

2407734
Per med xix B 105-6244
Cert par l'ac
de M^r Larrey
De l'Université
Dr.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LES ABUS ET LES DANGERS

DE

LA MANOEUVRE INSTRUMENTALE

DANS

L'ART DES ACCOUCHEMENS.

Tribut Académique,

PRÉSENTÉ ET PUBLIQUEMENT SOUTENU
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,
LE 18 JANVIER 1823;

Par ANTOINE-BARTHÉLEMI CLOT,
De GRENOBLE (Isère);

Docteur en Médecine et en Chirurgie; Chirurgien en Chef adjoint de l'Hôpital-général de la Charité; Chef des Travaux Anatomiques de l'École secondaire de Médecine de Marseille; Chirurgien en Chef interne-adjoint de l'Hôtel-Dieu de la même ville; Médecin consultant des Dispensaires; Médecin de l'Hospice des Orphelines; Professeur particulier d'Accouchemens; Membre de la Société académique de Médecine de Marseille, de l'Athénée médical de Montpellier, etc.

A MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, Seul Imprimeur de la Faculté
de Médecine, près l'Hôtel de la Préfecture, n.º 62.

1823.

PROFESSEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

M. JACQUES LORDAT, *Doyen*.
M. J. ANTOINE CHAPTAL, *honoraire*.
M. J. B. TIMOTHÉE BAUMES.
M. M. J. JOACHIM VIGAROUS.
M. PIERRE LAFABRIE.
M. J. L. VICTOR BROUSSONNET.
M. G. JOSEPH VIRENQUE.
M. C. J. MATHIEU DELPECH.
M. JOSEPH FAGES.
M. ALIRE RAFFENEAU DELILE.
M. FRANÇOIS LALLEMAND.
M. JOSEPH ANGLADA.
M. CÉSAR CAIZERGUES.

MATIERE DES EXAMENS.

- 1.^{er} *Examen.* Anatomie, Physiologie.
- 2.^e *Examen.* Pathologie, Nosologie, Accouchemens.
- 3.^e *Examen.* Chimie, Botanique, Matière médicale, Thérapeutique, Pharmacie.
- 4.^e *Examen.* Hygiène, Police Médicale, Médecine légale.
- 5.^e *Examen.* Clinique interne ou externe, suivant le titre de Docteur en Médecine ou en Chirurgie que le candidat voudra acquérir.
- 6.^e *et dernier Examen.* Présenter et soutenir une Thèse.

A M. ALPHONSE DE MONTGRAND,

ADMINISTRATEUR DES HOPITAUX DE MARSEILLE.

Que je voudrais bien , MONSIEUR , en me permettant de vous dédier cet Opuscule , en orner les premières pages de l'énoncé des précieuses vertus de votre cœur ! Mais la crainte d'alarmer votre modestie arrête ma plume..... Toutefois la reconnaissance me fait un devoir de signaler au moins votre zèle pour la justice et votre amour pour la vérité !!!

AU VRAI PHILANTHROPE , AU MÉDECIN DU SIÈCLE ,

A MONSIEUR CAUVIÈRE,

Docteur en Médecine et en Chirurgie ; Professeur d'Opérations et d'Accouchemens à l'École secondaire de Médecine de Marseille ; Chirurgien en Chef adjoint de l'Hôtel-Dieu ; Chirurgien en Chef de l'Hôpital de Saint-Joseph ; Accoucheur en Chef de la Maternité ; Membre de la Société royale de Médecine de la même ville , etc. etc.

Il est de ces noms éminemment respectables , qui , rappelant aussitôt à l'esprit l'idée des plus nobles qualités , réveillent dans le cœur tous les sentimens honorables qu'ils inspirent. Tel est le vôtre , MONSIEUR ; souffrez que je le place au-dessus du mien , comme un abri sous lequel l'envie craindrait peut-être de m'atteindre.

A. B. CLOT.

A MA MÈRE ;

MARIE BÉRARD DE LAROCHE, VEUVE CLOT.

Tribut de respect et d'amour filial.

A. B. CLOT.

AVANT-PROPOS.

LORSQUE je pris, il y a deux ans, le Grade de Docteur en Médecine, j'avais l'intention de présenter quelques réflexions sur les inconvéniens de la manœuvre instrumentale dans les accouchemens; mais n'ayant point encore assez approfondi cette matière, je me décidai à en choisir une autre: ce fut l'inflammation de la moelle épinière.

Toujours pénétré de l'importance d'un sujet qui touche de si près aux intérêts les plus chers de la société, et poussé par une prédilection toute particulière pour l'étude de l'art des accouchemens, je me livrai à de nouvelles recherches. J'ai pu m'adonner à ce genre d'investigation avec d'autant plus d'avantages, que, depuis neuf ans, je suis placé dans l'un des plus grands hôpitaux de France (l'Hôtel-Dieu de Marseille), qui réunit, aux autres moyens d'instruction, une Maternité où se fait annuellement un grand nombre d'accouchemens. Pour mettre à profit ces avantages pratiques, je fais depuis plusieurs années des cours particuliers à des sages-femmes.

Le résultat de mes observations m'a porté à penser que la théorie des accouchemens n'était pas en rapport, sur plusieurs points importants, avec la pratique; et c'est pour signaler cette espèce de contradiction, entre deux choses qui devraient être si essentiellement en harmonie, que je vais présenter les considérations suivantes.



CONSIDÉRATIONS
SUR
LES ABUS ET LES DANGERS
DE LA MANŒUVRE INSTRUMENTALE
DANS L'ART DES ACCOUCHEMENS.

Il ne faut être ni trop pressé, ni trop entreprenant, ni trop irrésolu, ni trop timide, et il faut autant de connaissances pour aider à temps la Nature dans certains cas, que pour l'abandonner à ses propres forces dans d'autres.

