

Quant à nous, nous la croyons difficile même dans ces cas; elle est pourtant rigoureusement possible, surtout s'il reste encore de l'eau dans l'utérus et si les contractions sont peu énergiques, et nous croyons alors convenable de faire quelques tentatives dans ce but; mais longtemps après la rupture des membranes et l'écoulement complet du liquide amniotique, avec un resserrement énergique du viscère, nous n'hésitons pas même dans ce cas, et à fortiori dans celui où une région de la moitié inférieure du tronc se présentera au centre du détroit, à lui préférer une version pelvienne par manœuvres internes.

La crainte des difficultés auxquelles expose l'arrêt de la tête au devant du détroit supérieur nous avait porté, à l'exemple de beaucoup d'auteurs contemporains, à recommander la version céphalique dans les cas de rétrécissement du bassin. Un mémoire très-curieux de M. Simpson ayant de nouveau fixé notre attention sur les avantages et les inconvénients de la version pelvienne, nous avons examiné avec soin les faits connus, et nous pensons que cette lecture attentive a singulièrement modifié notre opinion. Nous sommes aujourd'hui convaincu qu'on a exagéré les dangers de la version podalique dans les rétrécissements du bassin, et nous n'hésitons pas à conseiller cette opération de préférence à la version céphalique, qui serait très-difficile après l'évacuation complète du liquide amniotique, et nécessiterait encore une application du forceps.

A plus forte raison donnerions-nous la préférence à la version pelvienne, si le bassin était de ceux dans lesquels le rétrécissement porte beaucoup plus sur un des côtés que sur l'autre, c'est-à-dire dans lequel l'angle sacro-vertébral, fortement poussé en avant, est en même temps déjeté de côté, comme dans le bassin oblique ovalaire de M. Nægele, car elle permettrait de diriger plus facilement le dos et la grosse extrémité occipitale de la tête vers le côté le plus large du bassin.

Lorsque la présentation du tronc se complique de la sortie du bras, la version céphalique, conseillée par Ruffus (*humeri repellendi ut cadat caput*), Rhodion, etc., me paraît devoir être complètement rejetée. La nécessité de la rétro-pulsion préalable du bras rendrait alors la version céphalique très-difficile, si déjà, comme nous l'avons dit précédemment, la rupture prématurée des membranes ne portait à la rejeter. Aussi, dans ces cas, la version pelvienne me paraît être très-préférable.

Présentations de l'extrémité pelvienne. — « Tout partisan que nous sommes de la version par la tête, dit Flamand, nous n'oserons pas cependant la proposer d'emblée dans ce cas, quoique nous y soyons disposé. Mais, d'après les suppositions suivantes, nous ne doutons pas que tout accoucheur sans prévention ne suive notre avis et ne tente cette opération.

» Si un fœtus monstrueux était privé des membres inférieurs, ou ne présentait que de petits moignons près des fesses, qui ne fourniraient point assez de prises aux mains de l'accoucheur pour tirer en dehors l'extrémité inférieure, et que la mobilité du fœtus laissât entrevoir la possibilité de faire descendre la tête, qui hésiterait à tenter l'opération? » Pour nous, nous n'hésiterions pas à laisser l'accouchement se terminer seul. A quoi bon tirer sur l'extrémité pelvienne?

Les préceptes de madame Lachapelle, Desormeaux, Dubois, etc., ne nous ont-ils pas appris que toute traction sur l'extrémité pelvienne est plus nuisible qu'utile; et le plus grand nombre des inconvénients que Flamand et consorts reprochent à l'accouchement par le siège, et sur lesquels ils se fondent pour conseiller la version céphalique, ne sont-ils pas la conséquence de ces tractions imprudentes?

« Si une femme n'a que 3 pouces 3 lignes de diamètre sacro-pubien, si elle a perdu plusieurs fœtus venus par les fesses, si l'on est obligé de rompre les membranes, ou si, peu de temps après leur rupture, le fœtus paraît assez mobile, toute tentative pour la version par la tête est de rigueur. » Nous pensons que, le fœtus étant très-mobile, on serait autorisé à faire cette tentative avant la rupture des membranes; mais, après l'écoulement des eaux, cette opération nous paraît devoir être, dans l'immense majorité des cas, impossible, et nous aimerions mieux les tractions bien ménagées sur le tronc, en faisant tous nos efforts pour maintenir la flexion de la tête au moment où celle-ci arriverait au détroit supérieur. Les observations de madame Lachapelle et celles que, plus récemment, M. Simpson a publiées, motivent assez notre préférence, même dans le cas où le rétrécissement du bassin est le résultat de la saillie directement antéro-postérieure de l'angle sacro-vertébral: à plus forte raison ce précepte devrait-il être suivi si l'on avait affaire à un de ces bassins que M. Nægele a décrits sous le nom de bassin oblique ovalaire; car les tractions faites alors sur le siège devraient avoir pour but de retourner le dos du fœtus, et par conséquent la grosse extrémité occipitale de la tête, vers le côté du bassin largement conformé.

En résumé, la version par manœuvres externes ne doit être tentée, dans les positions obliques ou transversales du tronc du fœtus, que pendant le travail et, autant que possible, avant la rupture des membranes. Si pourtant la rupture de la poche ne s'est opérée que depuis très-peu d'instant, si l'on est encore dans l'utérus une certaine quantité d'eau; si, en un mot, le fœtus est encore mobile et que la partie qu'il s'agit de faire descendre soit très-rapprochée du col, on peut encore faire quelques tentatives; mais, pour peu qu'on rencontre quelque résistance, il faut revenir à la version pelvienne.

Avant le travail, on doit se borner, après avoir constaté la mauvaise position du fœtus, aux mesures préventives que nous avons déjà indiquées, et attendre le travail pour pratiquer les manœuvres externes.

ARTICLE II

DE LA VERSION PELVIENNE PAR MANŒUVRES INTERNES

C'est une opération dans laquelle l'extrémité pelvienne est ramenée au détroit supérieur, dont elle était plus ou moins éloignée.

Nous avons déjà vu, dans l'article précédent, que ce résultat pouvait être obtenu par les manœuvres externes pratiquées avant la rupture des membranes;

mais à cette dernière opération nous avons posé quelques contre-indications formelles, alors même que les membranes sont intactes. De plus, il arrive assez souvent que l'accoucheur n'est appelé auprès de la femme et ne peut constater la position vicieuse que lorsque les eaux sont écoulées depuis longtemps. La version pelvienne par manœuvres internes est dans tous ces cas indispensable; aussi devons-nous l'étudier avec le plus grand soin.

Nous indiquerons d'abord les règles générales applicables à tous les cas de version par l'extrémité pelvienne; ensuite, les particularités relatives à chacune des positions du sommet, de la face et du tronc. Mais, avant d'agir, il est bon de prendre certaines précautions qui peuvent, plus tard, faciliter le manuel opératoire; il est indispensable surtout de se rappeler quelles sont les conditions nécessaires à la pratique de cette opération.

§ I. — Précautions à prendre.

Avant d'étudier séparément les règles générales de la version pelvienne, nous allons rapidement indiquer certaines précautions que l'accoucheur doit prendre, et qui s'appliquent à tous les cas.

1° Avant toute chose, l'accoucheur doit prévenir la femme de l'opération qu'il va pratiquer, lui en faire comprendre, autant que possible, la nécessité, calmer ses inquiétudes et la rassurer complètement sur les conséquences fâcheuses qu'elle peut avoir pour elle et pour son enfant.

2° Aussitôt que la malade aura consenti à l'opération, elle sera placée dans une position convenable. Cette position varie beaucoup suivant les pays et même suivant les accoucheurs. En France, celle qui est généralement préférée est la suivante : La femme se place en travers sur son lit, dont un des bords est appuyé contre un mur ou un meuble élevé; plusieurs oreillers sont accumulés derrière son dos, de manière à tenir la partie supérieure du corps modérément élevée, et de manière aussi que, le sacrum de la femme appuyant sur le bord du lit, la vulve et le périnée soient complètement à découvert. Les membres inférieurs sont modérément fléchis, les pieds appuyés sur deux chaises et maintenus par deux aides placés en dehors de ces membres. Si la femme est très-indocile, ou craint de ne pouvoir maîtriser ses mouvements, un autre aide, saisissant les crêtes iliaques, maintient le bassin en position fixe.

En Angleterre, les femmes accouchent ordinairement couchées sur le côté. C'est aussi dans cette position qu'on les place toutes les fois que l'art est obligé d'intervenir. On prend seulement alors la précaution de rapprocher le siège du bord du lit, et de placer un coussin entre les genoux pour les tenir écartés.

Il serait à désirer de voir, dans quelques cas au moins, préférer cette position : lorsque, en effet, la région dorsale du fœtus est dirigée en arrière, le décubitus latéral de la femme permettrait quelquefois à la main d'arriver plus facilement jusqu'aux pieds, tandis que dans les positions dorso-antérieures la version est plus facile quand la femme est couchée sur le dos.

3° Le petit lit sur lequel les femmes accouchent est souvent très-peu élevé, et par cela même incommode pour l'opérateur. Quelques accoucheurs veulent, en conséquence, qu'on place un matelas sur une commode ou un autre meuble de la même hauteur, et qu'on y porte la femme. Sans aucun doute, dans la plupart des cas, l'accoucheur est obligé de se mettre à genoux ou de s'asseoir sur une petite chaise; cette position est souvent gênante et nuit à la manœuvre opératoire. Si le lit est trop bas il faut donc le faire élever avec un matelas plié en double ou faire placer la femme sur un meuble plus élevé. Dans les conditions ordinaires, retourner le lit de manière qu'un de ses bords soit appuyé contre le mur, placer la femme en travers en prenant la précaution, si cela est nécessaire, de lui élever le siège par un oreiller glissé sous le premier matelas, est chose tellement simple, que la femme s'en aperçoit à peine et qu'elle ne s'en inquiète nullement.

