site, le médecin examinera la fréquence du pouls, la sensibilité du ventre, l'état de rétraction de l'utérus. Il s'informera surtout si la femme a uriné. Si la vessie est paralysée, on la videra au moyen du cathétérisme. La femme doit être dans le calme physique et moral le plus complet. On interdira les visites pendant les premiers jours et on lui cachera avec soin toute nouvelle de nature à lui causer de l'émotion. La malade conservera pendant les premiers jours le décubitus dorsal soit pour prendre ses repas, soit pour les excrétions, qui seront reçues dans un vase plat, légèrement chauffé. La durée du séjour au lit sera de neuf jours au moins, et de deux semaines si cela est possible. On fera pour la première fois le lit, après la fièvre du lait; pendant ce temps la femme se glissera sur un lit provisoire qui sera roulé auprès du sien. Il y aurait inconvénient à la placer sur un fauteuil. Le premier lever sera limité à une heure, puis, peu à peu, dans les jours suivants, l'exercice sera progressif. Le moment de la première sortie ne peut être fixé d'avance, il dépendra de l'état de la femme, de la saison, du temps : en général on peut leur permettre une promenade du vingt-cinquième au vingt-sixième jour. Pendant les suites de couches on couvrira les femmes assez pour qu'elles ne prennent pas froid; mais il faut éviter de provoquer les sueurs. On combat la constipation avec un quart de lavement contenant 30 ou 40 grammes de chlorure de sodium. L'appétit est en général assez nul pour qu'on laisse la femme libre de son régime, en général des bouillons et des potages lui suffisent dans les premiers jours. La boisson ordinaire est une infusion de feuilles d'oranger et de tilleul. Les tranchées vives et persistantes seront combattues par l'ergot de seigle, puis par le laudanum. La fétidité des lochies sera modifiée par les injections et la solution d'hypochlorite de soude. Les hémorrhagies tardives seront combattues par l'ergot de seigle et le repos complet. Les seins devront être couverts avec une feuille de ouate chez les femmes qui ne nourrissent pas. La ouate sera fréquemment changée si l'écoulement du lait est abondant. Si les seins deviennent lourds et douloureux, on les soutiendra avec un double suspensoir. On laissera les femmes libres de prendre des tisanes prétendues antilaiteuses, pour faire passer leur lait. Les purgatifs seront plus utiles dans ce but. L'agaric blanc sera administré s'il existait une galactorrhée persistante (1). » (1 à 2 gr. par jour.)

(1) Joulin, *Traité d'accouchements*, p. 659.

615. **Après la délivrance.** — Placer l'enfant sur le dos près de la vulve, et dès que la respiration s'est établie, couper le cordon entre deux ligatures, à deux travers de doigt de l'ombilic. — Porter l'enfant sur une table ou sur les genoux d'une aide et le débarrasser de l'enduit sébacé, par des frictions avec les doigts enduits de cérat, ou d'huile ou de beurre, ou avec un jaune d'œuf, et terminer le nettoyage avec un linge sec ou de l'eau tiède et une éponge. — Procéder à l'habillage, en commençant par la tête, qui doit être bien séchée. — Lorsque la partie supérieure du corps est vêtue, placer la compresse et la bande ombilicales; pendant ces premiers soins, éviter que le nouveau-né ne se refroidisse.

616. **Soins à l'enfant nouveau-né.** — 1° *Asphyxie.* — Si l'enfant est en état de mort imminente, il se présente sous deux aspects différents. 1° Face tuméfiée, injectée, bleuâtre; peau du tronc violacée et marquée de taches livides; membres immobiles et cordon gorgé de sang. — 2° Face et téguments pâles, mâchoire pendante, membres flasques et dans la résolution.

2° *Hémorrhagies.* — Très-rares; résultent d'une déchirure du cordon et du placenta. — L'enfant est pâle et décoloré, et, s'il n'a pas succombé avant son expulsion, il ne tarde pas à périr, si la quantité de sang est insuffisante pour le système nerveux et pour mettre en jeu les appareils nécessaires à la vie.