STEIN, *Art des accouchemens*, vol. II. p. 114.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

LA science des accouchemens est sans contredit une des plus importantes branches de la Médecine. Celui qui en est le ministre, remplit une fonction doublement bienfaisante, puisqu'il est à la fois chargé de veiller sur la vie et la santé de deux êtres intéressans dont il est tant de fois le sauveur. En réfléchissant à la souveraine utilité d'un art dont les avantages conservateurs s'étendent sur la créature humaine, même avant sa naissance, n'a-t-on pas lieu de s'étonner que les médecins en aient autant négligé l'étude? Il n'y

a pas bien long-temps encore que la pratique de cet art n'était guère confiée qu'à des personnes qui ne possédaient, pour la plupart, aucunes connaissances médicales, pas même celles qui sont relatives à la structure physique des organes destinés à accomplir l'acte de la parturition. Séparée du domaine de l'Art de guérir, et exclusivement abandonnée à des femmes ignorantes, comme elle l'a été durant tant de siècles, quels progrès a pu faire la science des accouchemens? Si nous jetons un coup-d'œil sur son histoire, nous verrons qu'avant Hippocrate on n'avait sur ce point que des connaissances très-vagues, et que le Père de la Médecine lui-même ne nous a presque rien transmis d'exact à cet égard. Galien a laissé fort peu de chose sur ce sujet, et Celse, Paul d'Égine, Avicenne, Albucasis, Vésale, n'ont presque rien fait pour cet art. Ambroise Paré est le premier qui ait réuni la partie des accouchemens à la chirurgie; mais ce grand homme, qui mérite à si juste titre le glorieux surnom de restaurateur de la Chirurgie Française, a beaucoup plus fait pour celle-ci que pour la science des accouchemens. Guillemeau, son disciple, ne fit qu'ajouter quelques idées nouvelles aux connaissances qu'il avoit trouvées. C'est Mauriceau qui a fait en quelque sorte la première époque de cette science, en faveur de laquelle il a écrit des ouvrages où l'on trouve les préceptes les plus sages et les mieux conçus; on peut l'appeler l'Hippocrate des accoucheurs. Peu, Lamotte, Ledran, Petit, etc., ont fort peu ajouté aux ouvrages de Mauriceau, qui avaient déjà introduit des connaissances assez exactes chez tous les peuples de l'Europe. Une époque nouvelle et brillante a vu naître Smellie, Solayrés, Baudelocque: ce sont eux qui ont réuni en corps de doctrine les idées que l'on possédait sur la science des accouchemens; ce n'est que d'après l'heureuse impulsion qu'ils lui ont donnée, qu'on l'a considérée comme une branche de la médecine, qu'elle a été enseignée dans nos écoles, et que les hommes du plus grand mérite n'ont plus dédaigné de s'en occuper.

Comme toutes les autres branches de l'Art de guérir, la science des accouchemens a été en proie à l'esprit de système; négligeant

l'étude des faits, les auteurs qui s'en sont occupés ne nous ont transmis que des connaissances imparfaites ; et sur un nombre infini d'ouvrages que nous possédons sur cette matière, à peine en trouvons-nous quelques-uns qui renferment des principes basés sur l'observation, sur-tout pour ce qui regarde la manœuvre. On s'est successivement copié ; on a fait des livres avec des livres : celui de Baudelocque est considéré comme le plus parfait, et cependant il renferme encore des principes faux que l'on a très-religieusement répétés, sans doute encore parce que l'on a négligé l'étude de l'observation. M.^{me} Lachapelle, quoique pleine de respect pour Baudelocque, a reconnu, dans sa longue et savante pratique, que la théorie de cet auteur célèbre n'était pas en rapport, sous beaucoup de points, avec le raisonnement et l'expérience. Les observateurs l'avaient bien compris, mais aucun d'eux ne l'avait encore démontré les faits à la main. M.^{me} Lachapelle est la première qui ait osé renverser les dogmes hypothétiques du professeur de Paris, pour donner des principes tirés du livre de la Nature.

La théorie des présentations a été jusqu'à nos jours la partie la moins connue de l'art des accouchemens, quoiqu'elle en soit la plus importante. On s'en est tenu à cet égard aux écrits des auteurs de l'époque précédente ; mais nous l'avons déjà dit, rien de plus inexact et de moins en rapport avec ce que la pratique enseigne. Qui croirait que, sur 94 positions admises par Baudelocque et ensuite par nos écoles, il ne s'en est jamais rencontré que 22, et qu'il ne peut en exister davantage ? Voilà donc 72 présentations admises et crues possibles par le plus grand nombre des accoucheurs, lesquelles ne sont dans le fait que 72 fantômes. Pour nous convaincre de cette vérité, nous invoquons l'expérience de tous les accoucheurs ; la plupart déclarent n'avoir jamais rencontré ces positions imaginaires (1). M.^{me} Lachapelle, dans trente années de pratique, n'en a jamais vu une seule.

(1) Les positions du dos, de la partie antérieure du tronc et de ses parties latérales.

Une note qui se trouve consignée dans l'ouvrage de cette célèbre accoucheuse et que l'on me permettra de rapporter ici en entier, achèvera, je l'espère, de démontrer la solidité du raisonnement que nous venons d'établir. « Presque tous les auteurs, dit-elle, parlent « de ces positions, mais presque tous semblent s'être uniquement « copiés à ce sujet. A peine en trouve-t-on quelques exemples dans « les recueils d'observations; il n'y en a pas un dans celui de « Mauriceau : un seul est bien vague dans celui d'Amand. Peu, « page 416, parle des difficultés qu'il a éprouvées, quand les mains « et les pieds se présentaient avec le ventre : ce n'est pas là une « position de l'abdomen. Smellie, tome II, page 333, dit vaguement « qu'il a reconnu la poitrine à l'orifice de la matrice et qu'il y a « ramené le vertex : il y a, si je ne me trompe, bien du louche « dans cette histoire.

