

RÉFLEXIONS PRATIQUES

Sur les indications et les difficultés de l'embryotomie, nouveau forceps céphalotribe. Par M. le docteur P. CAZEAUX, ancien chef de clinique d'accouchement près de la Faculté de médecine de Paris, etc., etc.

L'embryotomie est une des opérations les plus graves et les plus anciennement connues de la chirurgie obstétricale. Sous ce dernier rapport, il semblerait que les procédés devraient être arrivés à un haut degré de perfection et que l'indication des cas qui réclament cette opération devrait être exposée avec la plus grande précision. Malheureusement il n'en est rien : malgré la quantité prodigieuse d'instrumens proposés depuis vingt siècles, la manœuvre est presque aussi difficile qu'aux temps hippocratiques, et malgré les nombreuses discussions qu'elle a soulevées, on ne s'entend pas encore sur les cas dans lesquels on doit la pratiquer.

Unique ressource de l'art avant l'invention du forceps ou des autres tire-têtes connus, l'embryotomie était presque constamment employée dans les cas difficiles. On faisait assez bon marché à cette époque de la vie du fœtus, et d'ailleurs les moyens de diagnostic étaient tellement insuffisants pour constater sa mort, que pour peu que le travail se prolongeât au-delà des limites ordinaires et qu'il pût en résulter quelque danger pour la femme, on recourait aux crochets, perce-crânes, tenailles, etc. Plus tard, on devint beaucoup plus scrupuleux et on ne se permit de porter sur le fœtus aucun instrument meurtrier sans s'être assuré que celui-ci avait cessé de vivre. Telle était alors l'autorité des idées religieuses, que si la femme, épuisée par des douleurs excessives, ne pouvait être sauvée que par l'embryotomie,

on restait spectateur impassible, fidèle à cette maxime de St.-Ambroise professée par les docteurs du temps : « *Si l'on ne peut pas secourir l'un des deux, sans en offenser un, il vaut mieux n'aider ni l'un ni l'autre.* »

Quelque monstrueuse que paraisse cette dernière proposition, elle fut acceptée comme règle de conduite par la plupart des accoucheurs ; et on trouve dans les ouvrages de Mauriceau, Peu et Delamotte plusieurs observations qui témoignent de leur respect pour la parole de saint Ambroise. Mais il n'est pas nécessaire de remonter aux siècles précédens pour trouver des exemples d'une telle barbarie. Ouvrez la plupart de nos livres les plus modernes, et vous y trouverez encore à-peu-près les mêmes principes. « Rien ne saurait, dit Baudelocque, excuser le praticien qui se comporterait ainsi (pratiquer l'embryotomie) sans avoir auparavant la certitude de la mort de l'enfant (*Parag.* 1998). Le crochet aigu, dit Dugès, ne peut être appliqué que sur un enfant indubitablement mort : cette opération ne convient que quand on en a la certitude (*Manuel d'accouch.*, pag. 276). Gardien, Capuron émettent des opinions semblables, et je ne vois vraiment pas en quoi elles diffèrent de l'aphorisme de saint Ambroise. Hâtons-nous de dire pourtant que MM. Paul Dubois et Velpeau, ont compris tout ce qu'il y a d'horrible dans une pareille conduite, et admettant quelques-unes des idées professées depuis long-temps en Angleterre, ont ouvert aux praticiens une voie nouvelle. Nous sommes loin sans doute d'accepter, en entier, les préceptes posés sur ce point de pratique par nos voisins d'outre-mer, mais nous ne croyons pas que les honorables professeurs que nous venons de citer, aient assez nettement formulé les règles que nous croyons bonnes à suivre.

Suivant M. Velpeau, la céphalotomie est indiquée : 1° quand le fœtus est mort et que ses passages sont trop resserrés pour permettre de l'extraire avec le forceps ou par la version ; 2° lorsqu'il est très probable que l'enfant a cessé de vivre ou qu'il est sur le point de mourir, et que, pour l'avoir entier, il faudrait pratiquer l'hystérotomie ; 3° lorsque la tête est restée seule dans le bassin, et que la main, le forceps ou les crochets ne suffisent pas pour l'extraire.

