

**COUP D'OEIL COMPARATIF**  
**SUR LE MODE D'ACTION**  
**DU FORCEPS ET DU LEVIER;**

PAR

**LE DOCTEUR L. F. FRAEYS,**

AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GAND,  
MÉDECIN-ADJOINT DE L'HÔPITAL CIVIL.



**GAND,**  
**IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE F. ET E. GYSELYNCK,**

Éditeurs des Annales et Bulletin de la Société de Médecine de Gand.

—  
**1849.**

## COUP D'OEIL COMPARATIF

SUR LE MODE D'ACTION

### DU FORCEPS ET DU LEVIER.

---

(Extrait de la Discussion (1) qui eut lieu devant la Société de Médecine de Gand, à l'occasion du deuxième mémoire, présenté à cette Société, par M. le docteur BODDAERT, sous le titre : *De l'usage rationnel du Forceps et du Levier dans l'art des accouchements.*)

---

Si vous avez lu avec attention, Messieurs, les deux mémoires de M. Boddaert, vous devez avoir remarqué qu'ils bouleversent la plupart des idées répandues par les accoucheurs français sur l'utilité du levier. Vous vous rappelez les débats célèbres qui, dans le siècle précédent, s'élevèrent, à ce sujet, entre les partisans du forceps et ceux du levier, débats qui atteignirent leur plus haut degré d'animation entre Baudelocque, alors professeur d'accouchements à l'école de Paris, et notre compatriote Herbiniaux qui, à cette époque, pratiquait avec beaucoup de distinction à Bruxelles.

Le levier ne pouvait avoir d'adversaire plus redoutable que Baudelocque, talent supérieur qui jouissait d'une vogue immense. Pour lui, cet instrument était simplement un agent modificateur, propre à redresser quelques déviations de la tête de l'enfant pendant l'accouchement, but que remplissait d'ailleurs parfaitement

---

(1) Voir *Bulletin de la Société de Médecine de Gand*, page 309, 1849.

une cuiller du forceps; mais, dans aucun cas, le premier instrument ne pouvait être considéré ni employé comme agent extracteur de la tête du fœtus; le forceps était cet extracteur par excellence. Cette opinion de Baudelocque a fait école; depuis elle a été généralement reproduite dans les traités d'accouchements français et dans beaucoup d'autres étrangers. C'est son opinion qui régnait encore aujourd'hui dans la chaire qu'il occupait jadis avec tant d'éclat, et de laquelle, il y a six ans, j'ai entendu M. Moreau dire que le levier n'avait plus qu'un intérêt historique, et figurait comme tel dans les cabinets d'instruments de chirurgie.

Mais pour les partisans du levier, pour Roonhuisen, Titsing, Camper, Herbiniaux, cet instrument jouissait d'une force extractive supérieure à celle du forceps, dégagait des têtes que celui-ci était incapable de retirer, et pouvait, dans la généralité des cas, remplacer avantageusement ce dernier.

Telle est encore de nos jours la position respective des défenseurs du levier et du forceps.

Je n'ai jamais compris l'opiniâtreté que mettent les accoucheurs français à rejeter le pouvoir extracteur du levier, alors que dans les arts, et journellement dans une foule de circonstances, ce pouvoir se développe, sous nos yeux, avec une supériorité à laquelle n'atteignent pas les autres instruments. N'est-ce pas généralement au levier du premier ou du troisième genre, qu'on a recours lorsqu'il s'agit d'extraire d'une cavité quelconque, d'un encadrement un corps qui s'y trouve étroitement enfermé ou serré? Ces conditions ne se retrouvent-elles pas dans l'excavation pelvienne et ses deux détroits, quand ils sont occupés par la tête de l'enfant? N'est-ce pas ainsi qu'agissent la lame du couteau qui ouvre une serrure ou débouche une bouteille, le levier qui retire un pavé, la langue de carpe et le pied de biche qui enlèvent les chicots de dents, l'élevatoire dans l'opération du trépan, etc., etc.? Dans tous ces cas, le petit bras de levier, c'est-à-dire, la portion introduite de l'instrument, si on le prolongeait, irait tomber sur l'une des parois de la cavité contenante, et formerait, ainsi que le remarque M. Boddaert, un angle à sinus ouvert du côté de l'entrée de l'instrument, ce qui fait mouvoir dans ce sens le corps à extraire.

Toutes ces conditions existent, de la manière la plus avan-

tageuse, au détroit supérieur, à l'excavation et au détroit inférieur, lorsqu'ils sont occupés par la tête de l'enfant. Je m'attacherai particulièrement à démontrer cette proposition pour le détroit inférieur, puisque c'est pour contester l'extraction de la tête hors de ce détroit, que Baudelocque a fait le plus d'efforts, et qu'il a cru pouvoir conclure, dès-lors, que cette extraction était encore plus impossible pour les autres points du bassin.