« Delamotte et Portal sont les seuls, à ma connaissance, qui « parlent d'une manière bien positive de quelques-unes de ces po- « sitions. Deux fois Delamotte a trouvé le devant du cou; mais « un des deux cas, obs. 151, est évidemment une position im- « parfaite de la face. Quant à l'autre, elle lui a causé une telle « surprise qu'il craint d'être soupçonné de mensonge, obs. 150. Il « assure aussi avoir senti une fois la nuque et le haut du dos, « obs. 277, et une autre fois l'abdomen, obs. 294 : cette dernière « est bien vague. Portal cite deux enfans dont il a senti les lombes « et l'épine du dos; mais la chose est si peu détaillée qu'on pourrait « regarder le fait comme une position imparfaite des fesses. Il ne « s'explique guère sur les présentations du ventre, dont il apporte « trois ou quatre exemples. Cependant, dans l'un d'eux, l'enfant « se présentait, dit-il, *en double*. Je ferai remarquer à ce sujet « que souvent la présence d'une partie mollassse, telle que les fes- « ses, accompagnée du cordon ombilical, a pu en imposer et faire « croire à la présence de l'abdomen. C'est le jugement que je porte « des deux observations de Viardel : car il n'en donne pour signe « que l'issue du cordon ombilical, qu'il appelle souvent, comme « tous les anciens accoucheurs, le *nombril* et l'*ombilic*, page 169

« et 263. Portal parle aussi d'une position de la partie postérieure
« des côtes : sans doute l'épaule était là.

« Deux accoucheurs plus modernes, Smellie, pl. XXXIII, et
« Burton, pl. VIII. fig. 2, ont donné d'assez bonnes figures de l'at-
« titude du fœtus dans la prétendue position de l'abdomen. Un
« coup-d'œil jeté sur ces figures fait sentir l'impossibilité du fait.
« L'enfant peut-il se ployer *en double*, en arrière, comme l'avance
« Portal? Burton n'a donné cette figure que pour faire reconnaître
« l'absurdité d'une telle opinion ; mais il admet une autre présen-
« tation de l'abdomen, pl. XIV. fig. 1, qui n'est pas moins invrai-
« semblable. Il semble qu'il ait attribué à l'abdomen certaines po-
« sitions des genoux très-écartés l'un de l'autre, et laissant tomber
« entr'eux une anse du cordon ombilical. Les raisons qu'il donne,
« tome I.^{er} page 307, contre la position généralement admise, sont
« tout aussi bonnes et aussi valables contre la sienne propre : ce-
« pendant, c'est celle-là que Baudelocque paraît avoir adoptée,
« sans doute sur parole ; car je ne lui ai jamais entendu dire qu'il
« eût rien trouvé de semblable dans sa pratique. »

S'il m'était permis de joindre mon témoignage à celui de l'es-
timable auteur que je viens de citer, je dirais seulement que, depuis
sept ans que je fais des accouchemens à la Maternité de l'Hôtel-
Dieu de Marseille, je n'ai jamais rencontré des positions du tronc.

Il me paraît donc que l'on peut conclure de ces faits, que les
présentations dont il s'agit sont inadmissibles, et qu'il faut les rejeter
comme autant de sources de méprises et d'erreurs plus ou moins
dangereuses dans la manœuvre. Maintenant il importe de fixer au
juste le nombre des présentations qui existent réellement, puisque
c'est leur connaissance exacte qui seule dissipe les ténèbres du
diagnostic, en aplanit les difficultés et règle sagement l'emploi
des secours nécessaires. Comment, en effet, manœuvrer sûrement,
si on ne sait au juste la partie sur laquelle on agit et la position
où se trouve cette partie ?

D'après ce que nous venons de dire, il est de la plus haute
importance d'avoir une classification exacte qui puisse servir de

règle invariable dans la pratique ; c'est ce que nous nous proposons , en donnant , à la fin de cette Dissertation , un tableau méthodique de la nomenclature des positions, basé sur les résultats de l'expérience.

DIVISION DES ACCOUCHEMENS.

Hippocrate a divisé les accouchemens en *naturels* et *contre-nature*. Il n'admettait dans la première classe que ceux où l'enfant présentait la tête ; et dans la seconde , ceux où il se présente dans toute autre position. Mauriceau a adopté la même division. Peu les divise en *naturels* et en *laborieux*. Delamotte en admet quatre espèces qu'il désigne sous les noms de *naturels* , *non-naturels* , *contre-nature* et *fâcheux*. Smellie , Levret , Baudelocque , en distinguent trois espèces , qu'ils appellent *naturels* , *contre-nature* et *laborieux*. Gardien les classe sous les noms de *naturels* , *mixtes* et *artificiels*. M.^{me} Boivin en fait cinq ordres :

- 1.^o Accouchement par expulsion spontanée ;
- 2.^o par expulsion auxiliaire ;
- 3.^o par extraction manuelle ;
- 4.^o par extraction instrumentale , agissant
sur l'enfant ;
- 5.^o par extraction instrumentale , agissant
sur la mère.

Toutes ces divisions sont purement scolastiques et purement déduites des théories des auteurs , qui tous ont admis que le fœtus pouvait présenter diverses régions du tronc aux détroits du bassin ; ce qui constituait une classe d'accouchemens , que l'on a appelés *contre-nature*. Mais , d'après les principes que nous avons émis dans les considérations précédentes , nous nions la possibilité de ces positions. Nous diviserons donc les accouchemens en deux classes , savoir : en *naturels* et en *artificiels*. Cette classification , en même temps qu'elle est la plus simple , me paraît la plus naturelle.

De l'Accouchement naturel.

L'accouchement est une fonction essentiellement naturelle ; c'est à tort qu'on en a admis de *contre-nature*. On a désigné sous ce nom , d'après Hippocrate , l'accouchement où l'on supposait que l'enfant pouvait se présenter en travers aux détroits du bassin ; mais nous avons déjà dit que le fœtus ne se présente que par l'une des deux extrémités de l'ovoïde , et que l'expérience des siècles ne fournit aucune observation de ses présentations en travers.

La fonction de la parturition n'eût jamais nécessité les secours de l'art , si l'état de civilisation n'avait agi sur les constitutions et produit des maladies , en détruisant , comme le dit Buffon , la perfection de ce moule que le Créateur a formé avec tant de sagesse.

De l'Accouchement artificiel.

