

Pourquoi la branche doit-elle être saisie par la main homonyme? — Parce que l'autre main doit rester libre, pour conduire la cuiller dans l'intérieur des organes génitaux. Si on saisissait la branche droite de la main gauche, il faudrait recourir à la main droite pour diriger la cuiller vers le côté droit du vagin, on se rendra compte de la difficulté de cette manœuvre en essayant sur un mannequin.

Pourquoi chaque branche doit-elle être introduite du côté homonyme de la femme? — Parce que la courbure pelvienne du forceps est faite de telle sorte que la branche droite ne peut s'appliquer que du côté droit du bassin, et la gauche du côté gauche, sans quoi l'instrument serait placé à *contresens*, la concavité de la courbure pelvienne de l'instrument regardant la concavité sacrée.

2° RÈGLE FOETALE.

Le fœtus doit être saisi *d'une oreille à l'autre*¹; s'il s'agit d'une présentation de l'ovoïde céphalique, le diamètre pincé doit être :

Le *bipariétal* pour le sommet;

Le *bimalaire* pour la face;

Le *bitemporal* pour le front.

En cas de présentation du siège, choisir le diamètre *bitrochantérien*.

Il importe de saisir ainsi le fœtus, de manière à avoir la prise plus solide.

3° RÈGLE INSTRUMENTALE.

Toujours appliquer la branche gauche la première. — Si en effet on introduit la branche droite la première, elle se trouve placée sous la gauche, et pour procéder à l'articulation on est obligé de faire le *décroisement*, c'est-à-dire de changer l'ordre de superposition des branches.

Cette règle est discutée, et certains accoucheurs conseillent d'introduire la première la branche qui doit être placée le plus en arrière, c'est-à-dire suivant les cas, tantôt la droite, tantôt la gauche. C'est compliquer inutilement les règles d'application du forceps; pour ma part, j'introduis toujours (sauf quelques cas spéciaux et exceptionnels) la branche gauche la première.

Telles sont les règles de l'introduction du forceps; voyons maintenant l'exécution en prenant comme exemple le cas le plus simple, une présentation du sommet en occipito-pubienne, la tête à la vulve.

Introduction de la branche gauche (fig. 490-491). — Saisir de la main gauche la branche gauche de la manière indiquée par la figure 490. Introduire deux doigts de la main droite à la partie latérale inférieure de la vulve. (Lorsque la tête est plus élevée, il vaut mieux introduire les quatre derniers doigts, dont l'extrémité va à la recherche du col, de manière à éviter de perforer les culs-de-sac avec l'extrémité des cuillers; mais lorsque la tête est à la vulve, cette précaution est inutile, parce que l'orifice externe est franchi par l'extrémité céphalique.)

La branche est introduite, placée au moment de la pénétration en arrière

¹ *Teneo lupum auribus* (Pajot).

et latéralement (fig. 490); elle est ensuite ramenée doucement sur le côté

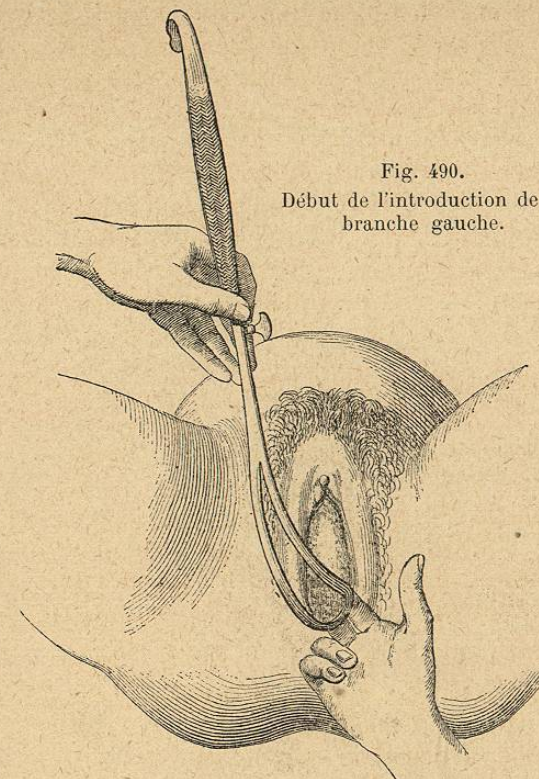


Fig. 490.
Début de l'introduction de la
branche gauche.

de la tête, dans la position qu'elle doit définitivement occuper (fig. 491).

