

De certains procédés généralement conseillés en obstétrique, qui sont ou inutiles, ou impraticables, ou dangereux, et de ceux qu'on peut leur substituer avec avantage; par le docteur CHAILLY-HONORÉ.

On s'étonne en parcourant les traités d'accouchement publiés à différentes époques, d'y retrouver successivement reproduits des préceptes qu'une sage pratique réproûve, et on se demande comment des erreurs en apparence si faciles à constater ont pu se perpétuer ainsi jusqu'à nous. Les ouvrages les plus recommandables, ceux qui, par la position élevée, et le savoir de leurs auteurs, font autorité dans la science, n'en sont pas toujours exempts. Il est vrai que dans ces ouvrages, à côté du précepte reproduit par respect pour le nom des auteurs qui nous ont précédés dans la carrière, se trouve un correctif, fruit de l'expérience propre de celui qui le transcrit. Mais, si on jette les yeux sur certaines compilations qui sont entre les mains des élèves, on y trouve et les bons et les mauvais préceptes, dans leur nudité, sans développements, sans correctifs. Ceux qui les ont reproduits, à peine initiés à la pratique de l'art, incapables de discerner les préceptes qu'une saine et honne expérience autorise, de ceux qu'elle réproûve, élaborent, au fond de leur cabinet, de prétendus ouvrages pratiques dont quelques-uns sont d'autant plus à craindre, que les préceptes dangereux qu'ils contiennent y sont exposés avec clarté, avec éloquence, même avec cet accent de conviction qui fascine et entraîne.

Dans l'exposé que je me propose de faire, je m'abstiendrai de toute personnification. C'est aux préceptes, et non aux hommes que je m'attaque; aussi je n'analyserai pas les différents ouvrages auxquels je fais allusion, mais je rangerai les préceptes qu'ils contiennent suivant l'ordre dans lequel ils se présentent dans la pratique, et les apprécierai sans rappeler leur origine.

De la version pelvienne.

Il n'est pas de chapitre en obstétrique qui contienne autant de préceptes inutiles qu'aucun accoucheur expérimenté ne met en pratique, et qui ne sont pas suivis, du moins j'aime à le croire, par ceux mêmes qui les conseillent.

Précepte. — « La main, au moment où elle pénètre dans le col de l'utérus, doit saisir la partie qui se présente, la refouler au-dessus du détroit supérieur, la repousser vers une des fosses iliaques, et la maintenir dans cette situation à l'aide du bras. »

Qui a jamais mis ces règles à exécution, et n'avouera pas, dans sa bonne foi, que tout cela est inutile, détourne l'esprit des élèves des préceptes véritablement essentiels, ne sert qu'à entraver la marche de l'opération, et qu'il suffit de glisser la main doucement entre la partie située au détroit supérieur et les organes maternels, sans saisir à pleine main la partie de l'enfant qui se présente? Quelques auteurs poussent même la précision jusqu'à indiquer le nombre de doigts utilisés dans cette manœuvre, et la situation qu'on doit leur donner.

Précepte. — « La main sera ensuite glissée sur le plan postérieur du fœtus; le chemin est plus long, mais il est plus sûr; il permet d'arriver aux pieds sans rencontrer les mains, et empêche la confusion qu'on en pourrait faire. »

Après avoir parcouru le chemin qui est, il est vrai, bien plus long, on sera encore très-souvent exposé à se tromper, si l'on ne s'est pas exercé à distinguer sur l'enfant mort une main d'un pied; c'est une connaissance préliminaire que l'on doit supposer à tout praticien; mais si du reste cette méprise est commise, elle n'aurait rien de grave; il suffirait de lâcher la main, dès qu'on reconnaîtrait qu'elle a été saisie pour aller à la recherche d'un pied.