Nous donnons cette dénomination à tous les accouchemens où les secours de l'art sont nécessaires pour extraire l'enfant du sein de la mère , soit que l'on ait recours aux instrumens , ou que l'on ne se serve que de la main. L'accouchement est autant artificiel d'une manière que de l'autre.

Considérations sur les abus de la manœuvre instrumentale.

Les progrès des connaissances humaines ont , depuis long-temps , fait abandonner l'usage de cette foule d'instrumens meurtriers , employés par les anciens pour extraire l'enfant du sein de sa mère. Ainsi les crochets , les tenailles , les tire-tête , etc. etc. , ne servent plus aujourd'hui que pour attester , sinon la barbarie , du moins l'ignorance de leurs auteurs. Le levier et le forceps sont les deux seuls instrumens qui ont survécu à tous les autres. Toutefois , le levier lui-même , inventé par Roonhuysen , préconisé par Debruyne , Herbiniaux , Boom , Camper et quelques accoucheurs français , est presque entièrement tombé en désuétude.

Le forceps est donc à peu près le seul instrument dont on se serve aujourd'hui. Son utilité n'a été bien reconnue que depuis que Smellie et Levret ont perfectionné celui que Chamberlayn avait apporté de Hollande, et qui fut rejeté par Mauriceau, comme un instrument meurtrier. Mauriceau n'est pas le seul accoucheur qui ait refusé à cet instrument tous les avantages que lui ont accordés les partisans de la manœuvre instrumentale. On l'a, dit Maygrier, beaucoup trop exalté, et sur-tout beaucoup trop employé dans sa nouveauté ; il n'est plus mis en usage aujourd'hui que dans les cas où il devient indispensable, et ces cas deviennent de jour en jour plus rares : *rien, d'ailleurs, en accouchemens, ne remplace des mains adroites et prudentes.*

Quoique, dans l'état actuel de la science, les accoucheurs aient singulièrement réduit le nombre des cas qui nécessitent l'emploi du forceps, nous pensons néanmoins qu'on y a trop souvent recours, et comme cet abus n'est pas sans danger, nous nous croyons obligé, dans l'intérêt de l'humanité, de le signaler ici. Je ne prétends pas dire, néanmoins, qu'on doive proscrire l'usage du forceps ; mon but est seulement de prouver qu'on a trop abusé de ce moyen en exagérant ses avantages, et en oubliant les dangers auxquels il expose et la mère et l'enfant.

Pour procéder avec ordre, nous allons examiner successivement les divers cas où on a le plus vanté les avantages de ce moyen, et où nous pensons cependant qu'il est fréquemment inutile, rarement nécessaire, et souvent funeste.

§. I.^{er} Hémorrhagie.

Le plus grand nombre des accoucheurs ont indiqué d'appliquer le forceps lorsqu'une hémorrhagie se déclarait pendant le travail de l'enfantement. Dans la persuasion où l'on est que le meilleur moyen d'arrêter la perte est de vider la matrice pour lui permettre de se contracter et de revenir sur elle-même, il semble, au premier abord, que ce précepte est de rigueur. Mais, en examinant les

choses avec soin, on pourra se convaincre que l'expérience n'est point en rapport avec ce raisonnement spécieux. En effet, l'accouchement forcé a le plus souvent lieu sans le concours des contractions utérines; d'où il résulte, qu'après l'extraction du fœtus, cet organe reste sans se contracter et dans un état d'inertie; il faut ensuite dégreffer le placenta pour en faire l'extraction, et agacer la matrice pour l'obliger à revenir sur elle-même. L'on conçoit qu'il faut un temps assez long pour exécuter toutes ces manœuvres; ce qui permet au sang de couler plus facilement que quand le fœtus était encore dans l'utérus. C'est dans ces cas que des accoucheurs ont souvent vu périr la femme entre leurs mains.

Indépendamment de cet inconvénient, l'on doit considérer que les manœuvres longues et répétées que l'on est obligé de faire, produisent les accidens qui ont lieu dans ces sortes d'accouchemens. C'est ce qui a fait dire à Pasta: « Je crois que ce n'est ni à des secours tardifs, ni à d'autres raisons qu'il faut attribuer la mort des femmes qui ont succombé après l'opération, mais plutôt aux accidens qui proviennent directement de l'extraction du fœtus. » Beaucoup de femmes périssent pour avoir été trop promptement accouchées, dit Alphonse Leroy.

Ainsi donc, nous pensons que, dans ces cas, il convient de ne point trop se hâter; qu'avant tout, il faut chercher à connaître la cause qui donne lieu à l'hémorrhagie et la combattre par des moyens convenables que l'on puise dans les secours de la médecine. De cette manière, on parviendra presque toujours à arrêter le sang, et à voir l'accouchement se terminer naturellement. Mais, dans le cas où il y aurait impossibilité absolue, il faudrait avoir recours au procédé conseillé par Leroux de Dijon, lequel consiste à tamponner le vagin. Si ce dernier moyen était insuffisant, on préférera l'extraction manuelle à l'emploi du forceps.

§. II. *Convulsions.*

Cet accident est un des plus fréquens et des plus fâcheux qui compliquent le travail de l'accouchement; il est considéré comme

l'effet de l'irritation de l'utérus, dont les phénomènes sympathiques agissent sur le cerveau. On a conseillé, pour le faire cesser, d'opérer l'accouchement au moyen du forceps, parce qu'on a cru que le fœtus était la cause qui entretient cet état. Il n'est, je crois, aucune circonstance où l'usage du forceps ne soit moins indiqué que dans celle-ci. Si, comme il est probable, les convulsions sont l'effet de l'irritation de la matrice, les manœuvres faites au moyen de cet instrument ne feront qu'augmenter le mal; d'ailleurs, les mouvemens continuels dont la femme est affectée en pareil cas, doivent nécessairement rendre l'application du forceps extrêmement difficile. Abandonnés uniquement aux soins de la nature, on a souvent vu les accouchemens se terminer d'une manière heureuse, comme l'observe Baudelocque. « La marche du travail, dans la plupart de ces cas, semble même plus rapide qu'en d'autres, puisque souvent on a trouvé l'enfant entre les jambes de la mère, quoiqu'un instant auparavant l'on n'eût reconnu aucune disposition à l'accouchement. »

On ne doit donc considérer ici les convulsions que comme un symptôme d'un état pathologique de l'utérus; il est rationnel de les combattre par les moyens convenables: ainsi, la saignée, les bains, les anti-spasmodiques réussissent parfaitement dans ce cas. Nous pensons que ces moyens doivent être préférés à la manœuvre instrumentale qui les a fait beaucoup trop négliger.