4° L'accoucheur doit ôter son habit. L'avant-bras devant être introduit dans les parties jusqu'au coude, cette précaution est indispensable. Enfin il fera préparer des linges en assez grande quantité pour en placer au pied du lit, essuyer ses mains, et envelopper convenablement le tronc du fœtus à mesure qu'il sera extrait.

5° Il faut ensuite reconnaître la position du fœtus. Nous n'avons ici qu'à renvoyer aux signes diagnostiques que nous avons indiqués en décrivant l'accouchement naturel dans chaque présentation.

6° La position étant reconnue, il faut se décider sur le choix de la main avec laquelle on se propose de pratiquer la version. Dans les présentations du sommet, de la face et du siège, nous introduisons la main qui, placée entre la pronation et la supination, a la face palmaire tournée vers le plan antérieur du fœtus; dans celles du tronc, nous introduisons la main homonyme du côté du fœtus qui se présente, toutes les fois que nous voudrions pratiquer la version pelvienne. Quant à la version céphalique, il est difficile de fixer par une règle générale la main à introduire; cela varie suivant les cas particuliers.

La main et l'avant-bras que l'on a choisis sont enduits d'un corps gras dans le but de faciliter leur introduction et de les mettre à l'abri de la contagion des maladies dont la femme pourrait être infectée. Il faut avoir soin de ne graisser que la face dorsale de la main, qui seule doit être en contact avec les parties de la mère, la face palmaire devant s'appliquer et saisir les parties du fœtus, qui ne sont déjà que trop glissantes.

7° Dans tous les cas où la version est nécessitée par un accident qui menace les jours de la mère ou de l'enfant, il est évident que l'accoucheur doit opérer dès que son intervention est exigée par la gravité de l'accident, et que, par conséquent, il n'est pas possible de choisir le moment; mais dans ceux où une position vicieuse constitue toute la difficulté, comme dans les présentations du tronc, par exemple, l'accoucheur, s'il assiste la femme depuis le commencement du travail, doit se rappeler que lorsque la poche des eaux est encore intacte, ou rompue depuis assez peu de temps pour qu'il reste encore beaucoup d'eau dans la cavité utérine, l'introduction de la main et l'évolution du fœtus sont beaucoup

plus faciles, et que c'est par conséquent l'instant qu'il doit préférer, si toutefois le col est suffisamment dilaté.

§ II. — Conditions nécessaires.

Il faut, pour qu'on puisse pratiquer la version pelvienne, que le col soit dilaté ou dilatable; que la partie qui se présente ne soit pas engagée trop avant dans l'excavation, et surtout n'ait pas franchi le col de l'utérus; enfin, excepté dans les présentations du tronc, la plupart des auteurs exigent qu'il n'existe aucune disproportion entre le volume de la tête et les dimensions du bassin.

1° Il faut, disons-nous, que le col soit suffisamment dilaté ou dilatable pour permettre l'introduction facile de la main et le libre passage des parties du fœtus. On peut considérer le col comme étant suffisamment dilaté, lorsque son ouverture offre à peu près 5 centimètres de diamètre; mais le col peut être bien moins ouvert et cependant la version être encore possible, c'est qu'alors il est souvent dilatable; dans ce dernier cas, le col est épais, mou, souple, facile à distendre; il n'est point tendu, serré, et le doigt, porté sur les divers points de sa circonférence, sent qu'il ne résiste pas au moindre effort et se laisse facilement dilater. Cette dilatabilité de l'orifice utérin se rencontre surtout lorsque, après la rupture des membranes, la partie qui se présente ne peut, à cause de son volume ou de sa mauvaise position, s'engager dans l'ouverture du col: celui-ci retombe en effet sur son centre, n'étant plus soutenu, et se rétrécit.

2° La seconde condition est que la partie qui se présente ne soit pas engagée trop avant dans l'excavation, et surtout n'ait pas franchi le col. Nous verrons tout à l'heure que, ayant de chercher à pénétrer dans l'utérus, la main de l'accoucheur doit repousser au-dessus du détroit supérieur la partie déjà plus ou moins engagée dans l'excavation. Or, on conçoit que, si cette partie avait franchi le col, on ne pourrait la refouler sans repousser en même temps l'utérus, et sans s'exposer à déchirer ses attaches utéro-vaginales.

3° Lorsque le bassin est rétréci, la plupart des accoucheurs français proscrivent la version pelvienne. Cette proscription, que nous avons adoptée d'une manière absolue, me semble devoir être réservée aux cas dans lesquels le bassin est rétréci dans tous ses diamètres, ou à ceux dans lesquels le rétrécissement, portant sur le diamètre sacro-pubien, est excessivement prononcé. Un examen plus attentif de cette question m'a convaincu que madame Lachapelle, M. Simpson (d'Édimbourg) et M. Radfort (de Manchester) ont raison, dans quelques cas, de croire la version préférable à l'application du forceps. Dans le chapitre suivant, nous discuterons ce point important de pratique; mais nous croyons pouvoir dire, dès à présent, que la version nous semble pouvoir être employée avec avantage: 1° dans les rétrécissements obliques ovalaires de M. Nægele; 2° dans les rétrécissements antéro-postérieurs du détroit inférieur qui se compliquent d'une étroitesse considérable de l'arcade sous-pubienne. (Voy. *Forceps*.)

Au-dessous de 5 centimètres, le diamètre antéro-postérieur du bassin est tellement étroit que l'introduction de la main serait impossible. Avec un rétré-

cissement aussi prononcé, il sera donc inutile d'insister beaucoup sur les tentatives de version.

§ III. — Règles générales de la manœuvre.

La manœuvre, dans la pratique de la version podalique, se compose de trois temps principaux: l'introduction de la main, l'évolution du fœtus, l'extraction du fœtus.

1° *Introduction de la main.* — La femme étant convenablement placée, l'accoucheur, étant debout ou à genoux devant elle, présente sa main à l'entrée de la vulve, et cherche à l'introduire en la poussant un peu de haut en bas et d'avant en arrière. Si la vulve est très-large, les doigts rapprochés sont d'abord introduits à plat, en ayant soin d'abaisser avec le bord cubital de la main la commissure antérieure du périnée; si au contraire elle est très-étroite, les doigts sont introduits l'un après l'autre, puis on les réunit en gouttière, de manière que le pouce vient se glisser dans leur concavité palmaire et passe inaperçu. La main forme ainsi un cône dont la base est encore à l'extérieur, et dont on cherche à faire pénétrer le sommet dans l'excavation vaginale: le poignet est alors légèrement abaissé pour accommoder la direction de la main à celle de l'axe du détroit inférieur, et on l'abaisse de plus en plus à mesure que les doigts pénètrent plus profondément, pour faire décrire à la main la courbe à concavité antérieure que représente l'axe pelvien. Pour faciliter l'introduction, il faut imprimer à la main des mouvements de rotation sur son axe, afin d'effacer les plis du vagin.

Il faut, autant que possible, introduire la main dans la vulve pendant l'inter valle des douleurs. Antoine Dubois avait donné un précepte contraire, et professait qu'il était préférable de pratiquer cette introduction pendant la contraction. La femme, disait-il, occupée par la douleur utérine, ne s'apercevra pas de celle que lui cause l'entrée de la main. Mais il suffit d'avoir assisté des femmes et de les avoir touchées pendant la contraction, pour rejeter complètement l'opinion du célèbre accoucheur.

Les doigts, arrivés au haut du vagin, peuvent trouver le col largement dilaté ou seulement suffisamment dilatable. Dans le premier cas, ils pénètrent sans aucune difficulté en se plaçant entre la paroi interne de l'organe et la partie qui se présente; mais, dans le second, les doigts doivent s'introduire l'un après l'autre, de manière à former un cône dont l'extrémité est placée dans l'orifice. Puis on pousse doucement la main en lui imprimant des mouvements de rotation, et en écartant un peu les doigts, afin d'exercer une pression douce et égale sur les divers points du pourtour du col. Lorsqu'on peut disposer d'un aide, il faut lui faire placer les deux mains sur le fond de l'utérus, afin d'empêcher l'organe d'être refoulé par les efforts que l'on fait pour introduire la main: si l'on n'a pas d'aide, l'autre main de l'accoucheur appuie sur le fond de l'utérus pour remplir le même office; sans cette précaution on serait exposé à une déchirure du vagin, dont les attaches à l'utérus se rompraient.

C'est pendant l'intervalle des douleurs qu'il faut pénétrer dans le col de l'utérus. Dès que la main arrive dans le col de l'utérus, il faut s'assurer qu'on ne s'est pas trompé sur la position. Dans le cas où l'on aurait commis une erreur, et où l'on aurait introduit la main opposée à celle qu'il aurait fallu introduire, on devra la retirer pour introduire l'autre, si l'on prévoit beaucoup de difficultés, c'est-à-dire si les membranes sont rompues depuis longtemps, les eaux complètement écoulées et les contractions utérines très-énergiques; alors, en effet, on ne doit pas, par le choix d'une main défavorable, ajouter aux difficultés qui existent déjà. Mais, dans le cas contraire, on pourra utiliser la main d'abord introduite, afin d'épargner à la femme la douleur et les répugnances que lui fait toujours éprouver l'introduction d'une seconde main.

Au moment où la main arrive dans le col, les membranes peuvent être encore intactes ou rompues depuis longtemps. Dans le premier cas, faut-il les rompre avant de passer outre? Vaut-il beaucoup mieux glisser la main entre la surface externe des membranes et la face interne de l'utérus, la diriger jusqu'au point où l'on sait, d'après la position, devoir trouver les pieds, et ne rompre les membranes qu'au moment où l'on saisit les membres inférieurs, ou du moins quand toute la main est introduite dans la cavité utérine? Les deux procédés ont leurs avantages: le premier est le plus expéditif et n'expose guère, malgré l'assertion contraire, à l'écoulement trop rapide du liquide amniotique, car l'avant-bras, placé dans l'ouverture du col, l'oblitére à peu près complètement. Avec le second, en ne rompant les membranes qu'au moment où la main saisit les pieds, on a l'immense avantage d'arriver beaucoup plus facilement au fond de l'utérus, de tourner plus promptement les pieds, et enfin de pratiquer le second temps ou l'évolution du fœtus, celui-ci étant encore mobile au milieu du liquide. Si, en cheminant entre la face interne de l'utérus et la face externe des membranes, la main rencontre le placenta inséré sur un des côtés de l'utérus, il faut bien se garder de le décoller: on essaiera de contourner la circonférence du placenta, et, si c'était trop difficile, on rompra les membranes au bord inférieur du placenta (1).

