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;

mais à cette dernière opération nous avons posé quelques contre-indications formelles, alors même que les membranes sont intactes. De plus, il arrive assez souvent que l'accoucheur n'est appelé auprès de la femme et ne peut constater la position vicieuse que lorsque les eaux sont écoulées depuis longtemps. La version pelvienne par manœuvres internes est dans tous ces cas indispensable; aussi devons-nous l'étudier avec le plus grand soin.

Nous indiquerons d'abord les règles générales applicables à tous les cas de version par l'extrémité pelvienne; ensuite, les particularités relatives à chacune des positions du sommet, de la face et du tronc. Mais, avant d'agir, il est bon de prendre certaines précautions qui peuvent, plus tard, faciliter le manuel opératoire; il est indispensable surtout de se rappeler quelles sont les conditions nécessaires à la pratique de cette opération.

## § I. - Précautions à prendre.

Avant d'étudier séparément les règles générales de la version pelvienne, nous allons rapidement indiquer certaines précautions que l'accoucheur doit prendre, et qui s'appliquent à tous les cas.

1º Avant toute chose, l'acconcheur doit prévenir la femme de l'opération qu'il va pratiquer, lui en faire comprendre, autant que possible, la nécessité, calmer ses inquiétudes et la rassurer complétement sur les conséquences fâcheuses qu'elle peut avoir pour elle et pour son enfant.

2º Aussitôt que la malade aura consenti à l'opération, elle sera placée dans une position convenable. Cette position varie beaucoup suivant les pays et même suivant les accoucheurs. En France, celle qui est généralement préférée est la suivante : La femme se place en travers sur son lit, dont un des bords est appuyé contre un mur ou un meuble élevé ; plusieurs oreillers sont accumulés derrière son dos, de manière à tenir la partie supérieure du corps modérément élevée, et de manière aussi que, le sacrum de la femme appuyant sur le bord du lit, la vulve et le périnée soient complétement à découvert. Les membres inférieurs sont modérément fléchis, les pieds appuyés sur deux chaises et maintenus par deux aides placés en dehors de ces membres. Si la femme est très-indocile, ou craint de ne pouvoir maîtriser ses mouvements, un autre aide, saisissant les crêtes iliaques, maintient le bassin en position fixe.

En Angleterre, les femmes accouchent ordinairement couchées sur le côté. C'est aussi dans cette position qu'on les place toutes les fois que l'art est obligé d'intervenir. On prend seulement alors la précaution de rapprocher le siége du bord du lit, et de placer un coussin entre les genoux pour les tenir écartés.

Il serait à désirer de voir, dans quelques cas au moins, préférer cette position: lorsque, en effet, la région dorsale du fœtus est dirigée en arrière, le décubitus latéral de la femme permettrait quelquesois à la main d'arriver plus facilement jusqu'aux pieds, tandis que dans les positions dorso-antérieures la version est plus facile quand la femme est couchée sur le dos.

3° Le petit lit sur lequel les femmes accouchent est souvent très-peu élevé, et par cela même incommode pour l'opérateur. Quelques accoucheurs veulent, en conséquence, qu'on place un matelas sur une commode ou un autre meuble de la même hauteur, et qu'on y porte la femme. Sans aucun doute, dans la plupart des cas, l'accoucheur est obligé de se mettre à genoux ou de s'asseoir sur une petite chaise; cette position est souvent gênante et nuit à la manœuvre opératoire. Si le lit est trop bas il faut donc le faire élever avec un matelas plié en double ou faire placer la femme sur un meuble plus élevé. Dans les conditions ordinaires, retourner le lit de manière qu'un de ses bords soit appuyé contre le mur, placer la femme en travers en prenant la précaution, si cela est nécessaire, de lui élever le siége par un oreiller glissé sous le premier matelas, est chose tellement simple, que la femme s'en aperçoit à peine et qu'elle ne s'en inquiète nullement.

4º L'accoucheur doit ôter son habit. L'avant-bras devant être introduit dans les parties jusqu'au coude, cette précaution est indispensable. Enfin il fera préparer des linges en assez grande quantité pour en placer au pied du lit, essuyer ses mains, et envelopper convenablement le tronc du fœtus à mesure qu'il sera extrait.

5° Il faut ensuite reconnaître la position du fœtus. Nous n'avons ici qu'à renvoyer aux signes diagnostiques que nous avons indiqués en décrivant l'accouchement naturel dans chaque présentation.