Si nous comparons la tête de l'enfant à un ovale, et le détroit inférieur à un autre ovale, il est évident qu'on peut considérer le premier comme étant dégagé du second, dès qu'une extrémité de son diamètre longitudinal et les deux extrémités de son diamètre transversal sont parvenues au-dessous du niveau de ce dernier ovale. C'est justement ce résultat que produit le levier, dans une position occipito-pubienne au détroit inférieur, par exemple. Si l'on veut se donner la peine de s'en convaincre, rien n'est plus simple. Prenez un bassin de femme et la tête d'un fœtus à l'état secs. Faites tenir le premier, couché sur la face postérieure, et placez la seconde dans la position que je viens d'indiquer, en la tenant avec l'index gauche introduit dans le grand trou occipital, et appuyant les trois derniers doigts sur la base de la mâchoire inférieure. Glissez la lame du levier de Roonhuisen ou du levier flamand sur l'occiput, jusque contre votre index gauche; puis, tout en tirant légèrement sur l'instrument, faites agir celui-ci comme levier du premier genre prenant son point d'appui sur le sommet de l'arcade du pubis, et appuyez pendant ce temps, seulement avec les doigts de la main gauche pour empêcher le menton de fuir ou de monter; car notez bien, ici comme sur la femme vivante, la tête doit fléchir par l'abaissement de l'occiput, et non par l'ascension du menton. Par ce mécanisme, vous amenez la bosse occipitale et les deux bosses pariétales, au-dessous des bords du détroit inférieur, et le reste de la tête se dégage de lui-même. L'instrument, par la faible traction qu'on exerce sur lui, glisse sous le pubis, et sort peu à peu du détroit, à mesure que la tête descend.

Sur le bassin de la femme, garni des parties molles, rien n'est plus facile que d'extraire un grand navet, par exemple, qui se trouve serré dans le détroit inférieur. Rien de plus facile non

plus que d'extraire une tête d'enfant fraîche et tenant au reste du petit cadavre, lorsqu'on prend les précautions que je viens d'indiquer. Mais ici la tête, dégagée du détroit inférieur, pourra ne pas se dégager des parties molles. Cela dépend alors de deux causes : du tronc qui retient la tête, et surtout de l'étendue et de la résistance du périnée. Si, à ce moment, on voulait, imitant la matrice, pousser avec les doigts de la main gauche ou avec le tronc de l'enfant sur le menton de celui-ci, avec une force proportionnelle à la résistance des parties molles qui retiennent la tête, on dégagerait celle-ci immédiatement. Mais, sans pousser sur le menton, ainsi que je viens de l'indiquer, il est possible d'obtenir ce dégagement complet, par la seule action du levier. Pour cela, il suffit de glisser la lame un peu à gauche du bassin, jusqu'à l'apophyse mastoïde qui se trouve de ce côté, et d'agir avec l'instrument, par bascule et par traction, jusqu'au dégagement complet, tout en appuyant sur le tronc du fœtus pour fixer solidement la tête.

C'est ainsi que sur la femme en travail d'accouchement, des milliers de têtes ont été dégagées par les partisans du levier, déjà nommés, et par deux accoucheurs du nord de la France, Warocquier et Rigaudaux. Baudelocque l'a toujours et impitoyablement nié. Il soutenait que la matrice seule, dans tous les cas, excitée par la présence du levier, avait opéré l'expulsion de la tête, tandis que les Roonhuisiens, comme les appelait le professeur de Paris, soutenaient que l'obstacle avait déjà épuisé l'utérus, et que, dans la généralité des cas, cet organe serait resté impuissant pour le vaincre. Baudelocque prétendait encore, que lorsque quelques têtes avaient pu être extraites par le levier, c'étaient des têtes petites et mobiles, que les contractions utérines eussent facilement expulsées, si l'on avait eu la patience d'attendre. Il disait cela et le répétait sans cesse, lorsque les Roonhuisiens étaient unanimes pour dire que c'étaient au contraire des têtes volumineuses, fortement serrées dans l'excavation, ce qui signifiait chez eux des têtes enclavées, et que d'ailleurs celles qui étaient petites et mobiles, se prétaient mal à l'action du levier. Après cela, est-il possible, je le demande, d'afficher plus de dédain que ne l'a fait Baudelocque pour la loyauté et la bonne foi de ses confrères ?

Mais voici, en deux mots, la fin de non-recevoir que l'illustre

professeur a constamment opposée à ses adversaires. En agissant avec votre instrument sur l'occiput, dit-il, vous abaissez et tenez abaissée cette partie de la tête, qui doit se relever sur le pubis afin que le front et la face se dégagent au devant du périnée, comme cela a lieu dans l'accouchement naturel, et comme on peut l'imiter avec le forceps; de sorte que c'est bien la matrice qui surmonte tous les obstacles y compris celui qu'apporte votre levier.

Eh bien, Messieurs, c'est là une double erreur de Baudelocque, et les Roonhuisiens le lui ont dit cent fois, et cent fois prouvé.

Ainsi il n'a pas reconnu que l'extension finale de la tête, pendant le dégagement, est généralement difficile ou impossible, aussi longtemps que par l'abaissement complet de l'occiput, la tête ne traverse pas le détroit inférieur; par la raison que cette extension et par conséquent le dégagement devraient se faire avec le diamètre occipito-frontal qui mesure quatre pouces et l'occipito-mentonnier qui en mesure cinq, tandis qu'ils doivent se faire avec les diamètres sous-occipito-frontal et sous-occipito-mentonnier, qui ont tous les deux moins de quatre pouces d'étendue. Il est bien vrai que cela a quelquefois lieu sans cet abaissement préalable de l'occiput, mais chez des femmes qui ont eu déjà des enfants, ou lorsque la tête est médiocre ou petite et les parties de la mère larges. Il résulte donc de là, qu'en abaissant l'occiput de l'enfant, le levier rend immédiatement réalisables l'extension et le dégagement de la tête. En outre, l'instrument ne met à ces derniers phénomènes aucun obstacle, parce que, à mesure qu'ils s'accomplissent, on va plus doucement et à petits mouvements, en quelque sorte saccadés, de manière que l'instrument descend aussi en glissant sur l'arcade pubienne, avec laquelle à la fin, c'est-à-dire lorsque l'abaissement est complet, il n'est plus en contact que par l'extrémité antérieure de sa lame. D'ailleurs la plupart des Roonhuisiens conseillent d'arrêter l'action de l'instrument ou de le retirer même, pour abandonner l'accouchement à la nature, une fois que la tête n'est plus retenue que par les parties molles. Maintenant, que ce soit la matrice qui opère le dégagement final, rendu dorénavant facile par le changement qu'a produit le levier, cela n'amointrit pas l'utilité de son emploi. Mais cela n'empêche pas, ainsi que nous l'avons démontré plus haut, que le levier à lui seul, sans le secours de la matrice, peut, au besoin, atteindre ce résultat.

