

les anarchistes propagandistes par le fait ou théoriciens, il en est qui ne sont, cliniquement parlant, que des fous raisonnants (les hallucinés mis à part); ce sont pour ainsi dire des types sociaux de la folie.

On peut leur opposer les *persécuteurs familiaux*, caractérisés par ce fait qu'ils restreignent le champ de leur activité délirante à leur propre famille; ce sont peut-être les plus nombreux, mais la maladie reste souvent chez eux fruste, peu bruyante et passe pour un simple défaut de caractère. Certains ont un talent particulier pour se poser en victimes, et, en torturant journellement leur conjoint, savent se faire plaindre par leur entourage.

Le terme de persécuteurs familiaux a été pris aussi dans un autre sens, et désigne pour quelques auteurs les persécutés persécuteurs qui, se choisissant quelque personnage comme auteur de leurs jours, le poursuivent de leurs revendications. Pour nous ce cas rentre dans la paranoïa originaire (v. c. m.).

*Paranoïa inventoria*. — Les inventeurs malheureux — et pour cause — font facilement un délire de persécution stéréotypé, concernant leurs inventions, et qui prend tantôt la forme processive, tantôt la forme persécutrice.

Les médecins sont fréquemment en butte aux poursuites de *persécutés persécuteurs hypocondriaques*, surtout des femmes, et plus d'un en a été victime. Ils sont accusés de manœuvres obscènes, ou encore d'avoir pratiqué quelque opération préjudiciable au patient.

Les *persécuteurs amoureux* prennent comme but de leur délire des femmes connues, des actrices; nous avons observé une persécutrice homosexuelle. Les femmes s'attaquent souvent aux prêtres, et l'on connaît plus d'une affaire retentissante de cette catégorie.

*Délire systématisé d'interprétation*. — Nous le rapprocherons de la folie quérulante. Ce terme désigne des malades dont le fond du délire repose sur une série d'interprétations fausses ou délirantes, qui finissent par se stéréotyper. Les malades sont entre tous des graphomanes; ils exposent dans leurs écrits les faits les plus puérils auxquels ils donnent une importance ridicule, et en prennent départ pour bâtir de véritables romans; c'est même par ce terme que plus d'un désigne ses soi-disant aventures. Une de mes malades donnait comme début de sa maladie le soupçon qu'elle avait cru deviner chez une voisine, d'être accusée d'avoir dérobé 2 sous. Ces malades ont une grande tendance au délire palinostique; ils ébauchent souvent des idées de grandeur. Les hallucinations restent absentes. Les interprétations simplement fausses et réellement délirantes se combinent pour former le fond même de la maladie; c'est bien la paranoïa dans toute sa pureté: une parole, un geste, un écrit, un acte quelconque, souvent même un bienfait est traduit dans un sens inexact ou absurde, toujours hostile. Rien n'est insignifiant pour ces malades, même la rencontre la plus fortuite.

Aux interprétations se rattachent des illusions, visuelles ou auditives, analogues à celles que nous indiquons pour la période d'incubation du délire chronique.

**Marche.** — La maladie a une évolution extrêmement lente, et la période d'état persiste indéfiniment, compatible avec une conservation sinon complète de l'intelligence, du moins avec une grande lucidité. Il y a lieu de remarquer

que ces malades sont souvent congénitalement des déséquilibrés, et que, sous des dehors parfois brillants, ils font preuve de la faiblesse du jugement la plus manifeste. Divers stigmates dits de dégénérescence physique ou mentale existent souvent (V. DÉGÉNÉRESCENCE).

Au cours de la maladie il surgit parfois des *épisodes aigus*, affectant d'ordinaire la forme d'excitation maniaque, quelquefois de véritable fureur, sous l'influence de quelque choc émotionnel se rattachant ou non au délire.

**Diagnostic.** — Il est immédiat: l'expression du visage, l'allure, la conversation, les écrits sont caractéristiques. La maladie se décèle dans les réticences mêmes. L'absence d'hallucinations la distingue du délire chronique. Sa systématisation logique la différencie de la paranoïa simple. C'est avec la manie raisonnante (v. c. m.), qui a bien des points communs, que la confusion peut avoir lieu en l'absence de renseignements exacts, surtout dans les paroxysmes épisodiques avec excitation; mais d'habitude le médecin n'a à juger de ces malades qu'à l'occasion d'actes délictueux portant la marque de la maladie.

