

par l'accouchement prématuré, mais que, dans les cas autres que les rétrécissements du bassin, cette opération sauve les jours d'un certain nombre de femmes. L'essentiel est que l'opération soit faite avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires.

Fœtus. — Le pronostic pour le fœtus est plus réservé; dans les cas où l'on provoque l'accouchement pour sauver la vie de la mère, le pronostic pour le fœtus varie essentiellement suivant l'époque de la grossesse à laquelle l'opération a été faite.

Le pronostic de l'accouchement provoqué dans les cas de rétrécissement du bassin est à l'heure actuelle complètement remis en question. Les statistiques qui existent jusqu'à présent ne peuvent suffire pour se faire une opinion; en effet, avant la rénovation de la symphyséotomie, lorsque l'accouchement était provoqué trop tardivement, le forceps ayant échoué, on n'avait guère d'autre ressource que la basiotripsie. Pour éviter cette opération on en était arrivé à provoquer l'accouchement à une époque trop éloignée du terme, ce qui avait le double inconvénient d'intervenir alors que les phénomènes de ramollissement du côté du col et du segment inférieur qu'on observe à la fin de la grossesse n'étaient pas suffisants, et d'exposer les enfants à naître trop prématurément.

Il est certain que la symphyséotomie a fait disparaître un grand nombre d'indications de l'accouchement provoqué dans les rétrécissements du bassin; la question est de savoir si, comme le veulent Pinard et Varnier, elle doit faire disparaître toute indication d'accouchement prématuré. Il ne suffit pas en effet, pour juger la valeur de l'accouchement provoqué, de relater combien d'enfants sont nés vivants et combien sont sortis vivants du service; il faut encore indiquer ce que sont devenus ces enfants, s'ils ont survécu et si quelques années après la naissance ils se développent normalement.

D'autre part, en multipliant le nombre des accouchements provoqués dans des bassins peu rétrécis, on obtient des succès trop faciles — qui en réalité sont des insuccès — en faisant naître prématurés des enfants qui auraient passé sans encombre au terme de la vie intra-utérine. Il ne faut donc pas se contenter de statistiques illusoire qui donnent une proportion élevée d'enfants vivants; il faut préciser, autant que possible, dans combien de cas l'interruption de la grossesse était utile et nécessaire. Cette question ne sera donc résolue que le jour où seront publiées des statistiques intégrales des cas de rétrécissement du bassin avec les résultats complets de mortalité et de morbidité pour les mères et pour les fœtus.

AVORTEMENT PROVOQUÉ

C'est une opération rare; on ne la pratique en effet plus guère pour les rétrécissements extrêmes du bassin, en présence des résultats donnés par l'opération césarienne.

Les seules indications sont fournies soit par une auto-intoxication menaçant rapidement les jours de la femme en produisant des vomissements incoercibles, des ictères, une altération du système nerveux, etc., soit par

une affection organique du cœur s'accompagnant de phénomènes généraux graves, soit par certains cas d'hydramnios considérable; d'une manière générale on peut être amené à provoquer l'avortement lorsque existe un état grave de la femme résultant de la grossesse.

On ne doit jamais, à moins d'urgence extrême, provoquer l'avortement sans l'avis d'un confrère et sans avoir rédigé une consultation écrite.

Les moyens employés pour interrompre la grossesse pendant les six premiers mois sont les mêmes que pour l'accouchement prématuré; on emploie avec avantage des ballons du modèle Champetier de Ribes, mais d'un petit calibre. Le ballon Tarnier agit d'une manière très efficace, mais un peu lente.

Le curetage a été conseillé par Doléris, par Puech¹ pour extraire l'œuf de l'utérus; cette méthode ne nous paraît nullement préférable à l'emploi des ballons du petit modèle de Champetier de Ribes.

Le pronostic pour la femme est essentiellement variable suivant la cause qui a nécessité l'intervention et suivant la gravité des accidents au moment où l'on est intervenu.

CHAPITRE II

DE LA VERSION

Définition. — La *version* est une opération qui consiste à faire évoluer le fœtus dans la cavité utérine, de manière à substituer une présentation à une autre.

Le fœtus, contenu dans la cavité utérine, conserve une mobilité assez grande, tant que la partie fœtale n'est pas profondément engagée; il n'est point rare, lorsque la tête reste élevée, par exemple dans l'hydramnios, de constater des mutations de présentations que le fœtus exécute spontanément. La version a pour but d'imiter la nature et de placer le fœtus dans une attitude qui rende l'accouchement possible ou plus facile.

Division. — Cette opération peut être pratiquée par trois procédés:

A. on cherche à faire évoluer le fœtus en lui imprimant des mouvements à travers les parois abdominale et utérine, par des *manœuvres faites à l'extérieur*: c'est la *version par manœuvres externes*;

B. il devient nécessaire d'introduire la main dans l'utérus pour agir directement sur la partie fœtale que l'on veut ramener au niveau du détroit supérieur: c'est la *version par manœuvres internes*;

¹ Du curetage comme méthode d'avortement artificiel (*Ann. de gyn. et d'obst.*, août 1895).

C, dans une troisième variété, on associe les manœuvres *internes et externes*; c'est la *version par manœuvres combinées* ou *version mixte*.

La version, quel que soit le procédé employé, prend le nom de la partie fœtale (tête ou siège) que l'on ramène au détroit supérieur: elle est *céphalique* dans le premier cas, *podalique* dans le second.

A. DE LA VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES

Historique. — Ce n'est guère que depuis le commencement de ce siècle qu'on pratique la version par manœuvres externes, dont le manuel opératoire et les indications se sont peu à peu précisés.

Wigand, le premier (1807), fit connaître la méthode d'après laquelle il cherchait, soit pendant la grossesse, mais surtout pendant le travail, à ramener en bas l'une des extrémités fœtales. La version ne fut guère enseignée et pratiquée en France qu'à Strasbourg par Stoltz, F.-J. Herrgott, en 1859, Bunsen (de Francfort-sur-Mein) et, en 1845, L.-S. Hubert (de Louvain) publièrent des mémoires sur la version par manipulations externes; puis, en 1855, parut un important travail de Mattei (de Bastia) « sur la réduction et la version céphalique opérée à travers les parois abdominales avant la rupture de la poche des eaux ».

C'est grâce à la publication de ce livre et à la discussion qui la suivit que la version par manœuvres externes fut un peu connue en France, comme le prouvent les travaux de Cazeaux, de Nivert, etc.; toutefois elle ne fut véritablement vulgarisée que lorsque parut, en 1878, le livre de Pinard intitulé: *Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes*.

Pour pratiquer la version par manœuvres externes, il faut être bien familiarisé avec le palper abdominal, et avoir reconnu l'attitude du fœtus. La version *podalique* est rarement pratiquée aujourd'hui; nous ne nous occuperons que des cas où il s'agit de ramener la tête en bas (VERSION CÉPHALIQUE).

Manuel opératoire. — La plupart des précautions indiquées (p. 184) pour le palper abdominal sont ici nécessaires: les réservoirs urinaire et rectal doivent être vides; la femme est placée dans le décubitus dorsal et horizontal, la tête reposant sur un coussin peu élevé, les bras étendus le long du tronc, les membres inférieurs allongés et légèrement écartés; il est inutile de faire fléchir les cuisses sur le bassin.

L'opérateur se place debout à gauche ou à droite du lit, le dos tourné à la femme et généralement à la hauteur du thorax. Les mains sont appliquées doucement à nu sur la paroi abdominale; elles dépriment peu à peu les parois abdominale et utérine et, après avoir reconnu la situation des pôles fœtaux, commencent à exercer sur eux des pressions douces et méthodiques.

Deux cas peuvent se présenter: 1° *La tête est dans l'une des fosses iliaques, le siège dans le flanc du côté opposé.*

2° *La tête est en rapport avec le segment supérieur de l'utérus, tandis que le siège est en bas.*

1° *Lorsque la tête est au voisinage de l'aire du détroit supérieur*, il est généralement facile de faire exécuter au fœtus un petit mouvement de bascule qui replace son grand axe verticalement: on applique une main au niveau de chaque pôle fœtal, en dehors de lui, et on exerce avec chaque main des pressions lentes et soutenues qui repoussent chacun des pôles sur la ligne médiane. La présentation transversale est ainsi transformée en présentation longitudinale. — Les pressions exercées seulement sur l'extrémité céphalique, comme l'a conseillé Nivert, ne suffisent point.

2° *Lorsque le siège est en bas*, au niveau du détroit supérieur et surtout amorcé dans l'excavation, cette nécessité d'agir simultanément sur les deux pôles fœtaux s'impose encore davantage.

Le premier temps de l'opération consiste à *mobiliser le fœtus*: la chose est facile lorsqu'on peut insinuer l'extrémité des doigts, de chaque côté de la ligne médiane, jusque dans l'aire du détroit supérieur; on glisse les doigts entre les parois du bassin et le siège du fœtus et, à l'aide de quelques mouvements de soulèvement modérés, exercés sur le siège de bas en haut, et quelques mouvements de latéralité, on le dégage peu à peu et on le fait glisser vers l'une des fosses iliaques. Ce premier temps est parfois difficile à exécuter lorsque la paroi abdominale est résistante ou que la partie fœtale est trop profondément engagée.

Différentes manœuvres ont alors été proposées: on a essayé de faire remonter l'utérus tout entier en faisant coucher la femme sur le côté ou en la faisant mettre dans la situation genu-pectorale. Mattei conseillait de relever le bassin de la femme en glissant un coussin sous le sacrum. Pinard préfère, dans le cas où le seul obstacle à la version lui semble être l'amorcement du siège, avoir recours à un aide qui introduit un ou deux doigts dans le vagin et exerce avec douceur une pression de bas en haut de manière à remonter le siège du fœtus.

