

C'est pour le même motif que l'ergot de seigle ne doit pas être administré avant que la délivrance ne soit complète, car en provoquant la contraction de l'orifice interne, il amène la rétention des annexes ou fragments d'annexes retenus¹.

L'ergot de seigle est un hémostatique utérin précieux, mais à la condition de n'être employé qu'avec un utérus vide.

III

EMPLOI DE DIVERS MÉDICAMENTS

SOMMAIRE

Médicaments ecboliques. — Antipyrine. — Opiacés. — Mercure. — Seigle ergoté. Sulfate de quinine.

En dehors des médicaments ecboliques, c'est-à-dire susceptibles de réveiller la contraction utérine (voir p. 589), la plupart des agents thérapeutiques peuvent être employés, à dose modérée, pendant la grossesse, sauf peut-être l'antipyrine, qui, même à la dose de un gramme, exposerait au collapsus. On connaît la tolérance remarquable de la gestante pour certains médicaments, les opiacés par exemple.

Durant l'allaitement, éviter l'usage des médicaments susceptibles de passer dans le lait et qui pourraient ainsi agir sur le fœtus, à moins qu'on ne recherche cette influence spéciale (administration de mercure à une nourrice syphilitique en cas de syphilis du nourrisson); chez l'allaitante, il sera bon de ne pas donner de seigle ergoté à moins de nécessité absolue, car cet agent semble diminuer la sécrétion lactée. En dehors de l'allaitement, on pourra, pendant le postpartum, recourir aux mêmes prescriptions que si la femme n'était pas puerpérale.

Pendant l'accouchement, il n'y a pas d'autre contre-indication nettement établie que celle de l'ergot de seigle. Comme ocytocique, on peut employer le sulfate de quinine à la dose de 0,50 à 1 gramme, car il amène souvent un réveil durable des contractions de l'utérus, alors qu'elles sont languissantes.

¹ Il est également prudent, avant de donner l'ergot de seigle, de s'assurer, par l'expression ou l'introduction de la main, qu'aucun caillot volumineux n'est emprisonné dans l'utérus, sans quoi la présence de ce corps étranger entrave la rétraction de l'organe.

IV

LEVIER

SOMMAIRE

Description. — Application et mode d'action. — Appréciation.

Le levier, qui vraisemblablement a été inventé par CHAMBERLEN en même temps que le forceps, se compose, ainsi que l'indique la figure 467, d'une tige terminée par une cuiller fenêtrée, rappelant assez exactement la branche d'un forceps droit.

Cet instrument est glissé dans l'intérieur des organes génitaux maternels jusque sur l'occiput ou l'un des pariétaux du fœtus. Les deux mains, saisissant alors le manche de l'instrument, impriment un mouvement de levier, par lequel la partie fœtale est poussée vers le centre de la filière génitale.



Fig. 467. — Levier de Baudelocque.

Appliqué sur l'occiput, le levier produit donc la flexion de la tête sur l'un des pariétaux, l'inclinaison latérale en abaissant la bosse pariétale sur laquelle il agit.

Le levier est, à l'heure actuelle, abandonné par tous les accoucheurs, qui lui préfèrent de beaucoup le forceps; il a en effet le grand inconvénient de n'être qu'un instrument correcteur (fléchissant la tête ou l'inclinant latéralement) et non un tracteur comme le forceps.

En présence de ce délaissement, je crois inutile d'insister davantage sur l'action de cet instrument, qui cependant sera peut-être repris un jour, car s'il a, par rapport au forceps, le désavantage de ne pas permettre la terminaison prompte de l'accouchement, il est capable de produire certains effets (flexion, inclinaison latérale) que le forceps actuel ne réalise pas, et qui sont précieux à obtenir dans la présentation du front par exemple, ou dans les rétrécissements du bassin. Mais ce sont là des points nouveaux à étudier et à mettre en lumière.

V

VERSIONS

SOMMAIRE

- a. Définition. — Historique.
Versions externe, mixte, interne.
- b. QUAND la version doit-elle être faite?
1° Indications.
2° Contre-indications.

- 3° Conditions requises.
- c. COMMENT la version doit-elle être faite ?
- 1° *Version externe.*
Précautions préliminaires.
Opération.
Difficultés.
- 2° *Version mixte.*
Précautions préliminaires.
Opération.
Difficultés.
- 3° *Version interne.*
Précautions préliminaires.
Opération.
Difficultés.
- d. Pronostic et appréciation générale.

