

La *rétraction utérine*, moulant la paroi musculaire sur le corps fœtal, peut empêcher l'évolution; le chloroforme, donné à dose massive, sera le meilleur mode de traitement; mais pour amener le relâchement il est bon que l'anesthésie soit poussée très loin, sans toutefois aborder le degré où elle peut devenir dangereuse. En cas d'insuccès, la version est contre-indiquée et doit être abandonnée: embryotomie ou exceptionnellement opération césarienne.

Les *tumeurs utérines* ou *péri-utérines* n'opposent, en général, qu'un obstacle peu marqué à l'évolution du fœtus.

Dans le cas de *gémellité*, s'il est impossible de faire évoluer le fœtus primitivement saisi, on tentera la version sur l'autre fœtus, qui permettra parfois une réussite plus facile; si les tentatives sont infructueuses, on reviendra au premier. On procède un peu comme avec un attelage rétif, essayant successivement de faire partir l'un ou l'autre cheval jusqu'à ce que l'un des deux se décide au départ, entraînant son voisin récalcitrant.

S'il s'agit d'un *monstre*, opérer l'évolution comme il sera possible; sinon se décider promptement à l'embryotomie et au morcellement.

3° Au troisième temps. — Fixation.

Pas de difficultés à la fixation fœtale; nous verrons avec l'extraction manuelle celles qu'on peut rencontrer, alors qu'on remplace ce troisième temps par l'extraction immédiate.

D. — PRONOSTIC ET APPRÉCIATION GÉNÉRALE

Le pronostic des diverses versions, qui viennent d'être étudiées, dépend pour la mère et l'enfant :

De l'opérateur;

De la variété de version employée;

Des circonstances propres à chaque cas particulier.

L'opérateur doit être *habile*, et *aseptique* quand il doit agir dans les organes génitaux, conditions banales sur lesquelles il est inutile d'insister.

D'une façon générale la gravité de *chaque variété de version* est d'autant plus faible qu'on pénètre moins avant dans les organes génitaux; c'est dire que la version interne est la plus sérieuse, et l'externe la plus bénigne. — Il faudra donc autant que possible *préférer la version externe à la mixte et la mixte à l'interne*.

Quant aux *diverses circonstances*, qui peuvent faire varier le pronostic de chaque cas en particulier, elles sont trop nombreuses pour que je tente d'en faire ici l'énumération. Toutes les complications, toutes les difficultés dont il a été précédemment question, laissent facilement pressentir combien certaines interventions peuvent devenir périlleuses à côté d'autres relativement simples et aisées.

Toutefois on peut dire que, faites habilement et en temps voulu, ces diverses versions permettent le plus souvent de sauver mère et enfant, et qu'elles constituent une des ressources thérapeutiques les plus précieuses de l'obstétrique.

VI FORCEPS

SOMMAIRE

I. Définition. — Historique. — Description instrumentale.

1° Forceps croisé : unicourbe, bicourbe, tricourbe.

2° Forceps parallèle : — — —

3° Forceps variés.

II. QUAND le forceps doit-il être employé ?

1° Indications.

2° Contre-indications.

3° Conditions requises.

III. COMMENT le forceps doit-il être employé ?

1° Forceps bicourbe. . . { Précautions préliminaires.

Application.

Difficultés.

2° Forceps tricourbe. . . { Précautions préliminaires.

Application.

Difficultés.

3° Forceps unicourbe . . . { Précautions préliminaires.

Application.

Difficultés.

I. — DÉFINITION. — HISTORIQUE. — DESCRIPTION INSTRUMENTALE

Le forceps est une pince, à *branches séparables*, avec laquelle on peut saisir le fœtus, pour l'extraire des parties génitales.

Anciennement on devait avoir pensé à attirer le fœtus avec un instrument en forme de pince ou de tenaille; mais il fallait, pour la réalisation de cette idée, une modification bien simple en apparence, mais surprenante par ses conséquences, et consistant à rendre indépendantes les deux branches de la pince en question.

Cette magnifique découverte fut faite au XVII^e siècle par PETER CHAMBERLEN, qui naquit à Paris en 1560, et qui quitta la France en 1569 avec son père WILLIAM CHAMBRELAN¹, huguenot, obligé de se réfugier en Angleterre avec toute sa famille à cause des persécutions religieuses.