6° La position étant reconnue, il faut se décider sur le choix de la main avec laquelle on se propose de pratiquer la version. Dans les présentations du sommet, de la face et du siége, nous introduisons la main qui, placée entre la pronation et la supination, a la face palmaire tournée vers le plan antérieur du fœtus; dans celles du tronc, nous introduirons la main homonyme du côté du fœtus qui se présente, toutes les fois que nous voudrons pratiquer la version pelvienne. Quant à la version céphalique, il est difficile de fixer par une règle générale la main à introduire; cela varie suivant les cas particuliers.

La main et l'avant-bras que l'on a choisis sont enduits d'un corps gras dans le but de faciliter leur introduction et de les mettre à l'abri de la contagion des maladies dont la femme pourrait être infectée. Il faut avoir soin de ne graisser que la face dorsale de la main, qui seule doit être en contact avec les parties de la mère, la face palmaire devant s'appliquer et saisir les parties du fœtus, qui ne sont déjà que trop glissantes.

7° Dans tous les cas où la version est nécessitée par un accident qui menace les jours de la mère ou de l'enfant, il est évident que l'accoucheur doit opérer dès que son intervention est exigée par la gravité de l'accident, et que, par conséquent, il n'est pas possible de choisir le moment; mais dans ceux où une position vicieuse constitue toute la difficulté, comme dans les présentations du tronc, par exemple, l'accoucheur, s'il assiste la femme depuis le commencement du travail, doit se rappeler que lorsque la poche des eaux est encore intacte, ou rompue depuis assez peu de temps pour qu'il reste encore beaucoup d'eau dans la cavité utérine, l'introduction de la main et l'évolution du fœtus sont beaucoup

plus faciles, et que c'est par conséquent l'instant qu'il doit préférer, si toutefois le col est suffisamment dilaté.

## § II. - Conditions nécessaires.

Il faut, pour qu'on puisse pratiquer la version pelvienne, que le col soit dilaté ou dilatable; que la partie qui se présente ne soit pas engagée trop avant dans l'excavation, et surtout n'ait pas franchi le col de l'utérus; enfin, excepté dans les présentations du tronc, la plupart des auteurs exigent qu'il n'existe aucune disproportion entre le volume de la tête et les dimensions du bassin.

1º Il faut, disons-nous, que le col soit suffisamment dilaté ou dilatable pour permettre l'introduction facile de la main et le libre passage des parties du fœtus. On peut considérer le col comme étant suffisamment dilaté, lorsque son ouverture offre à peu près 5 centimètres de diamètre; mais le col peut être bien moins ouvert et cependant la version être encore possible, c'est qu'alors il est souvent dilatable; dans ce dernier cas, le col est épais, mou, souple, facile à distendre; il n'est point tendu, serré, et le doigt, porté sur les divers points de sa circonférence, sent qu'il ne résiste pas au moindre effort et se laisse facilement dilater. Cette dilatabilité de l'orifice utérin se rencontre surtout lorsque, après la rupture des membranes, la partie qui se présente ne peut, à cause de son volume ou de sa mauvaise position, s'engager dans l'ouverture du col : celui-ci retombe en effet sur son centre, n'étant plus soutenu, et se rétrécit.

2º La seconde condition est que la partie qui se présente ne soit pas engagée trop avant dans l'excavation, et surtout n'ait pas franchi le col. Nous verrons tout à l'heure que, avant de chercher à pénétrer dans l'utérus, la main de l'accoucheur doit repousser au-dessus du détroit supérieur la partie déjà plus ou moins engagée dans l'excavation. Or, on conçoit que, si cette partie avait franchi le col, on ne pourrait la refouler sans repousser en même temps l'utérus, et sans s'exposer à déchirer ses attaches utéro-vaginales.

3º Lorsque le bassin est rétréci, la plupart des accoucheurs français proscrivent la version pelvienne. Cette proscription, que nous avions adoptée d'une manière absolue, me semble devoir être réservée aux cas dans lesquels le bassin est rétréci dans tous ses diamètres, ou à ceux dans lesquels le rétrécissement, portant sur le diamètre sacro-pubien, est excessivement prononcé. Un examen plus attentif de cette question m'a convaincu que madame Lachapelle, M. Simpson (d'Édimbourg) et M. Radfort (de Manchester) ont raison, dans quelques cas, de croire la version préférable à l'application du forceps. Dans le chapitre suivant, nous discuterons ce point important de pratique; mais nous croyons pouvoir dire, dès à présent, que la version nous semble pouvoir être employée avec avantage : 1º dans les rétrécissements obliques ovalaires de M. Nægele; 2º dans les rétrécissements antéro-postérieurs du détroit inférieur qui se compliquent d'une étroitesse considérable de l'arcade sous-pubienne. (Voy. Forceps.)

