

en changeant la position de la main extérieure, avec laquelle on peut repousser la tête en haut de la fosse iliaque, au lieu

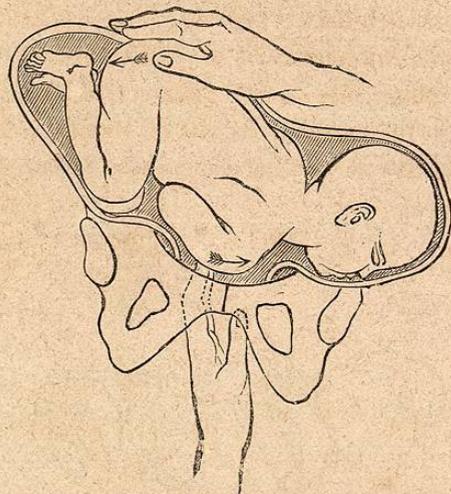


Fig. 143. — Second temps de la version bipolaire. Elévation des épaules et abaissement du siège (Barnes).

de continuer à essayer l'abaissement du siège (fig. 145). Ces manœuvres doivent toujours être faites dans l'intervalle des

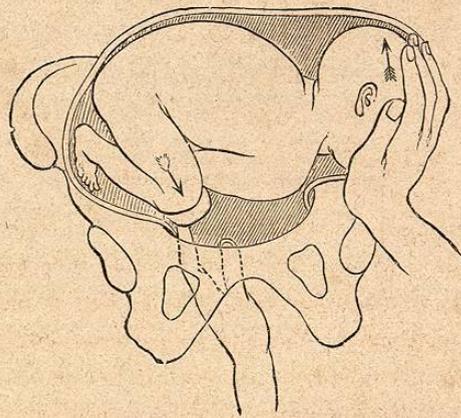


Fig. 144. — Troisième temps de la version bipolaire. Saisie des genoux et élévation partielle de la tête (Barnes).

douleurs; on les suspend dès qu'une contraction se produit; si les contractions sont fortes et fréquentes, le chloroforme sera

administré avec avantage. Dans les positions occipito-iliaques droites, on donne aux manœuvres une direction inverse; la tête est poussée en haut et à droite, le siège en bas et à gauche. Lorsqu'on ne peut déterminer la position avec certitude, il est bon d'agir comme si le sommet était en OIGA, cas de beaucoup le plus fréquent, et, si par hasard on commettait une erreur, les inconvénients ne seraient pas graves. Si l'orifice n'est pas

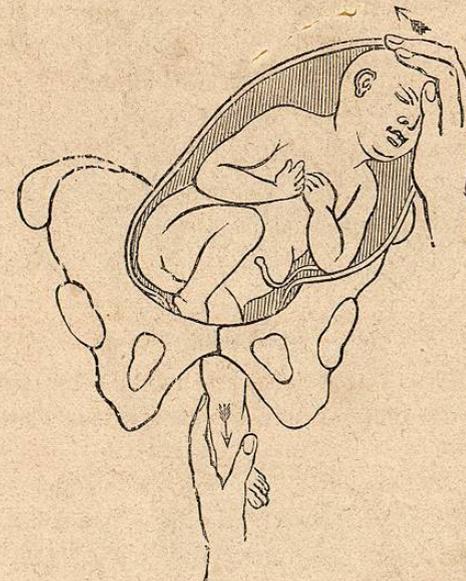


Fig. 145. — Quatrième temps de la version bipolaire. Extraction de la jambe et achèvement de la version (Barnes).

assez dilaté pour permettre l'accouchement immédiat, le membre inférieur peut être retenu en position avec un doigt, jusqu'à ce que la dilatation soit suffisamment avancée, ou que l'utérus se soit adapté d'une façon permanente à la nouvelle présentation de l'enfant, ce qui arrive généralement assez vite.

Dans les présentations transversales, on peut adopter le même procédé, refouler l'épaule en haut dans la direction de la tête, et abaisser le siège par l'extérieur. Cette manœuvre est souvent suffisante pour amener les genoux à portée de la main, surtout si les membranes sont intactes; mais on facilite la version en

poussant alternativement, de l'extérieur, la tête en haut et le siège en bas. Si le liquide amniotique s'est écoulé, et que l'utérus soit fortement rétracté sur l'enfant, il est tout à fait impossible de modifier la présentation sans introduction de la main; on fera donc la version par la méthode ordinaire. La méthode combinée offre l'avantage spécial de ne pas entraver la version ordinaire, car, si elle ne réussit pas, la main peut être enfoncée directement dans l'utérus sans qu'on soit obligé de la retirer du vagin (l'orifice supposé assez dilaté), et elle saisit les pieds ou les genoux, qu'elle entraîne.

