

DYSTOCIE DES EPAULES

Une minute pour survivre

Y. MALINAS

L'ESSENTIEL

Dans toutes les spécialités peuvent survenir des accidents rares, très rares, et doivent être reconnus des diagnostics exceptionnels, très exceptionnels. Ces circonstances ne doivent pas désarçonner le médecin. La différence entre l'empirique et le docteur en médecine c'est que l'empirique n'est capable de traiter que ce dont il a l'expérience. Le professionnel peut reconnaître et éventuellement diriger ou traiter « parce qu'il sait ». Le Cahier que je prends la liberté de vous présenter aujourd'hui illustre un exemple d'urgence exceptionnelle, si rare que nul ne peut prétendre en avoir l'expérience, mais qui met une vie en danger dans un délai de quelques dizaines de secondes. Au-delà de la technique, au-delà du cas particulier, ce type de pathologie impose quelques réflexions philosophiques. Contrairement à ce qu'essaie de faire croire au public et au corps médical une foule de présomptueux inconscients, la médecine est autre chose qu'un assemblage de techniques dont les résultats se jugeraient par l'informatique. Aucun ordinateur ne remplacera jamais le médecin, si ce n'est dans les cas où justement l'aide d'un ordinateur n'est pas indispensable. A l'occasion d'un accident exceptionnel, c'est pourtant l'aide statistique qui attire l'attention sur une augmentation apparente de sa fréquence. Là encore, la réflexion est nécessaire car elle met le doigt sur la cause de l'augmentation constatée. C'est pourquoi, en contrepoint de l'accident exceptionnel, ce Cahier vous montre comment on peut créer l'accident exceptionnel par l'ignorance de précautions connues depuis des siècles dans la pratique de l'acte le plus banal qui soit : le dégagement de la tête dans un accouchement normal.

La médecine, comme toutes les sciences, fut autrefois une branche de la philosophie. Il n'est pas mauvais de temps à autre de prendre quelque recul et de philosopher sur la médecine. Le phénomène dont il est question dans ce Cahier fut et reste d'une extrême rareté. La dystocie des épaules, après que la tête fœtale soit descendue dans le bassin et se soit même dégagée de la vulve, implique un enfant de grosseur peu commune et se produit une fois sur 4 ou 5000 accouchements. Si personne n'est capable d'exécuter la manœuvre de sauvetage, l'enfant mourra dans la minute qui suit.

La philosophie d'un accident de ce type déborde considérablement le cadre étroit de la catastrophe obstétricale. Chacun sait qu'aujourd'hui la césarienne est devenue la bonne à tout faire et que plus d'un obstétricien considère toute intervention par la voie naturelle comme dangereuse. Il est vrai que la technique en est plus difficile et que le risque y est lié à l'imperfection. Dans le cas de la dystocie des épaules, cependant, aucune césarienne ne peut espérer tirer l'enfant d'affaire alors que la manœuvre de Jacquemier permet de l'extraire sur-le-champ. Je ne me dissimule aucunement l'objection qui vient à l'esprit : comment pourrait-on

enseigner une manœuvre qui sera nécessaire une fois tous les deux ou trois ans dans une maternité de débit moyen, et que l'on doit au surplus exécuter sur-le-champ, sans attendre. La manœuvre de Jacquemier ne peut s'enseigner que par l'image et par le verbe mais celui qui, autrefois, avait l'habitude des manœuvres intra-utérines, celui qui connaissait les obstacles et les axes, celui dont le sens tactile s'était aiguisé par l'expérience, n'avait aucune difficulté à comprendre et moins encore à exécuter. A dire le vrai, un enfant sur 4 ou 5 000 ne représente qu'un quart ou un cinquième de point sur la mortalité périnatale d'un service. Statistiquement la différence entre 12 et 12,25 %, la différence entre 14 et 14,2 % n'est pas significative. La seule chose qui est significative c'est que l'enfant perdu représente 100 % pour le couple, mais il est évident que cela inquiète peu l'ordinateur. Que le lecteur m'excuse de n'en avoir pas fini avec la philosophie. De nombreuses maladies sont très rares, dont le médecin instruit doit cependant être capable de faire le diagnostic, même s'il ne les a jamais vues. Des accidents chirurgicaux sont aussi exceptionnels que la dystocie des épaules, mais le chirurgien instruit doit savoir y faire face, même s'il ne les a jamais rencontrés. Il est vrai que dans un cas comme dans l'autre la différence statistique ne sera pas significative. La médecine statistique donne des indications précieuses, et il serait ridicule d'en sous-estimer l'intérêt et la portée ; il convient cependant de temps à autre, que le médecin se souvienne qu'il n'est pas seulement l'homme des abaques et des pourcentages, mais aussi le médecin d'un malade, d'un seul malade pour qui la vie ou la mort représente 100%.