Lorsque les membranes sont rompues, l'introduction de la main est beaucoup plus difficile. La présence de ce nouveau corps étranger irrite les parois utérines et augmente beaucoup l'énergie de leurs contractions: au moment de leur plus grande violence, il serait insensé de vouloir vaincre leur résistance; il est prudent alors de suspendre toute tentative d'introduction, de se contenter de maintenir la main à la hauteur à laquelle elle était parvenue, et de ne renouveler ses efforts que lorsque les douleurs sont un peu calmées: avant toute chose, la main, saisissant la partie qui se présente, la refoule d'abord un peu au-dessus du détroit supérieur, puis la pousse vers une des fosses iliaques, où elle est maintenue d'abord par la paume de la main, puis par la face antérieure de l'avant-bras:

(1) C'est le conseil donné par Peu, Smellie, Deleurye, Hamilton, Boër, Nægels et madame Lachapelle. L'illustre sage-femme a même soin de recommander une autre précaution: c'est de ne rompre les membranes que pendant le relâchement de l'utérus, de peur que sa contraction n'expulse une grande partie des eaux.

facile quand le fœtus conserve un peu de mobilité, ce refoulement est impossible quand les eaux sont complètement écoulées; il faut se borner alors à glisser sa main entre le col et la partie qui se présente. Le chemin à suivre pour arriver jusqu'aux pieds varie suivant les positions. Quelques accoucheurs ont établi comme règle générale de contourner le côté du fœtus qui est dirigé vers les lombes de la mère, et de glisser la main sur le dos, sur le siège de l'enfant, puis sur la face postérieure des membres inférieurs avant d'arriver jusqu'aux pieds; car, en la posant à plat sur la face antérieure du fœtus, et la glissant ainsi directement jusqu'aux pieds, rien n'est si facile, dans l'état de pelotonnement où se trouvent les membres supérieurs et inférieurs, que de prendre un pied pour une main, un coude pour un genou. C'est, en effet, un conseil qu'on peut suivre dans quelques cas; mais, dans beaucoup d'autres, il est inutile ou impossible de prendre cette précaution: inutile, alors qu'il reste encore beaucoup d'eau dans l'utérus; impossible, quand les membranes sont rompues depuis longtemps et les parois utérines violemment rétractées sur le tronc du fœtus: il faut alors se contenter de glisser sa main à plat sur le plan antérieur du fœtus, en évitant avec soin de confondre un pied avec une main.

2° *Évolution du fœtus.* — La main, arrivée à la hauteur des pieds, les saisit de manière que l'index soit placé entre les deux malléoles internes, le pouce sur



FIG. 120.



FIG. 121.

le bord externe d'un des membres, et les trois autres doigts sur le côté externe de l'autre jambe. Tel est au moins le conseil donné par la plupart des auteurs. Mais il est vrai de dire qu'on ne fait pas toujours ce qu'on veut, et qu'il faut seulement s'assurer qu'on les tient solidement (fig. 120). Il est quelquefois difficile de saisir les deux pieds en même temps: on peut, à la rigueur, se contenter d'un seul, quand la recherche du second présente trop de difficultés. On tire

ensuite sur les pieds de manière à pelotonner le fœtus sur son plan antérieur. Pendant qu'on pratique cette évolution, l'autre main, placée sur le point de l'abdomen où se trouve la tête, cherche à repousser celle-ci et à la faire remonter vers le fond de la cavité utérine. Cette évolution doit toujours être pratiquée pendant l'intervalle des douleurs. Il arrive quelquefois, avons-nous dit, qu'on n'a pu amener qu'un pied dans le vagin. Si ce pied est le membre antérieur ou sous-pubien, on pourra terminer l'opération sans aller à la recherche de l'autre; mais si, au contraire, c'est le membre postérieur ou périnéal, on devra, après l'avoir fixé avec un lacs (1), introduire de nouveau la main, suivre le bord interne du membre déjà extrait, arriver ainsi jusqu'à la racine du membre opposé, en parcourir toute la longueur, et saisir le pied, que l'on ramène dans l'adduction; il faut savoir cependant que la version est possible et souvent facile, même lorsqu'on n'a réussi qu'à saisir le pied postérieur; nous indiquerons plus loin la conduite à tenir en pareil cas.

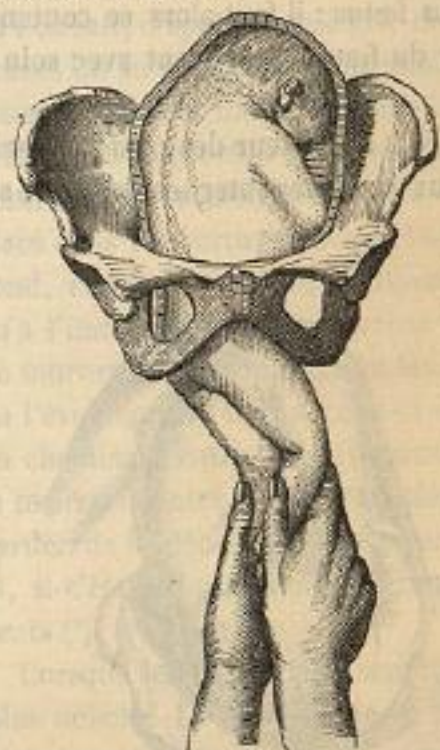


FIG. 122.



FIG. 123.

Il est beaucoup plus facile, dans quelques cas, de saisir les genoux qui viennent s'offrir à la main de l'accoucheur; on pourrait alors, sans aucun inconvénient,

(1) Pour faire un lacs, on se sert d'un ruban de fil, d'un ou de deux travers de doigt de largeur et d'un mètre de longueur. On en forme un nœud coulant que l'on applique au-dessus des malléoles. Quand le pied est encore dans le vagin, on place ce nœud sur l'extrémité des doigts, et, allant saisir le pied, on fait glisser le nœud jusqu'au-dessus des malléoles, et on le serre ensuite en tirant sur les deux extrémités du ruban qui pendent à l'extérieur. Lorsque le pied est encore haut dans le vagin, l'application des lacs est souvent difficile: M. Van Huevel a proposé alors de le remplacer par une longue pince, dont les branches se terminent supérieurement par un demi-anneau placé à angle droit sur sa tige: en fermant la pince, on a un anneau complet au moyen duquel on saisit la jambe au-dessus des malléoles. Pourquoi multiplier autant les instruments sans nécessité absolue?

tirer sur eux pour pratiquer l'évolution; on les abandonne pour saisir les pieds aussitôt que ceux-ci ont été suffisamment abaissés.

3° *L'extraction* est le seul temps de la version qu'on pratique pendant la contraction utérine. Celle-ci facilite en effet les tractions que l'on opère sur l'extrémité pelvienne, et maintient la tête fléchie sur le devant de la poitrine. Ce n'est qu'autant qu'il y aurait inertie complète de l'utérus avec un accident qui nécessiterait la prompte terminaison du travail, qu'on serait autorisé à terminer sans attendre le réveil des contractions.

Il faut d'abord tirer autant que possible sur le membre sous-pubien. En tirant, en effet, spécialement sur le pied antérieur, on facilite la rotation du plan antérieur du fœtus vers les lombes de la mère, et l'on dirige plus facilement les tractions en arrière, c'est-à-dire qu'on se rapproche autant que possible de la direction de l'axe du détroit supérieur que les parties ont à franchir. Si le pied postérieur est le seul qu'on ait été dégager, on peut, même avec ce seul pied, mener la version à bonne fin. Pour cela, tout en tirant sur lui, il faut imprimer au membre pelvien un mouvement de rotation sur son axe, soit à droite, soit à gauche, mouvement habituellement suivi par le siège, qui descend alors en offrant son grand diamètre au diamètre transverse du bassin. De nouvelles tractions, dirigées dans le même sens, finissent enfin par ramener sous le pubis le pied qui primitivement était en arrière, et la version rentre dans les conditions ordinaires.

A mesure que les membres inférieurs sont extraits, on embrasse avec les deux mains toute l'étendue des parties dégagées, en ayant soin de placer le pouce sur le plan postérieur des membres, l'index et le médius sur le plan externe, l'annulaire et le petit doigt sur la face intérieure. Lorsque le siège apparaît à la vulve, il faut s'assurer de l'état du cordon ombilical, et pour cela glisser un doigt jusqu'à son insertion ombilicale. Si on le trouve tirillé, le pouce se joint au doigt précédemment introduit, et tous deux, exerçant une traction légère sur son extrémité placentaire, agrandiront l'anse qu'il forme (fig. 123). Si le cordon était passé en sautoir entre les cuisses, il faudrait encore, après avoir tiré légèrement sur lui, dégager le membre postérieur du fœtus, et placer le cordon en contact avec le périnée.

Lorsque la version a été nécessitée par une position défavorable, et que, par l'évolution pelvienne, on a placé le fœtus dans une position naturelle, on confie le reste du travail à la nature, si toutefois l'énergie et la fréquence des douleurs permettent d'espérer une prompte délivrance. Mais, si les contractions sont faibles ou lentes, il faut chercher à les réveiller par les moyens ordinaires, et ne pratiquer de tractions qu'après qu'elles auront repris une certaine activité: si, enfin, la gravité des accidents met en danger la vie de la mère ou de l'enfant, il faut continuer les tractions, en engageant la femme à les aider de toutes les forces qui lui restent. Bientôt les hanches, les lombes et la partie inférieure de la poitrine se dégagent, et, à mesure que ce dégagement s'opère, les mains de l'accoucheur doivent embrasser le plus de parties possible, et saisir toujours celles qui sont les plus voisines de la vulve, agir toujours sur les os et non sur les parties molles.