Version podalique
avec introduction de
la main.

La version avec introduction de la main dans l'utérus est une opération généralement facile, lorsque les eaux ne sont pas écoulées, ou qu'elles ne le sont que depuis très peu de temps, et que l'orifice est suffisamment dilaté.

Introduction de la
main.

Le premier temps, l'un des plus importants, est l'introduction de la main et du bras. Les doigts étant appliqués les uns contre les autres en forme de cône, le pouce ramené au milieu d'eux, la main se trouve réduite à son plus petit volume; on la glisse alors doucement et avec précaution dans le vagin suivant l'axe du détroit inférieur, et dans l'intervalle des contractions, puis on la pousse, toujours avec les mêmes précautions, et avec des mouvements semi-circulaires, jusqu'à ce qu'elle soit entièrement dans le vagin, en modifiant graduellement sa direction, qui de l'axe du détroit inférieur doit gagner celui du détroit supérieur du bassin. S'il survient des douleurs, la main reste passive jusqu'à ce qu'elles aient disparu. On aura toujours présente à l'esprit cette règle fondamentale, qu'on ne doit agir que pendant l'absence des contractions, et toujours avec la plus grande douceur, en évitant soigneusement toute force et toute brusquerie. La main, encore en forme de cône, arrive à l'orifice, qu'elle peut franchir si elle le trouve suffisamment ouvert. S'il n'est pas tout à fait assez dilaté, mais dilatable, on y insinuera l'extrémité des doigts, et on l'élargira par de douces pressions, jusqu'à ce qu'il permette l'introduction du reste de la main. Tout en faisant cela, l'utérus sera immobilisé par l'autre

main, placée sur la paroi abdominale, ou par un aide. Si la présentation n'avait pas été préalablement diagnostiquée avec certitude, il faudrait le faire positivement, pour que la face palmaire de la main soit introduite du côté auquel correspond l'abdomen de l'enfant.

Les membranes seront alors rompues, en l'absence d'une

Rupture
des membranes.

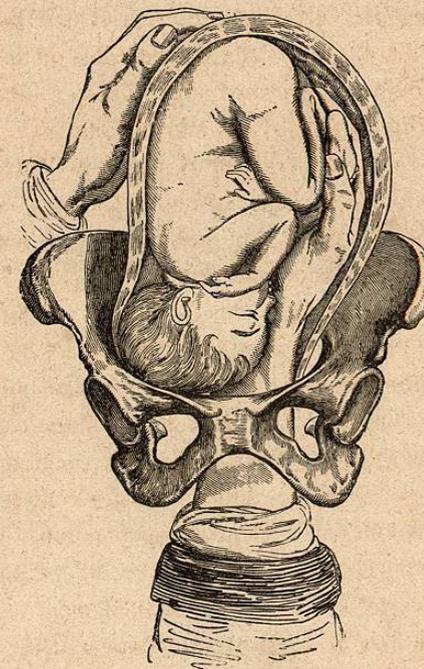


Fig. 146. — Saisie des pieds lorsque la main est introduite dans l'utérus.

douleur, si c'est possible, pour prévenir l'écoulement brusque du liquide amniotique. D'ailleurs la main et le bras constituent le tampon le plus efficace, et l'eau ne sort qu'en très-petite quantité. Quelques praticiens recommandent qu'avant de rompre les membranes on glisse la main entre elles et les parois utérines, jusqu'à ce qu'on ait atteint les pieds. Mais, par cette manœuvre, on risque de décoller de force le placenta, et en outre il faut introduire la main beaucoup plus loin qu'il n'est nécessaire, parce qu'on trouve souvent les genoux tout près

