

gie urétrale d'homme, — dont l'introduction, à mon avis, est considérablement facilitée par l'anesthésie, qui permet de faire pénétrer une bonne partie de la main dans le vagin. De cette façon, elle sera glissée très-aisément et sans aucun danger de lésion pour l'utérus. Les membranes peuvent être rompues dans cette manœuvre, mais c'est un accident qu'on ne peut pas toujours éviter, même en prenant le plus grand soin. Toutefois cette rupture peut à peine être considérée comme un accident, parce que, lorsqu'on la fait, c'est toujours à une certaine distance de l'orifice, et il ne s'écoule qu'une petite portion du liquide amniotique. Il y a toujours avantage à laisser les douleurs se produire graduellement comme dans le travail naturel. Par conséquent, si, la bougie ayant été introduite et laissée en place pendant un temps suffisant, les contractions utérines se déclarent avec une certaine force, on peut laisser les choses marcher naturellement; si les contractions sont relativement faibles, on pourra en accélérer les effets par le procédé de Barnes, la dilatation du col par les sacs hydrostatiques, puis la ponction des membranes. Nous pouvons ainsi surveiller la marche du travail; et je crois que cette méthode est préférable à toutes les autres, comme la plus simple, la plus sûre pour provoquer le travail, et une de celles qui imitent le plus fidèlement les procédés de la nature.

L'enfant n'étant pas à terme est très-délicat.

On n'oubliera pas que l'enfant n'étant pas à terme exige beaucoup plus de soins pour être conservé à la vie. Il est donc bon d'avoir sous la main tout ce qui est nécessaire pour le ranimer; et, comme la mère peut être incapable de l'élever, c'est une sage précaution de songer à se procurer immédiatement une nourrice robuste.

CHAPITRE II

DE LA VERSION

La *version*, c'est-à-dire le moyen de modifier la présentation du fœtus et de substituer une région à une autre, est l'une des opérations les plus importantes de l'obstétrique, et doit être étudiée avec le plus grand soin. C'est aussi une des plus anciennes, et il est évident qu'elle était connue des médecins grecs et romains. Jusqu'au xv^e siècle, on pratiquait presque exclusivement la version céphalique, celle par laquelle la tête du fœtus est ramenée à l'orifice utérin, quand Paré et son élève Guillemeau enseignèrent à ramener les pieds au détroit supérieur. C'est surtout ce dernier accoucheur qui détermina d'une façon précise les différents temps de l'opération, et les Français ont incontestablement le mérite tout à la fois de l'avoir amenée à un haut degré de perfection, et d'avoir spécifié les indications qui en exigent l'emploi. Certes, elle était alors beaucoup plus fréquemment pratiquée que de nos jours, parce qu'on ne connaissait aucun autre procédé d'accouchement artificiel qui conservât la vie de l'enfant, et les accoucheurs qui avaient acquis une grande habileté à s'en servir étaient tentés d'en exagérer l'importance et d'en faire un usage immodéré. Après l'invention du forceps, on tomba dans l'excès contraire : on abandonna la version dans bien des cas où elle eût dû être faite, et pour lesquels on est revenu à son emploi dans ces dernières années seulement.

Historique de l'opération.

Version céphalique.

Depuis les écrits de Paré, la version céphalique a été recommandée et pratiquée de temps en temps; mais on éprouvait tant de difficultés à la bien faire, qu'elle n'était jamais devenue une opération courante. Le D^r Braxton Hicks a perfectionné une méthode qui permet de l'accomplir avec facilité et certitude, et en légitime l'emploi dans certaines circonstances. C'est à lui que nous devons de pouvoir pratiquer la version sans introduire la main tout entière dans la cavité utérine, par un procédé qui, dans les cas favorables, rend non seulement l'opération facile, mais lui enlève ses plus grands dangers.

Version par manœuvres internes et externes.

