

utérine il n'y a qu'une seule et unique conduite à tenir : pratiquer la laparotomie.

A quelle époque?

Si on fait le diagnostic au début, on enlèvera au plus tôt le kyste fœtal comme une tumeur.

A partir du cinquième mois on peut songer à l'enfant, et temporiser jusqu'au septième ou au huitième mois, mais prêt à intervenir; on sera guidé par l'état de la mère (1).

Le danger et la difficulté de l'enlèvement du kyste ont fait naître deux procédés de traitement de la poche fœtale.

*Conservation du sac.* — On tamponne jusque sur le sac; on unit celui-ci aux téguments par une rangée de sutures en ayant bien soin de ne pas pénétrer dans le sac mais de cheminer dans l'épaisseur des parois : on ouvre le sac, on retire le fœtus par les pieds, puis on lave la poche à la solution saturée de naphthol et l'on bourre de gaze.

La guérison par exfoliation du placenta et granulation de la poche est longue (procédé de choix).

*Ablation du sac.* — On va sur le sac et on le suture provisoirement aux lèvres de la plaie: On l'incise en évitant les vaisseaux; extraction du fœtus, ligature du cordon, puis décortication du placenta et du sac en se rendant maître de l'hémorragie par des pinces, la compression temporaire, etc. (Voir S. Pozzi, *Traité de gynécologie.*)

Toutes les fois que survient un accident du côté du kyste, recourir à la laparotomie rapidement.

Quand le kyste est suppuré on le traite comme un abcès pelvien.

Bien d'autres procédés de guérison ont été proposés : la cure de la faim, l'injection de morphine dans le sac, l'électrisation pour tuer l'enfant, la ponction, enfin, comme opération, l'extraction par le vagin ou élytrotomie.

(1) *Société de chirurgie*, janvier 1896.

## LIVRE VIII

### DES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES

Ce livre comprend deux sections: les manœuvres et les opérations obstétricales.

Les **manœuvres**, comme leur nom l'indique, sont des interventions qui ne nécessitent que l'emploi de la main, elles sont permises à tous les praticiens, médecins et sages-femmes.

Les **opérations** obstétricales réclamant l'usage d'instruments sont du ressort exclusif du médecin.

#### PREMIÈRE SECTION

#### MANŒUVRES OBSTÉTRICALES

##### PERMISES AUX SAGES-FEMMES

Elles sont au nombre de deux principales :

La délivrance artificielle.

La version.

#### CHAPITRE PREMIER

#### DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

*La délivrance artificielle*, rangée ordinairement dans la classe des opérations, est une manœuvre obstétricale, dont la pratique doit être familière.

**Manuel opératoire.** — La femme est placée dans la position obstétricale, le vagin est détergé par une injection antiseptique.

Tout est prêt pour une injection profonde intra-utérine. L'accoucheur, après s'être soigneusement antiseptisé la main et l'avant-bras droits, choisit une période de repos de l'utérus, puis les doigts ramassés en fuseau, il pénètre dans le vagin et, se guidant sur la tige funiculaire, qu'il ne quitte pas, pénètre dans l'utérus. Si une contraction survient, il attend, et repose sa main. Il arrive parfois que

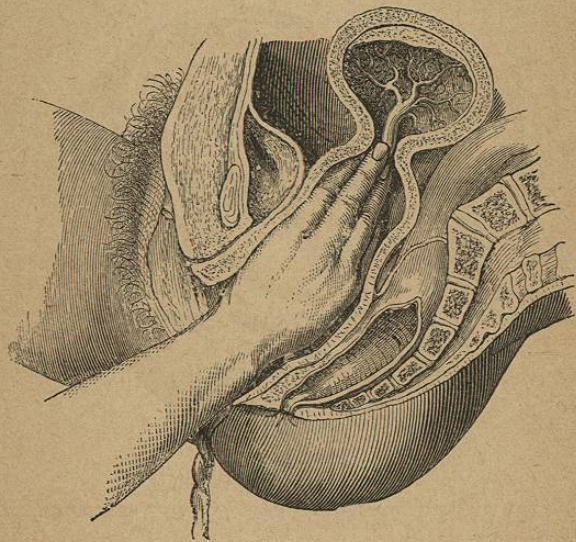


Fig. 93. — Délivrance artificielle. Enchatonnement du placenta. La main, en cône, suit la tige funiculaire et arrive jusqu'à l'anneau d'enchatonnement.