Lorsque le siège est ainsi *mobilisé*, on le porte vers l'une des fosses iliaques: ce qui permet de mieux agir sur la tête jusqu'alors plus ou moins profondément cachée sous le foie, les fausses côtes, et par suite inaccessible à l'action de la main.

Lorsque les deux pôles fœtaux sont mobilisés, les mains exercent sur eux des pressions lentes et soutenues, de manière à faire remonter le siège et descendre la tête par le chemin le plus court (Pinard); il faut toutefois tenir compte de la facilité relative avec laquelle le fœtus évolue dans un sens plutôt que dans l'autre: il est parfois nécessaire de lui faire suivre la voie la plus longue.

Généralement le fœtus évolue aisément et la version se fait avec une facilité surprenante. Parfois la chose est plus délicate: l'opérateur doit s'armer de douceur, de patience, et même employer le chloroforme; il réussit ainsi souvent là où il avait échoué la veille.

Lorsque la femme est en *travail* et qu'il y a indication à tenter la version, il ne faut agir que dans l'intervalle des contractions; au moment où le muscle

utérin se contracte, on laisse les mains en place, de manière à maintenir le fœtus; puis, on recommence les pressions dès que le muscle utérin a cessé de se contracter.

Les manœuvres ont abouti : la tête est amenée au détroit supérieur. Si elle n'y est pas maintenue artificiellement, surtout chez les multipares, elle aura de la tendance à glisser dans l'une des fosses iliaques, à reprendre sa situation primitive. Différents moyens destinés à maintenir la tête ont été préconisés : par Wigand (immobilité de la femme et compression du ventre); par Ellinger (maintien de la tête par les mains d'un aide, du mari); par Lazzati (coussins placés sur le lit). D'autres tentatives ont été faites par Hubert (de Louvain), par Grynfeldt, par Mattei, qui proposait de soutenir artificiellement l'utérus avec une large ceinture élastique tenant lieu de paroi abdominale.

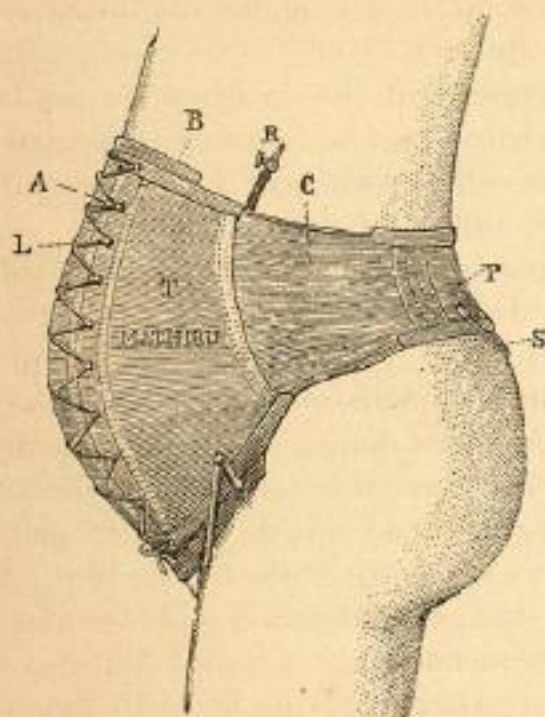


Fig. 458. — Ceinture eutocique appliquée sur l'abdomen de la femme.

P et T, Portion postérieure et antérieure de la ceinture en couil baleiné. C, Bande de tissu élastique qui réunit les deux parties de la ceinture. S, Sous-Cuisses. B, Bande de lacure en couil garnie de flanelle. L, Lacet qui sert à fixer la ceinture. R, Ajutage qui permet d'insuffler de l'air dans le coussin à air situé à la face interne de T.

En s'inspirant de ces différents essais, Pinard (1878) a fait construire une ceinture qui remplit bien cet office et qu'en raison de son efficacité il a appelée *ceinture eutocique* (fig. 458). Elle se compose de trois pièces : une droite et une gauche T formant le corps de la ceinture, une intermédiaire s'adaptant entre elles deux. Les parties latérales C sont en couil baleiné, réunies sur le côté par un tissu élastique, en arrière par des boucles avec courroies qui servent à allonger ou à raccourcir la ceinture suivant l'ampleur de l'abdomen; la ceinture se lace en avant à l'aide d'œillets en crochets, appelés œillets américains. La bande de lacure est en couil garni de flanelle et se place sur la paroi abdominale avant de fixer définitivement la ceinture. Deux sous-cuisses empêchent la ceinture de remonter. A la face interne de la ceinture sont disposées deux poches latérales en caoutchouc : distendues par l'insufflation, elles forment pelote de chaque côté de l'utérus, de manière à le comprimer latéralement et à maintenir son grand axe dans la direction verticale. On distend à volonté l'une ou l'autre de ces poches, suivant que la partie fœtale a de la tendance à filer vers l'une ou l'autre des fosses iliaques.

Pour appliquer commodément cette ceinture, il est bon de la glisser d'abord sous les reins de la femme avant de commencer l'opération : il suffit alors de ramener les parties latérales de la ceinture de chaque côté de l'abdomen et d'attacher le lacet. Cette ceinture est généralement bien supportée à la condition de mettre de l'ouate au niveau des coussins, de n'exercer

d'abord qu'une compression modérée, quitte à resserrer graduellement la ceinture jusqu'à ce que le fœtus soit solidement maintenu. — Lorsque la ceinture est appliquée, il faut surveiller la femme pour voir si la tête reste bien fixée en bas : dès qu'elle est engagée, on peut d'ordinaire retirer la ceinture. Cependant Ribemont-Dessaignes a vu une tête engagée se déplacer et sortir du bassin.

Lorsqu'on pratique la version par manœuvres externes pendant le travail, on peut maintenir la tête fœtale à l'aide d'une ceinture; mais, s'il n'y a pas de rétrécissement du bassin, mieux vaut rompre les membranes, ce qui favorise la descente et l'engagement définitif de la tête fœtale.

Si l'on n'a pas à sa disposition une ceinture eutocique, on a recours à un bandage de corps, conseillé par Hubert (de Louvain), Depaul, Porak, etc.; celui que nous préférons est un bandage de flanelle sous lequel on dispose de gros tampons d'ouate au niveau des parties latérales de l'utérus.

Des indications. — La version par manœuvres externes est formellement indiquée, toutes les fois que dans le dernier mois de la grossesse il y a présentation transversale : cette attitude du fœtus doit être à tout prix corrigée.

Quant à la présentation du siège, la majorité des accoucheurs préfèrent la transformer en présentation du sommet; quelques-uns, arguant des difficultés de la version chez les primipares, ne la pratiquent pas chez elles et la considèrent comme inutile chez les multipares. C'est une conduite dangereuse.

Des difficultés de la version par manœuvres externes et de ses contre-indications. — Les difficultés que l'on rencontre pour pratiquer la version par manœuvres externes proviennent de causes diverses : tantôt l'obstacle vient de la paroi abdominale trop résistante, surchargée de graisse ou présentant une sensibilité exagérée liée à un état spécial d'hyperesthésie (Tarnier), ou à une névralgie des rameaux cutanés du plexus lombaire. Il faut alors agir avec une grande douceur et avoir recours, s'il est nécessaire, aux inhalations de chloroforme ou aux injections hypodermiques de morphine.

Quelquefois la version est rendue difficile par l'inclinaison de l'utérus renversé au-devant de la symphyse pubienne (ventre en besace) : il faut relever cet utérus, le faire maintenir relevé par un aide, de manière à pouvoir faire évoluer le fœtus. — Les tumeurs utérines peuvent gêner et même rendre impossible cette opération; c'est ce que l'on observe encore plus souvent dans les malformations de l'utérus.

Dans certains cas, la version par manœuvres externes est inutile ou contre-indiquée : ainsi, lorsque le fœtus est mort et macéré, il est inutile de tenter une version dont le résultat est d'ailleurs douteux. De même on ne fera pas la version toutes les fois que, la mobilité du fœtus étant nulle, il faudrait déployer une certaine force pour faire évoluer le fœtus, par exemple dans les grossesses gémellaires, dans certaines présentations du siège à engagement profond (celles que Pinard appelle présentations définitives), dans les présentations du siège décompleté mode des fesses, ou lorsqu'il n'existe qu'une très petite quantité de liquide amniotique.

L'hydropisie de l'amnios crée également une contre-indication : tantôt elle s'oppose par la distension utérine à la réussite des manœuvres externes, tantôt la version se fait facilement, trop facilement même, mais le fœtus ne peut être maintenu en raison de sa mobilité extrême.

Pendant le travail, au contraire, il est généralement utile, en cas d'hydramnios, d'amener la tête au détroit supérieur et de rompre alors les membranes : on rend ainsi la présentation fixe et définitive. — Au contraire, la version est contre-indiquée chez la femme en travail, quand le liquide amniotique est entièrement écoulé, quand l'utérus est le siège de contractions fréquentes, ou lorsqu'une prompte terminaison de l'accouchement est indispensable (hémorragie grave, procidence du cordon, etc.).

La version par manœuvres externes est-elle toujours possible ? Non ; outre les difficultés que nous avons énumérées, il en est deux qui rendent, dans des cas heureusement rares, l'évolution du fœtus impossible ; ainsi une cloison située dans l'utérus peut empêcher le fœtus d'évoluer ; il en est de même dans les cas de brièveté (naturelle ou accidentelle) du cordon, ainsi qu'en témoignent les observations de Grynfeldt, Lefour, Budin.