En 1670, MAURICEAU, ayant entendu parler des succès obstétricaux des CHAMBERLEN, fit venir à Paris le petit-neveu de PETER CHAMBERLEN, HUGH CHAMBERLEN, et le pria de terminer un accouchement jugé impossible. HUGH échoua et repartit en Angleterre, emportant son secret, connu seulement dans sa famille.

À la fin du XVIII^e siècle, en 1699, le secret fut vendu par HUGH CHAMBERLEN à

¹ Chamberlen est la transformation anglaise de Chambrelan.

ROONHUYSEN (d'Amsterdam) ; à partir de ce moment, la connaissance du forceps se répandit.

1° Forceps unicourbe ou de Chamberlen (xvii^e siècle).

Le forceps de CHAMBERLEN se compose de deux branches, se divisant comme toute branche de forceps, en *manche*, *cuiller*, *partie intermédiaire ou articulation*. La figure 482 me dispense d'aborder les détails de l'instrument.

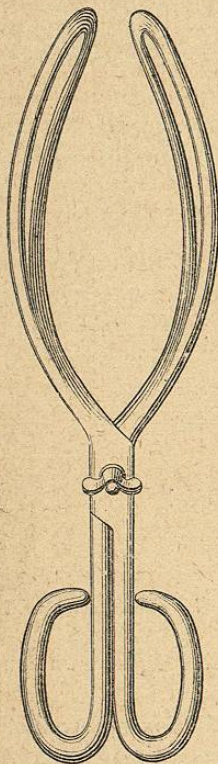


Fig. 482. — Forceps croisé unicourbe. (CHAMBERLEN.)

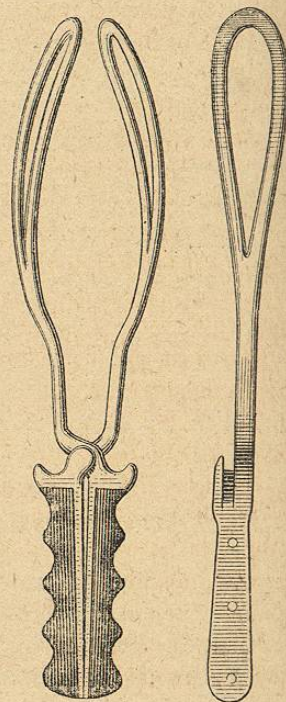


Fig. 483. — Forceps croisé unicourbe. (SIMPSON¹.)

Ce forceps ne présente qu'une *seule courbure*, celle des cuillers, pour la saisie de la tête, *courbure céphalique* ; c'est donc un *forceps unicourbe*¹. Ce caractère peut être considéré comme dominant dans l'instrument de Chamberlen ; nous en comprendrons l'importance après l'étude des autres variétés de forceps.

On appelle :

Branche gauche, mâle ou à pivot, celle qui supporte le pivot de l'articulation et qui est destinée à pénétrer du côté gauche des organes génitaux de la femme.

¹ Le forceps unicourbe a, depuis l'invention de Chamberlen, été modifié de différentes façons : un des meilleurs forceps unicourbes actuellement connus, et auquel on pourra avoir recours, si on veut user de cette variété d'instrument, est celui de Simpson, représenté par la figure 483, et dont l'emploi est très répandu en Angleterre. — Il existe du même auteur un autre forceps, bicourbe, dont il n'est pas question ici.

Branche droite, femelle ou à mortaise, celle qui est percée de la mortaise et qui doit pénétrer du côté droit du canal génital.

Il importe de ne pas oublier ces dénominations que nous rencontrerons constamment dans la description.

2° Forceps bicourbe ou de Levret (xviii^e siècle).

Au milieu du xviii^e siècle, trois accoucheurs, LEVRET, SMELLIE, PUGH, ont modifié la courbure du forceps ; toutefois la priorité de la modification appartient à LEVRET, qui l'a publiée en 1747.

La figure 484 représente le forceps LEVRET, légèrement modifié quant aux détails, par les progrès de la fabrication moderne, mais semblable par sa forme générale à celui inventé par le célèbre accoucheur français. Les cuillers sont fenêtrées, les manches terminés par des crochets au lieu des anneaux dont était porteur le forceps de CHAMBERLEN. L'articulation se fait au moyen d'une vis venant s'emboîter dans une mortaise¹.

