celui qui les menace lorsque la tête est arrêtée par un rétrécissement du bassin. Le temps qui s'est passé depuis l'écoulement du liquide amniotique jusqu'au moment où l'art est intervenu a dû avoir nécessairement une grande influence sur le résultat de l'opération : or, à l'exception du docteur Collins, dont les relevés, trop peu nombreux malheureusement, prouvent que la mortalité est d'autant plus considérable que l'opération est pratiquée plus tard, bien peu d'auteurs ont tenu note de cette particularité (1).

Incontestablement, l'emploi du forceps ajoute aux dangers de l'accouchement (2). Outre qu'il est toujours fâcheux de troubler l'œuvre de la nature quand elle s'accomplit régulièrement, l'application du forceps, en apparence la plus simple, peut être dangereuse pour la mère et surtout pour le fœtus. La déplétion trop rapide de l'utérus expose la femme aux hémorrhagies par inertie; la dilatation des parties molles s'opère beaucoup moins régulièrement quand la tête est extraite par le forceps; la rupture du périnée est aussi beaucoup plus à craindre, à moins d'apporter les plus grands ménagements dans l'extraction de la tête. Enfin je ne dirai rien des lésions du col, de la perforation du vagin, qu'il est toujours possible d'éviter en se conformant aux préceptes que nous avons donnés plus haut.

Aussi ne doit-on recourir à l'instrument que lorsque l'impuissance des efforts de la nature est bien constatée, et qu'on a la conviction qu'une expectation plus longtemps prolongée serait nuisible à la mère ou à l'enfant.

La position postérieure de la tête dans la présentation du sommet ajoute aussi aux difficultés et aux dangers de l'opération. Mais c'est surtout quand l'occiput est directement en arrière, ou en arrière et à gauche, que l'opération est plus laborieuse. J'ai déjà cité un cas de position postérieure directe dans lequel je fus obligé de ramener l'occiput en avant (page 1011, note). Dans deux autres cas où la position était diagonale gauche postérieure, le dégagement ne s'opéra qu'après les plus grands efforts. L'occiput avait exercé une si violente compression sur le plexus sciatique, que ces deux dames ressentirent longtemps après une douleur des plus vives dans le trajet du nerf sciatique, et l'une d'elles ne put marcher qu'après plus d'une année.

D'un autre côté, la compression que l'instrument exerce sur la tête du fœtus peut nuire à sa santé et parfois à sa vie, et nous devons principalement signaler les épanchements cérébraux, les fractures et les enfoncements des os du crâne, l'exophthalmie, la contusion, la déchirure et le décollement du cuir chevelu, la compression du cordon ombilical compris entre la tête et la branche du forceps, enfin la paralysie du nerf facial dont nous allons dire quelques mots.

M. Landouzy a dans ces derniers temps étudié avec soin la paralysie faciale

(1) Le docteur Collins donne pour les mères le résultat suivant : lorsque le travail fut terminé dans les vingt-quatre heures, une seule femme mourut sur 13 ; entre la 25e et la 30e heure, une mort sur 6 ; entre la 37e et la 48e, une mort sur 4 ; au delà de 48, une mort sur 2.

(2) La mortalité a été, dans les accouchements naturels, chez les mères de 1 sur 346, chez l'enfant de 1 sur 31 ; dans les accouchements terminés avec le forceps, elle a été pour les mères de 1 sur 22, et pour les enfants de 1 sur 4,3.

