

mes. 4/20-

Med 2750

DU FORCEPS

ET DE SON EMPLOI

DANS LA PRATIQUE

DES

ACCOUCHEMENTS;

PAR C.-HYLAS SILHOL,

De Clermont-l'Hérault,

Docteur en Médecine;

Membre de la Société de Chirurgie et de Médecine
pratique de Montpellier.

L'expérience des autres doit nous instruire, leurs pensées nous éclairer, et, pour ainsi dire, leurs ailes nous porter, en attendant que nous puissions être inventeurs.

.....



Montpellier,

DE CHEZ ISIDORE TOURNEL AÎNÉ ET GROLLIER,
IMPRIMEURS, RUE FOURNARIÉ, N° 10.

1840.

Med 2730^s

A M. DELMAS,

**Professeur d'Accouchements à la Faculté
de Médecine de Montpellier, Chevalier de
la Légion d'honneur, etc.**

A M. RÉNÉ,

**Professeur de Médecine légale à la Faculté
de Médecine de Montpellier. Président
des Jurys de Médecine, etc.**

*En me permettant d'inscrire vos noms en tête de
ce travail, vous lui avez accordé un éloge dont je de-
vrais être fier, si je ne craignais que votre bien-
veillance y eût pris trop de part.*

*Vous avez ainsi mis le comble à vos bontés pour
moi, et augmenté, s'il se peut, la reconnaissance déjà
sans bornes que je vous dois.*

H. SILHOL.

A M. POUJOL,

**Professeur-Agrégé à la Faculté de Médecine
de Montpellier.**

*Vous m'avez aidé de vos conseils, vous m'avez
honoré de votre amitié. Je suis heureux de pouvoir
vous en témoigner publiquement toute ma gratitude.*

AUX MANES DE MA MÈRE.

Regrets éternels!

H. SILHOL.

A LA MÉMOIRE

DE MON PAUVRE PÈRE,

J.-M. SILHOL, DOCTEUR EN MÉDECINE.

Regrets éternels !!!

A toi qui l'es imposé des sacrifices sans nombre par amour pour tes enfants ; à toi, mon infortuné père, la dédicace du premier fruit de mes veilles et de mes travaux. En ce jour, le plus beau de ma vie, je suis heureux de voir s'accomplir l'objet constant de tous tes vœux et de ta volonté dernière. Pourquoi faut-il qu'une mort prématurée, qui t'a ravi à l'amour de tes enfants, à l'affection des malheureux que tu soulageais, à l'amitié de tes nombreux amis, te prive de prendre part à ce qui eût été pour toi le comble du bonheur ! Tu ne peux pas guider mes pas dans la carrière si pénible et si difficile de la médecine ; mais tu m'as laissé un bel exemple que je serai fier d'imiter. Comme toi, je m'imposerai toutes les conséquences qui résultent de la nature même de la profession médicale, et, comme toi, je méditerai sans cesse sur les infirmités humaines ; je vivrai au milieu de ceux qui souffrent, je les consolerais, je les soulagerais et je les guérirais ; mille fois heureux si je puis ainsi bien mériter de mes concitoyens !

Tu l'es dévoué à l'humanité, et ce dévouement reçoit tous les jours sa récompense : ton nom vole sur toutes les bouches, qui se font sans cesse l'écho de tes bienfaits. Ces louanges désintéressées sont si vraies, si sincères, qu'elles doivent s'élever jusqu'à toi dans le ciel !

H. SILHOL.

à mes **Frères** et **Belles-Sœurs**,

Les liens de l'amitié seront aussi durables que ceux du sang.

Que de reconnaissance ne dois-je pas à mon frère aîné et à son épouse!... Ne tiennent-ils pas auprès de moi, depuis dix ans, la place du meilleur des pères et de la plus tendre des mères!

À Jacques **SILHOL,**

MON TUTEUR.

Amitié, reconnaissance.

À la famille **Vertraud.**

Amitié, dévouement.

À la Mémoire de mon meilleur Ami,

FRÉDÉRIC BERTRAND.

Tu dois occuper une place dans cet opuscule, puisque tu en occupes une si grande dans mon cœur.

Souvenir indélébile!

H. SILHOL,

INTRODUCTION.

Importance de l'art des Accouchements, utilité du Forceps.

L'époque la plus intéressante de la vie de la femme est celle de ses souffrances et de ses dangers : gloire à l'art qui lui offre les moyens de calmer les unes et de prévenir les autres !

(MOREAU DE LA SARTHE.)



L'art des accouchements, dont l'origine se perd dans la nuit des temps et se confond avec celle de la médecine, a une importance et une utilité qu'on a voulu lui contester. Je ne crains pas cependant d'avancer et de soutenir que la Tocologie (1) est le plus utile, le plus précieux

(1) Hippocrate désignait ainsi l'art des accouchements, ce mot vient du grec *Tokos* accouchement et *Λογος* discours. Cette expression, longtemps abandonnée, vient d'être adoptée par M. Velpeau.

et le plus bienfaisant des arts ; qu'il repose sur une série de connaissances dont l'enchaînement constitue la plus belle comme la plus noble de toutes les sciences.

On peut, avec M. Velpeau, définir la science des accouchements, ou la Tocologie, *l'ensemble des connaissances humaines relatives à la reproduction de l'espèce*. C'est, dit-il, considérée sous ce point de vue essentiellement physiologique, qu'on finira par l'asseoir sur une base digne de l'objet qu'elle embrasse.

La Tocologie est une des branches les plus importantes et les plus positives de la médecine ; ses principes les plus essentiels étant puisés dans les lois de la mécanique, ou fondés sur ce que l'anatomie possède de plus exact, l'ont affranchie de bonne heure des systèmes hypothétiques dont l'art de guérir a tant de fois été le triste jouet, et donnent aux ressources qu'elles emploient un degré de précision qui la rapproche souvent de la certitude mathématique.

Il me serait facile de démontrer que la Tocologie, qui a la naissance de l'homme pour objet, mérite le rang élevé que nous venons de lui assigner dans les sciences médicales ; que la science qui s'occupe de l'étude des maux qui environnent la femme (cette belle et précieuse moitié de l'espèce humaine) et des moyens de les prévenir et de les détruire, est bien digne de nos hommages

et de toute l'attention du médecin philanthrope ! D'ailleurs, les femmes étant destinées à faire le bonheur de l'homme, méritent bien qu'on s'occupe de leur santé. Elles partagent nos plaisirs et nos peines, elles supportent avec un courage héroïque tous les dangers attachés à la maternité, et, aussitôt après l'accouchement, elles oublient leurs douleurs, leurs souffrances pour ne plus se livrer qu'au bonheur d'être mère ; ne sont-ce pas là des motifs qui les recommandent à notre admiration ?

Le médecin accoucheur a un ministère important et délicat à remplir toutes les fois qu'il s'agit d'examiner, d'apprécier et de juger des questions médico-légales sur le viol, la grossesse, l'accouchement, la viabilité de l'enfant nouveau-né, la suppression et la substitution de part, les naissances précoces et tardives, l'avortement, l'infanticide, etc., etc., questions qui intéressent tout à la fois l'honneur, la fortune et la vie des individus, le bonheur des familles et le repos de la société. La connaissance exacte de l'art des accouchements peut seule éviter l'erreur dans la poursuite judiciaire des crimes qui outragent tout à la fois la nature et la justice, la morale et la religion.

Les connaissances que doit avoir le médecin accoucheur sont très étendues ; mais ce qu'il lui importe le plus de connaître, c'est la séméiologie

des accouchements et la manœuvre. Sans la connaissance de la manœuvre, a dit Maygrier, qui a écrit *ex professo* sur ce point de doctrine, on ne sera jamais vraiment accoucheur; sans une bonne manœuvre, point de salut assuré pour les femmes, au moment où elles vont donner l'être au doux fruit de leur hymen...

C'est une belle et noble mission que celle du médecin accoucheur; il ne peut dignement la remplir s'il n'est doué des qualités de l'esprit et du cœur, et de qualités physiques. Nous signalerons avec Plenk, parmi les qualités physiques, des doigts flexibles et doués d'un tact exquis, une main plus longue que large, une santé robuste et qui n'aurait reçu la moindre atteinte; parmi celles de l'esprit, l'intelligence et la mémoire. Les qualités morales sont: la patience, l'humanité, une âme sensible et compatissante, et surtout cette discrétion, fondée sur la religion et le devoir, qui sait garder les secrets et respecter l'honneur des familles. Il n'est pas de circonstances où il ne soit dans la nécessité de mettre en usage quelques-unes de ces précieuses qualités; la patience et l'humanité lui seront nécessaires dans tous les cas; sa présence d'esprit et surtout son courage seront indispensables dans les accouchements qui nécessitent l'emploi des instruments (le forceps, qui est le plus employé) lorsqu'il est auprès d'une femme en travail près de suc-

comber , dans les horreurs des convulsions , à une hémorrhagie foudroyante ou à une rupture de la matrice.

Je pourrais , si je n'avais hâte d'en venir à l'objet de ma dissertation , parler longuement sur les qualités qui doivent distinguer le médecin accoucheur , en signalant son adresse , sa dextérité si nécessaires dans les accouchements artificiels ; sa candeur et sa bonne foi lorsqu'il est appelé à prononcer sur les procédés d'un confrère malheureux , qui n'est point coupable des accidents qu'on lui attribue ; sa complaisance , en se prêtant aux goûts , aux caprices de la femme en travail , pourvu que les objets de ses goûts , de ses caprices ne lui soient pas essentiellement contraires ; enfin , nous pourrions encore signaler sa sagesse , sa délicatesse , sa philanthropie , etc.

Le forceps , comme il en est de toutes les inventions , tant en chirurgie qu'en médecine , fut d'abord employé à tout propos ; plus tard , il tomba dans un oubli presque complet. La mode étendit son influence jusque sur cet instrument , et il fut un moment où toutes les femmes voulaient être accouchées par le forceps.

Depuis Levret jusqu'à Baudelocque , qui en a considérablement restreint l'usage , le forceps fut si souvent employé qu'il était devenu la source d'une foule d'abus. C'est ce qui fit soutenir à Denman que les Français aimaient trop les instruments.

C'est encore à l'abus qu'on en faisait sans doute, que l'on doit les déclamations d'A. Leroy, contre le forceps, qu'il regarde comme un instrument inutile et dangereux; d'A. Leroy, qui ne craint pas d'avancer que « le vrai forceps est la lancette! » Aujourd'hui les habitudes ont bien changé; c'est en France peut-être que le forceps est le moins employé (Velpéau). Senneaux présenta à l'Académie de médecine et de chirurgie de Toulouse, un Mémoire dont les conclusions étaient que le forceps n'est jamais indiqué dans les accouchements, et que son application, toujours inutile, peut et doit être nuisible dans la très grande majorité des cas. On conçoit qu'avec de telles opinions, Senneaux n'obtint pas le prix proposé par l'Académie que je viens de citer; son savant adversaire, Weidmann, qui soutenait une opinion contraire, eut les honneurs du triomphe. Aujourd'hui, on ne pense plus à contester l'utilité du forceps, et tous les praticiens lui accordent la première place dans l'arsenal du chirurgien. Il a seul le privilège de conserver la vie à deux êtres à la fois; quel autre instrument de chirurgie jouit-il, comme lui, de cette noble prérogative?

Malgré ses détracteurs, le forceps n'en est pas moins appelé à rendre les plus grands services à l'humanité, en arrachant, dans bien des cas, la mère et l'enfant à une mort inévitable.

Je n'ai d'autre but, en écrivant ces pages, que

celui de remplir un devoir ; je ferai cependant tous mes efforts pour prouver que cet instrument , si souvent réputé meurtrier , à cause de l'ignorance de ceux qui le mettent en usage , est , comme nous l'a si souvent dit M. le professeur Delmas , un moyen aussi inoffensif qu'avantageux entre les mains d'un accoucheur qui sait bien en diriger l'emploi. Donner un résumé succinct de l'histoire du forceps , préciser les indications de l'emploi de cet instrument , décrire le mode opératoire dans les diverses positions que peut présenter la tête de l'enfant , tel est le plan de mon travail. Malgré les difficultés d'un pareil sujet , j'ai néanmoins osé l'entreprendre , persuadé d'avance que mes Juges me tiendront compte de mes efforts. Mes vœux seront comblés si je puis leur prouver que j'ai profité de leurs leçons et mériter ainsi toute leur bienveillance.

DU FORCEPS

ET DE SON EMPLOI

DANS LA PRATIQUE

DES

ACCOUCHEMENTS.

PREMIÈRE PARTIE.

HISTORIQUE.

*Nisi utile est quod agimus,
vana gloria nostra.*

.....

Le forceps tire son nom du mot latin *forceps*, qui signifie tenaille, à cause de la ressemblance qu'il a avec cet instrument. Il est destiné à saisir la tête du fœtus et à la tirer hors du sein de la mère

sans léser les parties de l'un ni de l'autre. On peut regarder la découverte du forceps comme une des plus brillantes découvertes de la chirurgie. Il est construit en acier, d'une trempe assez douce pour ne point éclater lors d'une forte pression, et assez dure pour ne pas se fausser en pareil cas. Il est constitué par deux branches égales, réunies par une entablure à mi-fer, croisées comme celles d'une pince et maintenues par un pivot et une mortaise. Chaque branche offre : 1^o une cuiller fenêtrée, courbée sur sa tranche de manière qu'un de ses bords soit concave et l'autre convexe, évidée et sans filet à l'intérieur, excavée et élargie à son extrémité libre, rétrécie et redressée vers le point de sa jonction ; 2^o un manche étroit, terminé par un crochet mousse, et cambré en dehors, pour donner, avec son congénère, plus de prise à la main de l'accoucheur. Pour éviter les pincements fâcheux, les cuillers laissent un intervalle entre leurs extrémités, dans le plus fort rapprochement possible.

On ne sait point encore quel est l'inventeur du forceps ; les Français, les Anglais et les Allemands s'en disputent l'honneur. Si l'on n'accorde pas aux Français l'honneur de l'avoir inventé, on ne peut, sans injustice, leur refuser celui non moins grand d'avoir le plus contribué à sa perfection et à sa publicité.

On a voulu faire remonter l'histoire du forceps

aux premiers temps de la médecine. Quelques auteurs ont cru voir dans les ouvrages des Anciens la connaissance du forceps : Hippocrate , Celse , Aétius , Paul d'Egine , Avicenne , Albucasis , Rhodion et Ambroise Paré , en effet , se servaient de certains instruments , lorsque les seules forces de la nature ne pouvaient suffire à l'expulsion du fœtus. Mais quel rapport y a-t-il entre ces instruments , qui n'étaient que des crochets , des pinces armées de dents qui déchiraient l'enfant et lui donnaient la mort , et le forceps , qui est réellement une invention moderne ?

Ce n'ost qu'au milieu du 16^e siècle , que l'on trouve la description d'une pince qui permet d'extraire la tête d'un enfant sans la blesser. C'est à Jacob Ruff qu'on la doit ; et Sue , dans ses *Essais historiques* , prétend que cette espèce de forceps a donné l'idée de tous ceux qu'on a inventés depuis. Stein , Metzger , Hinse et Sprengel partagent cette opinion.

Hugues Chamberlayn , accoucheur anglais , qui vivait au milieu du 17^e siècle , se glorifiait d'avoir inventé un instrument pour extraire un fœtus vivant , dans les cas où l'on avait échoué jusqu'alors. Il fit un secret de son invention qu'il ne fit connaître qu'à ses enfants. L'un d'eux vint à Paris , dans le but de convaincre les Français de l'utilité de son instrument. Il ne fut point heureux dans ses tentatives , et ne put obtenir les

dix mille écus qu'il demandait pour la cession de son secret. D'ailleurs, peu flatté de l'accueil qu'on lui fit en France, il revint à Londres avec son secret, sur lequel les avis sont encore partagés. Le savant De Haller croit que c'était la version podalique qu'il employait ; d'autres prétendent qu'il se servait d'un levier. Néanmoins je crois, avec le plus grand nombre d'auteurs, que c'est effectivement d'un forceps qu'il faisait usage. On peut facilement s'en assurer par la lecture de ses ouvrages ; mais voici une preuve nouvelle qui ne laisse plus matière au plus léger doute à cet égard : elle se tire de la publication faite par Ribgy, en 1833, de la description des instruments trouvés, avec des pièces de correspondance, dans une vieille armoire d'une maison qui avait appartenu, de 1683 à 1715, à la famille des Chamberlayn. On y voit figurer des forceps de diverses formes, bien supérieurs à ceux des Palfin, des Dussé, des Grégoire, etc., etc. (Dict. en 25 vol., article *Forceps*). Il est à regretter que la famille Chamberlayn ait fait un secret de son invention, qui, si elle eût été publiée, aurait épargné de nombreuses victimes, en avançant les perfectionnements auxquels nous sommes parvenus aujourd'hui. C'est Chapman et Griffart qui nous donnèrent, en 1734, la description de ce forceps.

Un autre accoucheur anglais, Drinckwater, se servait, en 1664, d'un forceps dont on ignore la

description. Les Chamberlayn lui étant postérieurs, l'honneur de l'invention du forceps serait due, à plus juste titre, au chirurgien de Brentford.

Jean Palfin, professeur d'anatomie à Gand, vint à Paris en 1723, et présenta à l'Académie des sciences l'instrument qu'on appela dans la suite *Tire-tête*, ou *Mains de fer de Palfin*. Cet instrument fut le premier connu, et sous ce rapport, Palfin peut être regardé comme l'inventeur du forceps. Levret pense que Palfin a puisé l'idée de son *Tire-tête* dans le crochet mousse en forme de cuiller, décrit par Ambroise Paré. Gilles Ledoux et plusieurs autres chirurgiens voulurent s'approprier cette invention; mais l'honneur en est resté à Palfin.