l'utérus présente une sorte d'étranglement un peu avant l'insertion placentaire, *enchatonnement incomplet*, que, vu sa fréquence, on ne peut considérer comme un accident de la délivrance; on y introduit les doigts, on les pousse doucement en les écartant, pour dilater le passage. Les doigts arrivés sur le bord du placenta s'insinuent entre sa surface adhérente et l'utérus, et, la paume dirigée vers le placenta, par de petits mouvements de reptation de l'extrémité des

doigts qui rasant la paroi utérine, on décolle le gâteau placentaire qu'on tient enfin tout entier dans la main; passant au delà et recourbant la main en cuillère on amène en bas l'arrière-faix.

Celui-ci sorti, on réintroduit la main *rapidement* (car l'utérus se referme), on administre une large injection intra-utérine, d'abord avec de l'eau bouillie puis avec une

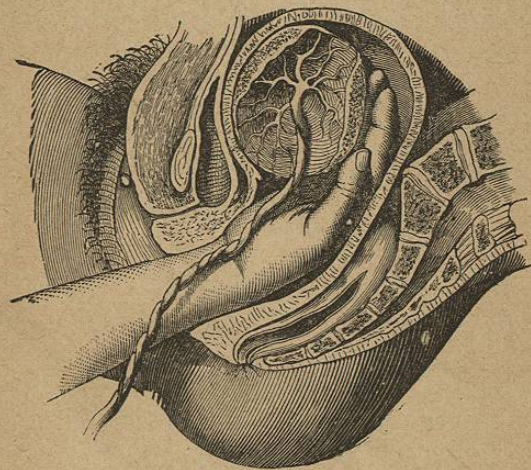


Fig. 94. — Délivrance artificielle. La main a décollé le placenta et recourbée en cuillère va ramener le placenta et les membranes au dehors.

solution antiseptique faible, complétée par le rinçage de la cavité de façon à ne laisser rien, ni caillots, ni membranes dans l'intérieur.

## CHAPITRE II

### VERSION

Pendant le cours de la grossesse ou au début du travail, l'on voit, parfois, le fœtus changer de présentation, se retourner par version spontanée. L'opération de la version

est l'imitation artificielle de cette mutation naturelle.

La version est une opération qui consiste à ramener au détroit supérieur, à l'aide de manœuvres manuelles, une partie fœtale qui ne s'y présente pas spontanément, dans le but de substituer à la présentation actuelle une présentation plus favorable à la bonne terminaison de l'accouchement.

Elle s'exécute de deux manières :

A l'extérieur : c'est la *version par manœuvres externes* ;

A l'intérieur : c'est la *version par manœuvres internes*.

L'on peut faire collaborer ces deux manœuvres et on a la *version mixte*.

#### I. — VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES

##### (Version céphalique).

La version par manœuvres externes est encore dite *céphalique*, parce qu'elle a pour but de ramener la tête au détroit supérieur.

Elle se pratique pour toutes les présentations de l'épaule et du siège reconnues avant le travail.

**Conditions nécessaires pour pratiquer cette version.** —

Il faut que le fœtus soit mobile — non encore très engagé — que l'utérus soit à l'état de repos ; cependant, tout au début du travail, quand les contractions sont encore très espacées on peut encore la tenter.

Quand il n'y a plus ou qu'il y a très peu de liquide amniotique — quand il y a plusieurs fœtus — lorsque l'utérus est mal conformé — la version par manœuvres externes est impossible.

**Manuel opératoire.** — La chloroformisation est inutile à moins d'indocilité toute particulière de la malade.

La paroi abdominale est relâchée par flexion des cuisses ; l'on fait respirer librement la malade la bouche ouverte, et l'opérateur se place à sa droite la regardant en face.

L'opération se compose de trois temps :

1° *Prendre le fœtus et le mobiliser.* — Il est des cas où ce temps est très facile, quand la partie n'est pas engagée.

