

pubis : la dilatation de la vulve, étant ainsi lente et graduée, s'opérera sans déchirure, surtout si vous avez bien soin de soutenir, ou mieux encore de faire soutenir le périnée par un aide ; et cette déchirure vous l'auriez difficilement évitée si vous aviez continué les tractions. Madame Lachapelle conseille même de retirer l'instrument. Je pense qu'il vaut mieux le laisser en place, dans le double intérêt de la femme et de l'accoucheur : dans l'intérêt de la femme, car, dans certains cas, quelques tractions peuvent encore être nécessaires ; dans l'intérêt de l'accoucheur, car il pourrait passer, aux yeux de la femme et des assistants, pour un maladroit qui a manqué l'opération, si, dans un but de prudence et pour ménager les parties, il retirait l'instrument avant la complète sortie de la tête. Il faut donc le laisser en place, mais ne pas tirer, et laisser la femme expulser à la fois et le forceps et la tête.

* Dans les cas difficiles, il faut sans doute tirer avec une certaine force, mais il faut se garder avec soin d'imiter certains accoucheurs qui, prenant un point d'appui en plaçant un pied contre un corps solide, se pendent pour ainsi dire aux branches du forceps, sur lequel ils tirent de toute leur force. Il faut seulement tirer des bras ; le corps doit être tout prêt à résister à un glissement rapide de l'instrument, et c'est précisément en cela que l'application du forceps est quelquefois excessivement fatigante pour l'accoucheur.

12° Dans les positions diagonales ou transversales, il faut imprimer à la tête un mouvement de rotation qui tourne la concavité des bords de l'instrument directement en avant. — Ce mouvement de rotation doit être opéré pendant les tractions et en même temps que la tête se rapproche du détroit inférieur ou le franchit. Mais il n'est pas besoin d'efforts violents, et le plus souvent la tête tourne à mesure qu'elle descend, entraînant l'instrument dans sa rotation. Quelquefois même l'application d'une ou des deux cuillers suffit pour faire opérer ce changement.

ARTICLE III

RÈGLES PARTICULIÈRES

Le forceps peut être appliqué, avons-nous dit, dans les présentations du sommet, de la face et sur la tête restée seule après l'extraction du tronc. Nous avons à étudier cette application dans ces trois circonstances : et, comme l'élévation plus ou moins considérable de la tête influe beaucoup et sur les procédés à suivre, et sur la facilité plus ou moins grande avec laquelle on les exécute, nous examinerons successivement les cas dans lesquels la tête est au détroit inférieur, engagée déjà au détroit supérieur, ou bien tout à fait au-dessus de ce détroit supérieur.

§ I. — Application du forceps dans les positions du sommet, quand la tête est arrivée au détroit inférieur.

Le sommet, arrivé au détroit inférieur, peut se trouver en rapport avec les divers points du pourtour de ce détroit, et, pour prévoir tous les cas possibles, nous admettons huit positions principales. Ainsi l'occiput peut se trouver en rapport : 1° avec les deux extrémités du diamètre coccy-pubien (occipito-antérieure, occipito-postérieure) ; 2° avec les deux extrémités de chaque diamètre oblique (occipito-iliaque gauche antérieure, occipito-iliaque droite postérieure ; occipito-iliaque droite antérieure, occipito-iliaque gauche postérieure) ; 3° enfin, avec les deux extrémités du diamètre transverse (occipito-iliaque gauche transversale, occipito-iliaque droite transversale).

A. *Position occipito-antérieure.* — Dans cette position, l'occiput est placé derrière ou sous la partie inférieure de la symphyse des pubis : les côtés de la tête répondent aux côtés du bassin. La branche mâle sera introduite la première, parce que c'est elle qui doit se trouver en dessous pour l'articulation. Saisie par la main gauche, soit comme une plume à écrire, soit et mieux encore à pleine main, mais toujours assez près du pivot, la branche mâle est couchée obliquement au devant de l'aîne droite, et, quelques doigts de la main droite étant préalablement introduits dans les parties, on présente l'extrémité de la cuiller à la vulve dans la direction de son axe, puis on fait glisser l'instrument sur la face palmaire des doigts, et, à mesure qu'on pousse la cuiller dans le vagin, on abaisse peu à peu le manche de l'instrument entre les cuisses de la femme, en le rapprochant de la ligne médiane, de manière à bien diriger son extrémité dans la direction de l'axe de l'excavation. Celle-ci est ainsi portée du même coup sur le côté de la tête et sur le côté du bassin, où elle doit, en définitive, se trouver placée. Pendant ce mouvement, le bord convexe de la cuiller doit appuyer et glisser sur le doigt annulaire de la main qui est dans le vagin, en même temps que sa surface concave doit porter exactement sur la convexité de la tête et en suivre les contours. Pour l'introduction de la branche femelle, on procède absolument de la même manière. Quelques doigts de la main gauche sont d'abord introduits sur le côté droit du bassin. La branche femelle, saisie par la main droite, est couchée au devant de l'aîne gauche, et l'extrémité de la cuiller, appuyée sur la face palmaire de la main gauche, est présentée à l'ouverture vulvaire ; à mesure qu'on fait pencher le bec de l'instrument, on abaisse peu à peu son manche en le rapprochant encore de la ligne médiane, et on le porte enfin sur le côté droit du bassin avec les précautions indiquées pour la première branche.

Quand les deux branches sont introduites à la même hauteur, elles doivent être parallèles, et le pivot correspond exactement à la mortaise. L'articulation est alors facile.

La tête est au détroit inférieur : les premières tractions doivent donc être faites dans la direction de l'axe de ce détroit, c'est-à-dire un peu en bas et en avant.

Puis, dès que l'occiput s'est dégagé au-dessous du ligament sous-pubien et que la tête commence à exécuter son mouvement d'extension, l'accoucheur relève peu à peu l'instrument au devant de la symphyse et de l'abdomen.

B. Position occipito-postérieure. — L'application des cuillers et leur articulation se font comme dans le cas précédent. Quoique la tête soit au détroit inférieur, il ne faut pas tirer dans la direction de l'axe de ce détroit : dans ces positions occipito-postérieures, en effet, c'est l'occiput qui doit venir le premier se dégager au devant de la commissure antérieure du périnée (voy. *Accouchement naturel*). Pour obtenir ce résultat, il faut, dès le début des tractions, relever un peu en haut les branches de l'instrument, afin de fléchir fortement la tête et de faire en sorte que les tractions portent particulièrement sur la grosse extrémité de la tête. Lorsque l'occiput est arrivé au niveau de la commissure périnéale, on cesse toute traction, ou bien, si besoin est, on tire légèrement en abaissant le manche de l'instrument au devant de l'anus.

On doit procéder à l'extraction de la tête avec une très-grande lenteur, car le périnée, fortement distendu, fait une voussure considérable au niveau de l'occiput, et se déchirerait infailliblement si l'on voulait extraire trop rapidement la tête. Cette extraction est beaucoup plus pénible que lorsqu'il s'agit d'une position occipito-antérieure ; elle nécessite plus d'efforts, exige beaucoup de soins et de prudence, si l'on veut éviter toute déchirure.

C. Position occipito-iliaque gauche antérieure. — Dans cette position, un des côtés de la tête regarde en avant et à droite, l'autre en arrière et à gauche :

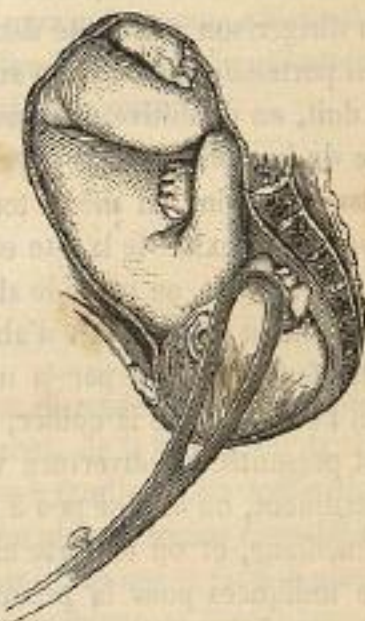


FIG. 138.

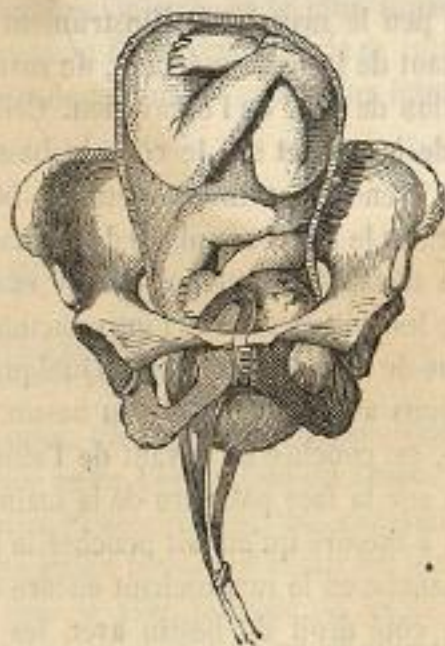


FIG. 139.

une des branches sera donc appliquée en avant et à droite, l'autre en arrière et à gauche, puisque nous avons dit que les cuillers devaient être appliquées sur les côtés de la tête. La branche postérieure, que nous devons appliquer la première, sera en même temps à gauche ; c'est donc la branche qui s'applique tou-

jours sur le côté gauche du bassin, c'est-à-dire la branche mâle, que nous appliquerons la première. La branche mâle, saisie par la main gauche, sera couchée au devant de l'aîne droite ; l'extrémité de la cuiller, placée au devant du ligament sacro-sciatique gauche, sera poussée directement en arrière au devant de l'articulation sacro-iliaque, pendant que l'accoucheur, abaissant le manche, le rapprochera de la ligne médiane. Il est bien important, en abaissant l'instrument entre les cuisses de la femme, de maintenir la cuiller renversée légèrement sur sa face convexe. Une fois introduite, la branche est confiée à un aide, qui la reporte un peu vers la face interne de la cuisse gauche.

