

1° Les manches de préhension se brisent, grâce au dispositif bien connu, et qui était déjà employé pour le petit forceps PAJOT. Cette articulation brisée est d'une solidité à toute épreuve; l'usage l'a démontré depuis longtemps (fig. 507-2).

2° La vis de maintien est libre elle se fixe avec la plus grande facilité; il suffit de regarder la figure 507-1 pour comprendre comment (fig. 507-3).

3° Quant au *palonnier*, il est en une seule pièce avec une charnière au niveau de son coude, pour permettre de le placer facilement dans la trousse.

Pour appliquer ce forceps, on introduit d'abord les manches de préhension comme avec un Levret ordinaire. — Ceci fait, on fixe la vis de maintien; pour terminer, on applique le palonnier; pour cette application on présente la tête des branches rapprochées avec les doigts au commencement de la rainure, qui est creusée sur la face interne des cuillers; ces extrémités s'engrènent à ce niveau et il suffit de les pousser pour que ces extrémités, suivant la rainure, arrivent à leur place définitive, où un cran spécial les maintient en place.

Le forceps se trouve ainsi appliqué, et pour l'extraction on procède exactement comme avec le forceps TARNIER ordinaire.

J'ajoute qu'on peut ne faire usage, si on le désire, que des manches de préhension, et qu'ainsi employé, le forceps est exactement celui de LEVRET.

De telle sorte, qu'avec cet instrument on peut à volonté avoir le forceps TARNIER ou le forceps LEVRET, ce qui a son importance.

On fera naturellement des reproches à ce nouvel instrument.

On lui reprochera d'être trop compliqué, et par là difficile à aseptiser. — Je répondrai que la complication est à peu près celle du forceps TARNIER ordinaire, et qu'au point de vue de l'antisepsie, l'étuve, l'eau bouillante, le flambage se jouent de cette complication.

De plus cette complication en rend, dira-t-on, l'usage plus difficile que celui du forceps TARNIER ordinaire. — Je répète que cette complication n'est qu'apparente: il y a de plus que dans le forceps TARNIER la brisure des branches de préhension; mais une fois le forceps monté, cette brisure n'existe plus.

Pourquoi employer plutôt celui-ci que le forceps TARNIER ordinaire? — Parce que celui-ci est plus portatif.

Pour les accoucheurs qui opèrent dans une maternité, qui ont tous leurs instruments dans une vitrine, cette considération est de faible valeur; mais pour les médecins qui sont obligés pour leur clientèle de circuler en voiture, à cheval, à bicyclette ou à pied, avoir un instrument portatif est un gros point; ceux-là me seront certainement reconnaissants de mon perfectionnement, et c'est à eux que je le dédie.

Ceci dit sur l'appréciation des divers forceps et le perfectionnement de cet instrument pour la pratique obstétricale, je reviens au pronostic de cet instrument en général.

Le pronostic du forceps est excellent pour la mère et le fœtus alors que l'instrument est bien employé; mais entre des mains peu expertes et brutales, il risque de devenir la source d'une série d'accidents:

POUR LA MÈRE :

Ruptures utérines, produites par l'introduction mal faite des cuillers, alors que leur extrémité est enfoncée dans le tissu utérin, au lieu de pénétrer dans l'espace qui sépare l'utérus du fœtus.

Déchirures du col, amenées plutôt par le passage de la partie fœtale que par l'action directe du forceps.

Déchirures du vagin, soit au niveau du cul-de-sac, alors que l'introduction est mal conduite, soit au niveau de la paroi antérieure ou postérieure, alors qu'avec le forceps bicourbe on n'exerce pas suffisamment le mouvement de levier ou qu'on l'exerce trop. Dans le premier cas, on laboure la paroi antérieure du vagin en faisant deux sillons rétro-pubiens; dans le second, lésion analogue sur la paroi postérieure. Le forceps tricourbe permet, alors même qu'il est manié par des mains peu habiles, d'éviter ces lésions multiples, et dues à la mauvaise direction des tractions.