qui succède souvent chez les nouveau-nés à une application du forceps ; M. P. Dubois avait également, dans ses leçons, signalé le fait. Cette paralysie, qui n'existe que d'un seul côté de la face, reconnaît pour cause la compression de la septième paire par une des branches de l'instrument. Cette compression du nerf facial, à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, est rendue très-facile par l'absence presque complète de l'apophyse mastoïdienne et le peu de développement du conduit auditif. Elle est très-facilement reconnaissable immédiatement après la naissance. Ainsi, la commissure des lèvres est fortement déviée, l'aile du nez est moins ouverte et moins mobile que celle du côté sain ; les paupières du côté malade restent ouvertes, celles de l'autre côté restent closes ; tout un côté de la face est entraîné par l'autre, et cette difformité, exagérée par les cris de l'enfant, donne à sa figure un aspect très-bizarre. Lorsque les cris ont cessé, si l'œil du côté sain est ouvert, il ne reste plus que des nuances fort légères et presque impossibles à saisir ; mais, dès que les cris recommencent, le défaut de symétrie des traits se fait remarquer de nouveau. Cette différence entre les phénomènes de maladie, dans l'état de repos et dans l'état d'agitation de la face, est bien plus marquée que chez l'adulte affecté d'une hémiplégie de la face. Cette différence est frappante, surtout dans le moment qui précède les pleurs : il y a alors des alternatives de repos et d'agitation qui font passer tour à tour la face de l'enfant par les états qui viennent d'être décrits. Au bout de huit à dix jours, ces symptômes ont beaucoup diminué, et peu à peu l'équilibre finit par s'établir entre les deux côtés. Quand la compression du nerf a été légère, l'hémiplégie dure beaucoup moins et disparaît quelquefois au bout de quelques heures ; mais, dans le cas opposé, elle peut persister pendant deux mois. Jusqu'à présent elle n'a jamais été suivie de la mort, et elle s'est toujours heureusement terminée, bien qu'on n'ait employé contre elle aucune médication active.

Soustraire l'œil à l'action de la lumière, favoriser la succion que la paralysie d'un côté rend quelquefois difficile, en donnant à l'enfant une nourrice dont le mamelon est bien formé, telles sont les seules précautions à prendre dans ce cas.

§ VII. — Du rétroceps.

Pour quiconque a l'habitude des accouchements, le forceps est un instrument excellent ; chaque fois qu'on l'emploie on doute qu'aucune invention de ce genre puisse jamais rendre des services aussi nombreux et aussi évidents. Toutefois il est nécessaire de déterminer avec soin les cas dans lesquels il est applicable, il faut le manier avec une certaine habileté, et malgré tout on doit s'attendre à échouer quand les obstacles sont trop grands. A l'impossible nul n'est tenu, pourrait-on dire du forceps.

Le docteur Hamon, aujourd'hui médecin à la Rochelle, aux prises avec les difficultés de la pratique, a porté un jugement contraire au nôtre et à celui de tous les accoucheurs ; bien moins frappé des avantages que des inconvénients ou de l'insuffisance du forceps, il déclare que cet instrument est très-imparfait, difficile à appliquer, à articuler, impropre à opérer sur la tête des tractions bien dirigées et par conséquent efficaces. En un mot, le forceps serait, d'après notre honorable

confrère, un assez mauvais instrument, dont on ne pourrait tirer parti qu'avec une très-grande habileté, « *une arme tellement dangereuse, d'un si difficile emploi, que* » *les accoucheurs même les plus habiles ne peuvent se résoudre à en faire usage* » *que lorsqu'il y a réellement péril en la demeure. Voilà cependant où nous en* » *sommes, hélas ! dans la dernière moitié de ce siècle de progrès et de lumière !* » (Dr Hamon.)

Je m'inscris en faux, de toutes mes forces, contre un pareil jugement, qui pourrait égarer les jeunes médecins et leur faire perdre la confiance légitime qu'ils doivent accorder au forceps. Je dois cependant rendre cette justice à M. Hamon qu'il ne s'est pas épuisé en de stériles récriminations, il s'est mis courageusement à l'œuvre et il a imaginé un instrument nouveau auquel il a donné le nom de *rétroceps*, ou de *forceps asymétrique*. L'invention faite, comment s'étonner que l'inventeur ait été sévère jusqu'à l'injustice pour le forceps, indulgent jusqu'à l'aveuglement pour le rétroceps !

Le rétroceps se compose de deux cuillers étroites, fortement courbées sur le plat, supportées par deux tiges assez courtes qui s'articulent sur un manche transversal commun. L'instrument, dans son ensemble, ressemble au *leniçeps* de M. Mattei ; il présente ceci de particulier que la branche gauche est supportée par une tige arrondie qui pivote dans le manche, où l'on peut la fixer définitivement dans toutes les positions possibles, quels que soient l'inclinaison de la cuiller gauche et ses rapports avec la branche droite. Dans le forceps, les deux cuillers, au moment de l'articulation, doivent être symétriquement placées aux deux côtés du bassin ; dans le rétroceps, l'articulation se fait sans que la branche gauche ait besoin d'être placée en regard de sa congénère ; quelle que soit l'asymétrie, l'articulation peut se faire en fixant la tige dans le manche et cela dans toutes les inclinaisons possibles (forceps asymétrique).