La branche femelle doit être placée derrière la cavité cotyloïde droite où correspond le côté de la tête. C'est elle qui doit exécuter le mouvement de spirale que nous avons décrit dans les généralités. L'accoucheur, la saisissant avec la main droite, présente l'extrémité de la cuiller au devant du ligament sacro-sciatique droit, la fait pénétrer dans cette direction de 2 à 3 centimètres, puis tout à coup il change la position de la main droite et prend la branche en dessus, et, abaissant fortement le manche de l'instrument sur la face interne de la cuisse gauche, fait basculer la cuiller, qui se porte d'emblée du ligament sacro-sciatique droit derrière la cavité cotyloïde du même côté (voy. fig. 139).

Puis on procède à l'articulation. Dès les premières tractions, il faut imprimer à la tête son mouvement de rotation qui doit ramener l'occiput derrière, puis sous la symphyse pubienne. L'opération se termine ensuite comme dans le premier cas (A).

D. Position occipito-iliaque droite postérieure. — L'application du forceps est absolument la même que dans le cas précédent. Les branches sont encore appliquées, l'une en arrière et à gauche, l'autre en avant et à droite (voy. fig. 139). La concavité des bords étant dirigée vers le front, qui doit être ramené vers la symphyse, le mouvement de rotation a pour but de ramener le front derrière la symphyse des pubis, et l'occiput dans la concavité sacrée, et l'accouchement se termine comme dans la position primitivement occipito-postérieure (B).

Les efforts qu'on est obligé de faire sont parfois si considérables, que quelques opérateurs ont pensé qu'il serait préférable, quand on rencontre de grandes difficultés, d'imprimer au forceps un mouvement de rotation sur son axe, pour faire tourner la tête dans l'excavation, comme elle tourne quelquefois elle-même tout spontanément, et de faire rouler, par conséquent, l'occiput d'arrière en avant pour le ramener d'abord sur le côté du bassin, puis enfin jusque derrière les pubis. Cette pratique a rencontré de nombreux adversaires ; on lui reproche de faire exécuter à la tête plus d'un quart de rotation pendant que le tronc est immobilisé par le resserrement de l'utérus, d'exposer ainsi à des lésions mortelles qui se produiraient dans la région cervicale de la colonne vertébrale. Ces reproches sont plus théoriques que vrais, et nous avons cherché à les réfuter dans un autre travail (*Accouchements*, par Lenoir, Sée et Tarnier). D'ailleurs, les faits cliniques sont venus démontrer que dans une position occipito-postérieure on peut ramener l'occiput en avant et extraire un enfant vivant ⁽¹⁾.

(1) Une jeune femme primipare, arrivée sans accident au terme de sa grossesse, fut

Quand dans une position occipito-iliaque postérieure on éprouve de grandes difficultés pour abaisser l'occiput en arrière, on est donc autorisé à le ramener en avant. Pour obtenir ce résultat, on imprime au forceps un mouvement de rotation, qui porte d'abord l'occiput sur le côté du bassin en position occipito-iliaque

prise des premières douleurs le 29 octobre, à neuf heures du soir. Les douleurs, quoique faibles, étaient assez rapprochées pour l'empêcher de dormir toute la nuit. A six heures du matin, le 30, je trouvai le col complètement effacé, et les bords amincis conservaient un orifice du diamètre d'une pièce de 50 centimes; les douleurs se répétaient toutes les dix minutes. Je constatai une présentation du sommet, mais je ne pus distinguer la position. Les contractions persistèrent pendant toute la journée du 31, mais aussi faibles et aussi éloignées. A quatre heures du soir, elles devinrent plus vives et plus rapprochées. A huit heures, l'orifice offrait le diamètre d'une pièce de 2 francs. Les membranes plates et appliquées sur la tête me permirent de constater que la suture bipariétale était directement antéro-postérieure, et à plusieurs reprises je sentis manifestement la fontanelle antérieure qui correspondait directement en avant et à peu près au tiers supérieur de la face postérieure des pubis. J'avais affaire, chose qui ne m'était jamais arrivée, à une position *occipito-sacrée directe*, engagée au tiers supérieur de l'excavation. J'espérai la conversion spontanée en position diagonale postérieure, mais inutilement, car, malgré des contractions très-fréquentes et très-énergiques, le lendemain 31, à six heures, les choses étaient dans le *statu quo*. L'orifice offrait le diamètre d'une pièce de 5 francs. A midi, la dilatation était presque complète; à deux heures enfin, la tête devint diagonale: je constatai très-positivement la fontanelle antérieure en avant et à gauche, et j'espérai que ce mouvement de rotation allait se compléter, mais il n'en fut rien. Je rompis les membranes. Il s'écoula à peine une ou deux cuillerées de liquide. A quatre heures, la fontanelle antérieure me parut se rapprocher davantage de l'extrémité gauche du diamètre transverse, et je fis espérer à la pauvre patiente qu'elle approchait du but; mais malheureusement, au lieu de continuer à se porter en arrière, la fontanelle antérieure subit un mouvement en sens inverse, et, malgré les efforts que je tentais pour la repousser, elle revint en avant se placer à peu près au niveau du milieu de la branche horizontale des pubis; elle ne bougea plus. A dix heures du soir, les choses étant dans le même état, je me décidai à appliquer le forceps, autant dans l'intérêt de la mère, dont les forces étaient épuisées, et qui me suppliait de la délivrer, que dans l'intérêt de l'enfant.

La tête était alors très-près du détroit inférieur. Le forceps fut appliqué sans difficulté sur les côtés de la tête. Je tirai dans le but de dégager l'occiput au devant du périnée, mais les contractions utérines étaient faibles; la femme, épuisée de fatigue, n'aidait nullement les efforts utérins, et, réduit ainsi aux seuls efforts de traction que j'exerçais avec l'instrument, il me fut impossible de faire cheminer la tête. Malgré tous mes efforts, je ne pus vaincre la résistance très-grande du périnée, qui était très-épais et très-dur. Mes efforts furent complètement infructueux. En abandonnant l'opération, il ne me restait qu'à me confier aux efforts, hélas! bien impuissants de l'organisme, ou à pratiquer la craniotomie. J'avais assez attendu pour constater l'impuissance de la nature, et d'ailleurs une expectation plus prolongée n'était pas sans danger pour la mère et l'enfant; et, avant d'en venir à la craniotomie, je voulus voir s'il ne me serait pas possible de ramener l'occiput en avant. Je cessai mes tractions et imprimai au forceps une rotation sur son axe; entraînant la tête dans ce mouvement, j'eus bientôt dirigé la concavité des bords de l'instrument vers la face interne de la cuisse gauche. Je retirai alors l'instrument et constatai que la suture longitudinale était complètement transversale. Introduisant la branche femelle en arrière et à droite, je m'en servis comme d'un levier, et parvins, à son aide, à ramener l'occiput presque derrière la cavité cotyloïde droite. La branche mâle fut alors portée derrière la cavité cotyloïde gauche. Le forceps articulé après avoir décroisé les branches, je ramenai l'occiput, d'abord derrière, puis sous la symphyse des pubis, et terminai l'extraction de la tête par le mouvement d'extension ordinaire.

L'enfant naquit dans un état évident de congestion. Je laissai saigner le cordon avant de le lier; il fut assez promptement ranimé. Quinze jours après il était fort et bien portant. Les suites de couches ont été heureuses, et la mère s'est promptement rétablie. Le travail avait duré cinquante heures.

transversale. A ce moment l'une des cuillers se trouve directement en avant et l'autre directement en arrière, si l'on a primitivement saisi la tête d'une oreille à l'autre; on désarticule alors l'instrument, on en retire les branches pour les appliquer de nouveau comme s'il s'agissait d'une position occipito-iliaque transversale primitive; nous dirons dans l'un des paragraphes suivants comment il faut procéder à cette application. (Voy. *Application du forceps dans les positions transversales*.) Quelques opérateurs ne craignent cependant pas de compléter le mouvement de rotation sans désarticuler le forceps, qui se trouve alors anormalement dirigé la petite courbure en arrière, la grande courbure convexe en avant, la branche à pivot ramenée à droite et la branche à mortaise à gauche, sans qu'il en résulte de grands inconvénients si l'opérateur est habile. Néanmoins, c'est là une direction pour laquelle le forceps de Levret n'est pas fait.

E. Position occipito-iliaque droite antérieure. — C'est la branche femelle qu'il faut ici appliquer la première au devant de l'articulation sacro-iliaque droite; c'est la branche mâle dont la cuiller, placée d'abord au devant du ligament sacro-sciatique gauche, décrira le mouvement de spirale indiqué, et viendra se placer derrière la cavité cotyloïde gauche. Les manches seront ensuite décroisés. Le mouvement de rotation s'exécutera de droite à gauche, et ramènera l'occiput derrière les pubis.

F. Position occipito-iliaque gauche postérieure. — Les branches seront introduites dans le même ordre et de la même manière que dans le cas précédent. Le mouvement de rotation se fera dans le même sens, et ramènera le front derrière la symphyse pubienne.

Dès lors l'accoucheur, relevant un peu l'instrument au devant des pubis, cherchera à dégager l'occiput le premier au devant de la commissure antérieure du périnée. Après ce dégagement, il abaissera l'instrument au devant de l'anus pour faire éprouver à la tête son mouvement d'extension.