Au surplus, à la manière dont Baudelocque parle de l'agacement de la matrice par l'introduction du levier, et des contractions énergiques qui en sont la suite, on dirait que le forceps, qui est un double levier, n'occasionne rien de semblable; et comment ce célèbre accoucheur a-t-il cru pouvoir attribuer à ces mêmes contractions provoquées par le levier, l'extraction de têtes hors de bassins déformés et rétrécis, alors que la matrice et le forceps étaient demeurés jusque là complètement impuissants?

Si donc le levier est réellement un agent extracteur, eu égard à l'accouchement, il nous reste à comparer la puissance et le mode de son action à ceux du forceps. Et si dans cet examen comparatif, aux deux détroits et à l'excavation du bassin, nous trouvons que cette puissance est supérieure et ce mode d'action plus avantageux, nous aurons l'explication de tous les faits pratiques, sur lesquels s'appuie le mérite de l'instrument de Roonhuisen.

La mécanique nous apprend que, pour le levier, la puissance est à la résistance en raison inverse des bras du levier, en d'autres termes que la puissance est égale à la résistance divisée par le nombre de fois que le bras de la résistance est contenu dans celui de la puissance. Nous savons d'autre part, que, lorsque la tête se trouve au détroit supérieur, le levier, passant derrière le pubis, ne doit être introduit qu'à la hauteur de trois pouces environ pour atteindre le point du crâne sur lequel il doit agir. Ainsi, avec le levier flamand, qui mesure au moins un pied ou douze pouces, l'effort qu'il faudra faire pour abaisser la tête dans l'excavation sera trois fois moindre que la résistance. Cet effort deviendra de plus en plus petit, à mesure que la tête sera descendue davantage dans l'excavation, attendu que l'introduction de l'instrument sera de moins en moins profonde, ou le bras du levier de la résistance de plus en plus petit, et celui de la puissance de plus en plus long.

Pour le forceps, toujours d'après les principes de la mécanique, la puissance doit être égale à la résistance, lorsque la force qui meut l'instrument agit dans le sens de cette résistance, c'est-à-dire dans le sens des axes du bassin; et elle devra être d'autant plus forte qu'elle agira plus obliquement à ces derniers. La mécanique a également calculé et formulé la progression mathématique de

cet accroissement de résistance ou de force nécessaire pour la vaincre, résultant de l'obliquité de cette dernière.

Mais à cause de l'inclinaison du détroit supérieur et de la direction du sacrum, le levier appliqué à ce détroit ou à la partie la plus élevée de l'excavation pelvienne, agit sur la tête de l'enfant, à peu près dans la direction des axes de ces deux niveaux, surtout lorsqu'on combine les efforts d'abaissement et de traction. Le forceps, au contraire, de l'aveu de tous les accoucheurs, quelque précaution que l'on prenne, ne peut jamais agir dans le sens de ces axes, mais plus ou moins obliquement en avant, et par là une partie de la force vient se perdre en avant contre le pubis. Il faut donc à cet instrument, toutes choses égales d'ailleurs, une puissance au moins trois fois plus grande que celle du levier pour abaisser la tête de l'enfant.

Si nous ajoutons à cela tous les autres avantages signalés par Herbiniaux et M. Boddaert, nous obtenons la résultante de l'immense supériorité du levier sur le forceps. L'on comprend dès-lors, comment il se fait que le premier de ces instruments, avec un effort modéré, amène dans l'excavation des têtes serrées dans le détroit supérieur, et qu'il ne fatigue jamais ou presque jamais un accoucheur, tandis que le forceps en fatigue facilement un ou deux, tout en restant insuffisant. « Il n'est donc pas étonnant, » comme dit M. Boddaert dans son premier mémoire, qu'on » parvienne au moyen du levier à amener si facilement la tête de » l'enfant, lorsque le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur » n'est pas trop rétréci, par exemple, depuis l'état normal, ou » quatre pouces, jusqu'à trois. Eh bien, dit-il, dans tous les cas » dans lesquels le degré de rétrécissement de ce diamètre variait » entre trois et quatre pouces, lorsque j'étais seul ou avec quel- » ques-uns de mes confrères, dont je pourrais ici invoquer le » témoignage, ou bien lorsque nous avions employé infructueuse- » ment le forceps pour dégager la tête, le plus souvent j'ai fait » passer l'enfant aussi facilement, aussi promptement et aussi » avantageusement pour la mère et pour l'enfant, au moyen du » levier, que quand il s'agissait d'amener la tête de l'enfant au » dehors avec le forceps, lorsqu'elle était parvenue au détroit » inférieur. »

Presque tous, Messieurs, nous avons vu l'emploi du levier

\*

dans des cas difficiles, et nous sommes à même de donner à M. Boddaert le témoignage qu'il invoque. Si, fréquemment dans les faits qu'il relate dans ses mémoires, l'enfant a été extrait mort, il est à remarquer que le plus souvent il l'était avant l'emploi de l'instrument, auquel l'opérateur n'a pu avoir recours que tardivement. Ajoutons à cela que M. Boddaert ne rapporte que les plus saillants, les plus difficiles des faits nombreux qu'il possède, et reconnaissons enfin, que quelquefois chez lui la temporisation, la confiance dans les ressources de la nature est peut-être poussée plus loin qu'il ne convient. Mais nous devons toutefois constater que, même dans des cas d'une extrême gravité, il a pu parfois amener, par le levier, des enfants vivants, quoique l'on eût déjà fait avec le forceps de grands efforts.

