

DU
SÉRICEPS

ET D'UN

NOUVEAU TRACTEUR OBSTÉTRICAL

PAR

LE DOCTEUR POULLET

(DE LYON)

(Lu à la Société de chirurgie de Paris, le 7 avril 1875)



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

C. RIOTOR, RUE DE LA BARRE, 12

—
1875

DU SÉRICEPS

Je publiai, il y onze ans, un mémoire sur la rupture des articulations du bassin pendant l'accouchement. Ce travail m'avait été suggéré par mon maître le docteur Delore à la suite d'une autopsie de femme morte dans son service à l'Hôtel-Dieu, et présentant des ruptures articulaires faites à la Charité pendant un accouchement au forceps.

C'était alors le plus beau temps des luttes ardentes suscitées par la méthode des tractions mécaniques ; je fus ainsi mêlé incidemment à ces discussions passionnées sur la mécanique obstétricale, et j'ai depuis lors cherché dans cet ordre d'idées quelque chose qui pût, si c'est possible, faire mieux que le forceps.

Pour l'accouchement laborieux, la science a, pendant ces deux derniers siècles, armé la main du chirurgien de moyens puissants et qu'on est tout d'abord tenté d'admirer sans réserve. Cependant un sentiment pénible peut surgir à l'esprit en pensant à la rigidité du forceps. On peut redouter le contact violent de cet acier sur la tête délicate qu'il vient saisir ; et, dans les cas vraiment difficiles, quand, après des efforts prolongés, on n'amène qu'un enfant mort ou mourant, on en vient à regretter cette nécessité de recourir à la tenaille de Chamberlen.

(*) Ce mémoire a été lu à la Société de chirurgie dans sa séance du 7 avril et renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Guéniot, Blot et Polaillon.

J'ai pensé souvent alors à un moyen plus souple, moins meurtrier, qui nous permette d'étreindre sans contondre, et de tirer sans meurtrir cette tête d'enfant.

Faire des accouchements avec un instrument complètement souple, tel est le but que j'ai poursuivi.

Mais s'il y a loin de la coupe aux lèvres, quelle distance n'y a-t-il pas entre une idée théorique et ses moyens pratiques de réalisations ?

J'ai fait tisser des étoffes, je les ai essayées, sans pouvoir les placer tout d'abord, bien entendu ; je les ai modifiées, essayées de nouveau, et enfin je puis dire que j'ai atteint le but.

Le 9 juin 1874, l'Académie de médecine accusait réception d'un pli cacheté renfermant la description du nouvel instrument.

Le 15 août suivant, je faisais avec succès mon premier accouchement à l'aide de ce tissu.

Après un second succès, je faisais le 31 août une communication à la Société nationale de médecine de Lyon. J'ai eu depuis occasion de montrer ce tissu en fonction aux docteurs Delore, Vinay et Reboul.

Le 1^{er} mars, je faisais avec cet instrument mon huitième accouchement devant le docteur Reynaud, qui m'assista et publia cette observation dans le *Lyon Médical* du 28 mars 1875.

Le 6 avril, le professeur Depaul voulut bien entretenir l'Académie de médecine de ce nouvel agent obstétrical, ainsi que du tracteur qui fait l'objet de la seconde partie de ce mémoire.

Le désir de faire les accouchements à l'aide d'instruments souples est tellement naturel, qu'il doit s'être offert à l'esprit du premier accoucheur. Aussi retrouve-t-on dans la science quelques tentatives faites à diverses époques pour obtenir ce résultat.

Mauriceau a le premier, il y a deux cents ans, émis l'idée d'une espèce de fronde en étoffe ; beaucoup d'auteurs ont depuis parlé de la fronde de Mauriceau, mais sans dire que cette idée, purement spéculative, n'a jamais été appliquée ni par Mauriceau ni par aucun autre.

Amand, en 1714, publia la description d'une coiffe en filet qu'il a portée dans la matrice pour en retirer une tête restée seule après la détroncation. Ce filet était porté à l'aide de la main tout entière sur la tête qu'il devait ramener ensuite.

Il y a cent ans environ, le docteur anglais Mead imagina une anse d'étoffe qu'on essayait d'insinuer à l'aide d'une balle entre le menton et la poitrine.

Ce nouveau genre de filet est décrit avec soin par Smellie ; cet auteur essaya pendant plusieurs années d'utiliser ce moyen, et, n'y ayant jamais réussi, il condamna l'instrument comme ne remplissant pas son but.

Je me suis procuré les gravures représentant ces deux derniers instruments, c'est-à-dire le filet de Pierre Amand et le filet du docteur Mead. Je tiens ces gravures, tout à fait authentiques, à la disposition de ceux de mes confrères que cela pourrait intéresser. Elles démontrent qu'il n'y a pas la moindre analogie entre ces deux instruments et celui que je viens proposer aujourd'hui.

Depuis Smellie on ne trouve dans les ouvrages des accoucheurs aucune tentative nouvelle, et les simples allusions faites dans nos classiques au filet des anciens témoignent du reste assez que ces essais étaient restés stériles.

Je puis donc affirmer, sans crainte d'être démenti, que jusqu'à ce jour il n'existait aucun moyen souple capable de prendre la tête engagée dans le bassin, et d'exercer sur elle des tractions suffisantes pour terminer l'accouchement.

Quelque faible que soit son penchant pour le néologisme, on est obligé de désigner par un mot nouveau un instrument qui n'a pas encore de semblable. Je pensais d'abord l'appeler *tracteur-soie* ; mais je crois préférable le mot *séricéps*, dérivé des mots latins : *sericum*, soie, et *capio*, je prends. Ce terme viendra se joindre aux mots construits de même : *forceps*, *léniceps*, *rétroceps*.

Description. — Le séricéps est composé : 1° d'une bande d'étoffe longue de 25 centimètres ; 2° de quatre rubans insérés à cette bande sur tout son bord inférieur. Ces quatre rubans

sont, par une de leurs extrémités, adhérents à la bande transverse, et par l'autre extrémité ils se réunissent deux à deux pour constituer deux anses.

La bande transverse est destinée à être étalée autour de la tête fœtale ; ses deux extrémités sont reliées par des cordons de soie lacés d'avance dans des œillets. Ces cordons sont complètement relâchés pendant qu'on étale l'étoffe ; puis, lorsqu'elle a été bien placée autour de la tête, il suffit de serrer ces cordons pour fermer le cercle qui étreint ainsi l'ovoïde crânien. Si ce cercle a été porté assez haut sur cet ovoïde, il en étreint une zone d'un diamètre moins considérable que le diamètre central ; or, si la bande d'étoffe est inextensible et qu'on tire sur les deux anses de rubans implantées sur tout le pourtour de ce cercle, celui-ci ne pourra descendre sans que l'ovoïde crânien soit entraîné devant lui.

Tout cet appareil est tissé *ad hoc* par un métier de l'invention de l'auteur ; on évite ainsi les coutures et on assure le maximum de solidité.

