

lution du fœtus, se trouve, par le membre auquel il appartient, en rapport avec la symphyse pubienne, le mauvais avec le coccyx ; cette distinction s'explique en ce que l'extraction est bien plus facile à faire dans le premier cas que dans le second ; on verra plus tard pourquoi. En pratique, quand on tient un pied, on ne perd pas son temps à discuter pour savoir si on

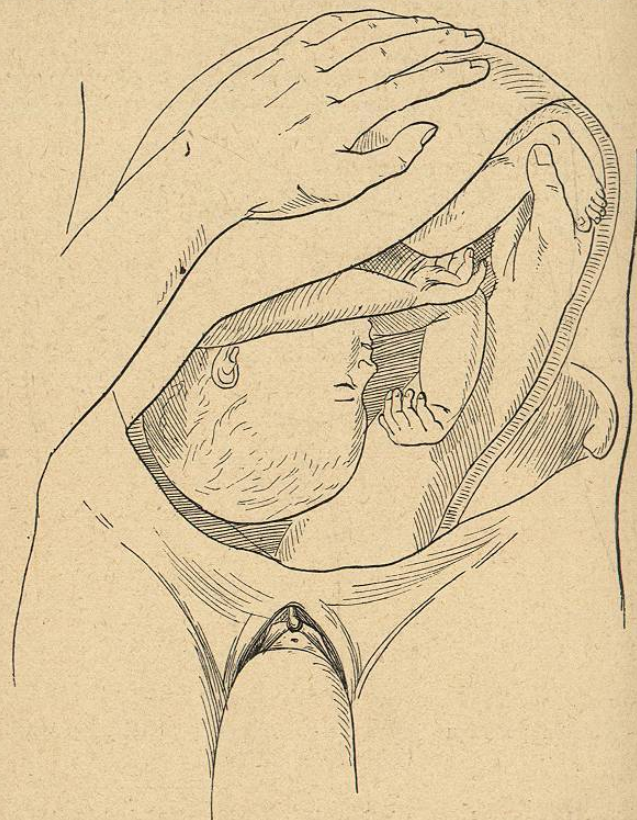


Fig. 478. — Version podalique interne. — Saisie du pied en présentation du sommet.

tient le bon ou le mauvais, discussion qui n'aboutirait d'ailleurs qu'à des conclusions variables. — *Quand on tient un pied, s'en contenter et ne pas le lâcher.*

Question de la manière de saisir le pied. — Entre le pouce et l'index, entre l'index et le médium, etc. Peu importe le mode de saisie pourvu qu'il soit ferme.

2^e temps. — Évolution fœtale.

Pour faire évoluer le fœtus dans la cavité utérine, il faut exercer des tractions sur le ou les pieds saisis, comme pour les amener au dehors.

On éprouve d'abord une certaine résistance ; puis, si l'évolution est possible, le ou les pieds ne tardent pas à s'abaisser, entraînant avec eux le siège, et produisant ainsi la culbute fœtale.

Les tractions pour l'évolution, de même que la progression de la main au premier temps, ne doivent être opérées que dans l'intervalle des contractions utérines.

La main, qui pendant le premier temps était placée sur le fond de l'utérus pour le maintenir, doit pendant le second temps aider l'évolution, soit en

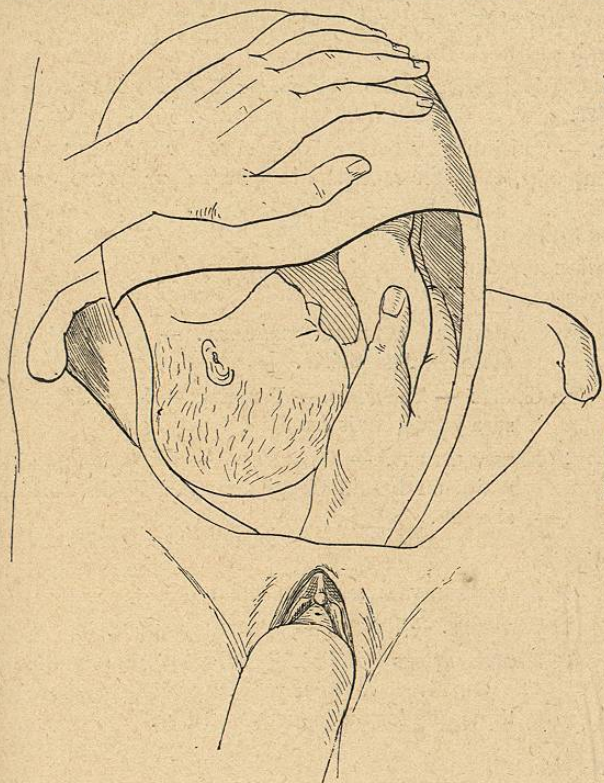


Fig. 479. — Version podalique interne. — 2^e temps. — Évolution fœtale.

appuyant sur le siège du fœtus, soit en repoussant la tête vers le fond de l'utérus¹.