En cas de difficultés, pour dégager l'occiput en arrière, on pourrait faire tourner la tête en sens inverse et ramener l'occiput derrière les pubis; suivre, en un mot, la même conduite que celle que nous avons indiquée pour la position occipito-iliaque droite postérieure (D). Il est bien entendu qu'ici on ferait tourner la tête d'arrière en avant et de gauche à droite, dans le sens qu'elle suit ordinairement dans l'accouchement naturel.

G. Position occipito-iliaque gauche transversale. — Dans cette position l'occiput répond à l'extrémité gauche du diamètre transverse; un des côtés de la tête regarde directement en avant, l'autre directement en arrière. La branche postérieure sera encore celle que nous appliquerons la première. Pour distinguer ici quelle sera la branche qu'il faut placer en arrière, il faut prévoir le côté du bassin vers lequel, après le mouvement de rotation, sera tourné le côté de la tête qui est en arrière. Il est évident que, ce mouvement de rotation devant toujours, dans les positions transversales, ramener l'occiput en avant, le côté de la tête qui est en arrière, et par conséquent la branche qui sera placée en arrière, seront, dans le cas qui nous occupe, dirigés vers le côté gauche du bassin: c'est

donc la branche qui s'applique toujours sur le côté gauche, c'est-à-dire la branche mâle, qu'il faut appliquer ici la première. La branche mâle sera donc poussée d'abord au devant de l'articulation sacro-iliaque gauche; puis, lorsqu'elle sera arrivée à la hauteur convenable, on la repoussera, en appuyant sur son bord concave, avec les doigts qui sont dans les parties, au devant de la face antérieure du sacrum.

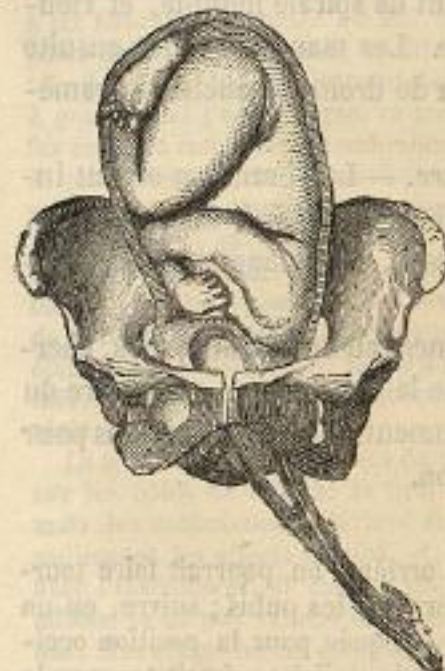
La branche femelle sera d'abord portée, à l'aide du mouvement de spirale, derrière la cavité cotyloïde droite; puis, appuyant fortement sur son bord convexe, la main cherchera à le repousser derrière la ligne médiane de la symphyse des pubis.

L'étendue du mouvement de rotation doit engager l'accoucheur à l'opérer lentement et avec douceur.

Lorsque la tête est en position transversale, elle est quelquefois assez élevée dans l'excavation, quoique ayant déjà en grande partie franchi le détroit supérieur.

Or, quand la tête est ainsi élevée, il est très-difficile d'appliquer une des branches en avant, l'autre en arrière. On est même, dans certains cas, obligé de placer les cuillers sur les côtés du bassin, c'est-à-dire de saisir la tête du front à l'occiput. C'est toujours là une circonstance fâcheuse. Cependant voici ce qui peut arriver : l'application des cuillers suffit quelquefois seule pour donner à la tête une direction diagonale et même complètement antéro-postérieure; mais, lorsque ce mouvement ne s'est pas exécuté au moment de l'introduction des branches, il s'exécute souvent pendant leur articulation ou pendant les premières tractions. Enfin, la tête peut quelquefois franchir le détroit inférieur en position transversale; mais, arrivée à l'anneau vulvaire, elle tourne alors dans l'intervalle des cuillers; ou, comme je l'ai vu plusieurs fois, elle entraîne avec elle l'instrument dans son mouvement de rotation, de telle façon que, l'occiput étant tourné en avant, la concavité des bords du forceps est dirigée de côté. Quelques personnes conseillent, dans ce dernier cas, de retirer l'instrument dès que la tête n'a plus à vaincre que la résistance des parties molles, ou, si besoin est, de le réappliquer sur les côtés de la tête. Je pense qu'il vaut mieux ne retirer que la branche sous-pubienne, dont la présence peut s'opposer au mouvement d'extension, mais laisser la branche périnéale, dont, au besoin, on peut se servir comme d'un levier pour aider à ce mouvement d'extension.

FIG. 140. — Forceps appliqué dans la position occipito-iliaque gauche transversale.



La difficulté que l'on éprouve à appliquer le forceps sur les bosses pariétales, dans les positions transversales engagées dans l'excavation, devient assez souvent

(voyez plus bas) une impossibilité, quand la tête est arrêtée au détroit supérieur ou au-dessus de ce détroit. Pour rendre possible l'application bipariétale, M. Baumers (de Lyon) a fait construire un nouveau forceps, que j'ai eu l'occasion d'essayer, et qui me paraît résoudre la difficulté que nous signalons. Je me suis convaincu que l'application bipariétale des cuillers, impossible avec le forceps ordinaire, est quelquefois facile avec celui de M. Baumers, et je crois devoir le conseiller dans les positions transversales. (Voyez, pour plus de détails sur cet instrument et sur le procédé de son application, la *Gazette médicale* des 14 et 24 juillet 1849.)

Du reste, cette modification de M. Baumers est tout à fait semblable à celle qu'a proposée Uytterhoeven. Ce chirurgien belge fit confectionner, il y a quarante ans, dit M. van Huevel, un forceps courbé par devant sur ses faces, comme les autres le sont sur les bords. (Voyez l'atlas joint à l'édition belge de cet ouvrage, fig. 194.)

II. *Position occipito-iliaque droite transversale.* — Dans cette position, l'application du forceps ne diffère presque pas de celle que nous venons de décrire; seulement, c'est la branche femelle qui sera introduite la première et en arrière. Le mouvement de rotation se fera de droite à gauche et d'arrière en avant; puis, l'occiput étant arrivé derrière la symphyse pubienne, on terminera l'accouchement de la même manière que dans le cas précédent.

§ II. — Application du forceps dans les positions du sommet, quand la tête est seulement engagée au détroit supérieur.

Lorsque la tête est engagée et fixée au détroit supérieur, de telle façon que le sommet occupe la partie supérieure de l'excavation, les règles qui doivent diriger l'opération dans l'application du forceps sont les mêmes que celles que nous venons de proposer comme applicables lorsque la tête est descendue jusqu'au détroit inférieur. Nous ferons remarquer toutefois que l'élévation de la tête rend plus que jamais nécessaire l'introduction de toute la main dans l'excavation; que l'accoucheur doit placer avec soin l'extrémité de ses doigts entre la tête et le pourtour du col, afin d'être bien sûr que la cuiller, glissant sur la face palmaire de la main, pénétrera dans l'intérieur de la cavité utérine; que, puisque la tête est plus élevée, il faut que les branches de l'instrument soient poussées assez avant dans les parties pour pouvoir suffisamment l'embrasser; qu'enfin, puisque la tête n'a pas encore franchi le détroit supérieur, il faut que les premières tractions soient faites dans la direction de l'axe du détroit supérieur, c'est-à-dire, autant que possible, en bas et en arrière.

Si les règles théoriques ne changent pas, il ne faut pas croire que les difficultés soient les mêmes. La hauteur de la tête rend l'application du forceps beaucoup moins facile et beaucoup moins sûrs. Il est difficile d'appliquer les branches du forceps sur les côtés de la tête dans les positions diagonales, mais surtout dans les positions transversales. En un mot, plus la tête est élevée et plus nous retrou-

vons des difficultés et des dangers que nous allons signaler, dans l'application du forceps sur une tête mobile au-dessus du détroit supérieur.

§ III. — Application du forceps dans les positions du sommet, quand la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur.

Lorsque la tête est encore au-dessus du détroit supérieur, plusieurs circonstances peuvent nécessiter l'intervention de l'art; et, comme la nature de ces causes de dystocie influe sur le procédé opératoire à employer pour terminer l'accouchement, nous devons ici en tenir compte.

L'intervention de l'art peut être rendue nécessaire par un accident qui menace les jours de la femme ou la vie de l'enfant, comme hémorrhagie, convulsions, chute du cordon, etc.; ou bien par un obstacle dû au rétrécissement du bassin ou à un volume excessif de la tête. Dans le dernier cas, l'application du forceps peut être convenable, pourvu que la disproportion qui existe entre les dimensions du bassin et celles de la tête ne soit pas trop considérable. Nous avons vu, en effet (voy. *Vices de conformation du bassin*), que toutes les fois que le bassin avait au moins 8 centimètres dans son plus petit diamètre, on pouvait espérer terminer l'accouchement à l'aide du forceps. Mais lorsque, le bassin étant bien conformé, un accident rend urgente la terminaison du travail, est-ce à la version ou à l'application du forceps qu'il faut avoir recours? Nous n'hésitons pas ici à préférer la version pelvienne; et, comme cette opinion n'est pas admise par tout le monde, nous croyons devoir emprunter à madame Lachapelle les motifs de notre préférence.