A. — DÉFINITION. — HISTORIQUE

La *version* est une opération qui a pour but de modifier la situation du fœtus dans l'utérus, de manière à changer la présentation, ou à en créer une alors qu'il n'en existe pas.

Cette modification dans la situation fœtale peut être obtenue de trois façons :

- Par des manœuvres externes* (à travers la paroi abdominale) ;
Par des manœuvres internes (exécutées dans l'intérieur des organes génitaux) ;
Par des manœuvres mixtes (combinaison des deux précédentes).

D'où trois variétés de versions :

- Par manœuvres externes*, plus simplement. VERSION EXTERNE.
Par manœuvres internes, — VERSION INTERNE.
Par manœuvres mixtes, — VERSION MIXTE.

Indépendamment des manœuvres exécutées, la version est dite :

- Céphalique*, quand on amène la tête au détroit supérieur ;
Pelvienne ou *podalique*, quand, au contraire, on abaisse le siège du fœtus de manière à en déterminer la présentation.

La *version par manœuvres internes* est de beaucoup la plus ancienne, car HIPPOCRATE pratiquait la *version interne céphalique* ; CELSE, la *version interne céphalique* ou *podalique* ; depuis AMBROISE PARÉ, on ne fait plus guère que la *version interne podalique*.

La *version par manœuvres externes*, presque toujours céphalique, a été conseillée pour la première fois par WIGAND (1807) et défendue par HUBERT (1843), MATTTEI (1855), PINARD (1878), DUMAS (1886).

La *version par manœuvres mixtes*, tantôt céphalique, tantôt pelvienne, inaugurée par D'OUTREPONT (1817), a été préconisée ensuite par BUSCH (1826), HOHL (1845), WRIGHT (1854), BRAXTON HICKS (1860), ROBERT BARNES (1867), AUVARD (1887).

B. — QUAND LA VERSION DOIT-ELLE ÊTRE FAITE ?

I. Indications.

Les indications doivent être examinées *pendant la grossesse* ; puis *pendant le travail*, avant la dilatation suffisante pour laisser pénétrer la main dans l'utérus, *période d'imperméabilité manuelle*, et, après que cette pénétration est devenue possible, *période de perméabilité manuelle*.

1° PENDANT LA GROSSESSE.

La présentation du *sommet* étant de beaucoup la plus eutocique, il est indiqué de chercher à la produire dans tous les cas où cela est possible.

Cette indication est indiscutable, toutes les fois que le fœtus se présente par le *thorax* ou l'*abdomen* ; mais en est-il de même dans le cas de présentation du *siège* ? Tous les accoucheurs sont d'accord sur ce point que la présentation du *sommet* est celle qui implique pour la mère et l'enfant le meilleur pronostic ; l'indication de la version céphalique ne saurait donc faire de doute, à moins que l'opération n'offre de sérieuses difficultés dans son exécution ou qu'il n'existe une contre-indication.

La présentation de la *face* est très exceptionnelle pendant la grossesse, celle du front est relativement plus fréquente : s'il les rencontrait, l'accoucheur ne devrait pas hésiter à tenter leur transformation en présentation du *sommet*.

Enfin même l'absence de présentation, un fœtus transversalement situé et élevé dans la cavité utérine, est une indication pour la version externe ; il faut provoquer une présentation favorable.

Toutes les fois que, pendant la grossesse, on voudra opérer cette transformation de présentation, on ne pourra agir que par des manœuvres externes, à travers la paroi abdominale, c'est donc la *version par manœuvres externes* qui sera exclusivement indiquée pendant cette période de la puerpéralité.

Cette *version* devra être *céphalique*, car quelles que soient les circonstances accessoires, la présentation du *sommet* est la meilleure des présentations.

Une autre question se pose, celle de savoir l'*époque* de la grossesse qui est la plus favorable à cette intervention. — Deux points sont ici à considérer : en premier lieu le moment auquel la version se fait avec le plus de facilité ; en second lieu, l'*époque* à laquelle on est en droit de supposer qu'il n'y aura plus de changements spontanés dans la présentation constatée.