On fit bientôt des corrections importantes au forceps : le célèbre Heister, père de la chirurgie allemande, en fixa les branches par un moyen utile et ingénieux.

Dussé, chirurgien de Paris, accoucheur d'un grand mérite, augmenta la longueur des cuillers pour ne pas blesser les parties externes, et termina la partie inférieure des manches par des crochets tournés en dehors.

Griffard et Freke fenêtrèrent les cuillers; Mesnard imagina un mode de jonction plus facile, et Grégoire inventa celui par *entablure*; jonction plus solide que les précédentes. Telles sont les princi-

pales modifications que le forceps a eu à subir avant Levret.

C'est à partir de cette époque que l'usage du forceps s'est introduit en France, et qu'on lui a fait subir les perfectionnements les plus importants, qui ont puissamment contribué au progrès de l'art des accouchements. Levret et Smellie donnèrent, chacun dans leur patrie, cette impulsion salutaire. Le célèbre accoucheur français, par les modifications tellement utiles qu'il fit subir au forceps, en fit en quelque sorte un instrument nouveau, que l'on connaît encore dans la science sous le nom de *forceps-Levret*. C'est encore ce forceps, un peu modifié, qui se trouve entre les mains de tous les accoucheurs français. En 1751 seulement, il publia la nouvelle correction qu'il avait annoncée en 1747. On reprochait au forceps la déchirure du périnée; de plus, la pratique ayant démontré que le forceps, qui avait une courbure s'adaptant à la tête du fœtus, en exigeait une autre qui fût en rapport avec les parties de la mère, Levret fut ainsi amené à donner au forceps la courbure antéro-postérieure, qui s'accommode fort bien aux deux axes du bassin, et au moyen de laquelle on évite presque toujours la déchirure du périnée, accident toujours fâcheux. Cette courbure antéro-postérieure, a été désignée sous le nom de *nouvelle Courbure*, parce qu'on n'en a senti que plus tard la nécessité, et cette cor-

rection rend ce forceps précieux à tous les praticiens éclairés. Du reste , cet instrument n'est pas à l'abri de tout reproche ; mais il a , comme nous l'avons déjà dit , l'avantage immense de prévenir la déchirure du périnée. Si cette déchirure arrive encore quelquefois , on doit le plus souvent l'attribuer à l'inadvertance de l'accoucheur ; et cependant il est des accoucheurs impatientes qui , pour terminer plus vite l'accouchement , ne craignent pas de porter le bistouri sur le périnée.

Les perfectionnements apportés par Levret sont très nombreux ; il nous suffit ici d'avoir parlé du plus important. La vive-arête qu'il fit à la face interne des cuillers est inutile , on pourrait même dire nuisible à l'enfant. Il adopta ensuite le mode de jonction inventé par Grégoire. Ce grand praticien nous donne des préceptes sur la manière d'introduire le forceps , et les différentes directions à lui donner pendant l'extraction du fœtus.

Smellie , médecin et célèbre accoucheur de Londres , contribua beaucoup aux progrès de l'art des accouchements ; il fut le premier qui conseilla l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur. On a prétendu que Smellie avait ignoré ce point de doctrine ; il importe de relever cette erreur dans l'intérêt de la justice et de la vérité. Il ne se borna pas au précepte à cet égard ; il cite pour exemple des cas où il l'a mis en pratique. Quelques auteurs prétendent qu'il imagina , en

même temps que Levret , la nouvelle courbure , et ne savent à qui en accorder l'honneur. Il est possible que Smellie ait fait cette correction en même temps que Levret , mais celui-ci en fit part , en 1747 , à l'Académie de chirurgie , tandis que Smellie ne la publia qu'en 1752. C'est alors seulement qu'il donna la description et une figure de son forceps , quoiqu'il le montrât déjà depuis longtemps à ses nombreux élèves. Les cuillers de son forceps sont semblables à celles de celui de Levret ; mais leurs tiges sont arrondies et garnies de cuir ou de peau de chamois. Le mode de jonction se fait par *encochure* , les manches sont droits et garnis de bois. Les tiges arrondies , ont l'inconvénient d'être trop épaisses , et la peau de chamois dont elles sont recouvertes , outre qu'elle en augmente encore l'épaisseur , a le grave inconvénient d'en rendre l'introduction plus difficile et de s'imprégner du virus syphilitique , par exemple , qui pourrait ainsi être communiqué à des femmes qui n'en seraient point infectées. Le mode de jonction à la vérité , simple et facile , n'est pas assez solide , et malgré la précaution qu'on prend de l'entourer d'une serviette , on ne peut empêcher la vacillation des deux branches du forceps.

George-Guillaume Stein , accoucheur allemand d'un grand mérite , décrivit , en 1767 , le forceps de Levret , dont il était le zélé partisan , et perfectionna le mode de jonction.

Robert-Volace Johnson, accoucheur à Londres, voulut perfectionner l'instrument de Smellie, son maître. Il fit une correction qui fixa l'attention des praticiens : c'est la troisième courbure, dite *périnéale*, qui donne au forceps une forme telle, qu'il décrit une courbe s'étendant des cuillers jusqu'à l'extrémité des manches. Cette innovation diminue la force compressive des cuillers et rend plus difficile l'application de l'instrument. D'ailleurs elle n'offre aucun avantage signalé.

George-Albert Freid, professeur d'accouchements à Strasbourg, fit plusieurs corrections au forceps, et c'est avec raison qu'il supprima la vive-arête. J.-L. Petit, pour empêcher que la tête du fœtus ne fût trop comprimée, ajouta un crochet tout à fait inutile à l'extrémité des manches ; je dis inutile, parce que l'habitude seule peut guider l'accoucheur sur le degré de pression qu'il doit exercer.

Le savant Baudelocque, qui avait une extrême répugnance pour tous ces perfectionnements, nous donna cependant, en 1781, la description et une figure du forceps dont il se servait. C'est celui de Levret un peu modifié, et, de son propre aveu, cette modification est due à Péan. Elle consiste en une augmentation en longueur, de deux pouces également partagés entre les manches et les cuillers. Cette correction le rend plus propre à servir au-dessus du détroit supérieur, sans diminuer

ses avantages pour les cas où la tête est encore dans l'excavation. Elle a aussi le grand avantage de rendre la nouvelle courbure plus douce, d'où il résulte qu'elle s'accommode beaucoup mieux au détroit supérieur et à l'arcade des pubis. Baudelocque voyait bien que ce forceps laissait quelque chose à désirer; mais, dit-il, comme ce n'est pas l'instrument qui opère, mais la main qui le dirige, l'intelligence supplée à ces petits défauts; et ils nous paraîtraient plus grands, que nous laisserions le soin de les corriger à ceux qui mettent quelque gloire à inventer de nouveaux instruments.

Comme Baudelocque, nous laisserons à d'autres toute espèce de perfectionnement. Cependant, comme aujourd'hui tout le monde veut avoir sa part de gloire, et qu'il n'y a pas de praticien tant soit peu en renom qui n'ait la prétention d'avoir un forceps qui lui soit propre, nous conseillerons à ceux qui se croient appelés à inventer de nouveaux forceps, de prendre la peine de consulter les ouvrages qui contiennent la description des forceps inventés jusqu'ici. Or, il est probable qu'ils trouveront quelques-unes de leurs idées déjà mises en pratique dans le grand nombre de forceps que l'on connaît; car on n'en compte pas moins d'une centaine. Ceux qui désirent de plus grands détails, pourront consulter les ouvrages suivants: Mulder (*Historia litteraria, critica forcipium et*

vectium); J. W. Schlegel, qui a traduit en allemand avec des additions l'ouvrage de Mulder; et W. Frid. Bang (*Hist. forcipum obstet. recentissima*). On y joindra quelques monographies pour l'étude des forceps les plus nouveaux.

Coutouly, membre de l'Académie de chirurgie, présenta, en 1788, à cette société savante, deux nouveaux forceps; l'un des deux était brisé. Il avait transporté la jonction à l'extrémité des manches.

C'est en 1792 que Dubois, professeur d'accouchements à Paris, fit au forceps de Levret plusieurs changements qui offrent, dans quelques cas, des avantages réels.

Flamant, célèbre professeur d'accouchements à la Faculté de médecine de Strasbourg, donna en 1797 la description de son forceps, qui a en longueur un pouce de plus que celui de Péan. Ce forceps n'a point de vive-arête et présente à la face interne des cuillers un coup de meule donné à vif, ce qui a les avantages de la vive-arête sans en avoir les inconvénients.

Tenance, médecin de Lyon, publia, en 1801, un mémoire sur le forceps qui depuis 20 ans lui servait dans sa pratique. Ce forceps, non croisé, a la jonction à l'extrémité des manches, et présente à la place de l'entablement deux ouvertures qui permettent l'introduction de l'angle d'une serviette destinée à serrer les deux cuillers autant

que le besoin l'exige. Ce mode de jonction , quoique très facile, a le grave inconvénient de permettre le vacillement des cuillers.

Enfin , MM. Capuron , Maygrier , Siebold , MM. Schweighauser , Mende , Colombat , Pront , Velpeau , ont aussi cru devoir proposer quelques modifications au forceps. Le professeur Dugès , dans un Mémoire (1) présenté à l'Académie de médecine , fit connaître un nouveau forceps à cuillers tournantes. Ce forceps , très bien imaginé , paraît pouvoir être appliqué dans tous les cas qui peuvent se présenter. Nous doutons fort que la pratique vienne confirmer ce que semble promettre la théorie , à cause de la complication du mécanisme de cet instrument ; complication qui en rend le manuel opératoire très difficile.

M. Audibert fit connaître en 1833 son forceps indicateur, qui ne se distingue des autres qu'en ce que la formule mathématique des principales règles de la manœuvre des accouchements se trouve gravée sur ses branches. Nous ne pensons pas que ce soit d'une grande utilité pour ceux qui ne savent pas , et c'est tout à fait inutile pour ceux qui savent. M. Guillon jeune , médecin de Paris , a adopté un moyen d'union qui tient à la

(1) Ce Mémoire est inséré dans le *Journal hebdomad. universel*, t. 10.

fois du pivot et de l'encochure; son forceps est brisé, il renferme dans son manche un pelvi-céphalomètre, des crochets aigus, des crochets moussettes et un perce-crâne.

M. Bourdeaux, coutelier de Montpellier, a modifié un forceps dont le mode de jonction diffère essentiellement de tous ceux que nous avons vus jusqu'ici. M. Bourdeaux prétend qu'un forceps à peu près semblable au sien existait dans le nord de l'Angleterre, nous ne contesterons pas le fait; mais nous lui ferons remarquer que l'invention de ce forceps est due au docteur Schurer qui, en 1738, exerçait à Strasbourg. Voici la description que nous en donne M. Schweighauser (1): « Ce forceps
« ressemble à celui de Chapmans et a ceci de par-
« ticulier, que la fenêtre de l'une des cuillers
« est plus grande que celle de l'autre, afin que
« quand celle-ci est appliquée, son manche re-
« çoit la fenêtre de l'autre, comme le fil reçoit
« le trou d'une aiguille. » Quoique les mêmes, dans le fond, ces deux forceps varient par leur degré de perfection; il est inutile de dire que c'est celui de M. Bourdeaux que l'on doit préférer. Il en a fait qui ont un pivot et d'autres un arc de cercle, au moyen duquel on peut mesurer l'écartement des cuillers, ainsi que le degré de

Johnson II
Ziegler!

(1) *Archives d'Accouchements*. Strasbourg, 1801, p. 184.

pression que l'on veut exercer sur la tête du fœtus. Connue par de nombreux perfectionnements apportés aux instruments de chirurgie, M. Bourdeaux a fait subir au forceps une correction importante, qui consiste à briser ses manches de manière qu'il soit possible de les plier, ce qui a l'avantage de rendre très portatif un instrument gênant par ses dimensions. Il a obtenu cette correction sans rien enlever à l'instrument de sa force ni de sa légèreté.

M. Bernard a présenté à l'Académie royale de Médecine, un forceps assemblé, dont les deux cuillers s'introduisent ensemble : après leur introduction elles se séparent pour venir se placer sur les côtés de la tête du fœtus. Ce forceps a déjà été employé sept fois avec succès. L'idée de faire arriver ensemble les deux cuillers du forceps dans la cavité pulvienne, est un véritable progrès que nous sommes heureux de signaler, et nous éprouvons le regret de ne pouvoir donner une figure de cet instrument, ni des détails suffisants pour le mieux faire connaître.

Nous terminerons cette esquisse de l'histoire du forceps, en faisant apprécier les modifications importantes que lui a fait subir M. Delmas, ainsi que tous les avantages que nous avons reconnus au forceps de ce professeur distingué.

En examinant cet instrument, on croirait, au premier aspect, qu'il n'a reçu aucune modification,

mais tout accoucheur capable sera bien vite convaincu de sa supériorité sur les autres.

Cuillers. Dans les forceps les plus employés, les cuillers sont simplement émoulues à plat et les carres, quoique abattues, sont susceptibles de blesser la tête de l'enfant. Les cuillers du forceps de M. le professeur Delmas présentent dans leur ensemble une concavité telle, qu'elles peuvent recevoir un corps de forme ovale, leur courbure est si bien ménagée, qu'elles peuvent s'appliquer d'une manière immédiate sur la tête du fœtus. Cette courbure de la face interne des cuillers est bien plus prononcée que dans tous les autres forceps, et offre, en outre, le grand avantage de rendre plus difficile le glissement des cuillers sur la tête du fœtus lorsqu'on en opère l'extraction. La nouvelle courbure de ce forceps est aussi plus prononcée que dans tous les autres, ce qui rend plus facile l'introduction de l'instrument au-dessus du détroit supérieur et prévient le refoulement du périnée. La plus grande largeur des fenêtres et des cuillers se trouve à peu près à la réunion de leurs deux tiers inférieurs avec leur tiers supérieur, et non tout à fait à leur extrémité libre, comme dans tous ceux que nous avons vus jusqu'ici. Cette disposition permet aux cuillers de loger les bosses pariétales, qui se trouvent à peu près au milieu des parties latérales de la tête, et diminue d'autant leur épaisseur; elle a aussi un grand

avantage pratique , parce que l'extrémité des cuillers , au lieu d'être élargie , se trouve diminuée en forme de cône , ce qui rend l'introduction du forceps plus facile et moins douloureuse pour la femme. En examinant encore cette partie de l'instrument , il nous paraît que, lors de son extraction, il ne distendra pas brusquement les parties externes et exposera moins aux déchirures du périnée , parce que l'écartement des cuillers , à partir de leur jonction , au lieu de se faire d'une manière brusque , comme dans la plupart des forceps , se trouve ménagée et n'augmente que peu à peu. Ce sont là des avantages qui méritent bien d'être signalés.

Jonction. Elle n'offre rien de particulier ; elle se fait par entablure à mi-fer et à l'aide d'un pivot mobile et d'une clef. On a tellement fait varier le mode de jonction des branches du forceps , qu'on aurait lieu d'en être étonné , si l'on ne connaissait pas les difficultés que l'on éprouve pour les articuler ; elles sont quelquefois si grandes qu'il est impossible de les surmonter. Dans un cas d'application du forceps , le professeur Dugès ne pouvant réunir les branches de l'instrument , fut dans la nécessité de les serrer à l'aide d'un petit étau et de terminer ainsi l'accouchement. Les accoucheurs qui se sont occupés du forceps seraient plus facilement arrivés au but qu'ils se proposaient , s'ils avaient cherché à se rendre

compte de la nature des difficultés que l'on éprouve pour en articuler les deux branches. Ils auraient vu que ces difficultés tenaient bien moins au mode de jonction lui-même, qu'à la mauvaise position des cuillers, qui ne sont pas alors dans le rapport qu'elles doivent avoir entre elles, et à la résistance qu'on éprouve pour les mettre dans ce même rapport. Ceci n'a point échappé à l'esprit observateur de M. le professeur Delmas; aussi est-il parvenu à vaincre toutes ces difficultés, sans rien ajouter qui pût compliquer l'instrument, et par un moyen aussi simple qu'ingénieux. Pour obtenir ce résultat, il lui a suffi de pratiquer, sur la partie recourbée des manches, une mortaise dans laquelle il enfonce une cheville de fer (la clef peut remplir cet usage); il forme ainsi un levier angulaire qui est assez puissant pour vaincre, quelle qu'elle soit, la résistance des cuillers engagées entre la tête du fœtus et les parois du bassin. C'est à l'aide de ce levier, et sans efforts notables, qu'on parvient à mettre les cuillers dans la position la plus convenable, et qu'on articule les branches du forceps avec la plus grande facilité. C'est encore au moyen de ce levier qu'on ramènera aisément la courbure antérieure du forceps au-dessous de l'arcade des pubis, lorsque la position de la tête n'aura pas permis d'appliquer chacune des cuillers sur les parties latérales du bassin. Il offre aussi, dans les tractions, plus de prise à

L'accoucheur. C'est de l'observation raisonnée des faits qu'est venue à M. Delmas l'idée de ce perfectionnement, que tous les praticiens s'empres-
sèrent d'adopter, vu sa simplicité et les grands avantages que l'on peut en retirer.

Manches. On n'y trouve rien de particulier que la mortaise qui reçoit le mandrin pour former le levier dont nous avons parlé; ils sont courbés en dehors et leur face externe est dépolie pour empêcher le glissement des mains. On pourrait avantageusement les garnir en bois, ils donneraient alors plus de prise à la main de l'accoucheur. Leur extrémité présente des crochets aigus et mousses.