Les débutants exercent pour la plupart des tractions timides, craignant de produire des lésions plus ou moins sérieuses. Ces craintes ne sont pas fondées, car, à moins de macération, il est exceptionnel qu'on compromette l'intégrité fœtale, même avec une action énergique.

3^e temps. — Fixation fœtale.

Ce troisième temps est ici sans importance, car si la dilatation est complète, on termine en général la version par l'extraction, qui sera bientôt décrite ; sinon il suffit d'abandonner le ou les pieds abaissés dans le vagin ou à la vulve, sans crainte de voir le fœtus changer de situation.

¹ Ces manœuvres externes ne sont qu'un simple adjuvant des manœuvres internes, elles ne sont pas indispensables à l'exécution de la version ; aussi ne sauraient-elles valoir à l'opération que nous étudions le nom de version mixte.

3° DIFFICULTÉS.

1° *Au premier temps.* — **Saisie de la partie fœtale.**

Les différentes causes susceptibles de gêner la pénétration de la main et la saisie des pieds sont les suivantes¹ :

a. Causes générales.

1° INDOCILITÉ. — Anesthésie.

2° CONVULSIONS ÉCLAMPTIQUES, HYSTÉRIQUES. — Attendre leur cessation ou anesthésier.

3° SYNCOPE. — Continuer ou cesser l'intervention suivant le temps nécessaire à la compléter, et porter remède à la syncope par les moyens ordinaires.

b. Causes locales.

1° OBSTACLE MATERNEL.

Vulvaire.

1° ÉTROITESSE, VAGINISME INFÉRIEUR. — Pénétration lente de la main. — Anesthésie.

2° ŒDÈME. — THROMBUS. — TUMEURS. — La pénétration de la main sera gênée, mais possible.

3° MALFORMATIONS. — CICATRICES. — Dilatation graduelle avec la main, au besoin élargissement à l'aide du bistouri ou des ciseaux.

Vaginal.

1° ÉTROITESSE, VAGINISME SUPÉRIEUR.

2° THROMBUS. — KYSTES. — TUMEURS DIVERSES.

3° MALFORMATIONS (bifidité, diaphragme). CICATRICES.
Ces divers obstacles vaginaux réclament la même thérapeutique que les analogues à la vulve.

Pelvien.

1° RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN.

2° TUMEURS.

Col utérin.

1° DILATATION INCOMPLÈTE. — RIGIDITÉ. — Emploi préalable de sacs en caoutchouc, ou d'un dilateur métallique. Autant que possible, laisser la dilatation du col atteindre spontanément le degré voulu.

2° TUMEURS : FIBROME, CANCER. — Contourner, réduire ou énucléer le fibrome. — Dilater avec la main ou un ballon en caoutchouc le col cancéreux ; éviter les incisions et leur préférer l'opération césarienne.

3° DILATATION SACCIFORME DE L'UTÉRUS (voir p. 492). — Replacer l'utérus dans sa situation normale en abaissant l'orifice, et en repoussant le diverticulum pelvien de l'utérus.

¹ Je place en regard de chaque cause la conduite à tenir pour le cas particulier, ensuite j'exposerai en bloc la conduite à tenir d'une façon générale.

4° DÉVIATION DE L'ORIFICE UTÉRIN. — Cette cause, surtout importante avec le développement sacciforme de l'utérus, sera traitée en ramenant avec le doigt l'orifice dans sa situation normale.

Corps utérin.

1° CONTRACTION ET RÉTRACTION UTÉRINES. — Administration de chloroforme à dose chirurgicale.

2° MALFORMATIONS. — BIFIDITÉ. — Ces causes n'opposent qu'une gêne relative.