La femme est placée sur un lit comme pour une autre opération obstétricale. Les deux cuillers sont introduites séparément en suivant les règles d'une application de forceps, mais on les laisse toutes deux en arrière, sans chercher à les ramener sur les côtés du bassin. Leur engagement s'effectue en avant de la lèvre postérieure du col, en arrière de la tête qu'elles embrassent comme une main qu'on introduirait dans la cavité du sacrum (*retro capio*). Les deux cuillers étant placées, tantôt elles sont plus ou moins écartées l'une de l'autre, tantôt elles se touchent par leurs bords ; elles sont alors immobilisées dans le manche sur lequel elles s'articulent.

Si l'instrument affecte une prise solide, il suffit d'utiliser deux ou trois doigts pour opérer des tractions dont la durée ne doit jamais excéder quelques secondes. Contrairement à ce qui a lieu pour l'instrument classique, ce n'est nullement le sens des axes du bassin qu'il faut avoir en vue pour donner une direction aux tractions manuelles. Quelles que soient la position, la hauteur de la tête, règle générale, il convient toujours de tirer dans le sens, quel qu'il soit, de la résistance ; on s'efforcera de trouver un point d'appui solide. D'ordinaire, lorsque la tête est encore à une hauteur quelconque, au-dessus du plancher du bassin, les tractions doivent s'effectuer dans une direction souvent inférieure au sens de l'axe du corps de la femme. Si dans de telles conditions les cuillers ont tendance à lâcher prise, il faut chercher une meilleure direction. Les cuillers affectant une prise solide, a-t-on besoin d'un plus grand déploiement de force ? Il faut saisir la poignée à pleines mains. La tête une fois descendue sur le plancher périnéal, il devient indispensable de porter le manche plus en avant, en évitant toutefois d'exagérer ce mouvement, qui aurait pour effet d'entraîner à vide les cuillers. Quelle que soit la position du sommet sous l'influence des tractions effectuées au moyen du rétroceps, la rotation de la tête s'opère, l'occiput est ramené en avant, et ce mouvement s'exécute d'autant plus facilement que la tête ne subit aucune entrave, n'étant nullement emprisonnée dans les cuillers ainsi que cela a lieu avec tous les instruments de préhension bilatérale (Hamon).

Tel est le résumé de la *rétrocepsie*, qui repose sur deux principes : l'asymétrie des branches de l'instrument et l'application de deux cuillers en arrière de la tête. Nous examinerons ces deux principes l'un après l'autre.

Dans certains cas, très-rares, l'articulation du forceps ordinaire est rendue impossible par le défaut de parallélisme des branches ; il est certain que dans un cas pareil un forceps asymétrique serait utile, mais ici je donnerai la préférence, sur le rétroceps, au forceps asymétrique de M. Mattei, dont on trouvera la description dans le *Traité de l'accouchement physiologique* publié par cet auteur il y a longtemps déjà. Comme instrument asymétrique le forceps de M. Mattei est en effet plus simple et mieux conçu que le rétroceps, il a de plus sur celui-ci l'avantage d'être à volonté symétrique et asymétrique. Ces deux instruments, au point de vue de l'asymétrie, peuvent trouver, il est vrai, leur application, mais leur emploi sera très-exceptionnel, car les cas où l'articulation du forceps ordinaire est impossible sont extrêmement rares. D'ailleurs le rétroceps n'est pas ici sans reproche ; en admettant, en effet, qu'il puisse s'articuler là où le forceps de Levret aurait échoué, dans tel autre cas la réciproque est vraie et l'on réussit avec le forceps après avoir échoué avec le rétroceps, précisément parce qu'il est constamment symétrique. Ce n'est pas là, de ma part, une simple supposition : mon opinion repose sur une observation personnelle.

Avec le forceps ordinaire on s'efforce de tirer sur la tête en lui faisant suivre l'axe du bassin ; avec le rétroceps, on place les deux cuillers en arrière de la tête, et l'instrument agit bien moins comme un forceps que comme un levier postérieur. Les chirurgiens hollandais ont reconnu depuis longtemps que le levier antérieur ne vaut pas le forceps comme instrument d'extraction. Il en est de même pour le rétroceps, malgré tous les raisonnements imaginés contre la règle qui veut à bon droit que dans tout accouchement les efforts de l'extraction soient dirigés autant que possible suivant l'axe des voies génitales. Aussi, nous verrons bientôt que le rétroceps lâche souvent prise, ce qui marque qu'il n'agit pas sur la tête dans le sens de la résistance.