Dans l'excellente thèse publiée en 1834 lors du concours pour la chaire d'accouchement qu'il occupe, M. Paul Dubois, ayant à répondre à cette question, que convient-il de faire dans les différens cas de rétrécissement du bassin ? s'efforça de préciser les indications de l'embryotomie. Plus hardi que M. Velpeau, M. Dubois n'exige plus que la mort du fœtus soit constatée, mais il lui suffit pour procéder à la mutilation de l'enfant que sa vie ait pu être compromise par une longueur excessive du travail après la rupture des membranes et surtout par plusieurs tentatives infructueuses faites par l'accoucheur. Malgré la persistance et l'intégrité des battemens du cœur, l'aptitude du fœtus à la vie extra-utérine lui semble trop incertaine alors pour légitimer une opération sanglante sur la mère. Là s'est arrêté M. Paul Dubois ; mais nous en sommes convaincu, il aurait été plus loin si sa position de concurrent ne l'eût obligé à ne pas choquer trop ouvertement les principes acceptés avant lui sur ce point de doctrine. Dans les cas, en effet, où le rétrécissement est constaté au début du travail, avant ou peu de temps après la rupture des membranes, quand toutes les chances en un mot sont favorables à l'enfant, il faut s'abstenir, dit-il, de l'embryotomie et recourir à la symphysiotomie ou à l'opération césarienne.

On voit donc qu'en France l'opinion des hommes les plus haut placés est la suivante : Dans les cas où la sortie spontanée ou l'extraction du fœtus vivant est rendue impossible par un rétrécissement du bassin, il faut, si ce rétrécissement est constaté au début du travail, se préparer à la symphysiotomie ou à l'opération césarienne.

Nous ne pouvons admettre un pareil principe. Nous n'hésitons pas à proscrire la section de la symphyse, et nous réservons la gastro-hystérotomie pour les cas extrêmes où la mutilation même du fœtus exposerait la femme à une mort presque certaine.

Et d'abord un mot sur l'opération de Sigaret. Pour ne pas répéter ce qui a été dit, nous prenons la question au point où l'a laissée la thèse de M. Paul Dubois.

A. Lorsque le bassin offre 8 centimètres au plus, et 6 centim. et demi au moins dans son plus petit diamètre, il faudra, quand toutes les chances sont favorables à l'enfant, prendre le parti de pratiquer la section de la symphyse. Ce précepte est bien net, bien précis. Il ne lui manque qu'une qualité, c'est d'être aussi nettement exécutable. En admettant en effet, comme je l'ai dit ailleurs (Voy. mon *Traité d'accouchement*) qu'il ne valût pas mieux sacrifier la vie de l'enfant que de pratiquer une opération qui compromet si souvent la vie et toujours la santé de la mère, est-il possible de le soumettre, dans la pratique, à la rigueur des principes théoriques. L'impossibilité de l'accouchement est-elle donc si rigoureusement démontrée qu'un homme instruit et consciencieux puisse hardiment se prononcer sur l'absolue nécessité de l'opération? Les cas assez nombreux dans lesquels un semblable degré de rétrécissement a permis l'expulsion spontanée du fœtus se présentent tout naturellement à la

pensée. Le volume et la réductibilité de la tête qu'il est impossible d'apprécier à l'avance, la laxité quelquefois très grande, et qu'on peut à peine soupçonner, des articulations pubiennes pourront faciliter sa sortie et donner un sanglant démenti au praticien qui n'en tiendrait aucun compte. N'est-il pas prudent en conséquence, même dans l'intérêt de l'accoucheur, de constater l'impuissance des efforts utérins avant d'effrayer la femme? Cette expectation n'est-elle pas nécessaire pour la convaincre de la nécessité de l'opération? Ne faudra-t-il pas, le plus souvent, laisser à la malade plusieurs heures pour céder aux instances de la famille? Les parens eux-mêmes y consentiront-ils avant que le temps leur ait appris que l'accouchement naturel est impossible? Une fois cette impossibilité bien constatée par cinq à six heures d'attente après la rupture des membranes, n'exigeront-ils pas qu'avant d'en venir à un remède extrême, on cherche tous les autres moyens? L'accoucheur lui-même pourra-t-il se refuser à tenter une application de forceps, qui, plusieurs fois en pareille circonstance a été couronnée de succès? Pourra-t-il s'y refuser, surtout s'il avait vu comme nous et beaucoup d'autres, un fœtus à terme et vivant, être expulsé à travers un bassin dont le diamètre antéro-postérieur n'avait que 7 centimètres et demi? Ces incertitudes, ces hésitations, ces retards obligés, auxquels pourrait à peine se soustraire dans un hôpital, un homme ferme et résolu, sont bien autrement puissans dans la pratique civile, où on a à lutter contre la sollicitude inquiète des familles, la résistance de la malade, et souvent aussi la crainte que nous inspire la jalousie de certains confrères. Cependant le temps s'écoule, le travail marche, les membranes sont rompues; plusieurs heures se sont écoulées depuis l'évacuation du fi-

quide amniotique, et déjà depuis long-temps l'opération a perdu de ses chances favorables. Que faire alors? La lenteur du travail tient *peut-être* plus à la faiblesse des contractions qu'à la disproportion des diamètres de la tête et du bassin... Quelques efforts artificiels joints à ceux de la nature parviendront *peut-être* à accomplir son œuvre. De *peut-être en peut-être*, d'espérances en espérances, on arrive enfin à cette période du travail où malgré l'intégrité de la circulation fœtale on ne peut plus être certain de la viabilité du fœtus; et dès que ce doute se présente à l'esprit, peut-on songer encore à la symphysiotomie?