Au-dessous de 5 centimètres, le diamètre antéro-postérieur du bassin est tellement étroit que l'introduction de la main scrait impossible. Avec un rétrécissement aussi prononcé, il sera donc inutile d'insister beaucoup sur les tentatives de version.

## § III. - Règles générales de la manœuvre.

La manœuvre, dans la pratique de la version podalique, se compose de trois temps principaux: l'introduction de la main, l'évolution du fœtus, l'extraction du fœtus.

1º Introduction de la main. — La femme étant convenablement placée, l'accoucheur, étant debout ou à genoux devant elle, présente sa main à l'entrée de la vulve, et cherche à l'introduire en la poussant un peu de haut en bas et d'avant en arrière. Si la vulve est très-large, les doigts rapprochés sont d'abord introduits à plat, en ayant soin d'abaisser avec le bord cubital de la main la commissure antérieure du périnée; si au contraire elle est très-étroite, les doigts sont introduits l'un après l'autre, puis on les réunit en gouttière, de manière que le pouce vient se glisser dans leur concavité palmaire et passe inaperçu. La main forme ainsi un cône dont la base est encore à l'extérieur, et dont on cherche à faire pénétrer le sommet dans l'excavation vaginale : le poignet est alors légèrement abaissé pour accommoder la direction de la main à celle de l'axe du détroit inférieur, et on l'abaisse de plus en plus à mesure que les doigts pénètrent plus profondément, pour faire décrire à la main la courbe à concavité antérieure que représente l'axe pelvien. Pour faciliter l'introduction, il faut imprimer à la main des mouvements de rotation sur son axe, afin d'effacer les plis du vagin.

Il faut, autant que possible, introduire la main dans la vulve pendant l'intervalle des douleurs. Antoine Dubois avait donné un précepte contraire, et professait qu'il était préférable de pratiquer cette introduction pendant la contraction. La femme, disait-il, occupée par la douleur utérine, ne s'apercevra pas de celle que lui cause l'entrée de la main. Mais il suffit d'avoir assisté des femmes et de les avoir touchées pendant la contraction, pour rejeter complétement l'opinion du célèbre accoucheur.

Les doigts, arrivés au haut du vagin, peuvent trouver le col largement dilaté ou seulement suffisamment dilatable. Dans le premier cas, ils pénètrent sans aucune difficulté en se plaçant entre la paroi interne de l'organe et la partie qui se présente; mais, dans le second, les doigts doivent s'introduire l'un après l'autre, de manière à former un cône dont l'extrémité est placée dans l'orifice. Puis on pousse doucement la main en lui imprimant des mouvements de rotation, et en écartant un peu les doigts, afin d'exercer une pression douce et égale sur les divers points du pourtour du col. Lorsqu'on peut disposer d'un aide, il faut lui faire placer les deux mains sur le fond de l'utérus, afin d'empêcher l'organe d'être refoulé par les efforts que l'on fait pour introduire la main; si l'on n'a pas d'aide, l'autre main de l'accoucheur appuie sur le fond de l'utérus pour remplir le même office; sans cette précaution on serait exposé à une déchirure du vagin, dont les attaches à l'utérus se rompraient.

C'est pendant l'intervalle des douleurs qu'il faut pénétrer dans le col de l'utérus. Dès que la main arrive dans le col de l'utérus, il faut s'assurer qu'on ne s'est pas trompé sur la position. Dans le cas où l'on aurait commis une erreur, et où l'on aurait introduit la main opposée à celle qu'il aurait fallu introduire, on devra la retirer pour introduire l'autre, si l'on prévoit beaucoup de difficultés, c'est-à-dire si les membranes sont rompues depuis longtemps, les eaux complétement écoulées et les contractions utérines très-énergiques; alors, en effet, on ne doit pas, par le choix d'une main défavorable, ajouter aux difficultés qui existent déjà. Mais, dans le cas contraire, on pourra utiliser la main d'abord introduite, afin d'épargner à la femme la douleur et les répugnances que lui fait toujours éprouver l'introduction d'une seconde main.