3° *Respiration.* — Asphyxie qui empêche l'action reflexe de se faire sentir sur les nerfs inspirateurs. — Obstacles mécaniques, tels que mucosités s'opposant à l'introduction de l'air dans les voies aériennes. — En se prolongeant, elles déterminent l'asphyxie, qui alors est secondaire.

4° *Innervation.* — Troubles portant sur la moelle allongée, et alors la mort est immédiate; ou bien sur le cerveau, et alors ce n'est qu'au bout de plusieurs jours que des accidents inflammatoires formidables viennent compromettre la vie du fœtus. — Les lésions de l'appareil nerveux déterminent donc rarement par elles-mêmes l'état de mort imminente au moment de la naissance (1).

5° *Traitement de l'état de mort imminente.* — S'il y a absence de respiration, porter le doigt jusqu'au pharynx du fœtus pour le débarrasser des mucosités qui pourraient l'oblitérer; — si la face est congestionnée, laisser saigner le cordon. — Si le cordon ne fournit pas de sang, ne pas perdre de temps en cherchant

(*) Voir *Asphyxie*, méthode Sylvester. p. 550.

à le faire saigner, mais recourir de suite à l'insufflation pulmonaire, qui est le moyen le plus énergique pour rappeler le fœtus à la vie. — L'insufflation se pratique au moyen du tube de Chaussier. — Placer l'enfant sur le dos, la tête un peu renversée en arrière ; — soulever l'épiglotte en pressant d'arrière en avant sur la base de la langue ; — introduire le tube un peu incliné sur le côté, jusqu'à ce que son extrémité laryngienne soit parvenue à la glotte ; — alors le redresser en le ramenant sur la ligne médiane, et il pénètre assez facilement à travers le larynx ; — s'assurer qu'il est bien en place. — Pour éviter le retour de l'air par la bouche et les narines, fermer ces ouvertures au moyen d'une compresse fine sur laquelle les doigts sont appliqués assez exactement pour produire une oblitération très-complète. — Tenir chaudement l'enfant. — L'insuffler lentement, avec une certaine force, dix à douze fois par minute ; — faire des pressions méthodiques sur la poitrine, pour rendre les expirations plus profondes. Enlever le tube pour le désobstruer des mucosités qui parfois viennent l'embarrasser. — Continuer les insufflations jusqu'à ce qu'il se produise six à huit inspirations spontanées par minute, quelquefois pendant plus d'une heure avant que l'enfant puisse se passer de secours. — Lorsque les battements du cœur ont complétement cessé, aucun espoir de succès. — L'insufflation peut être efficace, même lorsqu'elle est pratiquée plusieurs heures après la naissance, — l'arrêt complet des mouvements du cœur est le seul signe qui puisse empêcher d'intervenir. — Aspersions froides, immédiatement suivies d'immersions dans un bain chaud ; ajouter une forte portion de farine de moutarde ; — frictions énergiques au moyen de la flanelle, avec l'alcool ou avec un linge mouillé ; — douche thoracique avec un liquide alcoolique projeté avec la bouche.

Si l'état de mort imminente dépend d'une hémorrhagie des vaisseaux du cordon ou du placenta, éviter surtout le refroidissement de l'enfant.

6° *État de faiblesse congénitale.* — Les lésions portent sur l'appareil de la respiration ou de la digestion. — Dans le premier cas, combattre la tendance au refroidissement, en entourant le nouveau-né de ouate et de bouteilles d'eau chaude, — lui faire couler le lait dans la bouche quand il est trop faible pour prendre le sein. Lorsque le développement incomplet de l'appareil digestif arrête l'assimilation des aliments, pepsine qui détermine une digestion artificielle.

617. **Grossesse gémellaire.** — Se reconnaît au volume de l'utérus et au double bruit fœtal : agir comme dans l'accouchement ordinaire. Ne délivrer la mère qu'après l'expulsion des deux fœtus. Lier du côté de la mère le cordon du premier fœtus expulsé. En délivrant, ne tirer que sur un seul cordon. Ne pas se hâter de délivrer et attendre pour cela le retour d'une contraction manifeste. Il est bon d'administrer une dose d'ergot de seigle après la sortie des deux placentas.