Est-ce une opération dangereuse ? Nullement ; aucun des dangers présumés (décollement du placenta, mort du fœtus par strangulation, etc.) n'est réellement à craindre si l'on pratique cette opération sans violence et si l'on y renonce dès qu'il faut déployer une certaine force.

B. DE LA VERSION PAR MANŒUVRES INTERNES

Historique. — Après avoir été préconisée, dès la plus haute antiquité, par Celse, qui la conseille dans le cas où l'enfant est mort, par Soranus¹ qui la recommande lorsque le fœtus est vivant, par Aetius et Paul d'Égine, la version par manœuvres internes fut, pendant des siècles, complètement abandonnée.

Au commencement du xvi^e siècle, Rœsslin cherche bien à montrer vaguement qu'il est préférable d'amener les pieds du fœtus pour l'extraire ; mais c'est à Ambroise Paré (1550) et à Guillemeau, son élève (1609), que revient l'honneur d'avoir montré l'utilité de la « version sur les pieds » dans les cas où il y a intérêt à pratiquer rapidement l'extraction du fœtus.

Après eux, la version podalique est substituée à la version céphalique, et préconisée par Louise Bourgeois, Mauriceau, de la Motte, etc. Portal (1685), le premier, montre la possibilité de faire la version en tirant sur un seul pied ; cette méthode est ensuite recommandée par Puzos (1755) et Deleurye (1770). Un peu plus tard (1779), ce dernier accoucheur conseille, dans certains cas, de se borner à l'évolution du fœtus, sans procéder immédiatement à l'extraction. Peu à peu le manuel opératoire et les indications de

¹ Fr. J. Hergott a étudié l'histoire de la version (*Annal. de Gynéc.,* avril 1882, t. XVII p. 285) et a rappelé « la priorité en faveur de Soranus de la version podalique de l'enfant vivant ». Ces recherches bibliographiques ont amené Fr. J. Hergott à donner à la littérature obstétricale une traduction avec annotation « de Soranus, d'Ephèse, et Moschion son abrégiateur et traducteur ». Nancy, 1895.

l'opération sont précisés par Osiander, Levret, Smellie, Stein, etc. ; enfin, c'est dans ces dernières années, grâce aux travaux de Schroeder, de Budin, de Champetier de Ribes, qu'on a éclairci le manuel opératoire à suivre pour faire passer la tête fœtale dernière dans un bassin rétréci.

Bien que quelques accoucheurs aient pratiqué la version *céphalique* par manœuvres internes, presque toujours c'est le siège que l'on ramène en bas lorsqu'on introduit la main dans l'utérus ; c'est seulement de cette version *podalique* ou *pelvienne* que nous nous occuperons.

Indications. — La plus fréquente des indications de la version par manœuvres internes est la *présentation de l'épaule* : toutes les fois qu'un fœtus vivant se présente transversalement pendant le travail, si l'on n'a pu le faire évoluer par manœuvres externes, il faut pratiquer la version par manœuvres internes.

Dans les cas où il se produit un accident vers la fin du travail, hémorragie grave, rupture utérine, etc., il peut être indiqué de faire la version alors que le fœtus se présente par le sommet ; il en est de même dans la présentation de la face lorsque la partie fœtale reste élevée et qu'on ne peut parvenir ni à la fléchir ni à la défléchir. — Nous avons vu, à propos de la conduite à tenir dans les rétrécissements du bassin, que la version avait des partisans, surtout lorsque le fœtus n'est pas à terme. Dans les bassins asymétriques, dans le bassin oblique ovalaire en particulier, il est préférable de pratiquer la version, lorsque, la tête étant en bas, l'occiput se trouve en rapport avec la partie étroite du bassin.

Conditions nécessaires. — Quelles sont les conditions nécessaires pour pouvoir faire une version, conditions sans lesquelles la version ne doit pas être tentée ? Il faut :

1° Que l'orifice utérin soit complètement dilaté ou suffisamment dilatable pour que la main et l'avant-bras puissent pénétrer sans effraction, et surtout pour que la tête du fœtus puisse être rapidement entraînée à travers l'orifice utérin. Or, dans les cas où l'on pratique la version, l'orifice utérin n'est presque jamais complètement dilaté, par exemple dans les présentations de l'épaule ; mais il est plus ou moins dilatable : c'est avec la main introduite dans l'orifice qu'il faut se rendre compte du degré de dilatabilité de cet orifice.

2° Que la partie fœtale qui se présente ne soit pas trop engagée, et qu'elle puisse être refoulée dans la cavité utérine sans difficulté ; sans quoi on risquerait de produire une rupture utérine.

3° Que le bassin ne soit pas trop rétréci ; si, en effet, le rétrécissement est tel qu'on n'ait aucune chance d'extraire un enfant vivant sans symphyséotomie, mieux vaut laisser en bas l'extrémité céphalique ; il est plus facile alors de pratiquer ainsi l'opération que lorsque la tête est retenue dernière.

4° Que l'utérus ne soit pas trop rétracté, ce qui peut d'ailleurs empêcher complètement l'évolution de se produire et en outre exposer l'utérus à se rompre, si l'on déploie une certaine force pour pénétrer dans l'utérus.

Telles sont les *conditions indispensables* pour pratiquer une version sans faire courir de grands risques à la mère : il est certaines circonstances qui favorisent singulièrement cette opération : telles sont le petit volume du fœtus, la multiparité, l'intégrité des membranes au moment de l'intervention, ou leur rupture récente.

Soins préliminaires. — Avant de commencer l'opération, on fait les préparatifs nécessaires : la femme est placée sur un lit élevé, ou sur une table haute recouverte d'un matelas ; les parties génitales sont lavées, désinfectées ; il est bon de raser la partie inférieure des grandes lèvres ; le rectum et la vessie sont vides. — On prépare en outre tout ce qui est nécessaire pour soigner et ranimer l'enfant : de l'eau chaude, un insufflateur, etc. — Suivant les cas on donne ou non du chloroforme ; chez les primipares, à parties molles résistantes, et en général toutes les fois que l'opération semble devoir présenter des difficultés, il est préférable d'anesthésier la femme. — Enfin l'opérateur procède à une désinfection minutieuse de ses deux mains et de ses deux avant-bras qu'il savonne avec soin, qu'il brosse à l'alcool et immerge ensuite pendant 4 ou 5 minutes dans une solution antiseptique. Pour protéger sa chemise, il fera bien d'en retrousser les manches jusqu'à l'épaule, afin que les liquides venant de l'utérus ne viennent pas la souiller en coulant le long du membre supérieur.

Manuel opératoire. — La version podalique par manœuvres internes ne devrait *logiquement* comprendre que deux temps :

1^{er} Temps. INTRODUCTION DE LA MAIN DANS LES ORGANES GÉNITAUX, RECHERCHE ET SAISIE DU OU DES DEUX PIEDS ;

2^e Temps. ÉVOLUTION DU FŒTUS. Lorsqu'en effet le siège du fœtus est ramené en bas au niveau du détroit supérieur, la version est terminée ; toutefois l'usage a prévalu en France de comprendre dans le manuel opératoire de la version un *troisième temps* : l'EXTRACTION DU FŒTUS.

Il est rare en effet que l'accoucheur se contente de ramener le siège en bas et laisse l'expulsion du fœtus se terminer seule ; le plus habituellement il termine l'accouchement en faisant tout de suite l'extraction du fœtus. Ce troisième temps est semblable à celui que nous avons décrit à propos de la présentation du siège (pages 470 et suivantes). Tout en rappelant les principaux temps de cette extraction, nous ne la décrivons pas à nouveau : nous compléterons seulement la description de l'extraction de la tête dernière et retenue par un rétrécissement du bassin, en faisant connaître la manœuvre décrite par Champetier de Ribes.

1^{er} Temps. INTRODUCTION DE LA MAIN DANS LES ORGANES GÉNITAUX, RECHERCHE ET SAISIE DU OU DES PIEDS. — Quelle main faut-il introduire dans les organes génitaux ? Dans les *présentations du sommet et de la face*, celle qui, placée dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination, correspond par sa place palmaire au plan antérieur du fœtus ; en d'autres termes, se servir de la MAIN DONT LE NOM EST LE MÊME QUE CELUI DU CÔTÉ DE LA FEMME VERS LEQUEL SE TROUVE DIRIGÉ L'OCCIPUT : *occiput à droite, main droite ; occiput à gauche, main gauche.*

Dans les *présentations de l'épaule*, il faut, suivant le conseil de Mme La-

chapelle, prendre la main *de même nom* que l'épaule qui se présente. Pour les dorso-postérieures, lorsqu'on veut *brusquer* la version, on emploiera avec avantage la main de *nom contraire*.

Ces règles, utiles à connaître dans la pratique, n'ont cependant rien d'absolu. Dans les cas où il est impossible par le palper de faire le diagnostic de variété de présentation, on choisit la main la plus habile.