La possibilité de faire la version par des manœuvres externes était connue depuis longtemps, et le D^r John Pechey¹ la pratiquait et la recommandait déjà en 1698. Depuis cette époque, elle a été chaudement conseillée par Wigand et ses successeurs; et, en Angleterre, plusieurs auteurs, notamment sir James Simpson, ont reconnu l'avantage de recourir aux manœuvres externes pour aider la main introduite dans l'utérus. Mais c'est incontestablement au D^r Hicks que revient le mérite d'avoir le premier distinctement démontré qu'on peut faire la version complète par des manœuvres internes et externes combinées, d'en avoir défini les règles pratiques, et d'avoir popularisé ainsi un des plus grands progrès de l'obstétrique moderne.

But et nature de l'opération.

Le succès de l'opération dépend tout à fait de la mobilité absolue de l'enfant dans l'utérus et de la possibilité de changer artificiellement et facilement sa position. Tant que les membranes ne sont pas rompues et que le fœtus flotte librement dans le liquide qui l'enveloppe, il est soumis à des changements constants de position, ce dont on peut aisément s'assurer dans les derniers mois de la grossesse; dans ces circonstances, l'opération se fait avec la plus grande facilité. En général, peu de temps après l'écoulement du liquide amniotique, on n'éprouve pas de grandes difficultés encore; mais, dès que le fœtus ne flotte plus dans le liquide, on ne peut pas essayer de le faire évoluer sans quelques risques de lésion pour l'utérus. Si

1. *The complete Midwife's Practice*, p. 142.

le liquide amniotique est écoulé depuis longtemps, et le tissu musculaire de l'utérus fortement rétracté, le fœtus peut être assez immobilisé pour qu'on éprouve les plus grandes difficultés dans une tentative pour le faire mouvoir; souvent, on n'y arrive pas, ou bien on expose les organes de la mère à des risques tout à fait injustifiables.

On peut avoir besoin de recourir à la version en faveur de la mère seule ou de l'enfant seul; elle est encore indiquée lorsque tous les deux sont en danger, avec nécessité d'un accouchement immédiat. Les circonstances principales qui en exigent l'application sont les présentations transversales, où elle est absolument essentielle, une hémorrhagie accidentelle ou inévitable, certaines angusties pelviennes, et quelques complications, entre autres le prolapsus du cordon. Les indications spéciales de l'opération ont été discutées à mesure que nous avons étudié ces accidents.

Nous ne saurions avoir une grande confiance dans les statistiques qui nous donnent les risques probables de l'opération. Prenant tous les cas en bloc, le D^r Churchill estime la mortalité maternelle à 1 sur 16, et la mortalité infantile à 1 sur 3. Mais on peut opposer à ce calcul, comme à tous les autres, l'objection suivante: c'est qu'il ne fait aucune distinction entre les résultats de l'opération elle-même et les causes qui ont nécessité l'intervention. Cependant on voit que l'opération n'est pas exempte de dangers sérieux, et qu'on ne doit pas l'entreprendre sans réflexion. Nous signalerons les principaux dangers à mesure que nous les rencontrerons; il me suffira de dire maintenant que ceux auxquels la mère est exposée varient beaucoup selon la période pendant laquelle on opère. Si la version est faite de bonne heure, avant la rupture des membranes, ou, dans les circonstances favorables, sans introduction de la main dans la cavité utérine, les risques sont naturellement beaucoup moindres que ceux de l'opération tentée dans ces cas formidables où les eaux se sont écoulées depuis longtemps, et où la main et le bras sont introduits dans un utérus irritable et ré-

Cas où l'opération est praticable.

Danger de l'opération.

tracté. Mais, même dans les circonstances les plus défavorables, les accidents peuvent être évités, si l'opérateur se pénètre toujours de cette pensée que le plus grand danger consiste dans la déchirure de l'utérus ou du vagin par l'emploi d'une force immodérée, ou dans l'introduction de la main et du bras suivant un axe qui n'est pas celui du bassin. Il n'y a pas d'opération qui exige plus de douceur, de modération, de présence d'esprit absolue. Quelquefois la terminaison fatale est amenée par la secousse nerveuse, l'épuisement, ou des complications consécutives. En ce qui concerne l'enfant, la mortalité est à peine un peu plus élevée que dans les présentations du siège ou des pieds. Et certes il n'y a aucune raison pour qu'elle soit plus grande; en effet, lorsqu'on a amené les pieds à l'orifice par la version, la présentation est virtuellement réduite en une présentation des pieds, et, si la version a été faite assez tôt, elle n'ajoute aucun risque matériel à ceux que court l'enfant.