Le forceps de LEVRET possède deux courbures, d'où le nom de *bicourbe* : la première *céphalique*, identique à celle du forceps Chamberlen ; la seconde *pelvienne*, destinée à adapter la forme de l'instrument à celle du pelvis, et dont on se rend bien compte en examinant le forceps de profil.

3° Forceps tricourbe ou de Tarnier (xix^e siècle).

Au xvii^e siècle on s'était seulement préoccupé de saisir la tête, et on n'avait donné au forceps que la *courbure céphalique* ; les accoucheurs du siècle suivant, désireux d'adapter la forme de l'instrument à celle du bassin, lui ajoutèrent la courbure pelvienne ; au xix^e siècle, différents accoucheurs, HERMANN de Berne, HUBERT de Louvain, HARTMANN, MORALÈS ont essayé d'adapter la forme du forceps non seulement au bassin osseux, mais aussi au bassin mou ou périnée et ont ajouté à l'instrument une nouvelle courbure, la *courbure périnéale*.

Le forceps le plus pratique et le plus complet à cet égard, publié par

¹ L'articulation primitive du forceps Levret était un simple pivot mobile.

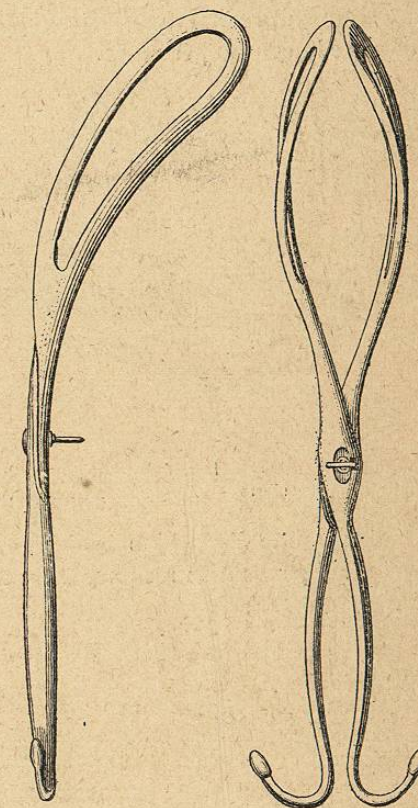


Fig. 484. — Forceps croisé bicourbe. (LEVRET.)

M. TARNIER, en 1877, est arrivé après plusieurs modifications au type que je vais décrire, le meilleur à l'heure actuelle.

Ce forceps, *tricourbe*, puisqu'il réunit à la fois les trois courbures *céphalique*, *pelvienne* et *périnéale*, ressemble d'une façon générale à celui de LEVRET, mais en diffère par trois points principaux :

- 1° Par la présence d'une *vis de pression* placée à côté de l'articulation pour suppléer à l'action des mains en maintenant l'instrument fermé ;
- 2° Par l'addition de *deux tiges mobiles*, destinées à transmettre la traction ;
- 3° Par un *manche de traction*, qui s'adapte aux tiges précédentes, et qui dessine la courbe périnéale.

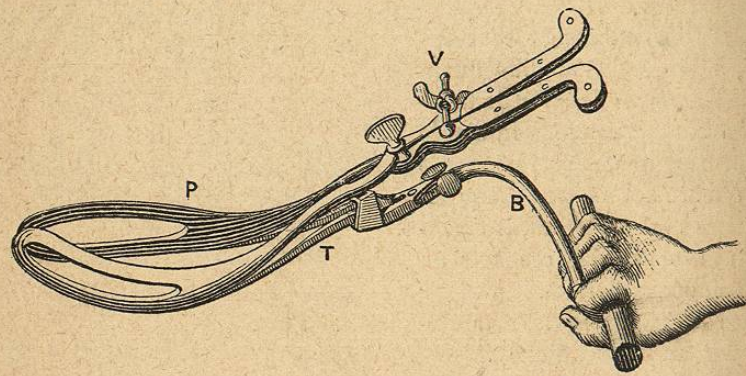


Fig. 485. — Forceps croisé-tricourbe. (TARNIER.)
P, cuillers. — T, tiges de traction. — B, manche de traction. — V, vis de pression.

