sans me préoccuper de saisir le diamètre bi-pariétal de la tête fœtale. Le Dr Barnes, dans son ouvrage classique sur les opérations obstétricales, déclare avec énergie que, quoi que nous fassions, et malgré tous nos efforts pour placer les cuillers en rapport avec la tête de l'enfant, elles se dirigent sur les côtés du bassin, et la trace des fenêtres sur la tête montre toujours qu'elle a été saisie par le front et le côté de l'occiput. Je ne doute pas

de l'exactitude parfaite de cette observation; il est donc inutile de compliquer l'opération par des tentatives pour modifier la position des branches selon chaque cas : c'est embarrasser le chirurgien inexpérimenté et créer des difficultés que nous devons au contraire chercher à aplanir. Par conséquent, bien que je conseille fortement de préciser la position de la tête pour se rendre un compte exact de l'opération, je ne pense pas qu'il soit essentiel de guider sur elle l'introduction du forceps.

Manière d'introduire la branche inférieure.

En général, la branche inférieure, saisie légèrement entre les extrémités de l'index, du médius et du pouce, sera introduite la première. Ainsi tenue, nous en sommes parfaitement maîtres, et nous pouvons apprécier à tout instant le moindre obstacle à son passage. Nous glisserons dans le vagin deux ou trois doigts de la main gauche, le long de la tête, comme guides, et nous aurons soin, si le col est accessible, de les placer en dedans de lui, pour éviter toute crainte de lésion.

Il faut déployer une grande douceur.

Le manche de l'instrument étant alors relevé, l'extrémité de la branche chemine sur la face palmaire des doigts qui lui servent de guide, jusqu'à ce qu'elle arrive à la tête (fig. 154). Elle doit d'abord être introduite dans l'axe du détroit inférieur. Mais, à mesure qu'elle avance, il faut abaisser le manche et le porter en arrière, avec de petits mouvements de latéralité, tout en se rappelant qu'il est de la plus haute importance de déployer toujours la plus grande douceur. Si nous sentons un obstacle, nous devons retirer l'instrument en partie ou tout à fait, et essayer de l'éviter, mais non de le forcer. La branche ainsi guidée arrive sur la convexité de la tête, son extrémité toujours maintenue légèrement en contact avec elle, jusqu'à ce qu'elle ait atteint sa position définitive. Dès qu'elle est complètement introduite, le manche est porté en arrière vers le périnée et mis entre les mains d'un aide. L'introduction ne doit être faite que pendant les intervalles des douleurs, et arrêtée dès qu'une contraction se fait sentir; sans cette précaution, les parties molles du canal pelvi-génital pourraient être lésées.

La seconde branche est introduite directement en face de la première, et en général un peu plus difficilement, parce que celle qui est déjà entrée occupe un certain espace. On la glisse le long de deux doigts, et avec les mêmes précautions, pour la diriger et l'introduire; mais son manche, au lieu d'être relevé, sera d'abord abaissé (fig. 155).

Introduction de la branche supérieure.

Celui qui a été remis à un aide est alors repris par l'opérateur, qui les rapproche l'un de l'autre. Si les branches sont con-

Articulation.

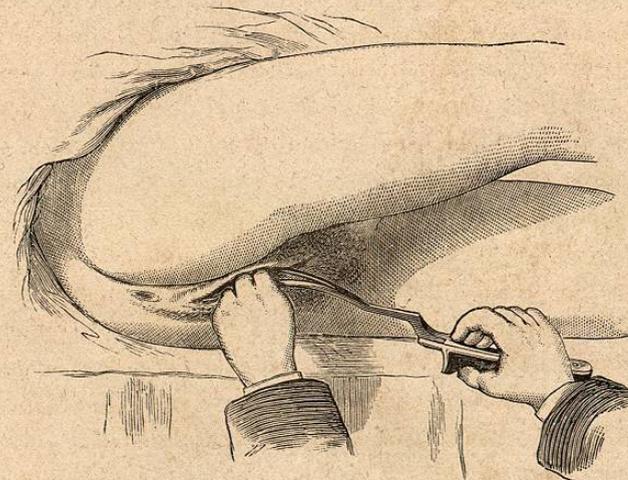


Fig. 155. — Introduction de la branche supérieure.

venablement introduites, il n'y a aucune difficulté à articuler; mais, si l'on n'y arrive pas facilement, on doit retirer l'une des deux branches en partie ou tout à fait, et la réintroduire avec les mêmes précautions que la première fois. Il faut aussi s'assurer qu'on n'a saisi dans la mortaise ni les poils, ni aucune partie molle de la femme.