Les bras, relevés sur les côtés de la tête, arrivent avec elle dans l'excavation. Il faut opérer leur dégagement : on commence par le bras postérieur, qui, n'ayant à vaincre que la résistance des parties molles du périnée, offrira moins de résistance que le bras sous-pubien. Pour dégager le bras postérieur, on se sert de la main qui a fait la version. L'index et le médius de cette main sont placés sur le plan postérieur et externe du bras, jusqu'au delà de l'articulation huméro-cubitale; le pouce sur le plan antérieur et interne de l'humérus seulement, où il fait l'office d'une attelle. Le creux axillaire se trouve ainsi logé dans l'intervalle qui sépare le pouce des autres doigts (fig. 124). Le tronc, enveloppé d'un linge, est relevé par l'autre main ou par un aide au devant de la symphyse pubienne. Alors l'index et le médius, agissant sur toute l'étendue du bras et une partie de l'avant-bras, fléchiront celui-ci en le ramenant d'abord sur le côté de la tête, de la face, puis sur la partie antérieure de la face et de la poitrine, sur le côté de laquelle il est enfin placé après son dégagement complet. Le tronc du fœtus est alors couché sur l'autre avant-bras, et cette fois abaissé un peu au devant de l'anus, et la main opposée à celle qui a dégagé le bras postérieur opère l'extraction du bras sous-pubien. Mais, pour que cette dernière partie de l'opération n'offre pas trop de difficultés, il faut porter la main dans la pronation forcée, la renverser sur son bord radial, de manière à pouvoir encore appliquer le pouce sur le plan interne, l'index et le médius sur le plan postérieur du bras. Le membre est encore ramené sur le côté de la tête, de la face, et le devant de la poitrine.

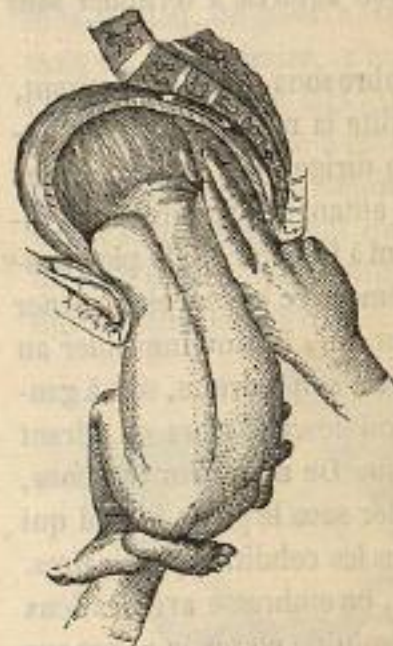


FIG. 124.

Dans les cas ordinaires, la tête arrive fléchie dans l'excavation, l'occiput tourné vers un des points voisins de la symphyse des pubis : lorsqu'il y a des contractions utérines un peu énergiques, le dégagement s'opère seul, et il suffit, pour le faciliter, de relever le tronc au devant de la symphyse; mais, pour peu que l'expulsion de la tête se fasse attendre, il faut l'aider 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, et détermine ainsi le mouvement de flexion par lequel la tête doit se dégager. Si, au contraire, la face était tournée en avant et l'occiput en arrière, la difficulté serait plus grande. On pourrait pourtant, si la tête était peu volumineuse et le bassin large, achever son dégagement en inclinant le tronc sur le périnée, et en abaissant la face dans l'arcade pubienne avec les doigts portés sur les côtés du nez, de manière à fléchir la tête; ou bien encore, dans quelques cas exceptionnels, en relevant le tronc au devant des pubis, et laissant l'occiput se dégager le premier au devant du périnée. (Voy. Mécanisme de l'accouchement par le siège.)

DE LA VERSION. 981

§ IV. — Des difficultés qui peuvent se rencontrer dans la pratique de la version pelvienne.

Nous venons de décrire la manœuvre dans les cas simples, mais, assez souvent, l'opérateur rencontre des difficultés que nous devons maintenant étudier. Ces difficultés peuvent dépendre de la mère; elles peuvent dépendre du fœtus. Celles que les organes de la mère peuvent offrir sont : l'étroitesse excessive de la vulve, la résistance de l'orifice utérin, l'insertion du placenta sur le col, la rétraction spasmodique et la mobilité du corps de la matrice; celles qui appartiennent au fœtus sont : la brièveté du cordon ombilical, le volume des épaules, le croisement d'un bras derrière la nuque, l'extension de la tête.

A. *Étroitesse de la vulve.* — A moins que l'étroitesse de la vulve ne résulte d'anciennes adhérences, elle est rarement assez considérable, même chez les primipares, pour opposer un obstacle sérieux à l'introduction de la main. La seule précaution à prendre, c'est d'introduire les doigts les uns après les autres, et de faire pénétrer la main avec douceur et ménagement.

B. *Résistance de l'orifice utérin.* — Nous avons déjà étudié les causes et les principales indications des résistances que peut offrir le col utérin à l'expulsion spontanée du fœtus (pages 719 et suivantes), et l'on conçoit que ces mêmes difficultés puissent se rencontrer dans la pratique de la version. Ici encore le resserrement peut siéger à l'orifice externe ou à l'orifice interne du col. Lorsque l'orifice externe est seul affecté, deux circonstances peuvent se présenter : ou bien l'évolution pelvienne est nécessitée par une présentation du tronc, ou bien par un accident qui, compromettant la vie de la mère ou du fœtus, rend urgente la prompt terminaison du travail. Dans le premier cas, quelle que soit d'ailleurs la cause du resserrement ou de la non-dilatation de l'orifice, on mettra en usage tous les moyens propres à faciliter cette dilatation : saignée, si la femme est pléthorique; bains, fumigations, onctions sur le pourtour du col avec l'extrait de belladone. Si ces médicaments ont été employés sans succès, il faut agir comme dans le cas suivant. Dans ce second cas, la nécessité de terminer promptement l'accouchement ne permet pas de compter sur l'emploi des moyens ci-dessus indiqués, moyens dont l'action ne commence à se faire sentir qu'après un temps plus ou moins long, et l'introduction forcée de la main ou les débridements pratiqués sur le col sont les seules ressources. Nous avons déjà dit que, toutes choses étant égales d'ailleurs, les incisions multipliées nous paraissent préférables à l'introduction forcée de la main, qui est toujours une opération difficile, lente, très-douloureuse, tandis que l'instrument n'est pas même senti par la femme, et donne des résultats bien plus sûrs et nullement dangereux. Toutefois il est très-important de tenir compte de la nature de l'accident qui, dans cet état du col, nécessite l'intervention de l'art; et, sous ce rapport, une hémorrhagie ou une éclampsie peut présenter des indications différentes. Dans le premier cas, en effet, il est très-probable que la rétraction de l'orifice est peu considérable et pourra être surmontée sans grande difficulté; si l'on échoue, d'ailleurs, les ten-

tatives d'introduction forcée auront pour résultat d'agacer, d'irriter l'organe, et de déterminer la contraction des fibres du fond, dont l'inertie était probablement la cause de la perte à laquelle on veut opposer la terminaison du travail. Mais, pendant une attaque d'éclampsie, on a toute raison de penser que la rétraction de l'orifice est liée aux convulsions dont sont affectés tous les muscles du corps : dès lors elle n'est pas de nature à céder facilement aux efforts d'introduction, et, en cas d'insuccès, on doit craindre que ces tentatives, irritant les fibres très-sensibles du col, aient pour résultat d'augmenter les convulsions générales auxquelles on voulait remédier. C'est donc de préférence aux incisions qu'il faut alors avoir recours.

Lorsque la contraction spasmodique porte exclusivement sur cette portion des parois utérines qui, dans l'état de vacuité, constitue l'orifice interne, la main, qui a franchi l'orifice externe sans difficulté, est tout à coup arrêtée par un obstacle qu'elle ne peut vaincre. Ce resserrement se rencontre sans doute quelquefois dans les présentations de l'extrémité céphalique, et c'est alors sur le col de l'enfant qu'il s'observe ; mais il se remarque plus souvent dans les présentations du tronc. Les moyens que nous indiquerons tout à l'heure pour combattre la contraction spasmodique du corps de l'utérus sont ici parfaitement applicables.

C. *Insertion du placenta sur le col.* — Cette circonstance est, comme on le sait, une cause habituelle d'hémorrhagie, et nécessite souvent la version pelvienne. Lorsque le placenta est inséré par un de ses bords seulement sur un des points du col de l'utérus, la main passe par la partie qui n'en est pas recouverte, et la version ne présente rien de particulier. Mais, quand l'insertion a lieu centre pour centre, et qu'aucun des points de la circonférence du placenta n'est décollé, des conseils différents ont été donnés relativement à l'introduction de la main. Perforer le centre du placenta et passer à travers cette perforation centrale nous paraît un procédé difficile et dangereux ; car : 1° on déchire nécessairement alors un grand nombre de ramifications ombilicales, et l'on produit une hémorrhagie qui peut être pour le fœtus rapidement mortelle ; 2° les efforts nécessaires à cette perforation sont quelquefois suffisants pour tirer, puis détacher le pourtour du placenta encore adhérent ; 3° enfin, l'ouverture pratiquée au centre du placenta sera rarement assez spacieuse pour laisser passer librement le tronc et la tête, et les frottements exercés par les parties mobiles du fœtus contre les bords de cette ouverture faciliteront le déplacement des bras et l'extension de la tête. Peut-être, dans les cas où les forces de la malade seraient épuisées par la perte, pourrait-on tenter ce procédé ; mais, en général, nous préférons décoller un des points de la circonférence du placenta, et faire glisser la main entre sa face externe et la paroi interne de l'utérus. Sans doute, en agissant ainsi, nous déchirons un certain nombre de vaisseaux utéro-placentaires, et nous ajoutons quelques sources nouvelles à celles qui déjà versaient le sang ; mais nous ménageons le sang de l'enfant, et, d'une autre part, la main et l'avant-bras d'abord, puis le tronc du fœtus un peu plus tard, appliqués sur ces vaisseaux, les compriment, font l'office de tampon, et mettent fin à l'hémorrhagie.