**Pronostic.** — L'affection est essentiellement chronique, et étant données les réactions violentes de ces malades, leurs habitudes de diffamation qui en font un danger social, l'internement est la règle; il doit en général rester définitif. Il arrive cependant que le malade, une fois l'acte de vengeance commis, sa haine satisfaite, reste assez calme et peut être remis en liberté dans la suite, mais après une observation de plusieurs années maintenue à l'asile. L'affection a parfois une allure périodique et nécessite des internements répétés.

**Traitement.** — On ne peut parler de traitement, sauf pour les paroxysmes maniaques (V. MANIE); l'internement s'impose et est malheureusement trop souvent fait tardivement, après que quelque acte de violence, un meurtre a été commis. La vie monotone de l'asile endort peu à peu l'activité de ces malades. Mais il en est qui sont dans les établissements un véritable fléau par leur caractère insupportable.

M. TRÉNEL.

**FOLLICULITES.** — Les dermatoses qui affectionnent l'appareil pilo-sébacé comme localisation unique ou principale, sont trop nombreuses et trop différentes les unes des autres, pour qu'il y ait intérêt à les réunir dans un même chapitre (V. KÉRATOSE PILAIRE, *Lichen scrofulosorum in PEAU* (TUBERCULOSE) PITYRIASIS RUBRA PILAIRE, TEIGNES, etc.). Par contre, il est un groupe d'inflammations folliculaires franches, à tendance suppurative, auxquelles s'applique avec justesse le nom de *folliculites*. Lorsque Hardy l'avait créé, ce mot doublait à peu près celui d'*acné*, dont on ne pouvait guère donner de définition qui ne fût tirée du siège folliculaire: aujourd'hui, les recherches de Unna, Hodara, Sabouraud, etc., ont permis de préciser le mot d'*acné*, en le rattachant à la séborrhée (V. ACNÉ). En dehors donc des acnés vraies, il reste des faits caractérisés par l'infection pyogène du follicule, infection directe et venue du dehors: c'est eux que nous aurons en vue. Ils constituent d'autant mieux un groupe naturel, que tous ont pour origine une lésion unique, la *pustule orificielle péripilaire*, et que tous sont dus à un même microbe pathogène, le *staphylocoque doré*. Ce microbe est aisé à retrouver dans le pus, par examen direct,

après coloration au moyen d'une couleur d'aniline quelconque ou par le Gram; on en obtient facilement des cultures par ensemencement direct sur les milieux usuels (gélose-peptone neutre, ou mieux encore gélose-urine); enfin, inoculé au moyen d'une aiguille dans un pore cutané, il reproduit la pustule d'où il était venu.

Si ce microbe passe pour banal, s'il infecte souvent des lésions préexistantes dues à d'autres (V. IMPÉTIGO), il est, par contre, virulent, et ne laisse pas envahir par les infections secondaires ses propres lésions (Sabouraud). Dès qu'il existe sur la peau (près d'un foyer infecté, par exemple), l'ouverture des follicules lui offre un point de moindre résistance qu'il envahit de préférence. Proliférant sous l'épiderme de l'évasement folliculaire, il va déterminer au voisinage de cet évasement la formation d'une collection leucocytaire qui est la *pustule orificielle*: elle a la forme d'une toupie, dont l'axe serait par le poil avec ses enveloppes épidermiques; les microbes sont toujours rassemblés en amas mûri-formes, sous la coupole que constitue la couche cornée soulevée; enfin, à la pointe profonde de la toupie, se forme constamment une escarre dermique, bourbillonneuse, rudiment des mortifications plus importantes qu'entraînent certaines variétés (V. ACNÉ NÉCROTIQUE, FURONCLE, etc.). Si la pustule se dessèche sans s'ouvrir, tous ses éléments se retrouvent dans la croûte lenticulaire, expulsée, suivant le mécanisme habituel, par formation au-dessous d'elle d'une nouvelle couche cornée.