Lorsque les branches sont articulées, nous pouvons commencer notre traction. Nous saisissons alors les manches avec la main droite, n'exerçant qu'une pression suffisante pour tenir solidement la tête, et empêcher les cuillers de glisser. Nous nous aiderons, si cela est nécessaire, de la main gauche pour soutenir la droite, pendant nos efforts de traction; et, pendant

Traction.

Il faut éviter les tractions trop rapides.

le dernier stade de l'opération, elle sera employée à relâcher le périnée lorsqu'il est distendu par la tête de l'enfant. La traction doit toujours être faite dans la direction de l'axe du bassin, d'abord en arrière, vers le périnée, dans l'axe du détroit supérieur, et, à mesure que la tête descend et que le vertex fait saillie à travers la vulve, dans celui du détroit inférieur. Nous ne devons tirer que pendant les contractions; si elles font dé-

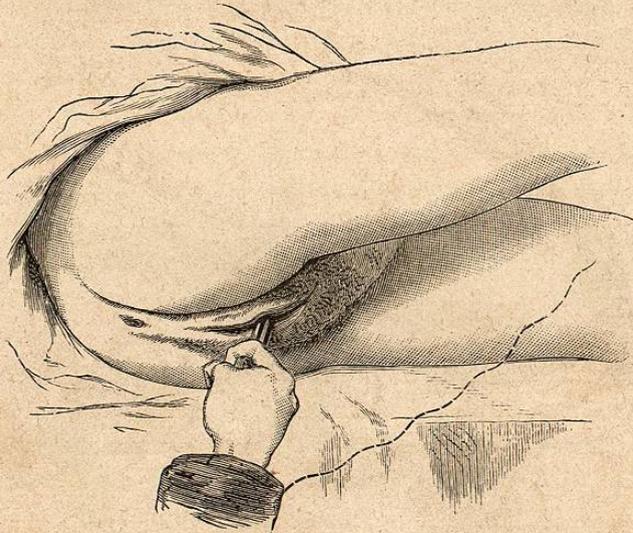


Fig. 156. — Forceps en place, traction dans l'axe du détroit supérieur, en bas et en arrière.

faut, nous les imiterons en n'agissant qu'à intervalles. C'est là un point qui mérite d'attirer l'attention, car il n'y a pas d'erreur plus commune que celle qui consiste à se hâter de terminer l'accouchement. La seule objection sérieuse que je connaisse contre l'emploi plus fréquent du forceps dans les accouchements languissants est la crainte que, l'utérus ayant été vidé soudainement en l'absence de contractions, il ne survienne une hémorrhagie, et on ne saurait nier que cette objection ait un certain poids. Toutefois, si l'on a soin d'opérer doucement et de laisser écouler quelques minutes entre chaque effort de traction, tout en provoquant en même temps les contractions uté-

rines par des frictions, on ne peut pas la considérer comme une contre-indication. Outre la traction directe, nous pouvons imprimer à l'instrument un léger mouvement de va-et-vient d'un manche à l'autre, pour nous aider de son pouvoir comme levier; mais on ne doit l'exécuter que dans une mesure très-limitée, et toujours le subordonner à la traction directe.

Mouvement de pendule.

Procédant ainsi avec lenteur et précaution, mesurant soi-

Descente de la tête.

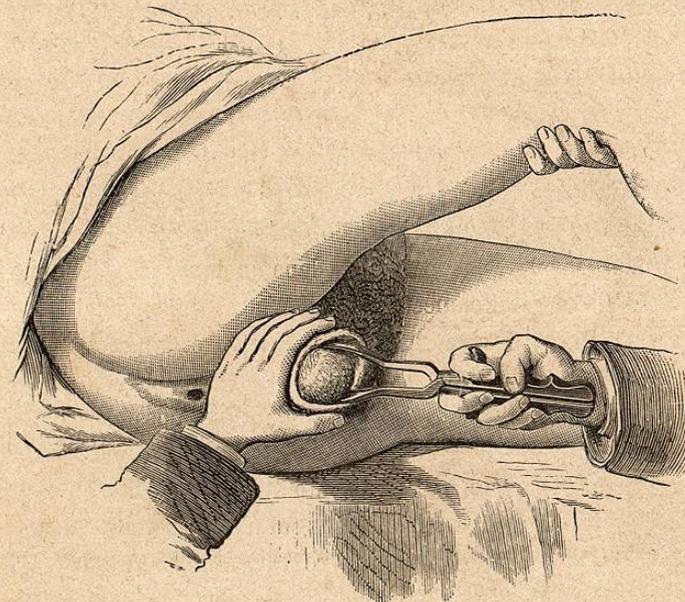


Fig. 157. — Dernier temps de l'extraction, les manches du forceps relevés vers le ventre de la mère.