3° TUMEURS. — Les fibromes du corps utérin peuvent, alors qu'ils font saillie dans la cavité de l'organe (voir p. 499), opposer un certain obstacle à la version, mais on surmontera cette difficulté avec un peu de patience.

4° DÉVIATIONS UTÉRINES. — Parmi ces déviations, il faut surtout signaler l'antéversion (abdomen pendulum). — Faire relever l'utérus de manière à le placer dans sa position normale.

5° MOBILITÉ EXCESSIVE DE L'UTÉRUS. — Cette mobilité a pour inconvénient de gêner le déplacement intra-utérin de la main, que l'utérus suit docilement dans ses mouvements. Il suffit de faire fixer l'organe gestateur à travers la paroi abdominale.

2° OBSTACLES ANNEXIELS.

Membranes.

1° ŒUF DOUBLE. — Gêne constituée par la cloison ovulaire, quand la main s'est engagée dans l'œuf voisin de celui où elle doit opérer. — Rompre la cloison.

Placenta.

1° INSERTION VICIEUSE. — Passer à côté ou à travers du placenta. Dans quelques cas, l'extraire avant de pénétrer dans l'utérus (voir p. 514).

Cordon.

1° PROCIDENCE. — Agir comme si elle n'existait pas.

2° ENTORTILLEMENT. — Le cordon s'entortille autour de la main et des doigts, et gêne l'exploration intra-utérine. — Rejeter le cordon de côté.

3° OBSTACLE FŒTAL.

Grossesse simple.

1° PARTIE FŒTALE TROP ENGAGÉE. — La repousser si possible, sinon la version est contre-indiquée.

2° PROCIDENCE DU BRAS. — Cette procidence ne gêne sérieusement la version que lorsque l'épaule est trop profondément engagée.

3° EXCÈS DE VOLUME DU FŒTUS. — Cause discutable de difficultés pour l'introduction de la main.

4° MONSTRUOSITÉS. — En pareil cas, on sort des règles classiques pour tomber dans l'imprévu.

5° MOBILITÉ FŒTALE EXCESSIVE. — Le fœtus fuit devant la main. Cette difficulté n'existe qu'avec un excès de liquide amniotique; il suffit de faire écouler une certaine quantité de ce liquide pour y parer.

Grossesse double.

1° GÉMELLITÉ. — La présence de deux fœtus dans la cavité utérine gêne le plus souvent d'une façon sérieuse les manœuvres nécessaires pour accomplir la version. En pareille occurrence, il ne faut prendre qu'un pied, afin d'éviter la possibilité d'agir sur les deux fœtus à la fois, au cas où chacun des deux pieds saisis appartiendrait à un fœtus différent.

Conduite générale à tenir. — Si l'une des causes précédentes oppose un obstacle absolu à la pénétration de la main et à la rencontre de la partie fœtale, l'accoucheur devra renoncer à la version, et recourir à une autre thérapeutique pour terminer l'accouchement; mais si la main parvenue dans l'utérus ne peut arriver à prendre l'un des pieds du fœtus, sera-t-on pour cela obligé d'abandonner toute tentative de version?

En aucune façon: en l'absence d'un pied, on peut saisir un *genou*; en l'absence d'un genou, accrocher le *pli de l'aîne*. Parfois un doigt introduit dans l'*anus* est, dans le cas d'évolution facile, un point d'appui suffisant pour opérer la version pelvienne. (Procédé ano-pelvien de M. GUÉNIST.) En somme, *pied, genou, aîne, anus* sont susceptibles au besoin de se suppléer; mais le pied ou le genou suffisent dans la généralité des cas.

En cas de difficulté de trouver la petite partie fœtale qu'on cherche, et avant de retirer la main pour tenter l'introduction de l'autre, on pourra avec avantage employer la manœuvre suivante, qui serait bien appelée *évolution circulaire du fœtus*, et que j'ai mise à profit dans une présentation du thorax: elle consiste à saisir au voisinage de l'équateur utérin la partie fœtale, qui se trouve sous la main, quelle que soit cette partie, et à lui imprimer, grâce à un mouvement de rotation qui suit l'équateur, un quart, un tiers de cercle ou même un demi-cercle; si le fœtus se présente par le sommet, la position est changée, une OIGT, par exemple, transformée en OIOT; si le fœtus se présente par l'épaule, il y a également changement de situation, une dorso-postérieure est par exemple modifiée en dorso-antérieure. Cette translation a pour effet de déplacer avec tout le corps les petits membres du fœtus, et de les rendre facilement accessibles, alors qu'on les avait en vain cherchés auparavant. Dans les cas difficiles, il ne faudra donc pas omettre de recourir à cette manœuvre.

