

deux mains exercent une pression douce et progressive en sens contraire ; de telle sorte que le siège soit dirigé vers le fond de l'utérus et la tête amenée au détroit supérieur, par le *plus court chemin*. Toutefois si on éprouve des difficultés à faire descendre l'extrémité céphalique dans un sens, on pourra essayer dans le sens contraire, dans la direction où la résistance est la

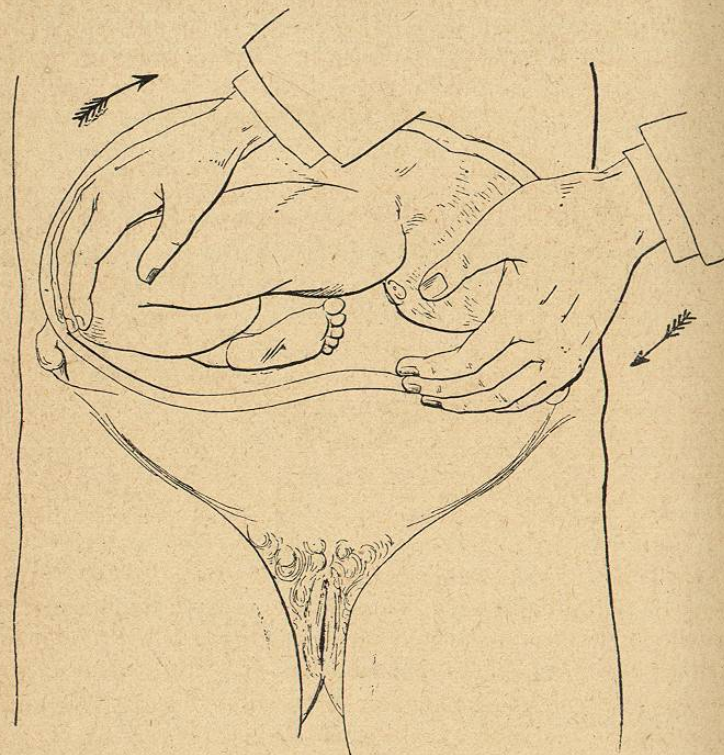


Fig. 469. — 2^e temps, évolution fœtale.

moindre. Pendant leur déplacement, les mains glissent à la surface de la peau, qu'au besoin on peut préalablement enduire d'un peu de vaseline.

3^e Fixation fœtale (fig. 470).

Quand la tête a été amenée au détroit supérieur, il est nécessaire de la fixer dans cette nouvelle situation, afin d'éviter le retour de la présentation vicieuse ; on serait exposé sans cette précaution à recommencer plusieurs fois la même intervention, et à fatiguer inutilement la femme.

Dans ce but, WIGAND a conseillé, *le travail étant déclaré*, de rompre la poche des eaux ; l'écoulement du liquide amniotique assure la fixité fœtale.

HUBERT a proposé d'appliquer sur l'abdomen un bandage de corps assez étroitement serré, et soutenant deux coussins de coton appliqués de chaque côté de l'utérus, de manière à le comprimer transversalement et à empêcher la culbute fœtale.

MATTEI, poursuivant la même idée, a remplacé le bandage par une ceinture appropriée avec plaques latérales ; — ceinture heureusement modifiée par M. PINARD, qui y a fait adapter deux sacs dilatables en caoutchouc, qu'on peut gonfler après application de la ceinture. Ces deux coussins agissent surtout sur l'équateur utérin, et empêchent l'évolution du fœtus ; mais ils ne maintiennent pas suffisamment les pôles fœtaux, notamment la tête qui, libre d'osciller dans le segment inférieur de l'utérus, se dirige souvent vers l'une ou l'autre fosse iliaque, de telle sorte qu'une présentation de l'épaule est susceptible de se constituer au moment du travail. — Pour éviter cet inconvénient

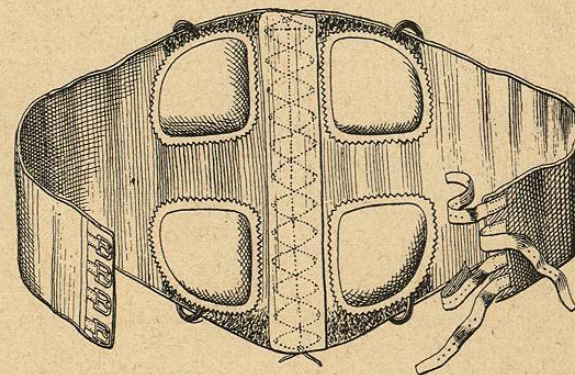


Fig. 470. — 3^e temps. Fixation fœtale. Ceinture eutocique avec quatre coussins latéraux et dilatables. (AUVARD.)