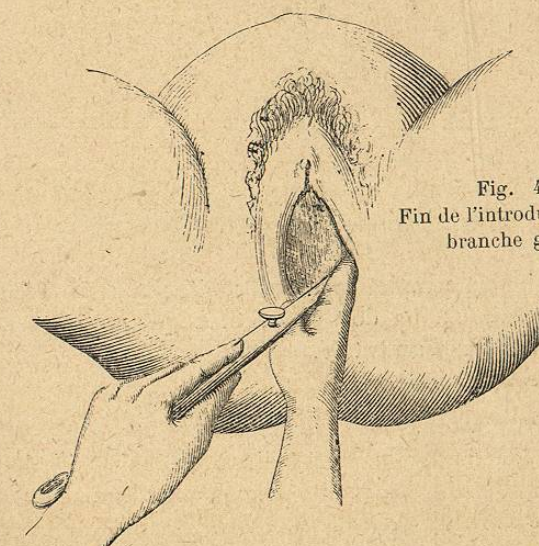
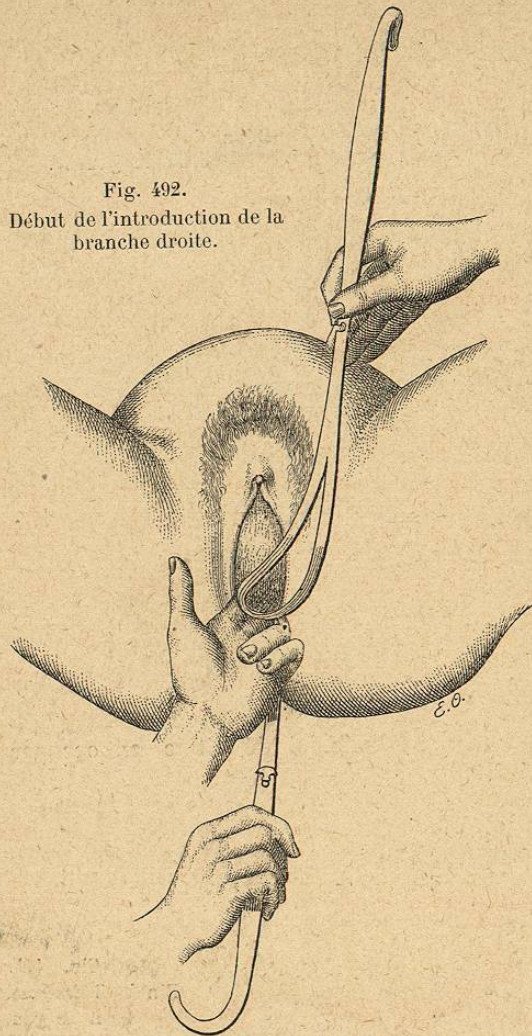


Fig. 491.
Fin de l'introduction de la
branche gauche.

Introduction de la branche droite (fig. 492). — La branche droite est

saisie de la main droite, la main gauche sert pour guider la cuiller, introduite dans les organes génitaux, *au-dessus de la branche déjà placée*. — L'introduction a lieu comme précédemment.

Fig. 492.
Début de l'introduction de la
branche droite.



La branche droite est complètement introduite ; la main directrice, glissée dans les organes génitaux, ne doit être retirée qu'après placement définitif complet de la branche instrumentale.

L'introduction est terminée.

2^e temps. — ARTICULATION.

Pour procéder à l'articulation, c'est-à-dire à la réunion des deux branches, on saisit avec chaque main l'extrémité des manches au moyen des crochets (fig. 494), et après avoir opéré le *décroisement* quand il est nécessaire¹, on

¹ Il est nécessaire, quand on a introduit la branche droite la première.