Déchirures du périnée et de l'orifice vulvaire, qui sont ordinairement la conséquence de déchirures de la partie inférieure du vagin; ces déchirures siègent le plus souvent sur les parties inféro-latérales de l'orifice vulvo-vaginal, remontant plus ou moins haut sur le vagin.

POUR L'ENFANT :

Ecchymoses, plaies superficielles, produites par la compression des cuillers sur la partie fœtale. Ces lésions sont de peu de conséquence; parfois on note, surtout au niveau de l'extrémité des cuillers, de petites indurations qui persistent un certain temps.

Céphalématome, se montrant chez les enfants prédisposés à cet accident.

Paralysie faciale, ayant lieu quand l'extrémité de la cuiller vient comprimer le nerf facial au niveau de sa sortie du crâne, c'est-à-dire au voisinage de l'apophyse mastoïde.

VII

EXTRACTION MANUELLE

SOMMAIRE

- a. Définition, historique.
- b. QUAND l'extraction manuelle doit-elle être faite?
 - 1° Indications.
 - 2° Contre-indications.
 - 3° Conditions requises.
- c. COMMENT l'extraction manuelle doit-elle être faite?
 - 1° Précautions préliminaires.
 - 2° Opération.
 - 3° Difficultés.
- d. Pronostic et appréciation.

A. — DÉFINITION. — HISTORIQUE

Lorsque le fœtus se présente par le siège, l'accoucheur peut, en saisissant

avec la main les membres pelviens, pratiquer l'extraction, de même qu'il le fait avec le forceps, quand il s'agit d'une présentation de l'ovoïde céphalique. A côté de l'extraction par le forceps existe donc l'*extraction manuelle*, à la description de laquelle sera consacré ce chapitre.

L'histoire de l'extraction manuelle se confond avec celle de la version interne podalique, pratiquée pour la première fois par CELSE et SORANUS, mais c'est à tort que la plupart des auteurs actuels réunissent dans une même description ces deux opérations, qui doivent avoir une individualité absolument distincte, car modifier une présentation ou extraire un fœtus constituent deux interventions essentiellement différentes.

B. — QUAND L'EXTRACTION MANUELLE DOIT-ELLE ÊTRE FAITE ?

1° Indications.

Comme pour le forceps, l'étude des indications doit être divisée en deux chapitres :

Extraction manuelle d'urgence ;
Extraction manuelle à volonté.

a. EXTRACTION MANUELLE D'URGENCE.

L'extraction manuelle est indiquée d'une façon indiscutable, toutes les fois qu'avec une présentation du siège primitive ou amenée par une version et en l'absence de contre-indication, la vie de la mère ou celle 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. . . . Ralentissement des battements cardiaques.

b. EXTRACTION MANUELLE A VOLONTÉ.

Quand avec une présentation du siège un pied est facilement accessible, l'accoucheur, soit par hâte spontanée, soit sollicité par l'entourage, est tenté de faire l'extraction manuelle, et d'accélérer ainsi le terme du travail.

Cette tentative serait excusable, si sa réalisation n'était pas dangereuse pour l'enfant. Mais, quand on pratique l'extraction manuelle, surtout avant la dilatation bien complète, on s'expose au *relèvement des bras* et à la *déflexion de la tête*, double accident dont nous verrons l'importance tout à l'heure.

Aussi ne faut-il se décider à pratiquer l'extraction manuelle, en dehors de tout danger maternel ou fœtal pressant, que lorsqu'elle est réellement utile à la santé et à l'heureux rétablissement de la mère, indication qui se présente comme pour le forceps (v. p. 699), ou quand la température de la mère s'élève au-dessus de 38°, ou quand la partie fœtale séjourne plus de deux heures au même niveau du canal génital.

2° Contre-indications.

Les contre-indications sont au nombre de trois :

1° *Présentation autre que celle du siège*, à moins que la présentation ne

puisse être modifiée par une version podalique. Quand, avec une présentation du siège, il s'agit d'une variété *mode des fesses*, l'extraction sera contre-indiquée s'il y a impossibilité d'abaisser un ou les deux pieds¹.