L'application du forceps sur une tête encore au-dessus du détroit supérieur est une opération difficile et dangereuse. *Difficile*, car: 1° la hauteur de la tête rend le diagnostic de la position difficile, et fait que souvent on agit en aveugle; 2° la mobilité de la tête fait qu'elle fuit devant l'instrument, et qu'elle est assez souvent saisie seulement par le bout du forceps, ou bien seulement par un de ses bords; de sorte que, dès les premières tractions et les premières résistances, elle glisse entre les cuillers comme un noyau de cerise que l'on presse entre les doigts; 3° enfin, il est impossible à cette hauteur d'appliquer les cuillers sur les côtés de la tête: celle-ci, en effet, se trouve ordinairement placée en position diagonale, et même souvent transversale; il faudrait, pour nous conformer au précepte généralement donné, qu'une des cuillers fût appliquée en avant, l'autre en arrière: or, c'est ce qui est impossible, car la courbure des axes du bassin empêche le forceps de s'enfoncer, si les branches ne sont pas introduites sur les côtés⁽¹⁾. *Dangereuse*, avons-nous dit, car, la prise de la tête étant mal assurée

(1) Quand on veut appliquer le forceps sur les côtés de la tête, le périnée repousse en avant le forceps, et lui donne une obliquité telle, par rapport au détroit supérieur, qu'il n'y a plus, entre les cuillers, assez d'espace pour contenir la plus petite tête. La tête, placée au-dessus du détroit supérieur, a son grand diamètre placé à peu près dans la direction de l'axe du détroit; comme ce grand axe de la tête doit être placé suivant l'axe des cuillers, il faudrait donc que cet axe du forceps fût lui-même placé dans la direction

par suite des difficultés que nous venons de mentionner, l'instrument peut glisser sur la tête; et si ce glissement a lieu brusquement et pendant de fortes tractions, les bords du forceps peuvent, agissant sur le col comme un instrument sciant, le couper plus ou moins profondément.

Nous préférons donc la version dans le cas qui nous occupe. Un cas, cependant, nous paraît exiger l'application du forceps: c'est celui où l'utérus, très-fortement rétracté sur le tronc de l'enfant après l'écoulement complet du liquide amniotique, rendrait impossibles l'introduction de la main et l'évolution du fœtus: heureusement que, pendant cette contraction violente de l'organe, la tête, fortement fixée sur le détroit, serait très-peu mobile.

En résumé, l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur nous paraît devoir être réservée pour les cas de vice de conformation du bassin et les cas de rétraction très-forte du corps de l'utérus.

Manuel opératoire. — A moins que la position ne soit directement antéro-postérieure, ce qui est excessivement rare, on renonce à appliquer les cuillers sur les bosses pariétales, et on les dirige sur les côtés du bassin. Mais il est fort rare qu'on suive ce précepte dans la pratique et qu'elles soient réellement placées sur les deux extrémités du diamètre transversal: quand, en effet, la tête est diagonale, tout naturellement les cuillers sont dirigées vers les deux extrémités d'un des diamètres obliques. Eh bien, dans les positions franchement transversales, il en est presque toujours ainsi, alors même que le chirurgien veut les placer sur les côtés du bassin: à cette hauteur, en effet, et surtout dans les rétrécissements sacro-pubiens, qui sont les plus ordinaires, la tête est presque toujours en position transversale: or, suivant la remarque de Rhamsbotham et de Simpson, malgré le précepte formel de diriger les cuillers sur les côtés du bassin, on voit après l'accouchement que la tête n'a pas été saisie du front à l'occiput. Presque toujours les traces de chaque branche se retrouvent sur une des bosses occipitales et sur la bosse coronale opposée: ce qui prouve évidemment que, malgré lui, l'accoucheur a placé l'instrument dans une position oblique. Naturellement, en effet, si la tête est transversale, le grand diamètre de la tête répond au diamètre transversal du bassin. Or, celui-ci étant rétréci d'avant en arrière, les cuillers ne pourront se placer facilement qu'autant qu'on les dirigera l'une derrière la cavité cotyloïde, l'autre au devant de la symphyse sacro-iliaque: seuls points où la tête laisse un espace vide. C'est donc cette direction que dans tous les cas il faut leur donner.

Aussitôt après l'application du forceps, il serait bon, dans la plupart des cas, de lier les crochets ensemble avant de commencer à tirer. Les tractions seront faites d'abord autant en arrière que possible, et l'on relèvera le manche de l'in-

de l'axe du détroit supérieur, et, par conséquent, que le point de jonction de l'instrument pût être repoussé au delà de la pointe du coccyx. Or, c'est ce que la résistance du périnée rend évidemment impossible, quand on persiste à placer une branche derrière le pubis, l'autre au devant du sacrum: et c'est ce qui oblige à saisir la tête du front à l'occiput dans les positions transversales, et d'une bosse coronale à une bosse occipitale dans les positions diagonales. Le forceps de M. Bauners peut dans quelques cas remédier à ces difficultés.

strument à mesure que la tête descendra dans l'excavation. La tête, saisie d'une bosse coronale à une bosse occipitale opposée, arrivera bientôt jusqu'au détroit inférieur. Il est possible qu'en parcourant ainsi toute l'excavation la tête tourne dans l'intervalle des cuillers, et se place en position antéro-postérieure; mais il peut arriver aussi que cette conversion spontanée n'ait pas lieu. Si alors l'obstacle existe seulement au détroit supérieur, et que les efforts utérins paraissent devoir suffire à la terminaison prompte du travail, il faut retirer l'instrument et confier le reste à la nature; mais, dans le cas contraire, on devrait, jé crois, chercher à ramener les branches sur les côtés de la tête, ou bien à les réappliquer en se conformant aux préceptes que nous avons indiqués pour leur application sur une tête arrivée au détroit inférieur. Il est évident qu'à l'aide du forceps de M. Baumers, on éviterait ce dernier inconvénient.

§ IV. — Application du forceps dans les positions de la face.

Lorsque la face se présente, la tête, au moment où l'intervention de l'art est nécessaire, peut être arrivée au détroit inférieur, être seulement engagée au détroit supérieur, enfin être mobile encore au-dessus du détroit supérieur.

1° *La tête est au détroit inférieur.* — Si la tête et le bassin ont leurs dimensions normales, la face ne peut être arrivée au détroit inférieur qu'en position mento-antérieure directe ou du moins légèrement diagonale (voy. *Mécanisme de l'accouchement par la face*). L'application du forceps ne diffère en rien, dans ces trois cas, de celle que nous avons décrite dans les positions correspondantes du sommet. Nous croyons donc inutile d'y revenir. Mais, sans être au niveau du détroit inférieur, la face peut être descendue fort avant dans l'excavation, et le mouvement de rotation qui, dans tous les cas, doit ramener le menton sous la symphyse des pubis, peut être complet, incomplet ou nul. Nous pourrions donc avoir à appliquer le forceps dans une des positions mento-antérieure ou pubienne, mento-iliaque gauche ou droite antérieure, mento-iliaque gauche ou droite transversale.

Puisque dans l'accouchement par la face il est absolument nécessaire que le menton soit ramené vers le pubis, c'est toujours vers le menton que doit être dirigée la concavité des bords de l'instrument; du reste, il faut toujours appliquer la branche postérieure la première.

Pour donner un exemple, supposons la face fortement descendue dans l'excavation et placée en position mento-iliaque gauche antérieure.

En se conformant aux règles déjà décrites, la branche mâle sera placée en arrière et à gauche au devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, la branche femelle derrière l'arc antérieur droit du bassin. Une fois articulé, l'instrument aura la concavité de ses bords dirigée en avant et à gauche. On lui imprime alors un mouvement de rotation de gauche à droite et d'arrière en avant, de manière à ramener le menton derrière la symphyse. On tire directement en avant et un peu en bas pour forcer le menton à se dégager au-dessus du pubis, et, après avoir opéré ce dégagement préliminaire du menton, on relève peu à peu le forceps en

exerçant des tractions modérées pour faire éprouver à la tête son mouvement de flexion ou de dégagement.

2° *La tête est engagée au détroit supérieur.* — La face peut se trouver placée dans tous les rapports possibles avec les différents points du détroit supérieur. Si le menton est en rapport avec des points de la moitié antérieure du bassin, l'application du forceps peut être faite et ne présente ici rien de particulier. Mais si la face est en position mento-postérieure, la version pelvienne ou la version céphalique devront être préférées toutes les fois qu'elles seront possibles. Il est évident, en effet, que, le forceps une fois appliqué, on devrait chercher à ramener le menton derrière la symphyse des pubis; or, il est à craindre que le tronc, maintenu par la contraction utérine, ne participe pas au mouvement de rotation imprimé à la tête par l'instrument, d'où résulterait la luxation atloïdo-axoïdienne.

Un seul cas, avons-nous dit, oblige à avoir recours à l'instrument: c'est celui où la face, placée en position mento-postérieure, est tellement engagée dans l'excavation, qu'il est impossible de la refouler au-dessus du détroit supérieur pour opérer la version céphalique ou la version pelvienne. Dans ce dernier cas, nous appliquerons donc le forceps pour soustraire la femme au danger qui la menace, non, disions-nous dans les précédentes éditions, dans le but de ramener le men-



FIG. 141.