établit le parallélisme des branches, ce qui est facile avec le point d'appui

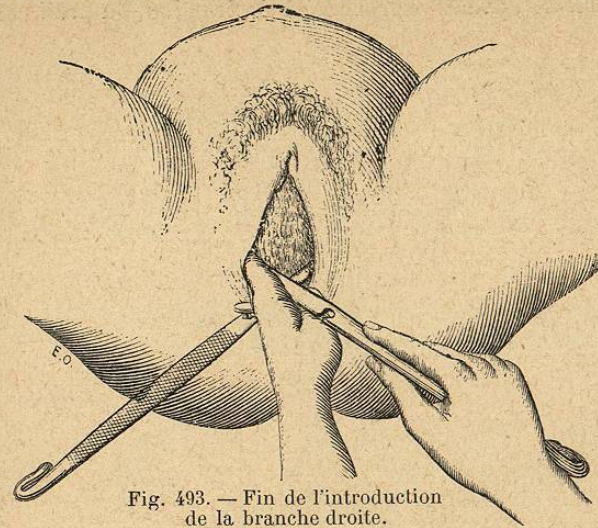


Fig. 493. — Fin de l'introduction
de la branche droite.

produit par les crochets, et on articule en faisant pénétrer le *pivot* de la

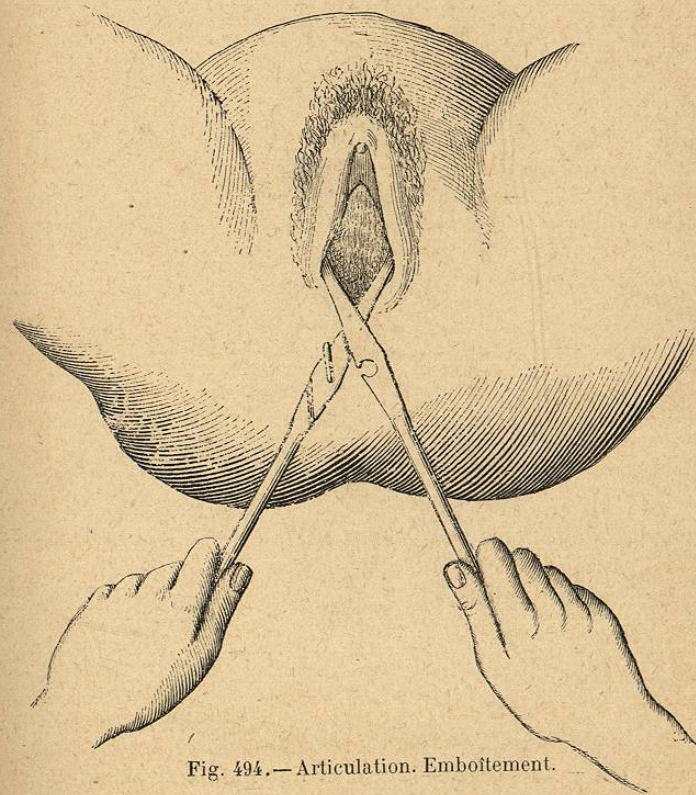


Fig. 494. — Articulation. Emboîtement.

branche *mâle* dans la *mortaise* de la branche *femelle*. On prie alors, pen-

dant qu'on maintient l'instrument, un aide de serrer l'articulation (fig. 495).
Le forceps articulé, avant de procéder à l'extraction, on pratique le toucher

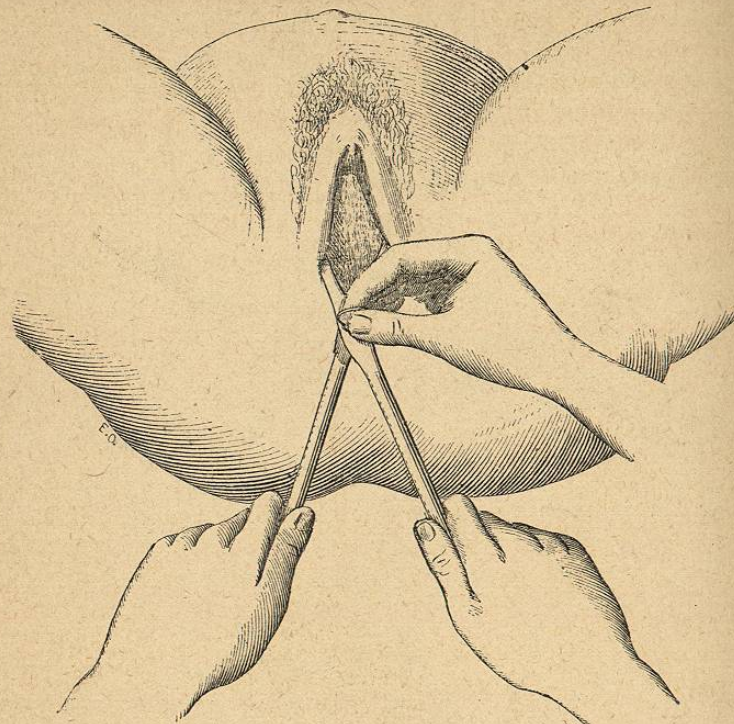


Fig. 495. — Articulation. — Application de la vis.