Dans certains cas, les pelotons microbiens vont envahir de haut en bas la cheminée folliculaire, et créer des *folliculites profondes*. Le processus est-il aigu, avec violente inflammation périfolliculaire et séquestration de l'appareil pileux, c'est le *furoncle* et ses diverses modalités (abcès furoncleux, abcès en bouton de chemise, etc.). Il est étudié ailleurs. Au contraire, les conditions de virulence du microbe, de résistance organique locale ou générale, peuvent être telles que la marche de l'infection soit chronique. Il en résulte des abcès profonds, d'allure froide, qui, en vieillissant, s'entourent d'une zone dermique fibreuse: ce sont les *sycosis*. A la longue, le microbe causal tend à y disparaître, ainsi que cela se passe dans maintes autres suppurations chroniques: mais c'est toujours le même,

Il est facile de concevoir les *circonstances étiologiques*, capables de favoriser l'infection folliculaire. Ce sont avant tout des circonstances *locales*: téguments fragiles (blonds, et surtout roux ou « vénitiens »); présence d'une source d'infection au voisinage (coryza, écoulements); chaleur humide (plis cutanés, pourtour des orifices naturels); traumatismes mécaniques (frottements, grattages), ou chimiques (dermites professionnelles et médicamenteuses). Mais les causes *générales* (diabète, hypophosphaturie, etc.), ne sont pas négligeables; et l'on sait avec quelle ténacité elles entretiennent les éruptions pustuleuses et furoncleuses.

Nous séparerons, dans l'étude clinique, les folliculites superficielles et leurs complications profondes.

A) *Les folliculites péripilaires orificielles (porofolliculites)*. — La pustule ostio-folliculaire est une des lésions les plus banales en dermatologie. C'est le « bouton » le plus commun, débutant par une rougeur étoilée circumpilaire, au milieu de laquelle apparaît bientôt un point jaune, saillant ou non.

Ce point grossit en une pustule, tantôt acuminée, tantôt légèrement ombiliquée autour du poil, jaune verdâtre et assez résistante au grattage; ses dimensions finales varient entre celles d'une tête d'aiguille et celles d'un pois ou même d'un petit grain de raisin coupé par le milieu: c'est surtout autour des poils forts que se développent les grosses pustules. Nombre d'éléments se dessèchent en croûtes lenticulaires, opaques, jaunes, qui se détachent en soulevant autour d'elles une petite frange épidermique. De ceux qui sont ouverts, sort une goutte de pus phlegmoneux, bien lié, laissant au fond un peu de matière bourbillonneuse verte, plus épaisse, puis une goutte de sérum strié de sang, et enfin se forme une petite croûte cristalline. Les pustules suffisamment profondes laissent l'orifice pileux rouge, agrandi par une petite cicatrice infundibuliforme.

Tel est l'élément primitif des *miliaires pustuleuses*. Il est facile à reconnaître lorsqu'il est pur; et pourtant, il a prêté à bien des confusions, les uns ne le distinguant pas de l'*impétigo* vrai (v. c. m.), les autres le prenant à tort pour type de la *vésicule eczématisée* (Unna). C'est qu'on le voit souvent, en réalité, se superposer non seulement à ces dermatoses, mais à d'autres (séborrhée, intertrigo, favus, etc.), (v. c. m.); bien plus, il fait partie intégrante de la plupart des *éruptions parasitaires vermineuses* (gale, phtiriase, trombidium), et constitue en tout ou en partie un grand nombre des *éruptions* dites *artificielles*, soit thérapeutiques (miliaire post-épilatoire) ou médicamenteuses (térébenthine, goudron, thapsia et euphorbes, mercure, emplâtres), soit professionnelles (antiseptiques, ciment, vernis, hypochlorites, etc.). Mais nous laisserons de côté ces cas, étudiés ailleurs. (V. ÉRUPTIONS ARTIFICIELLES, etc.)

En dehors d'eux, on rencontre les pustulations miliaires disséminées sur tout le corps; relativement discrètes, elles se montrent en revanche récidivantes et tenaces, sous forme de poussées subintrantes qui passent d'une région à une autre (*Maladie de Colles, de Graves, de Jaccoud*). Dans les formes sévères, un grand nombre de folliculites se compliquent de furoncles: les furonculoses généralisées, diabétiques et autres, ne sont en somme qu'une forme majeure de la même affection. En pareil cas, il existe toujours une cause générale qui entretient le mal, et que l'on peut parfois retrouver (crises d'hypophosphaturie, de glycosurie, d'albuminurie passagère, goutte, etc.).