§. III. *Inertie de l'utérus.*

Lorsque l'utérus a entièrement perdu ses forces expultrices et contractiles, qu'il est dans un état de stupeur produit par un travail long et pénible, par une distension considérable qui lui a fait perdre le ressort et le ton de ses fibres, soit enfin par une cause malade quelconque, alors les douleurs cessent et le fœtus n'est plus poussé au dehors. Cet accident est un des plus ordinaires qui compliquent les accouchemens: c'est dans ce cas qu'on a le plus conseillé de recourir au forceps, qu'on l'a aussi le plus fréquemment employé, et nous ajouterons qu'on en a le plus souvent

abusé. En effet, dès que cet accident a lieu, on voit les accoucheurs s'empreser d'avoir recours au forceps. Mais quel avantage retire-t-on de cette manœuvre? En opérant l'accouchement forcé, fait-on cesser l'inertie? Au contraire, on en favorise les progrès en épuisant le reste des forces de la femme déjà très-faible, et par conséquent celle de la matrice; par là encore, on provoque en quelque sorte l'accident que l'on avait le plus à craindre, c'est-à-dire, l'hémorrhagie, sans faire cesser celui que l'on avait cherché à combattre.

Il arrive quelquefois après l'accouchement forcé, que la matrice ne contracte que son col, et que son corps reste dilaté. Pendant ce temps-là, le sang coule intérieurement sans qu'on s'en doute, ou si l'on s'en aperçoit, c'est un peu tard; la matrice est alors pleine de caillots. La première indication consiste à la vider le plus promptement possible, à agacer son intérieur pour l'obliger à se contracter; mais souvent on ne peut parvenir à franchir le col de cet organe pour introduire la main, et supposé même qu'on vienne à bout de surmonter la force de cette constriction, faut-il encore un temps assez long pour enlever tous les caillots; en attendant, le sang ne continue pas moins à couler. D'un autre côté, la matrice une fois vidée, on ne peut pas toujours la faire revenir sur elle-même, malgré tous les moyens ordinairement employés en pareil cas. J'ai été témoin plusieurs fois de cet embarras; ma pratique m'en a présenté un exemple.

Indépendamment de tous les inconvéniens que je viens de signaler, il en est d'autres qui résultent assez souvent de l'action du forceps par rapport à la mère, et par rapport à l'enfant. Cet instrument est d'autant plus nuisible à ce dernier, qu'il agit sans le secours de la matrice; ce qui oblige à plus de violence pour l'extraire, et dès lors à des tiraillemens du cou qui font quelquefois périr l'enfant pendant la manœuvre. Les inconvéniens qui résultent de l'action du forceps par rapport à la mère, ne sont ni moins ordinaires, ni moins graves, puisqu'ils compromettent aussi souvent son existence, c'est du moins ce que j'ai observé. Ainsi, l'épui-

sement des forces, les inflammations de l'utérus, du péritoine, sont fréquemment les suites de l'extraction forcée.

La conduite d'un accoucheur, en pareil cas, doit être de recourir à tous les moyens généraux, locaux et hygiéniques propres à relever les forces de la malade. Si ces moyens étaient insuffisants, on aurait recours à la version, si l'enfant était au détroit supérieur, et l'on emploierait le forceps dans le cas où la tête serait dans l'excavation du bassin.

§. IV. *Enclavement.*

Les accoucheurs ont appelé enclavement, cet état dans lequel la tête du fœtus se trouve engagée dans le détroit supérieur du bassin, de manière qu'elle ne puisse ni descendre, ni remonter, ni rouler sur son axe. Quel est donc cet enclavement, dit M.^{me} Lachapelle ? Est-ce un état tel que la tête serrée, par deux points diamétralement opposés, ne puisse plus ni remonter à moins d'un violent effort, ni s'enfoncer davantage, ni tourner à droite ou à gauche ? Je n'ai jamais vu un pareil enclavement, à moins que le bassin ne fût très-étroit, ou l'enfant hydrocéphale. Nous croyons, en effet, que cet enclavement est une chimère qu'on ne peut raisonnablement admettre. M.^{me} Lachapelle pense que, dans les trois quarts des cas, on a pris pour l'enclavement l'inertie de l'utérus ; ce qui le prouve, c'est la cessation des douleurs et des contractions de la matrice. Assurément, si la tête se trouvait arrêtée par une cause mécanique seulement, les contractions et les douleurs se feraient sentir ; mais c'est ce qu'on n'observe jamais.

D'après ces considérations, nous ne sommes point de l'avis des accoucheurs qui conseillent d'avoir recours au forceps, ou à d'autres moyens plus violens encore.

Dans ces cas, Mauriceau, Delamotte, Camper et quelques accoucheurs modernes, ont proposé de vider le crâne de l'enfant, et de retirer toutes les parties du corps pièce à pièce. Mais ces procédés barbares ne sont plus que la ressource de l'ignorance.

Le levier a aussi été proposé comme un moyen fort utile pour dégager la tête que l'on supposait enclavée. Debruyn, Herbiniaux, ont beaucoup vanté l'avantage de cet instrument. Le premier de ces auteurs dit l'avoir employé huit cent fois dans l'espace de neuf ans. Il faut avouer, dit Baudelocque à ce sujet, qu'à Amsterdam il y a eu pendant quelques années un plus grand nombre d'accouchemens que jamais. En effet, comment concevoir que cet accoucheur ait pu rencontrer un aussi grand nombre de cas qui nécessitent l'usage du levier. Cette histoire paraîtra suspecte aux personnes les plus crédules; je la rapporte pour prouver combien la manie instrumentale a porté loin ses excès.