Si la version est facile (elle l'est généralement dans les dorso-antérieures), il est presque indifférent d'employer l'une ou l'autre main ; si l'opération

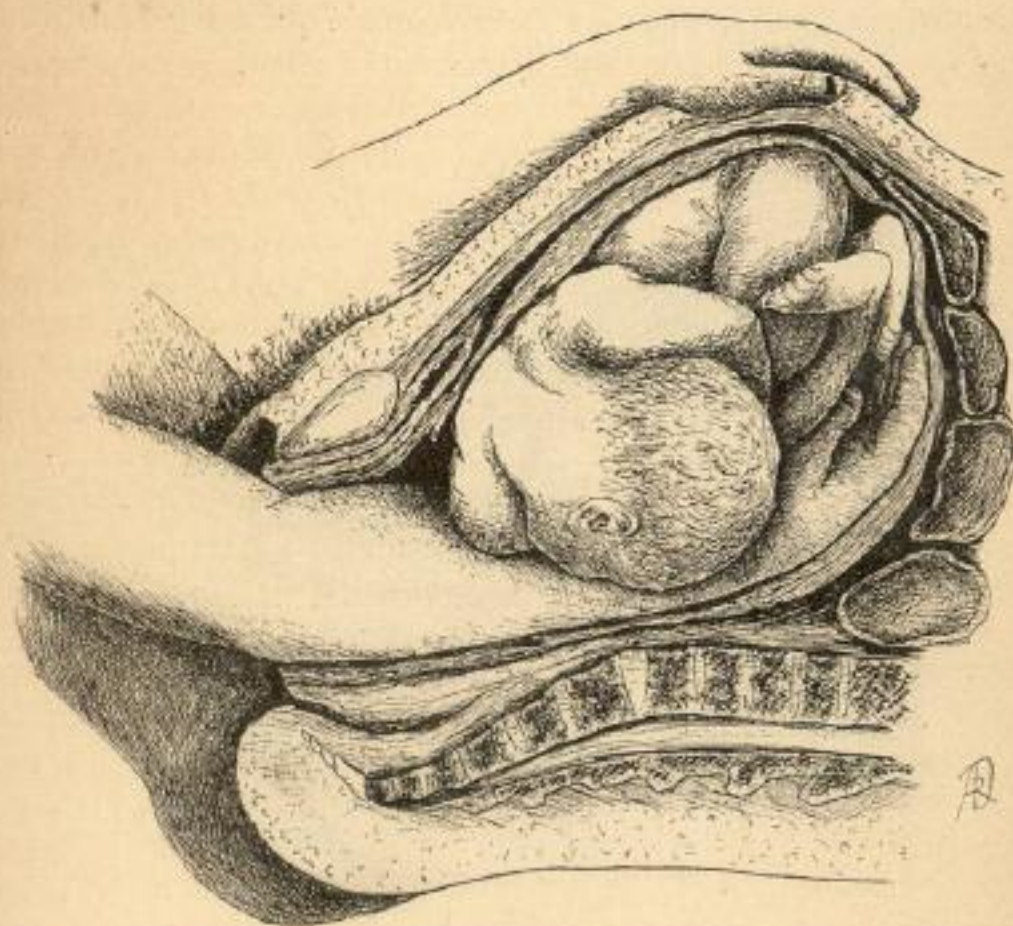


Fig. 459. — Le fœtus se présente par l'épaule droite en position gauche (dorso-antérieure de l'épaule droite).

Pour pratiquer la version, l'opérateur appuie la main gauche sur l'utérus et introduit la main droite (homonyme de l'épaule) dans la cavité utérine.

présente quelques difficultés, mieux vaut d'abord tenter l'opération avec la main qui convient, quitte à avoir recours ensuite à l'autre main, lorsque la première est fatiguée et momentanément incapable d'attirer un membre fœtal.

Avant de pénétrer dans les organes génitaux, les doigts sont réunis en cône, modérément fléchis (fig. 461) ; le pouce s'insinue entre l'index et le médium ; la main présente alors la forme d'un fuseau dont le ventre répond aux articulations métacarpo-phalangiennes (Farabeuf et Varnier). Elle pénètre doucement, par de petits mouvements de va-et-vient, à travers la vulve dans le vagin, en formant une sorte de cône aussi peu volumineux que possible. Dès que la main a franchi l'orifice vulvaire (fig. 461), il faut *appliquer*

la main libre sur le fond de l'utérus pour l'abaisser, l'immobiliser et l'empêcher d'être refoulé en haut. Cette précaution est capitale : elle empêche les insertions du vagin sur le col d'être tirées et déchirées, au moment où la main pénètre de bas en haut dans le segment inférieur de l'utérus. Il peut être utile de faire maintenir l'utérus par un aide. L'extrémité des doigts franchit l'orifice utérin et pendant le relâchement de l'utérus chemine dans l'œuf, si les membranes sont rompues, jusqu'au fond de l'utérus ; si les membranes ne sont pas rompues, on les rompt au niveau de la poche des eaux, suivant le conseil donné par de la Motte et Levret. Cette pratique est préférable à celle préconisée jadis par Peü, Smellie,

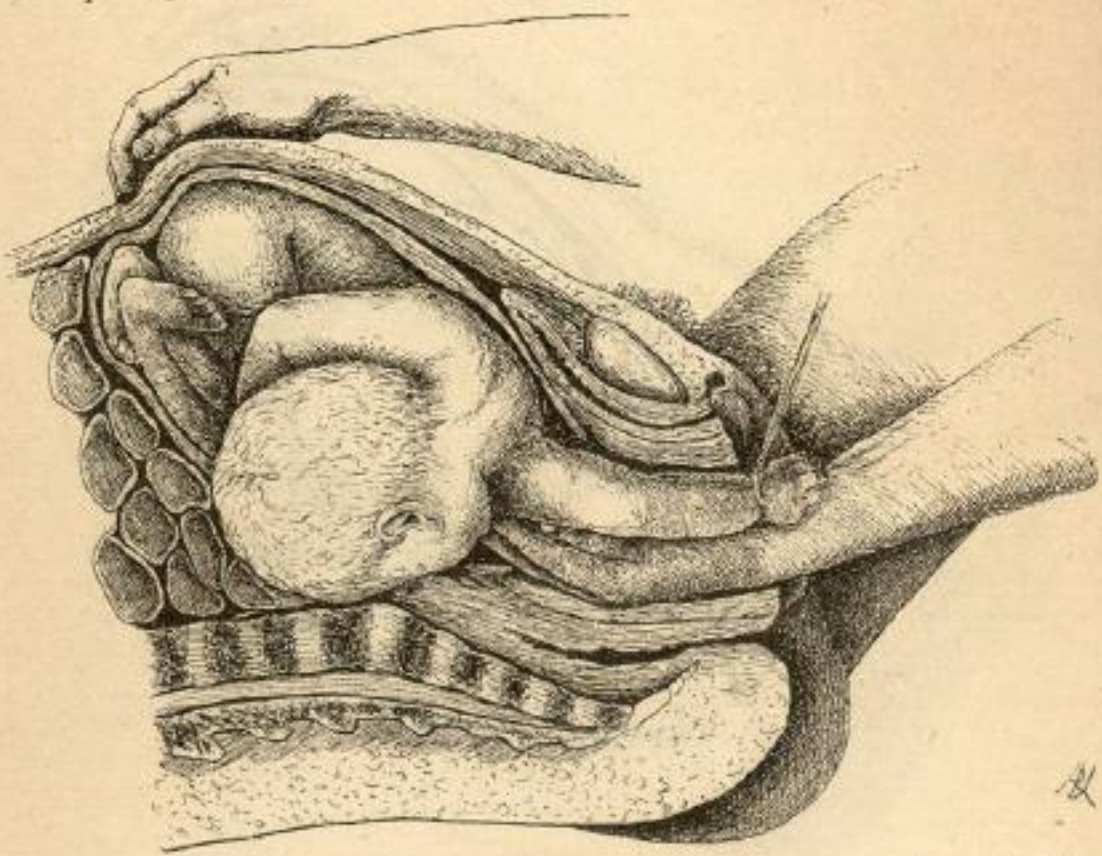


Fig. 450. — Le fœtus se présente par l'épaule gauche en position droite (dorso-antérieure de l'épaule gauche).

Pour pratiquer la version, l'opérateur appuie la main droite sur l'utérus et introduit la main gauche (homonyme de l'épaule) dans la cavité utérine. Cette main va à la recherche du pied droit.

Deleurye, Mme Lachapelle, et qui consistait à introduire la main entre les membranes et la paroi utérine, puis à ne rompre les membranes que lorsque la main était arrivée à hauteur des pieds.

On a soin de pratiquer la rupture artificielle des membranes dans l'intervalle des contractions ; puis, dès que les membranes sont rompues, on empêche l'issue trop rapide du liquide amniotique en enfonçant rapidement la main et une partie de l'avant-bras dans l'utérus.

La main refoule d'abord la partie fœtale qui se présente, pour se frayer la voie : elle glisse en arrière du fœtus s'il s'agit d'une présentation de l'épaule en dorso-antérieure, puis elle se dirige jusque vers le fond de l'utérus. Dans la majorité des cas il n'est point besoin d'introduire ainsi la main jusqu'au fond de l'utérus ; pour peu qu'avant d'opérer on ait nettement établi

l'attitude du fœtus, on va chercher les pieds directement — brusquement — où ils se trouvent, suivant le conseil donné par Mme Lachapelle. Dans d'autres cas, en suivant le plan latéral du fœtus, on arrive sur les membres inférieurs qui se trouvent dans l'un des côtés de l'utérus, et, en reconnaissant successivement les cuisses, les jambes, on atteint les pieds.

