CHAPITRE III

DE LA VERSION

La version est une opération par laquelle on ramène au détroit supérieur une des extrémités du fœtus. Il y a donc deux espèces de versions : une dans laquelle on se propose de ramener l'extrémité pelvienne, c'est la version *pelvienne* ou *podalique* ; une autre dans laquelle on se propose de ramener la tête, c'est la version *céphalique*.

Depuis Hippocrate jusqu'à Ambroise Paré, c'est-à-dire jusqu'à la dernière moitié du XVIe siècle, la version céphalique fut presque exclusivement pratiquée. Cependant Celse veut que lorsque l'enfant est mort et qu'il est trop difficile d'arriver jusqu'à la tête, on aille chercher les pieds. Aétius et Paul d'Égine sont les premiers qui, parmi les anciens, ont recommandé la version pelvienne, même quand l'enfant est vivant. Depuis Ambroise Paré, mais surtout depuis Guillemeau, son élève, la version pelvienne fut conseillée comme applicable à tous les cas, et la réduction céphalique était presque complétement oubliée lorsqu'à la fin du dernier siècle Flamand et un peu plus tard Osiander, exagérant sans aucun doute les inconvénients, les difficultés et les conséquences fâcheuses de la version pelvienne, proposèrent de revenir aux préceptes d'Hippocrate, et conseillèrent la version céphalique dans presque tous les cas où la main peut suffire à la terminaison de l'accouchement. La doctrine du professeur de Strasbourg, favorablement accueillie en Allemagne, fut trop sévèrement jugée par l'école de Paris. Baudelocque en parle à peine, Gardien restreint son application à un très-petit nombre de cas, et madame Lachapelle la rejette formellement. Nous verrons plus tard, en cherchant à apprécier la valeur de ces deux opérations, qu'on aurait tort aujourd'hui d'embrasser exclusivement l'une ou l'autre de ces deux opinions ; que, si certains faits se prêtent mieux à la version céphalique, il en est d'autres, au contraire, où la version pelvienne est seule praticable ; qu'enfin ces deux opérations doivent être conservées dans la pratique, et que c'est à la sagacité de l'accoucheur à distinguer les cas où l'une ou l'autre doit être préférée.

Ces deux opérations peuvent être pratiquées un peu avant le travail, et, pendant le travail, avant la rupture des membranes, ou bien pendant le travail et seulement après la rupture des membranes. Dans ce dernier cas, elles nécessitent presque toujours l'introduction de la main dans l'intérieur de la matrice. Dans le premier, au contraire, cette introduction est très-rarement nécessaire, et c'est surtout par une position convenable donnée à la femme, et à l'aide de pressions extérieures pratiquées à travers les parois abdominales, qu'on opère le changement de présentation. C'est la version par manœuvres externes.

ARTICLE PREMIER

DE LA VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES

Bien qu'indiquée vaguement par Hippocrate, bien que conseillée plus nettement par Jacob Rueff et Mercurius Scipio, la version par manœuvres externes était complétement oubliée lorsqu'au commencement de ce siècle (1812) Wigand adressa aux Académies de Berlin et de Paris un mémoire dans lequel il faisait une histoire complète de cette opération. Ce mémoire fut probablement égaré en France, car il n'en est parlé dans aucun de nos livres classiques, et les sages conseils donnés par l'accoucheur allemand restèrent ignorés parmi nous. Je dois ajouter pourtant que, contrairement à Baudelocque, madame Lachapelle, Capuron et autres, M. Velpeau avait signalé les manœuvres externes comme propres à opérer, dans quelques cas, la version céphalique (1835) ; que M. Lécorché-Colombe avait plusieurs fois, à la Clinique, conseillé et pratiqué cette opération (1836) ; et que, dans les éditions précédentes, j'avais plus nettement que mes compatriotes discuté les cas dans lesquels elle me semblait pouvoir être pratiquée avec avantage [1]. Je dois ajouter pourtant que personne parmi nous n'avait traité la question aussi longuement que M. Mattei, qui, tout en exagérant les avantages de cette opération et en multipliant à l'excès ses indications, a eu au moins le mérite d'appeler de nouveau l'attention sur une question fort négligée. C'est probablement aux exagérations de notre compatriote que nous devons de pouvoir lire en notre langue l'excellente traduction que MM. Belin et Herrgott ont donnée du mémoire de Wigand.