je me sers d'une ceinture munie de quatre coussins distincts, ainsi que le représente la figure 470. Ces coussins, qui peuvent être gonflés séparément, permettent d'agir plus directement sur le siège et la tête du fœtus ; ils constituent quatre bornes fixant latéralement les extrémités fœtales, permettant ainsi de les maintenir exactement dans la position désirée, et à plus forte raison empêchant tout grand déplacement de l'enfant.

3^e DIFFICULTÉS.

1^o Au premier temps (saisie fœtale).

Quand le *siège est engagé* dans l'excavation pelvienne, il faut préalablement le *mobiliser*. S'il est peu engagé, il suffit parfois de le saisir avec les doigts insinués de chaque côté de la partie fœtale comme pour l'exploration de l'excavation pelvienne ; mais si l'engagement est marqué, il sera nécessaire de *repousser* la partie fœtale avec un ou plusieurs doigts introduits dans le vagin (fig. 471), alors que l'autre main incline la tête de côté, de manière à imprimer au fœtus un mouvement de bascule, qui entraîne le siège latéralement, aussitôt qu'il a quitté le détroit supérieur¹.

S'il est impossible de mobiliser le siège, la version est impraticable.

¹ La mobilisation est ainsi faite par une manœuvre mixte, à la fois externe et interne ; néanmoins comme cette manœuvre n'est que momentanée, et ne fait que préparer l'intervention ultérieure, elle fait partie de la version externe, de même que, dans la version interne, on s'aide incidemment de manœuvres externes pour faciliter l'opération.

La tête peut être cachée sous les fausses côtes, et difficilement accessible. En modifiant l'attitude de la femme en divers sens, on déplace souvent le pôle céphalique, de manière à faciliter l'intervention; sinon on agira d'abord exclusivement sur le siège qui, en remontant, amènera l'abaissement de la tête.

2° Au deuxième temps (évolution fœtale).

La surcharge graisseuse de la paroi abdominale, ou sa sensibilité parfois si développée qu'au moindre contact il y a une véritable révolte de tout l'individu, comme si la femme était électrique, peuvent gêner et empêcher les manœuvres. La patience, l'usage préalable du chloral et de la morphine, au besoin le chloroforme, permettront de surmonter ces obstacles.

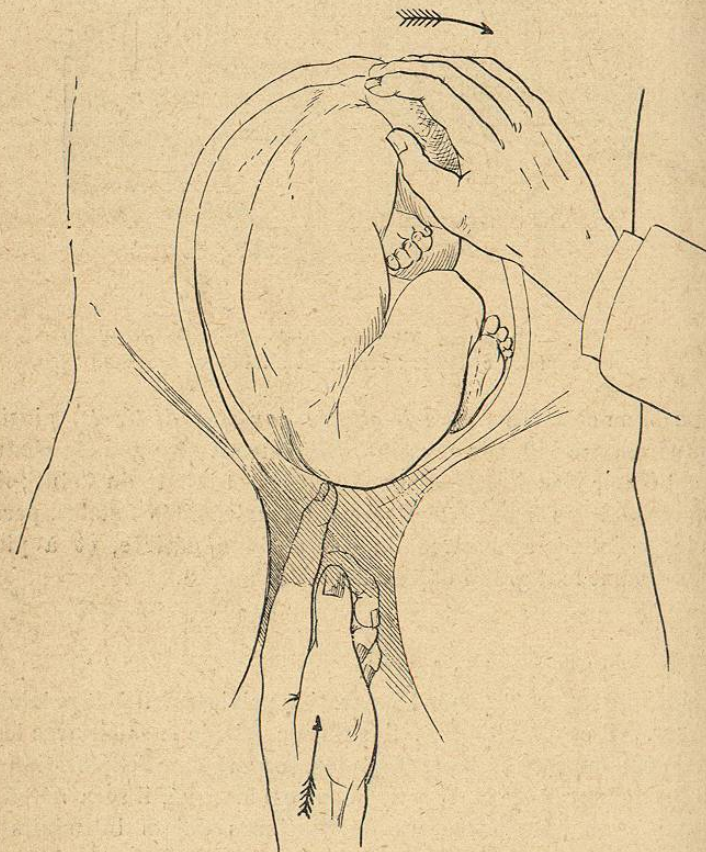


Fig. 471. — Mobilisation de la partie fœtale engagée.