Le *moment de la grossesse* où la version externe est le plus aisée paraît être d'une façon générale le courant du huitième mois, car le fœtus est suffisamment développé pour donner une prise efficace aux mains agissant à travers la paroi abdominale ; d'autre part, sa longueur n'est pas encore susceptible d'entraver son évolution dans l'intérieur de l'utérus, ainsi qu'elle pourra le faire au neuvième mois ou au terme de la grossesse.

Quant aux *mutations spontanées* de présentation, elles se produisent à un moment quelconque de la grossesse, d'autant moins fréquentes toutefois qu'on se rapproche davantage du terme ; on les observe cependant, excep-

tionnelles il est vrai, au début même du travail ; elles sont bien plus rares chez les primigestes que chez les multigestes. — Mais si, comptant sur la possibilité de cette correction naturelle, l'accoucheur ne se résout à faire la version externe qu'au terme de la grossesse, il s'expose à échouer à cause des difficultés accrues, ou à être surpris par un travail prématuré, rendant toute tentative infructueuse.

De telle sorte que, sous l'influence de cette double considération, le moment d'élection de la version externe paraît être un mois avant terme chez les primigestes et quinze jours chez les multigestes. Les quinze jours de plus accordés aux multigestes sont destinés à faire la part de la correction naturelle possible.

Objections :

La version externe est souvent une opération inutile, car chez les multigestes en particulier les mutations spontanées sont fréquentes. — Elles sont fréquentes à la vérité, mais non constantes, de telle sorte que si on n'intervient pas à temps on s'expose à avoir une présentation dystocique ; sur cinq multigestes chez lesquelles on fait la version externe, il se peut que dans trois et même quatre cas elle ne soit pas utile, mais elle l'est au moins dans un, et comme l'opération est généralement facile, mieux vaut quatre interventions inutiles qu'un accouchement dystocique par la faute de l'accoucheur.

La version externe alors qu'elle est faite incomplètement, ou plutôt alors que le fœtus est arrêté dans son évolution, expose à changer une présentation du siège en une présentation du thorax. — Objection purement théorique : quand on a transformé le siège en thorax, on peut toujours transformer le thorax en sommet.

La version externe, a-t-on dit, exige une connaissance approfondie du palper. — D'accord ; mais tout médecin, sans être spécialiste, peut arriver sans difficultés à être suffisamment expert en ce point.

Cette opération expose à la rupture utérine. — Jusqu'à présent il n'y en a pas d'exemple, et ce danger est imaginaire à moins de manœuvres violentes.

La version externe, dans le cas de brièveté ou de circulaires du cordon, peut amener le décollement placentaire ou la mort de l'enfant. — L'objection est vraie, mais on saura éviter ce danger si on n'insiste pas pour pratiquer la version, alors qu'on éprouve de sérieuses difficultés à son exécution.

En résumé, une *version externe faite avec douceur est une opération excellente et à peu près exempte de dangers.*

2° PENDANT LE TRAVAIL ; période d'imperméabilité manuelle.

Le col utérin est ouvert, mais pas suffisamment pour permettre l'accès de la main dans la cavité utérine.

Les mêmes indications existent ici que pendant la grossesse, c'est-à-dire que l'accoucheur, s'il rencontre soit une présentation quelconque de l'ovovide

cormique (siège¹, thorax, abdomen), soit une présentation du front ou de la face, doit essayer de la transformer en sommet.

La version peut, comme pendant la grossesse, se faire par des *manœuvres externes*, toutefois l'ouverture du col permettant l'accès d'un ou plusieurs doigts dans la cavité utérine jusqu'au fœtus donne la facilité de combiner des manœuvres internes aux externes ; en un mot, de faire la *version mixte*.

A cette période de la puerpéralité, l'accoucheur est donc à même de corriger la présentation vicieuse, à l'aide de manœuvres externes ou mixtes : il a donc à sa disposition la *version externe* et la *version mixte*.

La *version externe* est préférable alors que les membranes sont encore intactes et qu'on tient à conserver leur intégrité ; dans le cas contraire, il vaudra mieux s'adresser à la *version mixte*. — Dans l'un et l'autre cas, à moins de conditions spéciales, c'est à la *version céphalique* qu'on aura recours.