D. *Rétraction violente du corps de l'utérus.* — C'est une condition qui rend toujours la version très-pénible et très-difficile, et qui même, dans certains cas, peut la rendre impossible. Aussi est-ce une raison suffisante pour lui préférer l'application du forceps, lorsque l'extrémité céphalique se présente. Mais, dans un cas de présentation du tronc, la version est seule praticable, et la rétraction de l'utérus peut cependant la rendre complètement impossible. Je me suis bien trouvé dans ces cas d'introduire les deux mains, l'une après l'autre, à plusieurs reprises, et de leur faire exécuter des efforts très-modérés pour pénétrer profondément dans l'utérus. La fibre utérine finit quelquefois par se fatiguer, et le relâchement qui suit permet d'atteindre les pieds. La saignée du bras, les bains, sont encore ici très-utiles ; mais un moyen qu'il ne faut pas négliger, c'est l'emploi des opiacés. Administré en lavements ou par l'estomac, à la dose de 5, 10 et 15 centigrammes, l'extrait aqueux ou une dose équivalente de laudanum suffit le plus souvent pour vaincre la résistance du corps de la matrice. Dewees, dans ces circonstances, se loue beaucoup de la saignée portée jusqu'à la syncope. Pour rendre celle-ci plus prompte, il fait placer la femme debout pendant l'opération toutes les fois que cela est possible.

Chez une dame de la rue du Four-Saint-Germain, auprès de laquelle j'avais été appelé en consultation par M. le docteur Trèves, j'eus l'occasion de mettre pour la première fois en pratique le conseil de l'accoucheur américain. L'enfant se présentait par l'épaule gauche ; par suite d'une erreur de diagnostic, le seigle ergoté avait été administré, et l'utérus était tellement ressermé sur le tronc de l'enfant, que l'introduction de la main fut complètement impossible. Je fis lever la femme et la fis soutenir par deux aides. La veine fut ouverte, et je laissai couler le sang jusqu'au moment où la malade se sentit défaillir. Aussitôt elle fut replacée sur son lit, et la version fut faite sans difficulté.

Si ces moyens échouent, et que l'enfant soit encore vivant, on ne peut évidemment qu'attendre et espérer l'évolution spontanée des efforts expulseurs de l'utérus. Si l'enfant est mort, la section du cou, suivant la méthode de Celse, et l'extraction séparée du tronc, puis de la tête, doit être immédiatement pratiquée, afin d'éviter à la femme les conséquences fâcheuses d'un travail trop long et le plus souvent inutilement prolongé. (Voy. *Embryotomie.*)

La rétraction de l'utérus rend encore très-souvent infructueux les efforts que l'on fait pendant les tractions pour retourner en arrière le plan antérieur du fœtus. Il ne faut pas alors, comme l'ont conseillé quelques accoucheurs, repousser et tirer alternativement sur le tronc, en cherchant à lui imprimer chaque fois une légère rotation ; cela serait le plus souvent impossible, et l'on s'exposerait, en y mettant trop d'insistance, à tordre le cou de l'enfant ; car la tête, maintenue par la contraction du fond de l'utérus, pourrait bien ne pas participer à la rotation imprimée au tronc. Mieux vaut y renoncer et laisser la face venir en dessus.

L'emploi des inhalations de chloroforme a été préconisé par quelques personnes comme ayant l'immense avantage de calmer ces contractions spasmodiques de l'utérus, et de rendre faciles des versions qui auparavant étaient impossibles.

Je n'ai pas sur ce point d'expérience personnelle, mais en interrogeant celles des autres j'ai vu qu'ils avaient obtenu des résultats très-différents. Ainsi, pendant que M. Stoltz a cru remarquer un accroissement de fréquence et d'intensité dans les contractions, et que M. Murphy, pratiquant une version, dit n'avoir jamais rencontré autant de difficulté, bien que la malade fût complètement endormie, on voit le docteur Denham affirmer que, dans dix cas où le chloroforme avait été administré avant de pratiquer la version, l'usage du médicament lui avait facilité l'opération, et que cette influence heureuse fut surtout très-sensible chez une femme chez laquelle l'introduction de la main, inutilement tentée avant l'inhalation, fut très-facile aussitôt après avoir endormi la malade.

Les faits connus sont trop contradictoires pour juger l'efficacité du chloroforme dans ces cas. Car même pour ceux dans lesquels il a été suivi d'une détente dans la rétraction de l'utérus, est-on bien sûr que ce relâchement de l'organe, qui survient souvent spontanément et tout à coup, ne fut pas une simple coïncidence? On est peu disposé à le croire quand on se rappelle les faits dans lesquels il n'a produit aucun résultat. C'est donc une question à juger. Toutefois je me hâte d'ajouter que, de l'aveu de M. Simpson et des hommes les plus consciencieux, pour que l'influence des inhalations de chloroforme se fassent sentir sur les muscles de la vie organique, il faut les pousser très-loin et les prolonger longtemps. C'est à l'abus et à l'excès des vapeurs inhalées que M. Simpson attribue la suspension du travail normal. S'il en est ainsi, ne doit-on pas penser que pour faire cesser des contractions anormales et presque tétaniques il ne faille porter le chloroforme au delà des limites de la prudence, et dès lors ne peut-on avoir à redouter un de ces terribles malheurs que quelques chirurgiens ont eu à déplorer?

E. *Mobilité du corps de l'utérus.* — C'est une difficulté sur laquelle on n'a pas assez insisté, professe M. P. Dubois, et qui pourtant, quand on n'y fait pas attention, met l'accoucheur dans l'impossibilité de pénétrer jusqu'au fond de l'utérus. Sa main, pressée fortement entre la paroi utérine et la paroi fœtale, fait de vains efforts pour arriver jusqu'aux pieds. L'utérus, la main et le tronc du fœtus ne forment plus qu'un tout qui tourne sur lui-même, mais la main ne chemine pas dans l'intérieur de la cavité utérine. Il suffit, pour remédier à cette difficulté, de faire fixer le fond de l'organe en plaçant les deux mains d'un aide sur des parties supérieures et latérales.

F. *Brièveté du cordon.* — Quelle que soit la cause de sa brièveté, le cordon, quand il est très-court, peut être tiré pendant qu'on exerce des tractions sur l'extrémité pelvienne, et ce tiraillement peut être porté assez loin pour occasionner sa rupture. Il faut prévenir cet accident en le coupant, lorsque les tractions pratiquées sur son extrémité placentaire sont insuffisantes pour le relâcher.

G. *Volume des épaules.* — Au moment où les lombes se dégagent de la vulve, les épaules s'engagent au détroit supérieur: dans certains cas les tractions, qui jusqu'alors avaient été efficaces, cessent de l'être, et l'on éprouve quelque résistance à terminer l'accouchement. Cette résistance tient uniquement à ce que le diamètre bis-acromial des épaules s'offre parallèlement au petit diamètre du

détroit supérieur, et rencontre, à cause de son étendue, quelques difficultés à le franchir. Il suffit alors d'imprimer aux parties déjà dégagées du fœtus des mouvements obliques qui portent le siège successivement au devant de l'aîne d'un côté, et au devant du ligament sacro-sciatique du côté opposé. On incline ainsi le diamètre bis-acromial, et l'on fait que ses deux extrémités s'engagent l'une après l'autre dans l'excavation.

H. *Croisement des bras derrière la nuque.* — Il arrive quelquefois qu'un des bras, ordinairement le bras sous-pubien, se trouve croisé derrière la nuque au moment où l'on veut en opérer le dégagement. Nous avons donné le conseil de chercher à ramener en avant le plan postérieur du fœtus: mais si, pour y parvenir, on a besoin de faire éprouver au tronc une évolution considérable, les bras, frottant contre la matrice, pourront bien se déplacer pendant ces efforts qui ne portent pas sur eux, mais seulement sur le tronc, et venir se croiser entre la nuque et la face postérieure de la symphyse des pubis. Or il est bien important de se rappeler alors que, suivant la remarque de Dugès, ce croisement du bras peut avoir lieu de deux manières: le bras peut se croiser derrière la nuque après s'être d'abord relevé sur les côtés de la tête, et ce croisement s'opère alors de haut en bas et d'avant en arrière, relativement au fœtus; mais ce croisement peut encore s'opérer de bas en haut: le bras remonte alors sur le plan postérieur du fœtus et vient se placer au-dessous de l'occiput. Ce dernier mode mérite quelques détails. Les bras sont habituellement placés sur les côtés du thorax: pendant qu'on fait effort pour ramener le plan antérieur du fœtus vers les lombes de la mère, le tronc seul reçoit l'impulsion, et le bras peut ne pas participer au mouvement de rotation imprimé au tronc. Il se trouve dès lors placé sur le plan dorsal du fœtus. L'accoucheur continue les tractions, et, pendant que le tronc descend ou est extrait, le bras est arrêté contre la symphyse des pubis, de manière à s'y trouver encore quand la nuque vient s'y placer. Il est d'ailleurs assez facile de distinguer chacun de ces deux cas. Lorsque le croisement du bras a eu lieu d'avant en arrière, l'angle inférieur de l'omoplate est très-éloigné de la ligne médiane du rachis; il en est, au contraire, très-rapproché quand le croisement s'est opéré de haut en bas sur le dos du fœtus. Il est évident que, dans ces deux cas, le dégagement du bras croisé ne peut s'opérer de la même manière: règle générale, le bras doit être ramené en sens inverse du chemin qu'il a suivi pour se déplacer. Ainsi, dans ce dernier cas, on le fera descendre de haut en bas sur le dos en accrochant le coude avec un ou deux doigts. Dans le premier, on le ramènera d'abord sur l'occiput, puis sur le côté de la tête, la face et le sternum.