618. **Accidents qui peuvent survenir pendant l'accouchement naturel.**

Contre l'inertie de l'utérus : Frictions hypogastriques, titillation du col, promenade : s'il y a faiblesse, conseiller le vin vieux, les vins alcooliques.

Si l'orifice est complétement dilaté, la présentation bonne et connue, les membranes rompues, le bassin bien conformé, la femme *non primipare :* administrer l'ergot de seigle (2 gr. en 4 prises), ou bien forceps.

S'il y a distension extrême de l'utérus et dilatation, rompre les membranes.

Contre l'irrégularité des contractions : Saignée en cas de pléthore ; grands bains prolongés ; injections calmantes ; quarts de lavement laudanisés ; inhalations de chloroforme.

Contre la rigidité du col : Si la tension est pléthorique, saignée du bras, grands bains ; inhalations de chloroforme, frictions sur le col avec l'extrait de belladone ; sinon, une ou plusieurs incisions de quelques millimètres sur les points les plus tendus, à l'aide d'un bistouri bien boutonné.

Contre la résistance du périnée, quand la tête se présente à la vulve depuis plus d'une heure, ou bien quand la tête est restée dans les cavités depuis plus de 4 ou 5 heures sans avancer, en admettant que les membranes soient rompues : — forceps.

Contre l'obliquité antérieure et extrême de l'utérus : chercher avec l'index à attirer, puis à maintenir l'orifice utérin vers le centre de l'excavation ; dans les cas extrêmes, inciser transversalement avec un bistouri convexe, dans une étendue de 5 à 6 centimètres, la partie la plus reculée du segment de la matrice qui se présente dans le champ du spéculum.

Contre la brièveté du cordon ombilical, se hâter d'appliquer le forceps. Si le cordon est entortillé autour du cou, le dégager et le couper : si le cordon est réellement trop court, attirer le fœtus jusqu'à ce qu'on puisse couper le cordon. Bien s'assurer que la matrice n'a pas été renversée, auquel cas on lui ferait reprendre sa forme.

Contre l'hémorrhagie : 1° Avant le 6e mois. (Voir 600.)

Après le 6e mois : Si elle se répète plusieurs fois de suite, il est probable que le placenta est situé sur le segment inférieur de l'utérus, prescrire le décubitus dorsal, siége élevé, boissons froides, acidules; perchlorure de fer (0,50 à 1 gr. en potion); eau hémostaiique. Si l'orifice est suffisamment dilaté, rompre les membranes, attendre et administrer l'ergot de seigle.

Dans les cas graves, et tout à fait au début du travail, tamponnement avec la charpie ou l'amadou enduites de perchlorure de fer. Quand l'orifice est un peu dilaté, ergot de seigle si la tête se présente, et rupture des membranes dès qu'il y a des contractions.

Quand la dilatation est complète et l'hémorrhagie très-grave, hâter l'accouchement en faisant la version, si la tête est au-dessus de l'orifice; appliquer le forceps, si elle est dans l'excavation pelvienne.

Si le fœtus était mort, expectation même quand le placenta serait inséré sur le col (Moreau).

Être sobre d'ergot de seigle, si l'on prévoyait qu'on dût être appelé à faire la version. Dans l'accouchement gémellaire, s'il survient une hémorrhagie considérable après la naissance du premier enfant, extraire immédiatement le second par le forceps ou par la version, mais préférer le forceps.

Contre la résistance formée par une vulve trop rigide : Faire une ou deux incisions postéro-latérales, à l'aide de bons ciseaux (P. Dubois), et, si cela ne suffit pas, saisir la tête avec le forceps et extraire lentement.

Contre les tumeurs squirrheuses, les polypes du col de la matrice : Expectation d'abord, puis deux ou trois incisions sur la partie saine de l'orifice, puis application de forceps.