Cette circonstance n'a qu'une importance trop secondaire pour autoriser à suivre le précepte que je combats; en effet, serait-il toujours possible de parcourir avec la main la partie dorsale du fœtus, et la rétraction de l'utérus n'opposera-t-elle pas souvent de très-grandes difficultés à cette manœuvre? Certainement, dans les circonstances les plus favorables, elle sera inutile; dans les circonstances difficiles, elle sera impraticable. Tandis qu'en passant avec la main à la partie antérieure du produit, on rencontrera les genoux ou les pieds à très-peu de distance de la tête, le chemin que la main a à parcourir sera donc le plus court, l'opération moins longue, moins douloureuse. Je me rappelle à ce sujet, qu'à la première version que je vis faire à M. P. Dubois, le pied était déjà saisi, et amené dans le vagin, que je croyais l'opération à peine commencée; la main et le poignet seuls avaient été introduits dans les organes maternels. C'est toujours ainsi que depuis je l'ai vu opérer, et que j'ai opéré moi-même, et j'ai trouvé cette méthode bien préférable à celle que j'avais cherché à suivre jusqu'alors, et que je n'avais jamais pu mettre complètement à exécution.

Précepte. — « Pour entraîner les pieds, il faut placer l'index entre les deux malléoles internes, le pouce sur le bord externe d'un des membres, les trois autres doigts sur le côté externe de l'autre membre. »

Voilà bien de la précision; il n'y a qu'une réponse à faire à tout ceci, c'est qu'on saisit les pieds comme on peut, et qu'il est souvent fort difficile, pour ne pas dire impossible, de les prendre tous les deux.

Précepte. — « Dans le cas où on n'a pu saisir

qu'un seul pied, si c'est le membre qui répond au pubis, on pourra terminer l'opération avec un seul pied ; si au contraire c'est le membre qui regarde la paroi postérieure du bassin, on devra aller à la recherche de l'autre pied. »

Dans aucun des auteurs où ces préceptes sont donnés, je n'ai pu trouver pourquoi cette préférence en faveur du membre qui est situé en avant ; j'aurais voulu être éclairé à ce sujet ; l'expérience de MM. P. Dubois, Velpeau, Moreau, etc., et la mienne propre m'ont toujours démontré, jusqu'à présent, que la version s'exécute parfaitement avec un seul pied, aussi bien avec celui qui est antérieur, qu'avec celui qui est situé en arrière, qu'il est souvent difficile de les saisir tous les deux à la fois. et, qu'enfin, on se trouve très-rarement dans l'obligation d'aller à la recherche de l'autre pied (1). Une seule circonstance peut obliger, quand on n'en a saisi qu'un, à aller prendre l'autre, la voici : il arrive quelquefois que l'orifice interne se contracte sur les parties fœtales à mesure qu'on cherche à les extraire, et cette contraction est quelquefois si forte, que la somme de force qu'on serait obligé d'employer pour vaincre cette résistance, serait telle que le membre sur lequel cette force s'exercerait, serait distendu et lésé dans sa continuité. Quelques auteurs pensent que la difficulté qu'on éprouve à engager l'extrémité pelvienne quand on n'a saisi qu'un seul membre, dépend de ce que le produit se place à cheval sur la symphyse des pubis, suivant les autres, de ce que le pied resté dans la cavité utérine, s'arcoute sur le rebord du détroit supérieur ; mais comment admettre que de semblables causes puissent s'opposer à l'extraction, quand on sait que le segment inférieur de l'utérus présente un infundibulum lisse sur lequel le fœtus glisse facilement jusqu'à l'orifice utérin, que le détroit supérieur, sur lequel repose le segment, est lui-même garni des parties molles qui font disparaître ses aspérités ?

Pendant l'extraction du tronc, les bras peuvent se relever sur les deux côtés de la tête, et alors le dégagement de ces bras n'est pas très-difficile, tous les auteurs sont d'accord à ce sujet. Le bras qui est placé en avant, cependant, peut offrir quelques difficultés ; on y remédiera facilement en employant le procédé de M. P. Dubois, qui consiste à imprimer un mouvement de rotation au produit, à l'aide duquel on place l'épaule antérieure dans la concavité du sacrum ; le dégagement devient alors des plus faciles.

Mais un bras peut se croiser derrière l'occiput, en deux sens différents, de haut en bas, et de bas en haut. Naturellement, pour ne pas léser l'articulation du bras avec l'épaule, il faudra opérer le dégagement dans le sens où le redressement a eu lieu. Aussi la difficulté ne consiste pas seulement

dans le dégagement, elle consiste à distinguer ces deux modes de redressement l'un de l'autre.