Version par
manœuvres externes.

La possibilité de faire la *version par manœuvres externes* a été admise par différents auteurs et a fait le sujet d'une excellente thèse de Wigand, qui a décrit avec précision la manière d'opérer. En dépit des avantages manifestes de ce procédé et de l'extrême facilité avec laquelle il peut être mis en pratique dans certains cas, on n'a pas pris l'habitude d'y avoir recours, et probablement beaucoup d'accoucheurs ne l'ont jamais essayé, même dans les conditions les plus favorables. La réussite de l'opération est basée sur l'extrême mobilité du fœtus avant la rupture des membranes. Après l'écoulement des eaux, les parois utérines sont appliquées plus ou moins intimement sur l'enfant, et la version ne peut plus être faite aisément par cette méthode¹.

Cas dans lesquels
l'opération est possible.

On peut donc établir comme règle que la version par ma-

1. J'ai déjà signalé (page 134), à propos de l'accommodation du fœtus dans la cavité utérine, le *Traité du palper abdominal*, par le Dr Pinard. Dans la troisième partie de ce traité, exclusivement consacrée à l'étude « de la version par manœuvres externes », on trouvera l'exposé complet des indications de ce procédé, du manuel opératoire, et un grand nombre d'observations d'une haute valeur pratique. (Trad.)

nœuvres externes ne doit être tentée que lorsque la présentation anormale du fœtus est reconnue avant le commencement du travail, ou tout au moins pendant le premier stade, avant que les membranes soient rompues. Elle n'est également praticable que dans les présentations transversales, car il ne faut pas songer à obtenir une évolution complète du fœtus, mais seulement une substitution de la tête aux extrémités supérieures. Son utilité est nulle quand un accouchement rapide est indiqué, car, après avoir amené la tête au détroit supérieur, on doit laisser la terminaison de l'accouchement à la nature.

La manière de faire le diagnostic de la présentation par le palper a déjà été décrite (p. 131), et le succès de l'opération dépend de notre habileté à diagnostiquer la situation de la tête et du siège à travers les parois utérines. Si le travail a commencé et que l'orifice soit ouvert, la présentation transversale peut aussi être reconnue par le toucher vaginal. Lorsqu'on a découvert la présentation anormale avant que le travail se soit déclaré, il est assez facile, dans la plupart des cas, de la modifier et de replacer le fœtus dans l'axe longitudinal de la cavité utérine; mais il est rare qu'elle soit reconnue avant le début du travail, ou bien, si elle l'a été et qu'on l'ait rectifiée, l'enfant est enclin à reprendre très-vite la situation vicieuse qu'il occupait auparavant. En tout cas, on ne doit pas hésiter à faire un essai, l'opération elle-même n'étant nullement douloureuse, et absolument sans danger pour la mère et l'enfant. Lorsque la présentation transversale est reconnue au début du travail, je crois qu'il est d'une bonne pratique d'essayer de la modifier par des manœuvres externes, et, si l'on échoue, de procéder ensuite par une méthode plus sûre. L'opération est excessivement simple. La femme est placée sur le dos, et la position du fœtus reconnue par le palper, aussi soigneusement que possible, comme nous l'avons déjà indiqué. La paume des mains étant alors appliquée sur les pôles opposés du fœtus, par une série de petits mouvements de glissement, la tête est poussée vers le

Méthode opératoire.

détroit supérieur, tandis que le siège est conduit dans une direction opposée. Ceux qui n'ont jamais essayé l'opération ne peuvent pas s'imaginer combien il est facile, dans certains cas, de faire exécuter ces mouvements au fœtus. Aussitôt que l'évolution est obtenue, les grands diamètres du fœtus et de l'utérus se confondent, et le toucher nous indique que ce n'est plus l'épaule qui se présente, mais que la tête est au détroit supérieur. Si l'orifice est suffisamment dilaté et le travail avancé, les membranes devront alors être ponctionnées, et le fœtus sera maintenu dans sa nouvelle situation pendant un instant par compression externe, jusqu'à ce que la présentation céphalique soit solidement établie. Si le travail n'a pas commencé, on peut essayer d'immobiliser le fœtus avec des coussins et un bandage, un coussin placé sur l'un des côtés de l'utérus, où était le siège, l'autre du côté opposé, où se trouvait la tête.