Lorsque le siège encore mobile est cependant un peu descendu, amorcé dans le détroit supérieur, il faut d'abord plonger au-dessous avec les doigts et le soulever ; on peut se faire aider par le doigt d'un aide introduit dans le vagin et qui remonte la partie fœtale.

2° *Faire évoluer le fœtus.* — Pour cela, on place une main sur le pôle céphalique, l'autre sur le pôle pelvien ; sur la tête on applique la main de nom contraire au côté où elle se trouve ; ex. : tête à droite, main gauche, et *vice versa*. Ainsi placées les deux mains imprimeront au fœtus un mouvement analogue à celui qu'on imprime à un cercle qu'on veut faire tourner, la main céphalique donnant l'impulsion — poussant ou abaissant la tête suivant le cas — et la main pelvienne accentuant le mouvement. Le chemin à parcourir est naturellement plus long dans le cas de présentation pelvienne où le fœtus est retourné siège sur tête.

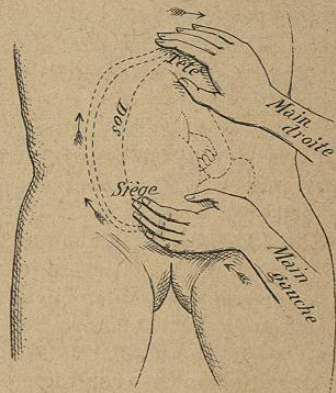


Fig. 95. — Version par manœuvres externes.

La main droite est appliquée sur la tête, à gauche, la main gauche sur le siège, et ces deux mains vont, l'une en abaissant l'extrémité céphalique, l'autre en repoussant et remontant l'extrémité pelvienne imprimer au fœtus un mouvement dont le sens est indiqué par les flèches.

Si on ne réussit pas du premier coup, on recommence deux, trois fois.

3° *Fixation.* — La version effectuée le fœtus a une tendance à reprendre sa position première : il faut le fixer. *Pendant la grossesse*, on se sert pour cela de la ceinture eutocique de Pinard munie de deux coussinets latéraux à air. On peut la remplacer en préparant deux gros tampons de ouate hydrophile (moins tassante que l'autre), larges comme la main et d'environ 25 centimètres de longueur, qu'on place l'un à droite, l'autre à gauche du fœtus

redressé, et on immobilise le tout à l'aide d'un bandage de corps en flanelle large de 80 centimètres faisant *deux fois* le tour du corps — cela tient mieux — et fortement serré et épinglé; on ajoutera des sous-cuisses. Il importe, de temps en temps, de vérifier si la présentation s'est maintenue. Il est des femmes qui ne peuvent supporter le bandage, et le fœtus reprend sa situation vicieuse. Il faut, sans se lasser, refaire aussi souvent qu'il y a déplacement la version par manœuvres externes.

*Pendant le travail, au début*, on fixe la version en rompant la poche des eaux.

**Difficultés de la version.** — La version peut être rendue difficile par l'épaississement de la paroi abdominale (ventre adipeux); par la sensibilité particulière du ventre : on peut alors donner du chloroforme; par la souplesse et la malléabilité extrêmes du fœtus, qui se plie, cède sous la pression et ne tourne pas.

**Pronostic.** — La version par manœuvres externes est une opération bénigne. Les accidents de ruptures ne sont pas à redouter lorsqu'on respecte les contre-indications fixées plus haut.

## II. — VERSION PAR MANŒUVRES INTERNES

### (Version pelvienne).

La version par manœuvres internes est encore appelée *version pelvienne* ou *podalique* parce qu'elle consiste à substituer la présentation pelvienne, mode des pieds, à la présentation initiale.

La version par manœuvres internes se pratique dans les présentations de l'épaule pendant le travail.

**Conditions nécessaires à sa possibilité.** — 1° Il faut que l'orifice du col soit complètement dilaté ou dilatable.

2° Il faut que le fœtus soit mobilisé ou mobilisable. Inutile de tenter la version lorsque la partie fœtale est trop engagée : ceci est de toute évidence lorsque le bras est sorti jusqu'à l'aisselle.

3° Il faut qu'il y ait encore dans l'utérus une certaine quantité de liquide. Plus il y a de liquide et en général plus le fœtus est mobile, d'où l'indication de perforer les membranes dès que la chose est possible, et de pénétrer immédiatement après dans l'utérus pour avoir le plus d'eau possible.