FIG. 142.

ton en avant, mais seulement avec l'intention de fléchir la tête et de convertir la position de la face en position du sommet. Pour cela, les cuillers étant portées sur les côtés de la tête, on tirera en arrière autant que possible, afin d'agir principalement sur le vertex, jusqu'à ce que l'occiput ait été abaissé au-dessous de la symphyse des pubis. Si la position était mento-sacrée directe, on devrait im-

primer à la tête un mouvement de rotation qui, avant toute traction, porterait le menton dans la grande échancrure ischiatique droite ou gauche. Tel est le procédé qui nous paraissait le plus sûr il y a quelques années. Cependant j'avais déjà fait remarquer qu'au dire de M. Mascaret (*Thèse*, p. 84) M. P. Dubois en propose un autre : il se demande s'il ne serait pas possible de convertir une position mento-postérieure en mento-antérieure. On pourrait objecter, dit-il, qu'on ferait exécuter à la tête un mouvement de rotation trop considérable, et que, si le tronc ne tourne pas en même temps, on pourra tordre le cou de l'enfant ; mais, si l'on ne réussit pas, on ne peut, ajoute M. Dubois, que faire la perforation du crâne, et par conséquent sacrifier l'enfant : le premier moyen lui paraît donc préférable. Du reste, le menton pourrait se dégager sous la branche ischio-pubienne sans qu'il soit nécessaire de l'amener immédiatement sous les pubis. Je sais que ce procédé a réussi quelquefois, et tout récemment M. Blot me disait avoir trois fois terminé l'accouchement en ramenant le menton en avant.

Peut-être que la forme de l'instrument est ici une des principales causes de la difficulté que l'on rencontre, et qu'en se servant d'un forceps droit la manœuvre deviendrait plus facile. Ce conseil qui, je crois, a été donné par M. P. Dubois, mérite d'être pris en considération.

M. Danyau a lu, en 1850, à l'Académie un mémoire dans lequel il donne la préférence à ce procédé ; seulement il conseille, quand il ne se sert pas du forceps droit, de diriger, à l'exemple de Champion, la courbure des bords vers le menton. Il doit avoir réussi plusieurs fois, et même avoir pu amener des enfants vivants.

Tout récemment encore, nous avons pu, M. Danyau et moi, convertir à l'aide du forceps une position mento-postérieure en mento-antérieure, et nous avons eu un enfant vivant. Il est vrai que, dans ce cas, la face avait commencé sa rotation de telle sorte, qu'au moment de l'application du forceps il était assez rapproché de l'extrémité droite du diamètre transverse. Ces faits, depuis quelques années surtout, se sont donc assez multipliés pour ne pouvoir être considérés comme exceptionnels ; et, si le menton est exactement en rapport avec la symphyse sacro-iliaque, si surtout il a déjà éprouvé un léger mouvement en avant, on peut très-raisonnablement espérer que cette rotation spontanée secondera celle que le forceps imprimera lui-même au menton, et que l'extraction pourra se terminer en position mento-pubienne, le tronc ayant, sous l'influence des contractions utérines, participé au mouvement imprimé à la tête par l'instrument.

Mais il ne faut pas oublier que, dans les positions mento-postérieures directes, ce mouvement de rotation exagéré peut tuer le fœtus. J'en ai cité un exemple. Il ne faut pas oublier surtout que, malgré l'habileté de l'accoucheur, il a été souvent impossible ; que MM. Dubois, Danyau, Gazeaux et beaucoup d'autres n'ont pu réussir ; que Smellie lui-même, qui depuis longtemps avait déjà donné le conseil de ramener le menton en avant, a souvent échoué. En consultant, en effet, le volumineux recueil d'observations qu'il a publié, je n'ai trouvé que quatre cas de présentation de la face fortement engagée dans l'excavation en

position mento-postérieure ; dans tous, il essaya d'abord de repousser la tête, et, ne pouvant y parvenir, il eut recours au forceps. Eh bien, sur ces quatre faits, un seul lui permit de ramener le menton en avant ; dans un autre, il ne put que fléchir la tête avec l'instrument, et parvint seulement à dégager le vertex et l'occiput les premiers en dessous des pubis ; dans les deux autres, il eut forcément recours aux crochets aigus ; il en fut de même dans un cas qui lui fut communiqué par un de ses anciens élèves. Ainsi, sur cinq cas, un seul permit la rotation en avant ; dans tous les autres, elle fut impossible.

Est-il convenable de dire qu'après l'insuccès d'une tentative de rotation la craniotomie soit la seule ressource ? Je ne le pense pas, et je crois prudent de tenter auparavant la flexion de la tête par le forceps. J'ai eu par ce dernier procédé un enfant vivant. Smellie a réussi aussi, après avoir inutilement cherché à ramener le menton en avant. On a d'autres observations semblables dans les journaux de médecine. C'est donc une ressource qu'il faut se réserver avant d'en venir à la craniotomie.

Dans l'appréciation qu'on veut faire des procédés divers qui ont été indiqués pour terminer l'accouchement dans ces cas difficiles, il ne faut pas être trop exclusif. L'expérience démontre, en effet, que celui qui réussit dans un cas échoue dans l'autre, sans qu'il soit possible de se rendre un compte exact de ces différences ; souvent même, après les avoir inutilement employés tous, on est obligé d'en venir à la craniotomie.

Je crois surtout que pour bien juger de l'utilité de chacun d'eux il faut tenir grand compte, au moment d'opérer, du rapport exact du menton avec le plan postérieur, de l'énergie des contractions et de la tendance que paraît avoir la tête à exécuter son mouvement de rotation. La position mento-postérieure presque directe, l'immobilité de la tête et la persistance de cette position après un travail longtemps prolongé, la faiblesse des contractions, qui succède si souvent à cette durée exagérée du travail, sont évidemment des conditions défavorables à la rotation artificielle.

En résumé : appliquer le forceps ; tenter d'abord la rotation en faisant coïncider ses efforts avec la contraction utérine ; chercher à fléchir la tête en cas d'insuccès ; pratiquer la craniotomie si l'on échoue.

3° *La face est encore au-dessus du détroit supérieur.* — L'application du forceps ne doit être tentée que lorsque la version pelvienne est tout à fait impossible. La face, en effet, est le plus souvent, comme on le sait, placée en position transversale. D'un autre côté, nous avons démontré qu'à cette hauteur les cuillers sont nécessairement appliquées sur les côtés du bassin : une d'elles, par conséquent, porterait sur le vertex, l'autre sur le cou de l'enfant, et la pression que celle-ci exercerait sur cette dernière partie compromettrait sûrement la vie du fœtus. Nous avons donc raison de dire que le forceps ne doit être introduit qu'autant qu'on ne peut faire autrement, et encore, dans ce dernier cas, faudrait-il essayer, à moins de se servir du forceps de M. Baumers, de convertir la position de la face en position du sommet à l'aide de la version céphalique, et appliquer le forceps sur cette position du sommet.

§ V. — Application du forceps sur la tête retenue encore dans les parties, le tronc étant à l'extérieur.

L'application du forceps est rarement indispensable quand, après la version pelvienne ou l'accouchement naturel par le pelvis, la tête est retenue dans les parties de la mère. Presque toujours la main seule suffit pour l'extraire. Cela est vrai dans la plupart des cas où l'extension de la tête est la seule cause des difficultés; mais si le dégagement manuel n'a pas réussi, ou s'il existe un rétrécissement du bassin, il est évident que le forceps peut être très-utile, quoi qu'en dise madame Lachapelle.

Lorsque l'application de l'instrument est jugée nécessaire, les règles de la manœuvre sont à peu près les mêmes que dans les positions du sommet; c'est encore sur les côtés de la tête, autant que possible, qu'il faut placer les cuillers, c'est toujours vers le point qui doit être ramené sous la symphyse des pubis que doit être dirigée la courbure des bords, etc. Nous ajouterons toutefois que l'instrument doit être insinué sur le plan sternal du fœtus; qu'ainsi on doit faire relever le tronc du côté vers lequel est tourné l'occiput, directement en avant et en haut dans les positions occipito-pubiennes, en avant et à gauche dans les positions occipito-iliaques gauches antérieures, etc., etc. Les branches une fois introduites suivant les règles, on doit, en général, chercher à dégager la tête par un mouvement de flexion qui a pour centre la nuque, placée tantôt au-dessous de la symphyse des pubis, tantôt au devant de la commissure antérieure du périnée. Dans un seul cas, peut-être, on serait autorisé à appliquer le forceps sur le plan dorsal du fœtus, et à dégager la tête par un mouvement de rotation. Nous voulons parler du cas où la face est venue en dessus, l'occiput étant en arrière. La manœuvre qu'à conseillée madame Lachapelle ne réussit pas toujours; il n'a pas toujours été possible à tous les praticiens d'être aussi heureux que l'habile sage-femme, et de retourner la face dans la concavité du sacrum, et force a bien été alors d'appliquer l'instrument. Eh bien, nous pensons, avec M. Velpeau, qu'on pourrait, se rappelant les faits cités par MM. Eckard et Michaelis, chercher, par des tractions bien dirigées, à faire d'abord dégager l'occiput au devant de la commissure antérieure du périnée, et à compléter par l'extension le dégagement de la tête.

Mais un cas beaucoup plus difficile peut se présenter: la tête peut être arrêtée au-dessus du détroit supérieur, soit par un état d'extension auquel on n'a pu remédier par la manœuvre de madame Lachapelle, soit par un rétrécissement du bassin assez peu considérable pour permettre par lui-même l'application du forceps. Smellie, Baudelocque, aussi heureux qu'habiles, ont réussi dans cette application; mais, malgré l'autorité de ces grands noms, combien ne doit-on pas être effrayé par des cas semblables, lorsque des hommes comme Dewees ont toujours échoué! Que d'obstacles en effet! Sans parler de la difficulté que le tronc, remplissant l'orifice vulvaire, apporte dans l'opération, ne doit-on pas remarquer: 1° que lorsque la tête est dirigée transversalement relativement au

bassin, ce qui arrive souvent, l'inclinaison du détroit supérieur rend impossible (Dewees, Lachapelle) l'application des cuillers sur les côtés de la tête; 2° que le diamètre vertical de la tête se trouvera nécessairement placé dans la direction de l'axe des cuillers, et que celles-ci se trouveront nécessairement sur les deux extrémités d'un grand diamètre, ce qui compromet beaucoup le succès de l'opération; 3° qu'enfin l'élévation, la position de la tête, font souvent qu'elle n'est saisie qu'incomplètement par l'instrument, et que celui-ci, dès les premières tractions, peut glisser et déchirer les parties de la mère. C'est pourtant la ressource extrême qu'il faut tenter, lorsque les tractions compatibles avec la vie du fœtus ont été infructueuses. Les règles de la manœuvre sont fort simples: faire relever le tronc vers le point que regarde l'occiput; abaisser autant que possible le menton pour remédier à l'extension de la tête; appliquer les cuillers sur les côtés du bassin, et tirer enfin en suivant autant que possible la direction des axes pelviens.