C'est au *cuir chevelu* que les miliaires pustuleuses offrent le plus grand intérêt: elles y constituent l'*impétigo de Bockhart*. C'est principalement une maladie de l'enfance (on l'observe aussi quelquefois chez des jeunes gens albuminuriques). Elle peut suivre des traumatismes médicamenteux (iode, savon noir, lotions irritantes), mais souvent elle semble spontanée. Sa forme la plus

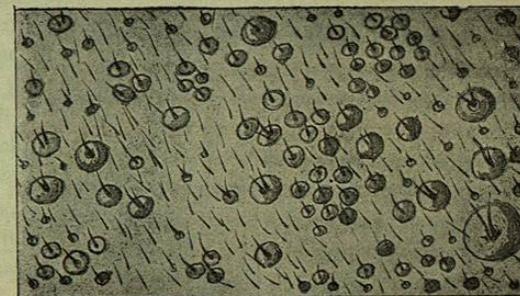


Fig. 28. — Impétigo folliculaire de Bockhart. Demi-schématique (Sabouraud).

typique éclate d'une façon aiguë : le soir, un peu de douleur, tuméfaction précoce des ganglions occipitaux; puis le lendemain, éruption sur tout le scalp de pustulettes péripilaires égales, grosses comme un grain d'orge. En quelques jours, elles sont remplacées par des croûtelles qui peuvent, en tombant, en imposer pour un pityriasis. Dans les formes plus circonscrites, les pustules sont inégales, certaines donnent lieu à des furoncles. Toutes les variétés récidivent avec une ténacité désespérante; leurs retours subintrants, favorisés souvent par des irritations intempestives, peuvent constituer un état véritablement chronique.

B) *Les sycosis*. — Nous avons vu de quelle manière se produit l'infection profonde des follicules pileux. Elle peut survenir dans toutes les régions à poils forts, cuir chevelu, nuque, pubis : l'usage est de ne la dénommer *sycosis* qu'à la face, où on l'observe d'ailleurs le plus fréquemment. L'affection commence toujours par des poussées de folliculites orificielles (souvent qualifiées à tort d'eczéma). A un moment donné, ces folliculites vont presque toutes (et non sur quelques points isolés comme tout à l'heure) envahir la profondeur : elles évoluent successivement et sur des modes variés, de sorte que la région se trouvera criblée de lésions diverses et d'âge différent : abcès chauds très douloureux, s'ouvrant par un ou plusieurs orifices pileux; clapiers purulents; abcès chroniques presque indolores, où le pus arrive à se transformer en une sérosité onctueuse, peu microbienne; indurations fibreuses : nous avons vu l'analogue à propos des acnés indurées (V. ACNÉ). Le derme intercalaire participe à l'inflammation, sa surface est rouge, suintante, érodée ou bourgeonnante. Quant aux poils englobés dans les lésions, ils se détachent facilement, leur racine entourée d'une gaine succulente; certains sont détruits définitivement.

Ce tableau varie d'ailleurs, suivant la localisation d'abord, et aussi suivant des conditions (virulence, etc.) plus difficiles à préciser.

1° *Le sycosis de la lèvre supérieure* est consécutif à une rhinite : le sujet a depuis l'adolescence une blépharite compliquée de folliculites palpébrales; vers 18 ans, le coryza chronique est devenu manifeste. C'est à l'occasion de ses reprises que se développent, à partir des espaces sous-narinaires, des poussées de grosses pustules hémisphériques autour des poils de la moustache. Elles deviennent cohérentes, et reposent sur une base uniformément infiltrée. Les lésions se renouvellent à chaque coryza, ou persistent constamment, cela pendant des années. Elles peuvent s'étendre de proche en proche jusqu'au menton, mais restent en règle cantonnées à la lèvre supérieure.

2° *Le sycosis des joues* est un type tout différent. Il ne procède pas par poussées miliaires, mais par éléments isolés ou groupés en placards irréguliers, bosselés d'abcès profonds, compliqués d'épidermite squameuse ou suintante; de nouvelles pustules se forment parfois à distance; leur évolution est souvent douloureuse. L'affection est bilatérale.