Ce que je viens de dire s'applique à la tête descendue dans l'excavation, mais le rétroceps ne trouvera-t-il pas une meilleure application quand elle est arrêtée au détroit supérieur par un rétrécissement ? Tout d'abord j'avais pensé qu'en appliquant le rétroceps pour le cas précipité on repousserait la tête au-dessus des pubis ; mais dans certaines circonstances le sommet est en partie engagé, et M. Hamon assure que son instrument peut alors avoir une prise assez solide pour entraîner la tête dans l'excavation. Le rétroceps agirait comme le levier, mais il aurait alors l'avantage de s'appliquer plus facilement. Je réserve mon appréciation sur ce point ; j'ai déjà depuis plusieurs années exprimé une opinion favorable sur le levier hollandais, mais j'ai trouvé dans la pratique que son application était difficile ; si le rétroceps est aussi puissant que le levier antérieur, il aura sur ce dernier l'avantage d'être plus facilement appliqué.

La manœuvre opératrice du rétroceps est presque identique avec celle du forceps et comprend trois temps :

1° L'introduction des branches n'est ni plus facile, ni plus difficile, ni plus ni moins dangereuse que celle du forceps. La comparaison fera trouver le même mérite et le même inconvénient aux deux instruments, dont les cuillers sont calquées sur le même modèle.

2° L'articulation du rétroceps est aussi facile, quelquefois aussi difficile, exceptionnellement même impossible, comme l'est celle du forceps. Sur ce point, je fais appel à mon expérience personnelle, et je pourrais étayer mon jugement sur des preuves puisées dans les observations publiées par M. Hamon. Je dois dire

en outre que l'articulation du rétroceps est plus douloureuse que celle du forceps, en raison même de l'asymétrie de ses branches ; dans le mouvement de rotation qu'on imprime à la branche gauche, le bord postérieur des cuillers s'éloigne de la tête et vient presser sur l'orifice de l'utérus, où il produit assez souvent une vive douleur.

3° Au point de vue de l'extraction, tout l'avantage reste au forceps ; en effet, le rétroceps lâche prise très-facilement, il a l'inconvénient de déraper, comme le dit M. Hamon. C'est là un défaut que j'ai constaté par moi-même et dont on trouve la preuve dans plusieurs observations, entre les mains de l'inventeur lui-même.

Au moment où parut le rétroceps, sur un simple examen j'aurais été disposé à exprimer un jugement peu favorable, mais M. Hamon ébranla mon opinion quand il me fit l'honneur d'assister à l'une de mes leçons où il voulut bien démontrer à mes élèves quels étaient le maniement et les principes de son instrument ; il défendit d'ailleurs sa cause avec tant de zèle et de conviction, je lisais les adhésions de prosélytes si enthousiastes, que je me promis de mettre le rétroceps à l'épreuve. J'essayai avec le désir de réussir, et mon collègue M. de Saint-Germain pourrait dire que les assertions de M. Hamon m'avaient si bien disposé, que j'opérais avec foi et confiance. Je ne tardai pas à être désabusé. Quelquefois le rétroceps donne des résultats aussi complets que le forceps, sans faire plus de merveilles que ce dernier, mais d'autres fois le rétroceps est un instrument infidèle, et l'on est heureux de retrouver le forceps classique.

Somme toute, le rétroceps, s'il eût été imaginé avant le forceps, aurait constitué une invention remarquable, mais ce serait faire reculer la science que de le préférer au forceps, qui, plus vieux de deux cents ans, conserve aujourd'hui encore une supériorité incontestable.

Reste la question de l'*accouchement physiologique artificiel*. Sous ce titre étrange, M. Hamon décrit une méthode qui consiste à accélérer la marche de tous les accouchements avec le rétroceps. Au début du travail M. Hamon dilate l'orifice avec le doigt, dès que son ouverture mesure 4 centimètres environ. Il place en arrière de la tête les deux cuillers du rétroceps, fait d'abord quelques tractions sans articuler, et procède à l'articulation dès que cela est possible. L'instrument placé, on fait pendant quelques secondes des tractions modérées et méthodiques, on les répète à un intervalle de trois à cinq minutes. Grâce à cette intervention qui n'aurait aucun inconvénient, ni pour la mère ni pour l'enfant, l'accouchement marcherait rapidement et se terminerait promptement.