Précepte. — « Il est assez facile de distinguer les deux cas l'un de l'autre, lorsque le renversement du bras a lieu de haut en bas et d'avant en arrière ; l'angle inférieur de l'omoplate est très-éloigné du rachis ; il en est au contraire très-rapproché quand le croisement s'est opéré de bas en haut. »

Il s'en faut qu'il soit aussi facile de différencier ces deux accidents l'un de l'autre, quand on sent une poitrine palpiter entre ses mains, une existence près de s'éteindre, si l'on ne se hâte d'agir. Dans une semblable circonstance, on n'est pas assez maître de soi pour apprécier de pareilles minuties ; quelques secondes de retard, et l'enfant a cessé de vivre ; c'est un parti prompt et décisif qu'il faut prendre.

De plus ce dégagement est fort long à effectuer ; en supposant qu'on soit fixé sur la nature du redressement, il doit être souvent même impraticable. En effet, comment faire passer le bras entre l'occiput et la symphyse des pubis, quand ces deux parties sont en contact immédiat ? Mais aussi, si se croyant sûr de son diagnostic, on s'était trompé cependant, et qu'on dégagât par en bas un bras qui se serait redressé par en haut, quelles conséquences fâcheuses pour le produit ! En présence des difficultés du dégagement, et du diagnostic, et des dangers du dégagement en sens inverse, il vaut mieux recourir au procédé de madame Lachapelle, et extraire la tête en même temps que le bras. Car si on s'obstine, dit-elle, à dégager le bras seul, on perdra un temps précieux, et bien souvent on fracturera le bras, accident léger, il est vrai, et qui pourra avoir lieu aussi en dégagant le bras et la tête simultanément, et de plus on fera courir à l'enfant les dangers d'un dégagement qui serait fait par erreur dans un sens inverse du redressement.

Précepte. — « Si la tête ne peut se dégager facilement, une fois que le tronc est sorti, il faut l'extraire en introduisant deux doigts sur l'occiput, deux autres doigts sur les côtés du nez ; alors l'opérateur, poussant avec les deux doigts placés sur l'occiput, tire au contraire avec ceux qu'il a placés sur les côtés du nez.

Voilà un prétexte que l'on trouve reproduit partout. Mais en vérité on serait tenté de croire que celui qui l'a donné le premier, ne l'a jamais mis en pratique, ou qu'il n'a eu à dégager que des têtes qui résistaient bien peu. Car, je le sais, pour mon compte, que dans les cas où je me suis vu contraint de dégager la tête après issue du tronc, je n'ai jamais trouvé une prise assez solide sur les côtés du nez, qui sont lisses et lubrifiés, et que j'ai toujours été obligé de prendre un point d'appui sur la mâchoire inférieure. Puis au lieu de repousser l'occiput avec les doigts de l'autre main, je me suis encore vu forcé de recourir au procédé de madame Lachapelle, qui consiste à placer l'index et le médium en fourche, sur les épaules de l'enfant. De cette manière on a sur la tête de l'enfant une prise solide. Avec les doigts placés sur les épaules, on exerce des tractions directes, puis en élevant, et avec les doigts fixés sur la bouche on imprime à la tête le mouvement de flexion si nécessaire à son dégagement.

(1) En effet, si dans la présentation de l'extrémité pelvienne le fœtus peut être expulsé, les deux membres inférieurs réunis, à plus forte raison pourra-t-il être extrait, si, une seule jambe étant relevée, on exerce des tractions sur l'autre. »

ment (1). Je suis convaincu que, pour peu qu'une tête résiste, c'est à l'aide de ce moyen seul qu'elle pourra être dégagée.

Il me serait facile de citer plusieurs faits à l'appui de cette opinion. Je me contenterai d'un seul.

Une tête était arrêtée au détroit inférieur; le tronc était dehors, et depuis un quart d'heure deux personnes qui s'étaient relayées successivement, avaient fait des tentatives multipliées et infructueuses, à tel point que l'une d'elles se disposait à appliquer le forceps. J'arrivai dans ce moment à la salle, et en une seconde, à l'aide de madame Lachapelle, je dégageai la tête; malheureusement l'enfant avait cessé de vivre.

De certains procédés généralement conseillés en obstétrique, qui sont ou inutiles, ou inapplicables, ou dangereux, et de ceux qu'on peut leur substituer avec avantage. — Présentation de la face ; par M. CHAILLY-HONORÉ.