Les manches à ce moment doivent être horizontaux ; sur les figures 494 et 495, ils sont inclinés en arrière pour montrer le détail de l'opération.

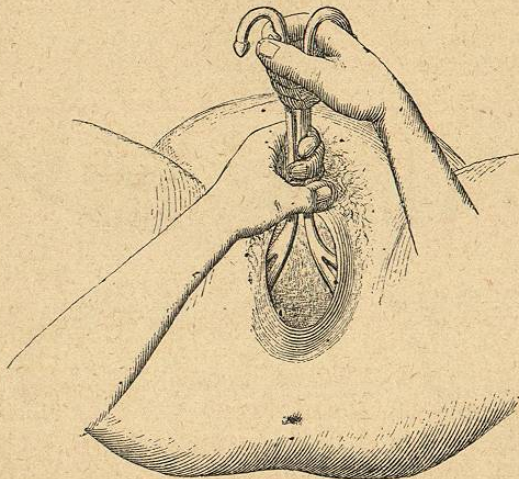


Fig. 496. — Extraction. — La tête arrive à l'orifice vulvaire.

pour s'assurer que la tête est bien saisie et seule saisie. Si une anse de

cordons, ou un petit membre, était pincé entre la cuiller et la partie fœtale, il faudrait enlever le forceps, ou au moins la branche mal appliquée, pour procéder à sa réintroduction.

Le forceps s'enlève de la façon suivante : on désarticule, après avoir desserré la vis, et on retire d'abord la branche droite en lui faisant suivre avec douceur un trajet absolument inverse à celui de l'introduction ; puis on procède de même pour la branche gauche.

Le forceps est supposé bien appliqué, arrivons à l'extraction.

3^e temps. — EXTRACTION

(Fig. 496.) — Le forceps est saisi à l'aide des deux mains, ainsi que l'indique la figure 496, la main gauche tirant en bas, et la droite au contraire en haut,

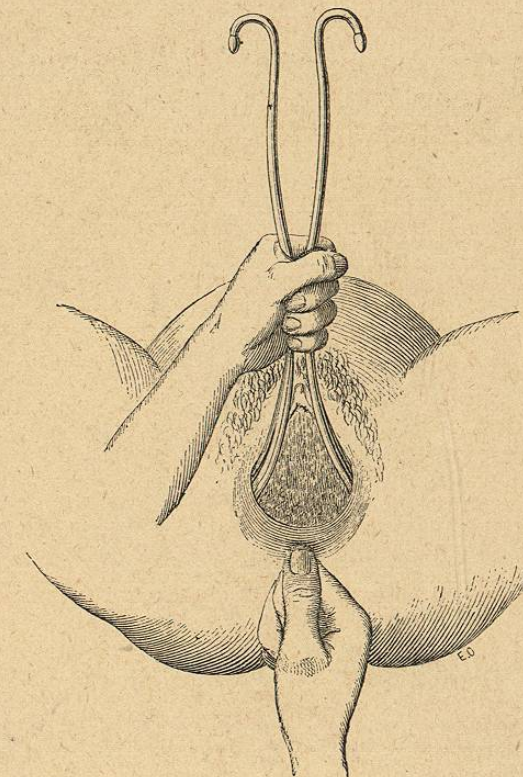


Fig. 497. — Extraction. — La tête franchit l'orifice vulvaire.

de manière à imprimer à l'instrument un *mouvement de levier*, indispensable pour exercer les tractions dans l'axe.

(Fig. 497.) — Au moment où la tête va franchir la vulve, on saisit le forceps d'une main, en élevant progressivement le manche, de façon à imprimer un mouvement de *déflexion* à l'extrémité céphalique. Le pouce de l'autre main est appliqué sur le périnée, maintenant la tête fœtale, et modérant la rapidité de la sortie, pour éviter les déchirures de cette région.

b. Opération envisagée dans chaque cas particulier.