3° Au lieu d'évoluer par poussées aiguës, la pustulation peut être beaucoup plus discrète; les folliculites sont marquées surtout par une rougeur et une papulation acuminée. Mais elles se terminent par la sclérose cicatricielle et la destruction définitive du poil. En général les lésions, unilatérales, débutent en avant de l'oreille, et forment des placards qui s'étendent excentriquement,

tandis que le centre se convertit en une cicatrice plane; d'où le nom d'*acné* ou *sycosis lupôide*. La marche en est extrêmement lente, la durée indéfinie.

4° Des folliculites analogues, avec pustulation plus ou moins nette, peuvent s'observer au *cuir chevelu* et y déterminer des plaques d'alopecie cicatricielle larges comme la main, bordées sur 5 centimètres de lésions actives. L'inflammation peut être moins marquée encore, la sclérose folliculaire survenir presque sans signes (V. ALOPECIES).

5° Les sycosis de la *nuque* (Acné kéloïdienne) ont été étudiées ailleurs (V. ACNÉ).

Le *diagnostic* de toutes ces formes est en général facile. On ne confondra pas avec elles les *lésions tuberculeuses*, particulièrement le *lupus érythémateux* dans ses formes acnéiques; moins encore les *lésions syphilitiques*. C'est surtout la *trichophytie folliculaire (sycosis parasitaire)* qui pourrait prêter à des erreurs (V. TRICHOPHYTIE). On sait que les *folliculites suppurées et conglomérées en placards* de Leloir et Duclaux, Quinquaud et Pallier, ne sont qu'une forme de trichophytie. Quant aux *folliculites disséminées symétriques des parties glabres (folliclis et acnitis de Barthélemy, etc.)*, elles sont généralement considérées aujourd'hui comme des *tuberculides* [V. PEAU (TUBERCULOSE)].

**Traitement.** — Nous laissons de côté, parce qu'elles sont traitées ailleurs, les pustulations traumatiques (V. ÉRUPTIONS ARTIFICIELLES) ou secondaires à diverses dermatoses : la suppression de leur cause lorsqu'elle est possible, les pansements humides, forment le fond de leur traitement.

1° Les *pustulations disséminées*, nous l'avons vu, relèvent le plus souvent d'une *cause générale*, qu'il faut chercher et traiter par le régime approprié (albuminurie, diabète, etc.). Lorsqu'il s'agit d'hypophosphaturie, l'acide phosphorique médicinal à 36,4 pour 100 (de V à XX et même L gouttes par jour) (Joulié) a donné de bons résultats à Sabouraud. Les effets de la levure de bière sont discutés, en tout cas inconstants.

*Localement*, il faut ouvrir les pustules, épiler leur poil et les cautériser avec une goutte de teinture d'iode. Les furoncles menaçants ou formés sont ponctionnés profondément au galvano-cautère; on peut, dans leur cratère, instiller de l'éther camphré. L'acétone iodée, en simple badigeonnage, pourrait faire avorter les furoncles commençants.

Sabouraud conseille les bains généraux au sulfate de zinc à 1 gramme par litre (1/2 heure, deux par semaine).

2° Contre l'*impétigo de Bockhart*, les préparations soufrées (lotions et pommades) (V. ACNÉ, etc.) sont les plus actives. Dans les cas très aigus et étendus, il peut être utile de commencer par de simples émollients (pansements humides);

3° Le traitement du *sycosis de la moustache* doit commencer, sous peine d'être illusoire, par le traitement de sa cause (rhino-conjonctivite), que nous n'avons pas à exposer. Il est nécessaire de garantir la lèvre contre le contact des sécrétions nasales, au moyen d'une pommade couvrante, par exemple. Tous les matins, les pustules sont ouvertes et cautérisées à l'alcool boriqué saturé; les nettoyages peuvent se faire à l'eau d'Alibour forte (V. IMPÉTIGO). Le soir, on applique, si possible, une lotion ou une pommade soufrée. Si elles ne sont

pas supportées, et dans les cas de forte tuméfaction inflammatoire, on emploie les pansements humides. L'épilation est utile dans les cas tenaces; elle doit comprendre les poils narinaux accessibles.

Sabouraud conseille, surtout dans les cas d'œdème dur, l'emploi des rayons X (2 à 5 unités H par séance, — tous les 15 jours).

4° Le *syccosis des joues* exige également, lorsque l'inflammation est intense, l'emploi des décongestifs locaux (pansements humides, cataplasmes de fécule de pomme de terre appliqués refroidis). Tous les abcès profonds, les clapiers, doivent être ponctionnés au galvano-cautère et évacués complètement. Les poils malades doivent être arrachés à mesure qu'ils repoussent; ce n'est qu'à la longue, que l'épilation vient à bout de l'infection folliculaire.