Une gêne analogue provient parfois des contractions fréquentes de l'utérus, de la trop faible quantité de liquide amniotique, des malformations utérines ou de la présence de tumeurs.

La trop grande souplesse ou la macération du fœtus peut également gêner l'action de l'accoucheur.

3° Au troisième temps (fixation fœtale).

Certaines femmes sont incapables de supporter le bandage de corps ou la ceinture eutocique; force est alors de laisser le ventre libre, et de corriger, autant de fois qu'il sera nécessaire, la présentation vicieuse si elle se reproduit, à moins de renoncer au bénéfice de la version externe.

II. Version mixte¹.

Cette version consiste, comme on le sait, à faire évoluer le fœtus à l'aide de manœuvres externes (à travers la paroi abdominale) et internes (par l'intermédiaire du canal génital).

1° PRÉCAUTIONS PRÉLIMINAIRES.

Evacuation préalable de la vessie et du rectum.

La femme peut être placée pour cette intervention dans la position obstétricale, qui facilite les manœuvres internes, mais au détriment des externes;

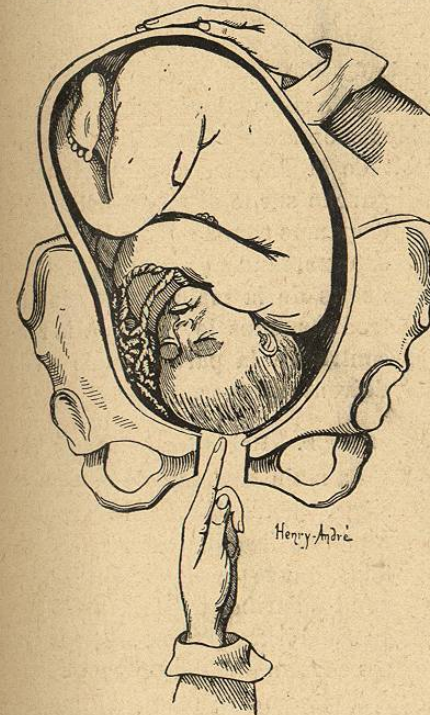


Fig. 472. — Version mixte podalique, 1^{er} temps. (Braxton Hicks².)

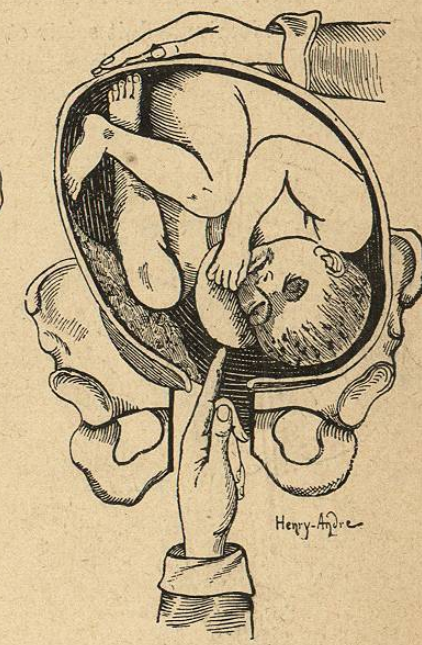


Fig. 473. — Version mixte podalique, 2^e temps (Braxton Hicks).

d'une façon générale il est préférable de la laisser, comme pour la version

¹ Cette version est également désignée sous le nom de bipolaire par R. Barnes; sans doute parce qu'on agit à la fois sur les deux pôles du fœtus, c'est-à-dire la tête et le siège. Mais la même dénomination conviendrait à la version par manœuvres externes.