Dans un article précédent (1), en traitant de la version pelvienne, je me suis élevé contre cette foule de préceptes enfantés sur le mannequin, et qui ne peuvent être mis en pratique sur le vivant. C'est sur le même point de vue que je vais envisager la présentation de la face. C'est dans celle-ci surtout qu'il importe de réduire à leur juste valeur certaines manœuvres encore préconisées de nos jours, manœuvres qui n'ont pas seulement l'inconvénient d'être inutiles et souvent impraticables, mais qui sont si souvent fatales à la mère et à l'enfant, et cela que les tentatives de l'opérateur soient ou non couronnées de succès.

Précepte. — « Dans la présentation de la face, on doit se hâter, dès le début du travail, d'introduire la main pour ramener le sommet. »

C'est surtout dans la présentation de la face qu'il importe de s'élever contre de pareils préceptes.

Les accoucheurs du siècle dernier, madame Lachapelle elle-même, dans le début de sa pratique, et quelques accoucheurs en petit nombre de notre époque, pénétrés de cette idée que l'accouchement par la face ne se terminait que très-rarement spontanément, et que cette terminaison spontanée, qui ne pouvait avoir lieu que dans le cas où le menton répondait en avant du bassin, compromettait souvent la vie de l'enfant et quelquefois la santé de la mère, et qu'enfin, les positions mento-iliaques, droite ou gauche postérieure, se réduisant toujours en positions postérieures directes, nécessitaient l'intervention de l'art, intervention qui est souvent très-difficile, souvent meurtrière, quand la face a pénétré dans l'excavation ; ces auteurs, dis-je, au lieu de laisser agir la nature, ce qui les aurait éclairés sur le véritable pronostic de cet accouchement, attribuant à cette présentation les accidents qui ne devaient être attribués qu'aux manœuvres qu'ils conseillaient, ont conclu de toutes ces considérations qu'il fallait, dès le début du travail, se hâter, lorsque la face est encore au détroit supérieur, de ramener le sommet au lieu de la face, l'accouchement par le sommet étant bien plus favorable que l'expulsion par la face. Et voici de quelle manière ils conseillent de procéder dans ce cas : *La main dont la paume regarde l'occiput, sera introduite entre le rebord du détroit supérieur et la face ; puis, soulevant la tête, on fixera les doigts, réunis en forme de crochet, sur l'occiput, que l'on entraînera au détroit supérieur* (2).

(1) Voir le cahier précédent, p. 212.

(2) Je trouve cette même opinion reproduite dans un ouvrage publié très-récemment :

« Si, dans l'état actuel de la science, les positions mento-

Nul doute que l'accouchement par le sommet ne soit plus favorable à la mère, surtout à l'enfant, que l'accouchement par la face ; en effet, pour la mère ; dans l'expulsion par la face, le travail est plus prolongé, plus dangereux, quand quelques anomalies viennent à se manifester dans le cours de l'accouchement ; et pour l'enfant, outre les dangers que lui font courir aussi ces anomalies, sa vie est compromise, quelquefois même dans les circonstances les plus favorables, une fois sur dix ou douze accouchements, tandis qu'un seul enfant périt, sur cinquante, dans la présentation du sommet.

Aussi, si en ramenant le sommet au lieu de la face, on remédiait à tous ces accidents sans leur en substituer d'autres qui sont plus graves, ou tout au moins, qui le sont autant ; si du reste cette opération était praticable dans la plupart des cas, il faudrait y avoir recours.

Mais il n'y a pas du tout parité entre l'accouchement qui se fera quand le sommet aura été ramené de force au détroit supérieur, et l'accouchement dans une présentation primitive du sommet. En effet, quand le sommet s'est présenté de lui-même au détroit supérieur, au moment où la rupture des membranes s'effectue, l'orifice est exactement bouché par la tête, le liquide ne s'écoule que graduellement pendant toute la durée du travail, et le fœtus n'est pas exposé à la compression trop immédiate de l'utérus. Cette condition favorable n'existe pas dans l'accouchement où le sommet a été ramené ; l'introduction de la main et les tentatives faites pour aller accrocher l'occiput, permettent à la totalité du liquide amniotique de s'écouler ; mais de plus, le premier flot de liquide qui s'échappe peut entraîner une anse du cordon ombilical au-dessous de la tête, accident rare dans la présentation du sommet primitif, mais très-fréquent dans les tentatives de réduction ; et alors, si on ne peut remonter le cordon au-dessus du détroit supérieur, ce qui arrivera bien souvent, on se trouvera, pour soustraire le produit aux conséquences de cet accident, dans l'obligation de faire immédiatement la version par les pieds ou l'application du forceps, suivant le degré de rétraction de l'utérus. Un bras ou les deux bras pourront également être entraînés au détroit supérieur en même temps que le sommet ; de là encore la nécessité de les réduire ; ou, dans le cas d'insuccès de cette manœuvre, l'obligation de recourir encore, soit à la version, soit au forceps. Ajoutez de plus que les tentatives de réduction sont de nature, par elles-mêmes, à augmenter la situation fâcheuse dans laquelle se trouvent déjà la mère et l'enfant.