2)

M. Delmas a aussi inventé un forceps pour les positions transversales de la tête, au-dessus du détroit supérieur. Avec un forceps ordinaire, on ne peut appliquer les cuillers sur les parties latérales de la tête lorsqu'elle est dans la position que je viens de désigner; avec celui-ci, on y parvient aisément, parce que la branche qui est placée entre la tête et les pubis est à charnières; de sorte qu'après son application, on en relève le manche au-devant de la symphyse des pubis, pour dégager la vulve et permettre librement l'introduction de la seconde branche, celle dont la cuiller doit glisser sur le sacrum, et venir se placer sur la bosse pariétale correspondante. Le forceps étant articulé, on donne à la tête

une position antéro-postérieure , et l'on termine l'accouchement avec facilité.

Nous n'insisterons pas davantage sur le mécanisme de cet instrument , ni sur sa description , parce que la figure que nous en donnons , suppléera à tout ce que nous pourrions dire de plus. Les perfectionnements que M. Delmas a fait subir au forceps , ne se bornent pas à ceux dont je viens de parler , il en est encore bien d'autres. On remarque surtout un petit forceps destiné à être employé seulement lorsque la tête est déjà engagée dans le petit bassin. Ce forceps très court , très léger , n'a pas l'aspect effrayant des forceps ordinaires , les manches sont en bois et se séparent des cuillers , à l'aide d'un ressort qui se trouve dans leur intérieur. Le mécanisme en est simple et solide. Nous conseillons l'usage de cet instrument qui , outre l'avantage que je viens de signaler , c'est-à-dire , de n'inspirer aucune crainte à la femme , est encore pour l'accoucheur d'un transport commode , puisqu'il peut le mettre dans l'une de ses poches , etc. , etc.

Pour justifier le titre de cette dissertation : *du Forceps et de son emploi dans la pratique des accouchements* , nous avons cru devoir donner une histoire complète du forceps , nous nous sommes sérieusement occupé de ce travail ; mais voyant qu'il nous entraînerait trop loin , et d'ailleurs l'étendue d'une thèse ayant des bornes qu'on ne

doit pas dépasser, il a fallu nous contenter de donner une esquisse rapide des principaux for-
ceps.

Nous donnons la figure de quelques-uns, afin qu'on puisse les comparer et s'en former une idée plus exacte.



DEUXIÈME PARTIE.

Indications.

Que de connaissances sont nécessaires pour distinguer du domaine de l'art, celui de la nature, afin de la laisser agir à propos !

(BAUDELOQUE, t. 1, p. 2.)

Avant la connaissance du forceps, on ne trouvait d'autres ressources que dans le morcellement du fœtus, ou quelque opération grave pratiquée sur la mère, toutes les fois que la main seule ne pouvait terminer l'accouchement. Maintenant, il est très rare que l'on soit dans la triste nécessité de sacrifier l'enfant et de compromettre aussi souvent l'existence de la femme, parce que ce précieux instrument suffit presque toujours pour rendre inutile une pratique aussi meurtrière. Le médecin accoucheur doit porter la plus grande attention à l'étude des causes qui peuvent rendre l'accouchement difficile; il doit surtout s'attacher à connaître les signes au moyen

desquels il pourra juger que la nature ne peut, à elle seule, terminer l'accouchement, sans danger plus ou moins grand, et sans que l'art ne vienne à son secours. Aussitôt qu'il a reconnu qu'il doit aider la nature, il serait coupable s'il restait dans l'inaction : plus il tarde alors, plus s'aggravent les dangers qui menacent et la mère et l'enfant ; si, au contraire, il opère sur le champ, l'opération n'en sera que plus facile et le succès plus certain.

Les cas qui réclament l'emploi du forceps sont nombreux ; et c'est pour en bien préciser les indications, que nous allons successivement passer en revue les plus importants. On peut poser comme règle générale que le forceps doit être appliqué : 1° toutes les fois que la tête est trop volumineuse, soit absolument, soit relativement, pour traverser les passages sans exposer la femme à l'épuisement ou à d'autres dangers ; 2° lorsque la matrice est dans l'inertie, qu'on a fait de vaines tentatives pour remettre en jeu sa contractilité ; 3° quand un accident quelconque rend l'extraction du fœtus indispensable et que celui-ci se présente par la tête.

Si la tête est engagée dans l'excavation pelvienne, et si elle a franchi le col utérin, quand même elle serait encore au-dessus du détroit supérieur, le forceps est spécialement indiqué et peut seul être employé. Si ces deux condi-

tions n'existaient pas , la version pourrait aussi être pratiquée dans tous les cas que nous venons de désigner ; mais , comme nous le verrons , avec moins de chances de salut pour l'enfant , et quelquefois aussi plus de danger pour la mère.

CHAPITRE I^{er}.

Lorsque la tête est retenue au passage du détroit supérieur et que les contractions utérines sont d'ailleurs régulières , on est en droit de soupçonner un défaut de rapport entre les diamètres du bassin et ceux de la tête du fœtus , ce qui est une cause assez fréquente de l'application du forceps. Aussi allons-nous d'abord nous occuper des vices de conformation du bassin et de ceux du fœtus.

§ I^{er}.

Vices de conformation du bassin.

Ils méritent de la part de l'accoucheur une attention toute particulière , puisque très souvent , dans ce cas , il est obligé de suppléer la nature dans les efforts impuissans qu'elle fait pour expulser le fœtus. Le procédé opératoire qu'il doit employer est relatif à l'espèce de rétrécissement et

au degré plus ou moins grand auquel il est porté.

Les vices de conformation du bassin sont accidentels, ou produits par une cause qui a troublé l'ossification ; comme le rachitis, l'ostéomalacie, les scrophules, etc., etc. (Nous ne donnerons pas de détails sur les causes qui peuvent les produire, parce que ce serait trop nous éloigner de notre sujet.) Le bassin peut présenter des vices de direction et des vices de dimensions. Les premiers ne constituent réellement un vice de conformation que lorsque le plan des détroits s'élève ou s'abaisse au-delà des degrés (1) normaux. Ordinairement ces vices de direction causés par l'inclinaison des détroits, ne sont qu'apparents, et il est facile de les dissiper en changeant seulement l'attitude du bassin. C'est ainsi que des accoucheurs novices ont quelquefois été inquiétés par l'élévation des épaules et l'abaissement des hanches, l'enfoncement des fesses dans un lit trop souple, qui ont gêné l'exploration et empêché l'application de la main sur le périnée.

Les vices de dimensions consistent dans l'augmentation ou la diminution de la mesure

(1) Dugès a estimé à 135 degrés, moitié en sus d'un angle droit, l'angle ouvert en avant et en haut entre le plan du détroit abdominal et l'axe vertical du tronc.

normale (1) des divers diamètres du bassin. On ne peut regarder comme nuisible l'augmentation de quatre à six lignes du diamètre sacro-pubien et de deux à trois aux diamètres obliques, quoiqu'elle se rencontre souvent. En effet, on a pu rarement observer les accidents fâcheux que beaucoup d'écrivains attribuent à une trop grande ampleur du bassin, comme de prédisposer aux inclinaisons, aux prolapsus, aux renversements de la matrice, ou aux mauvaises positions du fœtus, d'exposer aux hémorrhagies, etc. D'ailleurs, en considérant l'accouchement sous le rapport du passage de l'enfant à travers le bassin, ce serait errer que de regarder comme un vice de conformation le trop d'amplitude du bassin. La disposition contraire n'offre malheureusement que trop d'importance par les dangers qu'elle fait courir à la femme et à l'enfant. Le bassin difforme est ordinairement plus petit qu'un bassin normal, parce que, si certains de ses diamètres n'ont rien perdu de leurs dimensions, il est à peu près impossible qu'ils en aient acquis de plus considérables. Le détroit supérieur étant le plus souvent le siège de ces déformations, il devra par

(1) Mesure regardée comme normale des divers diamètres du bassin.

Détroit supérieur. }	} —	Diamètre sacro-pubien, 4 pouc.	} (Détroit inférieur, à peu près 4 pouc. } 1/2 en tout sens.
		— bis-iliaque, 5 p.	
		— ilio-cotyloïdiens, 4 p. 1/2.	

conséquent fixer l'attention de l'accoucheur. Il peut être resserré dans plusieurs des trois sens qui déterminent ses diamètres, mais c'est d'avant en arrière ou obliquement qu'il est le plus souvent vicié. Lorsque le diamètre antéro-postérieur est vicié, le détroit peut avoir une forme symétrique et présenter une figure réniforme ou quelquefois même celle d'un 8 de chiffres placé en travers. Si c'est le diamètre oblique qui est vicié, la région cotyloïdienne est enfoncée vers le centre du bassin, soit des deux côtés, soit d'un seul.

Le *diagnostic* des vices de conformation du bassin est très difficile, et cependant il est de la plus haute importance de préciser, chez la femme ou chez la jeune fille pubère, l'existence et même le degré de viciation du bassin, soit pour prohiber le mariage et prévenir une grossesse qui pourrait avoir des suites funestes, soit pour terminer, le plus heureusement possible, cette grossesse lorsqu'elle a lieu. Le *toucher* est un excellent moyen d'investigation, mais il n'est pas toujours applicable chez les vierges, par exemple; il est donc nécessaire d'y suppléer autant que possible, et de mettre en usage toutes les autres ressources du diagnostic.

Nous allons donner à ce sujet quelques détails qui ne seront point sans intérêt. D'abord, il importe d'avoir égard aux signes commémoratifs

qui, s'ils ne donnent pas des notions exactes, mettent du moins sur la voie. Parmi ces signes, nous rangerons toutes les causes capables de déformer le bassin : ainsi, l'existence du rachitisme dans l'enfance, une fracture des os du bassin, une luxation du fémur, doivent faire soupçonner une déformation qu'il importe de constater. « On peut croire à un rachitisme du premier âge et à une altération du bassin, quand, à la bosse dorsale, s'ajoutent la courbure et la brièveté des os longs, de ceux des cuisses en particulier ; la brièveté des doigts, la grosseur des articulations, des tries transversales, profondes, sur les dents incisives, et surtout l'avancement considérable de la mâchoire inférieure (menton de galoche). Deux fois le professeur Dugès a vu cet ensemble de difformités coexister avec un resserrement considérable du bassin. Au contraire, si une femme bossue a conservé des membres droits, longs, effilés, si la mâchoire supérieure est plus avancée que l'inférieure, le rachitis ne date guère que de l'époque de la puberté, et le bassin peut être resté à l'état normal. (1) »

Il faut procéder à la mensuration extérieure, toutes les fois que l'on a des présomptions établies sur les signes que nous venons de donner. Elle se

(1) *Diction. en 15 vol.*

fait à l'aide d'un compas d'épaisseur, dont on applique les boutons presque à nu sur la peau et sur les points osseux le plus superficiellement placés. Les mesures que l'on trouve en procédant de cette manière sur un bassin bien fait, sont les suivantes : de la région pubienne à la première épine du sacrum, environ sept pouces ; du milieu d'une crête iliaque à l'autre, dix pouces environ ; du milieu d'une crête iliaque à la tubérosité sciatique du même côté, sept pouces. En enlevant trois pouces de la mesure obtenue d'avant en arrière, nous aurons celle du détroit supérieur ; et pour obtenir la mesure du diamètre transverse et la hauteur du bassin, il suffira de prendre la moitié de la mesure donnée par le compas d'épaisseur. Quoi qu'en dise Baudelocque, on ne peut rigoureusement se fier à ces résultats. Toutes les fois que l'on pourra pratiquer le toucher et l'exploration intérieure, il ne faudra pas manquer d'en faire usage, parce que le doigt indicateur est le plus sûr de tous les instruments explorateurs. Pour avoir l'exacte mesure du détroit abdominal, il suffit d'appliquer l'extrémité du doigt index sur l'angle sacro-vertébral, puis ramenant sa base sous les pubis, on l'y applique ; un doigt de l'autre main marque le lieu de cette application ; la mesure qui sépare cette marque de son extrémité, dont on défalque six lignes, donne la mesure exacte de ce diamètre.

On a voulu suppléer avantageusement au doigt par des instruments nommés *pelvimètres*. Il est vrai que le doigt ne peut pas toujours arriver sur l'angle sacro-vertébral ; mais on n'a pas besoin de plus de précision lorsque ce promontoire se trouve trop loin des pubis.

Lorsque le vagin ne se laisse pas aisément déprimer en arrière par le doigt explorateur, l'instrument en fer produira-t-il impunément la distension que celui-ci ne peut opérer ? Cette dernière réflexion s'applique surtout aux *pelvimètres*, dont les deux branches sont introduites dans le vagin, l'une pour être appliqués sur le promontoire et l'autre derrière les pubis. M^{me} Boivin a imaginé un *intro-pelvimètre*, dont l'une des branches, portée dans le rectum, appuie sur l'éminence sacro-lombaire, et l'autre, introduite dans le vagin, s'applique derrière la symphise des pubis. On ne saurait trop louer M^{me} Boivin d'avoir eu cette idée simple et ingénieuse. A. Dugès, mettant à profit cette modification, prétend obtenir, de la manière suivante, avec une précision mathématique, la dimension antéro-postérieure du bassin : il prend d'abord exactement, avec le compas d'épaisseur, la mesure extérieure dont nous avons déjà parlé, puis avec un compas à branches minces et peu courbes, avec celui même de M^{me} Boivin, il prend séparément : 1^o par le rectum, la mesure de la base du sacrum ; 2^o par le

vagin , celle de la région pubienne , et défalque le produit des deux dernières explorations du résultat de la première.

Les vices du bassin, soit que l'expulsion du fœtus s'effectue enfin à l'aide de violents efforts et longtemps prolongés, soit que l'art intervienne, exposent toujours à de graves accidents. Dans le premier cas, il survient fréquemment la fièvre, l'inflammation du péritoine, de la matrice; les ruptures de celle-ci ne sont pas rares, de même que celles de la vessie distendue par une grande quantité d'urine, etc. L'enfant, de son côté, ne pouvant supporter longtemps l'état de gêne dans sa circulation, succombe à l'asphyxie pléthorique qui résulte de cet état de choses. S'il traverse le détroit, ce n'est bien souvent qu'après avoir supporté une compression violente et universelle de l'encéphale avec fracture des os du crâne; de ces désordres résultent souvent l'éclampsie et la mort du nouveau-né.

De telles circonstances ne permettent point au médecin accoucheur de rester dans l'expectation; il doit s'empresse de satisfaire aux indications. Les opérations qu'il peut être obligé de pratiquer alors sont graves et fâcheuses; elles sont en rapport avec le degré du resserrement du bassin.

Il sera prudent, avant d'entreprendre quelque méthode énergique, d'examiner si la tête ne s'engage pas dans le bassin.

Voici, en résumé, les règles que donne A. Dugès, non comme invariables, mais comme le plus souvent applicables :

1° L'application du forceps est indiquée toutes les fois que, l'enfant présentant la tête à un bassin de trois pouces un quart à trois pouces trois quarts, la nature ne suffit pas à son expulsion. Le forceps est alors un puissant auxiliaire des contractions utérines. Les cas dont il s'agit, dit-il, constituent la majeure partie des prétendus enclavements. La version pourrait remplacer avantageusement le forceps, s'il était bien constaté qu'une des moitiés du bassin fût plus large que l'autre; c'est vers cette moitié qu'on dirigerait la face. Dans la plupart des cas dont il s'agit, après la version, il faut encore avoir recours au forceps pour extraire la tête.

2° De trois pouces un quart à deux pouces trois quarts, si l'on est assuré que l'enfant est vivant, on pratiquera la symphysiotomie.

3° De trois pouces un quart à trois pouces trois quarts, si l'enfant est mort, on pratiquera la céphalotomie simple.

4° Au-dessous de deux pouces trois quarts, l'enfant vivant, on aura recours à l'hystérotomie ou opération césarienne.

5° Au-dessous de deux pouces un quart, l'enfant étant mort, il faut recourir à la céphalotomie et au brisement des os du crâne.

§ II.

Du trop grand volume de la tête du fœtus.

Le fœtus peut présenter à un bassin d'ailleurs bien conformé, une tête volumineuse au point de gêner et même d'entraver tout à fait le travail ; mais ces têtes volumineuses (sans hydroisie), dit Dugès, sont infiniment plus rares que ne le croyaient les Anciens, qui attribuaient volontiers à une semblable cause, des difficultés qu'ils ne savaient pas apprécier, celles, par exemple, qui dépendent uniquement de l'inertie utérine.