Deux élèves de l'école de Paris, les docteurs Ducellier et Nivert, ont depuis peu consacré leur thèse inaugurale à l'étude de cette question. Grâce à tous ces travaux, grâce aussi aux leçons cliniques du professeur Stoltz, les préceptes du professeur de Hambourg sont aujourd'hui bien connus.

Ces manœuvres externes, pratiquées dans le but de ramener au détroit supérieur une des deux extrémités du fœtus qui en était plus ou moins éloignée, ont été conseillées :

1° Avant le travail ;

2° Pendant le travail et avant la rupture des membranes ;

3° Pendant le travail et après la rupture des membranes ;

A. *Avant le travail.* — Quelques accoucheurs ont conseillé de pratiquer ces manœuvres externes dans la dernière quinzaine de la grossesse, et nous l'avons fait nous-même deux fois comme nous l'avions vu faire à M. Lécorché-Colombe. M. Mattei, dans ces dernières années, conseille de faire la version dès le sixième

[1] Aussi suis-je étonné de lire dans la traduction de M. Belin, que, dans son édition de 1853, M. Cazeaux laisse ignorer quand et comment on doit faire cette opération, et que je me contente dire, en parlant de la version céphalique, que des manœuvres externes sagement dirigées ont suffi assez souvent à modifier la position du tronc. Cinq pages de mon livre sont consacrées à discuter les indications de cette opération.

ou le septième mois. Nous croyons la chose facile dans le plus grand nombre des cas, au moins pour les présentations transversales ou obliques; mais nous pensons que, le plus souvent, on aura fait une opération inutile. En remplaçant, en effet, l'axe longitudinal du fœtus dans la direction de l'axe du détroit supérieur, on n'a pu changer la forme de l'utérus, qui très-probablement, comme l'a démontré M. Herrgott, est la cause de la position vicieuse de l'enfant, et, celle-ci persistant, il reprendra peu à peu sa position primitive et, peu de jours après, on ne retrouvera plus au détroit supérieur l'extrémité qu'on y avait ramenée. C'est ce que j'ai vu plusieurs fois. Aussi croyons-nous, avec Wigand, qu'il vaut mieux attendre le début du travail; car les bandages proposés pour exercer une compression sur les côtés du ventre, dans le but de diminuer son diamètre transverse et de maintenir le fœtus dans la position qu'on lui a donnée, ne me paraissent pas pouvoir être supportés pendant deux mois. Je ne veux pas dire pourtant qu'il ne soit pas utile, pendant le dernier mois de la grossesse, d'examiner avec soin toutes les femmes, afin de constater la forme des obliquités de la matrice, la position du fœtus, l'abondance plus ou moins considérable du liquide et les autres circonstances qui pourraient avoir une influence sur la présentation de l'enfant au moment du travail. Fait avec soin, cet examen ne nécessitera que rarement une opération immédiate, mais au moins aura souvent l'avantage d'éveiller l'attention de l'accoucheur sur des difficultés que, plus tard, il pourra corriger à temps.

Cet examen devra surtout être fait quand, dans les grossesses antérieures, on aura constaté une présentation vicieuse; car, si l'on reconnaissait que l'enfant se présentait mal, on recommanderait à la femme d'éviter les secousses, les fatigues trop prolongées, afin d'éviter la rupture prématurée des membranes; on lui recommanderait surtout de se tenir dans le repos le plus complet dès les premières douleurs, et de faire appeler son accoucheur le plus tôt possible.

S'il y avait une antéversion très-prononcée, l'utérus serait relevé pendant le jour par une vaste ceinture abdominale soutenue par des bretelles, et, la nuit, la malade resterait dans la supination. Dans les cas d'obliquité latérale, elle se coucherait sur le côté opposé à l'obliquité.

Nous n'aurons donc plus à parler de cette opération.