Le forceps peut être appliqué sur le *sommet*, la *face*, le *front*, le *siège*, la *tête dernière* : autant de chapitres distincts à étudier.

1. SOMMET.

La partie fœtale est arrivée dans le *bassin mou*, ou se trouve encore soit au niveau de l'*excavation*, soit du *détroit supérieur*.

1° BASSIN MOU (du détroit moyen à la vulve). — APPLICATION DIRECTE. — Le

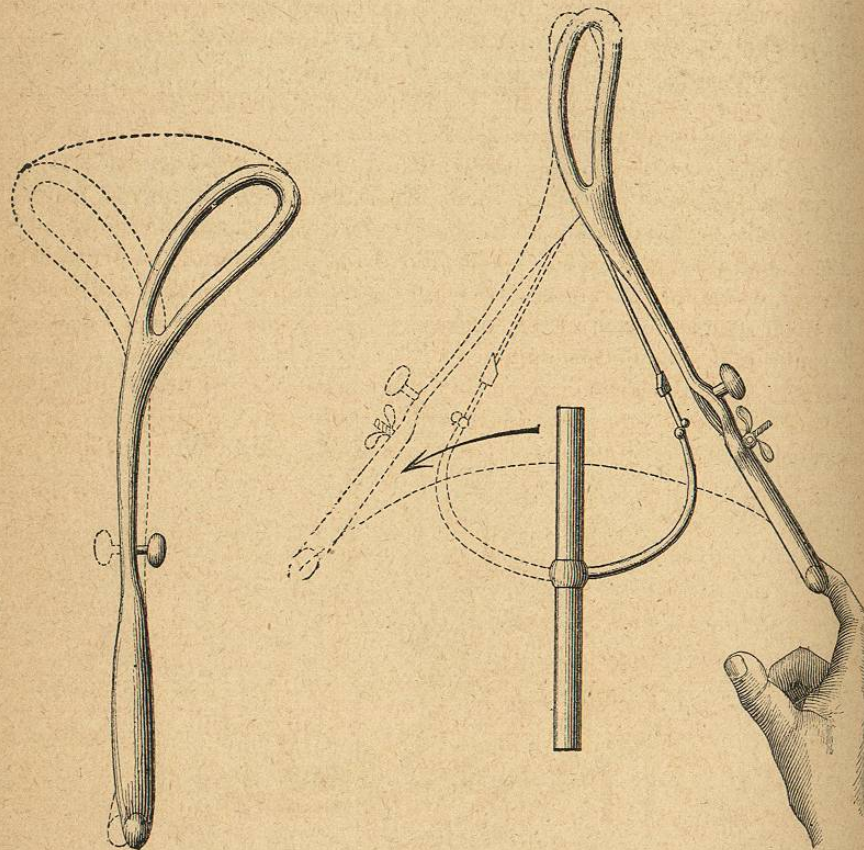


Fig. 498. — Rotation des cuillers suivant l'axe des manches. (Forceps bicourbe.)

Fig. 499. — Rotation des cuillers suivant leur axe. (Forceps tricourbe.)

Les figures 498 et 499 quoique représentant deux forceps différents, s'appliquent aussi bien à l'une qu'à l'autre variété.

sommet arrivé à cette région de la filière génitale se trouve en général placé en OP, exceptionnellement en OS.

OP. — C'est l'application la plus facile du forceps, celle que nous avons prise pour type ; inutile d'y revenir ici.

OS. — Le forceps est placé comme sur une tête en occipito-pubienne. — L'*extraction* peut se faire de deux façons, soit en occipito-sacrée, soit en

occipito-pubienne, après avoir imprimé à la tête un *mouvement de rotation*, destiné à ramener l'occiput en avant.

Quand ce mouvement de rotation est possible, il est préférable d'y avoir recours, car le dégagement en OP est propice à l'intégrité du périnée.

Le mouvement de rotation doit être exécuté suivant certaines règles très importantes et dont la négligence peut avoir de graves inconvénients pour la femme.

Si, en effet, on imprime le mouvement de rotation aux cuillers, ainsi que l'indique la figure 498, leur extrémité décrivant un arc de cercle considérable lacérera les tissus maternels, et la manœuvre, si elle n'échoue pas, ne sera possible qu'avec un déploiement considérable de force.