2° *Le col n'est pas suffisamment dilaté ou dilatable* (voir p. 222). Si on ne respecte pas cette contre-indication, on pratique l'accouchement forcé, et on expose la vie du fœtus, dont la tête dernière sera, malgré tous les efforts et l'habileté de l'opérateur, retenue par le col incomplètement ouvert, un temps assez long pour amener une asphyxie mortelle.

3° *Rétrécissement du bassin* (par viciation osseuse ou par la présence d'une tumeur, un fibrome utérin par exemple) empêchant l'introduction de la main, et à plus forte raison le passage du fœtus intact.

3° Conditions requises.

Les diverses conditions requises pour l'extraction manuelle sont :

L'absence des contre-indications sus-mentionnées ;

La rupture de la poche des eaux, facile à opérer, alors qu'elle n'a pas eu lieu spontanément.

C. — COMMENT L'EXTRACTION MANUELLE DOIT-ELLE ÊTRE FAITE ?

1° Précautions préliminaires.

La femme doit être placée en position obstétricale comme pour le forceps et la version interne. — Lavage vagino-vulvaire préalable. — Anesthésie à volonté, suivant la femme et suivant les aides dont on dispose.

A l'égard de l'enfant et de l'accoucheur, mêmes précautions que pour la version interne.

2° Opération.

Trois temps : Saisie des pieds.
Extraction du tronc.
Extraction de la tête.

1^{er} temps. — SAISIE DES PIEDS.

Introduire la main droite dans les organes génitaux, de manière à saisir, suivant la facilité des cas, un seul ou les deux pieds.

Si l'extraction succède à la version interne, ce premier temps se trouve tout exécuté, car la main attire au dehors le ou les pieds, qui ont servi de point d'appui pour faire évoluer le fœtus.

2^e temps. — EXTRACTION DU TRONC.

Pendant toute l'extraction, prier un aide d'appuyer fortement sur le fond de l'utérus et de le comprimer avec ses deux mains.

¹ Cependant, avec un siège mode des fesses, alors que la partie fœtale est assez basse, il sera parfois possible de l'extraire manuellement, à l'aide des index glissés en crochet dans les plis de l'aîne.

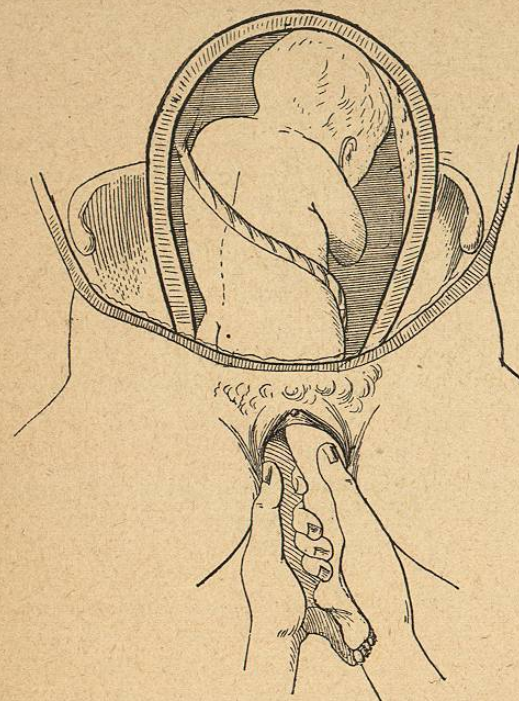


Fig. 508. — Saisie des membres inférieurs.

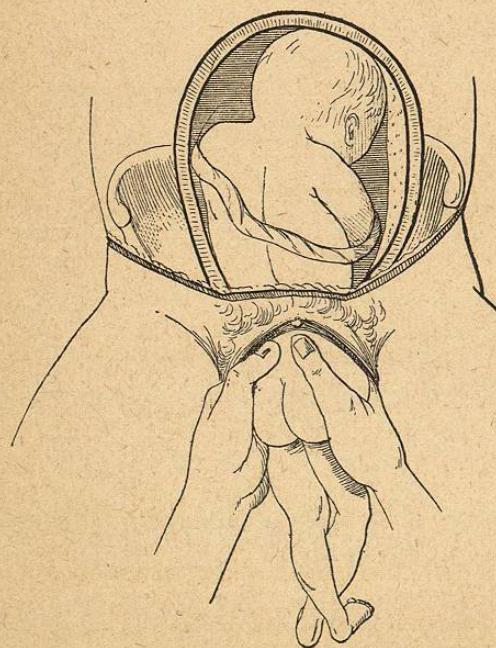


Fig. 509. — Saisie du siège.