4° Il ne faut *jamais* faire la version quand l'utérus est contracturé sur le fœtus; on pourrait peut-être quelquefois, quoique rarement, réussir, mais en risquant d'amener une rupture de l'utérus.

**Soins préliminaires.** — On doit prévenir la famille du risque de l'opération — en termes mesurés, sans exagération — pour l'enfant et aussi pour la mère.

On se précautionne d'aides suffisamment nombreux et sûrs; leur nombre varie suivant qu'on opère le jour ou la nuit; trois au moins sont indispensables. Il est bon d'avoir un confrère ou une sage-femme.

On se munit de tout ce qui est nécessaire pour parer à une hémorragie, pour faire des lavages, ranimer l'enfant.

On met bas son habit, on s'aseptise jusqu'au-dessus des coudes. On ausculte l'enfant et s'il y a lieu on applique un lacs sur le bras qui pend.

Le plus souvent il est nécessaire d'anesthésier la femme. Celle-ci endormie est mise dans la position obstétricale. On vide ou mieux on fait vider la vessie, et on pratique ou fait pratiquer la toilette rapide du vagin et de la vulve.

Puis l'accoucheur établit le *diagnostic* le plus précis possible de la disposition du fœtus; **dos en avant, dos en arrière**, et dans chacune de ces variétés, s'il s'agit d'une présentation du tronc, *épaule droite ou épaule gauche*. Ceci est capital. On ne doit jamais commencer à manœuvrer sans cette constatation préalable méthodique et minutieuse : c'est d'après les résultats de cet examen qu'on choisit — la main à introduire — la voie à suivre, — le pied à saisir.

La version par manœuvres internes comporte trois temps :

- 1° Introduction de la main;
- 2° Saisie d'un pied;
- 3° Extraction.

Chacun de ces temps comporte des préceptes généraux et des préceptes particuliers, les plus importants.

**Préceptes généraux. Introduction de la main.** — Cette main doit être ointe de vaseline sur sa face dorsale et ses doigts seront ramassés en cône, formant fuseau. Lorsque la poche des eaux n'est pas rompue, on attend qu'il se produise une contraction; alors on perce la poche et immédiatement on introduit la main pour aveugler la voie d'eau. Si pendant l'introduction il survenait une contraction, la main serait

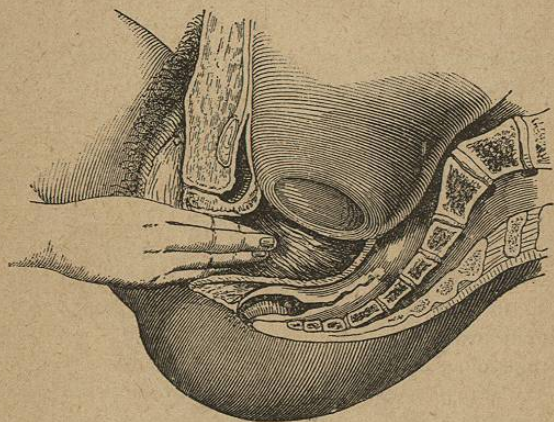


Fig. 96. — Version par manœuvres internes.  
La main, les doigts réunis en cône ou en fuseau, est introduite dans le vagin et va pénétrer dans le col dilaté.

placée à plat — tapie — sur le fœtus, et maintenue appliquée jusqu'à ce que la contraction ait cessé. La main introduite repousse la partie fœtale qui se présente et passe, soit en avant, soit en arrière du fœtus (suivant qu'il s'agit d'une dorso-postér. ou antér.), et remonte *jusqu'au fond de l'utérus*. L'autre main, placée sur le fond de l'utérus, le soutient.