La surprise statistique

Une des plus grandes surprises de l'obstétricien confronté à ces « thèses » qui, chaque année, font le point de l'activité d'un service, est que depuis dix ans environ la dystocie des épaules apparaît dans les tableaux avec une fréquence jusqu'à présent inconnue : ce n'est pas 1 sur 6000, ce n'est pas 1 sur 4000 c'est 1, 2 et même 3 pour 1 000, ce qui est pour le moins surprenant. Les épaules des enfants modernes seraient-elles excessivement larges? Les gros fœtus de 4,500 kg et plus seraient-ils plus nombreux ? Que nenni et bien au contraire ! Les très gros enfants aux très larges épaules étaient autrefois des fœtus de diabétiques dont on n'accepte plus aujourd'hui l'accouchement par les voies naturelles. Quant aux autres, c'étaient des enfants de très grandes multipares dont on sait que les poids s'accroissent volontiers avec la parité jusqu'à atteindre des sommets. Or, aujourd'hui, il n'y a plus de très grandes multipares et c'est tout juste si l'on ne dresse pas des statues aux femmes qui ont plus de deux enfants.

L'ignorance du principe

Non seulement l'extraction par les voies naturelles est désormais mal connue, inconnue, et approximativement exécutée, mais l'accouchement naturel et spontané lui-même subit le mépris qui s'attache à la voie basse. Il n'est que de faire un tour dans les salles de travail les plus huppées pour constater que tes sages-femmes, les internes et même les distingués chefs de clinique confondent le dégagement des épaules avec la pratique du judo. A peine l'extrémité céphalique de l'enfant s'est-elle extériorisée à la vulve, que le préposé à l'accouchement se précipite, comme s'il n'y avait pas une seconde à perdre, enserme le cou de l'enfant dans un étranglement entre les index et les médius opposés, et tire de toutes ses forces, parallèlement au plancher, au risque d'une fracture du crâne si, brusquement, le corps fœtal cède à cette sollicitation excessive. Le schéma 1 explique pour quelle raison la traction parallèle au sol impose une puissance considérable pour une efficacité faible.

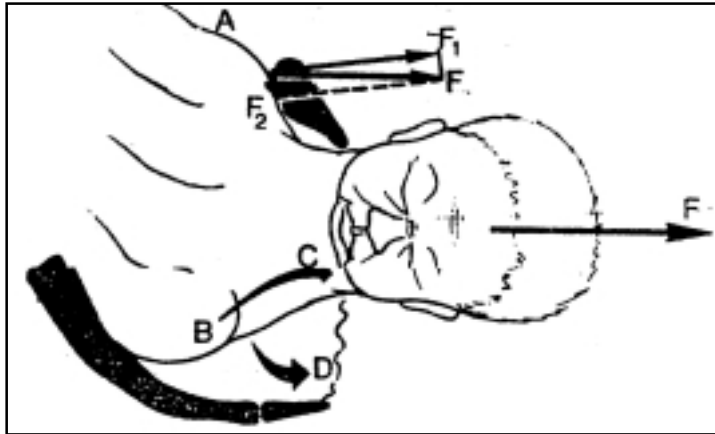


Fig. 1 : La force F exercée parallèlement au plancher, applique l'épaule antérieure A contre la symphyse pubienne. Elle peut être décomposée en deux forces perpendiculaires. L'une F1, elle-même perpendiculaire au pubis, écrase l'épaule contre le pubis mais n'entraîne aucune progression, l'autre, la force F2, efficace est extrêmement faible. En revanche, les muscles sterno-cléido-mastoldiens et trapèzes élastiquement sollicités C vont faire descendre l'épaule postérieure dans le bassin D.

L'encastrement

Le schéma 2 démontre le mécanisme qui crée une fausse dystocie des épaules. En tirant dans une direction qui n'est pas la bonne, l'opérateur (si on peut appeler cela un opérateur) fait descendre l'épaule postérieure dans la concavité sacrée. Dès lors le thorax du fœtus, tassé derrière la symphyse pubienne, ne peut plus être extrait, et la puissance la plus grande n'aboutira qu'à une lésion du plexus brachial. Lésion d'une curieuse fréquence si l'on en juge par ces fameuses thèses dont il était question un peu plus haut. L'accident sera appelé « dystocie des épaules » et chacun y trouvera une justification, sans s'étonner le moins du monde que, tout bien pesé, l'enfant ne dépasse pas les 3,5 kg et que, tout bien mesuré, son diamètre bi-acromial soit parfaitement normal.