B. *Pendant le travail et avant la rupture des membranes.* — C'est dans cette dernière condition que la version par les manœuvres externes a surtout été vantée par Wigand et les auteurs allemands : c'est alors seulement qu'elle nous paraît avoir d'incontestables avantages. On comprend, en effet, que la mobilité dont jouit le fœtus, alors qu'il nage au milieu du liquide amniotique, doit singulièrement faciliter les mouvements qu'on cherchera à lui imprimer, et que, d'un autre côté, la possibilité de rompre la poche aussitôt après le succès de l'opération nous fournit un sûr moyen d'éviter la récidive.

A l'exception de quelques cas particuliers dont nous aurons à parler, l'intégrité de la poche nous paraît, en général, indispensable au succès des manœuvres externes. Une seconde condition que Wigand considère comme très-importante, c'est la persistance et la régularité des contractions utérines. Si elles sont trop

faibles, spasmodiques ou irrégulières, il faut, avant tout, les exciter dans la premier cas, les régulariser par l'opium ou le chloroforme dans le second. « Je me rappelle plusieurs cas, dit-il, où, pendant des contractions très-violentes, la tête, qui avait été poussée en bas, remontait au-dessus du détroit supérieur, jusqu'à ce que j'eusse administré l'opium pour régulariser les contractions, jusque-là très-irrégulières. »

Contre-indications. — Indépendamment de ces irrégularités de contractions, auxquelles il est toujours facile de remédier, toutes les circonstances qui nécessitent une prompte terminaison du travail excluent naturellement la version par manœuvres externes : ainsi les hémorrhagies, les convulsions, les syncopes, les ruptures de l'utérus, etc., la procidence du cordon, les monstruosités fœtales, etc., sont autant de contre-indications de l'opération. Il en est de même de la grossesse gémellaire, qui rend le diagnostic de la présentation des deux enfants fort difficile, et qui ne permettrait pas toujours de distinguer si les pressions sont exercées sur les deux extrémités du même fœtus.

Positions du fœtus dans lesquelles on doit pratiquer la version par manœuvres externes. — Ainsi que nous l'avons dit (p. 869 et suiv.), les présentations du sommet et du siége peuvent offrir certaines irrégularités ou inclinaisons qui, dans la grande majorité des cas, se redressent spontanément au moment de la rupture des membranes; mais qui, assez souvent, persistent ou facilitent la production de présentations plus défavorables encore. La partie du fœtus qui se présente, tête ou siége, ne tend pas alors à s'engager dans le détroit supérieur, mais vient arc-bouter contre un des bords de ce détroit. L'axe longitudinal du fœtus, au lieu d'être placé dans la direction de l'axe du bassin, est plus ou moins oblique. D'autres fois, ce qui est plus grave, il est couché transversalement, de manière à constituer une présentation du tronc.

Or, c'est surtout dans ces situations obliques ou transversales de l'axe fœtal que la version par manœuvres externes peut être pratiquée avec avantage, et nous allons emprunter à Wigand le manuel opératoire.

Précautions préliminaires. — La première précaution à prendre, c'est de s'assurer, autant que possible, de la position du fœtus et de la situation exacte de la tête et du siége. Sans entrer dans les détails que nous avons donnés à propos de chaque présentation, nous rappellerons sommairement que l'accoucheur doit se servir successivement du palper abdominal, à l'aide duquel il reconnaîtra les inégalités fœtales, du toucher pratiqué dans la station et la supination, enfin de l'auscultation ; il tiendra compte surtout de la forme du globe utérin, de la saillie plus ou moins considérable de la poche des eaux, de l'impossibilité d'atteindre avec le doigt vaginal aucune partie de l'enfant.

La position a donner à la femme varie suivant les cas. En général, il faut faire coucher la femme sur le côté dans lequel se trouve la partie fœtale que l'on veut faire arriver sur l'orifice. Ainsi, si cette partie est la tête, et si celle-ci repose sur l'os iliaque gauche, c'est le décubitus latéral gauche que l'on prescrira. Il ne faut pas exagérer ce décubitus latéral, mais le modérer assez pour que l'ombilic soit légèrement dirigé à gauche. Pour que le ventre trouve un point d'appui

solide, on placera dessous un coussin épais et dur, ou un drap plié en plusieurs doubles, contre lequel la femme aura le soin de s'appuyer fortement en s'aidant de ses mains. Ce changement de position doit s'opérer dans l'intervalle des douleurs, de crainte que le déplacement de l'enfant, joint à la contraction de la matrice, ne cause la rupture de la poche des eaux.