de l'orifice. Aussitôt que les membranes sont rompues, la main peut se mettre à la recherche des pieds (fig. 146). A ce moment de l'opération, on doit redoubler de soins et éviter l'emploi de toute espèce de force; s'il survient une douleur, la main sera laissée à plat et en repos, plus rapprochée du corps de l'enfant que des parois utérines. Si les douleurs sont fortes, la compression peut offrir beaucoup d'inconvénients; il ne faut pas persister à faire avancer la main, ni la laisser sous la forme conique avec laquelle elle a été introduite, car on pourrait provoquer la rupture des parois utérines. Mais nous n'avons guère à craindre cet accident dans les cas que nous examinons en ce moment-ci; il s'observe surtout lorsque les eaux sont écoulées depuis assez longtemps pour rendre très-difficiles les mouvements de la main. On peut alors faciliter beaucoup les manœuvres en abaissant le siège à travers les parois abdominales, de façon à conduire les genoux ou les pieds sous l'atteinte de la main qui est à l'intérieur. Dès qu'on est arrivé aux genoux ou aux pieds, on les saisit entre les doigts et on les fait descendre, dans l'intervalle des douleurs (fig. 147). Le fœtus, pendant ce mouvement, est obligé de basculer sur son grand axe, le siège descend, et la tête remonte, suivie par la main qui est dehors. Les accoucheurs ne s'entendent pas tous sur la partie de l'extrémité inférieure qu'on doit saisir et extraire. Quelques-uns recommandent de prendre les deux pieds, d'autres un seul pied, d'autres encore l'un des genoux ou tous les deux. Dans un cas ordinaire de version, avant l'écoulement des eaux, peu importe le procédé qu'on adopte, la version s'exécute facilement avec tous. Toutefois le genou, on doit le reconnaître, offre plus d'avantages que le pied. En général, il est plus accessible, plus facile à tenir (les doigts étant placés dans le creux poplité), et sa proximité de l'épine dorsale permet des tractions plus directes sur le corps de l'enfant. On évitera de confondre le genou avec le coude en se rappelant que l'angle saillant du premier est tourné vers la tête, et l'angle saillant du second vers les pieds. Il y a aussi avantage à n'amener au

Saisie du genou ou
du pied.

Il y a avantage
à prendre le genou.

détroit qu'un seul genou ou un seul pied plutôt que les deux. Lorsqu'un membre inférieur reste fléchi sur le tronc de l'enfant, la partie qui doit franchir l'orifice est plus volumineuse que si les deux jambes étaient descendues, et par conséquent l'orifice est mieux dilaté, offre plus de facilité à la sortie du reste du corps, et diminue ainsi les risques que l'enfant peut courir.

Simpson, dont les idées ont été adoptées par Barnes et d'au-

Choix de la jambe
qu'on fait descendre.

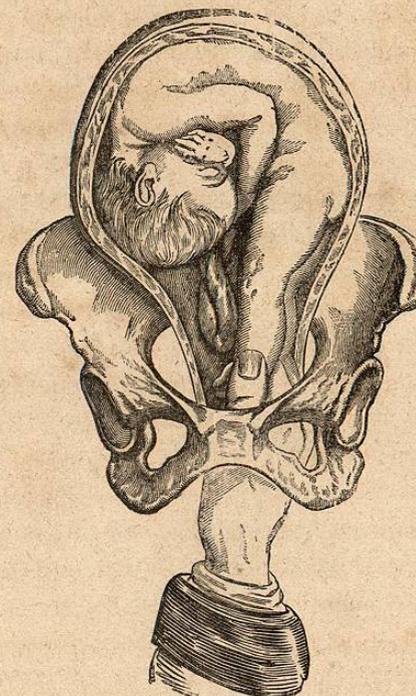


Fig. 147. — Extraction des pieds et achèvement de la version.

tres auteurs, recommande, dans les présentations transversales, de saisir, si c'est possible, le genou le plus éloigné du bras qui se présente, et du côté opposé; on oblige, par ce procédé, le corps à tourner tout autour de son axe longitudinal, et le bras et l'épaule sont plus facilement écartés de l'orifice. Le Dr Galabin a soigneusement examiné ce point dans un récent mémoire¹, et il soutient qu'il y a au contraire avantage méca-

1. *Obst. Trans.*, vol. XIX, 1877.

Simpson

nique à saisir la jambe la plus voisine du bras en présentation, et du même côté; d'ailleurs, c'est plus facile.

Conduite à tenir
après que l'enfant a
évolué.

Aussitôt que la tête est arrivée au fond de l'utérus, et l'extrémité inférieure à l'orifice, la présentation est devenue une présentation du pied ou du genou, et il reste à discuter si l'accouchement sera laissé à la nature ou terminé artificiellement.