On se voit donc dans la situation la plus favorable en apparence à l'opération. La symphysiotomie, qu'on me pardonne l'expression, n'est pas moralement praticable, alors même que dès les premières douleurs on constate le rétrécissement du bassin. Il est inutile d'ajouter que si nous la prescrivons dans ces circonstances, à plus forte raison la repousserons-nous quand le travail sera commencé depuis long-temps. Par conséquent nous ne saurions admettre avec M. Velpeau, que c'est le seul moyen de salut qu'on puisse invoquer, 1° Lorsque la tête se trouve enclavée dans l'excavation, après avoir traversé un détroit supérieur très resserré; 2° quand la tête a franchi l'orifice et qu'elle est arrêtée par l'angustie du détroit inférieur; 3° quand le tronc est dehors, la vie de l'enfant non douteuse, et la tête dans l'impossibilité de franchir les voies naturelles. » (*Traité complet*, p. 432.) Dans ces trois cas, mais surtout dans le dernier l'embryotomie est seule praticable.

B. Lorsque le bassin a au plus 6 cent. et demi dans son plus petit diamètre, tous les accoucheurs admettent que l'accouchement par les voies naturelles est impossible et qu'il n'y a

plus qu'à choisir entre l'opération césarienne et la mutilation du fœtus. Pour répondre aux indications que présente ce degré de rétrécissement, nous croyons devoir admettre une subdivision établie par M. Paul Dubois: ainsi nous considérerons les bassins qui offrent au moins 54 millimètres et ceux qui sont au-dessous de ce chiffre.

1° Le bassin a environ 54 millimètres (2 pouces). En supposant la vie du fœtus parfaitement et sûrement intacte (car avec la moindre incertitude sur ce point la question n'est plus douteuse), deux moyens s'offrent au praticien sur ce cas difficile, l'embryotomie ou la section césarienne. Tous les accoucheurs français, M. Paul Dubois lui-même, se prononcent pour cette dernière. L'opération césarienne, dit-il, est la seule ressource, et il convient d'y recourir (Thèse, p. 71). Nous n'ignorons pas combien est grave la question que nous abordons en ce moment; et il nous faut une conviction forte et énergique pour la résoudre autrement que ne l'ont fait jusqu'à présent tous les auteurs français. Nous sommes enhardis surtout par l'assentiment presque unanime des praticiens anglais qui prouvent que toutes les fois que l'embryotomie peut rendre l'accouchement possible, le fœtus doit être sacrifié. Il y a deux ans déjà que dans notre ouvrage nous exprimions hautement le vœu de voir les principes de nos voisins se répandre de plus en plus en France. Et quant à nous, disions-nous (pag. 766), notre vote sera contre l'opération césarienne dans tous les cas où elle n'est pas indispensable au salut de la mère. Nous n'hésitons pas à répéter aujourd'hui cette profession de foi. On ne peut pas se le dissimuler en effet, l'opération césarienne est, le plus souvent, mortelle pour la mère, même en admettant comme complètement exactes les statistiques les plus favorables. Ainsi en

mettant de côté les résultats (1) fournis par les chirurgiens de la Grande-Bretagne qu'on accuse de ne pas pratiquer l'opération au moment opportun, et en supposant qu'on ait mis autant d'empressement à raconter les insuccès que les cas heureux, on arrive par l'examen impartial des faits, à cette triste conclusion que presque les deux tiers des mères ont succombé. Mais au moins cette affreuse opération assure-t-elle la vie de l'enfant? Peut-on, en compensation de tant de souffrances, avoir la conviction de pouvoir offrir à la mère autre chose qu'un cadavre? Malheureusement il n'en est rien; et les partisans de la section césarienne sont obligés d'avouer qu'ils ne sont pas toujours assez heureux pour extraire un enfant bien vivant même alors que l'opération est pratiquée au moment d'élection. Mais j'admets un instant que, pratiquée peu de temps après la rupture des membranes, l'opération permettra toujours de sauver les enfans; il n'y aurait pas à mon avis compensation des chances si défavorables qu'on fait courir à la mère. Vous m'accordez que plus de la moitié des femmes succombent, mais pouvez-vous au moins me répondre que plus de la moitié des enfans que vous sauvez par la gastrotomie vivront assez long-temps pour faire oublier les pleurs versés sur leur berceau? Eh bien! lisez les tables publiées jusqu'à présent sur la moyenne de la vie humaine, et dites-moi si sur cent enfans naissans, cinquante atteignent leur trentième année. Ce n'est donc pas le résultat immédiat de la gastrotomie qu'il faut faire valoir, mais les conséquences éloignées. Ce qu'il y a de certain, c'est que vous