Mais les dangers que cette opération fait courir à la mère et à l'enfant, ne sont pas les seules raisons qui doivent en faire proscrire l'usage ; il s'en faut

antérieures doivent être abandonnées à elles-mêmes, en est-il entièrement de même des positions mento-postérieures ; en un mot, cette dernière position, bien constatée au début du travail, ne devrait-on pas, avant son engagement, chercher à la convertir en position du sommet (il faudrait le mot présentation au lieu de position). J'avoue que si j'avis à me prononcer, je résoudrais pour l'affirmative. »

qu'elle soit d'une exécution facile, c'est ce qu'ont pu très-bien apprécier ceux qui ont tenté cette opération (1). Les plus grands partisans de cette méthode, et Beaudelocque lui-même, qui la recommandait, ont avoué un assez grand nombre d'insuccès. Madame Lachapelle, dans le temps où elle était imbuë de ces fausses idées sur la présentation de la face, éprouva aussi souvent des difficultés insurmontables. « Que de fois, dit-elle, n'ai-je pas perdu ma peine à de semblables tentatives, etc., etc. ! et même dans les circonstances les plus souhaitables, je n'ai pas toujours réussi ; je ne suis pas la seule, au reste, car Delamotte n'en put venir à bout dans deux accouchements qui se terminèrent seuls. »

La pratique de M. P. Dubois lui a donné les mêmes résultats, lorsque, par nécessité, il s'est trouvé dans l'obligation de tenter cette manœuvre. Aussi, dans les présentations de la tête, sommet ou face, on peut dire qu'il est quelquefois possible de diriger la nature dans les voies qu'elle devrait suivre, mais que très-rarement, je ne crains pas de l'avancer, on pourra s'opposer efficacement à ses écarts, à moins de changer la présentation par la version pelvienne.

Une seule circonstance rend possible à la rigueur cette manœuvre ; c'est le cas où, rompant les membranes au moment de l'introduction de la main, cette main trouve la face mobile au détroit supérieur, et encore on rencontrera souvent de très-grandes difficultés. De plus, ce serait seulement dans un cas de vice de conformation du détroit supérieur qu'il serait permis de tenter cette opération, pour éviter au produit les dangers d'une application de forceps au détroit supérieur sur la tête étendue.

Le plus ordinairement, les tentatives de réduction seront donc infructueuses par deux raisons : 1° où l'on aura complètement échoué après des tentatives répétées et longtemps soutenues, et après avoir fait beaucoup souffrir la femme, on se trouvera dans la nécessité d'abandonner la face au détroit supérieur ; alors l'accouchement, en supposant qu'il ne se soit pas produit d'accident, se fera avec des chances bien moins favorables pour le produit, et surtout pour sa mère, que si l'on n'eût rien fait.

2° Ces tentatives de réduction pourront encore être infructueuses, en ce sens que le sommet, une fois ramené, peut être chassé de nouveau du détroit supérieur, malgré tous les efforts que l'on fera pour le maintenir, par suite de la tendance naturelle qu'a une présentation à se reproduire, quand elle a déjà occupé le détroit supérieur.