Contre les kystes du col : Ponction ou incision du kyste.

Contre l'œdème du vagin : Faire quelques scarifications à mesure que la tête de l'enfant s'engage.

Contre le thrombus : Tâcher d'extraire le fœtus le plus promptement possible avec le forceps avant que le thrombus ait acquis un volume énorme : sinon ouvrir et vider le foyer sanguin.

Contre les polypes : Les laisser s'ils sont petits; les reséquer totalement ou partiellement s'ils doivent gêner l'accouchement.

Contre l'éclampsie. (Voir 602.)

Contre la procidence du cordon, tenter de la réduire avec la main ou la sonde et agir selon la présentation de la partie fœtale. Si c'est l'épaule qui se présente, version.

Si c'est le sommet ou la face, ausculter d'abord pour savoir si l'enfant vit : s'il vit, tenter la réduction avec la main. Introduire les quatre derniers doigts dans le vagin, saisir l'anse du cordon entre leurs extrémités et tâcher de la reporter dans l'utérus jusqu'au-dessus du détroit supérieur; arrivé là, attendre que la tête s'engage franchement dans le haut de l'excavation. Si le cordon retombe, si la tête est mobile, faire la version. Si au contraire la tête n'est plus mobile, appliquer le forceps dès que les artères ombilicales ne battent plus que faiblement et inégalement.

Si c'est la face qui se présente, — *version,* si la tête est au détroit supérieur et libre; *forceps,* si la face est engagée dans le petit bassin.

Contre le renversement de l'utérus, le réduire le plus tôt possible avec la main ou le bâton repoussoir sans décoller le placenta.

Contre la déchirure du périnée, voir *Déchirures du périnée,* 544.

619. Tableau synoptique des hémorrhagies utérines, et traitement.

1° DANS LES TROIS DERNIERS MOIS.

1° Hémorrhagie légère, travail non commencé.	Position horizontale, boissons froides, lavements laudanisés.
2° Hém. grave, pertes abondantes, syncopes, vie de la femme en danger, travail non commencé.	Tampon pendant plus ou moins longtemps jusqu'à dilatation du col et apparition des contractions; alors, quand le col commence à se dilater, ergot de seigle (P. Dubois).
3° Hém. grave, col un peu dilaté; membranes non rompues.	Rompre les membranes.

2° PENDANT LE TRAVAIL.

A. *Hémorrhagies légères.*

4° Col non dilaté, membranes intactes, hémorrhagie légère.	Rompre les membranes.
5° Col dilaté, membranes intactes, hém. légère.	Rompre les membranes.
6° Col dilaté, membranes rompues, hém. légère.	Ergot de seigle.
7° Col dilaté, etc., tête sur le plancher du bassin.	Forceps.

B. *Hémorrhagies graves.*

8° Col fermé, membranes intactes, hémorrhagie grave.	Tampon, puis ergot de seigle.
9° Col dilaté, membranes intactes, hémorrhagie grave.	Rompre les membranes.
10° Col à peu près dilaté, membranes rompues, hémorrhagie grave.	1° Si le placenta n'est pas sur l'orifice, pas d'ergot de seigle qui serait insuffisant, mais version ou forceps. 2° Si le placenta est sur l'orifice : *a*) traverser le placenta avec une sonde de femme et faire écouler le liquide amniotique (Gendrin) ; *b*) décoller avec la main.
11° Col fermé, membranes rompues prématurément, hémorrhagie grave.	Pas de tampon; ergot de seigle, frictionner le col avec la pommade belladonée.

620. **Mauvaises présentations du fœtus.** — *Positions inclinées au détroit supérieur.* — La dilatation étant complète, rompre les membranes, tenter de ramener la tête en meilleure position avec les doigts ou une des cuillers du forceps; en cas d'insuccès et après 4 ou 5 heures d'attente, faire la version : si la tête est engagée, appliquer le forceps.

Positions occipito-postérieures (2e et 4e) *du sommet dans l'excavation.* — C'est le quatrième temps qui a manqué, ou l'absence de rotation. Expectation ou forceps.