Membres inférieurs (fig. 508). — Saisir à pleines mains le ou les deux membres inférieurs abaissés, et tirer *fortement en bas* dans la direction supposée de l'axe du détroit supérieur.

Siège (fig. 509). — Aussitôt que le siège apparaît à la vulve, le saisir à pleines mains, en le recouvrant, au besoin, d'un linge sec pour empêcher le glissement, continuer les tractions en bas.

Abdomen (fig. 510). — Dégager l'abdomen sans changer les mains de place. *Ne jamais saisir l'abdomen à pleines mains*, à cause des lésions qu'on pourrait ainsi produire sur les viscères contenus dans cette cavité. — Aussitôt que le cordon devient visible, exercer des tractions sur le bout placentaire (et non sur le bout fœtal), de manière à constituer une anse et à éviter les tiraillements auxquels cette tige serait exposée sans cette précaution.

Thorax. — Continuer à exercer des tractions sur le siège, en dirigeant la colonne vertébrale vers le milieu de la branche ischio-pubienne, de manière à ce que la tête, en arrivant dans l'excavation, s'oriente facilement et naturellement en occipito-pubienne. — Si on laisse la colonne vertébrale en arrière, la tête se

placera en occipito-sacrée (d'où des difficultés pour le dégagement de cette extrémité fœtale); si on la place franchement derrière la symphyse pubienne, l'ovoïde céphalique s'engagera difficilement dans le détroit supérieur, car ses grandes dimensions (diamètre occipito-mentonnier) se trouveront en rapport avec les petites dimensions du bassin (diamètre promonto-pubien).

3^e temps. — EXTRACTION DE LA TÊTE. — Quand la tête est petite, bien fléchie, la voie génitale large et souple, et quand l'expression abdominale a été bien faite, il arrive parfois que l'ovoïde céphalique, après l'expulsion des épaules, sort brusquement des organes génitaux, comme *éjaculé*.

Mais le plus souvent il faut aider à sa sortie, ce qu'on fera en se conformant à la *manœuvre de Mauriceau* (fig. 511, voir aussi p. 310) :

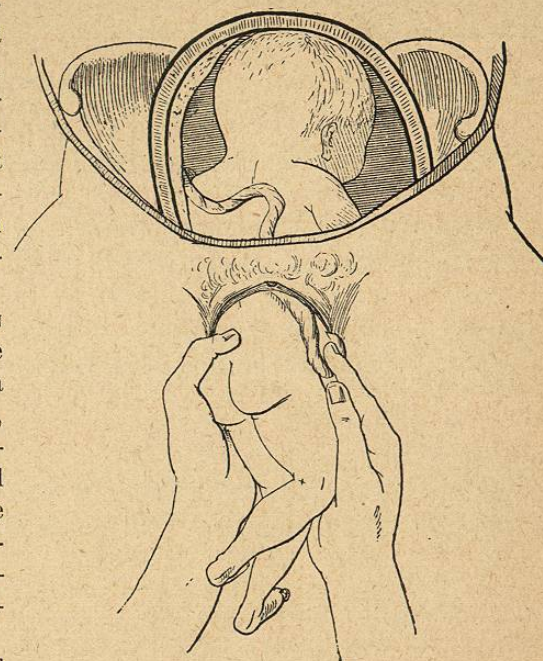


Fig. 510. — Libération du cordon.