**Saisie d'un pied.** — La main cherche à saisir *un* pied, *un seul*, dont le choix est variable suivant les cas. Aussi ce deuxième temps se compose-t-il de deux temps secondai-

res : premièrement, recherche d'*un* pied et diagnostic du pied touché (1) droit ou gauche, qu'on fait d'après l'image mentale qu'évoquent la direction du talon et la situation du gros orteil; — secondement, saisie du pied accroché entre l'index et le médius au-dessus des malléoles. La saisie de deux pieds doit être exceptionnelle : on place alors le médius

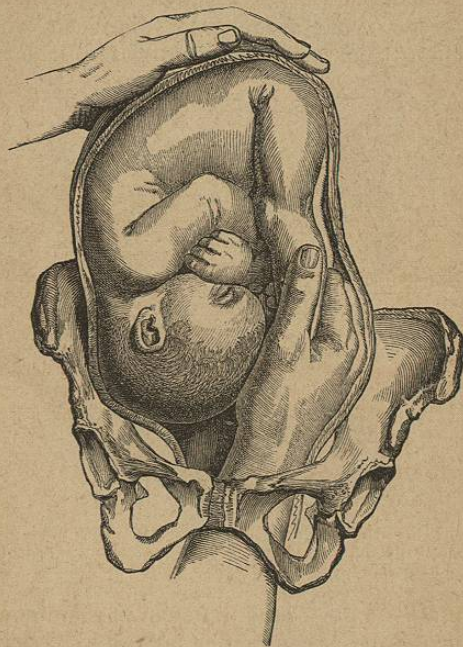


Fig. 97. — Evolution et extraction du fœtus.  
Sur la figure, la main a saisi les deux pieds, et, en s'en servant, essaie de faire évoluer le fœtus; la main placée sur l'abdomen, favorise de son mieux le mouvement.

entre les deux petits membres et on agrippe les malléoles

(1) On recommande souvent de saisir les deux pieds, la saisie d'un seul pied étant un procédé de nécessité : nous renversons la proposition. Kilian a fait remarquer que la saisie d'un seul pied avait sur la saisie des deux pieds cet avantage que la pré-

externes, d'un côté avec l'index, de l'autre avec le médus.

*Extraction.* — Le troisième temps peut encore être doublé.

1° Le pied saisi, on tire dessus pour faire évoluer le fœtus, pour lui faire faire la culbute : cette mutation doit s'opérer dans l'*intervalle* des contractions.

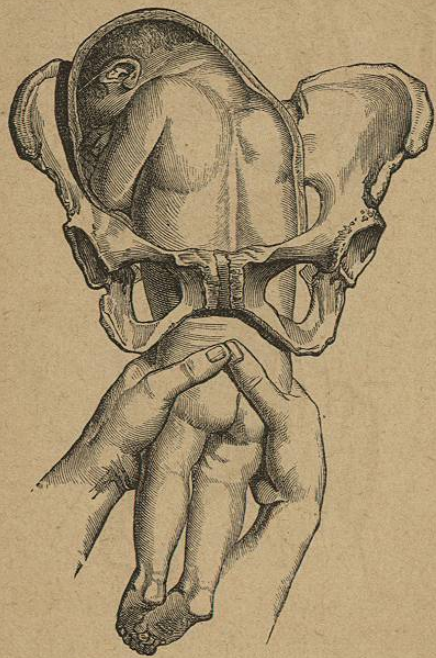


Fig. 98. — Extraction du fœtus.

Les deux membres inférieurs dégagés, l'accoucheur saisit chacune des cuisses dans la main homonyme, le pouce sur la fesse et les quatre derniers doigts placés dans le pli inguinal.

sentation du siège grossie de la cuisse restée relevée, dilate davantage le canal génital et prépare les voies pour l'expulsion facile du tronc et de la tête.

La saisie d'un seul pied — procédé de choix — est la conduite préconisée par Farabeuf-Varnier.

2° L'évolution accomplie, commence alors la véritable extraction; on choisit ici pour faire avancer la partie fœtale, le *moment* des contractions. Arrivé à ce temps on cesse la chloroformisation.

On tire le pied en bas et en arrière en favorisant sa



Fig. 99. — Protection du cordon.