(1) Sur 43 cas cités par Churchill (p. 318) 52 femmes ont succombé; c'est à-peu-près les $\frac{3}{4}$; sur ces 43, l'état des enfans n'a été noté que 41 fois, et sur ces 41 enfans, 23 seulement vécurent et 18 succombèrent.

sacrifieriez immaturément la moitié des femmes ce qui est bien prouvé par l'expérience des siècles, c'est qu'en supposant tous les enfans vivans au moment de leur naissance, vous n'en verrez pas la moitié atteindre l'âge auquel a succombé leur mère. A ne considérer que la question des chiffres, l'avantage serait donc encore à l'embryotomie. Mais la vie si faible, si incertaine d'un enfant qui ne tient au monde que par sa mère, qui n'a encore ni sentiment ni affections ni crainte, ni espérances, peut-elle être comparée à celle d'une jeune femme que mille liens sociaux et religieux attachent à tous ceux qui l'entourent. La survivance de ce pauvre enfant pourra-t-elle combler le vide que laisse la mort de sa mère ? Enfin la société peut-elle espérer recevoir jamais d'un enfant naissant les services qu'elle était en droit d'attendre de la mère adulte ? L'intérêt de la famille, l'intérêt de la société se réunissent donc pour militer en faveur de la mère. En politique, dit Ramshotham, si ce n'est en morale, nous sommes pleinement justifiés de préférer le fort au faible, l'homme sain à l'homme malade, et par conséquent la mère de famille à l'enfant qui n'est pas encore né, tous les fois que nous sommes dans la cruelle nécessité de sacrifier l'un ou l'autre. Enfin il me reste un dernier argument à faire valoir en faveur de la thèse que je soutiens : le plus ancien de tous les principes de morale, la base de toute justice médicale, c'est qu'il faut traiter les malades comme nous nous traiterions nous-mêmes ou nos parens les plus chers : eh bien ! quel est le médecin qui, forcé de choisir en pareil cas entre la vie de sa femme et celle de l'enfant qu'elle porte dans son sein, hésiterait à autoriser le sacrifice de ce dernier.

Concluons donc de ce que nous venons de dire, que toutes

les fois que le bassin offre au moins 54 millim. dans son plus petit diamètre, il faut pratiquer l'embryotomie.

Nous devons toutefois ajouter que, dans ce dernier cas, le moment le plus convenable pour pratiquer l'opération n'est pas le même que dans le cas précédent. Lorsqu'en effet le bassin offre au moins six centimètres et demi, et au plus huit centimètres, l'accoucheur avant d'en venir à l'embryotomie doit nécessairement attendre que, depuis la rupture de la poche des eaux et l'entière dilatation du col, il se soit écoulé un temps suffisant pour bien constater l'impuissance des efforts réunis de l'art et de la nature. Il ne peut dans aucun cas agir sur l'enfant que lorsqu'il a toute raison de supposer que le travail ne peut se prolonger davantage sans compromettre gravement la santé de la mère. Car nous l'avons déjà dit, l'accouchement spontané ou l'extraction par le forceps sont à la rigueur possibles, et cette possibilité commande la plus grande réserve. On ne saurait mettre trop de prudence quand s'agitent des intérêts aussi graves. On ne peut malheureusement rien préciser sur ce point, car une foule de circonstances qu'il est impossible de prévoir, circonstances qui se rattachent à l'état général de la femme et à l'état des parties, peuvent influencer sur la détermination de l'accoucheur. Il est évident cependant que si tout-à-coup survenait un de ces accidens qui peuvent compromettre la vie de la mère et dont la déplétion prompte de la matrice est le remède par excellence, il faudrait se décider sur-le-champ.

Dans les cas au contraire où l'impossibilité de l'accouchement ou de l'extraction artificielle d'un enfant vivant est bien et dûment constatée, toute expectation devient inutile; et dès que la dilatation du col est complète, il faut soustraire

la femme aux fatigues indicibles d'un travail trop longtemps prolongé.

Sans avoir l'intention d'entrer dans les détails de l'opération nous devons remarquer que les deux circonstances que nous venons de supposer peuvent modifier jusqu'à un certain point le manuel opératoire. Après la perforation du crâne et l'évacuation de la matière cérébrale, en effet, on pourra confier l'expulsion du fœtus à la nature pendant quelques heures, si le plus petit diamètre a près de huit centimètres, car souvent la tête ainsi réduite aux dimensions de la base du crâne parvient à franchir le bassin rétréci. Si les efforts utérins étaient encore impuissans on aurait recours au forceps céphalotribe. Mais à un degré plus prononcé de rétrécissement on procéderait au broiement de la tête et à l'extraction sans perforation préalable, ou immédiatement après cette perforation, si on l'avait jugée utile.