§. V. *Étroitesse du Bassin.*

La résistance que fait éprouver à la tête de l'enfant l'étroitesse des détroits du bassin est toujours surmontée par les efforts de la nature. La matrice développe une somme de forces proportionnée aux obstacles qu'elle rencontre. En observant sa marche avec soin, on reconnaît que la tête s'engage dans le détroit supérieur, poussée par les contractions utérines; elle s'allonge peu à peu, les sutures s'effacent, les os chevauchent; elle arrive, par son mouvement de rotation, dans l'excavation du bassin; et, comme l'a fort bien dit Sacombe, l'on sait :

Que semblable à la vis qui tourne en avançant,
L'enfant dans le bassin tourne en le franchissant.

Les partisans du forceps me diront peut-être qu'il a fallu pour cela un travail long et des douleurs violentes, que l'on aurait pu abrégé en appliquant cet instrument. Je répondrai que, dans ce cas, l'emploi du forceps n'est pas une opération aussi simple qu'on le suppose en théorie : je l'ai vu appliquer plusieurs fois dans des cas semblables, et l'accoucheur a toujours éprouvé de très-grandes difficultés pour extraire l'enfant; il est même arrivé qu'on n'a pas pu y parvenir, malgré des efforts incroyables. J'ai été témoin de deux accouchemens où le chirurgien, après avoir épuisé toutes ses

forces, eut recours à celles de deux autres personnes de l'art, qui se lassèrent aussi après plus de demi-heure de manœuvre.

Jusque-là ce ne sont que des inconvéniens relatifs à l'art, mais examinons les conséquences qui doivent en être la suite. L'extraction que l'on fait avec le forceps, et la pression que cet instrument exerce sur le cerveau, rendent presque toujours l'enfant victime de l'opération ; et si la mort n'arrive pas sur-le-champ, elle a lieu peu de jours après la naissance. Les suites de cette manœuvre ne sont pas moins souvent funestes à la femme qu'à son malheureux fruit.

Je conclus donc que le forceps ne doit presque jamais être employé dans ce cas, et qu'il faut lui préférer l'extraction manuelle. Cette opinion est celle de plusieurs célèbres accoucheurs. Burton dit (*Tom. II, pag. 372*) : « Quand la tête est trop grosse ou le bassin trop étroit, l'enfant doit être amené par les pieds plutôt que d'appliquer le forceps. »

§. VI. *Difformités du Bassin.*

Les difformités du bassin sont des circonstances qui semblent réclamer, d'une manière impérieuse, l'usage du forceps. Je suis convaincu cependant que, même dans ce cas, on a abusé de ce moyen. Il est plus rare, qu'on ne le croit communément, de rencontrer des bassins qui présentent une telle difformité, que la tête du fœtus ne puisse s'engager par un de ses points. J'ai vu un assez grand nombre de bassins difformes, et tous auraient permis à la tête de passer à travers leur filière. Cependant on ne peut nier qu'il existe quelquefois des difformités telles, qu'un fœtus à terme et bien conformé ne saurait traverser le diamètre de pareils bassins. Hunter, Camper et Baudelocque en rapportent des exemples ; mais on ne rencontre ce vice de conformation que chez les femmes rachitiques et très-difformes. Dans ce cas, les lois devraient s'opposer à ces sortes de mariages, ou au moins soumettre ces femmes à l'examen d'un accoucheur chargé de décider si la conformation

du bassin n'offre aucune difficulté capable de faire supposer l'acte de l'accouchement impossible; ce qui est assez facile à déterminer. Il suffit quelquefois, dit Madame Boivin, de considérer l'extérieur du bassin, d'en mesurer les différens points avec le mécomètre ou le compas d'épaisseur, pour reconnaître sur-le-champ l'espèce et le degré de rétrécissement.

Le fond de la question est ici de déterminer, dans le cas où il y aurait une difformité telle que la parturition serait physiquement impossible, quel est le parti que doit prendre le praticien pour terminer l'accouchement?

Plusieurs moyens ont été proposés et employés à cet effet. Ainsi, la version, le dépècement, le forceps, la symphyséotomie et l'opération césarienne ont eu des partisans nombreux et également célèbres. Sans entrer ici dans de longs détails sur ces divers moyens, nous dirons que l'accouchement manuel, auquel nous donnons la préférence toutes les fois que la tête du fœtus n'est point engagée dans l'excavation du bassin, nous paraît impraticable dans ce cas; que le forceps ne peut point opérer une réduction suffisante; nous pensons donc avec Leroy, Burton, Baudelocque, M. Sacombe et plusieurs autres accoucheurs, que cet instrument ne saurait être d'aucune utilité, et que, si le bassin présente une difformité telle que nous l'avons supposé, son application est même impossible. Dépécer l'enfant dans le sein de sa mère, pour en faire l'extraction pièce à pièce, est une opération barbare et si indigne de la chirurgie, que je ne pense pas que, dans l'état actuel de nos connaissances, on puisse jamais y avoir recours. La symphyséotomie, comme l'a démontré Baudelocque, ne pouvant agrandir le bassin que de six lignes au plus, serait encore un moyen insuffisant. Quant à l'opération césarienne, quoiqu'elle soit très-grave et qu'elle ait des suites presque toujours fâcheuses et souvent funestes, elle me paraît être la seule ressource dans ce cas désespéré. Mais, je le répète, ce n'est qu'après s'être bien assuré que l'accouchement est physiquement impossible par les voies naturelles, que l'on doit recourir à ce moyen extrême.