² Dans les trois figures de Braxton Hicks (472, 473, 474), la manœuvre est exécutée, la main droite étant extérieure et la gauche intérieure; je crois préférable, comme je l'indique dans la description, d'invertir cet ordre des mains.

externe, dans le décubitus dorsal habituel, mais en ayant soin de relever légèrement le siège à l'aide d'un coussin. Dans ce dernier cas, l'accoucheur se place plus volontiers du côté droit de la femme, afin de réserver sa main droite pour les manœuvres internes, les plus délicates à opérer; toutefois si la tête se trouvait dans le flanc gauche, il aurait avantage à se placer du côté gauche de la femme, car l'abaissement de l'extrémité céphalique deviendrait ainsi plus facile. Aucune règle mathématique ne saurait d'ailleurs être donnée à cet égard.

2^o OPÉRATION.

Une injection vagino-cervicale, précédée d'un lavage vulvaire, devra être donnée avant l'intervention, de manière à assurer l'asepsie du canal génital. J'envisagerai successivement la *version podalique* et la *version céphalique*.

a. VERSION PODALIQUE.

1^{er} temps. — Saisie de la partie fœtale (fig. 472).

La main abdominale doit saisir et abaisser le siège, alors que la vaginale repousse la tête du fœtus; de cette double action résulte l'évolution fœtale.

L'accoucheur, étant placé du côté droit de la femme, applique la main gauche sur le siège du fœtus qu'il empaume comme pour la version externe, tandis qu'un ou plusieurs doigts de la main droite sont introduits dans le vagin, à la rencontre de la partie fœtale qu'ils doivent éloigner.

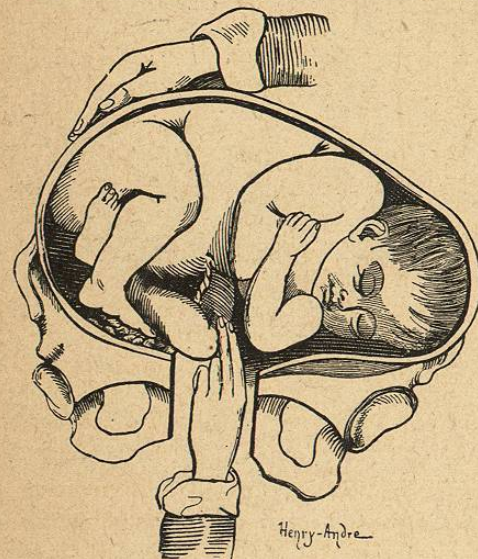


Fig. 474. — Version mixte podalique.
3^e temps (Braxton Hicks).

3^e temps. — Fixation fœtale (fig. 474).

Aussitôt qu'un des petits membres pelviens est devenu accessible, on le saisit à travers l'orifice utérin, à l'aide d'un ou de deux doigts, et on l'abaisse dans l'intérieur de la cavité vaginale, où il pend comme dans une présentation du siège décompleté mode des pieds. Le fœtus, ainsi *accroché* par un de

ses membres à l'orifice utérin, ne peut se déplacer; la présentation du siège devient fixe et définitive.

b. VERSION CÉPHALIQUE (fig. 475).

Le placement des mains est analogue. L'évolution s'opère en sens contraire de la version podalique, c'est-à-dire en abaissant la tête, et en repoussant le

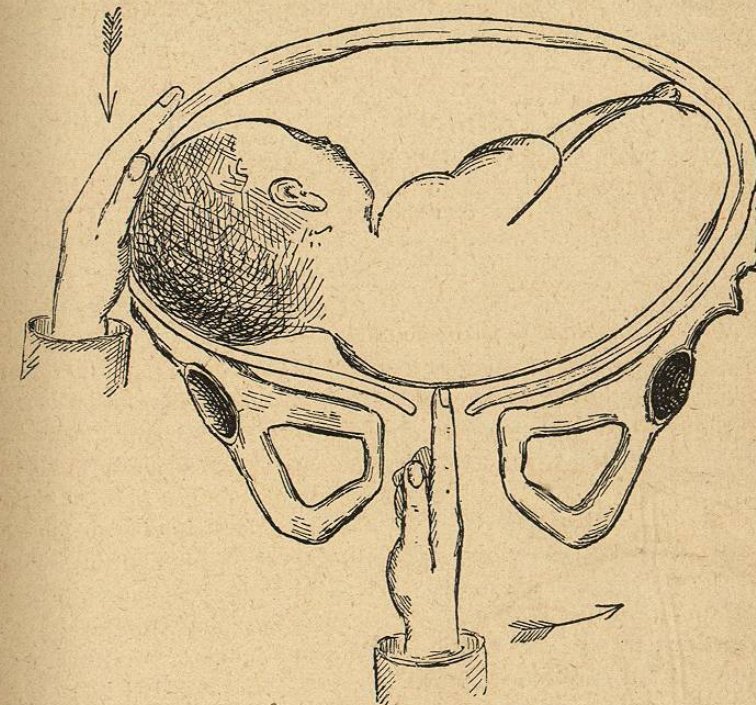


Fig. 475. — Version mixte céphalique.

