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-

lement sur l'occiput ou sur la région mastoïdienne qu'il est le plus avantageux de le placer.

Quant au côté du bassin sur lequel il convient d'appliquer le levier, le choix dépendra surtout de la position de l'occiput, des mouvements que l'opérateur veut faire exécuter à la tête, en prenant pour modèle le mécanisme de l'accouchement naturel. Dans les positions occipito-iliaques antérieures et transversales, par exemple, la cuiller de l'instrument sera toujours portée sur le côté du bassin où se trouve l'occiput, pour s'appliquer sur lui, l'entraîner en bas et le diriger du côté du pubis. Nous aurons plus loin l'occasion de revenir sur ce sujet.

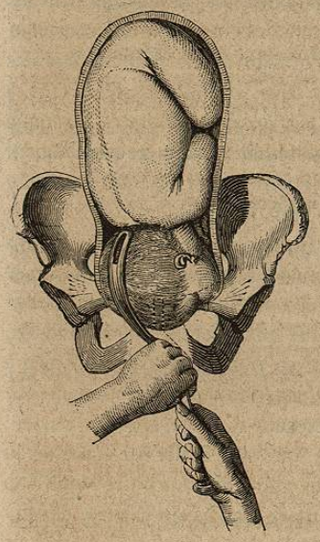

Fig. 144.

On évitera de faire pénétrer le levier trop profondément, car il pourrait alors atteindre la face ou les côtés du cou et y produire de graves désordres. Il suffit qu'il soit introduit à la profondeur de 3 pouces environ pour qu'il soit appliqué sur la partie sur laquelle il doit agir.

Quand le levier est convenablement placé, on relève le manche, et l'instrument, en prenant un point d'appui sous l'arcade du pubis, agit comme un levier du premier genre. La tête est donc abaissée par la puissance qui se trouve appliquée à l'extrémité du manche ; en combinant ce mouvement de bascule avec quelques tractions, la tête est amenée au dehors.

Pour éviter la contusion du canal de l'urèthre, il faut avoir le soin de garnir le levier avec une bande de linge ou de caoutchouc, de le placer un peu sur le côté de la ligne médiane ; mais, appliqué comme nous venons de le dire, il glisse facilement, et la pression qu'il exerce sur la branche ischio-pubienne correspondante y produit encore une contusion plus ou moins forte ; aussi, pour prévenir ces inconvénients, la main gauche saisit solidement l'instrument par son milieu pour empêcher tout glissement, et le repousse en même temps vigoureusement en arrière pour renforcer en quelque sorte son point d'appui et diminuer la pression exercée contre l'arcade du pubis.

Tour à tour attaqué ou vanté jusqu'à l'excès, l'usage du levier, vivement combattu par Baudelocque, est aujourd'hui à peu près oublié en France ; c'est à peine si nos auteurs classiques actuels lui consacrent quelques lignes. Cette indifférence pour un instrument qui compte de nombreux partisans en Belgique et en Hollande me paraît injuste : nous trouvons, d'ailleurs, dans quelques auteurs français des appréciations favorables sur le levier ; parmi eux nous pouvons citer Desormeaux, qui raconte qu'il s'en est servi avec avantage dans deux cas où l'emploi du forceps aurait été difficile.

Le sujet est important : je me propose, en le traitant, de mettre à profit les aperçus théoriques et les faits cliniques qui abondent dans l'excellent mémoire de Boddaert. Pour moi, j'ai été témoin d'une expérience qui m'a convaincu qu'on peut employer dans quelques cas le levier avec le plus grand avantage ; qu'avec cet instrument on peut réussir là où l'on aurait échoué avec le forceps. En 1863, le professeur Fabri (de Bologne), qui a écrit un important mémoire sur le levier, étant à Paris, je répétai avec lui quelques expériences sur le cadavre. Un rétrécissement du bassin ayant été simulé avec une plaque de tôle ajustée sur le promontoire, et un fœtus ayant été placé comme s'il se fût présenté par le sommet, j'appliquai le forceps sur cette tête : j'usai de toutes mes forces, et il me fut impossible de l'entraîner dans l'excavation. Le docteur Fabri appliqua à son tour le levier et abaissa aussitôt la tête dans le petit bassin.

Je renouvelai l'expérience, j'appliquai de nouveau le forceps tout aussi infructueusement que la première fois, après quoi j'eus recours moi-même au levier ; je déclare qu'avec cet instrument je fis descendre la tête dans l'excavation avec une étonnante facilité. On conviendra qu'un pareil résultat est bien fait pour commander l'attention.