La bande transverse et les rubans sont tissés en double étoffe, de façon à constituer des gaines semblables à des doigts de gants. L'appareil entier ne peut du reste être mieux comparé qu'à un gant d'étoffe qui n'aurait que quatre doigts réunis deux à deux en deux anses, en supposant toutefois que ce gant n'aurait pas l'ouverture où l'on insinue ordinairement la main.

C'est dans ces gaines que doivent glisser les tiges métalliques destinées à élever tout l'appareil entre la tête et l'utérus. Ces tiges ne sont autre chose que des branches de forceps en miniature que l'on a faites assez minces et assez élastiques.

Je me sers ordinairement de trois de ces branches pour élever trois points du cercle : un en arrière et deux sur les côtés de la tête.

Ces trois branches, placées dans leur gaine d'étoffe, sont superposées pour les entrer dans la vulve jusqu'entre la tête et le sacrum ; ainsi superposées, elles n'ont pas à elles trois un volume plus considérable qu'une seule branche de forceps ordinaire.

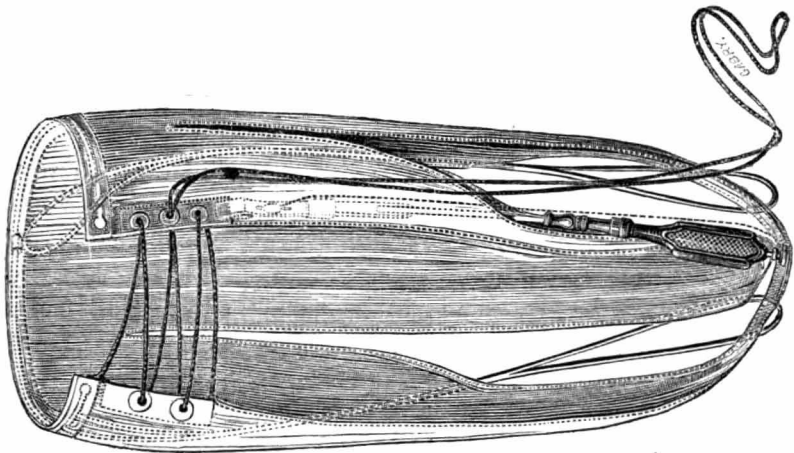


FIG. I. — Sériceps dont les cordons sont relâchés. On voit dans les gaines les tiges propres à élever l'appareil entre la tête et l'utérus.

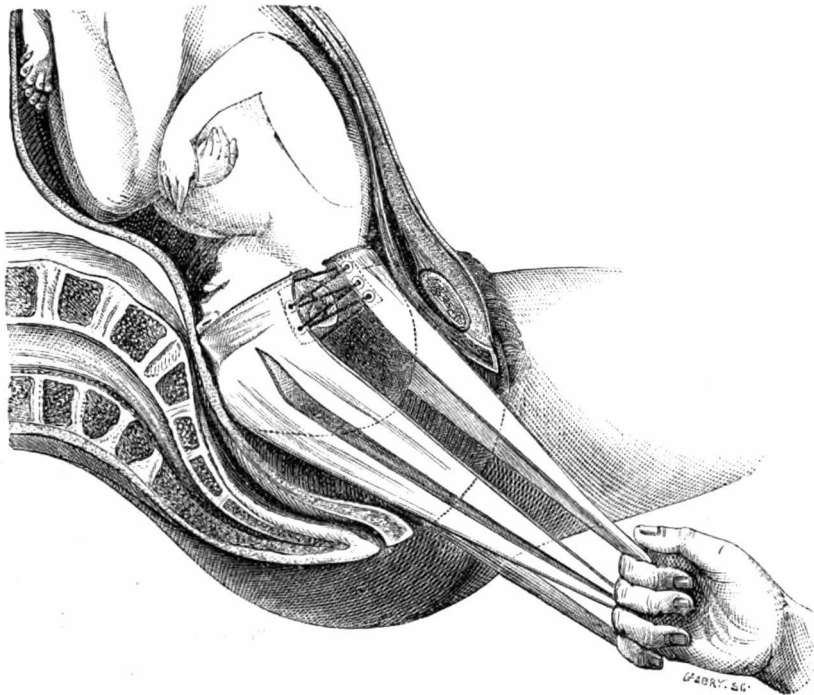


FIG. II. — Séricéps en fonction tiré par une main. Les anses d'étoffe font poulie sur les doigts, de telle sorte que les rubans sont tous uniformément tirés et répartissent ainsi la traction également sur tout le pourtour de la tête.

On sépare ces branches lorsqu'elles sont arrivées près du promontoire; la branche postérieure reste en arrière où on la pousse à une hauteur suffisante; les deux autres sont de la tête, conduites par un léger mouvement de rotation sur les côtés puis elles marchent à la rencontre l'une de l'autre en avant de la tête au-dessus des branches du pubis.

Les cordons sont ensuite serrés pendant que les branches métalliques sont encore dans leurs gâines.

Les cordons convenablement serrés, la tête est prise et on n'a qu'à retirer les trois tiges métalliques, celles-ci reviennent en laissant en place l'étoffe qu'elles ont portée autour de la tête fœtale.

Si la tête est très-volumineuse, la longueur de la bande d'étoffe, qui est de 25 centimètres, ne suffira pas pour en contourner toute la circonférence, et une certaine longueur des cordons complétera le cercle.

Si la tête est petite, l'étoffe suffira et les cordons pourront être serrés à fond sans résistance.

Enfin, si les branches avaient été portées trop haut, au niveau du menton ou du cou de l'enfant, on serrera à fond les cordons sans que l'étoffe soit tendue et celle-ci redescendra un peu lorsqu'on tirera sur les rubans. Elle redescendra jusqu'à ce que le cercle d'étoffe soit tendu sur l'ovoïde crânien; c'est ordinairement sur un point de la face que s'effectue la prise. Je pourrais appeler cercle *sous-occipito-malair*e la ligne qui est ordinairement saisie par le sériceps.

Ce cercle constitue une excellente prise, car au-dessous se trouvent les bosses occipitales et les bosses sourcilières qui forment des reliefs suffisants.

J'ai placé cet appareil dans huit accouchements, je dois avouer que cette manœuvre est un peu plus difficile et surtout un peu plus longue que l'application du forceps, je la crois cependant à la portée de tous les accoucheurs qui voudront bien s'y exercer.

Cet instrument offre-t-il des avantages suffisants pour qu'on apprenne à s'en servir? Je n'hésite pas à répondre par l'affirmation; je suis convaincu que dans tous les cas où on

aura des tractions énergiques à exercer, surtout au détroit supérieur, le sériceps diminuera le chiffre de mortalité des enfants, tout en ménageant mieux les parties maternelles. Cette assertion n'est pas encore démontrée par une statistique que l'avenir seul pourra fournir. J'essaierai donc seulement, au point de vue théorique, d'esquisser un parallèle nécessairement incomplet entre le forceps et le sériceps :

Au point de vue du volume, le grand forceps brisé du professeur Pajot pèse plus de 800 grammes ; l'instrument métallique qui sert à placer mon étoffe ne pèse que 250 grammes ; c'est donc une épaisseur bien moindre de métal à glisser entre la tête et l'utérus. Mais surtout l'étoffe qui reste seule au moment des tractions n'ajoute aucun volume appréciable à la tête fœtale. Ce tissu se moule facilement sur les lignes courbes des parties maternelles.