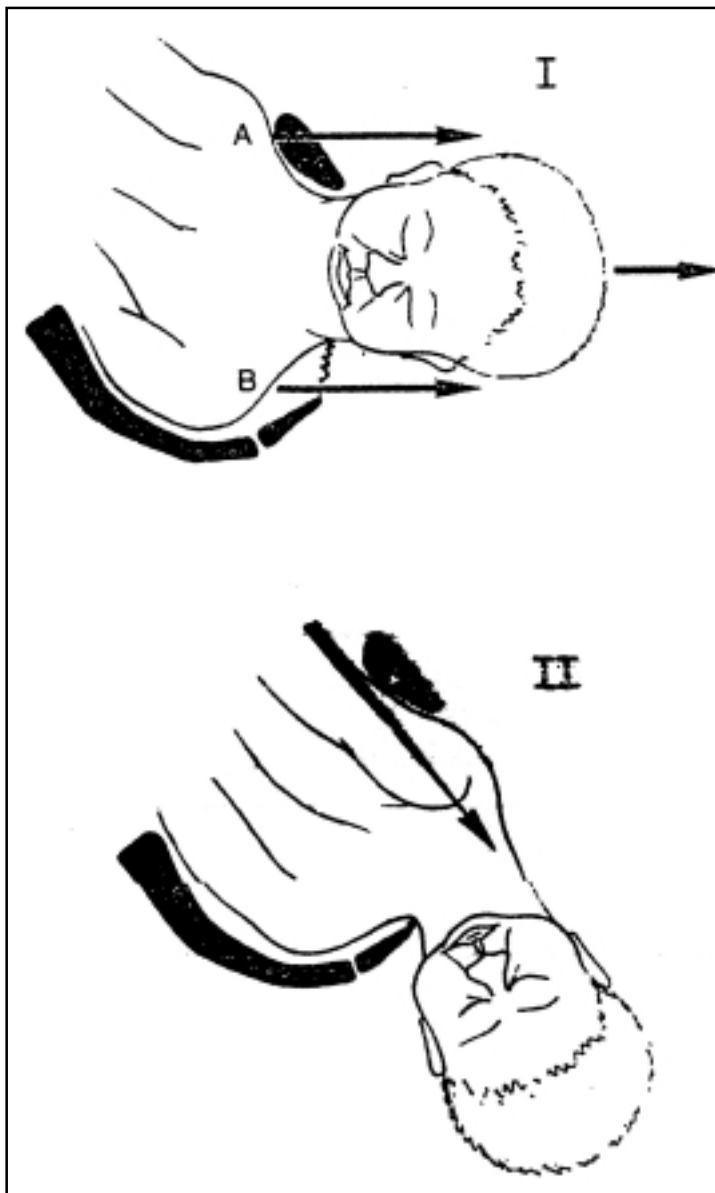


Fig. 2 : Lorsque l'épaule postérieure s'est appliquée contre le périnée et le coccyx qui sont revenus à leur place habituelle, la traction dans l'axe doit être excessivement puissante pour débloquer le fœtus et le plexus brachial qui correspond à l'épaule antérieure est directement menacé (I). Le dessin II montre qu'il suffit de lâcher la tête pour que, par son poids, elle attire l'épaule antérieure qui glisse derrière la symphyse sans aucun effort.

Une situation inextricable

Devant l'impossibilité d'extraire l'enfant, l'opérateur, ou prétendu tel, qui a éventuellement entendu parler de la manœuvre de Jacquemier, essaie de l'exécuter. Il tente d'introduire sa main derrière la tête fœtale, et bien entendu, y trouve l'épaule postérieure et ne peut monter plus haut. Alors il lâche la tête et essaie d'attraper l'aisselle antérieure pour l'abaisser. Manœuvre impossible s'il en est, et qui pourtant réussit. Elle réussit tout simplement parce qu'on a libéré la tête et qu'ainsi l'épaule a tourné et est devenue accessible. Et le lendemain, à la sacro-sainte discussion des observations, on vous expliquera que, dans la dystocie des épaules, la manœuvre de Jacquemier est impossible et qu'il faut abaisser l'épaule antérieure. Extravagante obstétrique qui doit faire retourner M. Farabeuf dans sa tombe.

Chi va piano...

Alors que la véritable dystocie des épaules est une urgence urgentissime, le dégagement des épaules lors d'un accouchement normal demande un tout petit instant de patience. Il n'est pas inutile, même pour certains obstétriciens, et il peut être utile pour un médecin quelconque, appelé de façon inopinée parce qu'une femme accouche dans le quartier, dans son hôtel ou dans la caravane voisine, de savoir ce qu'il faut faire. Gestes traditionnels, connus de longue date, et, semble-t-il, oubliés.

Laissez tourner

Ne touchez pas à la tête et vous constaterez qu'elle tourne. L'occiput qui se trouvait au contact du pubis se déplace vers la droite ou la gauche, habituellement d'un huitième de tour. C'est simplement que les épaules doivent se disposer dans le diamètre sagittal et que l'ensemble du tronc du fœtus tourne-à l'intérieur du bassin pour qu'une épaule se place juste derrière le pubis.