Si l'on compare le levier et le forceps, on trouve que ces deux instruments agissent d'une façon différente : le forceps est avant tout un instrument de traction, et, sous ce rapport, il est bien supérieur au levier. On peut, sans doute, avec le levier extraire la tête, puisque les faits sont là en grand nombre pour le prouver ; son pouvoir d'extraction semble même être proportionnel au degré de sa courbure ; mais sa puissance d'extraction nous paraît bien inférieure à celle du forceps. Le levier agit, au contraire, en comprimant la tête d'avant en arrière, et, au point de vue d'une compression exercée dans ce sens, il paraît l'emporter sur le forceps.

Vouloir se servir exclusivement du forceps ou du levier, n'est-ce pas se priver d'une ressource puissante? Le levier n'est pas destiné à remplacer le forceps, mais il doit être employé dans certains cas particuliers qu'il est important de bien préciser, car le plus sûr moyen de faire douter de son utilité serait de l'appliquer sans discernement. Nous étudierons l'action du levier : 1° dans la présentation du sommet ; 2° dans la présentation de la face ; 3° dans la présentation du siége, quand, le tronc étant dégagé, la tête reste dans les parties génitales.

Du levier dans la présentation du sommet. — Nous examinerons successivement l'emploi du levier au détroit inférieur, dans l'excavation et au détroit supérieur, car les résultats qu'on obtient avec lui varient avec chacune de ces trois conditions.

Quand la tête est au détroit inférieur, qu'elle est arrêtée par l'insuffisance des contractions utérines ou par la résistance trop grande du périnée, le forceps a le grand avantage d'agir comme un puissant moyen d'extraction, de permettre à l'opérateur de faire suivre à son instrument l'axe central des voies génitales. Le forceps est ici à l'abri de tout reproche ; son emploi est bien préférable à celui du levier, qui aurait le désavantage de refouler la tête du côté du coccyx, de l'éloigner du centre de la vulve ; il a de plus l'inconvénient d'exposer à la déchirure du périnée, que tous les opérateurs ont signalée comme fréquente dans ces cas. Rien ne légitime donc l'emploi du levier au détroit inférieur. Nous ne ferons qu'une réserve pour les cas rares où ce détroit serait transversalement rétréci par le rapprochement des branches ischio-pubiennes ou des tubérosités sciatiques, car dans cette espèce de rétrécissement l'application du forceps est rendue difficile par l'étroitesse de l'arcade du pubis, et les tractions dirigent la tête trop en avant. Le levier a, au contraire, l'avantage de s'appliquer aisément, grâce à son petit volume, et, en refoulant la tête en arrière, il la dirige vers la partie du bassin qui n'est point rétrécie. Herbiniaux et Boddaert ont cité des observations qui semblent prouver que dans un cas pareil le levier peut être avantageux ; mais c'est le seul où au détroit inférieur le levier peut être préféré au forceps.

Si la tête est dans l'excavation, le forceps est encore presque toujours préférable pour les mêmes raisons. Rien n'est, en effet, plus rationnel et plus facile que de faire tourner avec cet instrument la tête dans une direction convenable, pour l'extraire ensuite en suivant l'axe des voies génitales. Le levier serait, sans aucun doute, moins utile suivant nous ; il serait même particulièrement nuisible dans les positions occipito-postérieures, car cet instrument, obligé de glisser derrière

le pubis, y rencontrerait la face, sur laquelle il pourrait produire des désordres graves, surtout si son extrémité comprimait les yeux. Boddaert a cependant appliqué le levier avec succès dans l'excavation, mais il le recommande surtout dans les cas où le sommet est défléchi et dans lesquels la fontanelle antérieure se rapproche du centre du bassin. Suivant cet auteur, appliquer le forceps sur une tête ainsi défléchie, c'est l'immobiliser dans sa direction vicieuse, l'engager dans le bassin par des diamètres défavorables, tandis que le levier, appliqué sur l'occiput, l'abaisse et force le menton à se rapprocher de la poitrine. Cette conduite peut être exceptionnellement utile, mais nous pensons que dans l'immense majorité des faits on doit préférer le forceps au levier, quand la tête est dans l'excavation.

Au niveau du détroit supérieur, le levier semble avoir, au contraire, d'incontestables avantages sur le forceps. Pour juger en connaissance de cause, il ne sera pas inutile de rappeler d'abord comment la tête se présente au détroit supérieur, de quelle manière le levier et le forceps peuvent agir sur elle.