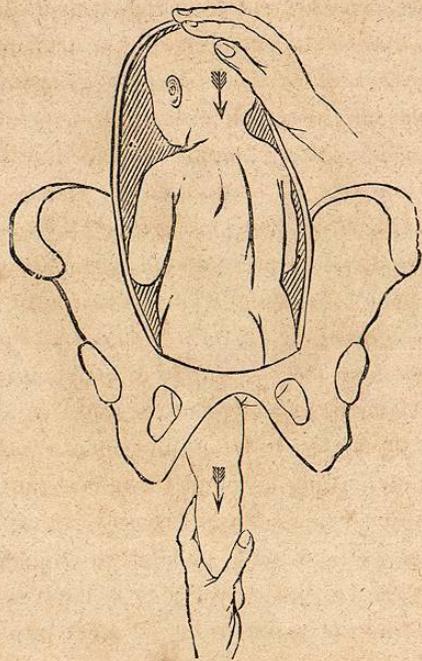


Fig. 148. — Achèvement de la version (d'après Barnes).

Cela dépend des circonstances et des causes qui ont nécessité l'opération, mais en général il est préférable de terminer l'accouchement sans délai. Pour y arriver, on opère une traction en bas pendant les douleurs, en s'arrêtant dans leur intervalle (fig. 148). Dès que le cordon ombilical apparaît, on en extrait une anse, et, si les mains sont défléchies sur la tête, on les dégage et on les ramène sur la face, comme dans la présentation normale des pieds. Le dégagement de la tête, dès qu'elle est descendue dans l'excavation pelvienne, se fait également de la même manière.

Dans les cas de placenta prævia, l'orifice est généralement plus dilatable que dans les présentations transversales. La méthode du D^r Hicks a l'énorme avantage de nous permettre de pratiquer la version beaucoup plus tôt qu'on ne le pouvait autrefois, parce qu'elle n'exige l'introduction que d'un ou deux doigts dans le col utérin. Si elle échoue, et que l'état de la femme exige un accouchement immédiat, nous disposons, avec les dilatateurs hydrostatiques, d'un moyen artificiel que nous pouvons employer à notre aise et en toute sécurité. Dans une présentation placentaire complète, la main sera introduite au point où le placenta paraît le moins solidement fixé. Cela vaut mieux qu'une tentative de perforation de sa masse, procédé recommandé quelquefois, mais plus facile en théorie qu'en pratique. Si le placenta ne se présente que partiellement, la main sera introduite, naturellement, du côté de son bord libre. Il est souvent bon de ne pas précipiter l'accouchement, après que les pieds ont été amenés à l'orifice, car ils constituent un excellent tampon et préviennent l'écoulement du sang; et, si la femme est épuisée, on aura ainsi le temps de remonter ses forces par des stimulants, etc., avant de compléter sa délivrance.

Version dans le cas
de placenta prævia.

Dans les positions abdomino-antérieures, lorsque les eaux sont écoulées, et que, par suite, on peut raisonnablement prévoir des difficultés, l'opération est plus facile si la femme est couchée sur le dos; la main droite est alors introduite dans l'utérus, et la main gauche employée extérieurement (fig. 149). La main intérieure a ainsi moins de chemin à parcourir, et elle est moins gênée. L'opérateur s'assied en face de la femme, qui est à demi étendue sur le bord de son lit, comme pour la lithotomie, et les cuisses écartées; la main droite est dirigée en haut derrière les pubis, et par-dessus le ventre de l'enfant.

Version dans les positions
abdomino-antérieures.

Les difficultés de la version sont au comble dans ces cas défavorables de présentation du bras, où les membranes sont rompues depuis longtemps, l'épaule et le bras engagés dans l'excavation, et l'utérus rétracté autour du corps de l'enfant. Si cette rétraction est énergique et spasmodique, toute tentative

Difficultés lorsque
le bras pend à la
vulve.

pour introduire la main ne fait qu'aggraver la situation, car elle provoque des douleurs plus fortes et plus fréquentes. Même après l'introduction du bras et de la main, on éprouve souvent de grandes difficultés à faire évoluer le corps de l'enfant; il n'y a plus de liquide autour de lui pour en faciliter les mouvements, et le bras de l'opérateur peut être comprimé et serré par les contractions de l'utérus, au point de rester tout à fait impuissant. Les risques de rupture sont imminents, et on doit éviter



Fig. 149. — Emploi de la main droite dans la position abdomino-antérieure.

avec le plus grand soin qu'un semblable accident ne vienne s'ajouter aux difficultés de la version.

Valeur du chloro-
forme pour le relâ-
chement de l'utérus.