2° Malheureusement il est des cas où l'opération césarienne est la seule ressource. Lorsque le bassin est au-dessous de 54 millimètres, l'extraction de l'enfant mutilé est au moins aussi grave pour la mère que la gastrotomie. Il est évident que dans ce cas il ne peut y avoir la moindre incertitude ; et que tout le mérite de l'accoucheur consiste à saisir le moment le plus favorable à l'opération. De l'aveu de tous les praticiens, ce moment est celui qui précède ou qui suit de plus près la rupture des membranes.

En résumé, l'embryotomie sera pratiquée de préférence à la symphyséotomie ou à l'opération césarienne, toutes les fois que les rétrécissemens du bassin ne rendront pas impossible l'extraction du fœtus mutilé par les voies naturelles.

A ce degré extrême de rétrécissement se rattache une question du plus haut intérêt ; c'est celle de l'avortement provoqué.

Lorsqu'une femme enceinte de trois ou quatre mois, offre un bassin tellement étroit qu'il ne permet pas d'espérer la possibilité de l'expulsion ou de l'extraction d'un fœtus viable, peut-on songer à provoquer l'avortement ? Depuis long-temps je réfléchissais à cette question déjà résolue en Angleterre par l'affirmative ; j'avais même recueilli plusieurs notes sur ce sujet, et je me proposais de publier prochainement le fruit de mes recherches et de mes réflexions ; mais je viens de lire dans la *Gazette Médicale*, un article de M. Paul Dubois, dans lequel, sans se prononcer d'une manière positive, ce professeur fait pressentir l'opinion que probablement il émettra dans un prochain travail, dont ce premier article n'est que l'introduction. Placé à la tête de l'enseignement obstétrical en France, fort de l'autorité que lui donnent et ses travaux antérieurs et sa haute position à l'Académie de médecine, il est plus propre que tout autre à faire accepter dans notre pays des idées nouvelles et hardies. J'avoue que jusqu'à présent j'avais reculé devant la responsabilité qui s'attache nécessairement à une pareille proposition ; je suis heureux de pouvoir abriter aujourd'hui mon opinion derrière celle de mon ancien maître.

Il est facile d'ailleurs, d'après ce que j'ai dit plus haut, de deviner mon sentiment sur cette dernière question. Il y a déjà plus de deux ans, du reste, j'écrivais les lignes suivantes : Je n'ai rien dit de l'avortement provoqué, parce que c'est une question bien délicate et dont la solution est impossible dans l'état actuel de la science et de la législation qui nous régit. Les Anglais n'hésitent pas à dire, et quelques accoucheurs français professent que l'on doit y avoir recours toutes les fois que les dimensions du bassin sont tellement étroites qu'elles rendent impossible l'extraction d'un enfant

viable. J'avoue que si j'avais à me prononcer en matière si grave, j'en hésiterais pas à admettre cette dernière opinion, ne concevant pas qu'on puisse balancer à détruire un embryon si faible dont la vie future est si incertaine, pour épargner à la mère les chances si périlleuses de l'opération césarienne (*Traité d'accouchement*, 1840). Je n'ai aujourd'hui rien à changer à ce que j'écrivais il y a deux ans; seulement, fort de l'opinion que M. le professeur Paul Dubois vient de faire connaître, je n'hésite pas à poser comme un précepte formel ce que je disais timidement dans une note.

Les cas qui nécessitent l'embryotomie sont donc, comme on le voit, assez fréquens, et on comprend combien doivent être encouragés tous ceux qui s'occupent de perfectionner les moyens à l'aide desquels on la pratique. Malgré la multiplicité des instrumens préparés jusqu'à ce jour, ceux que l'art possède sont encore bien insuffisans dans une foule de cas. Ces procédés varient suivant la présentation du fœtus. Mon but n'est pas de les examiner successivement et de les juger, mais de faire saillir les principales difficultés qui se présentent dans le cas le plus ordinaire, celui dans lequel on doit agir sur la tête du fœtus.

La craniotomie, à part le déplorable résultat qu'elle doit avoir, est une opération assez simple, et qu'on peut au besoin pratiquer à l'insu de la mère tant elle est peu douloureuse pour elle. Elle se compose, comme on sait, de deux opérations distinctes : la perforation du crâne et l'écrasement de la base. Ce n'est guère que dans les cas où, après avoir broyé la tête, les contractions utérines sont encore insuffisantes pour achever son expulsion et que l'art complète son œuvre en exerçant des tractions sur elle à l'aide du forceps ordinaire ou du forceps céphalotribe. On peut se servir pour per-