Au moment où la main arrive dans le col, les membranes peuvent être encore intactes ou rompues depuis longtemps. Dans le premier cas, faut-il les rompre avant de passer outre ? Vaut-il beaucoup mieux glisser la main entre la surface externe des membranes et la face interne de l'utérus, la diriger jusqu'au point où l'on sait, d'après la position, devoir trouver les pieds, et ne rompre les membranes qu'au moment où l'on saisit les membres inférieurs, ou du moins quand toute la main est introduite dans la cavité utérine ? Les deux procédés ont leurs avantages : le premier est le plus expéditif et n'expose guère, malgré l'assertion contraire, à l'écoulement trop rapide du liquide amniotique, car l'avant-bras, placé dans l'ouverture du col, l'oblitère à peu près complétement. Avec le second, en ne rompant les membranes qu'au moment où la main saisit les pieds, on a l'immense avantage d'arriver beaucoup plus facilement au fond de l'utérus, de tourner plus promptement les pieds, et enfin de pratiquer le second temps ou l'évolution du fœtus, celui-ci étant encore mobile au milieu du liquide. Si, en cheminant entre la face interne de l'utérus et la face externe des membranes, la main rencontre le placenta inséré sur un des côtés de l'utérus, il faut bien se garder de le décoller : on essayera de contourner la circonférence du placenta, et, si c'était trop difficile, on rompra les membranes au bord inférieur du pla-

Lorsque les membranes sont rompues, l'introduction de la main est beaucoup plus difficile. La présence de ce nouveau corps étranger irrite les parois utérines et augmente beaucoup l'énergie de leurs contractions: au moment de leur plus grande violence, il serait insensé de vouloir vaincre leur résistance; il est prudent alors de suspendre toute tentative d'introduction, de se contenter de maintenir la main à la hauteur à laquelle elle était parvenue, et de ne renouveler ses efforts que lorsque les douleurs sont un peu calmées: avant toute chose, la main, saisissant la partie qui se présente, la refoule d'abord un peu au-dessus du détroit supérieur, puis la pousse vers une des fosses iliaques, où elle est maintenue d'abord par la paume de la main, puis par la face antérieure de l'avant-bras:

(1) C'est le conseil donné par Peu, Smellie, Deleurye, Hamilton, Boër, Nægele et madame Lachapelle. L'illustre sage-femme a même soin de recommander une autre précaution: c'est de ne rompre les membranes que pendant le relâchement de l'utérus, de peur que sa contraction n'expulse une grande partie des eaux.

facile quand le fœtus conserve un peu de mobilité, ce refoulement est impossible quand les eaux sont complétement écoulées; il faut se borner alors à glisser sa main entre le col et la partie qui se présente. Le chemin à suivre pour arriver jusqu'aux pieds varie suivant les positions. Quelques accoucheurs ont établi comme règle générale de contourner le côté du fœtus qui est dirigé vers les lombes de la mère, et de glisser la main sur le dos, sur le siége de l'enfant, puis sur la face postérieure des membres inférieurs avant d'arriver jusqu'aux pieds; car, en la posant à plat sur la face antérieure du fœtus, et la glissant ainsi directement jusqu'aux pieds, rien n'est si facile, dans l'état de pelotonnement où se trouvent les membres supérieurs et inférieurs, que de prendre un pied pour une main, un coude pour un genou. C'est, en effet, un conseil qu'on peut suivre dans quelques cas; mais, dans beaucoup d'autres, il est inutile ou impossible de prendre cette précaution : inutile, alors qu'il reste encore beaucoup d'eau dans l'utérus ; impossible, quand les membranes sont rompues depuis longtemps et les parois utérines violemment rétractées sur le tronc du fœtus : il faut alors se contenter de glisser sa main à plat sur le plan antérieur du fœtus, en évitant avec soin de confondre un pied avec une main.

2º Évolution du fætus. — La main, arrivée à la hauteur des pieds, les saisit de manière que l'index soit placé entre les deux malléoles internes, le pouce sur

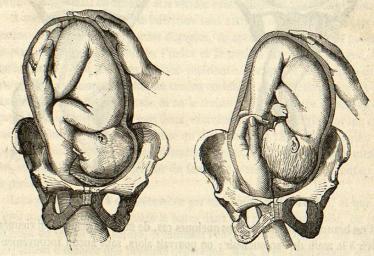


Fig. 120.

Fig. 121.

le bord externe d'un des membres, et les trois autres doigts sur le côté externe de l'autre jambe. Tel est au moins le conseil donné par la plupart des auteurs. Mais il est vrai de dire qu'on ne fait pas toujours ce qu'on veut, et qu'il faut seulement s'assurer qu'on les tient solidement (fig. 120). Il est quelquefois difficile de saisir les deux pieds en même temps : on peut, à la rigueur, se contenter d'un seul, quand la recherche du second présente trop de difficultés. On tire