Ce dernier dégagement est quelquefois excessivement difficile. L'occiput, fortement pressé contre la symphyse, laisse rarement assez d'espace libre entre lui et l'os pubis: on a conseillé alors de refouler fortement la poitrine, afin de repousser en haut l'occiput et de permettre le dégagement du bras. Mieux vaudrait certainement, après avoir dégagé le bras postérieur, imprimer à la tête du fœtus un mouvement de rotation sur son axe longitudinal, mouvement qui porterait dans la concavité du sacrum l'occiput et le bras qu'on veut dégager.

I. *Arrêt de la tête.* — Les rétrécissements du bassin, l'extension de la tête, sont deux circonstances qui peuvent rendre difficile le dégagement de l'extrémité céphalique. Nous avons déjà dit ce qu'il convenait de faire quand le bassin était mal conformé; nous n'y reviendrons pas.

Lorsque les contractions utérines ont eu la plus grande part dans l'expulsion du fœtus, la tête arrive modérément fléchie dans l'excavation, et le plus souvent son dégagement ne présente aucune difficulté. Mais lorsque, par suite de tractions mal dirigées, la tête est étendue, ses grands diamètres se présentent alors aux diamètres du bassin, et l'accouchement est impossible. Or, dans cet état d'extension, l'occiput peut se trouver en avant, ce qui est rare; il peut se trouver en arrière, la face étant en dessus, ce qui est beaucoup plus fréquent (*).

L'occiput est en avant. — La flexion de la tête est alors assez facile; il suffit, le plus souvent, de placer deux doigts sur les côtés du nez ou sur la mâchoire



FIG. 125.



FIG. 126.

inférieure, après les avoir introduits dans la bouche, et d'exercer des tractions qui ont pour but d'abaisser le menton, tandis que deux autres doigts, placés au-

(*) L'extension de la tête, dans la version, est beaucoup plus fréquente dans les cas où l'occiput est dirigé vers le sacrum, et l'on s'en rendra facilement raison en faisant attention aux circonstances suivantes : les tractions sont naturellement faites en bas et en avant; le col de l'utérus, qui tend toujours à revenir sur lui-même, est un peu dirigé en bas et en arrière; il en résulte que la lèvre antérieure presse fortement sur le plan du fœtus qui est tourné vers le pubis. Quand l'occiput est en avant, la résistance offerte par la lèvre antérieure tend à fléchir davantage la tête; quand, au contraire, il est en arrière, le menton est presque inévitablement accroché par la lèvre antérieure, et la tête consécutivement étendue.

dessous de la symphyse et poussant sur l'occiput, cherchent à l'élever au-dessus du détroit supérieur (fig. 125). Quand cette manœuvre est insuffisante, quelques personnes ont conseillé, avant d'avoir recours au forceps, d'introduire une main dans la cavité du sacrum, d'embrasser avec la concavité palmaire la face et le vertex, et de ramener, par un mouvement de flexion forcé, la tête dans sa position normale.

Lorsque l'occiput est en arrière, et que son dégagement par flexion ou extension n'est pas possible (voy. fig. 126), il faut, dit madame Lachapelle, changer la position de la tête et reporter la face en arrière : pour cela, introduire dans la concavité du sacrum la main dont la paume embrasserait plus facilement l'occiput (la droite, quand la face, en même temps qu'en avant, est un peu à droite; la gauche, quand elle est un peu à gauche; si la face était tout à fait au-dessus de la symphyse pubienne, le choix de la main serait indifférent); les doigts glissent sur un des côtés de la tête, après avoir passé derrière elle, et parviennent assez aisément jusque dans la bouche en glissant sur la joue la plus voisine (fig. 126). La main est alors fortement inclinée sur son bord cubital, la face palmaire en avant; puis, se portant vivement en pronation, elle entraîne en arrière et en bas, vers le coccyx, les parties sur lesquelles l'extrémité des doigts est appliquée, c'est-à-dire la face; il ne reste plus alors qu'à fléchir la tête et à l'extraire comme dans les cas ordinaires.

§ V. — Appréciation de la version.

La version pratiquée dans des conditions favorables, alors que les membranes sont intactes ou seulement rompues depuis peu de temps et que l'enfant, environné d'une couche assez considérable de liquides, conserve encore une certaine mobilité, est en général une opération facile; peu grave pour la mère et pour son fruit. Malheureusement, il faut en convenir, il est rare que ces conditions heureuses se rencontrent dans la plupart des cas où nous pourrions avoir une version à pratiquer. A l'exception, en effet, des présentations de l'épaule, toutes les positions vicieuses de l'enfant n'exigent l'intervention de l'art que lorsqu'une expectation plus ou moins prolongée après la rupture des membranes et la complète dilatation du col a constaté l'impuissance des efforts de la nature. Les présentations de l'épaule elle-même sont rarement reconnues d'une manière certaine avant ou très-peu de temps après la rupture des membranes, et, à moins qu'un accoucheur expérimenté n'assiste la femme dès le début du travail, il n'est appelé en consultation que lorsque déjà les eaux sont écoulées depuis longtemps. Le plus souvent donc on agit dans des circonstances fâcheuses. Eh bien, il ne faut pas oublier que les manœuvres nécessaires, graves pour les organes maternels, sont surtout fatales à la vie de l'enfant. Tandis que la version pelvienne fait périr une femme sur 10,4 suivant Riecke, 1 sur 11,4 d'après Hüter, nous voyons la mortalité des enfants beaucoup plus élevée; la statistique de madame Lachapelle donne 1 enfant mort sur 3,96; celle de Carus, Oslander, Michaelis, Kiwisch, plus de la moitié; enfin, elle donne une mortalité des deux

tiers d'après Hüter. Cette mortalité des enfants est vraiment effrayante, et pourtant, tout en tenant compte des accidents qui dans certains cas ont eux-mêmes déterminé à pratiquer la version et qui par eux-mêmes ont tué le fœtus, je crois encore ces résultats exacts en ce qui concerne purement l'influence de l'opération. J'ai souvent entendu dire au vénérable Capuron que, dans les cas difficiles, les deux tiers, peut-être même les trois quarts des enfants succombaient, et les résultats de ma pratique sont parfaitement conformes à cette observation. Churchill, qui a réuni 542 cas de version, donne une mortalité de 1 sur 3 pour les enfants et de 1 sur 15 pour la mère. Il est vrai qu'il ne distingue pas les cas difficiles des autres.

Du reste, les difficultés signalées plus haut, et qui malheureusement sont très-fréquentes, font assez comprendre ce résultat. Avec une certaine habitude, et surtout une très-grande prudence, on parvient à les vaincre toujours, en épargnant à la mère les lésions graves du vagin, du col et du corps de l'utérus qu'une main inexpérimentée et brutale détermine souvent; mais on ne peut pas toujours empêcher que l'organe, violemment contracté, ne soit vivement irrité par l'introduction forcée de la main, que cette irritation ne devienne le point de départ d'inflammations puerpérales, et que parfois enfin l'ébranlement physique et moral de la femme ne soit assez considérable pour détruire en elle les sources de la vie.

Quant au fœtus, il suffit d'avoir suivi la manœuvre dans les cas difficiles pour comprendre combien il est exposé. Pendant toute la durée de l'opération, le cordon ombilical est très-exposé à une compression plus ou moins violente. Les efforts faits pour dégager les membres inférieurs et supérieurs les exposent beaucoup à des fractures. Enfin, les tractions exercées sur l'extrémité pelvienne peuvent très-facilement, dans les cas où un obstacle quelconque s'oppose à l'engagement facile de la tête, produire à la partie supérieure du cou et de la moelle des lésions incompatibles avec l'établissement régulier de la respiration extra-utérine.

En consultant les résultats statistiques publiés, il est fort difficile de se faire une idée exacte de la fréquence des cas qui peuvent nécessiter la version. Ces cas, en effet, ne sont pas les mêmes dans tous les pays, et dans le même pays pour tous les accoucheurs. D'un autre côté, ces relevés avant été faits pour la plupart dans les hospices, il est évident qu'en fixant la moyenne sur le chiffre des versions pratiquées dans une même Maternité, on a une proportion très-inexacte, car ce chiffre se compose des versions nécessitées par les femmes déjà admises dans l'établissement, plus des cas difficiles qui ont été apportés de la ville au dernier moment.

Le résultat suivant, auquel je n'attache qu'une importance très-secondaire, peut au moins servir à démontrer les variantes de la statistique suivant les localités. Ainsi, pendant qu'en Angleterre on n'a signalé que 145 cas de version sur 39 539 accouchements, ou 1 sur 269, la pratique française donne 400 versions sur 37 479, ou 1 sur 93 1/2, et les Allemands l'ont pratiquée 337 fois sur 21 516, c'est-à-dire 1 fois sur 63 2/3.

§ VI. — De la version dans les différentes présentations.

Après les détails dans lesquels nous venons d'entrer en décrivant les préceptes généraux applicables à tous les cas de version, nous n'avons plus qu'à indiquer les particularités que peut offrir cette opération dans chacune des présentations et des positions que nous avons admises.

Présentations du sommet.

Lorsque le sommet se présente, le fœtus peut être placé de manière que l'occiput soit dirigé vers un des points de la moitié latérale droite et de la moitié latérale gauche du bassin.