Faites tourner

Accentuez le mouvement de rotation, doucement, car rien ne presse. Amenez l'occiput en arrière sans tirer, sans forcer, et vous verrez l'épaule apparaître sous le pubis, spontanément. En effet, la rotation de la tête met en tension les muscles sterno-cléido-mastoïdiens et trapèzes qui abaissent l'épaule par leur élasticité en la faisant glisser derrière la symphyse pubienne. C'est élémentaire mon cher Watson ! Dès lors, c'est le moment de saisir la tête... mais pas n'importe comment.

N'étranglez pas

Il est bien vrai que vous allez vous servir des deux index et des deux médiums opposés et que vous allez maintenant tirer sur la tête doucement, sans hâte (rien ne presse). Vous allez tirer, non pas horizontalement, mais vers le plafond et cette traction va faire descendre l'épaule postérieure qui apparaît au périnée. Le dégagement est terminé mais attention ! Vos doigts ne sont nullement destinés à enserrer le cou. Serrer le cou aboutit à interrompre la circulation veineuse de retour et à de superbes purpuras du visage qui entraîneront ensuite en périnatalogie les « bilans » les plus savants au plus grand dam des finances publiques. Pourquoi serrer le cou pour soulever une tête ? Vous disposez de quatre points d'appuis pour les quatre extrémités de vos doigts. D'un côté les deux mastoïdes et de l'autre les deux branches du fer à cheval du maxillaire. C'est sur ces appuis osseux que vous devez exercer votre traction et pour cela il n'est nullement nécessaire d'enserrer

le cou. Les figures 3 à 7 montrent les divers temps du dégagement des épaules et je prie mes confrères qui trouvent cela évident (et même ressassé) de me pardonner des détails qui semblent tombés en désuétude.