Grâce à cette disposition le *forceps tricourbe* présente les avantages suivants, qui peuvent se résumer à trois :

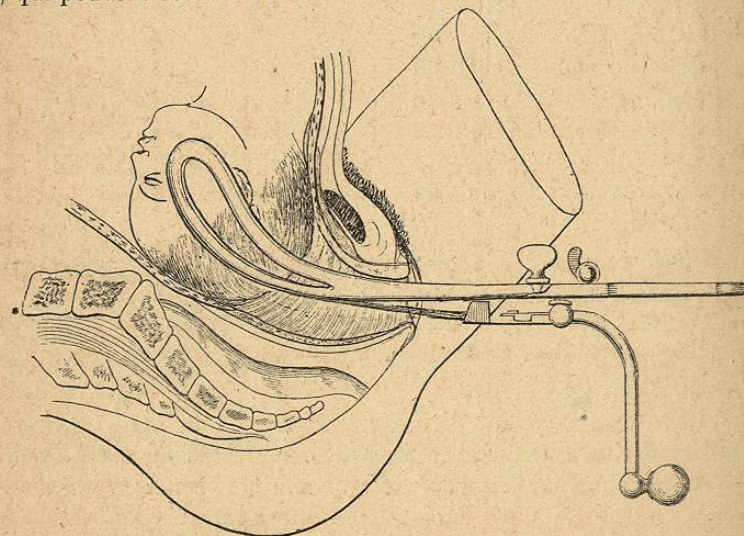


Fig. 486. — Forceps tricourbe, permettant de tirer dans l'axe des cuillers.

- 1° Il permet de *tirer dans l'axe* du canal génital, qui n'est autre que celui

des cuillers, ce qu'on ne peut faire avec le forceps de LEVRET, à moins d'imprimer à l'instrument un mouvement de bascule ou de levier ;

2° Il laisse à la tête sa *mobilité*, puisque les tractions sont faites par un appareil articulé sur les branches de préhension, qui sont abandonnées à elles-mêmes après fixation de la vis de pression ;

3° Il possède une *aiguille indicatrice*, constituée par les manches de *préhension*, qui, en révélant à l'accoucheur les mouvements de la tête encore invisibles, sont d'un précieux secours pour savoir la direction dans laquelle les tractions doivent être exercées.

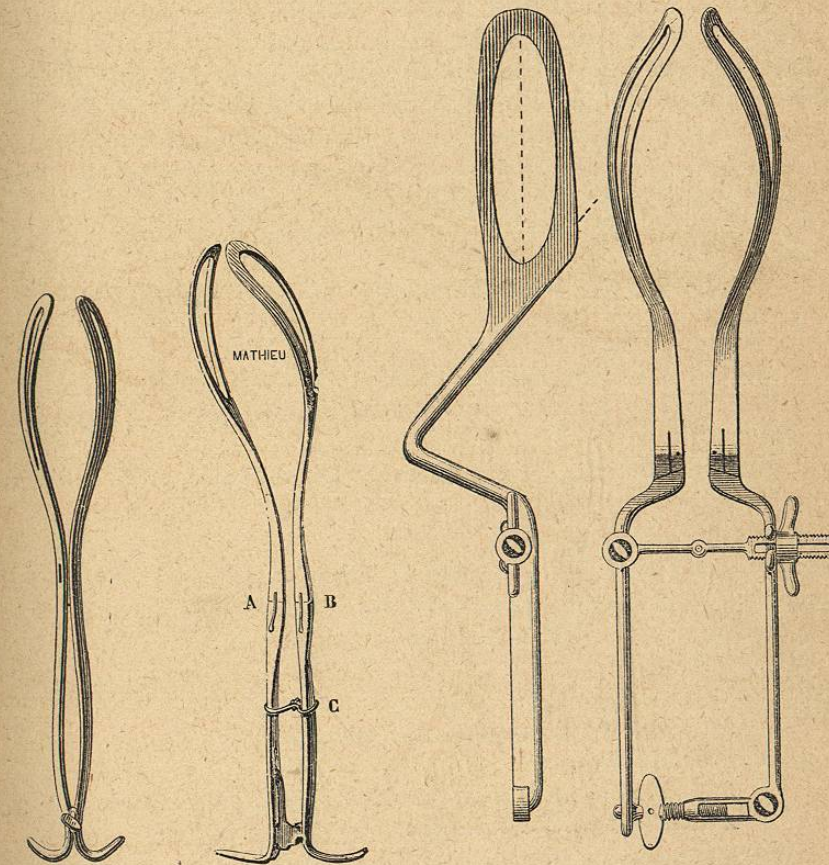


Fig. 487. — Forceps parallèle unicourbe. (THÉNANCE.)