A côté des indications qui précèdent, il en surgit une nouvelle, c'est l'*insertion vicieuse du placenta*. — L'hémorragie, qui accompagne en pareil cas la période de dilatation, peut être heureusement combattue par la rupture des membranes avec une présentation soit du sommet (version céphalique, alors qu'il existe une autre présentation), soit du siège (version pelvienne, quand il y a une autre présentation : méthode de BRAXTON HICKS). — Je n'insisterai pas ici sur les détails de cette thérapeutique, donnés au chapitre concernant le placenta prævia.

Objections. — Les objections à la *version externe* sont les mêmes que pendant la grossesse. — On a dit, contre la *version mixte*, qu'il était préférable d'attendre la dilatation suffisante pour faire la version interne ; en cas d'insertion vicieuse du placenta, il importe au contraire d'intervenir promptement pour favoriser l'hémostase, et s'il s'agit d'une présentation vicieuse, il y a intérêt à la corriger le plus tôt possible, pour favoriser la rapidité de l'accouchement et afin de soustraire le fœtus aux chances de mort, auxquelles l'expose sa situation dystocique.

3° PENDANT LE TRAVAIL ; période de perméabilité manuelle.

L'orifice externe du col est suffisamment ouvert pour livrer à la main accès complet dans la cavité utérine.

A ce moment on pourrait encore exécuter la version externe et la version mixte ; mais c'est en général à la *version interne et podalique* qu'on a recours, car elle a sur les deux autres le grand avantage de permettre l'extraction immédiate du fœtus, et la terminaison de l'accouchement dans un bref délai.

On voit donc que, pendant la grossesse, on a recours exclusivement à la *version externe*, pendant le travail, avant l'ouverture suffisante du col, à la version soit *externe* ; soit *mixte*, mais de préférence à cette dernière, et pen-

¹ Cependant, quand le travail est commencé, et la partie fœtale engagée, on se résout plus souvent à l'abstention dans les présentations du siège.

dant le travail au moment de la perméabilité manuelle de l'orifice utérin, à la version *externe, mixte* ou *interne*, mais presque exclusivement à cette dernière. — De telle sorte que de ces trois périodes,

La première peut être considérée comme celle de la version externe,		
La seconde	—	—
La troisième	—	—
		version mixte,
		version interne.

D'autre part, si on ne considère que la partie fœtale amenée au détroit supérieur, — on voit que dans la première période la version est *céphalique* — dans la seconde, tantôt *céphalique*, tantôt *podalique*, — dans la troisième, *podalique*.

La *version podalique par manœuvres internes* sera indiquée dans les circonstances suivantes :

Dans la *présentation du front et de la face*, quand la partie fœtale est élevée et mobile au détroit supérieur, que les membranes ne sont pas rompues, ou que récemment rompues, peu de liquide amniotique s'est écoulé, permettant ainsi une évolution facile du fœtus. (Voir la conduite à tenir dans la *présentation du front et de la face*.)

Quand avec une *présentation du sommet* le forceps est impossible, soit que, pris au dépourvu, on n'ait pas d'instrument à sa disposition, soit que la *procidence du cordon* ou d'une *partie fœtale* empêche l'application facile des cuillers, soit que la présence d'un *placenta prævia* apporte un obstacle analogue, soit enfin qu'une *tumeur fibreuse*, ou une *rupture utérine* amenant l'éloignement de la partie fœtale, la rende inaccessible au forceps.

La version interne podalique, une des plus vieilles opérations obstétricales, est généralement acceptée sans contestation ni objection. — Les seules discussions qui s'élèvent à son égard ont trait, en certains cas, à ses avantages ou inconvénients par rapport au forceps, notamment dans les *bassins rétrécis* ; nous avons vu, page 476, les indications relatives de ces deux opérations en pareil cas.

II. Contre-indications.

Les contre-indications à l'emploi des variétés de version, précédemment étudiées, peuvent être ramenées à deux sources :

La version est *impossible* ou *dangereuse* ;

La version est *inutile*.

Examinons les détails pour chacune des versions :

1° VERSION EXTERNE.

a. L'*impossibilité* de la version peut résulter de divers motifs :
 Impossibilité de *saisir* les pôles fœtaux, lorsque la femme est trop grasse, ou œdémateuse, qu'il y a une trop grande quantité de liquide amniotique, ou que la paroi abdominale est le siège d'une sensibilité exagérée.
 Impossibilité de *mobiliser et de faire évoluer* le fœtus, — quand, avec une *présentation du siège*, la partie fœtale est trop profondément engagée dans l'excavation pelvienne ; quand le liquide amniotique par sa faible quantité

enlève au fœtus la liberté nécessaire à son évolution ; — même résultat avec une grossesse gémellaire, les deux fœtus se fixant réciproquement. — Les malformations utérines (bifidité, développement transversal) empêchent également l'évolution du fœtus, ou amènent la reproduction de la représentation vicieuse à bref délai.