La tête se présente au détroit supérieur : 1° dans une direction oblique ou transversale ; 2° son mouvement de flexion est incomplet et le diamètre occipito-frontal correspond à l'ouverture du détroit abdominal ; 3° la direction qu'elle doit suivre pour descendre dans l'excavation est parallèle à l'axe du détroit et, par conséquent, oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Ajoutons que ces dispositions sont exagérées dans les rétrécissements du bassin, qui forment l'une des causes les plus fréquentes de dystocie, par conséquent, d'intervention chirurgicale.

Dans ces conditions, si l'on applique le forceps, on est, malgré soi, obligé d'agir en sens inverse de toutes les indications. Ainsi : 1° on est forcé d'appliquer chacune des cuillers sur les parties latérales du bassin, car à cette hauteur les applications obliques sont difficiles ; on saisit, par conséquent, la tête du front à l'occiput, suivant son grand diamètre, ce qui rendra l'extraction difficile ; 2° en serrant les deux branches du forceps pour lui donner une prise solide, on immobilise la tête et l'on empêche son mouvement de flexion ; 3° enfin, il est impossible d'imprimer aux tractions une direction convenable : la tête, au lieu d'être entraînée suivant l'axe du détroit, est toujours dirigée trop en avant. Ajoutons que tous ces désavantages augmentent quand il y a rétrécissement du bassin ; qu'il est souvent difficile ou impossible d'appliquer la seconde branche ; que les cuillers, en comprimant la tête latéralement, l'allongent d'avant en arrière, précisément dans le sens du diamètre antéro-postérieur, qui est le point le plus rétréci du bassin.

Le levier a sur le forceps l'avantage de son petit volume, car il ne se compose que d'une seule branche ; il agit, d'ailleurs, tout différemment : il n'appuie que sur l'occiput, qu'il tend à abaisser ; il facilite, par conséquent, le mouvement de flexion. Appliqué derrière le pubis, il comprime en outre la tête d'avant en arrière, dans le sens même de l'obstacle à franchir, tandis qu'elle s'allonge dans la direction du diamètre transversal, qui n'est point rétréci.

Ces réflexions nous semblent importantes et justes. Elles trouvent, d'ailleurs, leur sanction dans les faits cliniques ; le mémoire de Boddaert en contient à lui seul un assez grand nombre qui paraissent convaincants, en montrant que des accouchements rendus laborieux par un vice de conformation du bassin ont été heureusement terminés par le levier, après l'emploi inutile du forceps. « C'est donc par une aveugle obstination que presque tous les partisans du forceps continuent à se servir de cet instrument, et rejettent l'emploi du levier, qui pouvait être employé beaucoup plus avantageusement. On pourrait excuser l'accoucheur de se servir exclusivement du forceps et de rejeter le levier, si c'était une affaire de peu d'importance ; mais, comme il arrive souvent que lorsqu'on a recours au

premier on ne peut délivrer la femme, et qu'alors celle-ci et l'enfant se trouvent dans le plus grand danger de mort, il est impossible d'alléguer des motifs plausibles pour excuser la conduite de ceux qui persistent à immoler autant de victimes. » (Boddaert.)

Si l'application du levier a des avantages, c'est surtout au détroit supérieur et dans les rétrécissements du bassin qu'ils sont manifestes ; nous avons vu qu'il remplit en effet toutes les indications : sa puissance d'action ne saurait être révoquée en doute, car on trouve dans quelques observations que la tête s'est enfoncée brusquement dans l'excavation en produisant un craquement particulier, qui annonçait la dépression du crâne sur l'angle sacro-vertébral.

Pour appliquer le levier au détroit supérieur, on suivra les règles ordinaires : on placera donc la cuiller sur l'occiput dans les positions occipito-iliaques antérieures, sur la région mastoïdienne dans les positions transversales ; le maniement de l'instrument est alors des plus simples. Les difficultés augmentent quand il s'agit d'une position occipito-iliaque postérieure, car dans cette position on est exposé à blesser la face en plaçant le levier en avant. Il faut donc agir avec prudence, se rendre un compte exact des rapports de la tête avec les différents points du bassin, conduire la cuiller sur la région frontale, qu'on repoussera en arrière pour ramener l'occiput en avant. Prenons pour exemple une position occipito-iliaque droite postérieure : le levier devra être appliqué sur la tempe gauche, pour repousser le front en arrière et à gauche pendant que l'occiput tournera d'arrière en avant, en se rapprochant du pubis.

Une fois la tête abaissée dans l'excavation, on peut sans doute l'extraire à l'aide du levier, mais nous avons dit que le forceps est plus avantageux ; dans un cas pareil, nous n'hésiterions pas à employer successivement ces deux instruments.