1^o *Position occipito-iliaque gauche.* — Nous introduirons la main gauche en nous conformant aux préceptes ci-dessus indiqués; la main, arrivée dans le col de l'utérus, saisira la tête de manière que la face palmaire des quatre doigts soit placée sur son côté postérieur, le pouce sur le côté antérieur, le sinciput logé dans la cavité palmaire. On cherche à refouler la tête pendant l'intervalle des douleurs vers la fosse iliaque gauche, et, après que le pouce est venu se placer à côté de l'index, la main parcourt successivement le côté gauche de la tête, de la nuque, passe derrière l'épaule, le coude, parcourt tout le plan latéral gauche du fœtus, et arrive sur les fesses. En cheminant ainsi, on doit maintenir la tête dans la fosse iliaque où on l'a placée, en la repoussant sans cesse, d'abord avec l'éminence thénar, plus tard avec la face antérieure de l'avant-bras. Arrivée sur les fesses, la main, qui jusqu'alors avait été maintenue dans un état voisin de la supination, se porte dans la pronation pour contourner le siège, et, descendant sur le plan postérieur des membres inférieurs, étend les jambes et arrive aux pieds qu'elle saisit aussi solidement que possible. On pourrait encore, ainsi que nous l'avons dit plus haut, glisser sa main sur le plan antérieur du fœtus et aller directement jusqu'aux pieds (fig. 120).

En tirant sur les pieds, on courbe le tronc du fœtus dans le sens de sa flexion naturelle, pendant que l'autre main, placée sur la fosse iliaque gauche, repousse la tête vers le fond de l'utérus, et facilite ainsi l'évolution du fœtus. Cette évolution une fois opérée, la position occipito-iliaque gauche se trouve convertie en lombo-iliaque droite. L'extraction n'offre aucune indication spéciale.

2^o *Position occipito-iliaque droite.* — La main droite est celle qu'on doit choisir de préférence. La tête, saisie comme dans le cas précédent, sera repoussée vers la fosse iliaque droite; la main parcourt le plan latéral droit ou le plan antérieur du fœtus, et, après avoir saisi les pieds, convertit la seconde position du sommet en première du siège ou lombo-iliaque gauche.

La rapidité avec laquelle sera terminée l'extraction dépendra de la gravité de l'accident qui l'aura rendue nécessaire.

Présentations de la face

La main gauche dans les positions mento-iliaques droites, la droite dans les positions mento-iliaques gauches. Les quatre doigts seront appliqués sur la joue postérieure, le pouce sur l'antérieure. La face sera logée dans la concavité palmaire; la tête refoulée au-dessus du détroit supérieur sera repoussée, si cela est possible, vers la fosse iliaque gauche dans les positions mento-iliaques droites, vers la fosse iliaque droite dans les positions mento-iliaques gauches. L'évolution convertira la première de ces positions en lombo-iliaque droite, la seconde en lombo-iliaque gauche.

Présentations de l'extrémité pelvienne.

Lorsque l'extrémité pelvienne se présente, et qu'une circonstance quelconque nécessite la prompte terminaison du travail, ce n'est pas, à proprement parler, une version que l'accoucheur doit pratiquer, mais seulement de simples tractions sur la partie qui se présente.

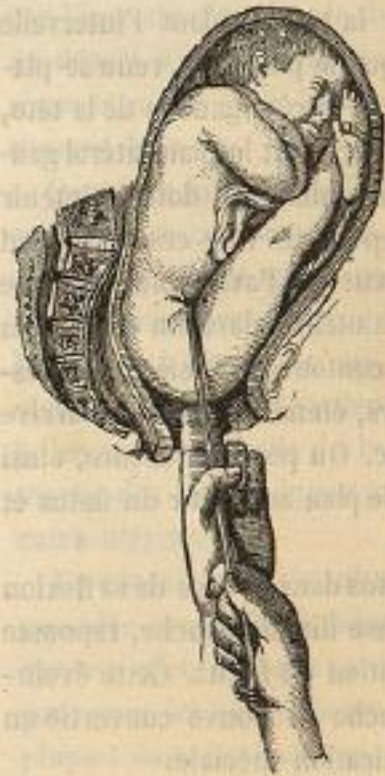


FIG. 127.

Si les pieds ou les genoux s'offrent au col de l'utérus, ou pendent déjà dans le vagin, on les saisit tout simplement, et l'on tire sur eux en se conformant aux règles que nous avons données; mais quand les membres inférieurs sont relevés sur le plan antérieur du fœtus, et que le siège seul se présente, la conduite à tenir varie un peu, suivant que la partie est plus ou moins engagée dans l'excavation. Lorsque les fesses sont encore au-dessus du détroit supérieur, ou au moins si peu engagées qu'il est facile de les repousser, on doit agir de la manière suivante: On introduira la main gauche dans les positions lombo-iliaques gauches, la droite dans les positions opposées. Les fesses seront saisies à pleine main et légèrement refoulées dans la fosse iliaque, vers laquelle est tourné le dos du fœtus; puis on va à la recherche des pieds, en suivant le plan postérieur des membres

inférieurs, et on les abaisse pour tirer sur eux et déterminer le troisième temps de la version. Lorsque les fesses sont arrivées jusque sur le plancher du bassin, on place l'indicateur d'une main sur l'aîne postérieure, et l'indicateur de l'autre main sur l'aîne antérieure, et avec les deux doigts recourbés en crochet on tire sur les fesses jusqu'à ce que les pieds soient complètement dégagés. Enfin, si le siège est déjà assez engagé pour ne plus être refoulé au-dessus du détroit supérieur, et que cependant il ne soit pas encore descendu assez bas pour pouvoir être accro-

ché avec les doigts, on emploie le crochet mousse, que l'on applique sur l'aîne antérieure, de dehors en dedans, en le faisant glisser, si cela est possible, entre la hanche antérieure et la symphyse des pubis (fig. 127): dans le cas contraire, on le glisse entre les deux cuisses, et on le fait pénétrer de dedans en dehors par la partie interne du membre; mais, dans ce dernier cas, il faut avoir soin de protéger avec quelques doigts, préalablement introduits, les parties génitales, le scrotum en particulier, qui pourrait se trouver pris dans le sinus de l'instrument. (Voy. aussi *Forceps*.)

Présentations du tronc.

Nous l'avons déjà répété souvent, les présentations du tronc nécessitent par elles-mêmes l'intervention de l'art, et il faut se hâter de changer la position du fœtus aussitôt que se rencontrent les conditions nécessaires à cette évolution. Nous avons indiqué dans l'article précédent les conditions dans lesquelles nous croyons devoir conseiller les tentatives de version céphalique; mais, soit que celles-ci aient été infructueuses, soit qu'on n'ait pas jugé convenable d'y avoir recours, la version pelvienne est très-souvent pratiquée.

Toutefois, avant d'indiquer les règles de la manœuvre, nous devons faire remarquer que, dans les présentations du tronc, l'accoucheur ne pratique la version que pour remédier à une présentation vicieuse; aussi, dès qu'il aura converti cette présentation en une présentation de l'extrémité pelvienne, il devra abandonner le reste du travail aux efforts expulseurs de l'utérus, à moins qu'un accident assez grave pour menacer les jours de la mère ou de l'enfant ne nécessite la prompte terminaison de l'accouchement.

Les présentations du tronc sont au nombre de deux, et chaque côté du fœtus peut s'offrir au détroit supérieur dans deux positions différentes. Dans la première, la tête est dans la fosse iliaque gauche; dans la seconde, dans la fosse iliaque droite.

La règle que nous avons suivie jusqu'à présent dans le choix de la main à introduire n'est plus applicable aux présentations du tronc. Nous introduirons la main droite dans les positions du plan latéral droit, la gauche dans les positions du plan latéral gauche. Voici, du reste, la manière de procéder à cette opération:

A. *Première position de l'épaule droite (céphalo-iliaque gauche).* — La main droite sera introduite en supination, et, après avoir cherché à repousser l'épaule au-dessus du détroit supérieur et un peu vers la fosse iliaque gauche, elle est dirigée vers la symphyse sacro-iliaque droite, au-dessus de laquelle se trouvent les pieds de l'enfant. Ceux-ci seront saisis et amenés dans le vagin; il n'est pas nécessaire, comme dans les positions du sommet et de la face, de fléchir le fœtus dans le sens de la flexion naturelle; mais on peut immédiatement tirer sur les pieds et les traîner dans l'excavation. Cette évolution latérale, ou sur le côté, est beaucoup plus prompte et sans aucun inconvénient. Les pieds arrivés dans le vagin, l'opération est terminée, comme dans tous les autres cas.

B. *Seconde position de l'épaule droite (céphalo-iliaque droite).* — La main

droite est introduite encore en supination. L'épaule est saisie et refoulée vers la fosse iliaque droite; la main parcourt ensuite le plan postérieur du fœtus, en se dirigeant à gauche et en arrière, arrive sur les fesses, les contourne en se portant



FIG. 128. — Version dans la deuxième position de l'épaule droite; introduction de la main.



FIG. 129. — Version dans la deuxième position de l'épaule droite: saisie des pieds.

en pronation, et vient en avant et à gauche empoigner les pieds, qu'elle attire dans le vagin (fig. 129).

C. *Première position de l'épaule gauche* (céphalo-iliaque gauche). — La main gauche est introduite en supination, repousse l'épaule en haut et un peu à gauche,



FIG. 130. — Version dans la deuxième position de l'épaule gauche: saisie des pieds.

et se dirige, en glissant sur le dos de l'enfant, vers le côté droit et postérieur du bassin, contourne le siège, et vient en avant et à droite, en se portant en pronation, saisir les pieds.

D. *Seconde position de l'épaule gauche* (céphalo-iliaque droite). — La main gauche, introduite en supination, repousse l'épaule au-dessus du détroit supérieur

et un peu à droite, et, se dirigeant vers le côté gauche et postérieur de l'utérus, va saisir les pieds, qui s'y trouvent placés (1).

Présentation du tronc avec issue du bras (présentations du bras ou de la main des auteurs).