Si, dans ces différents cas, malgré les difficultés qu'on éprouve, on insiste à faire la version, on s'expose à produire un traumatisme inutile, à imposer à la femme de vives souffrances si elle n'est pas anesthésiée, peut-être à rompre l'utérus ; il n'est pas prouvé que ces manœuvres violentes et prolongées soient sans danger pour le fœtus.

Avec une brièveté réelle ou relative (par circulaire) du cordon, la version externe peut amener la mort du fœtus ou le décollement du placenta. Cette brièveté est difficile à reconnaître pendant la grossesse ; cependant on pourra la soupçonner quand on a la sensation d'un obstacle au déplacement de l'extrémité céphalique, et quand en essayant d'abaisser la tête on la sent comme maintenue par un lien élastique (LEFOUR). — En pareil cas, il faut se garder d'insister, car la version devient dangereuse.

b. L'*inutilité* dépend des circonstances suivantes :

Absence de diagnostic précis. La version en pareil cas, non seulement serait inutile, mais pourrait être nuisible, car on s'exposerait à créer, sans le savoir, une présentation vicieuse.

Impossibilité de *fixer* le fœtus alors que la quantité de liquide amniotique est trop considérable, et quand le développement ou la sensibilité des parois abdominales empêche l'usage d'un bandage contentif.

Enfant mort. — La mort de l'enfant ne crée de contre-indication qu'avec une *présentation du siège* (car la version céphalique, étant destinée à sauvegarder surtout les intérêts de l'enfant, devient ici inutile), mais pour toute autre présentation, l'indication persiste, malgré la mort de l'enfant, parce que l'accouchement par le sommet est d'un meilleur pronostic pour la mère.

2° VERSION MIXTE.

a. Outre les diverses causes d'*impossibilité*, qui ont été signalées à propos de la version externe, il en est quelques autres spéciales à la *version mixte*, telles par exemple que l'existence d'une *tumeur* empêchant l'accès par le vagin de la partie fœtale, l'*ouverture insuffisante de l'orifice utérin*¹, le trop grand éloignement de la partie fœtale qu'on doit atteindre par le canal génital, l'intégrité de la poche des eaux, alors qu'on tient à la respecter.

b. Mêmes causes d'*inutilité* que pour la version externe.

3° VERSION INTERNE.

a. L'*impossibilité* et les *dangers* pour la version interne peuvent résulter d'une des conditions suivantes :

Impossibilité pour la main de *pénétrer dans l'utérus*, alors que la dilata-

¹ En pareil cas, on pourrait quelquefois agir à travers le segment inférieur de l'utérus, en repoussant ainsi médiatement la partie fœtale.

tion de l'orifice externe n'est pas assez grande ; il suffit d'attendre ou d'appliquer un instrument dilatateur pour lever cet obstacle. — La même contre-indication existerait en cas de rétrécissement très marqué du bassin¹. Si on tente malgré la dilatation insuffisante d'introduire la main, on fait l'accouchement forcé, et on s'expose aux dangers de cette intervention.

L'impossibilité de *mobiliser* ou de *faire évoluer le fœtus*, alors que la partie fœtale (sommets, épaule) est trop engagée dans l'excavation pelvienne, et quand le liquide amniotique étant écoulé depuis longtemps, la rétraction utérine est telle qu'elle enserme et emprisonne le fœtus en se moulant sur lui. Dans l'un et l'autre cas, si on violente l'utérus et si on veut quand même opérer la version, on s'expose à produire une *rupture utérine*, accident dont on connaît toute la gravité.

b. La version interne est *inutile* :

Quand l'enfant est mort ou le bassin trop étroit² pour permettre l'extraction d'un enfant vivant ; car il vaut mieux se décider promptement dans le premier cas à l'embryotomie, qui sauvegarde davantage les intérêts de la mère, et dans le second, soit à l'embryotomie, soit à l'opération césarienne.