2° Au deuxième temps. — **Evolution fœtale.**

Le *pied saisi glisse* dans la main fatiguée¹; s'il est suffisamment abaissé,

¹ On a conseillé, pour éviter ce glissement de la main, d'enduire la surface palmaire des doigts de cendre; c'est un moyen illusoire et peu aseptique.

il faut le maintenir à l'aide d'un lacs¹, ou mieux à l'aide du forceps podalique, plus facile à appliquer².

Il y a *fixité de la présentation*, de telle sorte que la partie fœtale, qui se trouve au détroit supérieur, ne remonte pas vers le fond de l'utérus; on essaiera de la repousser par des manœuvres externes ou internes³.

En cas de résistance excessive, il ne faut pas insister trop vigoureusement ou longtemps; sans quoi on s'exposerait à rompre l'utérus. La version est alors contre-indiquée, et l'embryotomie ou exceptionnellement l'opération césarienne, dont l'opportunité pourra être discutée avec un enfant vivant, resteront comme ultime ressource.

¹ Le lacs s'applique en faisant un nœud coulant, comme l'indique la figure 480. — Ce

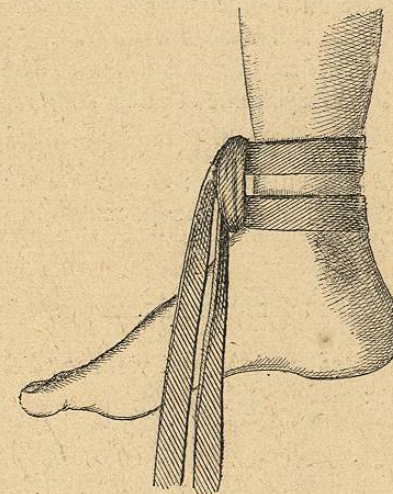


Fig. 480. — Lacs appliqué.

nœud est d'abord préparé sur le poignet de l'accoucheur, qui, à l'aide d'une pince ou de la main libre, le fait ensuite glisser jusqu'au voisinage des malléoles du fœtus.

² Le forceps podalique, représenté par la figure 481, est plus facile et plus expéditif à employer, alors qu'on l'a sous la main.

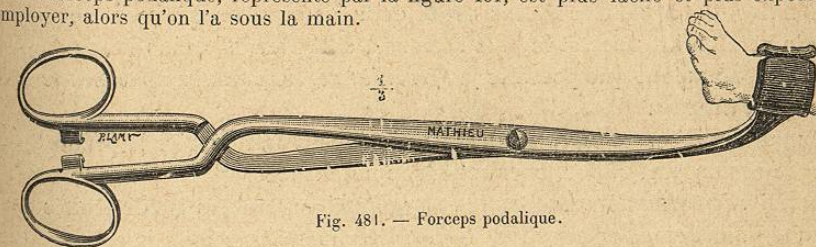


Fig. 481. — Forceps podalique.

³ Dans ce but, Burton, Maygrier, avaient inventé une sorte de petite béquille d'ailleurs inutile, et dont personne ne se sert actuellement.

Baudelocque conseille de saisir un pied avec un lacs, et d'aller repousser la tête avec une main introduite dans l'intérieur de la cavité utérine: *Double manœuvre de Baudelocque*. — *Levet*, et, après lui, *Deutsch* ont préconisé la manœuvre suivante, qui peut faciliter l'évolution, et qui consiste, pour démarrer le fœtus de son étroite, à le soulever et à lui imprimer un mouvement de rotation sur le grand axe de son corps, après quoi on procédera à la version.

La *rétraction utérine*, moulant la paroi musculaire sur le corps fœtal, peut empêcher l'évolution; le chloroforme, donné à dose massive, sera le meilleur mode de traitement; mais pour amener le relâchement il est bon que l'anesthésie soit poussée très loin, sans toutefois aborder le degré où elle peut devenir dangereuse. En cas d'insuccès, la version est contre-indiquée et doit être abandonnée: embryotomie ou exceptionnellement opération césarienne.