gneusement la force déployée aux exigences de chaque cas, nous observerons que la tête commence à descendre, et nous pourrons en calculer la marche de temps en temps, avec les doigts de la main qui est inactive.

Lorsque la tête est placée dans le diamètre oblique, sa parfaite adaptation à la cavité pelvienne lui permet, à mesure qu'elle descend, de tourner dans la direction du diamètre antéro-postérieur sans aucun effort de la part de l'opérateur, pourvu toutefois que la traction soit suffisamment lente et graduelle. Dès que la tête est sur le point de sortir, il est né-

La rotation se fait spontanément.

cessaire de relever les manches de l'instrument vers le ventre de la mère, et de veiller attentivement au périnée, qui est toujours très-tendu, pour en prévenir la déchirure (fig. 457). Si, comme cela arrive souvent, les douleurs ont augmenté, et que le périnée soit mince et bombé, il vaut mieux enlever les branches doucement et laisser l'accouchement se terminer seul; cependant, en prenant toutes les précautions désirables, on peut se dispenser de cette dernière manœuvre.

Les particularités de l'accouchement par le forceps dans les positions occipito-postérieures ont déjà été étudiées (p. 424); je n'ai pas besoin de les rappeler.

Lorsqu'on pratique l'application du forceps au détroit supérieur, l'introduction des branches est beaucoup plus difficile, à cause de l'élévation de la partie qui se présente, du chemin qu'il faut leur faire parcourir, et, dans quelques cas, de la mobilité de la tête qui empêche de la saisir convenablement. Toutefois les principes généraux d'introduction et de traction sont identiques. Si l'opération est tentée avant que la tête soit entrée au détroit, elle doit être fixée autant que possible par une compression sur l'abdomen. En conduisant les lames sur la tête, il faut apporter une grande attention pour éviter de léser les parties maternelles, surtout si le col n'est pas complètement hors d'atteinte. Il est bon, dans ce cas, d'introduire la main gauche tout entière comme guide, pour être certain de placer l'instrument dans l'intérieur du col et de ne pas le déchirer.

Quelques auteurs conseillent de porter la branche du côté du sacrum, jusqu'à ce que son extrémité soit près du promontoire, puis de la faire tourner dans le bassin, sous la protection des doigts, et de l'amener ainsi en position sur la tête. Cette méthode, recommandée par Ramsbotham, Hall Davis, et d'autres accoucheurs éminents, peut certainement rendre quelques services dans des cas difficiles, surtout lorsque pour une raison quelconque il n'est pas possible de placer les fesses sur le bord du lit, et qu'il est difficile d'effectuer l'abaissement indispensable du manche de la branche supérieure. Mais c'est une

Dégagement
de la tête.

Forceps dans les positions occipito-postérieures.

Applications au détroit supérieur.

Mode particulier d'introduction des branches.

complication de la manœuvre, et il est rare que les lames ne puissent pas être introduites par la méthode ordinaire.

Lorsqu'on articule, il faut soigneusement éviter tout mouvement brusque, car les extrémités des cuillers sont maintenant dans la cavité utérine, et il serait facile de produire des lésions. Si nous éprouvons quelques difficultés, plutôt que d'employer la force, mieux vaut retirer une des branches et la réintroduire dans une direction plus favorable. Si les cuillers ont une longueur suffisante, il n'y a aucun risque de saisir dans la mortaise les parties molles de la mère, accident qu'on peut craindre avec un instrument mal construit.

Après l'articulation des branches, la traction doit d'abord être faite dans l'axe du détroit supérieur, et on y arrive en portant les manches tout à fait en arrière, vers le périnée. A mesure que la tête descend, elle tourne généralement d'elle-même, sans effort de la part de l'opérateur, et la direction de la traction, graduellement modifiée, tombe dans l'axe du détroit inférieur.