Fig. 488. — Forceps parallèle bicourbe. (VALETTE.)

Fig. 489. — Forceps parallèle tricourbe. (POULLET.)

Les différents types de forceps étudiés jusqu'à présent sont à *branches croisées*, mais de même qu'il existe deux types de pinces, les unes croisées (pinces à forcipressure, par exemple), les autres parallèles (pinces à dissection), il y a également, à côté des forceps croisés, des forceps à *branches parallèles*, dont les variétés, comme dans la catégorie précédente, peuvent être ramenées à trois principales, l'*unicourbe*, le *bicourbe*, le *tricourbe*.

Ces trois modèles appartiennent à l'École Lyonnaise :

1° Forceps parallèle unicourbe, ou de THÉNANCE, 1781 (fig. 487);

2° Forceps parallèle bicourbe ou de VALETTE, 1857 (fig. 488);

3° Forceps parallèle tricourbe, ou de POULLET, 1887 (fig. 489).

D'après des raisons connues en mécanique, les forceps à branches parallèles ont pour avantage principal d'exercer sur la partie fœtale, à l'extrémité des cuillers, une compression moindre que les forceps croisés; néanmoins, et sans qu'on en sache bien la raison scientifique, leur usage, jusqu'à présent, n'a pas prévalu; aussi les laisserai-je de côté de même qu'une série de FORCEPS VARIÉS, réalisant souvent une idée ingénieuse, mais dont la plupart n'ont eu d'autre vogue que celle assurée par la notoriété de leur inventeur.

Je citerai entre autres les forceps de MATTEI (léniceps), d'HAMON (rétroceps), de POULLET (sericeps), d'UYTTERHOVEN, de BAUMERS, de SLOAN, de BELLUZZI, et différents appareils de traction plus ou moins compliqués et destinés à s'adapter au forceps ordinaire, tels ceux de CHASSAGNY, JOULIN, PROS, DELORE, POULLET.

II. — QUAND LE FORCEPS DOIT-IL ÊTRE EMPLOYÉ?

1° Indications.

L'étude des indications doit être divisée en deux chapitres :

Tantôt le forceps doit être promptement appliqué, alors qu'il y a danger pressant pour la mère ou le fœtus : *forceps d'urgence*.

Tantôt l'indication est moins pressante, et laissée à l'appréciation de l'accoucheur : *forceps à volonté*.

a. Forceps d'urgence.

L'application du forceps est indiquée d'une façon indiscutable, toutes les fois qu'en l'absence de contre-indication la vie de la mère ou de l'enfant est mise en danger par la prolongation de l'accouchement.

Mère... *Eclampsie*;

Hémorragie génitale grave;

Maladie sérieuse produisant l'asphyxie ou l'asystolie,

Enfant. *Procidence du cordon*;

Expulsion de méconium (en dehors de la présentation du siège);

Ralentissement des battements cardiaques.

b. Forceps à volonté.

Ici il n'y a plus, comme tout à l'heure, indication urgente à appliquer le forceps; l'intervention peut être différée sans mettre en péril l'existence de la mère ou du fœtus, mais cette attente présente de sérieux inconvénients pour l'un et l'autre, de telle sorte que l'accoucheur mettant en parallèle, d'une part le danger du forceps, d'autre part les complications qui peuvent résulter de la prolongation du travail, discute l'indication du forceps.

Les différentes causes qui peuvent réclamer l'application du forceps sont :
L'*inertie* ou *paresse utérine*; la contraction utérine est insuffisante à expulser le fœtus et demande à être suppléée.

La *disproportion entre le fœtus et la voie à traverser*, soit qu'il existe un fœtus trop gros, ou un rétrécissement du bassin; le résultat est le même dans les deux cas.