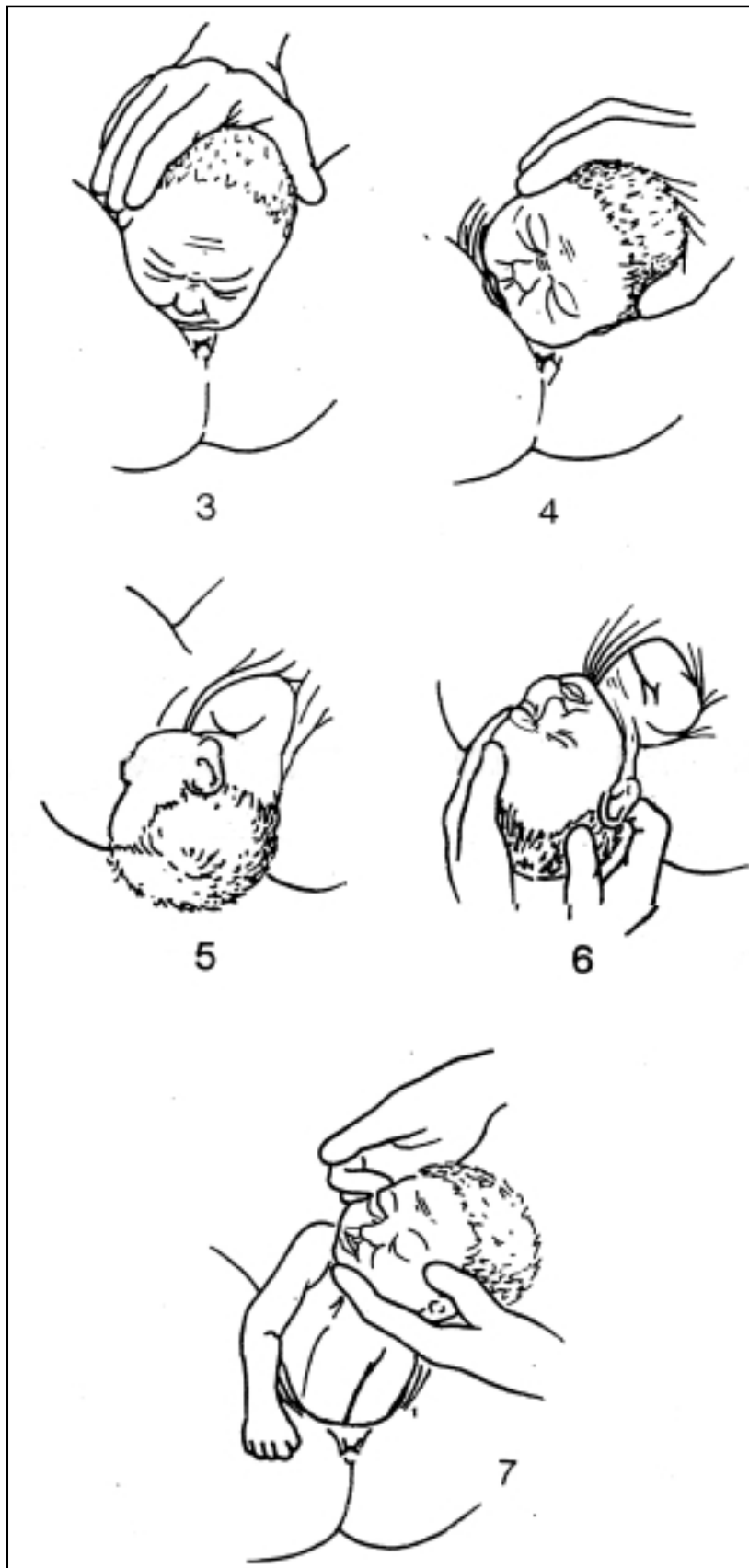


Fig. 3-7 : La rotation accentuée à la main (3,4) est poussée jusqu'à la position de la fig. 5 et l'épaule antérieure apparaît. Le simple poids de la tête y suffit, il n'est pas nécessaire de tirer. La fig. 6 montre qu'une très légère accentuation de la rotation bloque parfaitement bien l'épaule sous la symphyse. La fig. 7 montre la manière dont doivent être saisies les branches horizontales du maxillaire inférieur avec la face palmaire des index et les mastoïdiens avec le médus ou l'annulaire repliés (que l'on ne peut pas voir sur la figure). La traction vers le plafond permet de terminer le dégagement.

Préparation

La vraie dystocie des épaules ne peut en aucun cas être prévue, ni par les cliniciens les plus expérimentés, ni par les échographistes les plus éminents. Il est vrai qu'elle est le fait d'enfants volumineux, mais surtout d'enfants à morphologie particulière. On peut accoucher sans la moindre difficulté de fœtus de 4500 g et plus, alors que d'autres de poids identique sont retenus par un diamètre bi-acromial supérieur au diamètre du détroit supérieur. Ce sont des enfants larges d'épaules et cela, nul ne peut le prévoir.

Précautions

Il est bon quand même de prendre quelques précautions chaque fois que la clinique ou l'échographie (ou l'une et l'autre) font prévoir la naissance de gros enfants. Je n'hésite pas à me répéter : vous n'avez qu'une minute pour agir. Il faut donc que la femme soit en position obstétricale, sur une table. Si l'accouchement a été prévu en position étendue, si, fort de votre technologie moderne vous accouchez sur une chaise XVIIIe siècle signée de Reisener ou d'un des multiples Hache, si vous vous êtes converti à la piscine et barbotez joyeusement dans l'eau (tandis que la famille danse le cha-cha-cha au son des maracas) si votre anglomanie vous a entraîné à la position anglaise, l'enfant sera mort avant même que vous ayez pu disposer la mère de telle sorte que la manœuvre de Jacquemier soit possible. C'est pourquoi une grande multipare, une femme dont le précédent enfant pesait déjà plus de 4 kg à la naissance, celle dont la hauteur utérine dépasse 36 cm. Celle dont l'échographiste vous a annoncé que l'enfant atteignait le 90^e percentile de la norme, celles-là doivent accoucher sur une table, les pieds dans les étriers, les fesses débordant largement... Mais cette précaution n'est pas la seule, il y en a d'autres.

Bras nus

Les accoucheurs se sont toujours sentis diminués devant les chirurgiens. Leurs instruments sont grossiers, leurs manœuvres aveugles, leurs champs opératoires souillés. C'est pourquoi depuis quelques années, ils s'habillent de pied en cap, pantalons blancs, bonnets, masques et j'en passe... mais je n'ai rien contre ces oripeaux. Le désastre, c'est le sareau à manches longues ! Il n'est déjà pas facile d'effectuer une manœuvre intra-utérine à bras nu, mais, lorsque le tissu rêche du sareau est introduit dans les voies génitales, il exerce par sa rugosité un freinage qui n'est d'ailleurs pas exclusif d'excoriations multiples d'une muqueuse fragile. L'obstétrique doit se faire en manches courtes car le temps d'enlever le sareau, d'en dénouer les multiples lacets et de le faire retourner par quelqu'un pour garder tes mains à peu près propres, l'enfant sera mort.

Lavez-vous les mains

Les manœuvres intra-utérines exigent un tact développé. Il fut un temps où nous y étions à tel point rompus que nous percevions facilement à travers des gants tous les détails anatomiques du corps fœtal. Aujourd'hui l'habitude en est perdue, et une manœuvre endo-utérine doit se faire à main nue, sous peine de prendre un pied pour une main, un cordon pour un membre, et ce ne sont pas là les seules confusions possibles. Mais si le vagin est septique et le périnée encore plus, il est parfaitement inutile de contaminer l'utérus et le lavage doit être chirurgical. C'est une obligation, à laquelle nul ne doit se soustraire. Or un lavage chirurgical prend dix minutes et dans l'intervalle l'enfant sera mort. Il convient donc de se laver les mains et de les arroser abondamment d'antiseptique en attendant l'évolution des événements, ce sera inutile 9 fois sur 10, 99 fois sur 100 peut-être, mais la 100^e fois vous pourrez agir sans retard. Une seule précaution : beaucoup d'antiseptiques moussants sont glissants, c'est pourquoi vous devez éviter d'en enduire vos paumes car vous ne pourriez plus rien attraper solidement sans serrer de façon

excessive. Doit-on dire que la manœuvre de Jacquemier doit être effectuée en douceur, et ne sont des manœuvres de force qu'entre les mains des ignorants ? Vous êtes prêt, tout est en place, il faut maintenant savoir faire le diagnostic de dystocie des épaules.