forer le crâne de tout instrument assez solidement trempé pour ne pas se briser pendant l'opération, et assez acéré pour pénétrer sans grands efforts à travers l'épaisseur des os du crâne; mais celui connu sous le nom de *ciseaux de Smellie* est le plus commode et le plus sûr. Il n'est pas nécessaire, comme l'ont recommandé plusieurs praticiens de diriger exclusivement la pointe sur une des sutures ou fontanelles; la seule précaution que j'ai prise jusqu'à présent, et la seule aussi que recommande M. Paul Dubois, est d'appliquer la pointe de l'instrument bien perpendiculairement au point de la tête qu'on veut perforer et de protéger avec la main préalablement introduite les parois vaginales et le col de l'utérus. C'est toujours une opération simple et exempte de toute espèce de danger pour peu qu'on y mette de soins et de prudence. L'introduction du forceps céphalotribe, son articulation sont encore en général choses faciles, mais il n'en est pas de même du but final de l'opération. Je veux dire de l'écrasement et de l'extraction de la tête. Ce sont les difficultés et les dangers qui se rattachent à cette dernière partie, qu'il est important de signaler, et que je me propose de diminuer si ce n'est de faire disparaître complètement par le nouvel instrument que je propose.

Il n'est pas d'accoucheur qui, ayant eu l'occasion d'appliquer plusieurs fois le forceps céphalotribe, n'ait constaté la facilité avec laquelle la tête glisse entre les branches de l'instrument, quelquefois pendant qu'on en rapproche les cuillères, mais bien plus souvent pendant les tractions que l'on exerce sur la tête déjà réduite. Ce glissement, lorsque les tractions sont faites avec modération, n'a d'autre inconvénient que d'obliger l'accoucheur à recommencer l'opéra-

tion, mais en des mains moins prudentes il expose la femme aux plus grands dangers.

Ces dangers sont trop connus pour que je croie avoir besoin de les rappeler : ce qui l'est beaucoup moins, ce sont les causes qui rendent ce glissement si facile et si fréquent. Ces causes existent à mon avis : 1° dans la situation élevée de la tête, la forme du rétrécissement du bassin et l'inclinaison exagérée du plan du détroit supérieur ; 2° dans la structure vicieuse du forceps céphalotribe généralement employé.

On sait que la plupart des bassins rétrécis le sont aux dépens de leurs dimensions antéro-postérieures, et que le plus souvent la diminution de l'intervalle sacro-pubien est causée par une saillie trop considérable de l'angle sacro-vertébral. Lorsque la tête, chassée par les contractions utérines, tend à s'engager dans l'excavation pelvienne, elle rencontre en arrière la résistance sacrée qui la repousse en avant, et si déjà la bosse pariétale antérieure n'était engagée et légèrement descendue dans l'excavation, elle s'arrête contre le bord supérieur des pubis en repoussant en avant les muscles abdominaux. Pour le dire en passant, on conçoit que la tête se portera d'autant plus dans ce sens que la saillie vertébrale aura exagéré davantage l'inclinaison normale du plan du détroit supérieur. Ainsi placée, la tête se trouvera nécessairement en avant de l'axe de ce détroit, et on devine que la main ou l'instrument destiné à venir la saisir aura à décrire une courbe beaucoup plus prononcée que celle que représente l'axe total du canal bien conformé. Il faudrait donc que le forceps céphalotribe offrît sur son bord antérieur une concavité beaucoup plus grande que celle du forceps ordinaire : et précisément le contraire existe. Or, que résulte-

t-il de ce défaut de courbure de l'instrument? C'est que les cuillères introduites par la vulve peuvent à peine traverser le détroit supérieur en rasant le pourtour postérieur de ce détroit, et qu'elles ne font qu'effleurer la tête, ou ne la saisissent au moins que par une partie de leur largeur. Si on cherche à serrer l'instrument alors, la tête fuit, suivant l'expression de madame Lachapelle, comme un noyau de cerise qu'on presse entre les doigts. Mais ce n'est pas tout, le céphalotribe n'est pas seulement privé de la courbure des bords, ses cuillères manquent encore de la concavité qui existe sur la face interne des cuillères du forceps ordinaire, et qui accomode si bien la forme de l'instrument à la convexité du corps qu'il est destiné à saisir. Ce n'est donc pas par une large surface, mais seulement par deux points assez restreints que ses branches à-peu-près planes s'appliquent sur la tumeur arrondie formée par la tête. Si donc, ce qui arrive le plus souvent, les deux cuillères ne sont pas placées sur les deux extrémités du diamètre transversal, elles glisseront dès les premières pressions.