Le levier peut, nous sommes disposé à le croire, rendre de grands services, mais il faut s'attendre à trouver des difficultés dans son application : nous devons citer, en premier lieu, la mobilité de la tête au-dessus du détroit supérieur, mobilité qui expose au glissement de l'instrument quand on en relève le manche, ou qui fait fuir la tête quand elle est pressée par la cuiller. Celui qui a recours au levier dans un bassin rétréci se rappellera aussi que l'accouchement est impossible au-dessous de certaines limites, qu'il ne faut pas s'obstiner à terminer quand même l'accouchement par le levier. Des manœuvres trop violentes ou trop longtemps prolongées exposeraient les femmes à des ruptures, à des fistules vésico-vaginales, et compromettraient la vie ; les dangers, en un mot, sont à peu près les mêmes pour le levier et pour le forceps.

Du levier dans les présentations de la face. — Dans les présentations de la face, faut-il avoir recours au forceps ou au levier ? Chaque cas particulier exige une solution différente, et les principes qui nous ont guidé dans l'emploi de ces instruments pour les présentations du sommet sont applicables aux présentations de la face.

Quand la face est arrêtée au niveau du détroit supérieur, quand surtout sa progression est empêchée par un rétrécissement du bassin, on peut, comme pour le sommet, préférer le levier, qui dirige mieux la tête dans l'axe du détroit, et réduit son volume d'avant en arrière, dans le sens du plus petit diamètre du bassin. Le forceps serait ici passible du même reproche que dans la présentation du sommet, et l'on peut y ajouter l'inconvénient suivant : c'est que la tête étant transversalement dirigée, le forceps, en s'appliquant sur les parties latérales du bassin, saisirait la tête dans une direction défectueuse, et que l'une des cuillers serait appliquée sur la partie antérieure du cou, où la compression pourrait être dangereuse.

Si le levier est préféré on l'appliquera avec les mêmes précautions que dans la présentation du sommet ; on placera donc cet instrument au-dessus de la face,

dont il faut éviter la compression ; on le fera glisser plus haut, pour l'appliquer sur les parties latérales du crâne ou sur l'occiput ; on imprimera ensuite à la tête tous les mouvements qu'elle doit subir dans le mécanisme de l'accouchement naturel.

Quand la face est dans l'excavation ou au détroit inférieur, le levier n'a aucun avantage sur le forceps ; son emploi serait même dangereux quand le menton regarde en avant, parce que, appliqué sous le pubis, il serait en rapport avec le menton ou avec le cou de l'enfant. On pourrait, il est vrai, l'employer dans les positions mento-iliaques postérieures, pour faire tourner la tête dans le bassin et ramener le menton en avant ; mais, à part ce cas particulier, on devra préférer le forceps.

De l'application du levier sur la tête, après la sortie du tronc. — Dans l'accouchement par le siége ou pendant une version, il arrive souvent que le fœtus succombe par l'arrêt de la tête au niveau du détroit supérieur ou dans l'excavation. Les manœuvres faites avec la main, quand elles sont bien dirigées, réussissent le plus souvent, mais le temps presse, et, en cas d'insuccès, il faut songer à appliquer le forceps ou le levier. Disons tout de suite que le forceps a l'inconvénient d'avoir deux branches, que leur application est rendue difficile par la présence du tronc ; le levier a, au contraire, l'avantage de ne se composer que d'une seule lame.

Le docteur Coppée s'est surtout déclaré partisan du levier dans ces circonstances : « C'est la pratique, dit-il, qui nous a appris les avantages de cette manière de faire. Dans l'accouchement par l'extrémité pelvienne, il nous est arrivé de voir mourir des enfants parce que la main ne parvenait pas à extraire assez rapidement la tête. En réfléchissant à ces cas, et en nous rappelant tous les services que nous a rendus le levier dans les différentes positions du sommet et de la face, l'idée nous est venue de nous servir également de cet instrument après la sortie du tronc, pour peu qu'il y eût d'obstacle au dégagement de la tête. Le succès a dépassé nos espérances. Tout le monde admettra que ce qu'il faut dans ces cas, c'est une manœuvre rapide. Si le bassin est bien conformé, essayez le procédé manuel décrit par les auteurs ; mais s'il ne réussit pas aussitôt, recourez au levier sans perdre un temps irréparable. Là où il faudrait tirer longtemps avec la main, le moindre effort du levier suffit pour extraire la tête, et dans les cas difficiles, à cause de l'angustie pelvienne, l'action de cet instrument est des plus efficaces. » (Coppée.) Cette pratique sera à coup sûr accueillie avec plaisir par les partisans de la version dans les rétrécissements du bassin.