FIG. 143.

Si la base du crâne se présentait à la suite de la détroncation volontaire ou involontaire de la tête, il faudrait, si le bassin était assez bien conformé, appliquer le forceps, après avoir pris la précaution de disposer convenablement la tête, c'est-à-dire l'avoir placée de telle façon qu'elle offrît ses plus petits diamètres au plan du bassin, et que son diamètre occipito-mentonnier fût dans la direction des axes. S'il y avait un vice de conformation trop considérable, le forceps céphalotribe nous paraîtrait seul applicable. (Voy. *Craniotomie*.)

§ VI. — Considérations générales sur l'emploi du forceps.

Instrument éminemment utile quand il est employé à propos et par des mains habiles, le forceps peut causer les désordres les plus graves quand il est mal dirigé ou appliqué dans des cas où son usage n'est pas indiqué. Il est donc bien important, en finissant cet article, de préciser les cas dans lesquels il peut être employé avec avantage. Cette espèce de revue nous donnera l'occasion d'apprécier les conseils qui ont été donnés à ce sujet, et de faire bien comprendre le mode d'action de cet instrument.

Le forceps a été conseillé: 1° dans les cas de position inclinée ou irrégulière de la face et du sommet qui, ne se corrigeant pas spontanément, n'ont pu l'être avec la main seule; 2° dans les cas où il existe une disproportion entre les dimensions de la tête et celles du bassin, que cette disproportion tiennent à un volume excessif de la tête ou à un rétrécissement du bassin; 3° dans les cas où un acci-

dent, de nature assez grave pour compromettre la vie de la mère et du fœtus, survient pendant le travail, et où la version n'est plus possible; 4° enfin, dans les cas où la tête, arrivée sur le plancher du bassin, est arrêtée par la résistance des parties molles, ou par la brièveté du cordon.

1° *Positions inclinées du sommet ou de la face.* — Nous l'avons déjà dit, l'application du forceps nous paraît ici préférable à celle du levier quand l'impuissance de la nature a été bien constatée par une attente de sept ou huit heures.

La rétraction de l'utérus rendrait la version trop difficile.

La terminaison prompte du travail nous paraît, en effet, exigée dans le double intérêt de la mère et de l'enfant, et le forceps peut seul procurer ce résultat. Du reste, les positions inclinées latéralement ou pariétales étant presque toujours transversales, il est inutile d'ajouter, après ce que nous avons dit plus haut, que les branches seront appliquées sur les côtés du bassin, et que la tête exécutera probablement, en descendant dans l'excavation un mouvement de rotation (1), qui la replacera dans une position antéro-postérieure. En agissant ainsi, on éviterait, suivant la remarque de Dugès, les difficultés d'une application antéro-postérieure quant au bassin, et le danger d'une application bipariétale quant au fœtus. Il faut remarquer, en effet, que si l'inclinaison était considérable une des cuillers contondrait le haut du cou.

2° *Rétrécissement du bassin.* — C'est à 8 centimètres que nous avons fixé la limite ordinaire de l'application du forceps. Au delà, la réduction que l'on peut espérer obtenir dans les diamètres de la tête ne sera pas, en général, assez considérable pour lui permettre de traverser le diamètre rétréci du bassin. Il résulte, en effet, des expériences de Baudelocque que, lorsque le forceps est appliqué sur les deux extrémités du diamètre bipariétal, on ne peut obtenir sans compromettre la vie de l'enfant plus de 9 à 11 millimètres de réduction. Or, le diamètre bipariétal a, sur une tête bien conformée, 9 centimètres à 9 centimètres et demi; en supposant qu'on le réduise de 1 centimètre, il conservera encore 8 centimètres au moins.

Quelques praticiens ayant vu, dans des cas où le bassin offrait moins de 8 centimètres, la tête se mouler peu à peu à la forme et aux dimensions de la cavité pelvienne sous l'influence des seuls efforts de la matrice, ont pensé que l'art pouvait faire alors ce que la nature fait quelquefois seule, que le forceps pouvait obtenir la même réduction dans les diamètres de la tête, et que dès lors l'instrument devait toujours être utile dans les rétrécissements au-dessous de 8 centimètres. Mais ils ont comparé deux faits complètement dissemblables. Sans

(1) C'est ce qui arriva chez une dame de la rue Saint-Paul, auprès de laquelle je fus appelé par M. le docteur Dueros. Il était sept heures du soir. Les membranes étaient rompues depuis huit heures du matin. La tête, placée en position occipito-iliaque transversale, inclinée sur son pariétal antérieur, n'avait pas avancé d'un millimètre depuis le matin, et était si peu engagée au détroit supérieur, que je fus obligé d'introduire presque toute la main pour reconnaître la position. Les eaux étaient complètement écoulées; je tentai vainement la réduction. L'application du forceps, pratiquée comme je viens de l'indiquer, eut le plus heureux résultat. La tête descendit, tourna dans l'intervalle des cuillers, et en moins de cinq minutes l'enfant fut extrait. Il cria immédiatement après sa naissance. La mère a eu les suites de couches les plus heureuses.

aucun doute, les efforts expulseurs, ont pu pousser la tête à travers certains bassins qui n'avaient que 7 à 7 centimètres et demi, mais ce résultat n'a été obtenu qu'après un travail de trente, quarante, soixante heures même; la pression à laquelle la tête a été soumise a été une pression lente et graduée à laquelle le cerveau a pu peu à peu s'habituer. La réduction obtenue par le forceps est, au contraire, le résultat d'une pression qui n'a duré qu'une demi-heure, qu'une heure au plus. Or, tout le monde sait que certaines tumeurs, dont le développement demande plusieurs années, peuvent exister à l'intérieur de la boîte crânienne sans produire aucun accident, tandis qu'une gouttelette de sang subitement épanchée détermine instantanément la paralysie. La pression qu'exerce le forceps, pression presque instantanée, peut donc tuer le fœtus, bien qu'elle n'obtienne qu'une réduction moindre que celle obtenue quelquefois par la nature après plusieurs heures de travail.

Lorsque le bassin a plus de 8 centimètres, le forceps peut être très-utile; mais on a, je crois, mal apprécié la nature des services qu'il rend alors, en le considérant tout à la fois comme un instrument de traction et comme un instrument de pression propre à réduire les dimensions de la tête. Le forceps n'agit ici que comme un instrument de traction. Le plus souvent, en effet, le rétrécissement existe au détroit supérieur et porte spécialement sur le diamètre antéro-postérieur de ce détroit. La tête, retenue au-dessus, est placée en position transversale ou diagonale, mais le plus souvent transversale; car elle a toujours de la tendance à offrir ses plus grands diamètres aux plus grands diamètres du bassin. C'est donc alors le diamètre bipariétal qui correspond au plus petit diamètre; d'où il résulte que c'est sur les deux extrémités du diamètre bipariétal qu'il faudrait que fussent appliquées les cuillers du forceps. Or, nous avons démontré que cela n'était possible dans aucun cas; mais cette impossibilité est encore plus évidente dans le cas de rétrécissement. Car, suivant la remarque du docteur Collins, si le diamètre sacro-pubien n'a que 8 centimètres, il sera impossible d'y placer un instrument qui, lorsque ses branches sont rapprochées, laisse encore entre chacune d'elles un intervalle de près de 9 à 9 centimètres et demi.

Le forceps sera donc appliqué latéralement. Mais qui ne voit qu'alors la pression qu'il exercera portera sur le diamètre occipito-frontal; et si les expériences de Baudelocque ont prouvé que la tête, aplatie dans un sens, ne s'allongeait pas sensiblement dans l'autre, au moins ne peut-on pas admettre que la réduction obtenue dans le diamètre occipito-frontal diminue en même temps le bipariétal qui lui est perpendiculaire? Comment donc agit le forceps? Évidemment, il n'est encore ici qu'un instrument de traction dont les efforts, se joignant aux contractions de l'utérus, tendent à engager la tête dans l'excavation, et par conséquent à engager les bosses pariétales dans le diamètre antéro-postérieur; c'est par la résistance opposée par le pubis et le sacrum qu'est comprimé le diamètre bipariétal: c'est le bassin lui-même qui est ici l'agent compresseur, et non point le forceps, qui ne peut agir que par les tractions qu'il facilite. La pression exercée par l'instrument serait certainement plus nuisible qu'utile, en s'opposant à l'al-

longement que le diamètre occipito-frontal peut subir pendant la réduction violente obtenue dans le diamètre bipariétal. Cette manière de considérer le forceps a cet avantage qu'elle démontre l'inutilité, si ce n'est le danger, des efforts violents que pratiquent certains accoucheurs pour comprimer la tête et réduire son volume. Quand la tête est bien embrassée par l'instrument, il suffit de le serrer assez pour qu'il ne glisse pas pendant les tractions. Si jamais le forceps peut agir comme instrument de réduction, c'est uniquement lorsque la tête est arrêtée par un rétrécissement du diamètre bischiatique.