La rigidité du forceps meurtrit souvent les parties molles qu'il comprime entre lui et le bassin ; la souplesse de nos rubans tracteurs n'exposera ces tissus à aucune compression violente.

La prise limitée du forceps déprime certains points de la tête et fait une compression localisée sur le cerveau de l'enfant. Cette compression doit avoir une influence difficile à préciser, mais qui ne peut être que défavorable. La prise de l'étoffe est, au contraire, souple et large ; après des tractions très-énergiques, elle ne laisse aucune empreinte sur la tête.

Tandis que le forceps lâche prise, quelquefois même entre des mains habiles, le sériceps, une fois bien placé, a une prise d'une solidité à toute épreuve ; je m'en suis assuré par des expériences inutiles à relater ici, et qui ont été faites sur plus de vingt têtes d'enfants mort-nés à l'hospice de la Charité de Lyon.

Si le forceps, tiré par des cordons, a déjà acquis une certaine mobilité relativement aux mouvements de rotation, cette mobilité précieuse est encore limitée. Le sériceps permet des mouvements de rotation aussi étendus qu'ils seront utiles. Cette rotation peut atteindre un demi-cercle et les positions occipito-postérieures peuvent ainsi facilement se terminer par le dégagement de l'occiput sous le pubis.

Dans les cas rares, il est vrai, où la détroncation se produit, on sait combien est difficile la prise par le forceps de cette tête mobile dans l'utérus. Le sériceps dans ce cas pourra s'appliquer avec facilité et avec certitude.

Dans les cas exceptionnellement difficiles, lorsque, après des tractions assez prolongées, on se sera convaincu de l'impossibilité d'amener l'enfant sans mutilation, le sériceps pourra encore rendre de véritables services : en écartant les rubans on portera les ciseaux de Smellie sur le crâne ; les rubans, en tapissant le vagin, le protégeront lors du passage des instruments. La perforation une fois faite on devra continuer de tirer sur les anses de rubans ; sous l'influence de ces tractions la substance cérébrale s'écoulera et le crâne se réduira contre la filière pelvienne. Le sériceps gardera sa prise, car, étant placé au niveau de la face, la base du crâne très-peu réductible constitue une saillie suffisante pour que l'étoffe ne glisse pas. Il y a un certain nombre de cas, aujourd'hui justiciables du céphalotribe, qui, du moins je l'espère, pourront être terminés de la sorte.

Il est une considération qui, pour l'accouchée, a son importance : la seule proposition d'appliquer les fers exerce sur son esprit une pénible impression. Il n'en est rien de notre étoffe qu'on peut montrer à la malade dans une enveloppe de lettre de petit format.

Le forceps envisagé comme instrument de réduction de la tête est plus défavorable qu'utile. La réduction qu'il produit ne peut porter que selon le diamètre transverse du bassin, et il a de la tendance à augmenter le diamètre sacro-pubien. Quant à ce dernier, qui cause presque seul les dystocias au détroit supérieur, il ne peut, quoi qu'on puisse dire, être réduit que par les parties maternelles. Le *Traité d'accouchement* de Nægélé et Grenser renferme sur ce sujet un passage des plus remarquables ; après avoir lu le § 429, on peut conclure avec ces auteurs que le meilleur forceps, toutes choses égales d'ailleurs, est celui qui fera le moins de compression sur la tête et laissera celle-ci utiliser transversalement tout l'espace du bassin. En un mot, l'idéal consisterait à obtenir un moyen de préhension sans exercer aucune pres-

sion latérale. Or, cet idéal, je puis dire que le sériceps le réalise; j'ai fait avec cette soie des tractions dépassant cinquante kilogrammes, c'est donc un excellent moyen de préhension; quant à la réduction de la tête, elle est, comme dans les accouchements naturels, confiée complètement aux parties maternelles. Les divers accouchements que j'ai faits avec le sériceps m'ont démontré que la mère et l'enfant s'en trouvent très-bien.

Signalons encore une différence considérable dans l'action des deux instruments : le forceps par sa nature métallique ne peut pas être supporté longtemps en place; l'étoffe, au contraire, peut être supportée très-longtemps sans même que la femme ait notion de sa présence. Dans un des accouchements que j'ai faits avec le sériceps, je l'ai laissé trente-cinq minutes en place, ne tirant qu'au moment des douleurs; la femme a eu quatorze douleurs pendant ce temps, j'ai donc quatorze fois réitéré la traction; la femme a pu pendant cet intervalle marcher à diverses reprises sans en être en rien incommodée.

Ceci est capital, car on peut instituer une méthode nouvelle, celle des *tractions réitérées à chaque douleur* pendant un temps assez long. Cela ne permettrait-il pas d'utiliser mieux qu'avec le forceps l'élasticité des parties molles? On réaliserait ainsi ce que Hamon a tenté vainement avec le rétroceps, c'est-à-dire l'*accouchement physiologique artificiel*.

Cette méthode pourra, du reste, être étudiée comparative-ment avec celle des tractions soutenues, et si elle donne des résultats satisfaisants, on pourra l'appliquer à un grand nombre de primipares qui, sans avoir de véritables cas de dystocie, ont cependant des accouchements longs et douloureux.

En terminant, toutefois, je ne voudrais pas paraître méconnaître les immenses services que le forceps rend chaque jour. Les trois cents modifications qu'on connaît de cet instrument témoignent à la fois et des vices qu'on lui a trouvés et des prodigieux efforts qu'on a faits pour le perfectionner. Il sauve tous les jours de nombreuses existences.

Pour en faire un instrument presque parfait n'a-t-on pas

tordu l'acier dans tous les sens possibles ? Ce canevas n'a-t-il pas été patiemment travaillé par les mains les plus habiles ?

On nous approuvera donc, je l'espère, d'avoir cherché sur une autre donnée à faire faire un pas à notre art.

Puisse notre modeste chiffon de soie subir, lui aussi, de nombreux perfectionnements, et le textile lyonnais arrivera peut-être un jour à remplacer avantageusement l'acier anglais de Chamberlen.