Ces circonstances sont graves, et on a imaginé divers expédients pour provoquer le relâchement des fibres utérines spasmodiquement contractées, entre autres une saignée abondante jusqu'à évanouissement, la femme étant dans la position verticale, des bains chauds, du tartre stibié, et autres agents déprimants. Mais rien ne vaut une généreuse administration de chloroforme, qui a remplacé pratiquement tous ces moyens et qui réussit admirablement lorsqu'il est donné à la dose chirurgicale.

La main doit être introduite avec les précautions que j'ai déjà signalées. Si le bras est complètement en prolapsus dans le vagin, nous glisserons la main sur lui comme sur un guide, et sa face palmaire nous indiquera la position du ventre de l'enfant. On ne retirerait aucun profit de son amputation; il ne faut pas non plus essayer de le remonter, ainsi que l'ont recommandé quelques auteurs. Les difficultés réelles apparaissent dès qu'on a atteint l'orifice, et, si l'épaule est fortement engagée dans le détroit supérieur, il n'est pas facile de faire pénétrer la main plus haut. Il est permis de repousser un peu la partie qui se présente, mais avec des précautions extrêmes, pour ne pas léser les parois utérines rétractées. Il vaut mieux essayer de tourner l'obstacle avec la main, et on peut y arriver avec de la patience et de prudentes tentatives. Dès qu'on a réussi à dépasser l'épaule, on fait cheminer la main peu à peu, en ayant soin de la laisser inerte et appliquée à plat sur le corps du fœtus pendant les douleurs. Il est plus prudent de la rapprocher du fœtus que des parois utérines, pour ne pas léser ces dernières avec les saillies articulaires. Lorsque la main est suffisamment enfoncée, il est préférable, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, de saisir et d'entraîner un genou seulement.

Lorsque le pied a été saisi et amené à l'orifice, il n'est pas toujours facile de faire tourner l'enfant sur son grand axe, parce qu'il est souvent trop solidement fixé au détroit supérieur pour pouvoir remonter vers le fond de l'utérus. On fera bien de remonter la tête extérieurement, car dans son ascension elle peut entraîner l'épaule avec elle. Si ce moyen échoue, nous passerons un lacs ou un ruban de fil d'archal autour du membre qui a franchi l'orifice, et nous ferons des tractions en bas et en arrière; en même temps, l'autre main sera introduite dans le vagin pour déplacer l'épaule et la repousser hors du détroit supérieur. Cette manœuvre termine souvent la version, lorsque l'enfant a refusé d'évoluer par le procédé ordinaire. On a inventé divers instruments, et pour passer le lacs autour du membre de l'enfant, et pour repousser l'épaule; mais aucun d'eux

Manière de procéder.
Conduite à tenir
lorsque le pied est au
détroit et que le fœtus
n'évolue pas.

ne peut lutter, pour la sécurité et la facilité de son emploi, avec la main de l'accoucheur.

Si la version échoue
il faut mutiler le foetus.

Si par tous ces procédés nous n'arrivons pas à faire la version, il ne nous reste plus que la mutilation de l'enfant, par éventration ou décollation. Cette mesure extrême est heureusement très-rare, car, avec des précautions, on arrive en général à opérer la version, même dans les circonstances les plus défavorables.

CHAPITRE III

DU FORCEPS

De toutes les opérations obstétricales, la plus importante, parce qu'elle est véritablement la plus conservatrice, à la fois pour la mère et pour l'enfant, est l'application du forceps.

Le forceps est fréquemment employé dans la pratique moderne.

L'emploi de cet instrument a pris une grande extension dans l'obstétrique moderne, et quelques-uns de nos accoucheurs les plus expérimentés l'appliquent maintenant avec une fréquence que les praticiens d'autrefois auraient énergiquement réprouvée. Personne ne contestera un seul instant que l'emploi intempestif et maladroit du forceps peut causer beaucoup de mal. Mais ce n'est certainement pas là une raison suffisante pour négliger les recommandations de ceux qui conseillent un plus fréquent usage de l'opération; on doit plutôt faire sentir au médecin la nécessité d'étudier sérieusement la méthode opératoire, et de se rendre familier avec les cas où elle est facile et ceux où elle ne l'est pas. La pratique seule — d'abord sur un fantôme, puis sur la femme vivante — peut donner la dextérité opératoire que tout accoucheur doit viser à acquérir, et sans laquelle il n'est jamais sûr de remplir foncièrement tout son devoir auprès de ses malades.

Le forceps peut être considéré comme une paire de mains artificielles qui saisissent la tête fœtale et l'entraînent à travers le canal maternel par une *vis a fronte*, lorsque la *vis a tergo*

Description de l'instrument.

644