Version céphalique.

La *version céphalique* ordinaire, à cause des difficultés que présente sa réussite, n'a presque jamais été tentée, et tous les auteurs, sauf quelques accoucheurs modernes, en ont condamné l'emploi. Cependant cette opération offre d'incontestables avantages dans les présentations transversales, lorsqu'il n'est pas nécessaire d'obtenir une délivrance rapide et qu'on a en vue seulement la rectification d'une position vicieuse; en effet, si elle réussit, on soustrait l'enfant aux risques que lui fait subir son évolution par les pieds à travers le bassin. Les objections à la version céphalique sont basées uniquement sur les difficultés de l'opération; et, sans aucun doute, chercher, saisir, puis fixer la tête glissante dans le détroit supérieur, ne saurait être une chose facile, même dans les circonstances les plus favorables, sans parler des risques auxquels on doit exposer la mère. Velpeau, qui conseilla fortement l'opération, était d'avis qu'on devait la réussir plus aisément en repoussant en haut la partie qui se présente qu'en saisissant la tête pour la faire descendre. Wigand a indiqué clairement qu'on pouvait amener la tête dans une bonne position par manœuvres

externes, en s'aidant des doigts d'une main introduits dans le vagin. Le Dr Hicks a tracé les règles de cette manœuvre, qui rend la version céphalique facile à faire dans des conditions favorables; son application est limitée à quelques cas seulement, et je ne doute pas qu'elle soit adoptée comme mode de traitement des positions vicieuses. Toutefois, les cas où l'on peut l'entreprendre seront toujours limités, parce que, de même que pour la version par manœuvres externes seules, il est nécessaire que les membranes soient encore intactes, ou au moins que le liquide amniotique ne soit écoulé que depuis peu de temps, que l'enfant soit absolument mobile dans le grand bassin, et qu'on ne soit pas obligé de terminer vite l'accouchement. Le Dr Hicks ne croit pas que la procidence du bras soit une contre-indication, et il conseille de le replacer soigneusement dans l'utérus. Mais, lorsque cette procidence existe, le thorax est tellement descendu dans l'excavation, qu'il n'est ni prudent ni facile de le remonter, à moins de circonstances éminemment favorables, et la version podalique est nécessaire.

Son application est limitée à certains cas.

Il est impossible de décrire la version céphalique avec plus de concision et de clarté qu'en citant les paroles du Dr Hicks. « Introduire, dit-il, la main gauche dans le vagin, comme pour la version podalique; placer la main droite sur la paroi abdominale, afin de reconnaître la position du fœtus et la direction de la tête et des pieds. Si, par exemple, l'épaule se présente, la pousser avec un ou deux doigts dans la direction des pieds. En même temps, avec l'autre main, exercer une pression sur l'extrémité céphalique de l'enfant. Cette pression conduira la tête en bas vers l'orifice; recevoir alors la tête sur l'extrémité des doigts qui sont à l'intérieur. La tête jouera comme une balle entre les deux mains, elle leur obéira et pourra être placée dans presque toutes les positions qu'on voudra lui donner. Laisser alors la tête reposer sur l'orifice, en ayant soin de rectifier toute tendance à une présentation de la face. Si le siège ne s'élève pas facilement vers le fond de l'utérus après que la tête a été appliquée sur l'orifice, il est bon de retirer la main

Méthode opératoire.