Malgré les succès enregistrés par M. Hamon, j'ai reculé devant cette méthode, qui me semblait dangereuse *à priori* parce qu'elle doit produire la contusion des organes maternels et la compression du cordon ombilical quand celui-ci fait des circulaires autour du cou. Mon collègue M. de Saint-Germain a été plus confiant que moi, il a essayé la méthode de l'*accouchement physiologique artificiel*, mais bientôt il fut obligé d'y renoncer à cause des douleurs vives qu'il produit et des dangers qui l'accompagnent.

Le rétroceps fait honneur à l'esprit inventif de M. Hamon ; cet instrument occupera une place honorable dans notre arsenal chirurgical : il trouvera, je pense, une application utile dans certains cas exceptionnels ; mais je crois exprimer une opinion impartiale en disant qu'il est loin de valoir le forceps dans la pratique ordinaire.

CHAPITRE V

DU LEVIER

Le levier, que M. Burns propose de nommer le *tractor*, est un instrument fort usité autrefois, et dont on se sert à peine aujourd'hui. Le forceps peut en effet le remplacer avec avantage dans presque tous les cas où il a été conseillé. Il était destiné à opérer le redressement de la tête dans les cas d'inclinaison des présentations du sommet, à abaisser l'occiput dans les positions de la face, à forcer la tête à descendre, et à l'entraîner hors des organes génitaux. L'époque précise de l'invention du levier est inconnue ; vraisemblablement cet instrument fut imaginé à peu près en même temps que le forceps ; si Roonhuysen n'en fut pas le véritable inventeur, il fut du moins l'un des premiers à s'en servir, et son emploi lui attira une grande réputation. Du reste, le levier a subi, depuis qu'il a été rendu public, de très-nombreuses modifications. Celui dont on se sert actuellement est une espèce de cuiller de forceps, fenêtrée, courbée seulement sur une de ses faces pour s'accommoder à la convexité de la tête du fœtus, et terminée par une racine plate, allongée, qui se rétrécit et s'arrondit peu à peu pour se fixer sur un manche de bois placé dans la même direction qu'elle ou légèrement renversé du côté de sa face convexe.

Nous devons ajouter, avec le docteur Coppée, que si le levier est appliqué au détroit supérieur il doit être peu courbé, sans quoi on rencontre dans son application des difficultés dont on accuse la méthode, tandis qu'elles ne dépendent que du mauvais choix de l'instrument.

Le levier s'introduit dans les parties maternelles comme une branche de forceps ; le manuel opératoire est à peu près le même. La vessie sera donc préalablement vidée ; ce soin est ici plus important encore que dans une application de forceps. La femme sera placée en travers sur son lit ; tous les partisans du levier attachent une très-grande importance à ce qu'elle y soit très-horizontalement couchée.

L'instrument étant chauffé, graissé, la main ou quelques doigts seront introduits dans le vagin pour guider la cuiller autour de la tête. De l'autre main l'opérateur saisira le manche de l'instrument et fera pénétrer la cuiller dans la vulve. On peut placer tout d'abord la cuiller en avant, au niveau du point même où elle doit s'appliquer sur la tête ; nous croyons cependant qu'il est préférable d'opérer comme s'il s'agissait d'une véritable application de forceps, de la faire pénétrer d'abord en arrière, de la pousser jusqu'au niveau du ligament sacro-sciatique, pour lui imprimer ensuite un mouvement de spirale qui la ramènera plus ou moins en avant suivant les circonstances. Pour que l'application soit bien faite, il faut que le levier se trouve, en définitive, placé derrière le segment le plus antérieur du bassin, en rapport avec le corps même du pubis, car il doit toujours agir sur la tête d'avant en arrière.

Il est indispensable, avant tout, de s'être rendu un compte exact de la présentation et de la position, car le levier ne doit être appliqué que sur la partie osseuse du crâne, sur l'occiput, la tempe ou l'apophyse mastoïde ; c'est habituel-