Enfin, lorsque l'épaule a déjà subi un certain degré d'engagement et que l'utérus est fortement rétracté, on peut avoir de sérieuses difficultés à atteindre les pieds ; il faut alors se contenter d'accrocher par le creux du jarret un genou que l'on saisit solidement et que l'on entraîne ; on peut encore

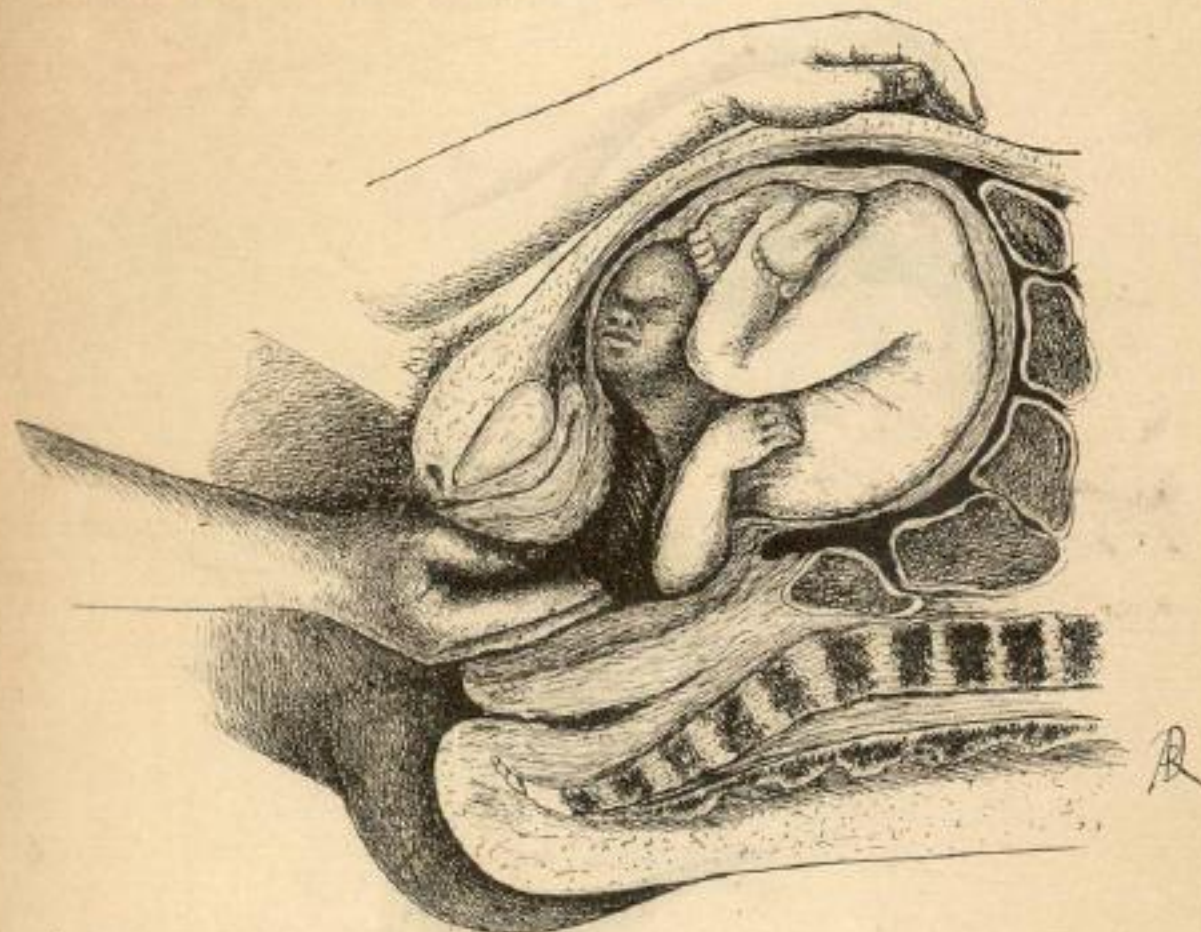


Fig. 461. — Présentation de l'épaule droite en position droite (dorso-postérieure de l'épaule droite).

Manière de disposer la main qui va pénétrer dans l'utérus pour aller saisir un pied : la main gauche a d'abord été introduite suivant la règle ; puis une nouvelle tentative de version est faite avec la main droite qui pénètre dans les organes génitaux.

recourir au procédé de Dubois qui consiste à introduire la main en suivant la face postérieure de l'utérus jusqu'au fond de l'organe, elle est ensuite ramenée d'arrière en avant et arrive fatalement sur les pieds (fig. 462).

Saisie des pieds. — Faut-il mieux saisir un pied ou les deux pieds ensemble pour faire évoluer et extraire le fœtus ? Portal, le premier, a montré qu'on pouvait opérer la version en tirant sur un seul pied ; il a fait justice des craintes des anciens accoucheurs qui croyaient avec Guillemeau que « penser tirer un enfant par un seul pied serait l'escarter et faire mourir la mère ».

La question ne se pose d'ailleurs que dans les cas où les deux pieds sont facilement accessibles : certains opérateurs, tout en admettant la possibilité

de faire la version sur un seul pied, préfèrent encore saisir les deux pieds.

Les accoucheurs, suivant le principe admis par Puzos, sont en majorité partisans de la version sur un seul pied, parce que les parties molles sont mieux dilatées et préparées pour le passage de la tête dernière lorsque le siège de l'enfant forme, avec la cuisse qui est restée fléchie, une partie volumineuse qui dilate le canal utéro-vagino-vulvaire.

QUEL EST LE PIED QU'IL FAUT SAISIR? — Celui sur lequel les tractions vont le mieux favoriser l'évolution et l'extraction du fœtus. Il varie pour les

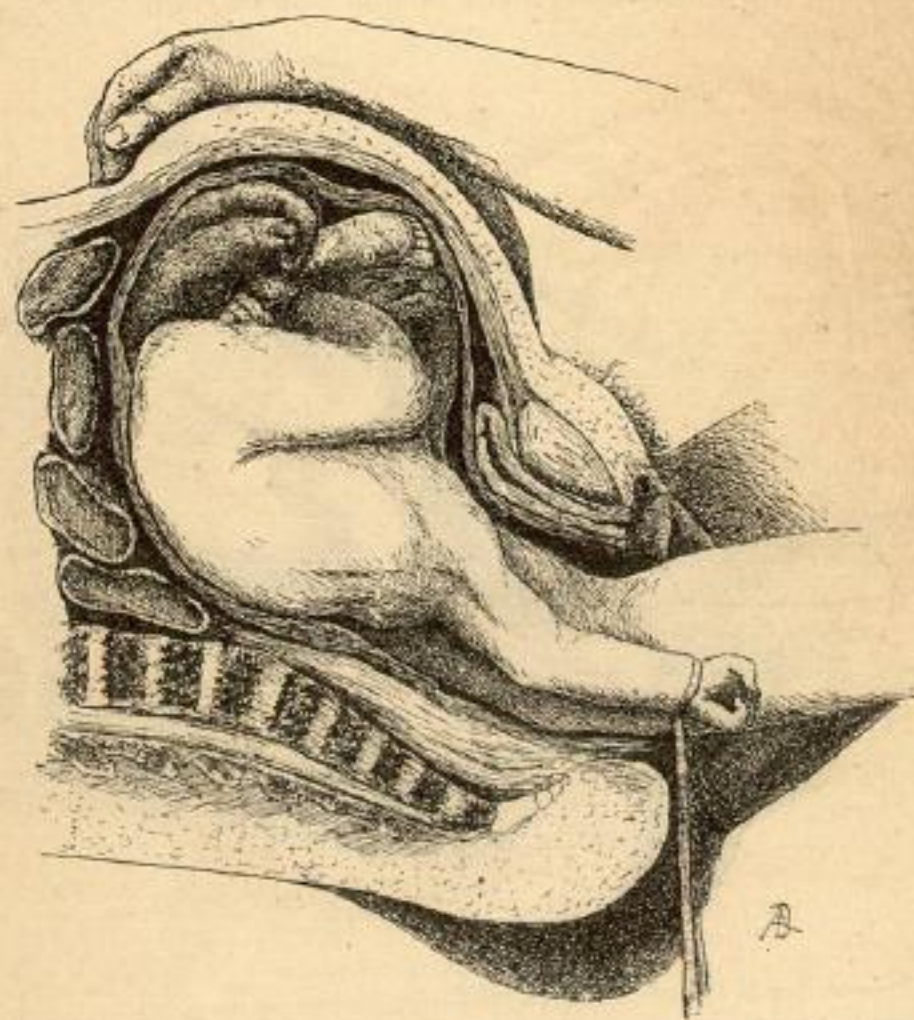


Fig. 462. — Le fœtus se présente par l'épaule gauche en position gauche (dorso-postérieure de l'épaule gauche).

La main droite (de nom contraire) a été introduite la première, mais n'a pu atteindre les pieds : elle immobilise actuellement l'utérus. La main gauche chemine en arrière du fœtus et pénètre jusqu'au fond de l'utérus où elle saisit le pied gauche.

présentations de l'épaule, suivant que le dos du fœtus est en avant ou en arrière : dans les dorso-antérieures, le *bon* pied, celui qu'il faut saisir de préférence, est l'*homonyme* de l'épaule qui se présente, c'est-à-dire, en raison de la situation du fœtus, le pied qui correspond à la hanche postéro-inférieure : *pied droit* pour l'*épaule droite*, *pied gauche* pour l'*épaule gauche*.

Dans les dorso-postérieures, il importe qu'après l'évolution du fœtus son dos soit ramené en avant et que le membre inférieur sur lequel on tire soit placé en avant ; c'est dire que dans les *dorso-postérieures* il faudra

saisir le pied de nom contraire à l'épaule qui se présente, le pied appartenant au membre antéro-supérieur. Dans la *dorso-postérieure de l'épaule gauche*, c'est le *pied droit* que l'opérateur recherchera, celui qui se trouve en haut et en arrière sur les figures 462 et 463 ; le *pied gauche* au contraire dans la *dorso-postérieure de l'épaule droite* (fig. 461).