Si, au contraire, on opère en poussant les manches suivant un arc de cercle comme le représente la figure 499, le mouvement deviendra facile et l'intégrité des tissus maternels sera respectée.

Donc, faire décrire l'arc de cercle aux manches et non aux cuillers.

Quant au sens (droit ou gauche) dans lequel il faudra faire tourner l'occiput on se basera sur la situation du lambda, qui n'est pas mathématiquement en arrière, mais incliné d'un côté ou de l'autre ; on imprimera le mouvement de rotation, de manière à ramener l'occiput en avant par le plus court chemin.

2° EXCAVATION. — APPLICATION OBLIQUE. — La suture sagittale est placée suivant l'un des diamètres obliques.

OIGA. — Cuiller gauche, à gauche et en arrière. Cuiller droite, introduite d'abord à droite et en arrière, puis ramenée en avant et à droite par un mouvement de spire. (*Mouvement de spire de M^{me} Lachapelle*, fig. 500¹.)

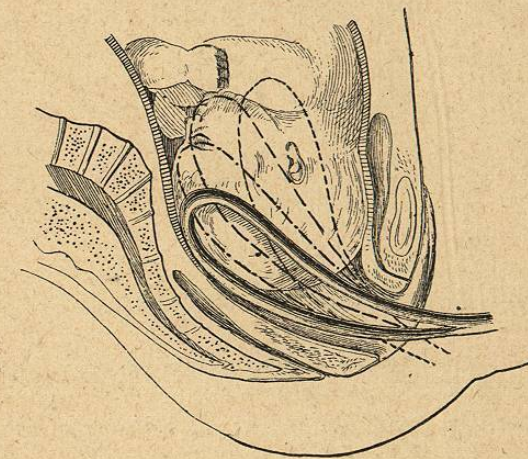


Fig. 500. — Mouvement de spire de M^{me} LACHAPELLE

OIGP. — Cuiller gauche, à gauche et en avant. Cuiller droite, à droite et en arrière. — Mouvement de rotation pour ramener l'occiput en avant par le

¹ Toutes les fois qu'on doit appliquer une cuiller latéralement et en avant, il faut d'abord l'introduire latéralement et en arrière, puis la ramener en avant par le mouvement de spire de M^{me} Lachapelle.

plus court chemin. Le forceps se trouve, après ce mouvement de rotation, placé à contresens, mais on peut cependant terminer ainsi l'extraction sans inconvénients ; sinon enlever le forceps, et le réappliquer sur la tête amenée en O P. — Au cas où la rotation serait impossible, extraire en O S.

O I D A. — Cuiller gauche, à gauche et en avant. Cuiller droite, à droite et en arrière, ramener l'occiput en avant et extraire.

O I D P. — Cuiller gauche, à gauche et en arrière. Cuiller droite, à droite et en avant. — Mouvement de rotation pour ramener par le plus court chemin l'occiput en avant. — Extraction en O P. Si la rotation était impossible, extraire en O S.

3° DÉTROIT SUPÉRIEUR. — APPLICATION TRANSVERSALE. — La tête à ce niveau est en général placée transversalement.

Si au détroit supérieur nous voulons saisir la tête comme précédemment, d'une oreille à l'autre, il faudra introduire une cuiller directement en arrière en rapport avec le promontoire, et l'autre en avant, derrière la symphyse pubienne ; mais ce mode d'application du forceps présente de sérieuses difficultés. Aussi a-t-on proposé, ce qui est bien plus facile de saisir simplement la tête de l'occiput à la face ou encore de la bosse frontale d'un côté à la bosse pariétale de l'autre côté.

Donc, trois modes de saisie de la tête au détroit supérieur :

Saisie bipariétale ;
Saisie occipito-faciale ;
Saisie pariéto-frontale.

La *saisie bipariétale*, la meilleure au point de vue théorique, présente en pratique de sérieux inconvénients :

1° Sa difficulté relative.

2° En plaçant une cuiller en avant, l'autre en arrière, on augmente le diamètre bipariétal de l'épaisseur des cuillers, ce qui est d'autant plus fâcheux que dans la plupart de ces applications il y a un rétrécissement du diamètre promonto-pubien. La légère réduction opérée par le forceps ne compense pas cet inconvénient.