siège d'abord, puis les différentes parties fœtales successivement accessibles. La fixation se fait comme après la version céphalique par manœuvres externes.

3^o DIFFICULTÉS.

1^o *Au premier temps.* — L'action de la main placée dans le vagin peut être gênée, empêchée par la résistance des parties molles à ce niveau. Même entrave pour la main extérieure, si la paroi abdominale est épaisse et l'utérus peu souple. Dans ces cas difficiles, le chloroforme sera d'un grand secours.

2^o *Au deuxième temps.* — L'évolution du fœtus sera rendue difficile par le fait de la rétraction utérine, lorsque le liquide amniotique est écoulé depuis longtemps, ou par le manque de résistance du fœtus, quand, par exemple, la mort est ancienne; ou encore par l'engagement de la partie fœtale qui se présente.

3° *Au troisième temps.* — Une dernière difficulté, dans les cas de version céphalique, peut exciter à maintenir la nouvelle présentation qu'on a produite. La ceinture eutocique ou un bandage de corps lutteront contre cette tendance fâcheuse.

III. Version interne.

La main introduite dans l'utérus est chargée de faire évoluer le fœtus, et dans la version podalique, la seule usitée par manœuvres internes, d'abaisser le siège fœtal.

1° PRÉCAUTIONS PRÉLIMINAIRES.

Evacuation préalable de la vessie, et, si on a le temps, du rectum.

*Placer la femme dans la position obstétricale*¹. — Il importe que le lit, sur lequel sera placée la femme, soit de la hauteur d'une table ordinaire; s'il opère sur un lit bas, l'accoucheur sera mal à l'aise, et souvent l'opération a été manquée pour avoir négligé ce détail; en cas de besoin, on mettra simplement un matelas sur une table, et on placera la femme sur ce lit improvisé. — Chacune des jambes est maintenue par un aide, un troisième aide est placé auprès de la tête et chargé de pratiquer l'anesthésie, qui doit être la règle dans cette variété d'intervention. Ce dernier sera forcément un médecin ou une personne suffisamment instruite pour diriger l'administration du chloroforme; les deux autres n'ont besoin d'aucune connaissance spéciale. leur rôle se bornant à celui de soutien, il faut cependant pouvoir compter sur leur sang-froid, car trop souvent pendant une intervention difficile la défaillance ou la syncope d'un des aides (non médecins) laisse l'opérateur dans une situation difficile.

L'opérateur doit avoir les *bras absolument libres*; par conséquent, il enlèvera son paletot et retroussera les manches de sa chemise jusqu'à l'épaule; les bras, ainsi mis à nu, seront soigneusement désinfectés, de même que les mains.

Deux *lacs*² seront préparés, l'un pour placer sur le bras procident (alors que la main fœtale est à la vulve), l'autre pour appliquer sur le pied au moment de l'extraction, si cela est nécessaire. — Il sera bon dans le même but d'avoir sous la main un *forceps podalique*³.

Avant de procéder à l'opération, il faut *ausculter* l'enfant pour s'assurer s'il est vivant ou mort; dans ce dernier cas, l'assistance devrait être préalablement avertie, afin que l'opérateur ne soit pas accusé de maladresse en n'amenant qu'un petit cadavre. De toutes façons, il faut préparer d'avance

¹ En Angleterre, on fait la version interne de même d'ailleurs que l'application du forceps en couchant la femme sur le côté gauche, dans la position latérale (voir p. 176). Cette position est en certains cas favorable à la saisie facile des pieds; pour un accoucheur habitué à la pratiquer ainsi, elle doit être à peu près aussi commode que la dorsale, mais elle est moins bonne que cette dernière pour l'administration du chloroforme.

² Un lac, c'est-à-dire un cordon large de 2 à 3 centimètres et long d'un mètre environ. Tout lien assez doux pour ne pas blesser le fœtus peut remplir le même usage.