Si les douleurs sont fortes et régulières, et qu'il n'y ait aucune indication d'un accouchement immédiat, on peut enlever le forceps dès que la tête est sur le périnée et laisser agir la nature. Cette conduite est particulièrement indiquée si le périnée et les parties molles sont extrêmement rigides; mais, en général, il vaut mieux terminer l'accouchement sans enlever le forceps.

Avant de laisser ce sujet, je dois indiquer les dangers possibles de l'opération. J'insiste de nouveau sur la distinction à établir entre les positions élevées et les positions basses de la tête, qui malheureusement ont été souvent confondues, et j'ai déjà dit pourquoi je rejetais les statistiques concernant les risques de l'application du forceps quand la tête est basse (p. 463). On pourrait trouver dans nos ouvrages classiques d'obstétrique un formidable catalogue des dangers auxquels sont exposés la mère et l'enfant. Chez la mère, on signale des déchirures du vagin, de l'utérus et du périnée, des ruptures de veines vari-

Soins à prendre pour articuler.

Traction.

Dangers du forceps.

La plupart d'entre eux ne sont pas imputables à l'instrument.

queuses avec thrombus consécutifs, des abcès pelviens par contusion des parties molles, des inflammations de l'utérus ou du péritoine, la disjonction des symphyses et même des fractures des os du bassin. Une analyse consciencieuse de tous ces faits, entreprise par les docteurs Hicks et Philips¹, démontre, et au delà, que l'application du forceps a beaucoup moins contribué à les produire que la prolongation du travail et la négligence de l'accoucheur : une intervention plus rapide eût certainement évité tous les accidents qu'on met ensuite sur le compte de l'opération elle-même. La plupart d'entre eux ont été provoqués par une compression continue des parties molles dans le bassin, suivie d'inflammation et de gangrène. C'est à ces causes qu'on doit rapporter presque tous les exemples de fistules vésico-vaginales, de péritonites et de métrites qui se sont déclarées après une application de forceps.

D'autres sont causés par la maladresse de l'accoucheur.

Toutefois, un emploi malhabile de l'instrument peut causer des déchirures et d'autres accidents². Les déchirures légères de la muqueuse vaginale sont probablement assez communes ; mais, en les examinant attentivement, on trouvera que la faute est moins celle de l'instrument que de la main qui l'a appliqué. Les branches n'ont pas été introduites dans l'axe du bassin, ou bien elles ont été enfoncées avec force et brusquerie ; on a employé un forceps inapplicable à ce cas particulier, forceps droit alors que la tête était élevée, ou encore on a terminé l'accouchement en hâte et avec violence. Il ne serait pas juste de rejeter le blâme sur le forceps, qui, aux mains d'un praticien soigneux et expérimenté, eût atteint le but sans provoquer aucun de ces accidents. Sans aucun doute, c'est un instrument dangereux entre les mains de celui qui ne sait pas en faire usage, de même que le seraient le bistouri et le couteau à amputation entre celles d'un chirurgien maladroit et inexpérimenté. Il me paraît donc ressortir clairement de tous ces

1. *Obst. Trans.*, vol. XIII.

2. Les différentes lésions qui peuvent être produites par le forceps ont été exposées dans le Mémoire du D^r P. Budin, *Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels*. Paris, 1878.

faits, non pas que les dangers doivent nous faire rejeter l'emploi du forceps, mais nous pousser à une étude plus approfondie des cas où il est applicable, et de la méthode à suivre pour nous en servir sans produire de lésions.

Les dangers que court l'enfant sont surtout ceux d'une déchirure des téguments du crâne et du front, des contusions de la face, des paralysies partielles et temporaires de la face par compression du nerf facial au moyen des cuillers, des enfoncements ou des fractures des os du crâne, des lésions du cerveau par les cuillers. Ces accidents sont rares, et, lorsqu'on les observe, ils sont dus en général à une opération mal faite, compression exagérée, usage maladroit de l'instrument, tractions excessives ou mal dirigées ; ils ne peuvent donc pas être attribués à des causes inhérentes à l'instrument. Quelques-uns des accidents les plus communs, par exemple les légères excoirations du cuir chevelu, la paralysie de la face, sont tout à fait passagers et n'ont qu'une importance médiocre. Par conséquent, la perspective de leur production ne doit pas être considérée comme contre-indiquant l'opération si elle est nécessaire.

Dangers pour l'enfant.