La vraie dystocie

La dystocie des épaules est parfois soupçonnée pendant la descente de la tête mais ne peut être affirmée qu'après son expulsion.

Soupçonner

Dans l'immense majorité des cas, il s'agissait d'un accouchement facile. La dilatation a souvent été brillante et, dans les services d'enseignement, on s'apprête à faire effectuer l'accouchement de la grande multipare par l'élève de seconde année ou l'étudiant néophyte. On l'habille, on le masque et l'on s'apprête à lui enseigner les gestes nécessaires, car la tête est là. Elle va sortir... et elle ne sort pas. Elle progresse à chaque effort expulsif et l'on se demande ce qui empêche un dégagement que le périnée, disparu de longue date, ne saurait le moins du monde gêner. Si vous ne vous êtes pas encore lavé les mains et si vous n'avez pas encore enlevé votre sareau, c'est le moment, car la principale cause de dystocie terminale est la dystocie des épaules. Rien ne presse tant que la tête n'est pas dehors, jusqu'à ce que vous soyez prêt. Ce sera parfois une fausse alerte, les épaules s'engagent brusquement et l'enfant sort comme prévu, sinon, la dystocie s'affirme. Au prix d'efforts expulsifs puissants, parfois aidés d'une application de forceps à la vulve (ou d'extracteur) à titre d'aide à l'expulsion, voici la tête dehors et le signe de la dystocie des épaules apparaît évident, qui interdit formellement d'y toucher.

Le signe

Alors que normalement la rotation de l'occiput doit s'amorcer, il ne se produit rien. Non seulement la tête reste dans sa position, occiput contre le pubis, mais elle est appliquée avec une telle force contre la vulve que l'on a l'impression qu'elle voudrait y rentrer. Tous les tissus sont déprimés à l'entour de la tête, et la moindre tentative de traction montrerait qu'elle est retenue par une force invincible. Il faut se garder de pareilles tentatives qui ne pourraient aboutir qu'à l'arrachement d'un ou des deux plexus brachiaux et éventuellement à la rupture de la colonne cervicale, accident grave que ne nous pardonnerait pas, à juste titre, un juge d'instruction. Le diagnostic de dystocie des épaules est un diagnostic d'inspection qui impose l'exécution de la manœuvre de Jacquemier.

La cause

La cause de la dystocie des épaules doit être bien comprise. C'est une dystocie mécanique qui est due à la rétention des deux épaules au-dessus du détroit supérieur. Ce sont les deux acromions qui se trouvent sur la margelle du bassin tandis que le cou est allongé, ce qui explique la rétraction de la tête sur la vulve. En réalité l'élongation, heureusement, ne porte pas sur les vertèbres, l'ensemble du tronc est distendu car il faut rappeler que la ceinture scapulaire ne s'attache pas aux vertèbres et que les clavicules ne prennent contact qu'avec le sternum. Il en résulte une déformation conique de la base du cou qui n'atteint que les parties molles tandis que l'axe vertébral est tendu sans aucun doute, mais non pas au-delà de la limite d'élasticité des disques. Personne n'a jamais signalé de lésions vertébrales lorsque personne n'a touché à la tête du fœtus.

Ce qui est interdit

Un certain nombre de manœuvres ont été proposées et quelques-unes sont fort à la mode :

- Il est parfaitement inutile d'essayer de faire descendre l'épaule antérieure derrière la symphyse par des manœuvres d'expression. Cela pourrait à la rigueur aider dans une fausse dystocie des épaules, encore que ce ne soit pas nécessaire dans une vraie, c'est du temps perdu, et toutes les secondes comptent ;
- Il est méchant, inutile, et d'ailleurs très difficile de casser les clavicules. Autant la fracture involontaire des clavicules est courante, autant la fracture volontaire en est difficile. Au surplus, le gain est pratiquement nul car pour que les épaules bloquées se réduisent et se tassent il faudrait très longtemps ou d'énormes tractions. En tout état de cause, non seulement le diamètre bi-acromial est excessif mais le diamètre thoracique augmenté des deux bras est lui-même excessif ;
- Toute manœuvre sur l'épaule antérieure est parfaitement contre-indiquée car elle imposerait l'abaissement de la tête et selon toute probabilité la rupture du plexus brachial. Au surplus, quand on sait la force qu'il faut exercer pour abaisser une épaule antérieure par traction sur l'aisselle, on comprend que le doigt en crochet en soit absolument incapable, et qu'il faudrait utiliser un crochet métallique. Cet instrument existe : c'est le crochet de Braun. Il peut présenter une indication, mais ce n'est pas encore le cas, car l'enfant n'est pas mort. En tout état de cause la manœuvre est longue et difficile.