Les limites que nous venons d'assigner à l'application du forceps sont la conséquence d'expériences sur le cadavre des faits le plus généralement observés; mais, nous aurons l'occasion de le prouver plus loin, ces limites n'ont rien d'absolu. Lorsque le bassin rétréci offre moins de 8 centimètres dans son plus petit diamètre, on se trouve encore presque forcément conduit à tenter une application du forceps avant d'en venir à la craniotomie ou à la symphyséotomie (voy. *Symphyséotomie*), et plusieurs fois on a réussi à extraire un enfant vivant alors que le bassin n'offrait que 7 centimètres, par exemple.

Mais, dans les cas de rétrécissement, le forceps est-il la seule ressource avant de recourir à une opération sanglante? Nous l'avons longtemps pensé; et, malgré l'impression qu'avait faite sur notre esprit la lecture des observations de madame Lachapelle, nous partageons, sur ce point important de pratique, l'opinion de la plupart des accoucheurs français, et nous proscrivons la version pelvienne dans les cas de rétrécissements, excepté dans les bassins obliques ovulaires, dans lesquels, de l'aveu de tous, elle offre d'incontestables avantages.

La publication récente de MM. Simpson et Radfort nous a fait examiner de nouveau la question.

« En lisant les observations de rétrécissement, dit M. Simpson, j'ai été frappé de ce fait, que, chez certaines femmes mal conformées, le travail avait été beaucoup plus facile et plus heureux quand l'enfant s'était présenté par les pieds, que lorsque la tête s'était offerte la première. Dans plusieurs cas même, dans lesquels la craniotomie aurait été nécessaire, la présentation des pieds ou une version pelvienne permirent de terminer l'accouchement dans une nouvelle grossesse. Smellie raconte cinq observations de ce genre. »

« D'après mes tableaux, dit madame Lachapelle, sur les quinze enfants extraits par le forceps pour un rétrécissement du bassin, sept ont vécu, huit sont morts; tandis que sur vingt-cinq amenés par les pieds seize ont vécu. » La proportion des succès est donc des deux tiers pour la version, et un peu moins de la moitié pour le forceps. « Ces résultats heureux de la version, ajoute l'illustre sage-femme, sont dus sans doute à la facilité plus grande avec laquelle on peut, durant les tractions sur l'extrémité pelvienne, diriger la tête du fœtus de manière à mettre son diamètre transversal en rapport avec le diamètre antéro-postérieur rétréci. Quand au contraire, la tête se présente la première, elle est, il est vrai, le plus souvent placée transversalement; mais elle peut être, à la rigueur, dans des rapports beaucoup plus défavorables, et que le forceps ne saurait en rien modifier. »

En supposant la tête transversalement placée au-dessus du rétrécissement sacro-pubien, traversera-t-elle plus facilement l'obstacle quand elle s'offrira par le sommet que lorsque l'extraction ou la sortie spontanée du tronc présentera la base du crâne au rétrécissement? La théorie, sur ce point, paraît assez d'accord avec les faits rappelés plus haut. En effet, la tête, considérée dans son ensemble, représente un cône dont la base est constituée par le diamètre bipariétal, qui offre 9 à 9 centimètres et demi, et le sommet par le diamètre bimastoïdien, qui n'a que 7 centimètres et demi à 8 centimètres. Ce dernier diamètre est irréductible, tandis que le premier peut, sous l'influence d'une compression plus ou moins prolongée, être diminué de 1 et même de 1 centimètre et demi. Eh bien, quand le sommet de la tête s'offre le premier, la base du cône qu'elle représente vient s'offrir à un diamètre plus étroit qu'elle, et les efforts de la matrice, ainsi que les tractions exercées sur le forceps, ne peuvent avoir qu'un résultat, c'est d'aplanir la voûte du crâne contre l'entrée du bassin, et par conséquent d'augmenter au lieu de diminuer le diamètre bipariétal. Si nous supposons, au contraire, que le cône représenté par la tête s'engage par sa pointe, c'est-à-dire par son diamètre bimastoïdien, les tractions pratiquées sur le tronc de l'enfant pourront avoir les résultats suivants: si le diamètre rétréci du bassin offre au moins 7 à 8 centimètres, il n'opposera aucun obstacle sérieux à l'engagement de ce diamètre bimastoïdien; dès lors, la résistance offerte par la symphyse pubienne et l'angle sacro-vertébral exerçant une compression sur les côtés des bosses pariétales, tend à les rapprocher l'une de l'autre, c'est-à-dire à réduire le diamètre bipariétal, et la tête, sous l'influence des tractions de l'accoucheur, s'engagera dans la partie rétrécie du bassin, comme un coin dont la base est compressible. En un mot, dans la présentation du sommet, la résistance offerte par les os du bassin tend à diminuer le diamètre occipito-frontal ou occipito-mentonnier, tandis que dans les présentations podaliques elle tend à diminuer le diamètre transverse, c'est-à-dire le seul qu'il soit important de réduire (Simpson).

Parmi les conditions les plus dangereuses pour la mère et pour l'enfant, il faut incontestablement placer en première ligne la durée trop considérable du travail; car leur vie est d'autant plus compromise que la période d'expulsion se prolonge davantage; or la version offre encore pour M. Simpson l'immense avantage de terminer plus promptement l'accouchement. Quelle est, en effet, la conduite généralement suivie quand on propose d'appliquer le forceps dans des cas de rétrécissements? On attend évidemment pour agir qu'on ait pu constater l'impuissance des efforts utérins, et ce n'est qu'après cinq, six ou huit heures d'expectation qu'on se sert de l'instrument; pendant ce temps la tête est violemment comprimée, et les organes maternels assez gravement contus pour exposer aux gangrènes, ou du moins à ces inflammations de l'utérus ou du tissu cellulaire du bassin qui compliquent si gravement les suites de couches. Lorsqu'on se propose de pratiquer la version, au contraire, on peut, dans bien des cas, choisir le moment le plus favorable: aussitôt après la rupture des membranes et la complète dilatation du col, l'art peut intervenir. L'expectation est de bien plus.

longue durée encore quand on est en présence d'un bassin dont le rétrécissement exige l'embryotomie; car, à moins d'avoir constaté la mort du fœtus, on attend, pour pratiquer l'opération, que l'enfant ait cessé de vivre, ou tout au moins que le travail ait duré assez longtemps pour qu'on ait des raisons de douter de sa viabilité.

En ne considérant que les intérêts de la mère, la version, permettant d'agir aussitôt après la rupture des membranes, serait donc préférable; mais en est-il de même relativement au fœtus? Si l'on compare les résultats de la version podalique à ceux de l'embryotomie, la réponse est facile, car les faits cités par madame Lachapelle et par quelques auteurs laissent au moins espérer de sauver quelquefois l'enfant par la version, tandis que sa mort est la conséquence inévitable de l'autre opération. Mais le forceps dans les limites rationnelles que nous avons fixées à son emploi, n'offre-t-il pas au fœtus des chances plus favorables que l'extraction par les pieds? Même à ce point de vue madame Lachapelle, MM. Radfort et Simpson, n'hésitent pas à se prononcer pour la version. Tout en tenant compte des faits observés par l'illustre sage-femme, tout en admettant, avec les accoucheurs anglais, que la compression est moins nuisible pour le fœtus quand elle s'exerce sur les côtés de la tête que lorsqu'elle tend à réduire le diamètre occipito-frontal, nous avouons ne pas partager leur préférence, lorsque le sommet de la tête se présente en position favorable. L'arrêt de la base du crâne au-dessus du rétrécissement, l'extension possible de la tête, le tiraillement que forcément les tractions faites sur le tronc feront subir à la région cervicale, la compression possible du cordon ombilical pendant tout le temps nécessaire à l'extraction de l'enfant, sont en effet pour ce dernier des conditions très-défavorables, et malheureusement fort à craindre pendant la version podalique. Mais lorsque avec un rétrécissement de 8 centimètres coïncide une présentation défavorable comme celles de la face ou du tronc, et qu'avant d'appliquer le forceps il faudrait d'abord opérer la version céphalique; ou lorsque, le sommet de la tête se présentant, celle-ci est placée de telle façon que son diamètre longitudinal répond au diamètre rétréci, nous sommes de leur avis et préférons la version à l'application de l'instrument.

Lorsque le bassin n'offre que 7 à 8 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur, et que l'enfant, encore vivant, est placé dans des conditions défavorables au forceps que nous venons d'indiquer, nous croyons la version préférable.

Si, après plusieurs tentatives infructueuses faites avec le forceps sur une tête favorablement placée, on entend distinctement et régulièrement les battements du cœur, il faut, si le bassin a au moins 7 centimètres, tenter la version pelvienne avant d'en venir à la craniotomie.

Nous ajouterons, avec madame Lachapelle, que la version est encore préférable à l'emploi de l'instrument, dans les cas où le détroit inférieur est transversalement rétréci, et que l'arcade pubienne est étroite et anguleuse. Lorsqu'en effet la tête sort la première, c'est l'occiput qui se dégage d'abord sous le pubis, dégageant qui devient fort difficile, parfois même impossible dans ce cas; quand, au contraire, l'extraction a lieu sur les pieds, l'occiput vient se placer derrière les

pubis, le front sort le premier au devant du périnée, et la nuque seule s'engage dans l'arcade pubienne.

Notre collègue M. Joulin a formulé une opinion beaucoup plus absolue. Il déclare, en effet, qu'on doit repousser la version et préférer le forceps toutes les fois qu'il pourra être appliqué, excepté dans les cas de bassins obliquement déformés. On trouvera dans le mémoire de cet auteur (*Du forceps et de la version dans les rétrécissements du bassin*) des expériences cadavériques d'une valeur incontestable; mais c'est bien à tort que, dans un historique très-bien fait d'ailleurs, M. Joulin a cru trouver dans les éditions précédentes de ce livre (Cazeaux, 1858) des contradictions à propos du sujet qui nous occupe. Ce reproche n'est pas fondé, et il suffit de consulter le texte complet pour lui rendre sa signification véritable. Nous y renvoyons le lecteur qui voudra juger par lui-même. La contradiction apparente n'est en réalité que de la réserve dans le jugement porté.