Le doigt est encore ici le meilleur moyen d'exploration, et l'on évitera ces erreurs par l'habitude, par l'attention de comparer, d'apprécier les rapports de la tête avec le bassin. D'après les expériences de Baudelocque et Flamant, qui ont pressé les têtes de quelques fœtus morts après leur naissance avec les meilleurs forceps et au point de les fausser, il ne serait pas prudent de compter sur un resserrement plus grand que celui qu'ils ont obtenu ; encore faudrait-il, pour obtenir cette réduction de trois ou quatre lignes, appliquer le forceps exactement sur les deux extrémités du diamètre bi-pariétal. Il paraîtrait, d'après cela, qu'on ne peut guère compter sur cet instrument pour ré-

duire une tête volumineuse et lui faire traverser le bassin, puisque le resserrement obtenu par ces habiles expérimentateurs, compense seulement l'épaisseur des cuillers. Cependant, Siebold et Thouret ont obtenu un resserrement de six lignes avec le forceps de Levret. M. Velpeau a obtenu deux fois une réduction de cinq ou six lignes avec un forceps qui n'était pas très fort. « J'ai accouché, dit M. Velpeau, une jeune dame, rue des Vieilles-Tuileries, avec le forceps, en présence de M. Morisse, en exécutant des tractions aussi fortes que possible, de manière à réduire considérablement la tête. Au second accouchement de cette personne, l'enfant se présenta par le pelvis. Quoique petite, la tête ne put franchir le détroit supérieur qu'au prix d'une dépression de plus de huit lignes sur le ~~détroit~~ pariétal droit. J'ai accouché, ajoute-t-il, une troisième fois la même dame, rue St-Victor, au moyen du forceps, en présence de M. Hourmann. Les mêmes efforts ont été nécessaires, mais enfin la tête est venue sans qu'il en soit résulté d'enfoncement au crâne. » Nous pouvons conclure de tous ces faits, que le forceps est une puissance énergique ajoutée à celle que possède naturellement l'organisme, et son emploi permet de compter sur une assez forte réduction du crâne.

Si quelque *thrombus* considérable augmentait seul le volume de la tête, en lui donnant une forme

capable d'empêcher ses mouvements, sa rotation, par exemple, le forceps serait essentiellement indiqué (Harnier).

L'hydrocéphalie donne à la tête un volume extraordinaire, elle est bien moins fréquente que ne l'ont cru les Anciens, qui désignaient, sous le nom d'hydrocéphale externe, des infiltrations séreuses ou sanguinolantes du tissu cellulaire sous-cutané, etc. Quelquefois la tête n'est distendue qu'au point de nécessiter l'application du forceps; mais souvent on est malheureusement réduit à l'emploi du trocart pour faire une ponction qui laissera écouler le liquide; la craniotomie peut être aussi d'obligation, ainsi que le crochet aigu de toute forme, que l'on peut employer en conscience si l'on a reconnu la mort de l'enfant.

CHAPITRE II.

IMPUISSANCE DE L'ORGANISME.

L'inertie ou le défaut de contraction de l'utérus est une cause bien plus fréquente de retard et d'embarras dans les accouchements, que la plupart des difformités du fœtus et du bassin dont on parle tant, et que l'on rencontre souvent dans la pratique; aussi est-ce pour des cas de lenteur du travail que l'on applique le plus fréquemment le forceps.

Comme plusieurs auteurs ont proscrit l'application du forceps dans les cas de lenteur du travail, quand celle-ci ne dépend d'aucune cause morbide, et que nous pensons qu'alors même ce moyen thérapeutique est quelquefois très efficace, nous allons exposer les raisons qui nous le font paraître inoffensif, établir les indications de son emploi, et faire ressortir, par un aperçu comparatif, ses avantages sur les moyens préférés par les Modernes, et en particulier sur le plus vanté de tous, le seigle ergoté.

Voyons d'abord quelles sont les causes qui peuvent amener la lenteur du travail. Nous trouvons en premier lieu le défaut de dilatation du col, soit spasmodique soit adynamique, auquel on remédie par des moyens appropriés que nous ne mentionnerons pas, parce que nous devons admettre que cet obstacle n'existe pas; dans le cas contraire, l'application du forceps serait impossible. Les seules causes qui puissent nous arrêter sont celles qui dépendent de la matrice; ses contractions peuvent être nulles, douloureuses, irrégulières ou permanentes. Dans tous ces cas, le travail reste stationnaire. Or, est-il utile à l'accoucheur de rester inactif et d'attendre des contractions de bonne nature?

On cite beaucoup de cas dans lesquels le travail a pu durer cinq, six et même huit jours,

sans que la femme en éprouvât de grands accidents ; et l'accouchement s'effectuait sans douleurs après ce terme. Mais , par contre , à combien d'accidents funestes, pour la mère et pour l'enfant, n'a pas donné lieu une pareille attente ? Pour la mère , un épuisement profond qui la rend incapable de supporter les douleurs lorsqu'elles arrivent , et de produire la mesure d'énergie nécessaire pour l'expulsion du fœtus , des hémorrhagies et des convulsions mortelles , etc. ; pour l'enfant , une mort inévitable.

Il est donc indispensable à l'accoucheur de profiter des chances favorables qui existent au moment du travail , alors que la femme peut supporter et aider toute manœuvre , afin d'éviter de n'avoir , pour toute ressource , que des moyens extrêmes dans un moment où les jours de la femme sont en danger , et alors que les moindres manœuvres peuvent produire tant de mal. Plusieurs moyens s'offrent à lui : les uns qui ont pour but d'activer l'accouchement , les autres qui le produisent directement. Tels sont le seigle ergoté , d'une part , et le forceps , de l'autre. Voyons quel est celui que nous devons préférer. M. le docteur Villeneuve , de Marseille , exprime ainsi son opinion sur le seigle ergoté : Ce médicament est inutile quand il n'agit pas , et il est souvent nuisible quand il agit. Les faits vérifient cette assertion ;

d'ailleurs, peut-il en être autrement d'un médicament (1) dont les propriétés sont au moins incertaines, et qu'on administre le plus souvent d'une manière empirique? Mais, en admettant avec ses partisans son action spéciale sur les contractions utérines, il est si difficile d'en établir l'indication précise, d'en calculer les effets et d'en déterminer les doses, qu'on n'est pas toujours certain d'obtenir tout l'effet désiré, et de ne pas le dépasser; ce qui peut exposer aux hémorrhagies, à l'ergotisme, etc.

De plus, il est d'observation journalière que dans la plupart des cas, l'enfant meurt après l'administration du seigle ergoté; on ne peut expliquer cette mort que par la force et la permanence des contractions de l'utérus, qui font que cet organe s'applique fortement sur le corps de l'enfant et en arrête la circulation. Malgré tout ce que nous venons de dire sur le seigle ergoté, nous reconnaissons qu'il est des circonstances où il peut être utile; mais nous pensons aussi que dans la majeure partie des cas, le forceps doit avantageusement suppléer à l'administration de ce médicament.

(1) On est encore assez peu fixé sur les propriétés du seigle ergoté; car si les uns le regardent comme un abortif, d'autres prétendent qu'il a des propriétés anti-avortives.

On ne peut disconvenir que le forceps, lui aussi, ait quelques inconvénients ; mais, n'est-ce pas plutôt à l'impéritie de l'opérateur qu'il faut les attribuer qu'au forceps lui-même ? Le forceps n'augmente pas sensiblement la grosseur de la tête, parce qu'il loge dans ses fenêtres les bosses pariétales, et que d'ailleurs, la tête se réduit aussi de quelques lignes dans ses divers diamètres. Il ne peut donc, dans de pareils cas, causer le moindre accident, à moins qu'il ne soit appliqué contre toutes les règles de l'art et par un accoucheur inexpérimenté. Nous n'hésitons donc pas à en conseiller l'emploi dans les cas dont il s'agit ; parce qu'une trop longue attente pourrait amener l'épuisement, et par suite la mort de la femme en travail.

CHAPITRE III.

ACCIDENTS QUI SURVIENNENT PENDANT LE TRAVAIL.

Ces accidents sont nombreux et sont une cause fréquente de l'application du forceps. Le pronostic en est ordinairement grave ; aussi leur étude doit-elle fixer d'une manière spéciale l'attention du médecin accoucheur. Nous ne nous occuperons ici que des plus importants.

§ I.

Hémorrhagies.

Les hémorrhagies qui surviennent chez les femmes enceintes, se prêtent à toutes les divisions établies pour les hémorrhagies en général. Nous adoptons pleinement la division de M^{me} Lachapelle, division qui se tire de considérations importantes relatives aux différences des causes, du pronostic et du traitement, et qui distingue les hémorrhagies en celles des six premiers et des trois derniers mois de la gestation, et en celles qui ont lieu pendant et après l'accouchement à terme. Il ne sera question ici que des pertes de sang des derniers mois de la grossesse, et de celles qui ont lieu pendant le travail de l'enfantement.

Une autre division importante des pertes utérines est celle d'après laquelle on les distingue en pertes internes et externes; cette division est due aux Modernes, parce que les Anciens ignoraient l'existence des pertes internes. On a trop négligé l'étude des hémorrhagies utérines, autres que celles qui dépendent de l'insertion anormale du placenta sur l'orifice supérieur du col de l'utérus. il est vrai que celles-ci sont les plus fréquentes; mais aussi, comme l'affirme M^{me} Lachapelle, les

hémorrhagies , dans les derniers mois de la grossesse , peuvent tenir à d'autres causes , à un molimen hémorrhagique par exemple.

Dans la plupart des cas , il n'existe aucun symptôme précurseur des pertes de sang causées par le décollement du placenta inséré sur le col de l'utérus. Ce qui les distingue de celles qui peuvent survenir de toute autre cause , c'est que le sang sort surtout pendant les douleurs , et que le toucher fait reconnaître , si le col est suffisamment dilaté , la présence du placenta ; signes qui ne se présentent pas dans ces dernières.

Les hémorrhagies plus ou moins intenses peuvent être intermittentes ou continues ; elles mettent la femme dans un grand danger si l'art ne vient à son secours.

Les hémorrhagies internes paraissent impossibles au premier abord , dans l'état de plénitude et de distension de la matrice. L'accoucheuse distinguée que nous venons de citer en nie presque l'existence ; mais non-seulement les hémorrhagies internes et particulièrement celles dans lesquelles l'accumulation du sang se fait entre le placenta et la face interne de la matrice existent , mais encore cette accumulation a été très considérable.

Les pertes internes sont accompagnées de symptômes douteux et variables , et leur diagnostic est souvent difficile à établir , parce que les phénomènes qui peuvent en traduire l'existence à

l'extérieur, sont communs à d'autres états morbides. La perte interne peut produire des symptômes généraux notables, et quelquefois elle amène promptement les défaillances, les syncopes, les convulsions et la mort.

Le pronostic est grave pour la mère et pour l'enfant, surtout si les secours de l'art ne sont pas employés en temps opportun. Plus la mère aura été débilitée, plus sera grand le danger de l'enfant, qui aura encore à supporter les manœuvres exercées sur lui dans l'accouchement artificiel, qu'on est obligé de pratiquer. Leroux, de Dijon (*Traité des Pertes de sang*), dit que le tiers des enfants est voué à la mort. D'après les relevés statistiques de M^{me} Lachapelle, sur vingt-trois enfants extraits pour cause d'hémorrhagie, huit étaient vivants et bien portants, deux étaient faibles, treize étaient morts.

Le danger que court la femme est proportionné à l'intensité de la perte de sang, à sa reproduction multipliée, au peu d'énergie de la constitution dont elle est douée, etc. En outre, les manœuvres de l'accouchement forcé peuvent favoriser le développement des accidents consécutifs, tels que la métrite, la métrô-péritonite, maladies auxquelles exposent par elles-mêmes les pertes de sang, ainsi que le fait observer le professeur Dugès (*Dict. de Méd. et de Chir. prat.*, t. 9, p. 282.)

Dans les hémorrhagies qui reconnaissent pour

cause le décollement du placenta inséré sur le col de l'utérus, on doit fort peu compter sur les effets salutaires d'un traitement quelconque, institués dans le but d'arrêter l'hémorrhagie, qui se déclare dans les derniers mois de la grossesse. Ainsi, les saignées, les boissons et les applications froides, la diète et le repos, alors même que la femme est pléthorique, seront d'une médiocre utilité; il en sera de même des toniques et des astringents, si la femme est profondément débilitée, et si l'hémorrhagie a revêtu un caractère adynamique.

Il convient d'avoir recours à des moyens plus énergiques, à moins que l'accouchement ne marche avec une telle rapidité qu'on juge convenable, malgré l'existence de la perte de sang, d'abandonner l'expulsion de l'enfant aux seules forces de la nature. Puzos, voulant épargner à la mère et à l'enfant les dangers inhérents à la manœuvre de la version, imagina d'activer l'accouchement en dilatant peu à peu le col de la matrice. Cette pratique est abandonnée de nos jours, à moins que l'orifice ne soit mou et facile à dilater. Puzos, après cette dilatation, qui expose aux déchirures du col, pratiquait la ponction des membranes. Par suite de l'écoulement des eaux, la matrice, revenant sur elle-même, comprime la violence de la perte de sang ou la suspend entièrement. Le reste du travail était abandonné aux seuls efforts de la nature (Puzos, *Mémoires sur les pertes de*

sang). Cette pratique a pu réussir, mais on ne doit pas trop compter sur ce moyen, qui, le plus souvent, serait impuissant pour arrêter la perte. Lorsque le col n'est pas dilaté, on ne peut songer, sans s'exposer aux accidents les plus fâcheux, à pratiquer l'accouchement forcé; cependant, si l'hémorrhagie est intense, persistante, si les forces diminuent et si l'accouchement ne marche pas, l'application du tampon, qui est une ressource précieuse, peut seule être employée, parce qu'il faut à tout prix arrêter l'écoulement du sang.

Lorsque la perte de sang se prolonge, qu'elle est très intense, une dernière ressource consiste dans l'accouchement artificiel, pratiqué au moyen de la version et du forceps. Lorsque le col est peu dilaté, mais est dilatable, et que la tête est au-dessus du détroit supérieur, il faut pratiquer la version; elle seule peut encore convenir lorsqu'il existe une présentation de l'épaule et des positions viciées de celle-ci. Le forceps et la version peuvent également être employés lorsque la tête n'a pas franchi l'orifice utérin, et que la dilatation de celui-ci est complète; dans ce cas, nous conseillons l'application du forceps de préférence à la version, parce que les accidents qui résultent de cette dernière opération sont ordinairement plus funestes à l'enfant.

Le forceps peut être appliqué au-dessus et au-dessous du détroit supérieur, pourvu toutefois

que la dilatation soit entière. Lorsque la tête a franchi le col utérin et s'est engagé dans l'excavation pelvienne ; lorsque l'hémorrhagie est violente , la femme épuisée et le danger imminent , l'usage du forceps n'est pas seulement indiqué , mais c'est encore la seule ressource qui reste à l'accoucheur , s'il veut sauver et la mère et l'enfant.

§ II.

Convulsions.

Il suffit d'avoir été témoin de l'agitation et des angoisses , quelquefois portées si loin chez les femmes en travail , pour sentir que cet état touche de près aux affections convulsives , et pour être convaincu que les convulsions doivent se rencontrer fréquemment chez les femmes en couches. Les convulsions puerpérales offrent des nuances si variées , qu'on en a établi de tétaniques , d'épileptiques , de cataleptiques , d'hystériques , de choréïques , d'apoplectiques. Je crois , avec Madame Lachapelle , que les convulsions des femmes enceintes ou en couches , diffèrent le plus souvent du tétanos , de la catalepsie , de l'épilepsie , etc. ; aussi lui conserverons-nous le nom d'*éclampsie* , qui lui a été donné par Sauvages. L'*éclampsie* doit , en effet , être distinguée : 1° des convulsions ou mouvements convulsifs qui , le plus souvent , laissent au malade l'intégrité de ses facultés intellectuelles ,

et ne mettent guère la vie en danger; 2° de l'épilepsie, dont elle retrace presque tous les symptômes, mais sans former, comme elle, une maladie véritablement chronique et de longue durée, une maladie qu'on peut dire constitutionnelle ou liée à l'idiosyncrasie (Dugès). Cette maladie peut se montrer aux diverses époques de la grossesse, durant le travail et même après la parturition; toutefois on l'observe rarement avant le septième mois, et lorsqu'elle ne précède pas la délivrance, elle la suit de près. Son développement paraît quelquefois lié à la constitution atmosphérique, car on l'a vue souvent se répéter à une même époque chez un certain nombre de femmes; Madame Lachapelle en fit la remarque à la Maternité de Paris. Les femmes sanguines sont très exposées à l'éclampsie, qui est le partage presque exclusif des primipares. On a remarqué aussi que la pléthore séreuse, c'est-à-dire, l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané et l'ascite même, qui accompagnent une première grossesse, prédisposent à cette maladie. L'hystérie, l'hémicranie périodiques et l'épilepsie se convertissent souvent en éclampsie durant le travail. Madame Boivin a observé qu'une constitution irritable, éminemment sanguine et l'abus des aliments excitants prédisposaient à l'éclampsie; et Lamotte a vu des convulsions symptomatiques de la distension de la vessie, par une grande

quantité d'urine, cesser après la sortie de l'urine.

L'éclampsie marche par accès, tantôt l'accès survient à l'improviste, et débute par les symptômes les plus alarmants. Puzos et Hamilton citent l'exemple d'une femme qui se mit à crier : « *Ma tête ! ma tête !* » et fut prise des convulsions qui amenèrent la mort peu après ; tantôt il s'annonce par les prodromes suivants : bouffées de chaleur à la tête, étourdissements, trouble dans les idées, hallucinations, palpitations, malaise, désordre et concentration du pouls, fourmillement aux pieds, douleur dans les membres ; quelquefois aussi la femme éprouve un sentiment de froid, qui monte du coccyx le long de l'épine ; enfin, il y a tension des hypocondres et une violente constriction de l'anus et du col de la vessie.

Bientôt la céphalalgie s'accroît ainsi que les vertiges et l'agitation, l'intelligence s'obscurcit, la malade s'étonne de son état, et la connaissance se perd tout à fait ; tels sont les signes qui caractérisent l'imminence de l'accès. Il importe cependant d'ajouter à ceux-ci les symptômes suivants : la dilatation des pupilles, l'injection de la face et des conjonctives ; les yeux fortement ouverts, d'abord fixés, sont ensuite agités en tous sens ; ils roulent dans leur orbite ; les membres s'étendent et se roidissent de plus en plus.