Les applications antiseptiques ou modificatrices (alcool boriqué, eau d'Alibour, nitrate d'argent, etc.) sont généralement mal tolérées, le soufre encore plus mal, sauf dans les cas invétérés où ces moyens sont utiles.

Les rayons X à demi-dose (1/2 teinte B du radiomètre X), tous les huit jours, pendant un mois ou un mois et demi, donnent d'excellents résultats (Sabouraud).

5° Dans les *autres formes* ce sont encore les préparations soufrées qui sont les plus utiles. Les emplâtres (emplâtre de Vigo, emplâtre rouge de Vidal), peut-être les cures d'exfoliation (V. ACNÉ), peuvent être essayés dans certains cas.

M. SÉE.

**FORCEPS.** — Le forceps a été inventé au XVII<sup>e</sup> siècle par Chamberlen qui construisit une sorte de pince droite destinée à l'extraction du fœtus mais ne fut connu que grâce à Palfyn.

En 1748, Levret imagina de donner aux bords de l'instrument une courbure dont l'axe reproduisait à peu près l'axe du bassin osseux.

En 1877, Tarnier, utilisant différents perfectionnements réalisés dans la construction du forceps, imagina un nouveau forceps dont nous allons donner la description parce que c'est celui qui est surtout usité en France.

Le forceps de Tarnier, comme celui de Levret, est un forceps à branches croisées; il existe plusieurs modèles d'autres forceps à branches parallèles.

**Description du forceps de Tarnier.** — Il se compose de deux parties distinctes : A) l'appareil de *préhension*; B) l'appareil de *traction* (fig. 29).

A) *Appareil de préhension.* Il est constitué par deux branches dont les deux extrémités (cuiller et manche) sont les mêmes, mais dont la partie moyenne ou articulaire est différente.

1° La cuiller a la forme d'une raquette allongée. Elle est fenêtrée, son extrémité est large et arrondie; son talon est rétréci et se continue avec le pédicule. Chaque cuiller a deux courbures, l'une suivant les faces, présente une concavité interne destinée à loger la convexité de la tête fœtale; l'autre courbure suivant les bords reproduit la courbure de la filière pelvignitale. Un peu au-dessous de l'œillet inférieur de chaque cuiller, sur le pédicule, existe un trou arrondi qui sert à fixer une tige de traction. La tige de traction est terminée à l'une de ses extrémités par un bouton arrondi qui vient se loger dans le trou dont nous venons de parler. Sur la face externe du bouton se trouve une lettre D ou G qui

indique avec quelle branche (droite ou gauche) s'articule la tige de traction; la même lettre est reproduite un peu au-dessous de l'orifice sur la face externe de la cuiller. La tige de traction se termine à son autre extrémité par une encoche taillée sur son bord supérieur qui sert à fixer le tracteur; la tige de traction s'applique sous la face inférieure de chaque branche où elle est fixée par un bouton d'arrêt contre lequel elle s'appuie.

2° Les manches sont courts; ils sont métalliques et arrondis. Sur la face supérieure de la branche gauche se trouve une vis mobile, munie d'un écrou à ailettes. Quand le forceps est articulé, la vis se rabat sur la partie correspondante

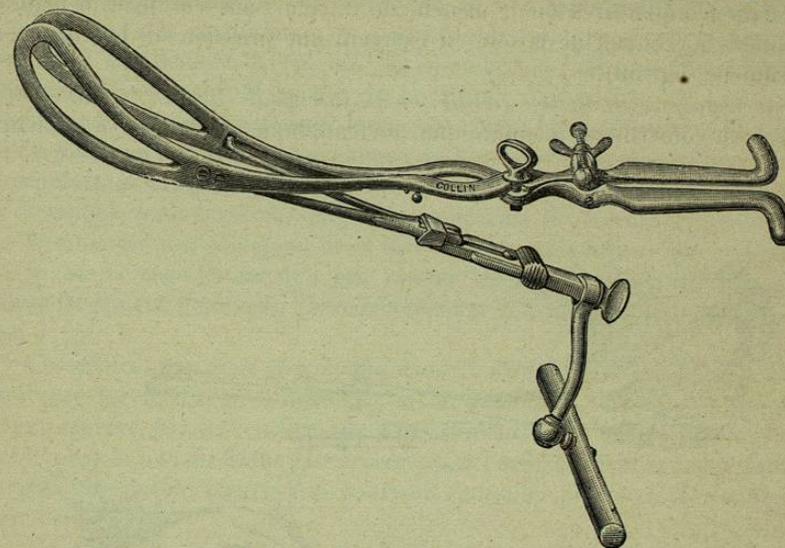


Fig. 29. — Forceps de Tarnier articulé et muni de son tracteur.