Lorsqu'on n'a pu établir nettement le diagnostic, la femme se couchera sur le côté gauche, car c'est la position qui convient dans les cas les plus ordinaires.

S'il y avait une antéversion prononcée, si la tête appuyait sur la crête du pubis, c'est le décubitus dorsal qu'il faudrait préférer, en élevant un peu le bassin et en ayant soin de faire soutenir le ventre par des aides qui le redresseront avec une large cravate.

Quant à la position de l'accoucheur elle varie suivant les cas, et se trouve suffisamment indiquée par l'opération qu'il se propose de faire.

Inutile de dire qu'il faut vider la vessie et le rectum.

Manuel opératoire. — Dans quelques cas de simple obliquité fœtale, la position, aidée du coussin placé sous le côté du ventre, a suffi pour opérer la réduction, mais le plus souvent, et surtout dans les présentations transversales, les manœuvres externes sont nécessaires.

L'accoucheur doit toujours chercher à faire descendre dans le détroit l'*extrémité fœtale qui est la plus rapprochée de l'orifice*. Les présentations du pelvis ne sont pas tellement défavorables qu'on ne puisse dans quelques cas, pour éviter des manœuvres trop longtemps prolongées et peut-être nuisibles, renoncer à faire descendre la tête la première.

Supposons donc le fœtus en position céphalo-iliaque gauche de l'épaule droite. L'opérateur, placé à droite du lit, voulant abaisser la tête, applique sa main droite sur la tête et tâche de la faire descendre, tandis qu'il fera remonter le pelvis en le repoussant avec sa main gauche; par des légères frictions sur les deux extrémités du fœtus, il agira en sens inverse avec ses deux mains, et tâchera de faire concorder ses mouvements. Si ces frictions légères ne suffisent pas, il pressera plus fortement et toujours en même temps sur les deux extrémités.

Aussitôt qu'on aura ramené au détroit supérieur l'extrémité céphalique, on attendra quelques instants pour s'assurer qu'elle y est bien fixée, puis on rompra la poche afin de fixer le fœtus dans cette nouvelle position par la rétraction des parois utérines.

Dans le cas où la tête se trouve dans le voisinage de l'orifice utérin, comme dans les positions obliques ou inclinées du sommet, il suffit de presser avec une seule main contre le point de l'abdomen où sont les fesses, tandis que deux doigts de l'autre main, introduits dans le col, peuvent faire glisser la tête du rebord du détroit sur l'orifice et rompre la poche en temps opportun.

Il est facile de comprendre quelles sont les modifications que doit subir l'opération lorsqu'au lieu de la tête c'est le siége qu'on croit devoir ramener au détroit supérieur.

La conversion opérée, on abandonne l'accouchement aux efforts de la nature. Si quelques difficultés se présentaient ensuite, on les combattrait par les moyens ordinaires.

Ces manœuvres externes peuvent être pratiquées quel que soit le degré de dilatation du col, mais en général il faut ne rompre les membranes que lorsque cette dilatation est un peu avancée. Aussi, quand, dès le début du travail, l'accoucheur constate une position oblique de la tête ou du siége, ou une position du tronc, il devra se contenter d'abord de donner à la femme une position convenable, et d'exercer à l'aide d'un drap roulé ou d'un coussin dur placé sous le côté du ventre une pression sur la partie fœtale qu'il désire voir s'engager. Il recommandera en même temps l'immobilité la plus absolue, surtout pendant la contraction. Si, après cinq ou six heures d'attente, ces précautions n'avaient pas changé la présentation, il en viendrait aux pressions extérieures que nous avons décrites : après la conversion, les membranes seront immédiatement rompues, si la dilatation du col est avancée, mais dans le cas contraire il se contentera de maintenir la femme dans le décubitus latéral, et d'exercer sur les parois de l'abdomen une pression convenable. Malgré ces précautions, le fœtus reprend parfois sa position vicieuse; il faut alors recommencer les mêmes manœuvres et rompre la poche aussitôt après.