NOUVEAU TRACTEUR OBSTÉTRICAL



Les appareils de traction mécanique pour les accouchements ont été considérés au début comme des multiplicateurs de la force. Comme tels ils ont été sévèrement jugés. M. Pajot dit alors : « Je n'accoucherai jamais les femmes avec un treuil ni avec un cabestan ; c'est là mon dernier mot. » Cette spirituelle boutade semblait avoir définitivement condamné la méthode. Cependant, si un bon mot manque rarement de produire un certain effet, il n'entraîne pas des convictions définitives ; on continua de sentir le besoin, non pas de multiplier la force, mais de régler son action, de la graduer par un accroissement régulièrement progressif, de la soutenir à un même degré, de l'enregistrer par le dynamomètre, et enfin, de lui assigner un maximum qu'on ne dépasse jamais sans danger. Toutes choses que ne peut faire le bras le plus exercé et encore bien moins l'association de deux personnes pour tirer. Aussi les tractions à deux, mentionnées dans les faits de la thèse de Bailly, ont-elles produit les effets les plus déplorable, même exécutées par les maîtres de l'art ; qu'on juge de ce qu'elles peuvent fournir à des praticiens moins spécialement voués à ces études. Je ne crains pas d'insister sur ce point : deux accoucheurs réunis pour tirer ne peuvent savoir ni l'un ni l'autre la somme de leurs efforts.

Les tractions mécaniques seules peuvent apporter dans ces opérations à la fois sécurité et précision.

Pourquoi d'ailleurs cette précision, exigée aujourd'hui dans toutes les branches de notre art, serait-elle repoussée de la pratique obstétricale ?

Les tractions mécaniques, on peut le dire, gagnent donc chaque jour de nouveaux partisans. Frappées tout d'abord à Paris comme à Lyon d'un ostracisme sévère, elles ont cependant peu à peu pénétré dans la pratique.

Bon nombre d'accoucheurs ont constaté leur supériorité sur les tractions manuelles au triple point de vue de la force moindre à employer, de la direction meilleure et enfin de l'innocuité.

Je pourrais citer tel de nos accoucheurs lyonnais les plus réputés qui, au début, consciencieusement hostile au tracteur, aujourd'hui n'aborde pas un cas de dystocie sans recourir à son emploi.

A Paris même, un chirurgien distingué des hôpitaux, chef d'un service obstétrical, me disait récemment : « Les tractions mécaniques constituent en obstétrique un progrès analogue à celui qu'elles ont réalisé pour le traitement des luxations.

L'auteur de cette méthode, le docteur Chassagny, a eu récemment la satisfaction d'obtenir une des plus hautes récompenses qui puissent couronner les travaux d'un savant : l'Institut de France a jugé l'œuvre de notre confrère digne du prix Monthyon (Académie des sciences, janvier 1872). Le rapporteur Charles Robin, bien que non spécialement accoucheur, a mis en relief dans son rapport tout ce qui peut être justement revendiqué comme un progrès par la nouvelle méthode.

Toutefois, si on lit attentivement tout ce qui a été écrit sur cet important sujet, il est facile de reconnaître que le point d'appui pris sur les genoux par l'appareil Chassagny ne satisfait pas entièrement les partisans même des tractions mécaniques; de nombreuses tentatives ont été faites pour trouver d'autres points d'appui.

Joulin a le premier essayé d'appuyer son aide-forceps sur la région pelvienne.

Tarnier, à l'aide de ses mouffes, a pris un point d'appui non plus sur la malade, mais sur un point plus ou moins éloi-

gné du plancher. Delore, à Lyon, employait du reste déjà ce même moyen avant le chirurgien de Paris.

Hamon (de La Rochelle) a fait construire aussi un appareil de traction qu'il appuie par deux béquilles sur les plis génito-cruraux de la malade.

Pros, de la même ville, a fait, lui aussi, un nouveau tracteur que le professeur Depaul a eu l'obligeance de me montrer. Il prend son point d'appui sur un cadre de bois placé sous le siège de la malade.

De toutes ces tentatives, aucune ne s'est emparée de la pratique, mais elles témoignent de l'unanimité avec laquelle on a jugé imparfait l'appui sur les genoux ; je suis convaincu que ce desideratum a dû ralentir la vulgarisation du tracteur.

Les inconvénients de l'appui sur les genoux ont été énumérés maintes fois, je les citerai sommairement ici :

1° La mobilité des cuisses exige au moins deux aides pour les maintenir dans une fixité relative ;

2° Malgré tous les efforts de ces aides il survient toujours quelque déplacement des genoux, ce qui relâche la traction et peut même rendre vicieuse la direction dans laquelle on tire ;

3° En mettant les cuisses dans l'extension complète, elles ne peuvent pas arriver à être perpendiculaires au plan du détroit supérieur ; la direction des tractions est donc toujours un peu éloignée de celle qu'on cherche à atteindre dans les cas de dystocie au niveau de ce détroit ; ce sont ceux exigeant le plus impérieusement l'emploi d'une force relativement élevée.

Tels sont les inconvénients du seul tracteur qu'on trouve aujourd'hui dans la pratique. Cette énumération légitime suffisamment nos efforts pour obtenir un appareil plus simple et mieux approprié que le tracteur Chassagny.

Je me suis proposé en construisant ce nouvel instrument de réaliser les conditions suivantes :

1° Exécuter la contre-extension en prenant son point d'appui sur le bassin même de l'accouchée, seul moyen pour que la traction opérée soit vraiment et uniformément soutenue ;

2° Tirer non plus dans une direction unique, mais tirer au gré de l'accoucheur, dans les diverses directions utiles aux divers temps de l'accouchement;

3° Pouvoir appliquer ce tracteur sans être secondé par aucun aide et en laissant à la malade la liberté de mouvement et de position de ses membres inférieurs;

4° Appuyer sur les ischions de façon à ce que la pression soit supportée sans douleur par la malade et qu'aucune partie du tracteur ne gêne la direction des cordons, l'évolution du forceps ou l'arrivée de la tête;

5° Enfin le rendre simple, portatif et peu coûteux.

L'idée réalisée par cet instrument, je m'empresse de le dire, n'est pas une idée neuve, c'est celle de Joulin : *l'appui sur le pelvis*, mais réalisée par un moyen absolument pratique et tout à fait commode.

L'aide-forceps de Joulin s'appuyait sur le périnée par une grande traverse droite, celle-ci devait porter largement sur toutes les parties molles du siège, sans viser spécialement aucun point particulier du squelette de la femme. Elle était placée au-devant du forceps dont elle empêchait complètement l'évolution en avant. Enfin, elle barrait le détroit inférieur et fermait complètement la vulve. Cet instrument devait donc être enlevé alors que la tête tout entière était encore logée dans l'excavation pelvienne.

Aussi on peut dire que l'auteur même de cet instrument a renoncé à s'en servir. Il l'avait employé deux fois en 1860, alors qu'il le présenta à l'Académie de médecine, et lorsqu'il publia son *Traité d'accouchement*, sept années après, il n'avait encore à son actif que ces deux applications faites sur des enfants venus morts. Cette conduite de l'auteur de l'aide-forceps est des plus significatives. Il suffit d'ailleurs de jeter les yeux sur la figure du *Traité d'accouchement* de Joulin, page 1057, pour comprendre ce qu'il y a d'irrationnel dans cet instrument et s'expliquer pourquoi l'auteur s'est sagement borné à ces deux seules applications.