Dans les présentations de l'extrémité céphalique (sommet ou face), il est plus facile que dans les présentations de l'épaule de reconnaître le *pied antérieur* : pour l'atteindre on suit le plan latéral antérieur du fœtus ; pour

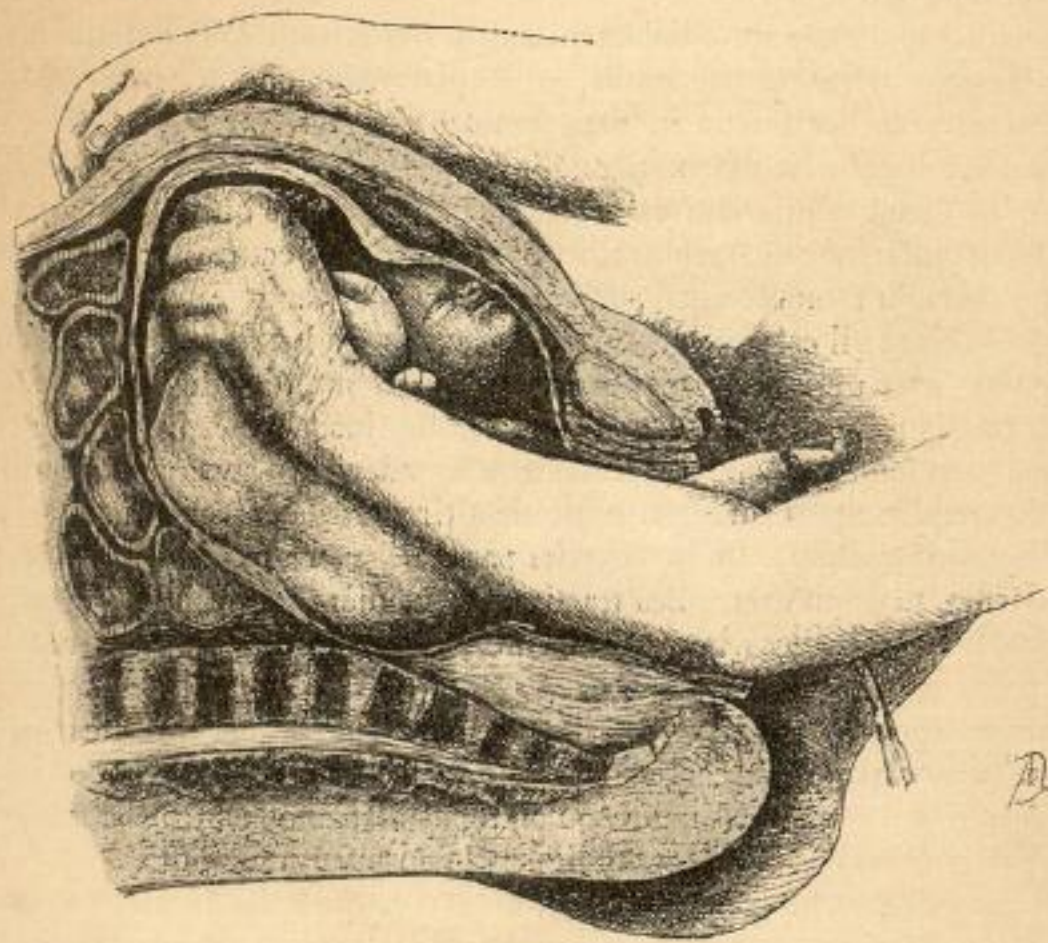


Fig. 463. — Présentation de l'épaule gauche en position gauche (dorso-postérieure de l'épaule gauche).

Un lac a été appliqué au-dessus du poignet gauche qui est hors la vulve ; la main gauche — [de même nom que l'épaule qui se présente — a pénétré dans l'utérus, dépasse le membre inférieur gauche qui s'offre le premier et va saisir le pied droit pour brusquer la version.

être certain que c'est le bon pied qui a été saisi, il suffit de se rappeler que le pied est celui de *nom contraire* au côté du bassin qu'occupe l'occiput ; ainsi, dans la présentation du sommet en *gauche* transversale, c'est le membre inférieur droit qui se trouve en avant, c'est le *pied droit* qu'il est utile de saisir.

Avant de saisir le pied pour l'abaisser, il faut s'assurer d'abord que c'est bien un pied et non une main que l'on explore, ensuite que le pied saisi est bien celui sur lequel les tractions exercées seront le plus efficaces. Le pied doit être saisi aussi solidement que possible entre le médius et l'index qui, recourbés, embrassent l'un le cou-de-pied, l'autre la saillie du talon.

2^e Temps. ÉVOLUTION DU FŒTUS. — Lorsque le pied est bien saisi, on exerce des tractions qui, dirigées en bas et en arrière, ont pour but de faire évoluer le fœtus, c'est-à-dire de le faire pivoter sur lui-même; ces tractions doivent être faites de manière à pelotonner le fœtus sur son plan antérieur en suivant son plan antéro-latéral.

Pour que le fœtus ne soit pas immobilisé par la contraction utérine, il est utile de faire les tractions dans l'intervalle des contractions utérines. Au fur et à mesure que les pieds pénètrent dans le vagin, arrivent à la vulve, le fœtus évolue dans l'utérus.

La main, appliquée sur l'abdomen, suit les progrès de l'évolution.

3^e Temps. EXTRACTION DU FŒTUS. — Le pied étant hors la vulve, on continue à exercer des tractions, mais pendant la contraction utérine, de manière que le muscle utérin vienne joindre son action aux efforts de l'opérateur. Le membre inférieur est saisi à pleine main, les quatre doigts entourant la circonférence du membre, le pouce appliqué contre la partie postérieure. La main remonte ainsi sur le membre inférieur au fur et à mesure qu'il se dégage; il est bon, pour avoir une prise plus solide, d'envelopper le membre avec un linge trempé dans une solution antiseptique faible.

Les tractions doivent être lentes et soutenues jusqu'à ce que le siège soit descendu au fond de l'excavation. La hanche antérieure apparaît la première sous la symphyse pubienne; on continue à tirer, mais en relevant un peu la direction des tractions. On ne cherche pas à dégager directement la hanche postérieure, mais on exerce des tractions de manière à distendre le plus possible les parties molles; le membre inférieur se dégage assez souvent tout seul.

Lorsque les deux membres inférieurs sont ainsi dégagés, on les saisit à pleines mains pour exercer des tractions combinées de telle sorte qu'on diagonalise le fœtus, c'est-à-dire qu'on met son diamètre bitrochantérien en rapport avec l'un des diamètres obliques, le dos étant en avant.

Dès que les hanches sont dégagées, on exerce quelques légères tractions: avec un doigt porté en arrière au niveau de la commissure postérieure, on saisit le cordon au niveau de l'insertion ombilicale et avec deux doigts on abaisse 8 à 10 centimètres de cordon, on fait ainsi au cordon une anse que l'on surveillera pendant le reste de l'extraction: si cette anse venait à disparaître et le cordon à se tendre pendant l'extraction, on serait ainsi prévenu que le cordon est tirailé et qu'il menace de se rompre ou de décoller prématurément le placenta.

Ceci fait, on ressaisit, à pleine main et près de la fesse, chacun des membres inférieurs et l'on continue à exercer des tractions en bas et en arrière en ayant soin de ramener le dos le plus possible en avant. Il est capital, pendant ces tractions, de ne pas prendre de point d'appui avec les mains au-dessus de la racine des membres: toute pression exercée sur la paroi abdominale du fœtus peut lui être nuisible, surtout lorsqu'elle a lieu au niveau du foie et de la rate. Sous l'influence des tractions exercées par l'opérateur et des efforts que fait la femme, le fœtus progresse, les épaules descendent, l'antérieure se dégage la première, puis la postérieure.

Si le fœtus n'est pas volumineux, si les parties molles ont été déjà assouplies par des accouchements antérieurs, la tête peut être expulsée sous la seule influence de la contraction utérine et des efforts de la femme. Le plus souvent l'opérateur est obligé de dégager la tête, à l'aide de la manœuvre de Mauriceau, lorsqu'elle est retenue dans l'excavation (voy. p. 471).

Des difficultés de la version. — Si la version par manœuvres internes est souvent facile à pratiquer, elle devient dans certains cas une opération très laborieuse par suite des conditions dans lesquelles elle est faite. Nous allons voir pour chaque temps de la version les difficultés particulières qui sont parfois rencontrées.

Difficultés du 1^{er} temps. — Quelquefois on éprouve des difficultés pour faire pénétrer la main dans les organes génitaux, soit par suite de l'étroitesse congénitale de l'orifice vulvaire et du vagin, soit par suite d'une contracture spasmodique du constricteur du vagin et du releveur de l'anus, etc.; le chloroforme suffit généralement à lever ces obstacles qu'on ne rencontre guère que chez les primipares. Chez certaines femmes, l'anesthésie est d'autant plus indiquée qu'elles sont effrayées par les préparatifs faits pour l'intervention, qu'elles se débattent et qu'il est utile de les mettre en état de résolution musculaire.

Parfois la vulve est œdématisée soit par suite d'albuminurie soit à cause de l'introduction répétée de la main dans les organes génitaux pendant des tentatives antérieures d'intervention. Il est alors utile de pratiquer des moucheures pour diminuer le volume de cet œdème.