3° En saisissant la tête suivant le bipariétal, on empêche les oscillations de ce diamètre, si utiles pour la facile descente de la tête à travers le détroit supérieur rétréci.

Aussi, les deux autres modes de saisie sont-ils préférables. — On aura recours comme règle à la saisie occipito-faciale² et dans les cas où on aurait échoué, on tentera la pariéto-frontale ; la saisie bipariétale devra être réservée pour des cas relativement rares et avec des formes spéciales de bassin, alors par exemple qu'il y a rétrécissement transversal (la tête est

¹ Voir Auvard. *Travaux d'obstétrique*, t. III, p. 44.

² Les craintes qu'on pourrait avoir de blesser la face avec la cuiller placée à ce niveau ne sont pas justifiées par l'observation, car les lésions produites ne sont qu'insignifiantes. Les yeux, organes les plus sensibles de cette région, sont protégés par les rebords orbitaires et, sauf les cas où on se sert du forceps comme d'un véritable céphalotribe, ne peuvent être lésés.

alors en O P ou O S) au lieu de l'antéro-postérieur, qui est la règle dans les pelviviçiations.

Ceci étant établi, abordons le détail pour chaque position :

O I G T. — Placer la cuiller gauche sur l'occiput, la droite sur la face. — Faire descendre la tête dans l'excavation en position transversale ; la placer en O P au détroit moyen et à partir de ce moment, suivant la souplesse des tissus mous, terminer l'extraction en laissant le forceps dans la même position, ou en le réappliquant pour saisir le diamètre bipariétal.

O I D T. — Cuiller gauche sur la face ; cuiller droite sur l'occiput. — Faire descendre la tête dans l'excavation en position transversale. — Ramener l'occiput en avant et terminer comme pour l'O I G T.

Dans l'un ou l'autre cas, si on veut avoir recours à la saisie pariéto-frontale, saisir d'une part la bosse frontale en avant et la bosse pariétale tournée en arrière. Faire l'extraction comme dans la saisie occipito-faciale. — Il arrive quelquefois que, sous l'influence des tractions et pendant que la tête descend, le forceps se déplace et arrive à saisir les bosses pariétales, heureuse transformation de la prise d'abord irrégulière, qui, en se produisant dans l'excavation, facilite la suite de l'extraction¹.

2. FACE.

1° BASSIN MOU. — APPLICATION DIRECTE.

M P. — Même application que pour une occipito-pubienne. — Extraire en se conformant au mécanisme normal de cette position.

M S. — Même application que pour une mento-pubienne. Il est de toute nécessité, pour terminer l'accouchement, de ramener le menton en avant, sans quoi l'extraction sera impossible.

2° EXCAVATION. — APPLICATION OBLIQUE. — Tout ce qui a été dit à propos de la présentation du sommet s'applique exactement à celle de la face, avec cette différence toutefois que pour le sommet on pouvait opérer le dégagement en tournant l'occiput en avant ou en arrière ; dans la présentation de la face, il est indispensable de toujours ramener le menton en avant :

La face ne sort qu'avec le menton sous la symphyse.

3° DÉTROIT SUPÉRIEUR. — APPLICATION TRANSVERSALE. — Alors que la tête en présentation de la face est encore au niveau du détroit supérieur, mieux vaut recourir soit à la version podalique, soit à la réduction de la face en sommet suivie au besoin d'une application de forceps.

Toutefois, si dans ces conditions on voulait appliquer le forceps sur la face, il serait difficile de saisir la partie fœtale transversalement comme le sommet, c'est-à-dire du menton à la suture sagittale, et il serait préférable, malgré toutes les difficultés qu'on pourrait éprouver, d'appliquer les cuillers du forceps sur le diamètre bimalaire ; mais, je le répète, cette intervention n'est pas à conseiller.

¹ En étudiant les applications dans le *bassin mou*, dans l'*excavation* et au *détroit supérieur*, je n'ai envisagé que les positions ordinairement observées à ces différents niveaux de la filière génitale. Si la position était autre, on adopterait les mêmes principes donnés à propos de chacune d'elles dans une autre région de la filière génitale ; il serait trop long et inutile d'aborder tous les détails de ces nombreuses variétés d'application.