Description du nouveau tracteur :

Cet instrument (Pl. II, *fig. I*) se compose de trois parties : 1° un arc pelvien A B E C D ; 2° une tige pleine E F ; 3° une canule à vis droite F G.

L'arc pelvien est terminé à chacune de ses extrémités par une boucle quadrangulaire fléchie sur elle-même, de façon à constituer des espèces de cupules dans lesquelles viennent se loger les ischions. Ces boucles sont enveloppées de caoutchouc.

Les dimensions de cet arc ont une grande importance : de A à C il y a 9 centimètres ; de B à D il y en a 10 1/2.

La largeur des boucles de A à B et de C à D est de 7 centimètres.

L'arc lui-même est constitué par deux pièces que réunit fortement la tige vissée en E, ce qui rend l'instrument moins volumineux une fois démonté et ce qui, dans certains cas, permet d'agrandir l'arc : quand la tête est très-volumineuse, si on la trouve serrée par l'arc pelvien lorsqu'elle se dégage de la vulve, il suffit de dévisser un tour de la vis E pour donner un centimètre de plus d'écartement entre les deux boucles d'appui.

La tige E F est droite jusqu'à son extrémité F où elle s'infléchit en avant ; elle se termine en E par une vis solide réunissant les deux parties de l'arc, et en F elle s'articule par un carré dans la canule à vis, de telle sorte que cette canule fait avec la tige E F un angle de 140°.

La canule F G est donc inclinée sur le plan général de l'instrument d'environ 40° ; elle renferme une vis qu'on fait mouvoir à l'aide d'une poignée transversale, et cette vis fait cheminer un taquet-écrou T. C'est à ce taquet-écrou que s'accroche l'anse des cordons qui tirent le forceps ou l'anse inférieure du sériceps.

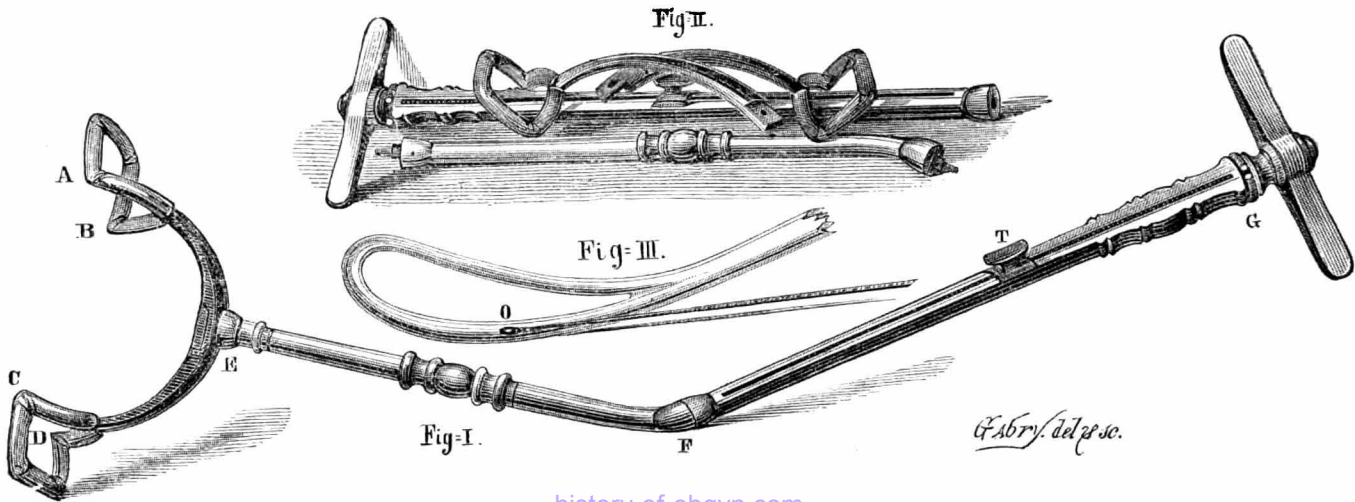
Ces cordons doivent être noués de façon à ce que la traction commence à s'effectuer lorsque le taquet est le plus près possible du point F. L'accouchement se terminera lorsque le taquet arrivera près du point G.

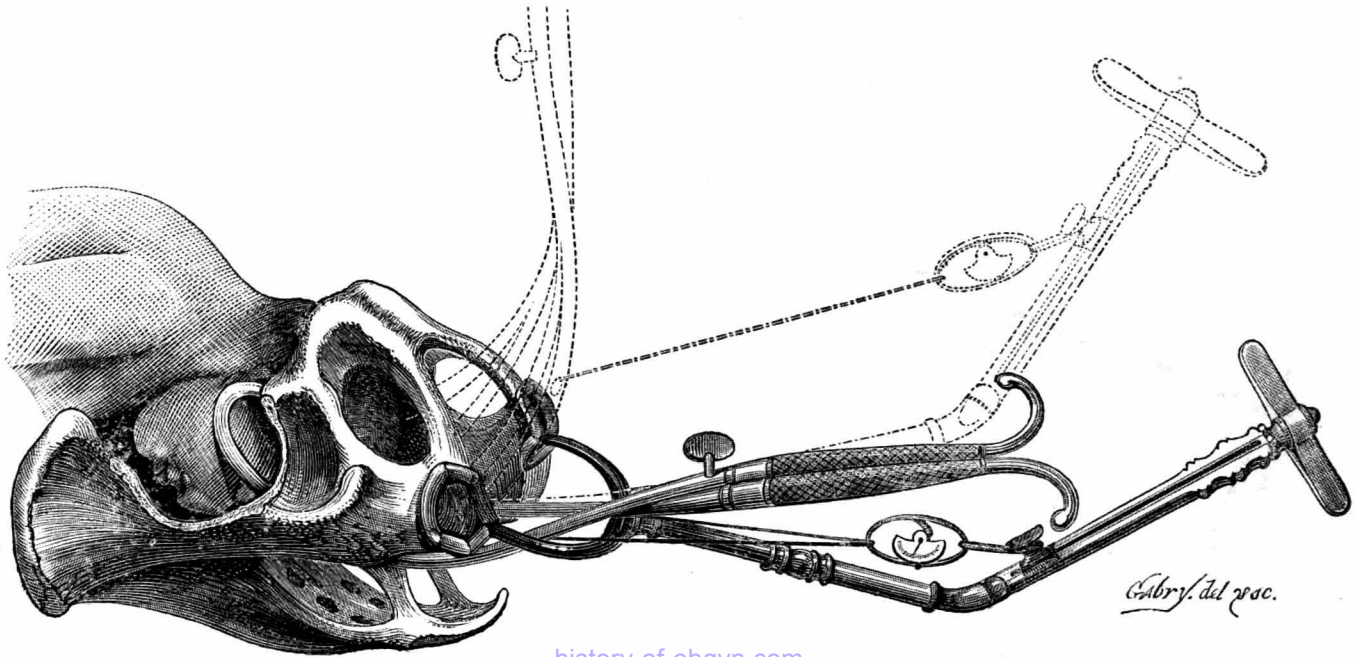
La *figure II* montre ce tracteur démonté en E et en F ; l'appareil est alors assez peu volumineux pour entrer dans une poche.