Positions occipito-transversales du sommet au détroit inférieur. — La rotation est incomplète ; chercher à la corriger à l'aide de la main introduite dans l'utérus. Ne se servir du forceps que si la main était insuffisante.

Positions occipito-pubienne, occipito-sacrée avec arrêt au détroit supérieur. — Application nécessaire du forceps.

Positions fronto-antérieures (1), *la rotation intérieure ayant manqué.* — Ramener le menton en avant avec deux applications du forceps à 10 minutes d'intervalle : on évite ainsi de tourner la concavité supérieure de l'instrument en arrière.

Positions irrégulières du sacrum. — Se redressent d'elles-mêmes ; sinon, intervenir avec la main seule.

Présentation inopinée du tronc. — Version podalique.

Présentation du sommet ou de la face avec procidence d'un bras. — Chercher à réduire le bras procident ; en cas d'impossibilité, expectation ou version podalique.

Présentation du sommet ou de la face avec procidence d'un pied. — Chercher à réduire ; et en cas d'insuccès, version pelvienne.

(1) Mento-postérieure des auteurs.

Si la version est impossible, forceps ; si elle échoue, céphalotribe.

621. **Délivrance.** — Quinze à vingt minutes après la sortie de l'enfant, légères frictions sur le ventre de la mère pour réveiller les contractions utérines ; titillation du col. Toucher la femme en suivant le cordon et s'assurer que le placenta est tombé sur ou dans l'orifice : exercer alors sur le cordon une tension prolongée pendant quelques minutes, puis des tractions modérées en suivant les axes du bassin. Quand le délivre apparaît à la vulve, le tourner plusieurs fois dans le même sens pour tordre les membranes et l'extraire : examiner s'il est complet.

S'il y a perte : Titillation d'abord, puis compresses froides sur les cuisses, le ventre; introduire une éponge vinaigrée dans le vagin, et surtout ergot de seigle (2 gr.).

Si le placenta est très-volumineux : Tractions d'abord, puis extraction avec la main.

Si l'utérus est fortement contracté : Expectation d'abord pendant quelques heures, puis frictions, titillation ; opiacés en frictions ; quarts de lavement laudanisés ; extrait de belladone sur le col ; inhalations de chloroforme ; quelquefois saignée du bras, bains généraux ou locaux. Puis introduction forcée, lente et graduée de la main qui décollera le placenta.

Si le cordon s'est déchiré et ne peut plus être saisi : Introduire la main dans l'utérus et arracher le placenta. Se conduire de la même manière, si le placenta n'a pas été extrait complétement.

Si le placenta est adhérent : Expectation pendant 2 ou 3 heures quand l'adhérence est *totale*, frictions hypogastriques, titillation du col ; poudre de cannelle (0,50 à 1 gr.), mais *pas d'ergot de seigle*, qui ne permettrait plus d'introduire la main dans l'utérus pour faire la délivrance artificielle.

Si l'adhérence est partielle, agir vite à cause de l'hémorrhagie ; introduire la main dans l'utérus, détacher le placenta par de simples tractions, et administrer pendant cette manœuvre 1 gramme d'ergot de seigle pour combattre l'inertie de la matrice.

Ne jamais s'acharner à détacher à tout prix les parties du placenta solidement adhérentes ; on les laisse, mais on pratique des injections utérines avec l'eau de camomille, de guimauve, additionnée de quelques gouttes d'hypochlorite de soude, ou avec l'eau phéniquée. Combattre les symptômes de résorption putride par l'eau vineuse, l'alcoolature d'aconit (2 à 4 gr.), la décoction de quinquina, les injections utérines fréquentes.

Si le placenta est enchatonné : Soutenir parfaitement le fond de la matrice avec la main gauche, introduire avec douceur et

patience tous les doigts de la main droite dans l'utérus pour décoller le placenta.