De véritables tumeurs de la vulve et du vagin peuvent gêner l'introduction et la progression de la main; il est rare que le volume de ces tumeurs soit suffisant pour empêcher totalement la pénétration de la main. Dans ce cas, si la tumeur est liquide, on la ponctionne; si elle est solide, on l'enlève.

Dans des cas exceptionnels, la main est arrêtée par des brides cicatricielles du vagin plus ou moins résistantes, par des cloisons transversales incomplètes: on peut être alors obligé de faire des débridements avec le bistouri.

Si la femme est restée pendant un certain temps en travail et si elle a été soumise à des injections antiseptiques répétées et chaudes, comme on le fait dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, il peut y avoir une rétraction des tissus du vagin qui diminue les dimensions de ce canal. En lubrifiant bien la main et le vagin avec de la vaseline, on triomphe facilement de cet obstacle.

La procidence du cordon n'est pas à proprement parler une difficulté de la version; elle peut en être une indication. Le cordon procident doit être remonté avec la main aussi haut que possible, de manière à n'être pas comprimé par l'avant-bras introduit dans les organes génitaux. Si l'on n'y parvient pas, on évite d'exercer sur lui le moindre tiraillement et on pratique la version aussi rapidement que possible. — Quelquefois le cordon est procident en même temps qu'une main apparaît à la vulve.

La présence de la main du fœtus hors des parties génitales crée plutôt un incident qu'une difficulté de la version: il faut bien se garder d'essayer de

réduire le membre supérieur dans l'utérus, on place un lac au-dessus du poignet et on en confie les deux chefs à un aide (fig. 465). Si la main est dans le vagin, on l'amène au dehors et on place de même un lac; si elle ne peut être abaissée, on glisse avec un peu plus de difficulté un lac dans le vagin même. Lorsque les deux membres supérieurs sont ainsi abaissés, soit spontanément, soit à la suite d'interventions maladroites, on agit de même, on place deux lacs et on confie à un aide le soin de les maintenir; on peut ainsi facilement, lorsqu'il en est temps, amener les deux bras en avant.

Les obstacles au niveau du col utérin peuvent être créés soit par une dilatation insuffisante de l'orifice, soit par la présence de tumeurs fibreuses ou cancéreuses.

Nous avons vu qu'une des conditions indispensables pour pratiquer la version était que l'orifice fût complètement dilatable; lorsque cet orifice n'est pas encore suffisamment dilaté, l'expectation seule est de mise, mais il se peut que l'orifice utérin soit rétracté et même contracturé; l'enfant est encore vivant; il n'y a aucun intérêt à attendre. Que faut-il faire? Rejeter absolument les incisions de l'orifice, recourir au chloroforme et compléter, s'il est possible, la dilatation avec un ballon de Barnes, un ballon de Champetier de Ribes ou l'écarteur de Tarnier. Dans les cas où il y a intérêt à changer rapidement la présentation du fœtus, on introduit la main dans l'utérus à travers un orifice incomplètement dilaté, mais laissant passer facilement la main et l'avant-bras; on fait évoluer le fœtus, mais on attend pour l'extraire que la dilatation soit achevée.

Certaines tumeurs (cancer, fibromes), siégeant sur le col, peuvent également créer un obstacle à l'introduction de la main; on en triomphe généralement avec un peu de patience; dans les cas où la tumeur est trop volumineuse et où il est impossible d'en réduire rapidement le volume, on peut être obligé de recourir à une opération mutilatrice sur le fœtus. Il est exceptionnel que la main rencontre des difficultés sérieuses pour pénétrer dans l'utérus; d'ailleurs, s'ils sont considérables, ces obstacles créent une véritable contre-indication à la version.

Lorsque le placenta est inséré complètement sur le segment inférieur, il devient *prævia*, non seulement pour le fœtus, mais aussi pour la main de l'opérateur qui essaye de pénétrer dans l'utérus. Il faut renoncer à des procédés violents, comme ceux qui consistent à arracher le placenta (Simpson) avant d'extraire le fœtus, ou à perforer le placenta avec les doigts et à faire pénétrer la main à travers cette ouverture. Une méthode plus rationnelle et plus efficace consiste à décoller la partie du placenta qui se présente, à rompre largement les membranes et à pénétrer dans l'œuf. Il n'y a point d'hémorrhagie grave à craindre, l'avant-bras faisant tampon au niveau du segment inférieur.

Avec un peu de patience, en explorant bien le segment inférieur de l'utérus, on peut toujours atteindre en un point les membranes, les perforer et arriver ainsi dans l'utérus (voy. p. 785).

La main, ayant pénétré dans l'utérus, peut être gênée pour la recherche des pieds par la rétraction du muscle ou par ses contractions fortes et répé-

tées. Si la rétraction est trop prononcée, elle contre-indique formellement la version; dans les cas de rétraction modérée, les injections de morphine et le chloroforme suffisent pour vaincre la résistance offerte par l'utérus. — Lorsque les contractions utérines sont subintrantes, la main et l'avant-bras sont vite fatigués: ils doivent rester complètement immobiles pendant la contraction et ne progresser que dans l'intervalle de deux douleurs. Il est utile de se hâter pour atteindre les pieds le plus rapidement possible. La chose n'est pas toujours facile, surtout lorsque les pieds sont situés très en avant. La main qui brusque la version gênée par la symphyse pubienne ne peut suffisamment s'incliner en avant pour atteindre les pieds; certains accoucheurs ont conseillé pour faciliter la manœuvre de faire mettre la femme dans le décubitus latéral ou dans la position genu-pectorale. Le plus souvent on se contente d'accrocher un genou du fœtus, de l'abaisser: ce qui permet d'arriver sur un pied.

Au moment où la main pénètre dans l'utérus, elle peut éprouver des difficultés à repousser la partie fœtale qui se présente: généralement lorsque la main est suffisamment introduite, la partie fœtale se soulève pour permettre à la main de passer; si toutefois la partie fœtale reste immobile, empêchant la main de progresser, mieux vaut renoncer à la version; elle devient alors presque impossible ou tout au moins dangereuse pour le muscle utérin qui est alors fortement rétracté ou contracturé.

C'est surtout chez les *grandes multipares*, dont l'utérus est aminci et se déchire facilement, qu'il faut agir avec la plus grande prudence, il vaut mieux sacrifier l'enfant et pratiquer l'embryotomie que de vouloir faire quand même la version et d'exposer ainsi la mère à une rupture de l'utérus.

C'est à l'opération mutilatrice qu'il faut avoir recours d'emblée lorsque plusieurs de ces difficultés se trouvent réunies: engagement trop prononcé de la partie fœtale et tétanisation de l'utérus. D'ailleurs cette solution s'impose d'autant mieux en pareille occurrence que le fœtus a presque toujours succombé.

Lorsque au cours de l'opération la main s'engourdit, se paralyse par suite de la pression exercée sur elle et sur l'avant-bras par l'utérus et les parties molles, il faut la retirer et introduire l'autre main. Il est rare, si le diagnostic est bien fait, si la main sait s'orienter dans la cavité utérine, que cette seconde main ne suffise pas à terminer l'opération.

Difficultés du 2^e temps. — Lorsque le ou les pieds sont saisis, il est généralement facile de faire évoluer le fœtus, en exerçant des tractions lentes et soutenues; il peut arriver cependant que, par suite de la rétraction de l'utérus, le fœtus soit tellement pelotonné sur lui-même qu'il soit impossible de le faire évoluer. Cette immobilité du fœtus ne s'observe plus guère à l'heure actuelle où l'on ne donne plus de seigle ergoté et où l'on emploie le chloroforme en cas de besoin.

Dans certains cas le fœtus peut évoluer, mais la main glisse sur le pied ou, paralysée, ne peut continuer à l'entraîner. Il suffit le plus habituellement de changer de main pour triompher de cette difficulté.

Lorsque, après avoir abaissé un pied, on éprouve de trop grandes difficultés

pour faire évoluer le fœtus, il ne faut sous aucun prétexte essayer de refouler la tête de bas en haut par des manœuvres externes; il est préférable d'aller à la recherche du second pied (Pinard).

Difficultés du 3^e temps. — Nous avons déjà vu, pages 471 et suivantes, quelques-unes de ces difficultés telles que la *déflexion* d'un ou des deux bras, l'arrêt produit par l'*orifice utérin rétracté* sur la tête qui peut en outre être retenue dans l'excavation par défaut de rotation. Nous avons indiqué en même temps quelle était la conduite à tenir dans ces différents cas.

Il nous reste à parler de deux incidents relatifs à l'extraction du fœtus. Dans certains cas, au lieu d'abaisser le pied *antérieur*, on a abaissé le pied *postérieur*, le *mauvais pied*; on peut alors tenter d'abaisser le pied antérieur et exercer sur lui des tractions; mais on peut se contenter de tirer sur le pied primitivement saisi en transformant ce pied postérieur en pied antérieur.

Deux voies sont alors ouvertes: supposons que le pied abaissé appartienne à un membre inférieur dont la hanche soit en rapport avec la symphyse sacro-iliaque droite; on peut ramener cette hanche au niveau de l'éminence ilio-pectinée droite, en lui faisant décrire les deux tiers d'un demi-cercle d'arrière en avant et de droite à gauche. Par un chemin plus long, on peut ramener cette hanche au niveau de l'éminence ilio-pectinée gauche en lui faisant décrire une demi-circonférence de droite à gauche, et d'arrière en avant.

Les recherches expérimentales de Farabeuf et Varnier sont venues confirmer un fait d'observation; en effet, lorsque la rotation se fait spontanément, elle a lieu habituellement par le chemin le plus long, c'est donc ainsi — par le chemin le plus long — qu'il faut faire évoluer la cuisse postérieure pour la ramener en avant.