La *figure III* montre le point O où est percée chaque branche du forceps ordinaire pour y passer les cordons de traction. De cette façon ils sont insérés sur le forceps au niveau même du centre de la tête. Cette condition est, à notre avis, de la plus haute importance.

Ce tracteur s'appuie sur le bassin même en y prenant quatre points d'appui, un en avant et un en arrière de chaque ischion. Ces quatre points A B C D forment un quadrilatère divisant transversalement l'aire du bassin, et c'est dans ce quadrilatère que passent les cordons de traction. Il en résulte que l'instrument conserve de lui-même la position qu'on lui donne ; chaque tour de vis l'applique plus fortement contre le bassin sans avoir la moindre tendance à le faire basculer. L'opérateur peut ainsi se dispenser du secours de tout aide et il peut même, d'une seule main, opérer la traction pendant que l'autre main soutient le périnée.

Or, les ischions étant des tubérosités sensiblement arrondies, il est possible d'appliquer l'instrument contre ces tubérosités dans diverses positions, en faisant pour ainsi dire pivoter tout l'appareil d'arrière en avant autour de la ligne fictive qui réunirait ces deux os. L'accoucheur reste ainsi maître de la direction ; au début il place le tracteur dans une position aussi postérieure que possible, puis, vers le milieu de l'accouchement, il change cette position ; il relâche la vis et place l'instrument autant en avant que possible. D'autre part, si l'on remarque l'obliquité de la vis sur la figure générale de l'instrument, on reconnaît que cette vis oblique en avant change à chaque tour la direction de la traction. Celle-ci est de plus en plus antérieure à mesure que le taquet-écrou parcourt son trajet oblique. Cet instrument commence donc la traction en arrière à peu près perpendiculairement au détroit supérieur, et finit cette traction en avant dans une direction sensiblement perpendiculaire au détroit inférieur, après avoir tiré dans toutes les directions intermédiaires à ces deux extrêmes.





La *planche III* montre le tracteur tirant un forceps, la tête étant au détroit supérieur ; le pointillé montre la position qu'aura l'instrument vers la fin de l'accouchement, le forceps s'étant relevé en avant et étant prêt à se dégager tout à fait.

A la simple vue de cet instrument, on se demande tout d'abord si la pression qu'il fait sur les ischions n'est pas insupportable à la malade ; heureusement les faits se sont chargés de me démontrer qu'il n'en est rien. Chaque ischion est matelassé par la nature d'une certaine couche adipeuse, et la peau, dans ces régions, est disposée pour supporter la station assise, de telle sorte que la pression faite sur les ischions n'est nullement douloureuse. Les parties de l'instrument qui s'appuient sur la peau sont en outre enveloppées d'un tube de caoutchouc assez épais. On peut du reste se convaincre soi-même de l'innocuité de cette pression : pour cela, s'asseoir sur ce tracteur, son extrémité manuelle reposant sur le sol ; on peut ainsi se convaincre qu'on y est assez bien assis, même en y abandonnant tout le poids de son corps ; c'est donc, pour ainsi dire, un siège portatif. Il est peut-être des circonstances où un touriste ne le dédaignerait pas.

J'ai eu l'honneur de présenter ce tracteur à M. Pajot ; je lui en ai démontré le fonctionnement sur le forceps. Ce professeur, tout en restant encore très-hostile en principe aux tractions mécaniques, m'autorise à dire que, comme mécanisme et comme instrument, ce tracteur est très-supérieur à tous ceux qui lui ont été présentés jusqu'à ce jour.

Ce tracteur peut s'employer avec tous les forceps (voir la *planche III*) ; il est toutefois important de suivre la donnée parfaitement rationnelle sur laquelle le docteur Chassagny a insisté avec tant de justesse : il faut porter l'insertion des cordons tracteurs sur le forceps au niveau même du centre de figure de la tête, et il ne suffit pas de passer simplement les cordons dans l'ouverture de chaque cuiller.

A ce point de vue, le forceps qu'a fait construire le docteur Chassagny est très-utile. On peut cependant, si on n'a pas cet instrument, utiliser le forceps habituel. Il suffit pour cela, comme le docteur Laroyenne l'a fait à la Charité, de faire perforer, au milieu de leur longueur, les bords de

chaque cuiller et de passer dans ces orifices les anses de cordons ou de lacets sur lesquels on tire.

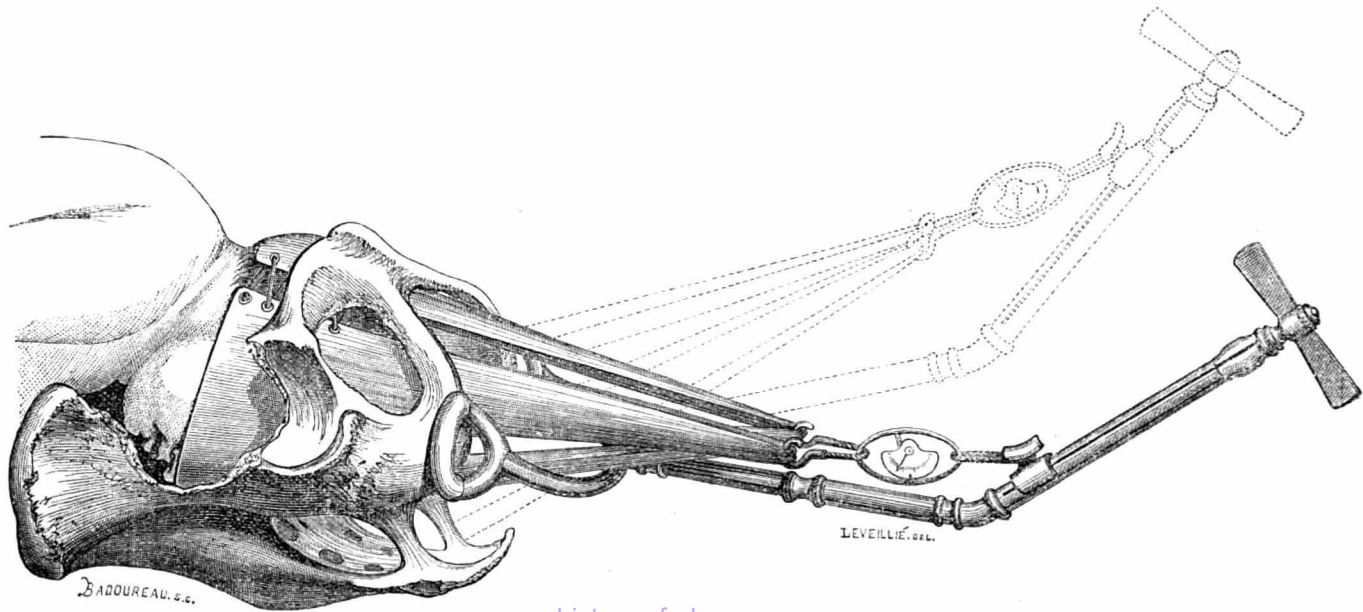
Ce tracteur s'applique également bien sur le séricéps, comme le montre la *planehe* IV que je dois au crayon habile de M. Léveillé. Là encore les anses de rubans font poulie sur les deux crochets et les quatre rubans sont constamment également tirés de façon à répartir également la traction sur tout le pourtour de la tête.