Contre l'inertie utérine consécutive : Si le placenta n'est pas décollé, administrer l'ergot de seigle (2 gr. en 2 prises à 18 minutes), frictions hypogastriques, titillation du col. S'il est décollé et s'il y a hémorrhagie, donner le seigle ergoté et en même temps introduire la main dans l'utérus pour décoller le placenta. En cas d'insuccès, tamponnement vaginal, compression de l'utérus, compression de l'aorte abdominale, avec l'extrémité des doigts, et cela pendant plusieurs heures.

622. **Rétrécissement du bassin et vices de conformation.** — Mesurer le bassin à l'extérieur avec le compas de Baudelocque (*fig.* 384), en appliquant l'un des boutons du compas (*fig.* 385) sur l'apophyse épineuse de la première vertèbre sacrée I, et l'autre bouton sur le sommet de la symphyse pubienne O :

Fig. 384. — Compas de Baudelocque.

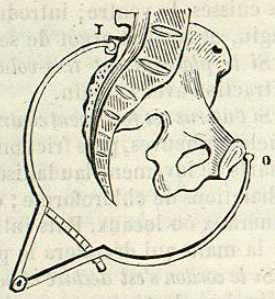

Fig. 385. — Application du compas de Baudelocque à la mensuration du diamètre sacro-pubien.

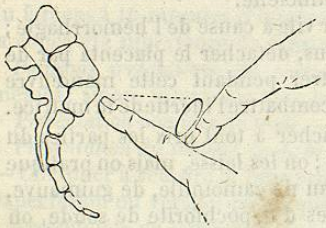

Fig. 386. — Application du doigt à la mensuration du diamètre sacro-pubien.

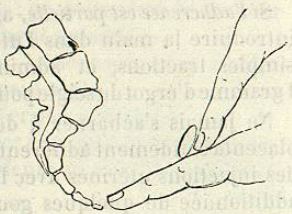

Fig. 387. — Application du doigt à la mensuration du diamètre coccy-pubien.

serrer un peu les branches et chercher le degré d'écartement sur la règle graduée ; de 19 centimètres, dimension normale, retrancher le nombre des centimètres indiqués sur la règle pour avoir la dimension exacte du bassin vicié.

La distance normale d'une épine iliaque à l'autre étant de 24 centimètres, opérer de même pour savoir le degré de rétrécissement transversal.

Au lieu des divers instruments de Mme Boivin, Van Huevel, Stein, etc., se servir du doigt indicateur (*fig.* 386, 387). Diriger vers l'angle sacro-vertébral le doigt indicateur, marquer sur ce doigt avec l'autre index le point où arrive la symphyse pubienne ; défalquer environ un centimètre, et l'on a le diamètre antéro-postérieur.

Même procédé pour avoir le diamètre coccy-pubien.

623. **Conduite de l'accoucheur dans le rétrécissement.**

1° Le bassin vicié a plus de 9 1/2 centimètres, dans le diamètre antéro-postérieur (1).	*Sommet.* Tête au détroit supérieur : attendre 5 à 6 heures après la dilatation. Au détroit inférieur, attendre 2 ou 3 heures, tant que les contractions se soutiennent ; puis forceps. *Face.* Chercher à convertir en présentation du sommet (le plus souvent impossible) : appliquer le forceps sans attendre autant que pour le sommet. *Pelvis.* Attendre d'abord, puis tractions modérées sur les extrémités et dégagement de la tête avec la main ou le forceps. *Tronc.* Version céphalique ; version podalique. Version podalique dans tous les cas (Lachapelle et Simpson).
2° De 9 1/2 à 8 centimètres.	*Si l'enfant vit :* attendre quelques heures après la dilatation, puis forceps ; une à trois applications en 2 ou 3 heures : en cas d'insuccès, crâniotomie ou céphalotripsie. *Si l'enfant est mort :* céphalotripsie. De 7 mois et demi à 8 mois, accouchement prématuré artificiel, surtout si, précédemment, la femme n'a pas pu accoucher spontanément ou par le forceps.
3° De 8 centimètres à 9 1/2.	Attendre ce qu'on peut espérer des contractions sans compromettre l'état de la mère, puis crâniotomie et céphalotripsie. Accouchement prématuré artificiel de 7 à 8 mois ; régime peu nutritif pour la femme (Moreau).
Au-dessous de 6 1/2 centimètres.....	Tenter l'application du céphalotribe. Céphalotripsie répétée sans tractions en commençant dès que l'orifice est dilaté. — Au-dessous de 5 centimètres, opération césarienne. — Avortement provoqué après avis de plusieurs confrères.