Cependant, il faut en convenir, pendant l'articulation du forceps, pendant les premières pressions ce glissement est rendu difficile par la résistance que les parties environnantes et surtout les parois utérines contractées opposent au déplacement de la tête. Il n'a guère lieu que pendant les tractions, et alors une particularité tenant à la forme du forceps vient s'ajouter à celles que nous avons déjà mentionnées. Celle-ci tient en entier à l'absence de courbure sur les faces des cuillères. Le forceps ordinaire est construit de telle façon que lorsque la tête est convenablement saisie elle est comme emboîtée par l'instrument. Elle ne peut fuir par en haut qu'en écartant l'extrémité des cuillères, écartement qui est rendu

à-peu-près impossible par la pression que l'accoucheur exerce sur l'extrémité opposée des branches. Dans le céphalotribe, au contraire, toutes les fois que la tête est prise, les cuillères sont écartées comme les lames d'une paire de ciseaux ; et l'intervalle qui existe entre elles est d'autant plus grand qu'on les approche davantage de leur extrémité ; aussi pour peu que pendant les tractions on rencontre des résistances, ce n'est plus la tête qui fuit, mais bien l'instrument qui glisse sur la tête avec la plus grande facilité. C'est ce qui m'est arrivé plusieurs fois et tout récemment. Je ne suis parvenu à arrêter le glissement qu'en suspendant mes tractions et en serrant l'instrument, lorsque le dernier tiers des cuillères était seulement en contact avec la tête. Ce n'est qu'en la pinçant ainsi avec leur extrémité que j'ai pu la saisir assez solidement pour la tirer au dehors.

Mais qu'on se tromperait en pensant que toute la difficulté consiste à bien saisir la tête et à prévenir son glissement. J'ai déjà insisté dans mon ouvrage sur quelques-unes des résistances qu'on rencontre pendant les tractions faites avec le céphalotribe. Pour expliquer pourquoi elles sont si souvent infructueuses, il faut sans doute placer en première ligne et le volume de la tête que l'instrument ne peut réduire que dans un de ses diamètres et le degré plus ou moins prononcé du rétrécissement ; mais il faut aussi tenir grand compte de la direction dans laquelle les tractions sont forcément faites, direction essentiellement vicieuse et qui a une grande part dans les insuccès. C'est encore la courbure trop faible de l'instrument qui fait ici sentir son influence. Comment, en effet, avec un instrument presque droit, exercer dans un canal courbe des tractions convenablement dirigées ? Ne voit-on pas que la tête située au-dessus du détroit supérieur

rétréci, ne pourra s'y engager qu'en suivant exactement la direction de l'axe de ce même détroit, et que les tractions pour être efficaces devraient être dirigées dans ce sens, c'est-à-dire en bas et en arrière. Eh bien! c'est ce qui est tout-à-fait impossible. Les tractions faites avec le céphalotribe agissent nécessairement sur la tête de haut en bas et d'arrière en avant : elles ont par conséquent pour résultat de venir se briser sur la résistance offerte par la symphyse des pubis contre laquelle vient fortement appuyer l'extrémité céphalique; et tous les efforts n'ont qu'un résultat c'est de comprimer vigoureusement souvent la lèvre antérieure du col, toujours le col ou le bas-fond de la vessie.

En 1838, M. Paul Dubois, dont j'étais alors le chef de clinique, voulut bien me permettre de l'accompagner à la Maternité où il était appelé pour terminer un accouchement laborieux. L'enfant se présentait par l'épaule et l'angle sacro-vertébral était tellement saillant que le diamètre sacropubien n'avait guère que sept centimètres. La version pelvienne fut d'abord pratiquée : des tractions furent exercées sur le tronc. La tête ne s'engagea pas; M. Paul Dubois, après avoir essayé une application de forceps, crut devoir recourir à la section du col. L'enfant avait succombé. L'opération fut promptement faite et la tête restait seule dans la cavité utérine; le forceps fut de nouveau appliqué sans succès et M. Dubois introduisit le céphalotribe. La tête glissa plusieurs fois dès ses premières pressions; plusieurs fois pourtant elle parut solidement prise, mais à peine tirait-on un peu énergiquement sur l'instrument qu'elle s'échappait encore. Ces manœuvres répétées, faites avec l'habileté et la prudence que tout le monde connaît au professeur de la clinique, étaient peu douloureuses pour la malade, mais elles

accusaient bien haut l'imperfection de nos instrumens. Après trois heures d'efforts et de tentatives infructueuses, M. Du-bois, épuisé de fatigues, m'autorisa à intervenir. Après quelques essais toujours inutiles, je mis de côté l'instrument et j'introduisis la main seule. Au bout de quelques instans je parvins avec l'index recourbé en crochets à saisir la mâchoire inférieure. Seulement alors je m'aperçus de la cause qui avait rendu tous nos efforts antérieurs inutiles : je vis clairement que si la tête ne s'engageait pas après la réduction de volume que lui avait fait subir le céphalotribe, cela tenait bien moins à l'étrécissement de l'ouverture supérieure du bassin qu'à la direction vicieuse de nos tractions. Ma main comme le céphalotribe tirait en bas et en avant, et tous nos efforts venaient échouer contre la résistance de la symphyse pubienne. Je demandai alors un crochet menu, je le substituai au doigt qui tirait sur la mâchoire inférieure, et pouvant alors diriger facilement mes tractions en bas et en arrière en repoussant le crochet vers le sacrum, je parvins à emmener la tête dans l'excavation et bientôt après à l'extérieur. Ce fait parle trop haut pour avoir besoin de commentaire. Il est évident qu'il confirme pleinement les réflexions qui le précèdent.