En résumé, je suis très-partisan de substituer aux secousses de nos efforts musculaires une force mécanique soutenue, graduée, non aveugle, comme on l'a appelée, mais intelligemment dirigée suivant les axes successifs de la filière courbe du bassin et toujours enregistrée par un dynamomètre. Mais pour que cette traction soit vraiment soutenue, il a manqué jusqu'à ce jour un point d'appui réellement fixe. C'est donc ce point d'appui sur le squelette du bassin qui caractérise spécialement le tracteur que je propose.

Considérons que ce tracteur peut être appliqué par un opérateur seul, car il fait la contre-extension qu'on confie toujours à plusieurs aides dans toute application de forceps. Une fois démonté en quatre pièces, il est d'un faible volume et très-portatif, sa simplicité le rend d'un prix peu élevé, double considération qui n'est pas sans importance pour le médecin.

Le professeur Pajot, avec la haute autorité que lui donne sa situation éminente, s'est sévèrement et constamment prononcé contre les tractions mécaniques. Dans un récent article de bibliographie (*Archives de gynécologie*, 15 mars 1875), il a répété son *dernier mot* d'il y a vingt ans ; en réponse au professeur Saint-Cyr qui promet l'avenir aux moyens mécaniques, M. Pajot s'écrie : « *L'avenir toujours. Entre les mains des hommes instruits, le présent c'est autre chose.* »

Le célèbre accoucheur parisien, en réservant l'avenir, n'est donc pas radicalement irréconciliable. Son opinion actuelle s'appuie probablement sur ce que les instruments proposés jusqu'ici ne remplissent pas toutes les conditions désirables relativement à *la direction*. Or, à ce point de vue, je



n'hésite pas à soumettre ce nouveau tracteur au jugement du professeur de Paris.

Cet instrument n'aspire qu'à prendre une petite place dans celle que M. Pajot lui-même concède dans l'avenir aux perfectionnements des moyens jusqu'à ce jour connus.

APPLICATION DU SÉRICEPS DANS UN CAS D'INERTIE
UTÉRINE ;

Par M. le docteur REYNAUD (1).

Appelé dernièrement par mon confrère, M. le docteur Poulet, pour l'assister dans un accouchement laborieux, je pus voir l'opération se terminer à l'aide du tracteur-soie, instrument si différent de ceux employés ordinairement par les accoucheurs. Aussi, pensant que cette observation présenterait quelque intérêt pratique, ai-je cru devoir la publier.

M^{me} G., âgée de 25 ans, primipare, ressent les premières douleurs de l'enfantement le 28 février, à cinq heures du matin ; examinée douze heures après, on trouva la dilation du col à deux francs.

À dix heures du soir, les grosses douleurs se précipitent ; la dilatation n'est cependant complète que le 1^{er} mars, à cinq heures du matin.

L'enfant se présente en première position du sommet ; cependant la tête plonge peu dans l'excavation. Le bassin ne présente pas d'anomalie. Les douleurs, au lieu de s'accroître, vont s'affaiblissant et disparaissent insensiblement pour faire place, à huit heures du matin, à une inertie absolue.

On se décida alors à une intervention. La tête étant assez engagée au détroit supérieur, M. Poulet juge le cas favorable pour l'application du tracteur-soie, qu'il a présenté à la Société de médecine, dans sa séance du 30 août dernier.

(1) Observation publiée dans le *Lyon Médical* du 28 mars 1875.

Il procède alors à l'introduction de son tissu ; les extrémités de la bande d'étoffes sont portées d'arrière en avant en contournant la tête à l'aide d'un forceps en miniature, qui glisse dans les gaines du tissu ; ce temps exécuté sans trop de difficulté, on serre les cordons. On a ainsi entouré la tête d'un cercle d'étoffe inextensible placé au-dessus des parties saillantes de l'occiput.

Nous procédons à l'extraction fœtale en tirant sur les anses du tissu ; mais comme la résistance à vaincre est considérable, nous employons alors le tracteur que M. Pouillet a fait construire, pour compléter son appareil. Ce tracteur, qui prend son point d'appui sur les deux os ischions, permet d'opérer des tractions variées. Les cuisses de la malade sont ainsi laissées libres pendant le temps des tractions.

Le tracteur s'adapte de lui-même sur le bassin dans une position excellente, et plus la vis chemine, plus il s'applique exactement sans avoir la moindre tendance à se déplacer et à perdre la position que l'accoucheur lui donne au début. Quand la tête a cheminé quelque peu, comme il est utile de tirer plus en avant, on change la direction du tracteur, ce qui permet d'opérer les tractions suivant l'axe du détroit inférieur.

Nous avons alors la satisfaction de voir cet excellent instrument fonctionner avec autant de régularité dans cette position que dans la précédente, et nous voyons bientôt, en continuant à faire marcher le tracteur, la tête apparaître à la vulve et l'accouchement se terminer.

On enlève alors le tracteur et le tissu qui entourait la tête. L'enfant, qui respirait difficilement, a été vite rappelé à la vie par la respiration artificielle. Les tractions opérées par le tracteur ont duré vingt minutes environ et ont été évaluées à 45 kilogr. par le dynamomètre.

Je ne veux pas apprécier la méthode, l'auteur publiera prochainement dans ce journal sa description complète ; je me bornerai seulement à accompagner ce fait de quelques réflexions. Je crois à la supériorité de cet instrument sur le forceps, particulièrement pour le cas de rétrécissement pelvien.

1° *L'épaisseur* de l'étoffe n'ajoute aucun volume à la tête, sa souplesse permet des tractions plus prolongées et moins violentes ; l'appareil peut être laissé plus longtemps en place sans occasionner de douleur à la femme. On peut donc par cet instrument remplacer la force et la violence qu'on est tenté d'employer par le forceps.

Disons encore un mot du tracteur qui est le complément du tissu, et qui, dans ce cas, a opéré l'extraction fœtale. Je dirai tout d'abord qu'il me semble remplir parfaitement les conditions sur lesquelles M. le professeur Pajot insistait dans ses savantes leçons. « Pour extraire artificiellement un enfant, disait l'éminent professeur, il ne s'agit pas de tirer violemment, de se pendre au forceps, il faut *tirer dans l'axe* » et bien, je puis le dire, ce tracteur me semble remplir exactement ces conditions.

Ayant un point d'appui fixe « les ischions », on peut, en le faisant pivoter sur ce point fixe, lui faire suivre pas à pas les évolutions du fœtus qui chemine dans la filière pelvienne. C'est ainsi qu'au détroit supérieur, je l'ai vu tirer tout à fait en arrière et progressivement au gré de l'accoucheur. Nous l'avons fait tirer ensuite dans l'axe du détroit inférieur.