III. Conditions requises.

Les conditions requises pour pratiquer les versions externe, mixte ou interne existent alors que, l'indication étant nettement posée, il y a absence des diverses contre-indications mentionnées à propos de chacune de ces opérations, et qui se résume, ainsi que nous l'avons vu, soit dans l'impossibilité de pratiquer l'intervention *sans danger*, soit dans son *inutilité*.

En d'autres termes, quand la version, quelle que soit la variété, est *indiquée, possible sans dangers et utile*, les trois conditions requises pour son exécution se trouvent constituées.

C. — COMMENT LA VERSION DOIT-ELLE ÊTRE FAITE ?

I. Version externe.

L'évolution du fœtus est obtenue exclusivement à l'aide de manœuvres externes.

1° PRÉCAUTIONS PRÉLIMINAIRES.

Faire *évacuer la vessie et le rectum*, de manière à ce que la réplétion de ces réservoirs ne gêne pas les manœuvres de l'accoucheur ou les mouvements du fœtus.

¹ Quand le bassin présente un rétrécissement inférieur à 5 centimètres, il est en général impossible d'introduire la main jusque dans l'utérus.

² Le degré du rétrécissement pelvien au-dessous duquel la version sera inutile à tenter est difficile à fixer, il dépendra du volume de l'enfant et de la forme du rétrécissement. Toutefois l'extraction d'un enfant vivant et à terme étant impossible au-dessous de 7 cent. (voir p. 478), on peut considérer ce chiffre comme étant la limite au-dessous de laquelle il est inutile de tenter la version avec un enfant à terme.

La femme doit être étendue sur le dos, un oreiller sous la tête, tous les membres relâchés ; elle doit faire la morte.

L'accoucheur se place du côté droit ou gauche de la femme suivant la direction des manœuvres à exécuter ; les mains doivent être chaudes, de manière à ne pas impressionner désagréablement la femme par leur contact.

2° OPÉRATION.

Trois temps, comme pour toute variété de version :

1° Saisie fœtale ;

2° Evolution fœtale ;

3° Fixation fœtale.

1° Saisie fœtale (fig. 468).

Après la détermination exacte de la situation du fœtus, une main est appliquée sur chacun des pôles de l'enfant, de manière à les saisir, à les *empaumer* ;

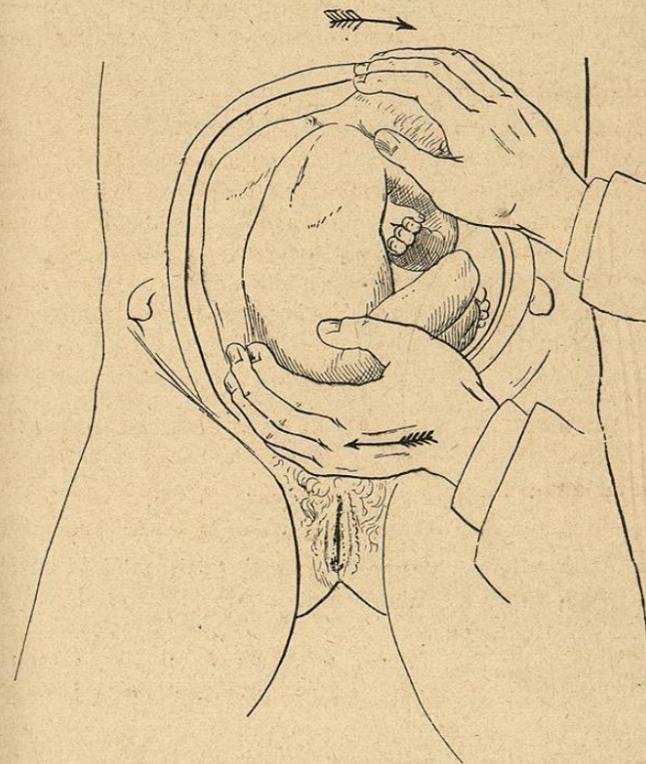


Fig. 468. — 1^{er} temps, saisie fœtale.

quand les deux extrémités de la tige fœtale sont ainsi tenues, on est maître de leur imprimer un mouvement désiré.

2° Evolution fœtale (fig. 469).

Les deux pôles fœtaux étant empaumés, comme il vient d'être indiqué, les