Le passage que je viens de rappeler n'est donc que l'expression de la vérité. C'est ainsi que les Roonhuisiens ont toujours exprimé la confiance qu'ils avaient dans le levier, comme on peut le voir dans plusieurs passages de l'ouvrage d'Herbiniaux.

Dans l'excavation et au détroit inférieur du bassin, le forceps peut agir dans le sens de leurs axes, et la puissance devient égale à la résistance; de plus, celle-ci, lorsque la tête est bien fléchie, présente son minimum d'intensité, de sorte que le forceps acquiert, par ces conditions réunies, la plus grande somme des avantages dont il est susceptible. Nonobstant ces avantages, il résulte des principes que nous avons développés plus haut, que dans ces mêmes circonstances, en tenant note du faible frottement qu'éprouve la tête sur la face concave du sacrum, il ne faut au levier, pour extraire cette tête, que le quart, et moins peut-être, de l'effort qu'exige le forceps. Cela est du reste conforme à l'observation et au témoignage de tous les partisans du levier. Mais, lorsque la tête n'est pas suffisamment fléchie, comme cela arrive souvent, dans l'excavation et au détroit inférieur, la résistance augmente considérablement pour le forceps qui ne peut rien changer à cet état de flexion insuffisante, et n'augmente aucunement pour le levier, qui, par son mode d'action, oblige immédiatement l'ovale de la tête à descendre par l'une de ses extrémités, et à traverser obliquement tous les passages qu'il doit encore franchir. Baudelocque a avancé que le levier, par son action, tend à pousser et pousse effectivement la tête en arrière, en

déprimant le périnée. Cela est très-vrai, mais il faut ajouter que cela s'accorde avec la direction de l'axe du détroit inférieur, qui, d'après les recherches de M. Naegele, se dirige également de ce côté. D'ailleurs le mouvement de traction que l'on combine avec celui de bascule, permet à l'instrument d'agir à peu près exactement dans le sens de cet axe. Quant à la dépression du périnée, avec un peu d'attention, on la limite à volonté; elle est d'ailleurs indispensable pour que la tête puisse sortir du détroit, et on ne la détermine avec l'instrument que jusqu'à ce que ce dernier résultat soit obtenu. Au reste, le forceps produit le même effet.

De tout ce que j'ai dit jusqu'à présent, il suit évidemment que le levier jouit d'une force extractive, et que cette force est de beaucoup supérieure à celle du forceps. Je ne ferai de cette conséquence aucune application aux cas particuliers. Cette tâche se trouve largement remplie dans le livre d'Herbiniaux et dans le mémoire de M. Boddaert. Je me bornerai à dire, avec Denman, qu'on peut regarder comme un fait, et telle est ma conviction, que dans le plus grand nombre des cas on peut se servir indistinctement du forceps ou du levier, et avec la même sécurité (mais non la même facilité ni la même force, qui sont toujours du côté du levier), suivant l'habileté acquise par l'habitude; que jamais on n'a pu extraire par le forceps des têtes que le levier n'eût pu extraire également, et que celui-ci convient souvent seul ou mieux que le premier. Enfin, si je veux spécifier davantage, je dirai que le forceps convient parfaitement pour extraire des têtes peu serrées, mobiles, et qui se présentent favorablement pour l'engagement; mais que le levier convient mieux pour extraire celles qui sont serrées, fixes (comme dans l'enclavement, par exemple, soit qu'on l'entende à la manière de Baudeloque ou des Roonhuisiens), et lorsqu'il est besoin, pour déterminer l'engagement, d'abaisser une partie de la tête plus qu'une autre.

Avant de finir, je crois devoir soutenir une dernière thèse, savoir: que le levier est généralement aussi innocent, et, dans beaucoup de cas, moins dangereux que le forceps, pour la mère et pour l'enfant. Cette thèse paraîtra tout d'abord comme un paradoxe aux yeux de beaucoup d'accoucheurs, surtout de ceux de l'école de Baudeloque. Elle est pour moi une vérité; elle en doit être une pour M. Boddaert, puisqu'elle ressort clairement de tous ses rai-

sonnements et de tous les faits qu'il rapporte. Il est seulement à regretter qu'il n'ait pas appuyé davantage sur ce point, d'autant plus qu'un accoucheur en renom, M. le professeur Van Huevel, de Bruxelles, semble croire le contraire si j'en juge par les notes qu'il a jointes au Traité d'accouchements de M. Cazeaux.

Pour l'examen de cette thèse, je laisse de côté les cas ordinaires, où l'un instrument n'est pas plus dangereux que l'autre, et je choisis de suite le cas le plus difficile, celui où la tête de l'enfant est fortement serrée, enclavée dans le détroit supérieur, rétréci d'avant en arrière.