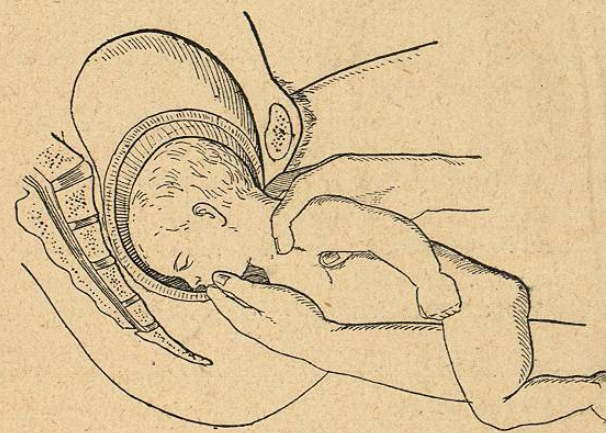


Fig. 511. — Extraction manuelle (manœuvre de MAURICEAU).

Cette manœuvre consiste à introduire un ou deux doigts¹ (index et médus)

¹ De la main la plus commodément orientée pour cette manœuvre.

dans la bouche de l'enfant, à placer l'autre à cheval sur le cou du fœtus. — Les tractions exercées à l'aide des deux mains ainsi placées doivent fléchir la tête et lui imprimer un mouvement de charnière autour du sillon occipito-cervical, amené sous le pubis de la mère¹.

3° Difficultés.

Au 1^{er} temps. — SAISIE DES PIEDS. — A moins d'obstacle sur le trajet du canal génital, il est rare que cette saisie soit difficile. — En cas de grossesse gémellaire se contenter de saisir un pied afin d'éviter de tirer sur deux membres appartenant à deux fœtus différents.

Au 2^e temps. — EXTRACTION DU TRONC.

Tractions sur le mauvais pied. — Le mauvais pied pour le dégagement du siège est le postérieur, la fesse antérieure venant s'accrocher à la symphyse pubienne. — On évitera cet obstacle en tirant fortement en arrière.

Fœtus à cheval sur le cordon. — La tige funiculaire est engagée entre les cuisses du fœtus. — Il suffit de libérer le cordon ainsi pincé.

Relèvement des bras. — A l'état normal les membres thoraciques sont croisés et fléchis en avant de la poitrine; mais, quand on tire sur le fœtus pour opérer l'extraction, il arrive presque constamment que ces membres se relèvent et viennent se placer sur les côtés de la tête.

Ce relèvement peut avoir lieu *en avant* et suivant le plan antérieur du fœtus; ou exceptionnellement *en arrière*, le long de la colonne vertébrale.

Tantôt un seul bras, tantôt et plus souvent les deux bras sont relevés.

Le diagnostic de cette complication est facile à porter, il suffit de regarder le fœtus, dont le thorax sort des organes génitaux sans être accompagné par les deux petits membres qui en dépendent. — On a également indiqué le moyen de diagnostiquer, surtout par l'exploration de l'angle inférieur de l'omoplate, le relèvement antérieur du postérieur; en pratique, on ne s'attarde pas à ce diagnostic, et comme presque toujours le relèvement a lieu en avant, on opère l'abaissement en supposant cette variété, et c'est dans le cas de difficulté seulement qu'on pense au relèvement en arrière et qu'on change la direction de la manœuvre.

Quand les bras sont relevés, il faut se garder de tirer en bloc sur le fœtus dans l'espoir que tête et membres viendront simultanément; si on opère ainsi, l'extraction sera impossible, à moins d'un fœtus relativement petit.

Il faut abaisser successivement les bras, d'une façon différente, suivant que la tête est arrivée au détroit moyen, ou encore retenue au détroit supérieur.

1° Tête au détroit moyen. — Commencer le dégagement par le bras postérieur, le plus facile à dégager.

¹ On a également conseillé pour l'extraction de la tête un autre procédé, décrit sous le nom de *Manœuvre de Prague* (KRWISN), qui consiste, alors que la tête dernière est placée en occipito-pubienne, à saisir le fœtus par les pieds et par le cou, et à lui imprimer un brusque mouvement de bascule, qui élevant les pieds en l'air amène le dégagement de la tête. Cette manœuvre, bien inférieure à celle de Mauriceau, ne doit être employée que d'une façon exceptionnelle.