§. VII. *Hernies.*

Nous ne pensons pas, avec la plupart des accoucheurs, que l'on doive appliquer le forceps dans tous les cas de hernie irréductible ou étranglée, sur-tout si la femme est assistée par une personne qui ait soin de lui recommander de ne pas faire des efforts pour aider les contractions de la matrice, attendu que cet organe peut suffire lui seul à l'expulsion du fœtus; tandis que, d'autre part, une main appliquée sur la tumeur la saisira dans toute sa circonférence et s'opposera à la sortie de l'organe qui la forme. Cependant, si les accidens de l'étranglement obligent d'avoir recours à l'opération de la hernie, je pense qu'il faudrait terminer l'accouchement avant de la pratiquer, vu qu'il serait possible qu'en vidant la matrice et par suite l'abdomen, la hernie rentrât sans opération. Mais, d'après les principes que nous avons déjà émis, il faudrait préférer la main à l'instrument, si le fœtus n'avait point encore franchi le détroit supérieur.

§. VIII. *Age avancé.*

L'âge avancé a été considéré comme une circonstance qui rend l'accouchement plus pénible, parce que, disent les accoucheurs, *il y a alors de la rigidité dans la fibre*; mais l'expérience ne démontre point la vérité de cette assertion. Ceux qui ont beaucoup fait d'accouchemens ont pu remarquer que les femmes avancées en âge accouchaient avec autant et même plus de facilité que les autres. J'ai accouché dernièrement une femme de 46 ans que j'avais opérée quelques mois auparavant d'une fistule aux grandes lèvres: le travail ne dura que deux heures.

Le raisonnement vient encore à l'appui des faits. Il doit y avoir moins de rigidité chez la femme âgée, parce que toutes ses parties sont plus lâches, moins pourvues de graisse, et que ses vaisseaux contiennent moins de sang; ce qui donne aux divers tissus cette flaccidité qu'on remarque dans la vieillesse, sur-tout aux parties

génitales : ainsi je crois que c'est sans fondement que l'on a cru le forceps utile dans ces cas.

§. IX. *Hydropisie du fœtus.*

Le crâne, la poitrine, l'abdomen du fœtus, sont quelquefois remplis d'eau et donnent un tel volume à l'enfant, qu'il ne se trouve plus en rapport avec les parties de la mère qui doivent lui livrer passage. Il faut donc nécessairement avoir recours aux moyens de l'art pour délivrer la femme en travail. Cependant ces maladies ne sont pas toujours des obstacles insurmontables à la puissance de la nature. J'ai vu plusieurs femmes accoucher naturellement de fœtus hydrocéphales ou atteints d'hydropisie ascite. Mais si les parties présentent une telle disproportion de volume qu'on ne puisse concevoir la possibilité de leur sortie, il faut évacuer le liquide qu'elles contiennent. Si c'est la tête qui se présente, on pourra, après s'être bien assuré de l'état des choses, plonger la pointe d'un bistouri dans une fontanelle, ou mieux encore se servir du pharyngotome. Si c'est le bas-ventre, on laisse avancer cette partie, et dès qu'elle est accessible, on plonge un trocar dans l'abdomen : le liquide évacué, l'accouchement a lieu sans difficulté. Je pense avec plusieurs accoucheurs que ces moyens sont préférables à l'emploi du forceps.

§. X. *Décollement du fœtus.*

La séparation du tronc d'avec la tête qui reste dans la matrice, est presque toujours l'effet des manœuvres violentes. Avant que Solayrès eut fait connaître le mécanisme de l'accouchement naturel, ce fâcheux accident arrivait plus souvent. Grâce aux progrès de l'art, de pareils évènements ne se présentent presque plus. Toutefois, si l'on était appelé pour un cas de ce genre, la main introduite dans la matrice ramènerait la tête à l'orifice de cet organe, qui, en se contractant, aiderait la main à en faire l'extraction. Au pis aller, on pourrait avoir recours au forceps.

§. XI. *Mort du fœtus.*

La mort du fœtus a été aussi comprise parmi les cas nombreux où les accoucheurs ont employé le forceps. Une des principales causes qui ont dû faire considérer ce moyen comme utile, c'est l'idée où étaient beaucoup de physiologistes : que pour l'accomplissement de l'acte de la parturition, il fallait le concours de l'activité du fœtus. Mais depuis qu'une physiologie plus positive, et qu'un grand nombre de faits ont prouvé que l'enfant est entièrement passif dans cette fonction, son état de mort n'a plus autant fait recourir à la manœuvre instrumentale. D'ailleurs, rien de plus difficile que de constater la mort du fœtus dans le sein de sa mère; je croirais même qu'il est presque toujours impossible. Aussi, plusieurs exemples apprennent-ils que des accoucheurs habiles s'y sont trompés, et qu'ils ont appliqué des crochets aigus, et même l'instrument tranchant, sur des enfans vivans qu'ils avaient cru morts. « Un assez grand nombre de déplorables méprises se trouvent consignés dans les fastes de l'art. Quels regrets amers pour le médecin-accoucheur, d'avoir porté un fer meurtrier sur le fœtus qu'il croyait mort, lorsqu'il eut pu temporiser, recourir à des manœuvres moins offensives, lui sauver même la vie ! » (Persegol, *Thèse inaug.* 1822.) Je conclus donc que la mort du fœtus ne saurait être une indication pour l'usage de la manœuvre, et que, dans ce cas, l'on doit se conduire toujours de la même manière que si l'enfant était vivant.

Voilà quelles sont mes idées sur l'usage des instrumens dans la pratique des accouchemens. Je déclare avec sincérité n'avoir été guidé dans mon travail, que par le désir d'être utile : heureux, si je puis espérer d'avoir approché du but que je me proposais d'atteindre !

Description d'un Forceps modifié.

Quoique nous prétendions que le forceps doit être rarement employé dans la pratique des accouchemens, nous reconnaissons néanmoins qu'il est des circonstances qui peuvent rendre utile l'usage de ce moyen. Mais bien que cet instrument doive être réservé, selon nous, pour un petit nombre de cas, il n'est pas moins très-important qu'il jouisse du plus haut degré de perfection, que son application soit facile et son action le moins nuisible possible à la mère et à l'enfant: tel est sans doute le but que se sont proposés un grand nombre d'accoucheurs modernes, en apportant quelques modifications au forceps; mais, malgré leurs efforts, ils ont fort peu ajouté à celui qui a été perfectionné par Levret. Il n'y a même pour ainsi dire rien à faire sous le rapport de son ensemble. Seulement on n'a pas assez réfléchi que cet instrument doit agir dans la matrice, et qu'en conséquence on ne peut pas le manier avec la même facilité qu'on le suppose en théorie. Ceux qui l'ont souvent appliqué ont pu s'apercevoir de cette différence.