Enfin, la force de l'accès se manifeste de la manière la plus terrible ; la face se gonfle et présente une couleur violacée qui se propage sur presque toute la surface du corps ; des contractions violentes agitent les muscles de la face et donnent à la physionomie un aspect repoussant, la langue sort de la bouche, paraît gonflée et se trouve quelquefois serrée entre les dents ; la respiration, d'abord irrégulière, se suspend totalement, et le pouls est fréquent, plein et dur. Les matières fécales et les urines sont involontairement expulsées. La fin de l'accès, dont la durée est variable, se manifeste par la cessation des convulsions, mais la connaissance ne revient pas encore ; à cette scène tumultueuse succède un coma profond, qui varie aussi par sa durée, car il ne cesse souvent que quand l'accès revient. Le rétablissement de la respiration s'annonce par des sanglots irréguliers, une bave écumeuse est avalée ou chassée au dehors, la respiration devient libre, et la malade revient à elle par degrés. Tels sont la série des symptômes que présentent les convulsions, et que Dugès donne dans le *Dictionnaire en 15 vol.*

En général, lorsque dans l'intervalle de calme la connaissance ne revient pas, le danger est beaucoup plus grand, et l'art est très souvent nécessaire pour terminer le travail.

On conçoit sans peine tous les dangers dont est

ménacée la femme qui se trouve en proie aux convulsions pendant le travail de l'enfantement ; ces dangers ne sont pas moindres pour son enfant. « La convulsion , dit Mauriceau (1) , est un accident qui fait mourir la mère et l'enfant , aussi bien que la perte de sang , si la femme n'est promptement secourue par l'accouchement , qui est le meilleur remède qu'on puisse opposer à l'un et à l'autre. » Baudelocque et quelques autres partagent le sentiment de cet habile observateur , et Hunter dit n'avoir peur que de l'hémorrhagie et des convulsions dans les accouchements.

Le pronostic de l'éclampsie est en général défavorable pour la mère et pour l'enfant.

Du côté de la mère , malgré le traitement le plus rationnel et le mieux entendu , la mort a lieu dans près de la moitié des cas. Hunter et Lowder disent qu'il en meurt plus de la moitié , et ce n'est pas sans avoir raison que M. Dubois la croit plus dangereuse que l'hémorrhagie.

Du côté de l'enfant , les dangers sont encore plus grands. Déleurye , Boer et Désormeaux prétendent que les convulsions graves des femmes entraînent presque toujours la perte de l'enfant. Cette opinion est trop absolue ; car l'enfant peut vivre si la délivrance est prompte.

(1) *Ouvrag, d'accouch.* , t. 2 , chap. 28.

Dès que les prodromes apparaissent, il faut leur opposer un traitement convenable; car ils peuvent être dissipés ou enrayés, sans que l'éclampsie se prononce. On a recommandé l'emploi des saignées, des épispastiques et des antispasmodiques, contre la maladie dont il s'agit, et dont la gravité est telle, que, dans la moitié des cas au moins, elle cause la mort de la mère et de l'enfant.

La saignée mérite le premier rang parmi ces moyens; celle du bras surtout doit être largement employée; chez les femmes pléthoriques, l'application des sangsues au cou et au tempes n'est pas non plus sans efficacité. Le prof. Dugès a eu à s'applaudir d'avoir eu recours à la saignée chez une femme lymphatique, infiltrée, ayant le pouls petit, etc.

Les épispastiques rubéfrants ou vésicants (eau bouillante, ammoniacale, sinapismes, vésicatoires) n'ont d'utilité que dans le coma et la stupeur, surtout quand ils persistent après que l'accès a cessé. Les antispasmodiques produisent de très bons effets dans les cas où les symptômes précurseurs sont plus spasmodiques que pléthoriques. De petites doses d'opium jointes à des infusions de mélisse, de menthe, etc., ont fait cesser la céphalalgie et les vertiges. Si l'on emploie les antispasmodiques dans le fort de l'éclampsie, il faut éviter les narcotiques et diminuer la dose des stimulants.

Les divers moyens dont il vient d'être question, sont bien éloignés de produire constamment les effets que l'on en attend; aussi faut-il bien se garder de temporiser encore toutes les fois que l'on peut terminer l'accouchement. « L'évacuation « des substances qui distendent l'utérus (a dit « Dugès), est sans contredit le meilleur « moyen de prévenir l'éclampsie imminente, « d'enrayer celle qui a déjà pris naissance, « de prévenir la terminaison funeste de celle « qui a parcouru déjà la majeure partie de sa « course. »

On ne doit jamais délivrer la femme si le col n'est pas assez ramolli ni assez dilaté pour permettre la sortie de l'enfant; une conduite opposée, outre qu'elle serait contre les règles de l'art, serait blâmable en ce qu'elle compromettrait les jours de la mère et de l'enfant. On activera le travail par la rupture des membranes, et cette seule opération peut quelquefois faire cesser les accidents. Lorsque le travail est assez avancé, il ne faut jamais hésiter à faire la version, si elle est indiquée par l'une des positions du fœtus qui en réclament l'emploi; dans le cas contraire, on appliquera le forceps pour sauver l'enfant, s'il est possible, et soustraire la mère à des dangers plus grands encore. Quoi qu'en dise M. Velpeau, le forceps doit être ici constamment préféré à la version; car outre la difficulté qu'on éprouve

pour introduire la main dans la matrice , qui se trouve agglutinée sur le fœtus , on la sollicite encore à se contracter spasmodiquement par chaque déplacement qu'on lui fait subir pour aller chercher les pieds. Le forceps irrite bien moins la matrice et son application convient bien mieux sous ce rapport.

§ III.

Synopes.

On distingue sous le nom de syncope , la suspension des battements du cœur , du pouls , accompagnée de l'absence de la respiration , de la sensibilité , du mouvement volontaire , de la perte des connaissances. Pinel et Bricheteau , auxquels nous empruntons cette définition , disent , à l'article *Syncope* , dans le *Dictionnaire des sciences médicales* , qu'il importe de ne pas confondre la syncope avec l'asphyxie , ni avec l'apoplexie dans lesquelles les mêmes symptômes se présentent , mais dans un ordre différent. Dans l'asphyxie , disent-ils , en effet , ce sont les poumons qui cessent d'agir ; la respiration s'arrête en premier lieu , la circulation et l'action cérébrale ne s'arrêtent qu'après. L'action cérébrale , au contraire , est la première interrompue dans l'apoplexie , où la respiration ne cesse qu'en second lieu , tandis que

dans la syncope, c'est la cessation du cœur qui commence et qui donne lieu ensuite à la suspension simultanée de l'action des poumons et du cerveau.

La syncope peut survenir brusquement et sans être précédée d'aucun signe précurseur; cependant il n'en est pas toujours ainsi, car, le plus souvent, elle est précédée ou accompagnée de malaise, de bâillements, de pandiculations qui souvent apportent au malade un soulagement momentané. Tout aussitôt, les idées se troublent, la vue s'obscurcit, le tintement d'oreilles et le vertige surviennent; la face devient pâle et les extrémités se refroidissent, et en même temps la tête, le cou et quelques autres parties du corps se couvrent d'une sueur froide. Dès-lors, tous les rapports extérieurs sont abolis, et le corps tombe privé du sentiment et du mouvement. Si cet état durait trop longtemps, les fonctions qui s'exécutent encore (l'absorption, les sécrétions et la nutrition), s'arrêteraient et une mort réelle succéderait à celle qui n'est qu'apparente. Les causes qui peuvent produire la syncope sont très nombreuses, et le traitement de celle-ci doit être en rapport avec la cause qui l'a produite; par exemple, si la syncope dépend d'une inflammation du cœur ou de son enveloppe, on aura recours aux émissions sanguines. Si au contraire elle est l'effet d'une faiblesse exempte de lésion organique apprê-

ciable, comme cela arrive quelquefois chez les convalescents et les femmes vaporeuses, la position horizontale et la plus légère irritation de la peau ou des sens, comme les aspersion d'eau froide sur la figure, les vapeurs alcalines, telles que l'ammoniacque; les acides, tels que le vinaigre concentré, portés dans les fosses nasales, suffisent quelquefois pour tirer la femme de cet état. Il est un cas où il ne faut pas trop se hâter de suspendre la syncope lorsqu'elle est produite par une hémorrhagie qui n'est pas assez abondante pour faire courir de graves dangers à la mère; alors, loin d'être à redouter, la syncope suffit souvent pour arrêter l'effusion sanguine.

Si la syncope persiste encore après qu'on aura mis en usage tous les moyens capables de l'enrayer, nous croyons qu'il convient de terminer l'accouchement en pratiquant la version, si la position du fœtus indique ce moyen; et si au contraire c'est la tête qui se présente, il faudra se servir du forceps, que nous regardons alors comme indispensable.

« Temporer dans ce cas-là, dit Désormeaux, « serait une faute grave, il faut s'empresser de « terminer l'accouchement pour prévenir un épui- « ment fatal. »

§ IV.

Prolapsus du cordon ombilical.

La précidence du cordon n'est ni rare ni fré-

quente. Il est vrai que Richter n'en a vu que quatre exemples sur 624 accouchements; mais, en revanche M. Mazzoni l'a rencontrée 18 à 20 fois sur 450.

Quelles sont les causes de cet accident? Nous placerons en première ligne la trop grande longueur du cordon ombilical. Cette longueur, qui correspond ordinairement à la longueur de l'enfant (18 à 20 pouces), peut beaucoup varier; quelquefois elle est très petite et d'autres fois très grande. J'ai vu deux cordons ombilicaux fort curieux, l'un d'un pouce de long, et l'autre de cinq pieds. La trop grande quantité de liquide amniotique et sa sortie très brusque au moment où la poche des eaux se rompt, sont encore les causes principales du prolapsus du cordon.

La procidence du cordon, il est vrai, ne rend pas l'accouchement plus difficile, elle ne fait courir aucun risque à la femme, néanmoins elle a toujours été et sera toujours regardée comme un accident dangereux, parce qu'il expose le fœtus à périr avant de naître.

On a voulu, dans ce cas, expliquer la mort de l'enfant par la coagulation du sang refroidi dans l'anse pendante de la vulve, par l'impression de la température extérieure. Nous ne voulons pas nier l'influence du froid sur le cordon; cependant, nous pensons que la mort de l'enfant est constamment produite par la cessation du cours du sang dans le cordon, occasionnée par la com-

pression des vaisseaux qui entrent dans la composition de celui-ci. Lorsque l'enfant est mort, on le reconnaît facilement aux signes suivants : le cordon n'offre plus de battements, il est froid, flétri et sa couleur devient verdâtre. On conçoit toute la gravité du pronostic, lorsque le cordon offre tous les signes que nous venons d'énumérer ; au contraire, il n'aura rien d'alarmant, toutes les fois que les battements se feront sentir, et que le travail marchera avec rapidité, quand même tous les autres signes que nous avons désignés se présenteraient.

On a proposé divers moyens pour remédier à cette procidence ; et d'abord, on a conseillé, si le col n'est pas dilaté, de reporter dans l'utérus, et à l'aide de certains instruments, la portion du cordon qui s'en est échappée. Le moyen le plus simple, pour arriver à ce but, est celui qu'emploie M. Champion (1), il consiste en une sonde de gomme élastique, longue de douze à quatorze pouces, et de cinq à six lignes de diamètre. On fait passer un ruban de soie, plié en double, à travers la sonde, puis on en passe l'extrémité au tour de l'anse du cordon ombilical, avant de l'introduire seule dans le deuxième trou de l'instrument. Un mandrin, poussé jusqu'à l'extrémité de la sonde, fixe le ruban. Alors on reporte le tout

(1) Velpeau.

dans la cavité de la matrice, et l'on retire le mandrin. Crost donne le conseil de porter la main dans la matrice, afin d'accrocher l'anse ombilicale sur l'un des membres du fœtus, ce moyen est plus sûr et peut-être plus expéditif.

Si la tête de l'enfant est près de franchir le détroit inférieur, il suffira alors d'engager la femme à faire valoir ses douleurs avec force.

Enfin, si elle est engagée dans l'excavation, que le travail marche avec lenteur, que les pulsations perdent de leur force, il n'y a pas un instant à perdre, il faut se hâter d'appliquer le forceps, c'est le seul moyen de sauver la vie de l'enfant.

§ V.

Brièveté du cordon.

L'observation d'un grand nombre de faits ne prouve que trop combien étaient fondées les craintes des Anciens dans les cas de brièveté du cordon. Elle peut être absolue ou relative; elle est absolue, lorsque le cordon est très court, comme celui dont nous avons parlé, et qui n'a qu'un pouce de longueur, alors l'abdomen du fœtus se trouve appliqué sur le placenta; elle est relative, lorsque, le cordon étant d'ailleurs fort long ou n'ayant qu'une longueur ordinaire, l'enfant l'enfortille par les mouvements qu'il fait dans

l'utérus , soit au tour de ses jambes et de ses bras , soit autour de son cou ou de son corps. Cet accident est assez dangereux , puisqu'il expose au tiraillement du placenta , à l'hémorrhagie , au renversement de la matrice , à de vives douleurs ; il retarde aussi l'accouchement par la résistance qu'il oppose à la descente de la tête.

Toutes les fois que la brièveté du cordon est reconnue , on doit s'empressez de le couper si l'enfant est en danger , quoique le travail soit encore peu avancé. Ensuite , on aura soin de délivrer la femme le plus promptement possible , soit avec la main , soit avec le forceps. Sans ces précautions , l'enfant est voué à une mort certaine , surtout si le cordon se trouve entortillé sur le cou.

§ VI.

Rupture de l'utérus

La rupture de la matrice s'observe surtout pendant le travail. C'est un accident redoutable souvent méconnu. Les Anciens s'en sont bien peu occupés ; il paraît cependant que Albucacis , Blater , F. de Hilden , en ont cité quelques observations. Guillemeau est le premier qui se soit rendu compte du phénomène que ses devanciers n'avaient fait qu'indiquer.

Les vices des organes génitaux ou du bassin , les maladies de la matrice et les positions vicieuses prédisposent à ces déchirures de l'utérus , qui viennent déterminer les contractions utérines , les agents extérieurs et les manœuvres imprudentes et mal dirigées. Elles peuvent avoir lieu dans toutes les parties de la matrice , et lorsqu'elles ont lieu pendant le travail. Voici les signes que Velpeau nous donne et qui peuvent les faire connaître : « La femme éprouve des douleurs violentes , avec éraquement , ou un bruit que peuvent entendre les assistants ; elle sent que quelque chose s'est rompu , et s'écrie qu'on l'a blessée et qu'on lui arrache le cœur , les entrailles ; qu'on la tue , si quelqu'un est près d'elle pour exercer la moindre manœuvre. Le travail se suspend à l'instant , le ventre s'affaisse , se déforme. Si le col était dilaté , la poche rompue et la tête avancée , un liquide sanguinolant s'échappe de la vulve. Une pâleur subite et des syncopes effrayantes , et quelquefois mortelles , ne tardent pas à survenir , ou bien , s'il se fait un épanchement dans la poitrine , la malade ressent une douce chaleur qui se porte du bassin dans toute la cavité abdominale. Les parois de l'hypogastre , devenues plus molles , permettent de reconnaître le fœtus hors de la matrice , soit à ses mouvements , s'il n'est pas mort , soit à ses reliefs naturels. La faiblesse , l'inégalité , la mollesse du pouls , viennent

se joindre à ces symptômes et ne laissent bientôt plus de doute sur la nature du mal. »

Le pronostic est très grave et c'est, de tous les accidents qui se manifestent au moment de l'accouchement, le plus dangereux. Quoique le plus souvent mortelles, des exemples nombreux prouvent que la nature peut quelquefois remédier à ces ruptures de l'utérus. M. Dubois (1), entr'autres, rapporte un fait assez extraordinaire ; une première déchirure a lieu, l'enfant se fixe dans l'hypocondre droit, et la mère guérit. Une nouvelle grossesse est suivie d'une nouvelle rupture. Cette fois le fœtus se porte dans l'hypocondre gauche ; ils sortent trois ou quatre mois plus tard : l'un par un abcès, l'autre par une incision. Nous pourrions citer un grand nombre de faits extrêmement curieux, dont la nature seule a amené la guérison, mais tous ces faits ne sont que des exceptions heureuses, sur lesquelles il n'est pas permis de compter.

Toutes les fois qu'une rupture de matrice aura lieu, quel que soit le point où elle s'est faite, on devra, s'il y a possibilité, extraire l'enfant par les voies naturelles. C'est ainsi que De la Motte (2), chez une femme qui mourut le quatrième jour,

(1) Planque, t. 1.

(2) *Traité complet d'Accouch.*, etc. Obs. 505.

alla chercher le fœtus dans l'abdomen et le ramena par les pieds. MM. Blondel Hamilton (1) ont pénétré jusqu'au foie pour atteindre les pieds qui étaient tournés vers l'appendice xyphoïde, chez une femme qui s'est rétablie. Les exemples non moins heureux ne sont pas rares. Si la tête est engagée dans le petit bassin, on conçoit aisément que c'est avec le forceps qu'il faut la saisir. Il devra en être de même si la tête est encore au détroit supérieur, et la déchirure au col ou dans le haut du vagin. Dans ce cas-ci, il importe que l'instrument soit conduit au-dessus de la rupture par quelques doigts que l'on a préalablement introduits dans le vagin, afin de ne nécessiter que peu d'efforts. Il arrive souvent que l'on ne peut embrasser la tête du fœtus; on doit alors s'efforcer de la saisir par les pieds. Si l'on ne trouve qu'un pied, il faut l'amener en dehors; il sert ensuite de guide pour aller à la recherche de l'autre. Si c'est un bras que l'on trouve, on doit aussi l'amener et le fixer au dehors, parce qu'il servira de guide pour aller à de la recherche des pieds. Si l'enfant est dans l'abdomen, on ira le saisir, puis on le ramènera par le vagin, en le faisant passer par la plaie. Il peut se présenter des cas dans lesquels il est impossible d'aller saisir le fœtus, soit parce que le bassin se trouve

(3) *The Lancet*, 1828 et 1829, vol. 1, pag. 472 et 38.

rétréci, soit parce que le fœtus présente un trop fort volume; la gastrotomie doit alors être employée; les succès que l'on a obtenus ne permettent plus de reculer devant une pareille opération.