Après avoir fortement relevé le fœtus, de manière à rendre plus accessible le bras postérieur, introduire dans les organes génitaux maternels les trois

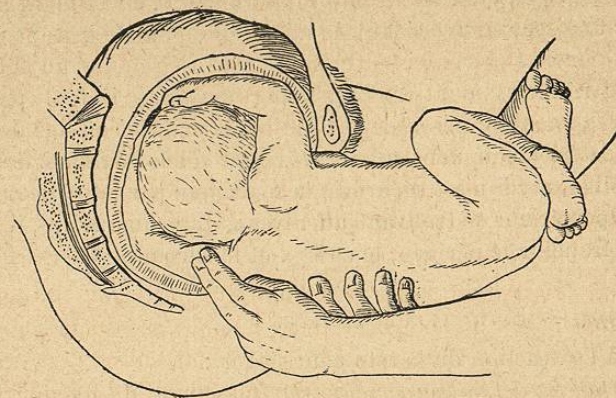


Fig. 512. — Extraction manuelle, abaissement du bras postérieur.

premiers doigts de la main homonyme du membre thoracique qu'on veut dégager, saisir le bras, c'est-à-dire la partie humérale du membre, et pla-

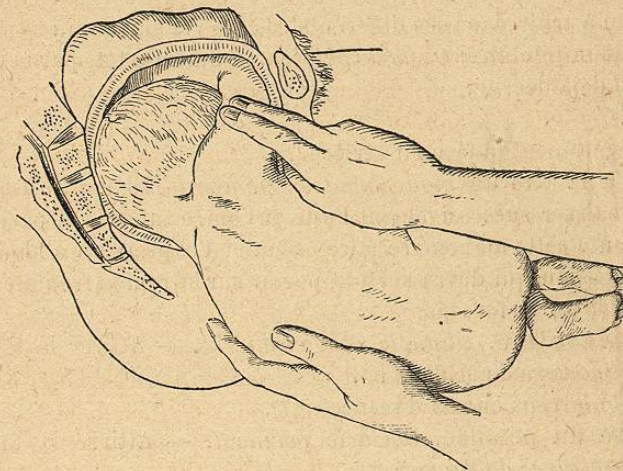


Fig. 513. — Extraction manuelle, abaissement du bras antérieur.

çant les doigts *parallèlement* à ce segment¹, abaisser le bras en lui faisant suivre un chemin inverse à celui qu'il a dû prendre pour se relever. — Il faut, comme l'a dit M. PAJOT, *faire moucher le fœtus*. — Dans les cas exceptionnels où l'abaissement serait impossible, l'essayer dans la direction contraire, en faisant *gratter le dos* avec la main.

¹ Si on les place perpendiculairement, et si on tire en formant crochet, on s'expose à la fracture de l'humérus.

Quand le bras postérieur est dégagé, reporter fortement en arrière le tronc du fœtus pour faciliter l'accès du membre antérieur; introduire de même dans les organes génitaux les trois premiers doigts de la main homonyme du membre : abaisser en procédant de même que pour le bras postérieur.

2° *Tête au détroit supérieur.* — Quand la tête est retenue au détroit supérieur, par un rétrécissement du bassin par exemple, il faut procéder de même au dégagement successif de chaque bras, mais ici au lieu de commencer par le postérieur, il vaut mieux *abaisser d'abord l'antérieur*, qui est le plus accessible, car il n'est séparé de la main que par la hauteur du pubis, tandis que le postérieur se trouvant au niveau du promontoire, il faut, pour arriver à lui, franchir le périnée, le coccyx et le sacrum.

Au 3° temps. — EXTRACTION DE LA TÊTE.

L'obstacle à l'extraction de la tête peut siéger :

Soit au niveau du détroit supérieur, rétrécissement du bassin; la plupart des pelviciations, qu'on rencontre en pratique, amenant la réduction du diamètre promonto-pubien :

Soit au niveau de l'excavation, col de l'utérus, qui insuffisamment dilaté emprisonne la tête en étranglant le fœtus ;

Soit au niveau du périnée, résistance excessive du plancher périnéal.

La conduite à tenir dans ces différents cas sera la suivante :

Au détroit supérieur. *Obstacle pelvien.* — Saisir la tête par la *manœuvre de MAURICEAU* déjà décrite.