C. *Pendant le travail et après la rupture des membranes.* — La version par manœuvres externes n'est alors proposable que dans les positions obliques, alors que la tête ou le siége sont très-rapprochés du col, que les membranes sont rompues depuis peu de temps, qu'il reste encore une certaine quantité d'eau dans l'utérus, enfin, que le fœtus jouit encore d'une certaine mobilité. Encore convient-il d'y mettre une grande réserve et de ne pas insister longtemps sur des tentatives dont le moindre inconvénient serait de faire perdre un temps précieux. Pour ma part, si la dilatation du col le permettait, j'aimerais mieux profiter de ces conditions favorables pour pratiquer la version pelvienne. A plus forte raison suis-je disposé à conseiller cette pratique dans les présentations transversales du tronc.

Flamand ne bornait pas aux cas que nous venons d'indiquer le précepte de ramener la tête dans la position du tronc; il voulait que, même après la rupture des membranes et l'écoulement du liquide amniotique, on pratiquât la version céphalique. Il a minutieusement indiqué la manœuvre à faire dans chacune des présentations distinctes qu'il admettait sur les plans antérieur, postérieur et latéraux du fœtus. Nous croyons inutile de reproduire les longs détails dans lesquels il est entré (*Journal complémentaire des sciences médicales*); ils peuvent tous se réduire au précepte suivant : « Saisir la partie qui se présente, la soulever au-dessus du détroit, la porter, autant que possible, du côté opposé à celui où se trouve la tête, et aller saisir celle-ci, si les efforts faits par l'autre main, à travers les parois abdominales, n'ont pas suffi pour la faire tomber dans l'excavation. »

De l'aveu même de Flamand, cette manœuvre ne réussit guère que lorsque c'est une région du cou ou de la partie supérieure du thorax qui se présente.

Quant à nous, nous la croyons difficile même dans ces cas; elle est pourtant rigoureusement possible, surtout s'il reste encore de l'eau dans l'utérus et si les contractions sont peu énergiques, et nous croyons alors convenable de faire quelques tentatives dans ce but; mais longtemps après la rupture des membranes et l'écoulement complet du liquide amniotique, avec un resserrement énergique du viscère, nous n'hésitons pas même dans ce cas, et à fortiori dans celui où une région de la moitié inférieure du tronc se présentera au centre du détroit, à lui préférer une version pelvienne par manœuvres internes.

La crainte des difficultés auxquelles expose l'arrêt de la tête au devant du détroit supérieur nous avait porté, à l'exemple de beaucoup d'auteurs contemporains, à recommander la version céphalique dans les cas de rétrécissement du bassin. Un mémoire très-curieux de M. Simpson ayant de nouveau fixé notre attention sur les avantages et les inconvénients de la version pelvienne, nous avons examiné avec soin les faits connus, et nous pensons que cette lecture attentive a singulièrement modifié notre opinion. Nous sommes aujourd'hui convaincu qu'on a exagéré les dangers de la version podalique dans les rétrécissements du bassin, et nous n'hésitons pas à conseiller cette opération de préférence à la version céphalique, qui serait très-difficile après l'évacuation complète du liquide amniotique, et nécessiterait encore une application du forceps.

A plus forte raison donnerions-nous la préférence à la version pelvienne, si le bassin était de ceux dans lesquels le rétrécissement porte beaucoup plus sur un des côtés que sur l'autre, c'est-à-dire dans lequel l'angle sacro-vertébral, fortement poussé en avant, est en même temps déjeté de côté, comme dans le bassin oblique ovalaire de M. Nægele, car elle permettrait de diriger plus facilement le dos et la grosse extrémité occipitale de la tête vers le côté le plus large du bassin.