Eh bien, il est d'abord incontestable, ainsi que le fait remarquer M. Boddaert, dans son premier mémoire, que, sous le rapport de la construction des deux instruments, de leur application, de la hauteur à laquelle ils doivent être introduits, de la diminution des diamètres de la tête sous la pression de l'un ou l'autre, et sous le rapport de la force à employer, tous les avantages sont du côté du levier. Comparez, dans le cas choisi, l'introduction des deux branches du forceps à celle du levier, et dites-moi de quel côté se trouvent les douleurs, les difficultés et les dangers? Dites-moi si, pour un accoucheur donné, quel qu'il soit, quel que soit le degré de son habileté ou de sa maladresse, tous les désavantages ne sont pas du côté du forceps? Cela me paraît si évident, que l'on ne saurait soutenir raisonnablement le contraire. Combien de contusions et de déchirures du col et du vagin n'ont pas été produites pendant l'introduction des branches du forceps?

Mais les deux branches sont introduites, articulées et la tête saisie. Dans le cas actuel, quelles peuvent être et quelles sont fréquemment les autres accidents qui se présentent? N'oublions pas, Messieurs, que nous avons affaire à un cas grave, le rétrécissement antéro-postérieur du détroit supérieur. Il faudra donc faire d'énergiques tractions pour abaisser la tête. On répète ces tractions énergiques et l'on double même leur force en tirant à deux; la tête ne bouge pas et l'instrument s'échappe à la fin, soit parce que la tête n'était pas bien saisie, soit parce que les cuillers cèdent en se faussant. On sait que ces échappées sont fréquentes, malgré les précautions conseillées dans les livres. En s'échappant le forceps peut tailler en avant et en arrière, et occasionner des lésions

graves. Tous les traités de chirurgie l'accusent de produire des fistules vésicales ou rectales et des déchirures du périnée. Je suis loin de croire que cette accusation ait été toujours fondée, mais il suffit qu'elle l'ait été quelquefois. Je pense, au contraire, avec M. Stoltz, que la plupart de ces fistules se forment par gangrène des parties, gangrène qui trouve sa cause dans la pression trop longtemps prolongée de la tête du fœtus contre les deux points opposés du diamètre rétréci; et que l'emploi des instruments pour faire cesser à temps cette pression, loin de favoriser la production des fistules, est, au contraire, très-propre à les prévenir.

On sait que les fistules vésico-vaginales sont de beaucoup les plus fréquentes, et qu'elles sont toujours à redouter dans les circonstances dont il s'agit. Elles ont ordinairement leur siège sur le bas-fond de la vessie immédiatement derrière le col. C'est cette partie de la vessie que la tête, serrée dans le détroit supérieur, presse avec le vagin contre la symphyse pubienne. Sous cette pression permanente, la gangrène survient et marche du vagin vers la vessie qui finit par être atteinte inévitablement, si la nature ou l'homme de l'art ne portent remède à cet état. Plus ou moins de temps après l'accouchement, l'escharre se détache et la fistule existe. M. Boddart rapporte dans son second mémoire un exemple de gangrène partielle ou incomplète, ayant pénétré jusqu'à deux lignes de profondeur dans le point du vagin qui avait été pressé entre la tête et le pubis. Il est certain que la terminaison de l'accouchement, en pareil cas, est le meilleur et le seul moyen d'empêcher que la lésion pénètre plus loin; mais n'est-il pas vrai de dire que le forceps, dont une grande partie de la force vient se briser contre le pubis, rendra excessive la pression qui détermine la gangrène, et fera faire à celle-ci des progrès tels qu'elle entamera inévitablement la vessie? On ne peut en douter, quand on réfléchit à l'énergie et à la durée des efforts qu'on fait quelquefois avec cet instrument.

Du côté de l'enfant, le forceps, par sa pression ou ses échappées, dans le cas difficile que j'ai choisi, détermine fréquemment des déchirures du cuir chevelu, des fractures ou la rupture des fontanelles ou des sutures.

Le levier expose-t-il à tous ces dangers?

Comme le fait remarquer M. Boddart, l'introduction du levier,

qu'on glisse directement derrière une des branches du pubis, ou qu'on y ramène quand on l'a passé d'abord sur le côté du bassin, ne peut être comparée à celle des branches du forceps, sous le rapport ni de la douleur, ni des difficultés ni des lésions. Mais, comme ce dernier, il peut, surtout s'il n'est pas bien appliqué, glisser sur la tête de l'enfant pendant le mouvement de bascule; toutefois ce glissement amortira, en grande partie, le coup qui portera généralement à faux, puisque l'instrument, ne pénétrant guère au-delà de trois pouces, ne pourra atteindre à la face postérieure du bassin. D'ailleurs on arrête plus sûrement ce mouvement que celui qui entraîne le forceps quand il s'échappe de la tête de l'enfant, et le périnée ni la paroi antérieure du vagin ne courent aucun danger.

Le levier peut-il être cause de fistules vésico-vaginales? Je ne le pense pas. D'abord, si la tête se trouve serrée dans le détroit, l'instrument se place à côté du point de contact qu'elle a avec le vagin en avant. Il ne presse donc pas sur ce point du vagin et ne saurait, par conséquent, augmenter la gangrène qui y serait déjà commencée; au contraire, en diminuant l'épaisseur de la tête comprise entre le pubis et le sacrum, tout en la poussant vers ce dernier os, il remplit toutes les indications nécessaires pour arrêter immédiatement cette gangrène. Si l'on avait à redouter les fistules vagino-rectales autant que les vésico-vaginales, par le séjour prolongé de la tête dans le détroit supérieur, oh! alors, on pourrait, jusqu'à un certain point, arguer du mode d'action du levier; mais cette espèce de fistule, comme on sait, est extrêmement rare, et je n'en connais particulièrement que deux exemples; encore l'un est-il douteux, celui de M. Roux. Le premier est celui de Ruysch, où, à la suite d'un accouchement laborieux mais spontané, il y eut sur la cloison recto-vaginale une escharre très-étendue qui laissa après elle, entre les deux organes contigus, une communication par laquelle on aurait pu faire passer une grosse noix. Le second fait a été observé par M. Roux, et rapporté dans l'*Union médicale* du 24 mai 1849.