En résumé, lorsque le bassin est rétréci dans son diamètre sacro-pubien, on aura recours au forceps si le sommet de la tête se présente en position transversale. La version pelvienne sera préférée: 1° dans les positions directement antéro-postérieures; 2° dans les positions inclinées ou irrégulières du sommet; 3° dans les présentations de la face et du tronc; 4° dans les rétrécissements du détroit inférieur qui se compliquent d'une étroitesse de l'arcade sous-pubienne.

Inutile de rappeler la distinction importante que nous avons établie pour les bassins obliques ovalaires, où la version sera la règle.

3° *Accidents.* — Pour faire la part du forceps dans les accidents qui nécessitent la prompt terminaison du travail, il nous suffira de rappeler les conditions dans lesquelles la version est praticable. Nous ne dirons rien de la dilatation du col, qui est une condition nécessaire aux deux opérations. Si, au moment où la terminaison de l'accouchement est jugée nécessaire, la tête a franchi le col ou est trop avant engagée dans l'excavation, nous appliquerons le forceps; si, au contraire, la tête est peu ou point engagée au détroit supérieur, la version sera préférée, à moins qu'il n'y ait un rétrécissement très-prononcé du bassin, ou que l'utérus, trop fortement rétracté, ne rende impossible ou trop pénible l'introduction de la main.

4° *La résistance des muscles du périnée* est une des causes les plus fréquentes de l'emploi du forceps. Sur dix applications, neuf sont pratiquées dans le but d'extraire une tête arrêtée depuis quatre, cinq, sept heures, par le plancher du bassin. Si, en effet, les moyens proposés (page 697) ont été sans résultat, l'application du forceps est la seule ressource. Mais peut-être encore ici les accoucheurs se sont-ils mépris sur le mode d'action de l'instrument. Tous ceux qui ont eu l'occasion de l'employer dans cette circonstance ont dû être frappés, comme je l'ai été moi-même, du peu d'efforts qu'il est alors nécessaire de pratiquer pour opérer le dégagement de la tête. Celle-ci, malgré les contractions les plus énergiques, est arrêtée au même point depuis sept ou huit heures. Tous les efforts utérins sont venus se briser contre une résistance en apparence insurmontable. En s'armant de l'instrument, l'homme de l'art peut se croire obligé à employer de violents efforts; et cependant, à peine quelques légères tractions

sont-elles exercées, que cette grande résistance semble céder tout à coup ; les contractions utérines, si longtemps impuissantes, suffisent désormais, et l'on voit bientôt la femme chasser en même temps à l'extérieur et la tête et l'instrument. Certes, il en serait bien autrement si la cause de l'arrêt de la tête avait été tout entière dans un périnée trop résistant ; on sait très-bien quels efforts il faut employer dans les cas où des brides, des cicatrices vicieuses, ont rendu ce périnée moins extensible. Sans doute cette résistance du plancher du bassin est la cause première de la difficulté, mais elle est loin d'être la difficulté tout entière.

Voici, à mon avis, comment les choses se passent : lorsque la tête, poussée par les contractions utérines, arrive sur le plancher du bassin, elle est déjà assez fortement fléchie ; mais tout le monde comprendra facilement que cet état de flexion augmentera d'autant plus que la contraction sera plus violente et le périnée plus résistant ; car cette tête, placée entre deux forces opposées, devra nécessairement se fléchir autant que possible sur le devant de la poitrine. Eh bien, c'est cette flexion exagérée qui devient alors la plus sérieuse difficulté : dans cette position de la tête, en effet, la ligne rachidienne vient directement aboutir à l'occiput, et tout l'effort expulseur transmis par elle tend à abaisser l'occiput et à fléchir la tête ; or, c'est par extension seulement que peut s'opérer son dégagement. Que fait alors le forceps ? C'est tout simple : dès les premières tractions il défléchit un peu la tête, la place dans une position plus favorable relativement au rachis, et rend ainsi aux contractions utérines toute leur efficacité ; aussi suffisent-elles ensuite à la complète terminaison du travail. On le voit donc, la résistance du périnée est sans doute la cause première de l'arrêt de la tête ; mais dans l'immense majorité des cas elle n'agit qu'en produisant une flexion exagérée, et, dès que cette flexion existe, elle constitue à elle seule toute la difficulté : la preuve se trouve naturellement dans la facilité et la promptitude avec lesquelles l'accouchement se termine après que les premières et légères tractions exercées par l'instrument ont opéré un commencement d'extension.

5° Enfin, nous avons vu comment la brièveté du cordon pouvait devenir cause de dystocie. Le forceps est une ressource fâcheuse qu'il faudrait alors éviter ; mais on ignore le plus souvent la cause du retard, et, la connaît-on, je ne vois pas ce qu'il y aurait de mieux à faire, si la tête était fortement engagée dans l'excavation.

L'époque du travail à laquelle il faut appliquer le forceps varie suivant la cause qui nécessite son application. Lorsque c'est un accident qui rend urgente la terminaison prompte du travail, et que le forceps est jugé nécessaire, le moment d'opérer est indiqué par la gravité de l'accident lui-même, et il faut évidemment intervenir aussitôt qu'on croit la vie de la femme ou de l'enfant en danger. Lorsque c'est un rétrécissement du bassin qui arrête la tête au-dessus du détroit supérieur, nous avons déjà dit qu'on pouvait, dans les cas ordinaires, attendre six, sept et même huit heures après la rupture des membranes et la complète dilatation du col ; mais une expectation plus prolongée exposerait la femme et l'enfant aux plus graves dangers. Lorsque enfin l'arrêt de la tête est dû à une résistance des parties molles, la compression que la tête fœtale exerce

sur les parois du vagin, et quelquefois même sur les parois de la matrice, peut à la longue déterminer la gangrène de ces parties, et exposer la femme aux fistules vésico-ou recto-vaginales, qui en sont souvent la conséquence. Le fœtus, trop longtemps comprimé, peut souffrir de cette compression et du trouble qu'elle apporte dans la circulation omphalo-placentaire ; l'utérus, ayant épuisé ses forces contre des résistances qu'il ne peut vaincre, tombe dans un état d'inertie où il reste encore après la délivrance, et qui devient alors cause d'hémorrhagie ; enfin l'inflammation de l'utérus, des parois du vagin, peut se propager au péritoine après ou pendant l'accouchement même, et déterminer rapidement la mort. Tous ces dangers sont facilement prévenus par une application du forceps faite à propos ; et, s'il ne faut pas à l'exemple de certains praticiens, abuser des instruments en y recourant trop vite, il ne faut pas davantage, trop confiant dans les efforts de la nature, s'en interdire complètement l'usage. Nous rappellerons ici ce que nous avons dit de l'importance qu'il y a à distinguer la période du travail sur laquelle a porté la lenteur. Le temps écoulé avant la rupture des membranes ne peut avoir que peu d'influence sur la santé de la mère, et cette influence est nulle sur le fœtus : il n'y a donc rien à faire, alors même que le travail est commencé depuis trente à trente-six heures ; mais que, depuis cinq ou six heures, la tête, engagée profondément dans l'excavation, n'ait fait aucun progrès, il faut appliquer le forceps. Cette règle, applicable dans la plupart des cas, souffre pourtant d'assez nombreuses exceptions, et il est sans doute inutile d'ajouter que l'état de santé ou de maladie de la femme, la faiblesse ou l'énergie des contractions utérines, le ralentissement et l'intermittence ou l'irrégularité des pulsations fœtales, etc., devront faire retarder ou avancer le moment de l'intervention. On serait donc coupable de ne pas agir assez tôt ; mais on le serait tout autant en recourant trop vite à l'emploi des instruments.

Fréquence et appréciation générale de l'opération. — Comme pour la version pelvienne, il est fort difficile de se faire une idée exacte de la fréquence des cas qui peuvent requérir l'application du forceps ; car ces cas sont très-variables suivant les pays, et même suivant les accoucheurs de la même localité. Tel, en effet, appliquera le forceps là où tel autre croira plus convenable de se servir du levier ou de pratiquer la version. Ainsi, si l'on consulte les statistiques dressées par Churchill, on trouve en Angleterre 120 cas de forceps sur 42 196 accouchements, ou environ 1 sur 351 ; tandis qu'en France, sur 44 776 accouchements, l'instrument a été employé 277 fois, ou environ 1 sur 162 ; et en Allemagne, 1702 fois sur 261 224 accouchements, ou environ 1 sur 153.

Il est encore plus difficile d'apprécier exactement la gravité de l'opération pour la mère et pour l'enfant ; car la plupart des relevés statistiques se contentent d'indiquer le nombre de mères et d'enfants qui ont succombé, sans préciser la cause qui a nécessité l'intervention de l'art, et sans pouvoir, par conséquent, rien apprendre sur la gravité probable de l'opération dans un cas déterminé. Ainsi, le danger auquel sont exposés et la mère et l'enfant, lorsque la résistance des parties molles nécessite seule l'emploi du forceps, n'est pas comparable à

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'exophtalmie, 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 25^e et la 30^e heure, une mort sur 6 ; entre la 37^e et la 48^e, 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. Du-bois 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 hémiplegie 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'hémiplegie 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 *teniceps* 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 placés 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-rare, 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 calculés 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 *a 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-