Je conclus donc de tout ce qui vient d'être dit, que le forceps céphalotribe est sans doute un instrument utile, mais que, tel qu'il est construit, il a les inconvéniens suivans : 1° il rend la saisie de la tête difficile, parce que, extrêmement droit, il ne peut s'accommoder à la courbure du bassin; 2° il expose au glissement de la tête, parce que ses cuillères étant à-peu-près planes, s'écartent à la manière des lames d'une paire de ciseaux, et n'embolent pas la tête comme le font les cuillères concaves du forceps ordinaire; 3° enfin il rend très

souvent les tractions infructueuses parce que vu l'absence des courbures des bords, il tire forcément dans une direction opposée à celle qu'affecte le plus souvent l'axe du détroit supérieur des bassins viciés.

Ces difficultés et ces dangers étant réels, il m'a semblé convenable de chercher à les prévenir; et quoique bien convaincu que l'insuccès des opérations tient bien plus souvent à l'opérateur qu'à l'instrument lui-même, j'ai cru faire chose utile en modifiant le forceps céphalotribe généralement employé. J'ai donc fait construire par M. Charrière, un instrument qui me semble parer aux divers inconvéniens que j'ai signalés. Il diffère de ceux fabriqués jusqu'à ce jour par deux particularités importantes.

Nous avons dit que le défaut de courbure des bords rendait difficile la saisie de la tête, placée, à cause même du rétrécissement et de son élévation, sur un plan beaucoup plus antérieur que dans les bassins bien conformés; nous avons en conséquence pour remplir cette indication, donné à notre forceps une courbure un peu plus considérable que celle que présente le forceps de Levret. Dirigé par les mêmes idées théoriques que celles qui ont inspiré ce célèbre accoucheur, nous avons fait pour le céphalotribe, ce qu'il a fait depuis longtemps pour le forceps de Chamberlen. Ainsi se trouve remplie l'indication d'accommoder la forme de l'instrument à la courbe à concavité antérieure qu'offre le canal qu'il doit ici parcourir dans toute sa longueur.

Le glissement de la tête pendant les tractions tient surtout, comme nous l'avons démontré, à ce que les cuillères étant à-peu-près planes sur leur face interne, la tête ne se trouve pas emboîtée comme dans le forceps ordinaire, et à ce que les écartant à la manière des lames d'une paire de ci-

seaux, leur plus grand écartement se trouve à leur extrémité. Ici la difficulté était un peu plus grande: on ne pouvait en effet excaver la face interne des cuillères sans augmenter beaucoup le diamètre transversal de leur partie moyenne, et par conséquent sans rendre l'instrument inapplicable à une foule de cas où celui de M. Baudelocque peut être employé avec succès. Après avoir mûrement réfléchi aux moyens de vaincre cette difficulté, voilà la seconde modification que nous proposons: Notre forceps, dont les dimensions en longueur et en largeur sont en définitive les mêmes que celles du forceps de M. Baudelocque, présente au niveau de l'articulation une entablure beaucoup plus large. Cet élargissement donné à la partie articulaire permet des mouvemens latéraux. Ceux-ci sont commandés par une vis régulatrice qu'on fait agir à volonté et dont l'extrémité appuyant sur le pivot peut donner à la base des cuillères un écartement beaucoup plus considérable que celui qui existe à leur extrémité: on comprend sans peine que la tête saisie par l'instrument ne peut fuir pendant les tractions et s'échapper entre l'extrémité des cuillères, puisque cette extrémité offre un écartement beaucoup moins considérable que leur partie moyenne et surtout leur base. En un mot, le céphalotribe employé jusqu'à présent offre, lorsqu'il est seulement à demi ouvert, un cône dont la base est à son extrémité et le sommet à l'articulation; le nôtre offre au contraire, dans les mêmes conditions, un cône dont la base répond à la partie articulaire et le sommet à l'extrémité des branches.

Enfin, à l'exemple de plusieurs auteurs anciens, et pour rendre plus solide encore la prise de la tête, nous avons fait placer sur la face interne de l'instrument des pointes destinées à s'implanter dans le cuir chevelu. Il n'est pas néces-

saire d'ajouter que les raisons qui ont fait exclure toute aspérité de la face interne du forceps ordinaire, n'existent plus quand il s'agit d'un instrument destiné à s'appliquer sur le fœtus mort.