Si un jour vous apprenez qu'un enfant a été débloqué d'une dystocie des épaules par une de ces trois manœuvres, renseignez-vous sur le poids, et vous constaterez que c'est que c'est un enfant de poids normal et qu'il s'agissait d'une fausse dystocie.

La manœuvre de Jacquemier

La manœuvre de Jacquemier est en même temps très simple et très difficile, comme toutes les manœuvres obstétricales. Elle est très simple si l'on a compris son principe et si l'on adopte la position adéquate. Elle est très compliquée si on la fait au jugé et si l'on n'applique pas une méthode rigoureuse.

Le principe

Le principe de la manœuvre de Jacquemier ne consiste pas du tout à essayer d'abaisser l'épaule postérieure par une manœuvre directe, car c'est absolument impossible. Elle consiste à attraper la main qui correspond à l'épaule postérieure et à tirer tout le bras à l'extérieur. On comprend dès lors qu'à l'épaule postérieure se substitue le creux de l'aisselle, ce qui réduit le diamètre des épaules de trois bons centimètres. En outre, la traction sur le bras entraîne la rotation du tronc fœtal de telle sorte qu'à la fin de la manœuvre l'aisselle du bras que l'on tient se trouve sous le pubis tandis que l'épaule qui était quelques instants avant derrière le pubis est descendue dans l'excavation. C'est pourquoi dès que le bras est dehors, l'accouchement suit dans l'instant même. Si l'on a compris ce principe cela signifie que l'opérateur doit monter sa main, non pas dans le bassin, mais bien au-dessus du bassin pour attraper la main fœtale qui se trouve à une hauteur variable au-dessus de la margelle du détroit. Il faut donc traverser tout le bassin.

La bonne main

Comme aucun fœtus n'a jamais les mains dans le dos, vous devez nécessairement utiliser la main qui fait face au ventre du fœtus, c'est-à-dire la main gauche quand le fœtus a le dos à gauche et la main droite quand le fœtus a le dos à droite. Vous devez aussi vous souvenir que le seul segment du détroit supérieur où vous pourrez passer votre main est le sinus sacro-iliaque correspondant. Il est parfaitement inutile d'essayer de passer le promontoire : vous n'y parviendrez jamais. Il faut donc introduire la bonne main et l'introduire derrière la tête sans doute, mais non pas directement derrière la tête : il faut l'introduire en arrière et à droite (ou à gauche) de ta tête. Pour ce faire, il n'est pas absolument nécessaire de traumatiser le fœtus. Dans l'immense majorité des cas, le périnée n'est pas une gêne et c'est lui qu'il faudra déprimer derrière la tête. Si, exceptionnellement, il était une gêne, il ne faudrait pas hésiter un instant à l'inciser. Si la main est correctement vaselinée sur son dos, et dans l'attitude classique de « la main d'accoucheur », elle s'introduira derrière la tête sans la moindre difficulté.

La position

Il ne s'agit pas ici de la position du fœtus mais de celle de l'accoucheur. Si l'on veut atteindre la main postérieure du fœtus, il faut introduire le bras dans une direction qui va du coccyx à l'ombilic de la femme, et comme cette main est fort élevée au-dessus du périnée, non seulement l'avant-bras doit pénétrer entièrement dans les voies génitales de la mère mais aussi, assez souvent, le coude. Il est donc clair que toute position de l'accoucheur qui l'oblige à fléchir le coude réalise un obstacle insurmontable à la progression de la main (dudit accoucheur) jusqu'à la hauteur indispensable. Il convient donc que la main, le coude et l'épaule de l'accoucheur soient alignés en extension du bras et dans l'axe ombilico-coccygien de la mère. Il faut ajouter que la manœuvre est d'autant plus facile que les avant-bras sont plus fins. Il va falloir en effet que le poignet passe au-dessus du détroit supérieur, et les masses musculaires de l'avant bras sont une



gêne qui peut rendre la manœuvre impossible. Il ne faut pas avoir de honte : la manœuvre de Jacquemier, dans un service hospitalier où plusieurs personnes se trouvent en salle de travail, doit être confiée à celui, ou plutôt à celle, qui a les membres les plus graciles, même s'il s'agit de l'élève sage-femme car cela n'a aucune importance : neuf fois sur dix l'opérateur en est à son premier essai et n'a pas plus d'expérience que l'élève ; il lui suffira de dicter à mesure les gestes nécessaires.

Fig. 8 : Positions respectives du bras de l'accoucheur et de la main du fœtus dans la manœuvre de Jacquemier.