du manche droit qui est munie d'une chape pour la recevoir. En serrant l'écrou sur la vis (qu'on appelle *vis de pression*), on rapproche les deux manches l'un de l'autre; par suite de leur entre-croisement les cuillères se trouvent également rapprochées.

3° *Articulation.* — L'articulation est située à l'union de la cuiller et des manches; elle est plus rapprochée de l'extrémité du manche que de l'extrémité de la cuiller. Elle se compose d'une mortaise taillée sur le bord externe de la cuiller droite et d'une vis qui s'enfonce sur le bord interne saillant de la cuiller gauche. Lorsqu'on veut articuler l'instrument, on engage la vis dans la mortaise; en tournant la vis on amène au contact la branche droite et la branche gauche, cette dernière se trouvant en arrière.

B) *Appareil de traction.* — Le tracteur se compose de trois tiges métalliques : 1° une *tige horizontale* qui, à son extrémité libre, présente une douille carrée dont le bord supérieur vient s'appliquer au niveau de l'encoche qui existe sur le bord supérieur des tiges de traction. Sur cette tige horizontale glisse un curseur dont l'extrémité libre peut venir s'insinuer entre l'extrémité des tiges de traction et la face supérieure de la tige horizontale. A son extrémité la tige horizontale présente une partie arrondie que vient embrasser l'extrémité d'une

seconde tige verticale; une vis sert à maintenir ces deux parties au contact. La tige verticale s'articule à son autre extrémité avec un manche horizontal arrondi sur lequel s'applique la main de l'opérateur.

Le forceps de Tarnier se distingue des autres par la présence de ce tracteur coudé qui permet, en embrassant le périnée dans sa concavité, de tirer suivant l'axe des cuillers; de plus, lorsque le forceps est articulé, la vis de pression maintient les deux cuillers au contact de la tête fœtale.

On a coutume de dire que dans le forceps Tarnier la traction est indépendante de la préhension; en effet, si l'instrument est bien appliqué sur la tête fœtale, l'opérateur n'a qu'à tirer sur le manche du tracteur sans s'occuper de maintenir les cuillers au contact de la tête en exerçant une pression sur les manches de l'instrument (fig. 50).

*Prise régulière de la tête fœtale.* — Le forceps de Tarnier, comme tous les forceps, est construit de manière que, bien appliqué sur la tête, il la saisit par

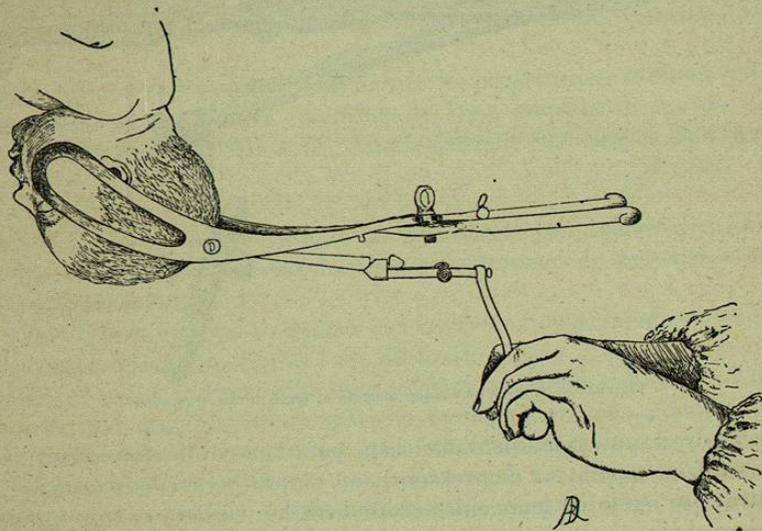


Fig. 50. — Forceps Tarnier appliqué sur la tête fœtale en présentation du sommet (Ribemont-Dessaignes et Lepage).

ses parties latérales, le bord concave de l'instrument regardant l'occiput du fœtus.