Le manuel opératoire se fait ici d'après les règles générales ; la femme étant placée en travers sur son lit, le tronc du fœtus est abaissé vers le périnée, pendant qu'on fait glisser le levier derrière le pubis.

Que la tête soit au détroit supérieur ou dans l'excavation, la conduite est à peu près la même ; si l'occiput est dirigé transversalement ou en avant, c'est sur lui ou sur la région mastoïdienne qu'on applique le levier. Mais quand le front regarde l'arc antérieur du bassin, il faut craindre de blesser la face, c'est donc sur la tempe qu'on agira, et l'on aura d'autant moins de chance de blesser la face, qu'on introduira l'instrument plus profondément : la tête occupe, en effet, une position inverse de celle qu'elle a dans les présentations du sommet, et, quand le levier a pénétré un peu plus loin, il dépasse la face et s'applique sur le front ou sur le sinciput. Ici encore on imitera l'accouchement naturel, et tantôt on devra refouler le front en arrière pour le faire rouler dans la concavité du sacrum, tantôt on l'abaissera directement sous l'arcade pubienne. La flexion ou la déflexion de la tête indiquent la conduite à tenir.

Quand la tête est arrivée au détroit inférieur, à plus forte raison quand elle n'est plus arrêtée que par la résistance du périnée ou de la vulve, la main doit suffire pour terminer l'extraction ; en tout cas le forceps serait préférable au levier.

CHAPITRE VI

DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL

On donne le nom d'*accouchement prématuré artificiel* à l'accouchement provoqué par l'art, avant le terme ordinaire de la grossesse, mais à une époque où le fœtus est déjà viable.

De toutes les opérations obstétricales, c'est sans contredit celle dont l'opportunité a été le plus vivement et le plus longuement discutée. Dans chaque pays, en effet, elle a été proposée ou blâmée par l'élite des accoucheurs, et de cette lutte entre les maîtres de l'art il est résulté qu'aucune partie en obstétrique n'a été étudiée avec plus de soin. Si l'on voulait recueillir la première idée de la parturition provoquée avant terme, il faudrait, à travers les tâtonnements qui caractérisent toutes les œuvres humaines, remonter, à l'exemple de quelques auteurs, jusqu'aux manœuvres d'Aspasie, à la dilatation forcée du col de l'utérus conseillée par Louise Bourgeois et J. Guillemeau, ou au procédé plus naturel de Puzos. Mais, quelle que soit celle de ces méthodes qu'on compare avec l'opération qui est ici en cause, le principe en diffère totalement, car, « dans l'accouchement *prématuré*, la nature fait presque tout, l'art ne lui communique qu'une impulsion légère, mais sûre ; tandis que, dans l'accouchement *forcé*, l'art agit presque seul, et tout ce que la nature cède, il faut le lui arracher par de nouveaux efforts » (Ritgen).

Aussi, grâce à cette distinction importante, nous pensons qu'il n'est plus permis de douter que l'accouchement provoqué par l'art ait pris naissance en Angleterre. Suivant un petit nombre d'écrivains, une sage-femme de ce pays, Marie Dunally, aurait pris l'initiative en 1738 ; mais la plupart des auteurs anglais regardent cette assertion comme tout à fait gratuite. Suivant le judicieux Denman, ce fut en 1756 que les praticiens les plus considérés de Londres se réunirent pour savoir si cette opération « était une chose avantageuse et approuvée par la morale ». Ils se décidèrent pour l'affirmative. Macaulay eut le premier l'occasion de justifier authentiquement la décision de ses compatriotes, et il ne tarda pas à trouver de nombreux imitateurs [1].

De la Grande-Bretagne l'accouchement prématuré artificiel passa bientôt en Allemagne, où il fut proposé en 1799 par A. Mai (de Heidelberg). Mais ce fut Wenzel, en 1804, qui le mit le premier en pratique, et, depuis ce succès et la publication du livre remarquable de Reisinger, cette opération a trouvé de

[1] On trouve dans Raphaël Moxius (liv. II, chap. XVI, p. 495) la première idée de l'accouchement prématuré ; il permet de provoquer l'expulsion du fœtus, pour sauver la mère, à deux époques différentes de la grossesse : dans les premiers mois, avant l'âge d'animation du fœtus, et dans les deux derniers mois, parce qu'alors « *fœtus*, etiamsi per » vim ab utero extrudatur, vivere tamen potest, aut saltem non defraudatur vita animæ, » quia vivus nascitur et baptizari potest ».