Une seconde difficulté consiste dans l'*arrêt de la tête au niveau du détroit supérieur rétréci*: le mécanisme que nous avons indiqué pour le passage spontané de la tête (page 915) en pareil cas nous permet d'exposer brièvement la *manœuvre dite de Champetier de Ribes*, qui consiste à faire franchir l'obstacle à la tête dernière.

1^{er} Temps. — Supposons que la tête soit retenue en position gauche, variété transversale, l'opérateur introduit la main gauche, c'est-à-dire celle dont la paume regarde la face antérieure du fœtus, puis va à la recherche de la bouche et prend un point d'appui solide avec l'index et le médius, sur le maxillaire inférieur; les doigts ainsi introduits cherchent à entraîner un peu le menton en arrière, puis à fléchir la tête.

2^e Temps. — La main droite est introduite au-dessus des épaules du fœtus de manière à enserrer le cou entre l'index et le médius. L'opérateur cherche alors à refouler la tête le plus possible dans la partie gauche du détroit de manière qu'aux diamètres qui se trouvent au niveau du rétrécissement se substituent des diamètres plus petits (diamètres temporaux au lieu de diamètres pariétaux), puis il cherche en même temps à incliner un peu la tête de manière à engager d'abord la bosse pariétale postérieure.

3^e Temps. — Un ou deux aides sont utiles pour le reste de la manœuvre;

l'aide principal est à genoux sur le lit et, à l'aide de ses deux mains, cherche d'une part à refouler le front de droite à gauche et à appuyer fortement de haut en bas sur la tête fœtale pour lui faire franchir l'obstacle; l'autre aide tient un membre inférieur dans chaque main et va exercer au besoin des tractions sur les membres inférieurs lorsque l'opérateur, ayant les mains placées comme nous l'avons indiqué, tirera directement sur la tête et sur les épaules; toutes ces tractions doivent être synergiques.

Lorsqu'il n'y a pas trop de disproportion entre le volume de la tête et le rétrécissement du bassin, la bosse pariétale antérieure s'abaisse tout d'un coup. L'opérateur ressent un ressaut caractéristique, l'obstacle est franchi; la tête étant en transversale dans l'excavation, il reste à terminer son extraction par la manœuvre de Mauriceau.

Si la tête est trop volumineuse, il n'y a guère d'autre ressource que d'en réduire le volume pour éviter des pressions plus ou moins dangereuses sur les organes maternels.

Pronostic. — Le pronostic de la version par manœuvres internes diffère absolument pour la mère et pour le fœtus, suivant l'indication qui conduit à cette intervention, suivant la manière dont elle est pratiquée et les circonstances dans lesquelles elle est faite.

Le pronostic *pour la mère* est essentiellement favorable si l'on observe avec soin les règles de l'antisepsie et si l'on ne pratique pas l'intervention alors qu'elle est presque contre-indiquée par la rétraction de l'utérus ou bien par une dilatation insuffisante. Dans ce dernier cas, si l'on veut rapidement extraire le fœtus, on produit des déchirures du col dont le pronostic est variable suivant leur étendue.

Le pronostic *pour le fœtus* est favorable, si celui-ci n'a pas été atteint dans sa vitalité soit par une procidence du cordon, soit par un travail prolongé, et s'il n'y a pas d'obstacle provenant du bassin et des parties molles lors de son extraction. Dans les rétrécissements du bassin les meilleures statistiques donnent une mortalité d'environ 50 pour 100.

Le pronostic pour le fœtus varie encore suivant la manière dont l'opération est pratiquée; c'est ainsi que, lorsqu'on opère avec trop de rapidité ou de brutalité, on peut produire des fractures des membres supérieurs, des fractures de la clavicule, des paralysies par tiraillements du plexus brachial et des lésions plus ou moins graves de la boîte crânienne (dépressions, enfoncements, fêlures, fractures, etc.). On a noté également des épanchements sanguins plus ou moins considérables siégeant dans les muscles (en particulier au niveau du sterno-mastoïdien), le tissu cellulaire, les grandes cavités séreuses, les viscères abdominaux, etc.; la colonne vertébrale est parfois fracturée au niveau de la région cervicale. La mâchoire inférieure peut être fracturée ou séparée en deux au niveau de la symphyse qui unit les deux moitiés du maxillaire. Citons enfin une complication signalée par Jacquemier, puis par Schröder, la disjonction de l'occipital entre sa portion écailleuse et sa portion basilair.

C. DE LA VERSION BIPOLAIRE.

Conseillée par Brush, Wigand, Braun, elle fut surtout recommandée par Robert Barnes (1865) qui la pratiqua plusieurs fois et la dénomma *version bipolaire* et par Braxton-Hicks qui lui donna le nom de *version bimanuelle*. Depuis lors elle fut prônée par différents accoucheurs français et étrangers qui l'appellent encore *version par manœuvres combinées* ou *version mixte*.

Elle consiste¹ à transformer une présentation en une autre à l'aide des deux mains : l'une, introduite dans les organes génitaux, agit directement sur le fœtus ; l'autre contribue à faire évoluer le fœtus en agissant à travers la paroi abdominale par des manœuvres externes. Suivant la partie fœtale que l'on ramène en bas (tête ou siège), la version est *céphalique* ou *podalique*.

La version *céphalique par manœuvres mixtes* peut être pratiquée au cours du travail dans certaines présentations de l'épaule et dans quelques présentations du siège chez les primipares, lorsque ces présentations vicieuses n'ont pu être corrigées pendant la grossesse ; elle est encore indiquée dans la présentation de la face où il suffit d'éloigner la face du détroit supérieur pour la transformer en présentation du sommet et dans le procubitus du cordon lorsque l'extrémité céphalique repose dans l'une des fosses iliaques. Elle peut être conseillée dans le cas d'insertion du placenta sur le segment inférieur.

C'est habituellement au cours du travail que l'on a recours à cette opération, alors que la dilatation encore incomplète de l'orifice utérin ne permet pas de pénétrer avec toute la main dans l'utérus. Elle peut aussi être pratiquée, mais plus rarement, avant tout début de travail : c'est pour ainsi dire alors une intervention *complémentaire* de la version par manœuvres externes.

Enfin plus rarement cette opération est faite alors que la dilatation est complète.

La version bipolaire est facilitée par les conditions suivantes : membranes non rompues ou liquide amniotique restant en quantité suffisante dans l'utérus, situation de la tête ou du siège au voisinage du détroit supérieur, dilatation de l'orifice utérin suffisante pour laisser passer deux doigts.

Après les précautions antiseptiques d'usage, la femme est anesthésiée et placée dans la situation obstétricale ; l'accoucheur fait pénétrer deux doigts dans le vagin jusqu'au niveau de l'orifice utérin ; à l'aide de ces deux doigts, il repousse la partie fœtale qui se présente à travers les membres ou directement en cas de rupture de la poche, pendant qu'avec l'autre main il exerce une pression sur les parties latérales de l'utérus, de manière à faire glisser la tête de la fosse iliaque vers le centre du détroit supérieur : lorsque la tête y est ainsi ramenée, on la maintient au moyen d'une ceinture ou en rompant les membranes.

¹ LASKINE. *Essai sur la version bipolaire*. Th. Paris, 1890.

Pour transformer la *face* ou le *front* en sommet, on exerce avec les doigts introduits dans l'utérus une pression sur les fosses canines de la face ou sur le front en même temps qu'avec la main qui agit à l'extérieur on cherche à abaisser l'occiput.

Lorsqu'on veut substituer une présentation du sommet à une présentation du *siège*, on fait remonter avec la main la partie fœtale au-dessus du détroit supérieur dans l'intervalle des douleurs. Lorsque le siège est sorti du bassin, un aide le repousse vers l'une des fosses iliaques, suivant la variété de position, tandis que l'opérateur saisit la tête et la fait basculer de haut en bas.

La version *podalique* par manœuvres mixtes est pratiquée dans certaines présentations de l'épaule lorsque la tête ne peut être facilement ramenée en bas, dans quelques présentations de la face et de placenta prævia, ou bien lorsqu'un accident grave survient au cours du travail alors que la dilatation n'est pas complète (hémorragies, attaques d'éclampsie, embolie pulmonaire, etc.).

Voici le *manuel opératoire* préconisé par Braxton-Hicks qui a montré tout le profit qu'on peut tirer de cette méthode dans l'insertion vicieuse du placenta : la main gauche est introduite dans le vagin ; la main droite, placée sur l'abdomen, vers le fond de l'utérus, presse doucement sur le siège, en le poussant du côté droit. La main suit le mouvement au fur à mesure que le siège se déplace. La main gauche repousse en sens inverse la partie fœtale qui se présente. Lorsque le siège est abaissé, on accroche le genou ou on tâche de saisir ou d'abaisser un pied. Lorsque le pied est ainsi amené au niveau du col, Braxton-Hicks conseille d'attendre et de se comporter comme s'il s'agissait d'une présentation primitive du siège.

Les auteurs ne sont point d'accord sur l'extraction du fœtus : les uns abandonnent l'expulsion aux seules forces de la nature, les autres exercent de légères tractions ; quelques-uns ne craignent pas de procéder à la délivrance immédiate, même au prix de déchirures du col : c'est là une pratique détestable.

Quoi qu'il en soit, la version bipolaire est une opération utile, qui permet, dans les cas où la dilatation est incomplète ou insuffisante, de corriger une présentation vicieuse (épaule par exemple) et qui dans certains cas abrège notablement la durée de l'accouchement.