Nous l'avons déjà dit, l'issue de la main dans une présentation de l'épaule n'est qu'un épiphénomène de cette dernière présentation. Aussi, que la main, pendant dans le vagin ou à la vulve, ait été entraînée par le flot de liquide qui s'est échappé au moment de la rupture des membranes, ou attirée par l'accoucheur pour s'assurer plus facilement du diagnostic, c'est là une circonstance à peu près insignifiante, et qui même rend plus facile la version pelvienne. Loin de chercher à repousser le bras dans l'utérus, l'accoucheur appliquera un lacs sur le poignet, non pas, bien entendu, pour tirer sur lui, mais pour l'empêcher de remonter pendant qu'il ira chercher les pieds suivant la méthode ordinaire.

Notre but, en appliquant ce lacs, dit madame Lachapelle, est de le maintenir en dehors, dans la crainte que le bras ne prenne une mauvaise direction; que, déployé comme il est, il ne suive pas la rotation qui tournera le sternum du fœtus

(1) Comme on le voit, cette manœuvre est extrêmement simple. Nous devons convenir, cependant, que dans les cas où le plan dorsal du fœtus est tourné en avant elle expose, après l'évolution du fœtus, à le diriger en arrière; et, par conséquent, lorsqu'on ne parvient pas, pendant les tractions, à retourner le ventre en arrière, elle donne lieu à tous les inconvénients que nous avons signalés dans les cas où la face est tournée vers les pubis. Pour remédier à ces difficultés et aux dangers qu'elles entraînent, M. Velpeau veut qu'avant de pratiquer l'évolution on convertisse les positions dans lesquelles le dos est en avant (la première de l'épaule droite et la seconde de l'épaule gauche) en positions dans lesquelles il est dirigé en arrière. Ainsi, dans la seconde position de l'épaule gauche, il cherche à convertir en première de l'épaule gauche, en faisant passer la tête au-dessus des pubis, si elle était d'abord plus rapprochée de l'arc antérieur du bassin; et au-dessus de l'angle sacro-vertébral, si elle était d'abord plus près de la symphyse sacro-iliaque droite; puis il termine ensuite comme dans la première de l'épaule gauche primitive. Si, ajoute M. Velpeau, les membranes sont rompues depuis longtemps, si la matrice est fortement rétractée et qu'on ne puisse que très-difficilement faire mouvoir le fœtus, il est une autre manœuvre que l'on doit préférer. Elle consiste à refouler l'épaule avec la main droite, d'arrière en avant, comme pour faire rouler le rachis sur son axe; à tenter ensuite de gagner le côté droit en glissant sur le devant de la poitrine, pendant qu'avec la main gauche on renverse fortement l'utérus en arrière, et à convertir enfin la présentation du plan latéral gauche en première position du plan latéral droit.

Nous n'avons rappelé cette manœuvre, décrite dans le livre de M. Velpeau, que parce que le nom de l'auteur pourrait lui donner quelque crédit auprès des jeunes praticiens. Mais elle nous paraît devoir être complètement rejetée. De deux choses l'une, en effet: ou bien l'utérus est fortement rétracté, et alors cette conversion nous semble impraticable et dangereuse si l'on persiste; ou bien l'utérus est inerte, et alors elle nous paraît inutile. Nous l'avons déjà dit, ce qui nous fait redouter que le plan antérieur du fœtus reste tourné en avant, ce n'est pas que nous ne puissions, pendant les tractions, le retourner en arrière, mais c'est que nous craignons que la tête, arrêtée par la contraction du fond de l'utérus, ne suive pas le mouvement de rotation imprimé au thorax, et qu'il en résulte une torsion du cou. Mais si l'organe est assez inerte pour rendre possible la conversion préliminaire conseillée par M. Velpeau, il le sera bien assez, sans aucun doute, pour permettre à l'accoucheur de diriger les tractions de manière à ramener sans crainte l'occiput en avant et la face dans la concavité du sacrum.

en arrière, et que, retenu par les pubis et remontant le long du dos de l'enfant, il ne vienne à croiser la nuque. Ajoutons enfin que cette main, ou plutôt ce bras, sert merveilleusement bien à diriger la rotation du tronc, qu'il offre une prise de plus pour les tractions qu'on exerce sur le tronc, et qu'enfin on s'épargne l'opération souvent trop pénible du dégagement d'une épaule.

Après ce que nous venons de dire, on sera sans doute étonné, en lisant les anciens auteurs, de voir l'effroi que leur inspirait cette présentation dite *de la main* ou *du bras*. On s'étonnera bien plus encore des procédés barbares qu'ils employaient pour y remédier. Ils s'étaient évidemment trompés sur la cause des difficultés que l'on rencontre souvent alors dans la pratique de la version. Mais ces difficultés sont réelles; car si la *présentation de la main* n'est autre que la présentation de l'épaule, l'issue presque complète de l'avant-bras, et surtout du bras en dehors de la vulve, est un signe pronostique excessivement fâcheux. Pour qu'en effet le membre thoracique pende presque tout entier à l'extérieur, il faut nécessairement que l'épaule qui se présente soit déjà fortement engagée dans l'excavation, engagement qui n'a pu avoir lieu sans que la totalité des eaux soit écoulée depuis longtemps, sans que depuis longtemps aussi les contractions utérines se soient exercées sur le tronc du fœtus, et sans que les parois de l'utérus soient fortement resserrées sur les parois fœtales. C'est alors surtout que le contact longtemps prolongé des inégalités fœtales détermine les contractions spasmodiques tétaniques ou du corps ou du col de l'utérus que nous avons considérées comme une des difficultés les plus sérieuses; car elles s'opposent tout à la fois à la répulsion de la partie qui se présente, à l'introduction de la main et à l'évolution du fœtus.

Aussi n'est-ce pas sur la partie qui se présente qu'il faut agir dans ces cas difficiles. Repousser le bras dans la cavité utérine est chose alors impossible et peu utile: tirer sur lui avec force dans l'espoir d'engager le tronc en double dans l'excavation, et lui faire exécuter une espèce d'évolution artificielle, c'est commencer une opération qu'on ne pourra pas terminer, et qui augmentera beaucoup les difficultés: aller chercher l'autre bras pour tirer ensuite sur lui dans l'espoir de faire remonter l'épaule engagée est une manœuvre qui suppose possible l'introduction de la main, et qui serait presque aussi difficile que la recherche des pieds: sacrifier le bras, l'amputer, sont enfin des procédés barbares et inexécables quand le fœtus est vivant, et le plus souvent inutiles quand il est mort. Nous le répétons, les véritables obstacles ne sont pas là: c'est contre la rétraction violente du corps, et quelquefois de l'orifice interne du col, qu'il faut agir, en employant les moyens que nous avons conseillés plus haut. Si ces moyens échouent, la conduite à suivre varie nécessairement suivant que le fœtus est vivant ou mort. Si le fœtus est encore vivant et que l'état de la femme n'exige pas une prompte délivrance, il faut attendre et espérer l'évolution spontanée (voy. *Accouchement naturel*). Mais si la vie de la femme est gravement compromise, bien que le fœtus soit encore vivant, on peut considérer sa viabilité comme éteinte, et pratiquer l'embryotomie (voy. *Embryotomie*). A plus forte raison devra-t-on agir ainsi quand on aura la certitude qu'il a cessé de vivre.

CHAPITRE IV

DU FORCEPS

Le forceps est une espèce de pince composée de deux branches à peu près semblables, et destinée spécialement à s'appliquer sur la tête du fœtus.

Plusieurs personnes se sont disputé l'honneur de l'invention du forceps, mais il est bien établi aujourd'hui que cet instrument fut inventé par un des membres de la famille Chamberlen, qui, pendant la première moitié du XVII^e siècle, eut le tort fort grave de l'exploiter comme un secret à l'aide duquel il promettait de terminer les accouchements les plus laborieux. Il paraît cependant qu'il fut assez vite connu d'un certain nombre de praticiens anglais; car Drinkwater, qui exerçait l'art des accouchements de 1668 à 1728, employait des instruments qui, s'il faut en juger par la description qu'en a donnée Johnson, ressemblent beaucoup à ceux des Chamberlen.

En 1670, un des Chamberlen vint à Paris avec l'intention de vendre son secret, puisque, au rapport de Mauriceau, il avait proposé au premier médecin du roi de faire connaître son instrument si l'on voulait lui donner 10 000 écus de récompense. Malheureusement Chamberlen, croyant son procédé applicable dans tous les cas, promit de terminer l'accouchement chez une femme dont le bassin était vicié à un degré extrême, et pour laquelle Mauriceau avait jugé l'opération césarienne nécessaire. Ainsi que l'avait prévu l'accoucheur de Paris, les tentatives de Chamberlen furent infructueuses, et il retourna en Angleterre, renonçant à toutes les belles espérances de fortune qu'il croyait réaliser en arrivant à Paris. Vers 1693, Chamberlen fit un voyage en Hollande, et communiqua ou plutôt vendit quelques-uns de ses instruments à plusieurs accoucheurs, parmi lesquels on cite particulièrement Roonhuysen, Ruysch et Bockelman: il est à peu près sûr que le fameux levier du premier de ces accoucheurs n'avait pas d'autre origine et n'était qu'une légère et malheureuse modification de l'instrument qu'il tenait de Chamberlen. Quoi qu'il en soit, le forceps fut pendant longtemps encore exploité comme un secret en Hollande; car ce ne fut que soixante ans après, c'est-à-dire vers 1753, que de Visscher et Van de Poll firent connaître le levier de Roonhuysen (1).

Palfyn, accoucheur de Gand, a passé à tort pour le véritable inventeur du forceps. Il avait fait plusieurs voyages à Londres et en Allemagne, dans le but de connaître ce fameux secret, qui, au dire de Mauriceau, a fait gagner à Chamberlen

(1) Il est bon de noter que l'instrument décrit par ces derniers auteurs sous le nom de *levier de Roonhuysen* n'était pas l'instrument que ce dernier avait acheté de Chamberlen, car il est composé d'une seule branche de fer recourbée. Rathlauw avait publié en 1747 la description d'un instrument qu'il avait reçu de Van der Swam, élève de Roonhuysen, instrument composé de deux cuillers, fenêtrées, unies à leur extrémité au moyen d'une cheville.