Dès que le cordon apparaît, on va à sa recherche et on attire une anse.

bonne évolution (voir cas particuliers); on tire simplement, par tension surtout, jusqu'à ce que la hanche antérieure apparaisse sous l'arcade pubienne. Alors on enveloppe le membre d'un linge chaud, on fait une prise plus élevée, en embrassant le mollet de la main, puis on tire un peu horizontalement pour engager la hanche postérieure dans le

détroit inférieur; on relève un peu la traction, à mesure que la progression se fait, et, lorsque le grand trochanter postérieur arrive à la fourchette, on tire presque verticalement en l'air. L'on facilite le dégagement du membre postérieur en introduisant un doigt en crochet dans le pli

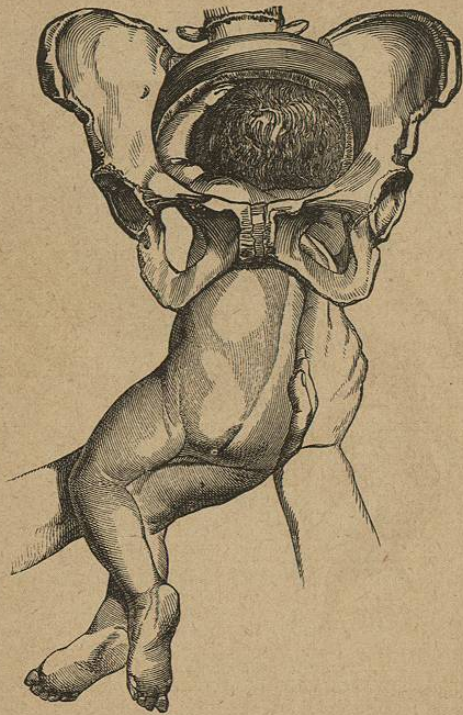


Fig. 100. — Abaissement des bras relevés.

Les bras s'étant relevés, tandis que la main gauche soutient l'enfant, la main droite va abaisser le bras postérieur d'abord, puis l'antérieur.

de l'aîne : en pressant fortement à ce niveau on rabat la cuisse et la jambe.

L'on saisit alors, avec chaque main homonyme, les

cuisse de l'enfant, le pouce sur la fesse et les quatre derniers doigts placés dans le pli inguinal, sans appuyer sur le ventre.

On fait une anse au cordon dès qu'il apparaît à la vulve. Le fœtus ainsi saisi, on l'amène le dos en avant. Le bras,



Fig. 101. — Manœuvre de Mauriceau.

Le fœtus est à cheval sur l'avant-bras droit et l'index, et le médius de la main droite accrochent le maxillaire inférieur; l'index et le médius gauches en fourche appuient sur les épaules. On tire en bas pour engager la nuque sous la symphyse, puis la main droite, tirant sur le maxillaire, relève le corps du fœtus.

non procident, ou les deux bras, dans le cas où la version a été pratiquée préventivement, se dégagent en général avec le tronc, surtout lorsque l'expulsion s'est faite presque spontanément sous l'effort des contractions utérines l'accou-

cheur se bornant à diriger la sortie de la partie fœtale. Sinon on va à leur recherche pour les abaisser.

Il ne reste plus que la tête, qu'on extrait par la manœuvre de Mauriceau.

**Règles particulières (essentielle).** *Dos en avant.* — On introduit la main et on saisit le pied de même nom

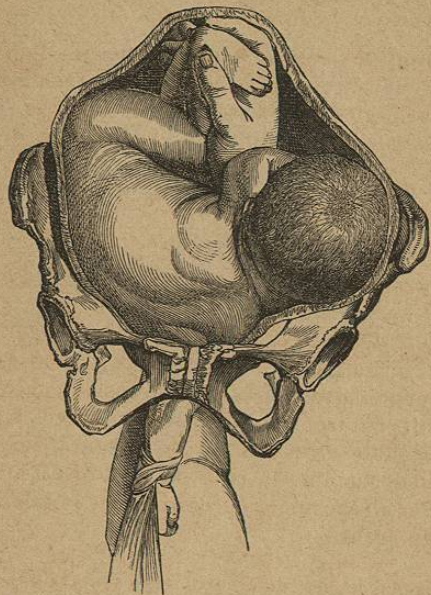


Fig. 102. — Version dans une Ep. d. dos en avant.

Un lac est appliqué sur l'avant-bras droit en procubitus. L'avant-bras droit de l'accoucheur a passé en arrière du fœtus, et sa main droite au fond de l'utérus saisit le pied antérieur, le gauche.

que le côté de la présentation (pied postéro-infér.). La main passe en **arrière** du fœtus.