Mais, dit-on, le levier prend son point d'appui sur le pubis ou ses branches et peut contuser les parties molles qui les recouvrent. Cela est vrai; cependant tous les Roonhuisiens déclarent qu'ils n'en ont jamais vu résulter d'inconvénient, bien qu'ils aient, comme

Herbiniaux, terminé, avec cet instrument, les accouchements les plus difficiles. M. Boddaert ne parle pas davantage de cet inconvenient, dont je n'ai vu moi-même nulle apparence dans les cas que j'ai observés. D'ailleurs, qu'y a-t-il à redouter de cette pression momentanée, forte même d'une lame large et mousse comme dans l'instrument de Roonhuisen ou celui des Flamands? Ne voit-on pas tous les jours une pression semblable être exempte d'accidents, dans l'arrachement des dents? On semble redouter particulièrement la contusion du canal de l'urètre, qui est logé et protégé dans le sommet de l'arcade pubienne; mais avec un peu d'attention on le préserve, sans peine, de la pression de l'instrument.

Du côté de l'enfant, le levier peut occasionner, comme le forceps, des lésions de la peau, des os et des sutures du crâne. Mais, ne perdant pas, comme ce dernier, une grande partie de sa force, ainsi que je l'ai prouvé plus haut, l'effort qu'il devra exercer sur la tête sera nécessairement moindre, dans des cas identiques bien entendu. En outre, la tête peut se développer et fuir dans tous les sens, sous la pression du levier, ce qu'elle ne peut faire entre les cuillers du forceps. De sorte que l'on n'observe le plus souvent ces lésions que dans le cas de rétrécissement considérable.

Il est un dernier accident dont les adversaires du levier accusent cet instrument, quand on l'emploie au détroit inférieur, savoir la déchirure du périnée. Certainement, si, par ignorance ou par vanité, après avoir placé le levier sur l'occiput ou vers l'apophyse mastoïde de l'enfant, on opérât l'expulsion de la tête, dans un seul temps, par un seul mouvement de bascule, et sans se préoccuper du périnée, certainement, dis-je, que cette partie courrait le plus grand danger d'être rompue, surtout chez une primipare. Mais, qui donc opère de la sorte, si ce n'est des hommes qui n'ont ni savoir, ni même du bon sens, et ces hommes-là quels dégâts n'opèrent-ils pas au périnée, avec le forceps? Cette rupture manquerait-elle jamais d'avoir lieu, si l'on procédait de la même manière avec ce dernier? Au contraire, si l'on opère avec le levier, comme le veulent les Roonhuisiens, et comme l'indique d'ailleurs le simple bon sens; si l'on conduit l'opération de la manière prescrite par M. Boddaert et rappelée plus haut, en ayant l'attention de bien soutenir le périnée, à quels plus grands

dangers cette partie est-elle donc exposée que dans l'accouchement naturel et rapide, ou dans l'extraction par le forceps? La déchirure du périnée, quel que soit le mode d'expulsion ou d'extraction, est, dans certains cas, inévitable, et les soins de l'accoucheur doivent tendre alors à la limiter autant que possible. Mais, dans le plus grand nombre des cas, et j'y comprends celles qu'on attribue tous les jours au forceps, ces déchirures doivent être attribuées à un défaut d'attention et de soins. Ainsi, par exemple, l'accoucheur ne doit jamais confier à une personne étrangère à l'art, comme cela arrive si souvent, le soin de soutenir le périnée, ce qui est certainement un des points les plus importants de l'extraction de la tête de l'enfant par les instruments. Une telle personne soutient mal ou ne soutient pas du tout le périnée qu'elle laisse toujours déchirer. Au surplus, si les Roonhuisiens ont conseillé d'arrêter l'action de l'instrument ou de retirer celui-ci, dès que la tête est sortie du détroit inférieur et n'est plus retenue que par les parties molles, les partisans du forceps n'ont-ils pas donné le même conseil? Et si l'on croit devoir retirer l'un et l'autre instrument sans la tête, dans le but de ménager le périnée, de quel côté sont encore une fois les avantages et les facilités, sinon du côté du levier? Il n'y a peut-être, pour empêcher la déchirure périnéale, qu'un seul avantage du côté du forceps, quand on doit recourir à cet instrument, celui de pouvoir retenir la tête de l'enfant et de mettre par là un obstacle à l'expulsion trop subite par les efforts de la matrice et des muscles abdominaux.

Telle est, Messieurs, mon opinion sur le levier. Elle s'appuie sur la pratique et les écrits des Roonhuisiens, de Denman, de M. Boddaert, et sur quelques faits et expériences qui me sont propres. Il y a, comme vous voyez, une très-grande distance entre cette opinion et celle des accoucheurs français. J'ai déjà laissé entendre quelle est l'origine de la proscription de cet instrument en France. Commencée sous Levret, elle a été achevée sous Baudelocque. Le talent et la vogue de ce dernier devaient porter de rudes coups au levier; cependant, il faut le reconnaître, la victoire que le professeur de Paris a remportée sur les Roonhuisiens, n'est ni réelle ni légitime. Scientifiquement, Herbiniaux a triomphé dans la lutte qu'il a soutenue contre Bau-

