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 aventage 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 biischiatique.

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 partagions, sur ce point important de pratique, l'opinion de la plupart des accoucheurs français, et nous proscrivions la version pelvienne dans les cas de rétrécissements, excepté dans les bassins obliques ovalaires, 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 ds 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, dégagement 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 prompte 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 connût-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 complétement 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 42196 accouchements, ou environ 1 sur 351 ; tandis qu'en France, sur 44776 accouchements, l'instrument a été employé 277 fois, ou environ 1 sur 162 ; et en Allemagne, 1702 fois sur 261224 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

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 *leniceps* de M. Mattei ; il présente ceci de particulier que la branche gauche est supportée par une tige arrondie qui pivote dans le manche, où l'on peut la fixer définitivement dans toutes les positions possibles, quels que soient l'inclinaison de la cuiller gauche et ses rapports avec la branche droite. Dans le forceps, les deux cuillers, au moment de l'articulation, doivent être symétriquement placées aux deux côtés du bassin ; dans le rétroceps, l'articulation se fait sans que la branche gauche ait besoin d'être placée en regard de sa congénère ; quelle que soit l'asymétrie, l'articulation peut se faire en fixant la tige dans le manche et cela dans toutes les inclinaisons possibles (forceps asymétrique).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE V

DU LEVIER

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

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

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

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

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