Ex. : Ep. d. { Introduction de la main *droite*.  
Dos avant. { Saisie du pied droit.

*Dos en arrière.* — Le choix de la main, par suite des

difficultés d'introduction dues à la *barre* de la symphyse, est plus important encore que dans le cas précédent. On introduit la main et on saisit le pied de *nom opposé* (pied antéro-infér. appartenant à la fesse la plus élevée) au côté de la présentation.

La main passe **en avant** du fœtus.

Ex. : Ep. g. { Introduction de la main droite.  
Dos arrière. { Saisie du pied droit (1).

**Version dans les cas de Sommet (fléchi, défléchi).** — Elle est en général remplacée par une intervention instrumentale. Les règles sont assez simples. On se sert de la main *homonyme* de l'orientation, gauche ou droite, de l'occiput.

Ex. : O. g. = main gauche.

#### Cas particuliers.

I. *On ne reconnaît pas le bon pied* : dans ce cas on saisit les deux.

II. *Par suite d'une erreur on a abaissé le mauvais pied.* — Il faut alors, en saisissant le membre par la cuisse à pleine main, essayer de faire exécuter au fœtus un mouvement de retournement pour transformer ce mauvais pied en bon pied.

Le sens de cette direction est le suivant : on dirige le sens du retournement du côté du gros orteil du membre saisi, de façon à reporter progressivement le talon, qui est en arrière en avant.

(1) Les raisons de ces différentes règles ne sauraient trouver place ici. Leur théorie en a été magistralement établie dans l'Introduction à l'*Étude clinique et pratique des accouchements*, de Farabeuf et Varnier. Nous dirons seulement qu'elles ont pour but : 1° d'empêcher la descente du sacrum fœtal opposé au promontoire (position sacro-sacrée) qui aurait comme corollaire de reporter l'occiput en arrière et le menton en avant, mauvaises conditions pour l'évolution de sortie de l'extrémité céphalique ; 2° dans le cas de saisie d'un pied de porter le crochet formé par la cuisse relevée contre le rebord du détroit supérieur et du pubis ; c'est pour obvier à ce dernier inconvénient que l'on opère le retournement ; 3° enfin, elles ont été démontrées comme facilitant le mieux l'évolution totale de l'extraction.



Si l'on éprouve quelques difficultés à opérer ce retournement, on met un lacs sur le membre inférieur attiré et on va à la recherche du second pied.

**Obstacles à la version.** — Ils peuvent se présenter :  
 Au moment de l'introduction de la main, — premier temps;  
 Au moment de la saisie, — deuxième temps;  
 Au moment de l'extraction, — troisième temps.

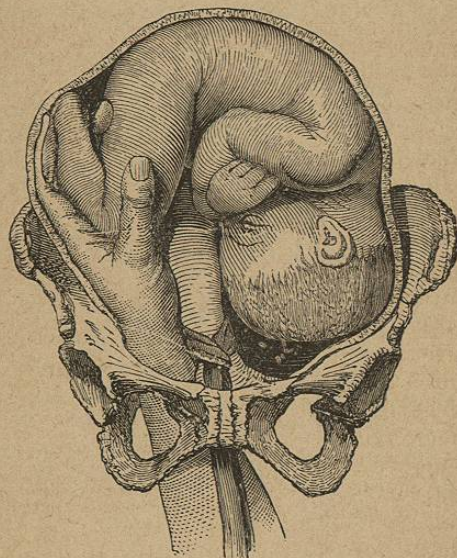


Fig. 103. — Recherche du second pied.  
 On a abaissé le mauvais pied, pied postérieur. On a appliqué un lacs sur ce pied et la main va abaisser le second pied.

#### Premier temps.

*Etroitesse des voies vulvo-vaginales* (atrésie, non-dilatation, œdème, tumeurs vulvaires). Avec de la patience, beaucoup de vaseline, on en vient à bout.

*Sténose du col.* — Si elle est due à la contracture du col, on l'anesthésiera localement et on fera la dilatation

avec le dilatateur Tarnier, ou bien on aura recours à l'anesthésie générale. Si le col ne se dilate pas, on le dilatera artificiellement (ballon Tarnier). Il est des cas rares où la dilatation est impossible à obtenir et alors on est parfois obligé d'avoir recours à la section abdominale si l'enfant est vivant.