(1) La dimension normale du diamètre antéro-postérieur est de 11 centimètres en moyenne.

624. **Version — 1° céphalique, — 2° pelvienne** ou **podalique.**

Version céphalique.— Se fait avant ou après la rupture des membranes. — *Avant* : Tenter par des manœuvres externes à ramener le sommet de la tête au détroit supérieur (Wigand, Mattéi, etc.). *Après* : Introduire la main dont la face palmaire embrasse le plus aisément le sommet.

Pratiquer cette version, 1° dans les présentations inclinées du sommet (qui souvent se redressent seules), 2° dans les présentations de la face, pour les convertir en présentation du sommet, 3° dans les présentations du tronc (?).

625. **Version pelvienne** ou **podalique.** — *Pour qu'on puisse songer à pratiquer la version, il est indispensable :*

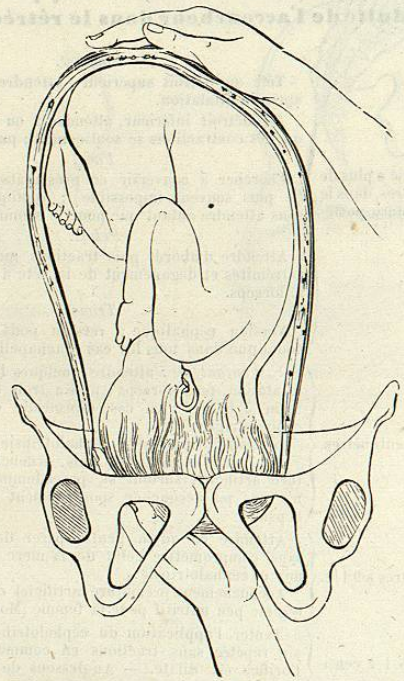

Fig. 388. — Premier temps de la version pelvienne. Introduction de la main.

1° Que l'orifice soit dilaté ou dilatable ;
2° Que la partie fœtale (surtout si c'est la tête) n'ait jamais

franchi l'orifice. — Il est favorable que les membranes soient intactes.

La version est indiquée toutes les fois qu'un accident grave, menaçant la vie de la mère ou de l'enfant, le danger peut disparaître par la prompte terminaison de l'accouchement, les deux conditions précédentes (1° et 2°) existant.

Quand les circonstances permettent le choix entre la version et le forceps (la tête étant engagée dans le détroit supérieur), on donnera, sans exception, la préférence au forceps.

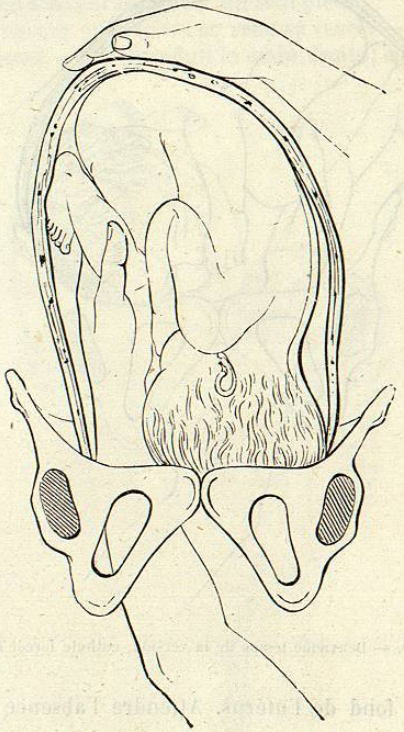

Fig. 389. — Main cherchant à saisir les pieds au fond de l'utérus.