Les *tumeurs utérines* ou *péri-utérines* n'opposent, en général, qu'un obstacle peu marqué à l'évolution du fœtus.

Dans le cas de *gémellité*, s'il est impossible de faire évoluer le fœtus primitivement saisi, on tentera la version sur l'autre fœtus, qui permettra parfois une réussite plus facile; si les tentatives sont infructueuses, on reviendra au premier. On procède un peu comme avec un attelage rétif, essayant successivement de faire partir l'un ou l'autre cheval jusqu'à ce que l'un des deux se décide au départ, entraînant son voisin récalcitrant.

S'il s'agit d'un *monstre*, opérer l'évolution comme il sera possible; sinon se décider promptement à l'embryotomie et au morcellement.

3° Au troisième temps. — Fixation.

Pas de difficultés à la fixation fœtale; nous verrons avec l'extraction manuelle celles qu'on peut rencontrer, alors qu'on remplace ce troisième temps par l'extraction immédiate.

D. — PRONOSTIC ET APPRÉCIATION GÉNÉRALE

Le pronostic des diverses versions, qui viennent d'être étudiées, dépend pour la mère et l'enfant :

De l'opérateur;

De la variété de version employée;

Des circonstances propres à chaque cas particulier.

L'opérateur doit être *habile*, et *aseptique* quand il doit agir dans les organes génitaux, conditions banales sur lesquelles il est inutile d'insister.

D'une façon générale la gravité de *chaque variété de version* est d'autant plus faible qu'on pénètre moins avant dans les organes génitaux; c'est dire que la version interne est la plus sérieuse, et l'externe la plus bénigne. — Il faudra donc autant que possible *préférer la version externe à la mixte et la mixte à l'interne*.

Quant aux *diverses circonstances*, qui peuvent faire varier le pronostic de chaque cas en particulier, elles sont trop nombreuses pour que je tente d'en faire ici l'énumération. Toutes les complications, toutes les difficultés dont il a été précédemment question, laissent facilement pressentir combien certaines interventions peuvent devenir périlleuses à côté d'autres relativement simples et aisées.

Toutefois on peut dire que, faites habilement et en temps voulu, ces diverses versions permettent le plus souvent de sauver mère et enfant, et qu'elles constituent une des ressources thérapeutiques les plus précieuses de l'obstétrique.

VI FORCEPS

SOMMAIRE

I. Définition. — Historique. — Description instrumentale.

1° Forceps croisé: unicourbe, bicourbe, tricourbe.

2° Forceps parallèle: — — —

3° Forceps variés.

II. QUAND le forceps doit-il être employé?

1° Indications.

2° Contre-indications.

3° Conditions requises.

III. COMMENT le forceps doit-il être employé?

1° Forceps bicourbe. . . { Précautions préliminaires.

Application.

Difficultés.

2° Forceps tricourbe. . . { Précautions préliminaires.

Application.

Difficultés.

3° Forceps unicourbe . . . { Précautions préliminaires.

Application.

Difficultés.

I. — DÉFINITION. — HISTORIQUE. — DESCRIPTION INSTRUMENTALE

Le forceps est une pince, à *branches séparables*, avec laquelle on peut saisir le fœtus, pour l'extraire des parties génitales.

Anciennement on devait avoir pensé à attirer le fœtus avec un instrument en forme de pince ou de tenaille; mais il fallait, pour la réalisation de cette idée, une modification bien simple en apparence, mais surprenante par ses conséquences, et consistant à rendre indépendantes les deux branches de la pince en question.

Cette magnifique découverte fut faite au XVII^e siècle par PETER CHAMBERLEN, qui naquit à Paris en 1560, et qui quitta la France en 1569 avec son père WILLIAM CHAMBRELAN¹, huguenot, obligé de se réfugier en Angleterre avec toute sa famille à cause des persécutions religieuses.

En 1670, MAURICEAU, ayant entendu parler des succès obstétricaux des CHAMBERLEN, fit venir à Paris le petit-neveu de PETER CHAMBERLEN, HUGH CHAMBERLEN, et le pria de terminer un accouchement jugé impossible. HUGH échoua et repartit en Angleterre, emportant son secret, connu seulement dans sa famille.

À la fin du XVIII^e siècle, en 1699, le secret fut vendu par HUGH CHAMBERLEN à

¹ Chamberlen est la transformation anglaise de Chambrelan.