*Une insertion vicieuse du placenta vient obstruer.* — Il faut décoller le placenta pour passer : aller très vite pour éviter la mort du fœtus et les hémorragies.

*Contracture utérine.*  
 — Modérée, elle fatigue la main, qui doit s'arrêter, prendre du temps. La main ensermée et épuisée peut arriver à être incapable d'action; il faut la retirer, la faire reposer et réintroduire. Plus accentuée, le fœtus bouge difficilement : agir avec une extrême prudence, doucement, lentement, en décollant, pour ainsi dire, l'utérus des parties fœtales : craindre la rupture utérine. Dans le cas de tétanisation, renoncer.

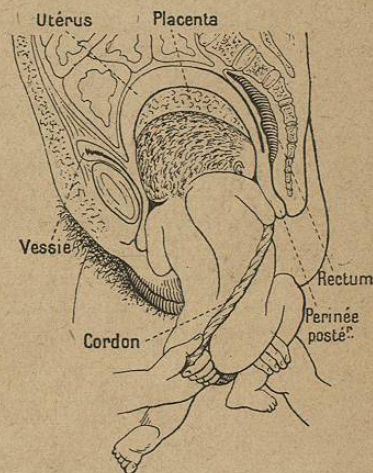


Fig. 104. — Le fœtus à cheval sur une anse de cordon l'a entraînée devant lui. On dégage le cordon.

#### Deuxième temps.

*Mobilité de l'utérus, mobilité du fœtus :* on les fait fixer par un aide.

*Immobilité fœtale.* — Au contraire, le fœtus est difficile à faire mouvoir : cela peut tenir à la tétanie utérine; alors il faut s'abstenir. Mais parfois, en dehors de cette condition, le fœtus ne bouge pas; on parvient, dans certains

cas, à le mobiliser en changeant l'attitude de la femme en la mettant dans la position genu-pectorale.

*On n'atteint aucun pied.* — On saisit alors le membre inférieur en mettant un doigt en crochet dans le creux poplité et on fait évoluer le fœtus.

#### Troisième temps.

*Fœtus à cheval sur le cordon.* — On dégage le cordon ; si cela est impossible, on applique deux pinces, on coupe entre les deux et on termine rapidement.

*Tête retenue.* — La tête peut ne pas vouloir venir et être retenue au détroit supérieur : on fera la manœuvre de la tête dernière.

Le cou peut être étranglé par le col : le fœtus est en danger, il faut que, rapidement, l'accoucheur mettant l'enfant à cheval sur son avant-bras droit, introduise deux doigts dans la bouche du fœtus, fléchisse la tête comme pour la manœuvre de Mauriceau, tandis que du bout des doigts de l'autre main il tâche de repousser le col et de le faire sauter par-dessus l'extrémité céphalique.

### III. — VERSION MIXTE BIPOLAIRE OU DE BRANTON-HICKS

La version bipolaire présente ceci de spécial, c'est qu'elle permet *dans le cas où la dilatation est incomplète ou insuffisante* de corriger une présentation vicieuse.

Elle consiste 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, tandis que 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 (tête ou siège) la version est *céphalique* ou *podalique*.

*Version céphalique.* — La version céphalique est applicable : 1° aux présentations de l'épaule ; 2° à la présentation de la face ; 3° à la présentation du siège.

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 membranes 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.

Pour transformer la face ou le front en sommet, on exerce une pression sur les fosses canines de la face ou sur le front en même temps qu'avec la main externe 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. Quand 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.

*Version podalique.* — La version podalique est indiquée : 1° dans les présentations de l'épaule, quand la tête est ramenée difficilement en bas ; 2° dans le placenta prævia où elle rend de grands services ; 3° lorsqu'un accident grave survient, la dilatation n'étant pas complète.

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 et suit le mouvement au fur et 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 bien on tâche de saisir ou d'abaisser un pied. Quand le pied est ainsi amené au niveau du col, on attend, et on se comporte comme s'il s'agissait d'une présentation primitive du siège ; quelques accoucheurs y joignent de légères tractions.