Le fil d'Ariane

Une fois dans le ventre, il ne faut pas se perdre, d'autant que l'avant-bras, serré, rapidement se paralyse, et que les sensations tactiles s'estompent de seconde en seconde. C'est pourquoi le bout des doigts doit repérer l'épaule postérieure qui se trouve habituellement à proximité du promontoire, immédiatement au contact des doigts de l'opérateur. A partir de cette épaule il ne faut plus perdre les parties fœtales de peur de se tromper de main. On suit le bras, on atteint le coude, on suit l'avant-bras (habituellement fléchi sur le coude), on tient la main, on la serre modérément mais fermement. La manœuvre est terminée, il ne reste plus qu'à retirer son propre bras et il n'est pas nécessaire de le faire vite, car c'est là qu'on casserait l'humérus du fœtus d'un mouvement trop brusque. Il faut environ 20 secondes pour atteindre la main, il faut environ 5 à 10 secondes pour retirer lentement son bras. Une manœuvre de Jacquemier dure moins d'une minute. Les temps sont respectés si l'on a fait le diagnostic immédiatement.

L'anesthésie

Jusqu'en 1950, les quelques quatre manœuvres de Jacquemier que j'ai eues à pratiquer l'ont été sous anesthésie générale au chloroforme car en ces temps primitifs, les excellentes sages-femmes qui étaient nos collaboratrices étaient capables d'endormir une femme en 30 secondes pour une intervention de 30 secondes. Aujourd'hui, il n'en est pas question. L'anesthésiste a bien trop peur et, neuf fois sur dix ne comprend absolument pas ce qui se passe. La notion d'urgence obstétricale n'est familière qu'aux anesthésistes spécifiquement obstétricaux qui savent que dans notre jargon de spécialistes le mot « urgence » n'a pas du tout le même sens qu'en chirurgie. L'urgence obstétricale est à la minute, c'est l'urgence de l'hémorragie de la délivrance, c'est l'urgence de la souffrance fœtale aiguë en fin de travail, c'est l'urgence de la dystocie des épaules. Le temps que votre fidèle et sympathique anesthésiste ait interrogé la femme, ausculté, pris la tension, installé son scope, préparé son petit mélange, installé une perfusion si elle n'est pas en place, il y a longtemps que la manœuvre sera terminée. Il n'est pas question de contrevenir à la règle. Un enfant perdu dans les règles de l'art anesthésique vaut mieux qu'un accident d'anesthésie si les règles n'ont pas été observées. Dans l'état actuel de notre civilisation la manœuvre de Jacquemier doit se faire sans anesthésie. Elle n'est d'ailleurs pas spécialement douloureuse, et la seule chose qui pourrait gêner est l'agitation d'une femme à juste titre inquiète. Il faudra savoir s'en accommoder.

L'enfant est mort

Ce chapitre s'adresse exclusivement aux spécialistes. La dystocie des épaules n'a pas été reconnue, des tractions ont été pratiquées, des manœuvres inutiles essayées, le temps été dépassé, l'enfant est mort.

Evacuer

Si vous ne désirez pas que votre malheureux confrère termine sa carrière devant les tribunaux, il est préférable de ne pas effectuer la manœuvre de Jacquemier. Dans les conditions actuelles de fréquentation des salles de travail, tout était prêt pour la fête, et un monde fou attendait. Il y a le père de l'enfant, il peut y avoir la mère de l'accouchée ; dans les établissements de pointe, les amis, la famille et les petits enfants. Tout ce beau monde, lorsqu'il vous aura vu extraire en 30 secondes un enfant sur lequel votre confrère s'escrime sans succès depuis une demi-heure ou plus, se précipitera immédiatement chez l'avocat le plus proche ou même chez le procureur de la République. Mais ne croyez pas que le personnel qui peuple les hôpitaux publics (et spécialement

les centres universitaires) ait la moindre idée du secret professionnel. Ne faites pas la manœuvre de Jacquemier devant l'employé de service, devant l'élève sage-femme, l'élève-infirmière, l'élève-kinésithérapeute, l'élève-psychologue, l'élève-médecin et l'élève-spécialiste qui sont à l'obstétrique moderne ce qu'était le chœur grec à la tragédie. Or la fonction du chœur est de clamer. Dans les trois minutes qui suivront, tout l'établissement retentira de cris. Admiratifs sans doute, mais déplacés : « Fabuleux ! Il y est arrivé en 30 secondes ». Que cela tombe dans les oreilles du père est inévitable. Vous n'êtes pas là pour traîner les confrères en justice. De toute façon cela ne changerait rien à l'état fœtal. Il faut donc évacuer la famille et exécuter la manœuvre sous anesthésie générale, avec votre confrère, et la sage-femme qui apprendront au moins quelque chose. Et lorsque tout sera terminé, avant que l'accouchée ne se réveille, vous expliquerez, toutes portes closes, que rien de ce qui a été effectué en salle de travail ne doit en sortir, et vous en sortirez vous-même un quart d'heure ou 20 minutes plus tard après avoir déballé toute une masse de matériel que les employées auront à nettoyer, ce qui prouvera bien que vous avez eu beaucoup de mal.