Soins préparatoires. — Faire placer la femme en travers d'un lit élevé, le siége débordant.

Quatre aides. — Vider la vessie et le rectum. — Reconnaître la présentation et la position.

Choix de la main. — Pour les extrémités céphalique et pelvienne, se servir de la main dont la face palmaire regarde le plan antérieur du fœtus : pour l'épaule, le choix de la main est moins important.

Oter l'habit: graisser la face *dorsale* de la main choisie et l'avant-bras entier. Placer la main qui n'opère pas ou celle d'un

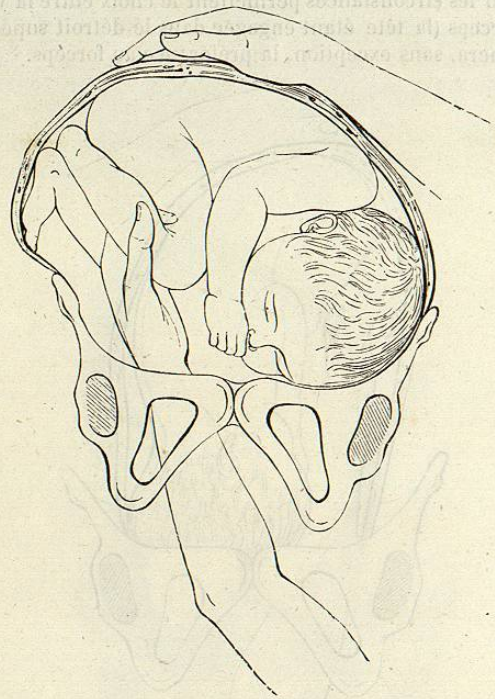

Fig. 390. — Deuxième temps de la version, culbute forcée du fœtus.

aide sur le fond de l'utérus. Attendre l'absence de contraction.

Tout a dû être préparé comme pour l'accouchement ordinaire; y joindre, pour la version, lacs, tube laryngien, vinaigre, plume garnie de barbe.

626. **Premier temps** ou *temps d'introduction et de recherche* (*fig.* 388). — Ne l'exécuter que pendant l'intervalle des dou-

leurs. La main doit s'arrêter et se mettre à plat pendant les contractions.

Introduire doucement la main en cône dans le vagin; à l'orifice utérin, si les membranes sont intactes, les décoller le plus haut possible, sans les rompre ou bien les rompre en bas et entrer dans l'œuf. Pénétrer avec douceur dans l'orifice utérin, mais sans tâtonner (P. Dubois). — Suivre le chemin le plus court pour aller aux pieds (*fig.* 389) (la position est supposée connue). Saisir solidement le pied (*fig.* 390) qu'on trouve (si l'on pouvait les prendre tous les deux, on le ferait, mais la version se fait souvent bien avec un seul pied).

Complications et difficultés du premier temps. — 1° *La position est inconnue.* — On introduit la main droite; si elle ne con-

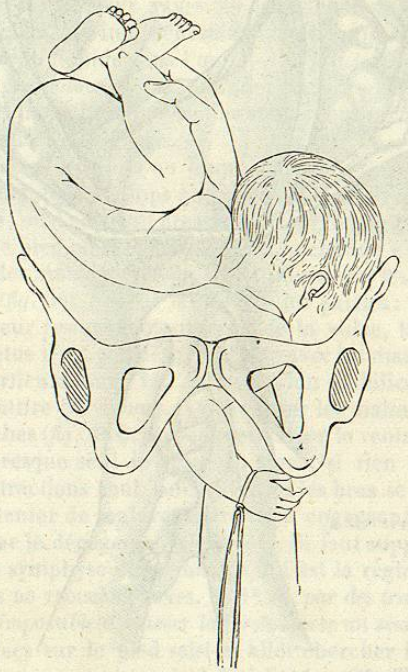

Fig. 391. — Version podalique.

vient pas à la position du fœtus, on la retire et on se sert de l'autre. — 2° *Étroitesse de la vulve.* — Pénétrer doigt à doigt.