³ Voir p. 691, fig. 481.

ce qui est nécessaire pour ranimer l'enfant (voir p. 542), car en l'absence de battements, la mort n'est peut-être qu'apparente.

Au moment de commencer, il est prudent, si on opère pendant la nuit, de s'assurer d'une lumière suffisante, car il arrive quelquefois à l'opérateur au milieu de l'affolement de l'entourage de se trouver momentanément dans l'obscurité.

Pendant que la femme s'endort sous l'action du chloroforme, on procède à un *lavage soigneux des organes génitaux*.

2° OPÉRATION.

1^{er} temps. — Saisie de la ou des parties fœtales.

On cherche à saisir *le* ou *les* pieds du fœtus, de manière à les abaisser et à les amener à la vulve.

Cette saisie comprend une série de questions secondaires que j'aborderai successivement, à savoir :

De la main à introduire;

Du mode de pénétration de la main;

De la recherche des pieds;

De la saisie des pieds.

Avant tout, il est des précautions à ne jamais oublier :

Fixer un lac sur la main du fœtus, alors qu'elle est procidente;

Placer la main, qui reste libre, sur le fond de l'utérus, afin de maintenir l'organe pendant tout le temps de la version.

De la main à introduire. — Quelques accoucheurs, même parmi les modernes, se sont livrés à des discussions, qui rappellent la scolastique du moyen âge, afin de savoir s'il valait mieux, suivant les cas, introduire la main droite ou la main gauche.

Pour ma part, *j'introduis toujours la main droite*, et si par hasard j'échoue à saisir les pieds, je la retire pour faire pénétrer la gauche. J'aime mieux, dans les cas exceptionnels où cela devient nécessaire, faire cette double manœuvre sans inconvénient pour la femme endormie, et qui n'impose qu'un faible surcroît de fatigue à l'accoucheur, que de me torturer la mémoire à retenir une série de principes inutiles pour la plupart, et qu'au moment de l'intervention on se rappelle infidèlement, si on ne les a pas totalement oubliés.

Donc, introduire la main droite qu'on remplacera par la main gauche en cas de besoin.

Du mode de pénétration de la main. — La main, vaselinée sur toute sa région dorsale, est repliée en cône, dont l'extrémité est formée par l'extrémité des doigts. (Voir fig. 492, p. 178.)

Sous cette configuration propice à la pénétration, on lui fait franchir la vulve en priant les aides d'écarter latéralement les grandes lèvres, ainsi que les poils souvent gênants de cette région. — La main chemine à travers le vagin et ne tarde pas à arriver au col de l'utérus.

Le col doit être suffisamment ouvert pour laisser passer la main (condi-

tion requise pour la version interne), la dilatation complète n'est indispensable que pour l'extraction; cette condition sera étudiée à propos de l'extraction, que quelques auteurs confondent à tort avec la version, et qui cependant en est essentiellement distincte.

Arrivée au col de l'utérus, la main rencontre la poche des eaux alors qu'elle est encore intacte; il importe de la rompre pour pénétrer dans la cavité ovulaire.

PEU a donné le conseil de décoller les membranes en glissant le long de la paroi utérine, et de les ouvrir seulement en ce point éloigné; mais on s'expose à rencontrer le placenta, ou à avoir une rupture à l'orifice utérin pendant la pénétration profonde de la main, de telle sorte que la plupart des accoucheurs préfèrent aujourd'hui avec LEVRET les rompre à l'orifice utérin, de manière à entrer de suite dans l'œuf.

Nous arrivons sur le fœtus, occupons-nous :

De la recherche des pieds. — Quelle direction la main doit-elle suivre pour arriver le plus facilement aux pieds du fœtus ?