delocque. Il faut lire son *Traité sur divers accouchements laborieux et sur les polypes de la matrice*, publié à Bruxelles, en 1794; il y détruit complètement, l'un après l'autre, tous les arguments de son éloquent adversaire. La loyauté et la conviction y règnent constamment, et jamais l'on n'y trouve de la crainte ni de la gêne. Je ne m'arrêterai point à quelques détails de cette lutte, qui ne me paraissent pas toujours dignes du nom de Baudelocque; mais je ne puis dire que celui-ci ait apporté la même bonne foi dans ces graves débats, où lui et Herbiniaux ont occupé les rôles principaux. C'est ce qui explique l'animosité à laquelle le praticien de Bruxelles s'est quelquefois laissé aller. Il s'en excuse lui-même à différentes reprises, en rappelant toutefois son adversaire au devoir : « les arts et les sciences, dit-il, doivent leurs progrès à la saine critique; mais pour qu'un art quelconque puisse en retirer un bénéfice réel, il faut que le bien de l'humanité, le désintéressement, l'impartialité et la vérité y règnent partout. « L'homme le plus modéré n'est pas toujours à même de donner à son langage un ton précis d'urbanité, mais en y manquant nous ne croyons pas avoir autorisé M. Baudelocque à nous réfuter par des sophismes. » « Supérieur à Levret, il devait au contraire arrêter le progrès de l'erreur. » « Le respect que méritent ses talents ne me paraît pas devoir l'emporter sur l'intérêt qui m'anime : il n'est plus question de vaines bienséances lorsqu'il s'agit de défendre ou de sauver la vie des hommes. » Enfin, il est juste de dire que si l'un des deux combattants a raison de se plaindre de l'autre, c'est incontestablement Herbiniaux; et si le livre de ce dernier n'a pas reçu l'approbation de l'Académie de Médecine de Paris, il a reçu celle de la Société Royale de Londres.

Indépendamment de la question du levier, qui est traitée avec un véritable succès, l'ouvrage de notre compatriote contient une foule de développements, tant pratiques que théoriques, des recherches précieuses sur les vices du bassin, et un grand nombre de préceptes utiles que la science a acceptés et conservés. Personne mieux que lui n'a fait ressortir les désavantages et les difficultés de l'application du forceps au détroit supérieur. Quand Baudelocque, pour les éviter, conseillait d'appliquer une branche derrière le pubis et l'autre au-devant du sacrum, Herbiniaux démontrait l'impossibilité de ce procédé. Tous ceux qui liront cet

ouvrage, le feront avec plaisir et fruit. Par sa valeur, il méritait la considération de Baudelocque, et il m'est pénible de le voir accueilli avec dédain et dépit par cet homme illustre.

S'il était besoin de justifier les reproches que je fais à Baudelocque, non par esprit de nationalité, mais par hommage pour la vérité, des hommes non moins célèbres que lui, Desormeaux et Velpeau, tous les deux Français comme lui, viendraient à mon secours. Ces deux auteurs, comme on peut le voir dans le premier mémoire de M. Boddaert, disent que « Baudelocque est allé trop loin, en rejetant absolument l'usage du levier, si ce n'est pour redresser la tête du fœtus, déviée de sa direction naturelle; qu'il n'a pas bien compris la manière d'agir de cet instrument; qu'elle n'a pas été mieux comprise depuis, et qu'il est essentiel de rappeler le levier à l'attention des praticiens. »

Herbiniaux, par son livre, occupe encore une des places les plus honorables dans l'histoire des polypes de la matrice, comme le témoignent, entre autres, Boyer et Velpeau, dans leurs traités de chirurgie et de médecine opératoire. Le premier, il employa le forceps pour extraire les polypes volumineux, opération imitée par Baudelocque, et depuis par MM. Deneux, Murat et Hervez de Chégoin. Le premier, il reconnut et décrivit la structure fibreuse de certains polypes de la matrice, et le premier encore, il imagina de porter une ligature autour de leur pédicule, en faisant, au moyen d'instruments qui, de l'aveu de Boyer, sont très-ingénieux, parcourir à cette ligature la circonférence du pédicule.

Au point de vue de l'usage du levier, le travail de M. Boddaert fait le digne pendant de l'ouvrage d'Herbiniaux. Veuillez l'avenir lui réserver un meilleur sort! Sous un style simple et des allures modestes, il est un chef-d'œuvre de pratique démonstrative. C'est un de ces mémoires rares, où les faits abondent et viennent, par groupes, appuyer chacune des propositions principales. Fruit de recherches longues, constantes et consciencieuses, l'écrit de notre confrère mérite toute l'attention des praticiens.

M. TEIRLINCK. Mais, depuis plus de deux siècles, le forceps rend de si éminents services que j'hésiterais à contester son mérite. Je reconnais en lui un instrument si précis, si bien réglé et cal-

culé; un instrument qui, comme l'observe M. Capuron, jouit du glorieux privilège de sauver deux individus à la fois, sans nuire ni à l'un ni à l'autre. Le levier pourrait-il toujours ou aussi fréquemment donner les mêmes résultats? Avec lui, ne va-t-on pas, si je puis dire, quelquefois à l'aventure?

M. FRAEYS. On ne va pas plus à l'aventure avec le levier qu'avec le forceps. Il faut faire ici la part de l'instruction pratique et de l'habileté de l'opérateur. Quand on est à même de bien toucher la femme, et de reconnaître les différentes présentations et positions de l'enfant, on ne se trompe plus sur ce que l'on fait et on se dirige sûrement dans l'application de l'un et de l'autre instrument. Faut-il, d'ailleurs, accuser ces derniers des fautes de ceux qui les emploient? Quel instrument plus dangereux que le bistouri entre les mains d'un chirurgien incapable? Les médicaments les plus énergiques, ne deviennent-ils pas de violents poisons, quand l'ignorance préside à leur usage? Les fautes principales que commettent beaucoup d'accoucheurs, et qui rendent moins sûre l'action du levier, sont, d'après Blundell, 1° de s'en servir lorsque la dilatation du col est encore incomplète; 2° de ne pas attendre, pour extraire la tête, jusqu'à ce qu'il survienne une contraction utérine qui empêche celle-ci de vaciller sous la pression de l'instrument; et 3° de l'employer sans avoir constaté exactement quelle est la partie de l'enfant qui se présente, et quels sont les rapports de celle-ci avec le bassin de la femme.