Une *anomalie dans un des temps de l'accouchement*, notamment dans la rotation de l'occiput (présentation du sommet) ou du menton (face), alors que ces parties fœtales sont situées en arrière, et que leur rotation en avant est nécessaire ou indispensable pour la terminaison de l'accouchement.

En présence d'une de ces causes, quelle conduite tenir?

Suivant leur tempérament, les accoucheurs se sont divisés en deux camps :

Les partisans de l'expectation, soutenant qu'il ne faut intervenir que lorsqu'il y a urgence, et n'admettant, par conséquent, que la première catégorie d'indications (forceps d'urgence).

Les partisans de l'intervention, disant qu'il convient d'appliquer le forceps toutes les fois que, deux heures après l'achèvement de la dilatation, l'accouchement n'est pas terminé spontanément.

Entre ces deux extrêmes, il convient de tenir un juste milieu, en basant l'indication du forceps sur l'état général et l'état local (génital) de la femme.

Quand l'intégrité de l'état général est atteint par la durée de l'accouchement, mieux vaut extraire le fœtus. Le thermomètre sera ici le meilleur guide, l'élévation de température (au-dessus de 38°) indiquant un état pathologique.

Localement, le séjour trop prolongé de la tête fœtale en une même région des organes génitaux doit, à cause de la compression exercée, faire craindre la gangrène au niveau du point comprimé et les fistules consécutives. Or, une compression de plus de deux heures expose à ce fâcheux résultat.

Nous basant sur ces données, nous dirons : *l'application du forceps doit, en l'absence de contre-indication, être faite toutes les fois qu'après la dilatation complète la partie fœtale qui se présente est restée plus de deux heures au même niveau du canal génital*¹.

En résumé, le forceps (*à volonté*) est indiqué quand, après la dilatation complète², la température s'élève au-dessus de 38°, ou quand la partie fœtale qui se présente séjourne plus de deux heures dans la même région du canal génital.

2° Contre-indications.

Les contre-indications à l'application du forceps sont au nombre de trois :

¹ Ce qui ne veut pas dire qu'il faut intervenir deux heures après la dilatation complète, mais seulement quand, après ce moment, la tête est restée pendant plus de deux heures dans la même région des organes génitaux. — Si, après la dilatation complète, la tête a séjourné une heure et demie dans l'excavation, une heure et demie au détroit inférieur, une heure et demie sur le périnée, une heure et demie à la vulve, l'expulsion aura ainsi duré six heures sans que l'indication du forceps ait été fournie par l'état local.

² Avant la dilatation complète, c'est-à-dire pendant la période de dilatation, les dangers de compression sont bien moindres, la partie fœtale étant plus élevée, plus libre, et souvent la poche des eaux intacte; les dangers sont les mêmes au point de vue général, mais les inconvénients du forceps à cette période de l'accouchement sont tels qu'il vaut mieux s'abstenir de toute intervention; le remède serait pire que le mal.

1° Il y a *présentation du thorax ou de l'abdomen* ; le forceps, en effet, ne peut être appliqué que sur l'une des trois présentations de l'ovoïde céphalique (sommet, front, face) ou sur le siège ; son emploi est relativement rare dans ce dernier cas, et même rejeté par quelques accoucheurs.

2° *Le col n'est pas suffisamment dilaté ou dilatable*. — On entend par col suffisamment dilaté ou dilatable (voir p. 224) un col assez ouvert ou souple pour laisser facilement passer le fœtus. Si le forceps est appliqué avant cette période, on fait un accouchement forcé, et on s'expose à des déchirures et à des ruptures du segment inférieur. (Voir *Accouchement forcé*.)

3° Il y a un *rétrécissement marqué du bassin*. — Le forceps peut être tenté jusqu'à 7 centimètres, parfois même un peu au-dessous.

3° Conditions requises.

Les diverses conditions requises pour l'application du forceps sont :

L'absence des contre-indications sus-mentionnées ;

La rupture de la poche des eaux, qu'on peut provoquer quand elle n'a pas eu lieu spontanément, de manière à appliquer le forceps non sur les membranes¹, ce qui serait une faute, mais directement sur la partie fœtale ;

Le diagnostic exact de la présentation et de la position ; si le toucher digital ne suffit pas pour établir ce diagnostic, on aura recours, après anesthésie de la femme, au toucher manuel.