Au moyen de ce tracteur, l'accoucheur peut se passer d'aide ; d'une main, il fait cheminer la vis, et de l'autre il soutient le périnée.

Ce tracteur peut s'appliquer sur le forceps avec la même facilité. L'auteur l'a ainsi employé, il y a un mois environ, en présence de MM. Delore, Vinay et Reboul.

Un autre avantage de ce tracteur, mais à un autre point de vue, c'est d'être portatif, pouvant se démonter en plusieurs parties ; on le réduit au volume du forceps brisé de Pajot.

En publiant cette observation, je tenais à démontrer que ce nouvel instrument n'était pas seulement une pure vue de l'esprit, une conception théorique, mais bien un instrument dont l'emploi était non-seulement praticable, mais très-utile en certaines circonstances.

Ajoutons un mot pour terminer. La malade et son enfant sont actuellement en parfait état de santé.

Chez la mère, les suites de couches ont été bonnes. L'enfant, envoyé en nourrice le surlendemain de l'opération, se porte admirablement bien.

OBSERVATION D'ACCOUCHEMENT AU MOYEN DU SÉRICEPS ;

Par M. le docteur POULLET (1).

J'ai fait avec le docteur Icard, le savant rédacteur du *Lyon Médical*, une nouvelle application de sériceps dont voici l'observation :

M^{me} R..., âgée de 21 ans, primipare, prend les douleurs le 9 mai, à huit heures du matin ; appelé dans la soirée, je constate que la dilatation commence à peine ; le lendemain, à neuf heures du matin, la dilatation a atteint trois francs, le soir, à dix heures, elle dépasse cinq francs ; mais les douleurs sont encore peu énergiques. Dans la nuit, vers deux heures environ, la malade fait les eaux et une assez grande quantité de sang ; on m'appelle de nouveau, j'examine la malade à trois heures du matin, le col est complètement effacé, la tête en occipito-iliaque gauche : tout m'annonce un accouchement normal, prochain et je ne quitte plus la malade. Cependant les heures passent et les douleurs, quoique fréquentes, restent peu énergiques.

Vers sept heures du matin, il n'y a pas de progrès, non-seulement la tête n'est pas descendue depuis trois heures du matin, mais le mouvement de rotation ne s'est nullement

(1) Observation publiée dans le *Lyon Médical* du 23 mai 1875.

accentué. Il n'y a eu depuis que la formation d'un thrombus peu considérable; les bruits du cœur, auscultés plusieurs fois, semblent perdre de leur intensité, et les douleurs diminuent au lieu d'augmenter; en un mot, nous avons affaire à une dystocie par insuffisance dynamique. Croyant qu'il y a lieu d'intervenir, je fais appeler notre confrère le docteur Icard; il examine la malade à huit heures, la tête est fortement engagée dans l'excavation; on peut apprécier que son diamètre le plus saillant doit être engagé au détroit supérieur qui est probablement franchi. Le travail dure depuis quarante-huit heures, mon confrère reconnaît qu'il y a lieu d'intervenir. La malade est mise dans la position habituelle et j'applique le sériceps. Les trois branches superposées sont portées ensemble en arrière de la tête, entre celle-ci et le sacrum: je les sépare, la branche postérieure est poussée au niveau du promontoire le plus haut possible, et les deux branches latérales sont insinuées par un léger mouvement de rotation, d'abord sur les parties latérales du bassin, puis dans le voisinage de la symphyse pubienne. L'instrument est alors placé, je fais sentir à mon confrère l'extrémité de ses branches à travers la paroi abdominale et au-dessus du pubis; on peut alors faire avec la totalité de l'instrument de petits mouvements oscillants que l'on voit parfaitement se transmettre à toute la masse fœtale.

J'ai dans la main les anses relâchées des cordons, je procède à leur serrement, et je retire successivement de leurs gaines les trois tiges métalliques, ne laissant en place que l'étoffe qui étreint la tête.

Le placement du sériceps a pris environ huit minutes, nous laissons la malade cinq minutes au repos complet avant d'exercer les tractions. Elle n'accuse pas alors la moindre douleur.

J'applique le tracteur mécanique sur les ischions, non pour faire des efforts énergiques, mais pour que le dynamomètre indique à quel degré on aura tiré. On fait ensuite des tractions lentes sans dépasser la limite de vingt-deux à vingt-quatre kilogrammes. Ces tractions sont dirigées assez en arrière pour que les rubans appuient contre la com-

missure périnéale; on voit peu à peu s'avancer la tête; on donne alors au tracteur sa seconde position pour tirer plus en avant et on continue de tourner la vis. Après cinq minutes de traction, la tête se dégage tout à fait.

L'enfant est bien vivant, je laisse l'étoffe encore un certain temps autour de sa tête pour faire observer soigneusement à mon confrère les diverses particularités de sa position sur l'ovoïde crânien.

Les cordons, qui ont été serrés tout à fait derrière le pubis, sont sur la tête immédiatement derrière l'oreille droite, la peau du cou conserve en ce point une rougeur érythémateuse qui a persisté deux jours.

La tête a donc été prise en position à peu près transverse, c'est-à-dire que le mouvement de rotation nécessaire n'était à peu près pas commencé; il a dû se produire pendant les tractions.

Le bord de l'étoffe passe sous l'occiput, sur les pommettes des joues et sur la pointe du nez. Le nom de cercle *sous-occipito-malaire* que M. Delore a donné à cette prise est dans ce cas mathématiquement exact. Ce cercle, mesuré immédiatement, avait 26 centimètres $1/2$; le cercle de plus grande dimension de la tête, l'*occipito-frontal*, mesurait 23 centimètres $1/2$. Il eût donc fallu que mon cercle d'étoffe mesurât 2 centimètres de plus qu'il n'avait pour pouvoir glisser sur la tête sans l'amener.

Mon confrère a ainsi pu se convaincre que dans ce cas le sériceps avait une prise à toute épreuve.

Il a bien voulu me déclarer de suite que pour son compte il se déclarait satisfait du fonctionnement de ce nouvel appareil.

Le lendemain, je demandai à notre confrère s'il avait fait quelque réflexion nouvelle sur le fait dont il a été témoin. Il me répondit que l'impression qui avait été la plus vive pour lui était l'étonnement de voir avec quelle précision cette étoffe a saisi l'ovoïde crânien, exactement de la façon indiquée théoriquement par les deux figures publiées depuis longtemps et reproduites dans le *Lyon Médical* du 16 mai. Je puis répondre que cette prise a été à peu près la même dans tous mes accouchements; elle est, je crois, assez facile à saisir

pour que je puisse espérer un grand avenir pour la soie obstétricale.

Je remercierai, en terminant, M. Icard, dont tout le monde apprécie l'impartialité scientifique, et de son concours pour mon opération, et de sa bienveillance qu'il apporte dans le jugement du sériceps.