Lorsque la présentation du tronc se complique de la sortie du bras, la version céphalique, conseillée par Ruffus (*humeri repellendi ut cadat caput*), Rhodion, etc., me paraît devoir être complétement rejetée. La nécessité de la rétropulsion préalable du bras rendrait alors la version céphalique très-difficile, si déjà, comme nous l'avons dit précédemment, la rupture prématurée des membranes ne portait à la rejeter. Aussi, dans ces cas, la version pelvienne me paraît être très-préférable.

Présentations de l'extrémité pelvienne. — « Tout partisan que nous sommes de la version par la tête, dit Flamand, nous n'oserons pas cependant la proposer d'emblée dans ce cas, quoique nous y soyons disposé. Mais, d'après les suppositions suivantes, nous ne doutons pas que tout accoucheur sans prévention ne suive notre avis et ne tente cette opération.

» Si un fœtus monstrueux était privé des membres inférieurs, ou ne présentait que de petits moignons près des fesses, qui ne fourniraient point assez de prises aux mains de l'accoucheur pour tirer en dehors l'extrémité inférieure, et que la mobilité du fœtus laissât entrevoir la possibilité de faire descendre la tête, qui hésiterait à tenter l'opération? » Pour nous, nous n'hésiterions pas à laisser l'accouchement se terminer seul. A quoi bon tirer sur l'extrémité pelvienne?

Les préceptes de madame Lachapelle, Desormeaux, Dubois, etc., ne nous ont-ils pas appris que toute traction sur l'extrémité pelvienne est plus nuisible qu'utile; et le plus grand nombre des inconvénients que Flamand et consorts reprochent à l'accouchement par le siége, et sur lesquels ils se fondent pour conseiller la version céphalique, ne sont-ils pas la conséquence de ces tractions imprudentes?

« Si une femme n'a que 3 pouces 3 lignes de diamètre sacro-pubien, si elle a perdu plusieurs fœtus venus par les fesses, si l'on est obligé de rompre les membranes, ou si, peu de temps après leur rupture, le fœtus paraît assez mobile, toute tentative pour la version par la tête est de rigueur. » Nous pensons que, le fœtus étant très-mobile, on serait autorisé à faire cette tentative avant la rupture des membranes; mais, après l'écoulement des eaux, cette opération nous paraît devoir être, dans l'immense majorité des cas, impossible, et nous aimerions mieux les tractions bien ménagées sur le tronc, en faisant tous nos efforts pour maintenir la flexion de la tête au moment où celle-ci arriverait au détroit supérieur. Les observations de madame Lachapelle et celles que, plus récemment, M. Simpson a publiées, motivent assez notre préférence, même dans le cas où le rétrécissement du bassin est le résultat de la saillie directement antéro-postérieure de l'angle sacro-vertébral : à plus forte raison ce précepte devrait-il être suivi si l'on avait affaire à un de ces bassins que M. Nægele a décrits sous le nom de bassin oblique ovalaire; car les tractions faites alors sur le siége devraient avoir pour but de retourner le dos du fœtus, et par conséquent la grosse extrémité occipitale de la tête, vers le côté du bassin largement conformé.

En résumé, la version par manœuvres externes ne doit être tentée, dans les positions obliques ou transversales du tronc du fœtus, que pendant le travail et, autant que possible, avant la rupture des membranes. Si pourtant la rupture de la poche ne s'est opérée que depuis très-peu d'instants, s'il reste encore dans l'utérus une certaine quantité d'eau; si, en un mot, le fœtus est encore mobile et que la partie qu'il s'agit de faire descendre soit très-rapprochée du col, on peut encore faire quelques tentatives; mais, pour peu qu'on rencontre quelque résistance, il faut revenir à la version pelvienne.

Avant le travail, on doit se borner, après avoir constaté la mauvaise position du fœtus, aux mesures préventives que nous avons déjà indiquées, et attendre le travail pour pratiquer les manœuvres externes.

ARTICLE II

DE LA VERSION PELVIENNE PAR MANŒUVRES INTERNES

C'est une opération dans laquelle l'extrémité pelvienne est ramenée au détroit supérieur, dont elle était plus ou moins éloignée.

Nous avons déjà vu, dans l'article précédent, que ce résultat pouvait être obtenu par les manœuvres externes pratiquées avant la rupture des membranes;