Si maintenant, au lieu de tenter cette opération, on respecte la présentation de la face au début du travail, la rotation du menton s'exécutera en avant dans l'immense majorité des cas, quel que soit le point du détroit supérieur auquel il corresponde, et l'accouchement sera, pour la mère, presque

aussi favorable que l'expulsion par le sommet, moins favorable, il est vrai, pour l'enfant, sa vie étant compromise une fois sur dix ou douze accouchements ; mais cependant, cette expulsion spontanée le laissera dans une situation plus favorable que si l'on agissait, car un enfant succombe, sur sept ou huit, dans les cas où l'intervention est nécessaire. De plus, l'on aura évité à la mère les douleurs de l'opération, à soi-même, les difficultés et le désappointement qui suit l'insuccès.

Positions de la face. Mais les partisans de cette méthode insisteront ; ils pensent, pour la plupart, que les positions mento-antérieures ou transversales sont les seules qui se réduisent en positions mento-antérieures, directes, et que les positions mento-postérieures droites ou gauches, moins fréquentes que les autres, se réduisent nécessairement en postérieures directes ou sacrées ; ils voudront que, dans la situation mento-iliaque droite ou gauche postérieure, on ait recours à la version céphalique, afin de prévenir la rotation mento-postérieure directe ou sacrée, bien plus dangereuse par elle-même que tous les accidents qui peuvent compliquer l'opération qu'ils conseillent.

Je leur répondrai que l'expérience prouve que la position mento-postérieure primitive est la plus fréquente ; que la rotation du menton en avant s'exécute tout aussi bien dans les positions postérieures que dans les positions antérieures ; que ce n'est que par une très-rare exception que le menton va se rendre dans la concavité du sacrum (madame Lachapelle ne l'a jamais vu), et qu'alors, pour prévenir cette rotation postérieure, qui n'aura très-probablement pas lieu, on ne serait pas excusable de tenter une opération au détroit supérieur, surtout quand cette opération peut compromettre souvent la vie du fœtus, qu'elle est d'ailleurs très-douloureuse pour la mère, et qu'elle pourra être souvent suivie d'opérations plus ou moins graves pour elle et pour l'enfant (la version pelvienne, le forceps). J'ajouterai même qu'en supposant que, comme le pensent les auteurs, la mento-postérieure directe soit toujours une conséquence nécessaire de la position mento-iliaque droite ou gauche postérieure, ce ne serait pas encore, dans ce cas, par une version céphalique qu'il faudrait chercher à prévenir cette rotation postérieure du menton, mais par une version pelvienne bien plus facile, moins longue à pratiquer, moins douloureuse, et qui fait courir à la mère et au produit moins de dangers. Il est vrai que pendant l'exécution de cette version pelvienne, les mêmes accidents qui compliquent la version céphalique peuvent aussi se manifester. Mais la différence est très-grande : les pieds de l'enfant saisis dans la version pelvienne, on le soustrait immédiatement, par une extraction plus ou moins rapide, aux conséquences de ces accidents à mesure qu'ils se produisent ; or, la version céphalique n'a pas cet avantage, car, ou l'on est obligé d'abandonner la tête au détroit supérieur après qu'elle y a été ramenée, et s'il s'est produit des accidents, le fœtus y restera exposé, ou bien on se trouvera dans l'obligation de recourir, soit à la version pelvienne, soit à l'application du forceps.

(1) Madame Lachapelle regarde cette répulsion de la face comme excessivement difficile. (Troisième Mémoire, page 407.)

En résumé, il faut respecter la présentation de la face au détroit supérieur quand bien même on trouverait une position mento-postérieure droite ou gauche (1), parce que la pratique journalière prouve que l'accouchement par la face est spontané dans la majorité des cas, naturel dans un grand nombre de circonstances, et qu'on ne ferait qu'aggraver la position de la mère et celle de l'enfant en agissant au détroit supérieur, quand aucun accident ne vient compliquer le travail.

Et il faut bien se pénétrer de cette idée, que si pendant longtemps on a cru à la nécessité de changer cette présentation, c'est qu'on attribuait à la présentation elle-même des accidents qui n'étaient que le résultat de manœuvres intempestives auxquelles on se croyait obligé de recourir. Sans voir que c'était ces manœuvres elles-mêmes qui empêchaient l'expulsion spontanée, le premier auteur qui a posé ces préceptes n'a dû y être conduit que parce qu'il avait rencontré dans sa pratique, malgré la rareté de cette présentation, une série de cas fâcheux, et chacun a pu éprouver que des accouchements laborieux se succèdent souvent dans un court espace de temps, tandis qu'on sera longtemps sans rencontrer un seul.