La réunion des deux branches est le temps le plus pénible de l'application du forceps: il est même souvent très-difficile de l'opérer. Cet inconvénient a engagé les accoucheurs à chercher un mode de jonction plus facile: c'est ce qu'ont fait MM. Thenance, Désormeaux père, Flamand, Delpech, etc, etc. Toutefois les corrections qu'ils lui ont fait subir n'ont point aplani les difficultés que nous signalons.

En réfléchissant sur ces inconvéniens et sur les moyens qui pourraient les faire disparaître, j'ai imaginé une jonction qui me paraît plus facile.

Ce forceps ne diffère de celui de Levret que par rapport à son mode de jonction; le pivot de la branche mâle est immobile, il est surmonté d'une tête ovale de la largeur d'une pièce d'un sou. La branche femelle, au lieu de mortaise, est taillée sur le bord externe d'une échancrure en forme d'S italique tournée de gauche à droite; l'extrémité supérieure de cet S est très-recourbée en forme de crochet, formant les deux tiers d'un anneau; c'est par la partie ouverte que s'engage le pied du clou de la branche mâle et que s'opère la jonction. La moitié postérieure de l'S est tournée de gauche à droite et est formée par l'épaisseur de la tige. L'on conçoit que la réunion des deux branches est extrêmement simple et facile; il ne s'agit que de les croiser et les rapprocher l'une de l'autre pour opérer la jonction. De plus, j'ai fait ciseler en forme de lime les deux tiges à partir de la jonction jusqu'au commencement des courbures des crochets, afin d'empêcher le glissement des manches dans les mains.

J'ai fait construire ce forceps tel que je viens de le décrire (1); je m'en suis servi une fois avec la plus grande facilité. Les accoucheurs à qui je l'ai soumis, le croient à l'abri des inconvéniens qu'on reproche aux autres forceps.

(1) M. Corraud, coutelier à Marseille, a exécuté ce forceps: cet artiste excelle dans la confection des instrumens de chirurgie, et rivalise de talents et de goût avec les Grangeret et les Sir Henry.

TABLEAU SYNOPTIQUE

DES POSITIONS DU FŒTUS.

ORDRES.	GENRES.	ESPÈCES.	VARIÉTÉS.
1. ^{re} Petite extrémité de l'Ovoïde.	1. ^{er} Vertex.	1. ^{re} Occipito-cotyloïdienne gauche.	
		2. ^e Occipito-cotyloïdienne droite.	
		3. ^e Occipito-sacro-iliaque gauche.	
		4. ^e Occipito-sacro-iliaque droite.	
	2. ^e Face...	1. ^{re} Face à gauche.	1. ^{re} Le front.
		2. ^e Face à droite.	2. ^e Le menton.
	3. ^e Épaule gauche.	1. ^{re} Tête à gauche.	3. ^e Une seule joue.
		2. ^e Tête à droite.	1. ^{re} Le coude.
	4. ^e Épaule droite.	1. ^{re} Tête à gauche.	2. ^e Le bras sorti.
		2. ^e Tête à droite.	
2. ^e Grosse extrémité de l'Ovoïde.	1. ^{er} Fesses.	1. ^{re} Fesses à gauche.	1. ^{re} Parties génitales.
		2. ^e Fesses à droite.	2. ^e L'an.
		3. ^e Fesses en avant.	3. ^e Une seule fesse.
		4. ^e Fesses en arrière.	
	2. ^e Genoux.	1. ^{re} Genoux à gauche.	1. ^{re} Les deux genoux.
		2. ^e Genoux à droite.	2. ^e Un seul genou.
		3. ^e Genoux en avant.	3. ^e Partie antérieure des jambes.
		4. ^e Genoux en arrière.	
	3. ^e Pieds.	1. ^{re} Talons à gauche.	1. ^{re} Un pied.
		2. ^e Talons à droite.	2. ^e Les deux pieds.
		3. ^e Talons en avant.	
		4. ^e Talons en arrière.	
TOTAL.. 2.	7.	22.	13.

Table

Sur le miel d'un Philosophe par Verulam	51. Page
Sur l'allaitement maternel par Vermier	14.
Sur la fracture de col du fémur par Pinau	40.
Sur l'apoplexie par Lapeyrie	88.
Observations propres à éclaircir quelques points de médecine par Olmsted	30.
Sur la Delirium par Laffon	10.
Sur le Scorbut par Carbonel	7.
Sur l'adynamie par Bessière	28.
Sur le kempothie idéogénique par Boulanger	30.
Sur la neurse par Latus	23.
Sur la fonction de la peau par Sudre	154.
Sur le forage par Duclon	25.
Sur l'égorgement de la Doutonnier par Laffon	23.
Sur quelques propriétés de quinquina par Delgoum	18.
Sur le abus de la manœuvre dans le accouchement par clot	23.
Sur l'égorgement de l'aurore par Laffon	29.
Sur l'émorrhée par Boulon	26.
Sur le cataracte par Rubard	32.
Sur l'encéphalocèle par Marbelle	24.
Sur l'auréole externe par Rossard	30.
Sur la topographie médicale de la Gadeloupe par Noaldin Lottin	47.
Sur la structure du squelette humain par Noaldin Lottin	8.
Sur les perforations spontanées de l'estomac par Darnaud	28.
Sur la doctrine des fibres par Laffon	21.
Sur les émissions sanguines par Laffon	52.
Sur le alcali végétal par Laffon	35.
Sur l'effet de l'habitude par Laffon	24.
Sur les perforations spontanées de l'estomac par Laffon	28.
Sur l'analyse de l'extraire végétal exotique par Laffon	13.
Synthèse Pharmaceutica et chimica auctore Delgoum Ph ^m	8.
X. Sur l'amputation du membre par Gaillard	30