La fléchir.

Tourner légèrement la face en arrière¹.

Imprimer à la tête un *mouvement de pompe bipariétal*, c'est-à-dire en essayant d'abaisser successivement l'une et l'autre tubérosité pariétale.

Pendant toute cette manœuvre faire exécuter l'expression abdominale par un aide, expression qui devra surtout porter sur la région frontale du fœtus.

Ne pas employer le forceps.

Dans l'excavation. *Obstacle cervico-utérin.* — Attirer la tête en employant la *manœuvre de MAURICEAU*.

Employer le forceps en cas d'insuccès (?).

Au niveau du périnée. *Obstacle périnéal.* — Attirer la tête en employant la *manœuvre de MAURICEAU*.

Employer le forceps en cas d'insuccès. (Voir la manière de l'appliquer page 712.)

D'une façon générale, la tête doit être placée pendant toutes ces manœuvres :

Transversalement au détroit supérieur ;

Obliquement (avec l'occiput antéro-latéral) dans l'excavation ;

Antéro-postérieurement (et l'occiput en avant) au détroit moyen et pendant tout le trajet périnéal.

¹ Voir pour les détails mes *Travaux d'obstétrique*, t. III, p. 3.

Si la tête, arrivée sur le périnée, se trouve située l'occiput *transversalement ou en arrière*, il faudra, en plaçant les mains comme pour la manœuvre de MAURICEAU, lui imprimer un mouvement de rotation, qui ramène l'occiput en avant¹.

Dans certains cas, alors qu'une personne imprudente a tenté d'entraîner la tête sans employer la *manœuvre de Mauriceau*, et en tirant simplement sur le tronc du fœtus, on observe la déflexion de la tête au détroit supérieur et l'accrochement du menton, en une région quelconque de ce détroit, surtout au niveau de la symphyse pubienne. — Pour opérer l'extraction en pareil cas, et pour pouvoir la mener à bien, il faut à tout prix fléchir la tête, en ayant recours à la *manœuvre de Mauriceau*; cette manœuvre sera possible à moins que la tête défléchie n'ait pénétré dans l'excavation, l'occiput s'engageant le premier; avec cet engagement de la tête défléchie, il n'y a d'autre ressource pour terminer l'accouchement, s'il est encore possible, que de continuer les tractions sur le tronc, et l'on pourra dans ces cas favorables, mais très exceptionnels, voir l'occiput venir se dégager à la vulve et le reste de l'ovoïde sortir ensuite; sinon il faudra recourir à l'embryotomie, à laquelle on se décidera promptement, car le fœtus succombe rapidement dans ces faits de dégagement dystocique de la tête dernière.

D. — PRONOSTIC ET APPRÉCIATION

Le pronostic de l'extraction manuelle, favorable pour la mère alors que l'opération est bien faite, doit toujours être réservé pour le fœtus, à cause des nombreuses et inattendues difficultés qui peuvent surgir, et dont l'accoucheur le plus habile n'est pas toujours maître en un temps assez court pour que l'enfant ne succombe pas.

En effet, une extraction au forceps (présentation de l'ovoïde céphalique) peut durer assez longtemps sans compromettre l'existence de l'enfant, mais une extraction manuelle (présentation du siège), si elle n'est pas opérée en quelques minutes, n'amène qu'un enfant mort.

Les différents accidents auxquels le fœtus est exposé pendant cette extraction, sont :

Les *déchirures de la peau*, qui ne s'observent guère qu'en cas de macération ;

Les *épanchements de sang*, suite des contusions plus ou moins étendues ;

La *paralysie des membres supérieurs* par compression du plexus cervical, et qui sont, pour l'extraction manuelle, le pendant des paralysies faciales observées avec l'extraction du forceps ;

Les *luxations* de la colonne vertébrale, de la hanche ;

Des *fractures diverses*, notamment de la clavicule ou des décollements épiphysaires.

¹ Ce mouvement de rotation est relativement facile, si on fléchit bien la tête préalablement; il est préférable aux tentatives de dégagement en occipito-sacrée.