Avec M. Teirlinck, je vois dans le forceps un instrument précieux, le plus parfait peut-être de la chirurgie, et, sans contredit, la découverte la plus importante qui ait été faite dans cette science; loin donc de moi la pensée de le proscrire et de ne lui attribuer qu'un intérêt purement historique; ce n'est pas non plus l'intention de M. Boddaert, puisqu'il le recommande dans un grand nombre de cas, bien qu'il ajoute que le levier peut, au besoin, le remplacer. Mais, de ce que le forceps est un instrument très-bon et très-utile, s'ensuit-il qu'il doive toujours suffire pour le but auquel on le destine, et que le levier ne puisse être plus utile que lui, dans certains cas, et être encore utile, dans certains autres où le forceps est impuissant ou dangereux? Certainement non; et c'est à faire la distinction de tous ces cas que

doivent tendre les efforts des accoucheurs. Mais que de temps et de démonstrations ne faudra-t-il pas pour cela? Car, comme le dit M. Teirlinck, le forceps est un instrument admirable et généralement employé depuis plus d'un siècle. Il jouit d'une vogue qu'on peut comparer à celle du quinquina, et qu'on parviendrait plus difficilement à diminuer que cette dernière. Supposez que le quinquina ne fasse pas l'objet d'un commerce étendu, et ne coûte que quelque chose de plus qu'une autre substance, moins amère et d'un usage aussi facile et aussi avantageux, et qui serait, en outre, dans certains cas plus efficace que lui, on ne parviendrait pas à faire prendre à ce nouveau fébrifuge la vogue qu'il mérite. Le médecin qui s'est toujours servi, avec succès, du premier fébrifuge, quoiqu'on dise, ne l'abandonnera pas pour un autre qu'il n'a jamais employé et qui, par conséquent, ne saurait lui inspirer la même confiance. Le nouveau fébrifuge pourrait cependant se répandre à la longue, s'il venait en faveur sur quelques grands théâtres d'enseignement.

Tel a été et tel sera le sort du levier. Devancé par le forceps, dont l'invention et la publication appartiennent à la gloire de notre compatriote Palfyn, et qui fut porté à son plus haut degré de perfection par Smellie et Levret, qui se trouvaient à la tête de l'enseignement obstétrical en Angleterre et en France, le levier, employé longtemps secrètement par Roonhuisen, en Hollande, ne fut rendu public qu'en 1753. Le premier fut bientôt accueilli dans les grands établissements de Maternité, et célébré par les principales chaires d'accouchements pour se répandre de là dans le monde. L'autre a été privé de tous ces avantages, et s'est répandu infiniment moins. Le nombre de ses adeptes est resté à peu près toujours le même, et jamais ils ne l'ont renié. Ils se trouvent particulièrement en Angleterre, en Hollande et en Belgique. Mais si Herbiniaux se fût trouvé à la place de Baudelocque, ou si M. Bodaert occupait aujourd'hui celle de M. Paul Dubois, oh! alors, les preuves sous les yeux, il eût bien fallu, ou il faudrait bientôt se rendre à l'évidence des faits, et le levier serait plus répandu et mieux connu, ou il ne tarderait pas à l'être. Les recherches se multiplieraient, et dans un avenir, peu éloigné peut-être, l'on parviendrait à pouvoir préciser exactement l'emploi dévolu au

forceps et au levier. Car il ne suffit pas, comme l'a fait Baudelocque, de repousser ce dernier instrument par de purs raisonnements, il faut voir des résultats, l'étudier et l'expérimenter convenablement. Tant que vous n'aurez ni vu ni expérimenté, vous n'en croirez rien ou vous resterez dans un doute indifférent.

Dans vos expériences servez-vous du levier flamand, qui est à peu près celui de Roonhuisen, fixé sur un manche de bois. Le levier français ou une branche du forceps ne peuvent nullement convenir; ils sont trop larges, et, sous tous les rapports, propres à donner des résultats incomplets.

Mais j'ai nommé M. Paul Dubois, homme consciencieux, qui se trouve au faite de l'art. Professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de Médecine de Paris, il est, en même temps, professeur et chirurgien en chef à l'Hospice de la Maternité. M. Paul Dubois publie, en ce moment, un *Traité d'accouchements*, dont une livraison a paru, et qui sera l'écho de son école. La science attend, avec impatience, son dernier mot sur un grand nombre de points. C'est qu'elle sait, depuis longtemps, qu'il a pris à tâche de passer de nouveau l'art obstétrical par le creuset de l'expérience, et que sa plume n'écrit jamais que sous l'inspiration d'une conviction faite. Comment M. Paul Dubois abordera-t-il la question du levier? S'il faut en juger par plusieurs de ses élèves, qui ont déjà publié des livres et donné les prémices de ses savantes leçons, le professeur de la Faculté de Paris ne fera pas faire un pas à cette question, et l'on ne verra pas encore en France le levier occuper, comme chez nous, une place honorable à côté du forceps, dans le petit sac de mérinos, vade-mecum de l'accoucheur qui va au secours de la nature impuissante ou troublée.