du vagin et de l'appliquer sur le siège pour le remonter extérieurement. La main qui retient doucement la tête à travers la paroi abdominale restera dans la même position pendant quelque temps, jusqu'à ce que les douleurs aient consolidé l'enfant dans sa nouvelle présentation, et l'adaptation des parois utérines à leur nouvelle forme. Si les membranes sont intactes, il est utile de les rompre aussitôt que la tête est sur l'orifice utérin; pendant que les eaux s'écoulent, et après, la tête conserve aisément sa position normale. »

Ce procédé ainsi décrit est si simple et prend si peu de temps qu'on ne peut lui faire aucune objection. Si nous échouons dans notre essai, nous ne serons pas dans une situation plus fâcheuse pour faire l'accouchement par la version podalique, qui peut être exécutée sans retirer la main du vagin, ni changer la position de la femme.

Version podalique.

Le procédé opératoire de la *version podalique* varie selon la nature de chaque cas particulier. Lorsqu'on décrit l'opération, on distingue généralement les cas en deux classes : ceux où les circonstances sont favorables, et les manœuvres faciles, et ceux qui comportent des difficultés considérables avec des risques pour la mère. Cette division est éminemment pratique, parce que rien n'est plus variable que les conditions dans lesquelles on entreprend la version. Avant de décrire les temps de l'opération, j'appellerai l'attention sur quelques conditions générales, applicables à tous les cas indistinctement.

Position de la femme.

En Angleterre, la femme est ordinairement placée sur le côté gauche. Sur le Continent et en Amérique, elle se couche sur le dos, les jambes maintenues écartées par des aides, comme pour la lithotomie. La première position est préférable, non seulement parce que c'est la coutume, et qu'elle expose la femme à moins d'ennui et de confusion, mais aussi parce qu'elle permet à l'opérateur de se servir plus librement de ses deux mains. Dans certains cas difficiles, lorsque le liquide amniotique s'est écoulé et que le dos de l'enfant est tourné vers le rachis de la mère, le décubitus dorsal présente quelques avantages, en per-

mettant à la main de passer plus facilement sur le tronc du fœtus; mais les conditions semblables sont relativement rares. La femme sera mise sur l'un des côtés de son lit, couchée en travers, les fesses faisant saillie et parallèles au bord, les genoux fléchis vers l'abdomen et écartés l'un de l'autre par un coussin ou par un aide. On aura aussi des aides pour tenir la femme, si cela est nécessaire, et empêcher son éloignement involontaire de l'opérateur, ce qui pourrait gêner ses mouvements et déterminer de graves lésions.

L'emploi des anesthésiques est particulièrement avantageux. Rien ne facilite l'opération autant que le sommeil de la femme et l'absence de fortes contractions utérines. Lorsque le vagin est très-irritable et l'utérus fortement rétracté autour du corps de l'enfant, l'anesthésie complète peut nous permettre d'effectuer la version, qui autrement serait certainement impossible.

Administration des anesthésiques.

Le moment le plus favorable pour opérer, c'est lorsque l'orifice est complètement dilaté, avant, ou immédiatement après la rupture des membranes, et l'écoulement du liquide amniotique. On ne saurait trop exagérer l'avantage qu'il y a à opérer avant que les eaux soient écoulées; on peut, en effet, faire évoluer l'enfant avec la plus grande facilité au milieu du liquide dans lequel il flotte. Pour l'opération ordinaire, avec introduction de la main dans l'utérus, il est essentiel d'attendre que l'orifice présente une dimension suffisante pour admettre la main avec sécurité : c'est en général lorsqu'il a atteint quatre centimètres de diamètre, surtout s'il est mou et extensible.

Période à laquelle l'opération doit être commencée.

Il existe des divergences considérables au sujet de la main qui doit opérer. Quelques accoucheurs emploient toujours la main droite, d'autres la main gauche, et quelques autres tantôt la droite, tantôt la gauche, selon la position de l'enfant. Les praticiens qui opèrent de la main droite disent qu'ils s'en servent plus facilement et qu'ils peuvent déployer plus de douceur et de délicatesse. Dans les présentations transversales, dos en arrière, on dit que la main droite est préférable et qu'elle passe plus aisément devant l'abdomen de l'enfant; dans

Choix de la main.