2 VII.

Anévrismes.

Nul doute que les efforts du travail rendent plus dangereuse encore, une maladie toujours grave par elle-même; je veux parler d'un anévrisme des cavités splanchniques ou même sur les grosses artères externes. En effet, le refoulement du sang et les contractions musculaires, conséquence inévitable du travail, détermineraient facilement la rupture de la tumeur sanguine, si la matrice n'était promptement vidée. L'accoucheur engagera donc la malade à retenir en quelque sorte les douleurs, à ne pas les faire valoir; et dès que le col sera suffisamment dilaté ou dilatable, il terminera l'accouchement avec la main ou le forceps. Dans ce cas-ci, comme dans tous les autres, nous préférons le forceps à la version, à moins que celle-ci ne soit spécialement indiquée.

§ VIII.

Hernies.

De quelque espèce qu'elle soit , si la hernie est réductible , on la fait rentrer avant que les douleurs ne soient très fortes , et, lors de chaque contraction, l'accoucheur , ou bien un aide sur lequel on puisse compter , en prévient la sortie en tenant le pouce , une pelotte ou la main sur l'ouverture qui lui avait donné passage. Si elle est ancienne et irréductible , on la soutiendra seulement pour empêcher quelques nouvelles portions de viscères de s'ajouter à celles qui sont déjà dans la tumeur. Il peut arriver cependant que la descente ne puisse pas être contenue à cause de la violence des efforts; que déjà il y eût étranglement et que le travail fût avancé , il faudrait alors , aussitôt que la dilatation le permettrait , terminer l'accouchement. Le forceps peut encore ici être appliqué avec avantage.

§ IX.

Asthme , hydrothorax , hydropisie , etc.

Toutes les maladies qui rendent la respiration difficile , telles que l'asthme , l'hydrothorax , les gibosités , l'hydropisie , etc. , peuvent obliger

l'accoucheur à ne point laisser à la nature le soin de terminer seule l'accouchement. On a cherché à prouver par de nombreux exemples que les femmes hydropiques n'en accouchaient pas moins avec autant de facilité que celles qui jouissent d'une bonne santé. M. Velpeau cite une ascitique qui en était à sa trente-sixième ponction, et qui accoucha très naturellement en quelques heures. Une femme hydropique depuis neuf ans, accoucha de quatre enfants dans cet espace de temps (Mauriceau, *Malad. des fem. grosses*, etc, p. 59). Malgré ces observations, les maladies que nous venons de désigner n'en compliquent pas moins l'accouchement; en effet, toutes les personnes qui en sont atteintes, sont menacées de suffocation si elles font quelques efforts; or, comme l'accouchement exige de très grands efforts de la part de la femme, nous croyons qu'il ne manquera pas de circonstances où il sera urgent de ménager les forces de la femme, et de la délivrer artificiellement, aussitôt que le permettra l'état des parties. Le forceps peut donc encore, dans des pareils cas, manifester son action bienfaisante. D'ailleurs, d'après des observations de Schenk, de M. Langstaf, et surtout de Scarpa, il paraîtrait que les femmes hydropiques qui accouchent sans accidents, sont affectées d'une hydropisie enkistée, plutôt que d'une ascite proprement dite.

Si nous voulions nous occuper ici de toutes les causes qui peuvent nécessiter l'emploi du forceps, en retardant le travail, nous aurions à passer en revue les tumeurs développées dans le bassin, dans le vagin et dans l'utérus, le renversement de la matrice, les cas où une pierre est dans la vessie, des matières fécales accumulées dans le rectum, etc., etc.; en un mot, toutes les causes qui sont susceptibles de rendre l'accouchement essentiellement difficile. M'étant occupé des cas les plus importants, qui sont ceux que l'accoucheur doit le plus redouter; je crois en avoir assez dit sur les indications du forceps.

CHAPITRE IV.

AVANTAGES DU FORCEPS SUR LA VERSION.

Nous avons constamment préféré l'application du forceps à la version, toutes les fois que l'un ou l'autre de ses moyens pouvaient indifféremment être employés. Notre choix ne s'est porté sur le forceps qu'en considération des grands avantages qu'il a sur la version. Ces avantages sont relatifs à la mère et à l'enfant, un examen comparé de ces deux modes opératoires nous montrera que le forceps mérite bien la préférence que nous lui avons accordée.

Supposons d'abord que la tête et le bassin soient

entre eux dans des rapports normaux. Si maintenant nous considérons la version et le forceps relativement à la femme, nous verrons : 1^o que la version n'offre pour celle-ci, que les accidents qui peuvent survenir dans l'accouchement naturel par les pieds. Ces accidents sont à peu près nuls ; cependant, il peut se rencontrer des cas, chez les femmes irritables surtout, où l'introduction de la main dans la matrice irrite considérablement cet organe et le force à se contracter spasmodiquement, ce qui gêne beaucoup la manœuvre de l'opération ; 2^o le forceps ne me paraît pas avoir de graves inconvénients, s'il est, comme je le suppose, appliqué par une main exercée. En effet, étant appliqué suivant les règles de l'art, le forceps ne peut avoir que l'inconvénient de comprimer les parties qui tapissent les passages que l'enfant doit traverser, en augmentant le volume de la tête. Or, si l'on examine attentivement ce qui se passe, on se convaincra que cette augmentation de volume n'existe pas réellement. Les cuillers du forceps dont nous nous servons étant appliquées sur les côtés de la tête du fœtus, logent dans leurs fenêtres les bosses pariétales qui peuvent faire saillie à travers. Il résulte de cette disposition que le diamètre bi-pariétal, qui peut par son étendue opposer quelque obstacle à l'accouchement, n'en est que peu ou point augmenté. De plus, la tête étant légèrement comprimée, peut éprouver une réduction de quelques

lignes, réduction qui suffit au-delà pour compenser l'épaisseur des cuillers. Il est au moins rationnel de dire que, considéré relativement à la femme, le forceps n'offre pas d'accidents plus graves que la version.

Considéré relativement à l'enfant, l'instrument dont il s'agit a sur la version des avantages immenses. On reproche à la version, la compression du cordon ombilical, du ventre et de la poitrine, le renversement possible de la tête en arrière, les tractions que l'on est souvent obligé d'exercer sur le rachis, la résistance du col, qui repousse les fluides vers les parties supérieures, etc; en un mot, tous les inconvénients qui résultent de l'accouchement par le pelvis. Ces reproches ne sont malheureusement que trop fondés; en effet, le refoulement des liquides vers la tête produit l'apoplexie; c'est ce qui fait que le nombre d'enfants morts est si grand lorsqu'on pratique la version. Lorsque l'enfant se présente par la tête, celle-ci éprouve, il est vrai, une compression plus forte que quand il sort par les pieds, mais cette compression est infiniment moins à redouter que les accidents que nous venons de signaler; on a tout à craindre de cette compression lorsque le forceps est employé pour forcer la tête à passer dans un bassin trop étroit, soit relativement, soit absolument, et dans de pareils cas, je ne pense pas que l'accoucheur puisse terminer l'accouchement par

la version , sans avoir recours à l'instrument pour dégager la tête.

La version et l'application du forceps étant considérées relativement à l'opération elle-même , et par rapport à l'accoucheur (car celui-ci entre pour beaucoup dans la détermination de savoir s'il convient d'avoir recours au forceps ou à la version), nous verrons encore que le forceps mérite la préférence sur la version , si ce n'est dans un seul cas dont nous allons parler. L'application du forceps est une opération assez facile pour celui qui sait manier cet instrument. Il n'est qu'un cas qui puisse présenter quelques difficultés ; c'est celui où la tête , située au-dessus du détroit supérieur , se trouve dans un état de mobilité complète et n'a pas encore franchi le col de la matrice. Flamant , et plusieurs autres accoucheurs , se servent du forceps dans cette position et en conseillent l'emploi de préférence à la version. M. le professeur Delmas se sert indifféremment de la version ou du forceps dans le cas dont il s'agit. Ces maîtres de l'art , joignant à une longue pratique , une habileté que possèdent peu d'accoucheurs , nous ne conseillerons pas exclusivement le forceps ni la version ; en pareille circonstance , celui qui doit opérer doit choisir le mode opératoire qui lui sera plus facile.

La version offre aussi quelquefois des difficultés qu'un accoucheur inexpérimenté ne peut surmonter , et qui souvent forcent de suspendre

l'opération. En effet, il n'est pas rare de voir la matrice fortement contractée et exactement appliquée sur le corps du fœtus. Il résulte de cela que la main ne peut être introduite qu'avec la plus grande difficulté, et que des douleurs violentes sont le résultat de la manœuvre employée. Les contractions de l'utérus sont alors permanentes et quelquefois si fortes, que la main de l'opérateur est comprimée au point qu'elle est incapable d'exécuter le moindre mouvement, et que sa sensibilité est, pour ainsi dire, suspendue. Alors, si l'accoucheur fait des efforts imprudents, et s'il ne saisit pas pour agir le moment où l'utérus se trouve dans un état de relâchement, il peut s'en suivre des ruptures de cet organe et tous les accidents qui en sont la conséquence. Nous n'insisterons pas davantage sur cet objet; nous pourrions citer à notre appui l'opinion d'un grand nombre d'accoucheurs recommandables, tels que Levret, Flamant, MM. Delmas, Velpeau, etc., etc.; mais un coup d'œil jeté sur les tableaux de statistique des accouchements, finira par convaincre que l'instrument que je préconise est bien supérieur au mode opératoire que lui opposent les partisans de la version.

Stein dit que sur 66 enfants tirés par les pieds, 33 sont morts; Boer en annonce 2 sur 5; Oslander, 41 sur 68; M. Carus, à peu près la moitié; enfin, M. Velpeau, sur 80, dit en avoir eu 15 de

morts. D'après le relevé de Riecke , on voit que sur 3120 accouchements par la version, on a perdu 300 femmes et 1675 fœtus. D'après les statistiques de ce savant observateur , on voit encore que 1600 fœtus sont morts sur 3000 versions , tandis qu'il n'y en a que 630 pour 2700 accouchements par le forceps. Il résulte évidemment de tous ces faits , qu'on est assuré de voir périr la moitié des enfants qu'on aura tirés par les pieds , tandis que par l'emploi du forceps on en sauvera cinq sur six.

TROISIÈME PARTIE.

Manuel opératoire.

Sans la connaissance de la manœuvre on ne sera jamais vraiment accoucheur ; sans une bonne manœuvre , point de salut assuré pour les femmes au moment où elles vont donner l'être au doux fruit de leur hymen.

(MAYGRIER.)

CHAPITRE PREMIER.

**PRÉCAUTIONS A PRENDRE AVANT D'APPLIQUER LE FORCEPS ,
ET POINTS DU FOETUS SUR LESQUELS ON DOIT APPLIQUER
CET INSTRUMENT.**

§ I.

Il est des bornes au-delà desquelles l'application du forceps est inutile et même dangereuse. Ce n'est qu'en suivant les règles fixes et invariables , fondées sur la forme et les dimensions de la tête de l'enfant , comparées avec la forme et la manière d'agir du forceps , et qu'en faisant parcourir à l'enfant la même route qu'il aurait suivie si les forces seules de la nature en avaient fait l'expulsion , qu'on pourra profiter des grands avantages de ce précieux instrument. Si au contraire il est

appliqué sans méthode, il peut en résulter les plus graves inconvénients ; c'est ce qui a fait dire à A. Dugès (1) : « L'application de cet instrument « n'est pas une opération indifférente, et il faut « bien se garder d'y recourir sans nécessité ; elle « ~~Re~~ requiert beaucoup d'instruction, d'habitude et « de prudence : c'est un instrument de mort entre « les mains d'un ignorant présomptueux. » Il est donc très important de s'assurer, par le toucher, de la position du fœtus, si l'on veut opérer avec quelques chances de succès. Il est également indispensable de reconnaître le volume de la tête pour calculer les difficultés qui se présentent, le degré de forces nécessaires pour les surmonter, et le danger que court l'enfant pendant l'opération. Si toutes les parties n'étaient pas convenablement disposées, il faudrait bien se garder d'y introduire le forceps, car toutes les tentatives seraient inutiles ou causeraient des déchirures et des délabrements très graves.

L'emploi du forceps étant bien indiqué, faut-il le soustraire à la vue de la patiente ? La plupart des anciens accoucheurs résolurent affirmativement la question ; soit pour cacher leur secret à des confrères non moins intéressés qu'eux-mêmes, soit pour épargner à la femme quelques inquiétudes. Cependant la plupart des Modernes préfè-

(1) *Manuel d'Obstétrique*, 3^e édit., p. 31.

rent le montrer à la patiente pour la rassurer ; elle comprend aisément qu'il n'offre ni tranchant , ni pointe , ni angle qui puisse causer de vives douleurs , surtout s'il est manié par des mains habiles ; aussi beaucoup de celles qui ont été ainsi opérées réclament-elles à leurs couches suivantes , l'emploi d'un instrument qui leur a procuré une délivrance plus prompte (1). Mais , dit A. Dugès , on pourrait cacher le forceps à ces femmelettes sans raison , que le seul mot de *ferrements* jette dans un désespoir frénétique. On leur épargnerait même jusqu'au soupçon de la chose , en opérant sous les couvertures et en chauffant un peu les cuillers.

Avant de procéder à son application , il convient de placer la femme dans une position telle que la vulve et le périnée soient complètement libres ; qu'au tour du bassin rien ne puisse gêner les mouvements de l'accoucheur , et que les muscles n'aient pas besoin d'être tendus pour soutenir les autres parties du corps. Les Anglais regardent , je ne sais trop pourquoi , la position sur le côté comme la plus avantageuse , tant dans l'accouchement spontané que pour l'application du

(1) Je connais une dame qui a fait quinze enfans. A ses premières couches , le forceps fut employé malgré sa volonté ; dans la suite , elle réclama sept fois l'application de l'instrument , ce qui lui fut accordé.

forceps. En France, la position sur le dos est employée par tous les accoucheurs : la femme est couchée, soit en travers, soit sur l'extrémité du lit, un matelas assez dur sert de point d'appui au bassin, la tête et les épaules sont soulevées par des coussins ; les membres inférieurs sont libres, les jambes un peu fléchies et les pieds appuyés sur une chaise. Deux aides qui soutiendraient les jambes et tiendraient les cuisses convenablement écartées seraient ici d'une grande utilité.

Le professeur Delmas se sert, pour la construction du lit de misère, d'un canapé dont il double le matelas de manière à former un plan incliné. Cet habile praticien conseille encore de mettre la femme en travers de son propre lit, de placer un corps dur tel qu'une planche entre les matelas ; ensuite, pour soutenir la tête et les épaules de la femme, il forme un plan incliné au moyen d'une chaise renversée et de quelques coussins. La forme de ce lit est simple et commode ; les pièces qui entrent dans sa construction se trouvent toujours sous la main de l'accoucheur. Aussi, croyons-nous devoir lui donner la préférence sur toutes les autres formes de lits, de chaises, etc., qui ont été inventés à cette fin.

Les règles qui concernent la décence ne doivent pas être négligées, tout honnête homme les devine aisément. Souvent la femme ne voit pas sans inquiétude l'accoucheur s'approcher de son lit,

quoiqu'elle connaisse d'avance l'examen auquel elle doit se soumettre, et qu'elle l'attende avec confiance. Sa modestie en est alarmée, son moral se trouble; aussitôt les contractions utérines cessent, le travail est suspendu et la patiente repousse avec force celui que naguère elle appelait son libérateur. Dans cette triste circonstance quelle doit être la conduite de l'accoucheur? Il devra chercher à détruire des préjugés qui font tous les jours de nouvelles victimes, en enlevant aux époux leur tendre épouse et l'espoir de leur famille; son esprit lui en fournira le moyen. Qu'il ne sorte de sa bouche que des paroles affectueuses et de consolation, pour inspirer de la confiance à la femme; qu'il lui persuade surtout que la délivrance n'est pas éloignée, et que la manœuvre qu'il va employer hâtera cet heureux moment. Il peut arriver que la femme, souvent jeune et enceinte pour la première fois, ne tienne aucun compte de ces raisonnements, qu'elle demeure indocile et refuse tous les secours de l'art! Alors le médecin lui fera la peinture des dangers qui menacent ses jours et ceux de son enfant. Si cette considération la trouve insensible, si quelque femme est assez malheureuse pour fermer les oreilles à la voix de la nature, il reste encore une dernière ressource à l'accoucheur: il fera peser sur elle la responsabilité de la mort de l'enfant et de la sienne propre; qu'il prenne congé de la patiente,

dit le professeur Delmas , et qu'il quitte son appartement. Mais à peine a-t-il disparu, que la femme se trouble, elle se croit délaissée; les raisonnements qui naguère l'avaient trouvée inexorable, se présentent à son esprit dans toute la rigueur de leurs conséquences; elle se croit perdue, pleure la mort de son enfant qui ne respire pas encore; elle appelle à son secours, elle réclame avec instance le médecin qu'elle a forcé de s'éloigner, et s'il tarde encore à venir son inquiétude augmente. Enfin, l'accoucheur rentre; la jeune indocile sent aussitôt renaître sa confiance; son esprit n'est plus effarouché par l'idée d'une pudeur outragée, elle ne voit plus dans le médecin qu'un ami compatissant à ses maux. Voici le moment d'agir: l'on peut, sans craindre d'éprouver la moindre résistance, employer l'examen et la manœuvre convenables pour la terminaison de l'accouchement. On aura soin cependant de ne pas découvrir la femme sans nécessité, et de ne pas l'exposer aux regards des assistants.