Farabeuf et Varnier, comparant l'ovoïde fœtal au globe terrestre, y décrivent deux méridiens principaux se coupant à angle droit; l'un passe par la suture sagittale, le nez, le menton, le trou occipital: c'est le méridien *sagittal* ou *méridien médian*.

L'autre méridien est perpendiculaire au premier, il passe en avant et au-dessus de l'oreille, coupe la saillie zygomatique et la bosse pariétale: c'est le *méridien jugo-pariétal* ou *méridien latéral*. L'axe des cuillers doit répondre à ce méridien. Précisant encore avec plus de soin les rapports de la cuiller avec la tête fœtale, Farabeuf et Varnier spécifient que dans la prise régulière de la tête en présentation du sommet « le bec de la cuiller est dirigé vers le pôle menton-

nier; le pédicule couvre le pôle opposé dit occipital; la fenêtre encadre, dans l'œillet du pédicule, la bosse pariétale; dans l'œillet du bec, la saillie zygomatomaire; on y voit même l'angle de la mâchoire. La bordure convexe de la fenêtre débordé la paroi externe de l'orbite; la bordure concave aplatit l'oreille... » Le forceps est donc appliqué un peu en avant des oreilles.

**Conditions nécessaires pour employer le forceps.** — Il est certaines conditions qui doivent exister au moment où est pratiquée l'intervention. Il faut :

1° *Que les membranes soient rompues.* Si l'on appliquait le forceps sur la tête recouverte des membranes on pourrait produire le décollement du placenta par le tiraillement exercé sur les membranes; de plus, il est certaines indications (hémorragie, longueur de la période d'expulsion, etc.) qui disparaissent comme par enchantement lorsqu'on rompt les membranes. Une femme perd du sang; on craint pour l'existence du fœtus; on rompt les membranes et tout écoulement sanguin disparaît. De même il n'est guère d'accoucheur qui n'ait été appelé pour terminer par une application de forceps l'accouchement d'une femme qui pousse depuis deux heures. Par inadvertance ou ignorance le médecin ou la sage-femme n'a pas rompu les membranes: il suffit de les déchirer largement pour que l'accouchement se termine en moins d'une demi-heure.

2° *L'orifice utérin doit être complètement dilaté ou dilatable.* Le forceps ne doit pas servir d'agent dilateur; si la dilatation n'est pas suffisante, la pression exercée par les cuillers de l'instrument sur l'orifice utérin va être nuisible pour la tête du fœtus; inversement, si l'orifice utérin se laisse forcer, il va se produire des déchirures qui pourront remonter plus ou moins haut sur le segment inférieur.

**Indications.** — D'une manière générale, l'application de forceps est indiquée lorsqu'il y a intérêt à la pratiquer pour la mère ou pour l'enfant; dans certains cas c'est leur intérêt commun qui commande l'intervention. On peut, avec Ribemont-Dessaignes et Lepage, distinguer en deux grandes catégories les cas où il est utile ou nécessaire de recourir au forceps.

1° Il y a dans le mécanisme de l'accouchement et surtout de la période d'expulsion une anomalie qui fait traîner le travail en longueur et le rend dangereux pour la vie du fœtus ou la santé de la mère. L'obstacle peut venir: A) du fœtus; B) de l'utérus; C) des muscles de l'effort; D) de la filière pelvi-génitale.

A) *Fœtus.* — Assez souvent c'est parce que le fœtus est trop volumineux dans tous ses diamètres qu'il est difficilement expulsé. La tête fœtale est descendue lentement et péniblement au fond de l'excavation; elle a même accompli son mouvement de rotation, et cependant, malgré les efforts énergiques de la femme, la tête ne progresse que d'une manière insuffisante à chaque contraction. Souvent, ce sont les épaules ou plus exactement le diamètre bi-acromial qui éprouve une réelle difficulté à s'adapter aux diamètres de l'excavation et à cheminer vers la sortie.

Le petit volume du fœtus peut également nécessiter l'emploi du forceps. Par suite des petites dimensions des diamètres antéro-postérieurs la tête s'est