Corbu

les cas difficiles, lorsque la femme est couchée sur le dos, elle peut certainement être employée avec plus de précision que la gauche. Mais, dans tous les cas ordinaires, la main gauche est introduite avec beaucoup plus de facilité dans l'axe du canal; le dos de la main s'adapte de lui-même à la concavité du sacrum, et même, lorsque le ventre du fœtus est en avant, elle peut être passée sans difficulté par-dessus lui pour saisir les pieds. Ces avantages sont suffisants pour la recommander, et, avec un peu de pratique, l'accoucheur s'en servira aussi librement que de la droite. Si, en outre, nous nous rappelons que nous avons besoin de la main droite pour agir sur le fœtus à travers les parois abdominales, — et c'est un point qu'il ne faut jamais oublier, — ce sont là des motifs suffisants pour dire qu'en règle générale on doit se servir de la main gauche. Avant d'introduire la main et le bras, il faut les huiler largement, excepté la paume de la main, qui saisira plus solidement les membres fœtaux si elle n'est pas glissante. Il est bon d'enlever son vêtement et de se découvrir le bras jusqu'au coude.

Comme il est de règle d'avoir recours au procédé le plus simple lorsqu'il est praticable, je crois qu'il est bon, en décrivant la version podalique, de considérer d'abord la méthode par manœuvres externes et internes combinées, sans introduction de la main dans l'utérus, et ensuite la méthode qui nécessite l'introduction de la main.

Version par manœuvres externes et internes combinées.

Pour faire la version podalique par la méthode combinée, il faut préalablement reconnaître la position du fœtus aussi exactement que possible. En général, dans une présentation transversale, le palper nous indique facilement le siège et la tête; dans les présentations du sommet, nous savons à l'aide des fontanelles vers quel côté du bassin est tournée la face. La main gauche est alors introduite avec douceur dans le vagin, suivant l'axe de ce canal, dans une étendue suffisante pour permettre aux doigts d'entrer librement dans le col. Il n'est pas nécessaire, pour y arriver, d'engager la main tout entière; trois ou quatre doigts suffisent.

Motifs qui recommandent l'emploi de la main gauche.

Si le sommet est en position occipito-iliaque gauche, antérieure ou postérieure, on le repousse en haut et à gauche, tandis que l'autre main, appliquée sur la paroi abdominale, abaisse le siège vers la droite (fig. 143). Nous agissons ainsi simultanément sur les deux pôles de l'enfant, ce qui nous

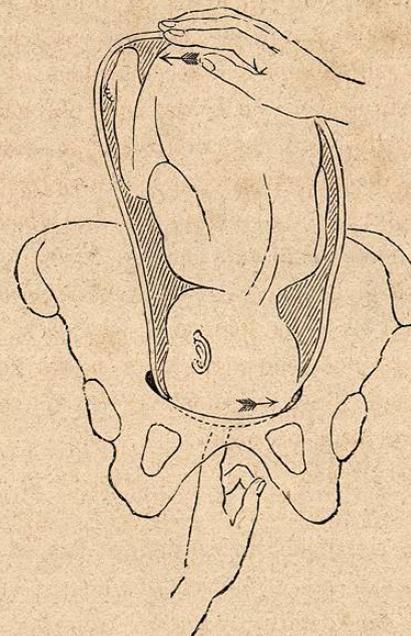


Fig. 142. — Premier temps de la version bipolaire. Élévation de la tête et abaissement du siège (d'après Barnes).

permet de le faire évoluer facilement. Le siège doit être abaissé doucement, mais solidement, en glissant la main sur la paroi abdominale. La tête devient hors d'atteinte, et l'épaule arrive à l'orifice, reposant sur l'extrémité des doigts. On la repousse en haut dans la même direction que la tête (fig. 143), le siège toujours abaissé de plus en plus, jusqu'à ce que le genou arrive sur les doigts, qui (si les membranes sont intactes, on les rompt à ce moment) le saisissent et l'entraînent à travers l'orifice (fig. 144). Parfois c'est le pied qui arrive à l'orifice; on le saisit à la place du genou. Quelquefois on réussit plus facilement,