§ II.

Le forceps ne doit jamais être appliqué que sur la tête de l'enfant. Il suffit de jeter un coup d'œil sur la forme des cuillers, leurs courbures, etc., pour être convaincu que cet instrument n'a pas été imaginé afin d'être appliqué sur toute autre partie que celle que nous avons désignée.

Supposons en effet que le forceps soit appliqué sur le pelvis, les accidents les plus graves ne seront-ils pas la suite d'une pareille pratique ? Les cuillers n'écraseraient-elles pas les os des hanches ? Leur extrémité ne contondra-t-elle pas les parties de l'abdomen qu'elle comprimera ? Les organes internes, tels que le foie, l'estomac, la rate, etc., n'en recevront-ils pas de rudes atteintes ? Les dernières côtes, si le forceps les atteint, ne seront-elles pas fracturées ? Ces accidents sont inévitables et la mort du fœtus en est la conséquence. Smélie avait donc bien tort de conseiller cette pratique, à moins toutefois que l'on ne soit bien assuré de la mort de l'enfant.

D'après la méthode indiquée par tous les auteurs français, il faut appliquer les deux cuillers sur les bosses pariétales du fœtus dans la direction du diamètre occipito-mentonnier, et de manière que la concavité de leurs bords soit tournée vers l'occiput, à l'exception cependant, des cas où la tête vient en position postérieure.

En Allemagne, en Prusse, en Russie, les accoucheurs ne suivent pas la même règle ; ils n'ont nullement égard à la position de la tête, et appliquent toujours le forceps sur les côtés du bassin, de manière que la courbure antérieure regarde les pubis et que la face convexe des cuillers soit en rapport avec les fosses iliaques. Le forceps étant ainsi appliqué, les cuillers se placent sur les bosses pariétales, si la tête est dans une des deux

positions occipito-pubienne, fronto-pubienne ; si la position de la tête est transversale, l'une des cuillers sera appliquée sur le front et l'autre sur l'occiput ; cela arrive rarement parce que d'ordinaire la tête se trouve dans une des positions obliques, et alors l'une des cuillers porte sur un côté du front et l'autre sur la partie occipitale du côté opposé. Cette doctrine suivie en Allemagne par Stein et Saxtorph, puis par Weimann, M. Reisenger et M. Kluge, rend l'opération toujours extrêmement simple. M. Delmas, dont la pratique est des plus étendues et des plus heureuses, a constamment employé cette méthode et s'en est toujours fort bien trouvé. Il prétend que la tête sort avec autant de facilité que si les cuillers avaient été exactement appliquées sur les bosses pariétales. Cette manière de procéder devra être employée toutes les fois que l'on ne pourra diagnostiquer la position de la tête ; elle ne diffère qu'en apparence de celle généralement adoptée par les accoucheurs français, car en définitive, on obtient les mêmes résultats.

CHAPITRE II.

APPLICATION DU FORCEPS AU DÉTROIT INFÉRIEUR.

SECTION I.

Positions directes.

§ I. 1^{re} POSITION (OCCIPITO-PUBIENNE).

Dans cette position l'accoucheur introduit en premier lieu la branche gauche (1); pour cela, après avoir eu la précaution de chauffer l'instrument et de l'enduire d'un corps gras qui en facilite l'introduction, au lieu de tenir la branche du forceps comme une plume à écrire, car on la tiendrait peu solidement, il la saisit à pleine main vers sa partie moyenne, le pouce allongé sur le côté externe de l'articulation. Ensuite, il tourne l'extrémité du crochet vers l'aîne droite de la mère, approche le plus possible de la vulve l'extrémité de la cuiller, qui pénètre dans son ouverture, en appuyant

(1) On désignait sous le nom de *branche femelle*, celle qui portait la mortaise, et *branche mâle*, celle qui portait le pivot. Ces dénominations, peu convenables, ont été remplacées par celles de *branche droite*, *branche gauche*. La branche gauche est toujours saisie de la main gauche et appliquée sur le côté gauche du bassin; la main droite saisit toujours la branche droite et l'applique sur le côté droit du bassin.

en arrière et à gauche, du côté de l'échancrure ischiatique du bassin. A mesure qu'elle s'y enfonce, le manche est abaissé dans l'intervalle des deux cuisses; et dans ce mouvement l'axe de la branche se rapproche de la ligne médiane; et prend, en suivant la courbure de ses bords, la direction de l'axe du détroit supérieur. La main restée libre, au moyen de quelques doigts bien graissés, ouvrira la vulve, soutiendra la cuiller par son bord convexe, et en conduira l'extrémité dans le vagin, dans l'orifice même de l'utérus, si la tête n'en a pas encore franchi le col. Si la branche s'éloigne un peu de sa direction, l'extrémité de la cuiller peut s'arrêter dans les parois du bassin en les plissant, et peut même les déchirer; elle peut aussi être arrêtée par des replis de la peau de la tête du fœtus. Toutes les fois que l'on rencontre de pareils obstacles, si l'on n'y remédiait pas par de petits mouvements de haut en bas, de droite à gauche, on s'exposerait à de graves accidents. Lorsque la tête a franchi le col, il est assez difficile de se fourvoyer, tant que les doigts peuvent diriger le forceps; si la tête est élevée, si le col très aminci l'enveloppe en forme de couronne, on doit y apporter la plus grande attention. En effet, pour peu que la cuiller s'écarte du crâne, elle glisse sur la surface externe du col et s'enfonce dans le cul-de-sac formé par la réunion du vagin avec l'utérus. Si l'accoucheur ne s'aperce-

vait pas de cette déviation, s'il employait la force pour surmonter la résistance qu'il rencontrerait en pareille circonstance, on comprend, sans qu'il soit nécessaire de les indiquer, tous les dégâts, tous les dangers qui pourraient en être la conséquence.

Une fois que l'accoucheur est sûr que la branche est bien introduite, il la confie à un aide qui en saisit le manche à pleine main et donne toute son attention à la maintenir dans l'immobilité. On procède ensuite à l'introduction de la branche droite, tout à fait de la même manière que pour la branche gauche, avec cette seule différence, que c'est la main droite qui la saisit, et quelques doigts de la gauche qui la dirigent dans le vagin. Pour les articuler, on met la mortaise à la hauteur du pivot, on y engage celui-ci en le guidant entre l'indicateur et le pouce de la main gauche; puis, on fixe les deux branches l'une contre l'autre, en lui faisant exécuter un demi-tour, et en évitant toute espèce de cliquetis capable d'effrayer la femme. La jonction n'est pas toujours facile; mais les difficultés qui pourront se présenter seront aisément surmontées, si l'on a recours au levier dont nous avons déjà parlé. Avant de serrer les branches et de les fixer pour opérer l'extraction du fœtus, il importe de bien s'assurer que la tête seule a été embrassée, que la matrice ou quelque autre partie de la femme ne peut être

saisie. L'accoucheur a la certitude que le forceps est bien appliqué, lorsqu'après avoir fait exécuter à l'instrument quelques mouvements de va et vient dans la direction des axes du bassin, il glisse sans efforts et sans occasionner de douleurs, sans que la femme se plaigne qu'on la pince et qu'on la déchire. Après avoir appliqué et réuni les branches du forceps, on rapproche fortement les manches l'un de l'autre, et on les fixe au moyen d'un lacs appliqué tout près des crochets.

Il ne reste plus maintenant qu'à procéder l'extraction : pour cela, il faut poser la main droite en pronation sur les cuillers, pour prendre sur elles un point d'appui et ménager la commissure postérieure ; il se met ensuite en face de la femme, des tractions directes et de latéralité sont exercées, en portant alternativement, d'une cuisse à l'autre, la main qui tient l'extrémité des manches. Ces contractions doivent être faites avec la plus grande douceur, sans interruption, sans arrêt d'aucune nature, et ne former en quelque sorte qu'un seul mouvement en zig-zag. A mesure que l'accoucheur opère ces tractions, il abaisse insensiblement les crochets vers la terre pour dégager l'occiput le premier à la commissure antérieure, et doit surtout observer que la position des cuillers ne change pas. Aussitôt que la nuque apparaît, sans changer en aucune manière la direction des tractions de latéralité, il relève peu à peu l'ex-

trémité de l'instrument pour imprimer à la tête son mouvement d'extension, et entraîner le menton hors de la commissure postérieure. Le périnée commence-t-il à se distendre, Baudelocque conseille de tirer d'une main sur les crochets et de soutenir de l'autre le périnée et la vulve, pour en prévenir la déchirure. Mais pour soutenir le périnée, il faut les efforts d'une personne, surtout si la femme est primipare, et que les parties ne soient pas préparées à la distension qu'elles doivent subir; on ne peut donc, dans tous les cas, mettre en pratique le conseil du savant Baudelocque. Il recommande encore de désarticuler les branches du forceps et de les enlever avec précaution; je ne conçois pas l'utilité de ce précepte; il est bien plus avantageux, comme le conseille Gardien, de se contenter de soutenir l'instrument sans tirer ni l'extraire. On permet ainsi à la matrice de se contracter et d'achever seule l'expulsion de l'enfant; et dans les cas où l'inertie, ou tout autre accident qui a réclamé l'opération, subsiste, on peut terminer l'accouchement sans avoir recours à une deuxième application.

§ II.

2^e Position (fronto-pubienne.)

Le cas dont nous venons de parler est le plus simple de tous; celui-ci est plus rare et moins

favorable que le précédent. Cependant l'application du forceps se fait de la même manière. On introduit les branches sur les parties latérales du bassin, leur nouvelle courbure en dessus; on tient les crochets un peu moins élevés, pour mieux embrasser la tête dans le sens de sa longueur. On tire lentement sur les branches et on les renverse au-devant de l'abdomen de la femme, pour dégager l'occiput au-devant du périnée. Il reste encore un autre temps à exécuter, celui du dégagement du front au-dessus de la symphise pubienne: il s'opère en abaissant petit à petit l'instrument vers le coccyx.

SECTION II.

Positions obliques.

§ I. 1^{re} POSITION (OCCIPITO-COTILOÏDIENNE GAUCHE);

C'est de toutes les positions la plus fréquente; les règles sont ici les mêmes que pour les cas précédents, sauf quelques petites modifications que nous allons signaler.

Pour ramener à l'un des cas précédents, la tête qui est dans la position oblique dont il s'agit, il ne reste plus qu'à lui faire exécuter le deuxième temps du mécanisme. C'est derrière le trou ovalaire droit de la femme et devant l'échancrure ischiatique opposée qu'on place les cuillers. Dans ce cas-ci, c'est la branche droite que l'on intro-

duit en premier lieu ; on l'insinue selon une ligne spirale du ligament sacro-sciatique droit , jusqu'à l'éminence iléo-pectinée du même côté. A mesure que la cuiller pénètre , on incline l'extrémité de la branche vers la cuisse gauche de la mère , afin de la rendre parallèle à la diagonale de la tête. Ensuite la branche gauche est introduite vers l'échancrure ischiatique gauche , en la rapprochant peu à peu vers la droite. Les deux branches réunies , on saisit l'instrument de la main gauche placée au-dessus , vers le pubis de la femme , et de la droite placée à l'extrémité des manches. Alors , on imprime à la tête un mouvement de rotation , de gauche à droite , par lequel l'occiput est ramené vers l'arcade des pubis ; ce n'est que par un mouvement graduel et modéré de torsion , imprimé aux manches de l'instrument , en même temps qu'on tire à soi et qu'on relève un peu les crochets , qu'on parviendra à obtenir ce résultat. Il ne s'agit plus ensuite , pour terminer l'accouchement , que de suivre la méthode que nous avons déjà décrite.

Il peut arriver des cas où l'on éprouve une grande difficulté pour faire rouler la tête dans l'excavation ; elle peut être enclavée ; c'est dans un pareil cas , que l'on peut encore sentir l'importance du levier angulaire de M. Delmas , puisque dans tous les cas , au moyen de ce levier , on surmonte aisément tous les obstacles , tandis que sans lui l'accoucheur est quelquefois obligé de

faire des efforts considérables et souvent infructueux.

§ II. 11^e POSITION (OCCIPITO-COTYLOÏDIENNE DROITE.)

Dans ce cas-ci, comme dans tous ceux qui suivent, il faudra toujours faire application des préceptes donnés dans la première position, en ayant toutefois égard aux règles particulières à chaque cas, que nous aurons soin d'indiquer à mesure que nous parlerons des positions auxquelles elles doivent être appliquées.

Dans la seconde position oblique, on introduit la branche gauche la première, on la dirige obliquement derrière le trou ovalaire gauche, et à mesure qu'elle y pénètre, on abaisse son extrémité vers la cuisse droite de la femme, jusqu'à ce qu'elle soit parallèle à la direction diagonale de la tête. La branche droite est ensuite introduite vers l'échancrure ischiatique droite, en lui faisant croiser légèrement le devant du sacrum et en la rapprochant peu à peu de la branche à pivot. Après avoir réuni les deux branches, il fait opérer à la tête le mouvement de rotation de droite à gauche, en saisissant l'instrument des deux mains, la droite appliquée près des parties génitales externes et la gauche sur les manches auprès des crochets. On se comporte ensuite comme dans la première position.

§ III. III^e POSITION (FRONTO-COTYLOÏDIENNE GAUCHE.)

Le *Manuel opératoire* est, dans ce cas, semblable à celui de la première position oblique. Il ne diffère qu'en ce que, dans le mouvement de rotation que l'on fait exécuter à la tête, l'occiput, au lieu de se placer derrière les pubis, est placé dans la concavité du sacrum, et le front, au lieu de correspondre au sacrum, correspond aux pubis. C'est cette disposition qui oblige, comme dans la position fronto-pubienne, de relever les manches du forceps au-devant des pubis, et de les abaisser ensuite fortement, pour dégager le front au-dessous de l'arcade des pubis.

§ IV. IV^e POSITION (FRONTO-COTILOÏDIENNE DROITE.)

L'analogie de cette position avec la deuxième, est absolument la même que celle qui existe entre la troisième et la première, nous n'entrerons donc ici dans aucun détail pour éviter des répétitions inutiles.

SECTION II.

Positions transversales.

Les positions transversales ont été niées par plusieurs auteurs; cependant leur existence est attestée par M^{me} Lachapelle, Dugès, etc., etc.

D'ailleurs je ne vois pas pourquoi ces positions n'existeraient pas. Du reste, sous les yeux de M. le professeur Delmas, on a pu observer de pareils cas à la clinique d'accouchements de cette Faculté. Dans ces positions, qui sont, il est vrai, les plus défavorables pour l'application du forceps, on place les deux cuillers sur les côtés du bassin, et l'on termine l'accouchement comme dans les positions obliques.



CHAPITRE III.

Application du forceps au-dessus du détroit supérieur.

Le célèbre *Smellie* est, comme nous l'avons déjà vu, le premier qui ait porté le forceps au-dessus du détroit supérieur, pour aller saisir la tête et l'extraire. Il ne se laissa pas éblouir par le succès qu'il obtint, et il s'exagéra en quelque sorte les difficultés et les dangers qu'il y avait à porter si haut, dans les entrailles de la femme, un instrument dont il ne pouvait de l'œil apprécier la marche. Il craignait que sa découverte ne fût funeste à l'humanité; aussi en cacha-t-il pendant longtemps l'existence à ses élèves. Il se rendit enfin à leurs instances, en leur faisant jurer qu'ils ne l'emploieraient jamais dans leur pratique. Aujourd'hui, toutes les fois que la tête est retenue au-dessus du détroit supérieur, les accoucheurs ne craignent pas d'appliquer le forceps au-dessus du détroit supérieur.

Baudelocque en conseille l'emploi dans quelques cas seulement; mais Flamant veut qu'on aille saisir la tête avec le forceps, au-dessus du détroit abdominal, quelle que soit la circonstance qui ne permette pas de confier le travail à la nature. Telle est presque l'opinion de Gardien, tant lui parais-

sent grands les avantages qui résultent de cette pratique , en comparaison des dangers qui menacent l'enfant quand on pratique la version. Le professeur Dugès semble pencher pour la version , et M. Delmas emploie indifféremment , dans ce cas , la version ou le forceps ; cependant c'est au forceps qu'il donne la préférence , et il l'emploie toujours , à moins que la version ne soit indispensable.

Au détroit supérieur , la tête peut prendre huit positions dans lesquelles l'application du forceps peut être nécessaire. Quatre sont obliques , deux transversales et deux directes ; la tête peut , en effet , s'enclaver suivant la direction des divers diamètres de ce détroit.

SECTION I.

Positions obliques.

Dans chaque position oblique du détroit supérieur , l'accoucheur opérera tout à fait de la même manière que dans les positions correspondantes du détroit inférieur ; seulement , au lieu de n'introduire que quatre doigts de la main qui doit servir de guide à l'instrument , on doit imiter la pratique de Flamant et introduire la main en entier.