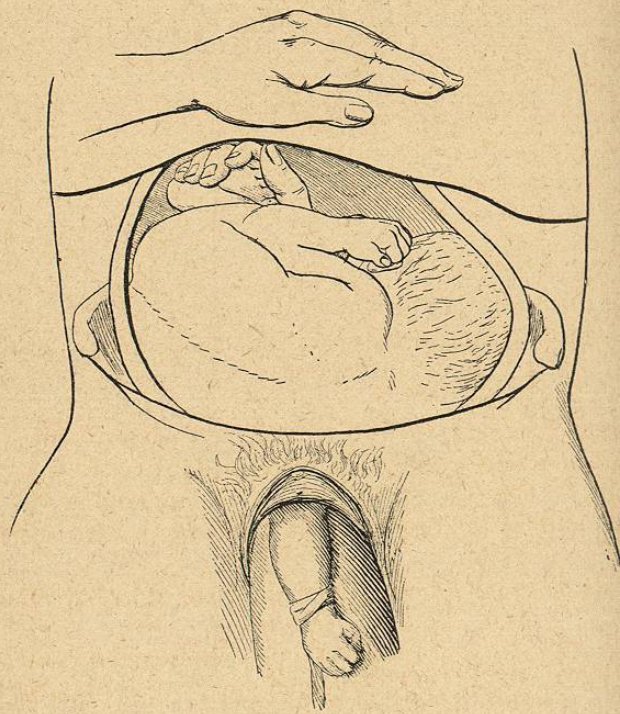


Fig. 476. — Version podalique interne. — Saisie du pied en présentation du thorax. (Dorso-antérieure.)

Les membres pelviens étant, sauf très rare exception, fléchis et repliés le long du plan antérieur ou sterno-ombilical du fœtus, c'est en suivant ce plan antérieur qu'on arrivera le plus facilement jusqu'à eux.

Les figures ci-jointes 476, 477, 478 nous dispensent d'insister davantage sur ce point.

De la saisie des pieds. — Si on rencontre facilement les deux pieds, il faudra les saisir et les attirer pour faire évoluer le fœtus (version bipode); mais dans le cas où on ne peut trouver qu'un pied, il est inutile de s'attar-

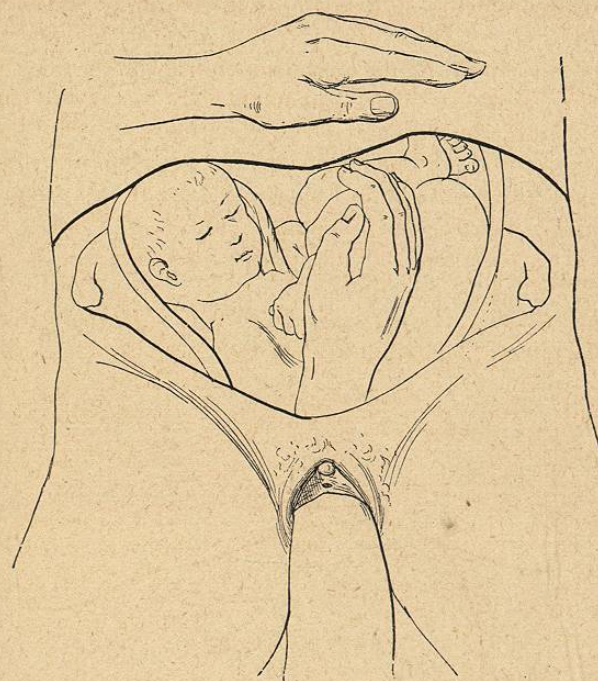


Fig. 477. — Version podalique interne. — Saisie du pied en présentation du thorax. (Dorso-postérieure.)

der à chercher le second, ce pied unique suffit parfaitement pour exécuter la version (version monopode); c'est même cette dernière qu'on pratique le plus souvent.

Diverses questions ont, comme pour l'introduction de la main, été soulevées ici :

Question du bon pied à saisir. — Le bon pied² est celui qui, après l'évo-

¹ Ce procédé d'introduction de la main dans les présentations du thorax, en dorso-postérieure, est habituellement désigné sous le nom de *version brusquée de M^{me} Lachapelle*. La plupart des accoucheurs indiquent dans ce cas d'aller à la recherche des pieds en contournant le dos du fœtus. M^{me} Lachapelle a conseillé de *brusquer* cette recherche, en pénétrant directement le long du plan antérieur, au lieu de faire le tour derrière le fœtus. — La pénétration suivant la méthode de M^{me} Lachapelle me paraît devoir être la règle en pareil cas.

² Le bon pied, considéré au point de vue de l'évolution, est celui qui permet de tirer en mettant le membre en adduction, et au contraire le mauvais en abduction. — On voit donc qu'il existe un bon et un mauvais pied, d'abord pour l'évolution, puis pour l'extraction.