III. — COMMENT LE FORCEPS DOIT-IL ÊTRE EMPLOYÉ ?

Les trois variétés de forceps croisés étant actuellement plus ou moins en usage suivant les pays, je décrirai successivement leur emploi dans l'ordre que voici :

- Forceps bicourbe ;
- Forceps tricourbe ;
- Forceps unicourbe.

1° Forceps bicourbe (Modèle de LEVRET, voir p. 695).

I. PRÉCAUTIONS PRÉLIMINAIRES.

Femme. — Mêmes précautions à prendre que pour la version interne. La femme est placée en position obstétricale. Trois aides, un pour chaque jambe, l'autre pour l'anesthésie, dont on peut se passer, mais à laquelle il vaut mieux d'une façon générale avoir recours. — Évacuation préalable de la vessie et, si possible, du rectum.

Enfant. — Fil pour la ligature du cordon. — Comme pour la version, préparer tout ce qu'il faut pour ranimer l'enfant en cas de mort apparente. — Ne pas oublier l'auscultation du cœur fœtal, avant de procéder à l'intervention.

Forceps. — Assurer l'asepsie de l'instrument en le flambant, en le frottant avec une brosse à ongle et du savon, et le trempant pour terminer dans

¹ On s'exposerait au dérapement de l'instrument, et au décollement du placenta par l'intermédiaire des tractions exercées sur les membranes.

l'eau bouillante. Avant d'être introduit, le forceps doit être enduit d'un corps gras (vaseline boriquée) sur la face externe des cuillers, afin de glisser sur les organes génitaux maternels ; éviter, au contraire, d'oindre la face fœtale de l'instrument, afin qu'il ait moins de tendance à déraiper.

Accessoires. — Lit élevé, de la hauteur d'une table environ ; si le plan sur lequel se trouve la femme n'est pas assez résistant, glisser, sous le matelas, une planche, une rallonge de table, etc. — Avoir soin de ne pas opérer sur un parquet trop glissant, pour éviter les chutes au moment des tractions énergiques ; prendre des précautions en conséquence.

Je ne répète pas les autres détails déjà mentionnés à propos de la version. Avant d'aborder la description de l'opération, il importe de définir ce qu'on entend par application *directe, oblique, transversale* ; car ces trois termes reviendront souvent dans le cours de la description.

Application directe est celle qui est faite sur la *tête directe*, c'est-à-dire dont la suture sagittale correspond au diamètre antéro-postérieur du bassin : occipito-pubienne ou occipito-sacrée, s'il s'agit du sommet. La tête ainsi placée se trouve en général au *détroit moyen* ou sur le *périnée*.

Application oblique est celle qui est pratiquée sur la *tête oblique*, la suture sagittale correspondant à un des diamètres obliques du bassin, OIGA, OIGP, OIDA, OIDP, si la présentation est celle du sommet. La tête ainsi placée se trouve en général au niveau de l'*excavation pelvienne*.

Application transversale est celle qui est effectuée sur la *tête transversale*. La tête transversalement placée en OI DT ou OIG T par exemple est, en pareil cas, retenue le plus souvent au *détroit supérieur* par un rétrécissement pelvien.

II. OPÉRATION.

Il est indispensable de diviser cette étude en deux chapitres :

- a. *Opération envisagée d'une façon générale* ;
- b. *Opération envisagée dans chaque cas en particulier*.

a. Opération envisagée d'une façon générale.

L'accoucheur doit *introduire* le forceps, *articuler* les branches, *extraire* le fœtus saisi par le forceps, d'où trois temps successifs :

- 1^{er} temps. — *Introduction* ;
- 2^e — *Articulation* ;
- 3^e — *Extraction*.

1^{er} temps. — INTRODUCTION.

Trois règles régissent le premier temps, la première concernant la mère, la seconde le fœtus, la troisième le forceps.

1^o RÈGLE MATERNELLE.

*Branche droite*¹, saisie de la main droite, introduite à droite de la femme.

— gauche — gauche — gauche —

Pour la branche gauche tout doit être gauche, sauf l'accoucheur !

¹ Voir pour la définition des branches droite et gauche, page 694. — Le nom de la branche est fourni par le côté de la mère vers lequel la cuiller doit être introduite.