§ I. 1^{re} ET 3^e POSITIONS (OCCIPITO-ILIAQUE GAUCHE,
FRONTO-ILIAQUE GAUCHE).

Dans ces deux positions, l'accoucheur, après avoir articulé les branches, entraîne la tête dans l'excavation pelvienne par des mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement faits dans la direction du diamètre oblique; aussitôt qu'elle a franchi le détroit supérieur, ce dont il faut s'assurer par le toucher, il convient d'opérer tout à fait de la même manière que dans les première et troisième positions obliques du détroit inférieur.

§ II. 2^e ET 4^e POSITIONS (OCCIPITO-ILIAQUE DROITE,
FRONTO-ILIAQUE DROITE).

L'accoucheur doit ici opérer comme pour les positions correspondantes du détroit inférieur; seulement, il devra de plus faire descendre la tête dans le petit bassin, par des mouvements d'élévation et d'abaissement qui suivront la direction du diamètre oblique qui se rend de gauche à droite, tandis que dans les deux positions précédentes, il se rend de droite à gauche.

SECTION II.

Positions transversales.

§ I. 1^{re} POSITION (OCCIPITO-ILIAQUE GAUCHE).

Dans cette position, l'accoucheur doit commencer par introduire la branche gauche: il porte

ensuite sa main droite derrière l'occiput et fait glisser la cuiller sur ce dernier ; puis, afin d'embrasser la face avec la cuiller droite, il dirige sa main gauche sur le front, et se conduit, pour le reste de cette application, tout à fait de la même manière que dans la première position directe du détroit inférieur. Il doit prendre la précaution de ne pas trop serrer les branches de l'instrument, afin que la figure de l'enfant ne soit pas contuse. Alors, étant arrivé dans l'excavation pelvienne, l'accoucheur imprime au pivot un demi-tour pour désarticuler les branches ; il retire la branche gauche des organes génitaux, et avec quatre doigts de sa main gauche, il fait glisser la cuiller droite sur le côté de la tête qui correspond à l'éminence ilio-pectinée droite, comme dans la première position oblique du détroit inférieur, et se conduit aussi, pour le reste de l'opération, tout à fait de même que dans cette position.

§ II. II^e POSITION. (OCCIPITO-ILIAQUE DROITE).

Dans cette position, l'accoucheur se conduit comme dans la précédente, lorsque la tête est engagée dans le petit bassin, il retire la branche droite des organes génitaux, et termine l'opération de la même manière que dans la deuxième position du détroit inférieur.

SECTION III.

Positions directes.

1^{re} ET 2^e POSITIONS (OCCIPITO-PUBIENNE, FRONTO-PUBIENNE).

L'accoucheur applique le forceps dans ces positions comme dans les positions correspondantes du détroit inférieur. Puis il *désenclave* la tête en la poussant insensiblement de bas en haut, par de petits mouvements directs de latéralité. Lorsque la tête est mobile, il ramène derrière l'éminence iléo-pectinée gauche la partie qui correspond à la symphise pubienne; aussitôt qu'il l'a ramenée à ce point, il termine l'accouchement comme dans la première position oblique du détroit supérieur, si l'occiput se trouve en avant, ou comme dans la troisième, si au contraire c'est le front.

CHAPITRE IV.

§ I.

Positions du Pelvis.

Il n'est pas rare de voir la tête de l'enfant fortement engagée dans l'un ou l'autre des détroits, soit après un accouchement spontané qui, jusque là, n'avait rien offert de particulier; soit après que l'enfant a été tiré par les pieds. Dans ce cas-là, c'est quelquefois en vain que l'accoucheur fait des efforts pour délivrer la femme, les doigts et les mains ne peuvent pas suffire; il faut donc avoir recours au forceps. Un resserrement plus ou moins grand de quelques diamètres du bassin est le plus souvent la cause de cet espèce d'enclavement. Le forceps peut bien ne pas être alors d'un grand secours; cependant on doit y avoir recours, si la tête est dans l'excavation, plutôt que de pratiquer la symphyséotomie ou l'opération césarienne.

Le nombre de positions dans lesquelles on peut appliquer l'instrument est tout à fait le même que dans la présentation du sommet, et le *Manuel opératoire* n'offre de différence que pour le mouvement de rotation et la région de la tête qu'on doit faire sortir la première. Pour exécuter

le mouvement de rotation , il faut toujours porter le crochet vers l'une ou l'autre des aines de la mère, suivant la position , et le ramener immédiatement ensuite au-devant du mont de Vénus. On se propose en agissant ainsi , de rapprocher le menton de la commissure postérieure , et de diminuer les difficultés de l'extraction, lorsque la face est en arrière ; si au contraire la face est en avant , on a pour but d'imprimer à la tête son mouvement d'extension forcée, en amenant l'occiput jusque sur le périnée. Comme c'est toujours la face qui se dégage la première dans l'accouchement par les pieds ; on fera les tractions en élevant , si elle se trouve en arrière ; et c'est en bas qu'on les dirigera , si au contraire elle se trouve en avant. Dans les deux cas , on continuera les tractions jusqu'à ce que la fontanelle bregmatique soit arrivée à la commissure postérieure ; après quoi , on les fait en abaissant dans le premier cas , et dans le second , en élevant pour dégager l'occiput. Il ne nous reste plus qu'à indiquer comment on doit placer le fœtus pour être moins gêné. Lorsque l'occiput correspond aux pubis ou à l'une des régions iliaques , l'accoucheur élève le tronc sur le mont de Vénus , et l'abaisse sur le périnée lorsque l'occiput correspond au sacrum ; s'il correspond à l'une des éminences iléo-pectinées , l'accoucheur porte le tronc vers la partie postérieure de la région interne de la cuisse du même côté que cette éminence , et

s'il correspond au contraire à l'une des symphises sacro-iliaques, il porte le tronc vers la partie postérieure de la région interne de la cuisse, qui porte le même nom que cette symphise.

§ II.

Présentations de la face.

La face peut présenter à l'application du forceps autant de positions que la présentation du sommet, et le *Manuel opératoire* ne présente que les différences suivantes :

D'après les règles de l'accouchement naturel dans la présentation de la face, le menton se dégageant toujours le premier, on commencera les tractions de latéralité en élevant, s'il se trouve en arrière, et on les continuera en abaissant lorsqu'il sera tout à fait sorti; s'il se trouve en avant, au contraire, on les commencera en abaissant, et on les terminera en élevant lorsqu'il aura franchi la vulve.

Dans les première et seconde positions, le mouvement de rotation doit s'exécuter comme dans les troisième et quatrième du sommet, afin d'imprimer à la tête son mouvement d'extension forcée; dans les troisième et quatrième, il doit se faire comme dans les premier et second du sommet, pour rapprocher autant que possible le menton de la commissure.

§ III.

Fœtus double.

Lorsqu'il y a un fœtus double, le corps ou les deux corps peuvent être sortis ou bien ils sont encore dans la cavité utérine. De là résultent deux cas bien distincts : dans le premier cas, pour que l'application du forceps soit possible, il faut que l'une des têtes soit déjà engagée dans le petit bassin, et c'est la tête la plus rapprochée du plan postérieur qui doit descendre la première ; et dans le second cas, au contraire, c'est la tête la plus rapprochée du pubis. Pour le reste de l'opération, on suivra les règles indiquées.

§ IV.

Tête restée seule dans le bassin.

Lorsque par des manœuvres mal dirigées, survient la décollation, la tête peut encore être retenue par les deux obstacles suivants ; qu'a très bien compris M. Champion : ce sont le resserrement brusque du col utérin, et les vices de conformation. Dans le premier cas, l'administration des bains, des opiacés, des relâchements, les émissions sanguines doivent précéder l'emploi du forceps.

Quelquefois l'application de l'instrument offre de grandes difficultés à cause de l'extrême mobilité de la tête. On les évitera en ayant la précaution de la saisir avec un crochet aigu ; on la fixe par ce moyen , et le forceps est alors employé avec facilité. Ces cas , assez communs chez les Anciens , sont très rares de nos jours.

CONCLUSION.

Le forceps ne sera employé que toutes les fois que son application aura été reconnue indispensable.

Ce n'est que sur la tête qu'on doit appliquer cet instrument.

Lorsque l'accoucheur applique le forceps , tant au détroit supérieur qu'au détroit inférieur , il doit toujours saisir la tête dans la direction du diamètre occipito-mentonnier , excepté dans les positions transversales , dans lesquelles il la saisit d'abord parallèlement au diamètre trachilo-bregmatique.

Si le col de la matrice n'est pas suffisamment dilaté , on ne doit point appliquer le forceps.

La branche droite étant appliquée , si l'on voulait , pour appliquer la branche gauche , la faire passer par dessus celle-ci , on serait obligé de les

décroiser pour les articuler; on évitera donc ce décroisement, parce qu'il ne peut se faire sans quelques difficultés.

On doit tirer dans la direction des axes, toujours avec douceur, jamais avec précipitation et sans secousses, tout en lui faisant exécuter quelques mouvements de latéralité.

Le forceps ne devra jamais être enlevé lorsque la tête ne sera plus retenue; on devra se contenter de le soutenir, si l'on ne veut s'exposer à une seconde application.

Pour entraîner la tête lorsqu'elle se trouve obliquement située au détroit supérieur, ou lui imprimer son mouvement de rotation lorsqu'elle est arrivée dans l'excavation pelvienne, et pour l'entraîner lorsqu'elle est directement ou transversalement située, l'accoucheur se place toujours en face de la mère.

Lorsque le forceps est employé, c'est pour entraîner la tête ou pour en réduire le volume; et souvent, c'est tout à la fois pour l'entraîner et en réduire le volume, qu'on peut compter sur lui.



APPENDICE.

Nous pensons que pour compléter notre travail, il convient de parler ici du céphalotribe.

Pour plus d'exactitude, nous rapporterons en entier la description qu'en a faite son inventeur lui-même, M. Baudelocque, dans une petite brochure in-8°, intitulée *de la Céphalotripsie*, suivie de l'histoire de quinze opérations de ce genre qui ont été faites par divers praticiens, par Baudelocque (neveu), professeur d'accouchement. 1836.

« Cet instrument, dit-il, qui est un forceps
« particulier, se compose de deux branches aux-
« quelles s'ajoute une manivelle. Des deux bran-
« ches, l'une s'appelle droite et l'autre gauche. Il
« faut distinguer à chacune d'elles la cuillère et
« son manche; à la branche droite, l'axe, et à la
« gauche, l'échancrure qui reçoit l'axe. La mani-
« velle se compose de la vis, du levier qui la fait
« mouvoir, et de la poignée. Le poids total de
« l'instrument est de quatre livres au plus; la
« longueur de chacune des branches est de vingt
« pouces et demi; la longueur des cuillères, me-
« surée depuis l'axe, est de neuf pouces et demi;
« elles n'ont pas d'ouverture. La courbure de leurs
« bords (courbure nouvelle) est de trois pouces
« un quart, mesurée d'un plan horizontal à leur
« bord inférieur. La courbure de la face de cha-
« cune d'elles (courbure ancienne) est de six lignes;

8

« ainsi, lorsque les deux branches sont croisées et
« réunies, l'intervalle qui sépare les bords supé-
« rieurs et inférieurs est d'un pouce ; et l'épaisseur
« totale des cuillères , prise extérieurement et de
« haut en bas de chacune d'elles, est de huit lignes ;
« la longueur des manches est de onze pouces.
« L'axe , ou pivot , supporté par la branche droite ,
« est placé entre la cuillère et son manche ; son
« épaisseur est de quatre lignes. On conçoit qu'il
« doit être très fort. La jonction des branches est
« semblable à celle du forceps de Smellie ; seule-
« ment elle est en dessous au lieu d'être en dessus,
« et se trouve à la branche droite au lieu d'être à
« la branche gauche. J'ai fait ce changement ,
« parce que quand la jonction se trouvait à la
« branche gauche , elle gênait dans l'introduction
« de la branche droite. La longueur de la vis est
« de huit pouces et demi ; la longueur du levier
« est de cinq pouces. L'instrument doit avoir été
« trempé ; afin que l'acier ait acquis beaucoup
« de raideur et de résistance. Pour lui donner la
« solidité nécessaire et agir avec promptitude
« sans déployer aucun effort musculaire , j'ai
« conçu l'idée d'employer une vis à trois filets ,
« parce qu'ainsi le pas de chaque hélice est assez
« grand , et que la pression sur chaque élément
« de la vis est réduit au tiers ; et ayant égard à
« la longueur du levier qui mène la vis au pas de
« celle-ci et aux distances qui séparent de l'axe
« de l'instrument les points d'application de la

« puissance et de la résistance , on trouve que le
« rapport approximatif de la puissance à la résis-
« tance est comme 1 : 165. »

Le céphalotribe , aussi inoffensif pour la mère que le forceps , entre des mains habiles , expérimentées et prudentes , doit être appliqué sur la tête et avec les mêmes précautions que ce dernier , lorsqu'il est impuissant pour vaincre la résistance qu'opposent à l'accouchement la trop grande étroitesse du bassin , le trop grand volume de la tête , ou la réunion de ces deux causes , et en admettant toutefois que le plus petit diamètre dans lequel réside l'obstacle n'ait pas moins de dix-huit à vingt lignes d'étendue , car il serait indispensable alors de pratiquer une opération sur la mère pour la délivrer.

Enfin , nous ne doutons pas qu'avec une plus longue expérience de cet instrument on ne puisse en retirer encore de nouveaux avantages en l'appliquant sur certaines parties du tronc.

FIN.

NOTE.

A l'article *Impuissance de l'organisme* , nous avons trop fait la part des inconvénients du seigle ergoté , et nous n'en avons pas assez fait connaître les avantages. C'est surtout dans les cas d'inertie par faiblesse qu'il doit être employé avec les plus grands succès par un médecin habile. Entre des mains ignorantes , au contraire , c'est de tous les médicaments le plus dangereux.

EXPLICATION DES PLANCHES.

Forceps de Smellie.	N° 1
— Flamant	2
— Bourdeaux à arc de cercle,	3
— Tenance. Les branches réunies à l'aide d'une serviette.	4
Les trous des branches de ce forceps, qui permettent l'introduction du bout de la serviette, sont représentés par la fig.	4' 4''
Forceps-Delmas articulé.	5
Les deux branches séparées du même forceps.	5' 5''
Forceps du même auteur pour les positions transversales du détroit supérieur	6
Branche brisée du même forceps, vue séparément.	6'
Pièces qui entrent dans l'articulation des branches de ce forceps.	6''

TABLL

DES MATIÈRES.

INTRODUCTION.

Importance de l'art des accouchements, utilité du
forceps *Page* vii

PREMIÈRE PARTIE.

Historique. Résumé de l'histoire du
forceps depuis son invention jus-
qu'à ce jour. Avantages du forceps
de M. Delmas sur tous les autres. 15

DEUXIÈME PARTIE.

Indications. 35

CHAPITRE I^{er}

§ I^{er} Vices de conformation du bas-
sin. 37

§ II. Du trop grand volume de la tête. 46

CHAPITRE II.

Impuissance de l'organisme. . . . 48

CHAPITRE III.

Accidents qui surviennent pendant
le travail 52

§ I ^{er} Hémorrhagies	Page 53
§ II. Convulsions.	58
§ III. Syncopes	65
§ IV. Prolapsus du cordon ombilical.	67
§ V. Brièveté du cordon	70
§ VI. Rupture de l'utérus	71
§ VII. Anévrismes	75
§ VIII. Hernies	76
§ IX. Asthme, Hydrothorax, Hydro- pisie, etc.	<i>ibid</i>

CHAPITRE IV.

Avantages du forceps sur la version.	78
--	----

TROISIÈME PARTIE.

Manuel opératoire.

CHAPITRE I^{er}

§ I ^{er} Précautions à prendre avant d'appliquer le forceps ; conduite de l'accoucheur.	84
§ II. Points de la tête sur lesquels on doit appliquer le forceps. Méthode allemande	89

CHAPITRE II.

Application du forceps au détroit in- férieur	92
SECTION I ^{re} Positions directes	<i>ibid</i>
§ I ^{er} I ^{re} position (occipito-pubienne).	<i>ibid</i>
§ II. II ^e position (fronto-pubienne).	96

SECTION II. Positions obliques . . .	Page 97
§ I ^{er} I ^{re} position (occipito-cotyloïdienne gauche).	<i>ibid</i>
§ II. II ^e position (occipito-cotyloïdienne droite)	99
§ III. III ^e position (fronto-cotyloïdienne gauche).	100
§ IV. IV ^e position (fronto-cotyloïdienne droite)	<i>ibid</i>
SECTION III. Positions transversales.	<i>ibid</i>

CHAPITRE III.

Application du forceps au-dessus du détroit supérieur	102
SECTION I^{re} Positions obliques	103
§ I ^{er} I ^{re} et III ^e positions.	104
§ II. II ^e et IV ^e positions.	<i>ibid</i>
SECTION II. Positions transversales.	<i>ibid</i>
§ I ^{er} I ^{re} position (occipito-iliaque gauche).	<i>ibid</i>
§ II. II ^e position (occipito-iliaque droite)	105
SECTION III. Positions directes.	106
I ^{re} et II ^e positions.	<i>ibid</i>

CHAPITRE IV.

§ I ^{er} Positions du pelvis.	107
§ II. Présentations de la face	109
§ III. Fœtus double	110
§ IV. Tête restée seule dans le bassin.	<i>ibid</i>

Conclusion.	Page 111
Appendice.	113
Du Céphalotribe	<i>ibid</i>
Son emploi.	115
Explication des planches.	116

FIN DE LA TABLE.