

Fig. 108. — Manière de placer les mains au début de l'exploration.

l'aîne, la face palmaire dirigée en haut, les doigts sont enfoncés graduellement en arrière et en bas, en longeant l'arc antérieur du bassin, comme s'ils voulaient pénétrer dans l'excavation pelvienne.

Quand la tête occupe le segment inférieur de l'utérus, les doigts sont arrêtés par un corps dur, volumineux, arrondi, lisse, régulier, qui ballotte entre eux, s'il n'est pas fortement engagé et par là immobilisé.

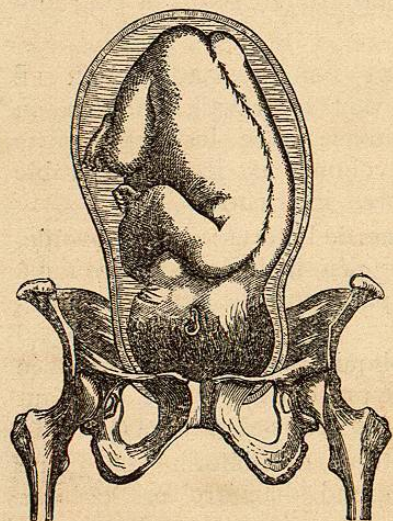


Fig. 109. — Tête modérément fléchie, en O. I. G. A., à l'entrée du détroit supérieur, telle qu'elle se trouve habituellement avant le début du travail.

Il faut se rappeler que la tête peut occuper trois places : le segment inférieur de l'utérus (dans les présentations du sommet et de la face), le fond de l'organe (dans les présentations du pelvis), une des fosses iliaques (dans les présentations transversales).

C'est dans le segment inférieur et plus ou moins engagée dans le détroit abdominal, qu'elle se trouve habituellement, et doit d'abord être recherchée.

Pour cela, le bord cubital des deux mains est placé un peu au-dessus du pli de

En outre, on remarque, si la flexion est complète, qu'une partie de cette tumeur est plus accessible que l'autre : c'est le front. Celui-ci, d'après M. Pinard, semble en même temps plus dur à la main que la région occipitale.

De sorte que si la tumeur céphalique est plus accessible et plus dure à droite, il s'agira d'une occipito-iliaque gauche; dans le cas contraire, l'occiput sera tourné à droite.

Il est à remarquer que la flexion complète (suite de l'engagement) n'existe pas d'habitude chez les primipares avant le début du travail; ce n'est donc pas la règle générale,

comme paraît l'enseigner M. Pinard, et la plus grande accessibilité du front est alors peu prononcée. Nous avons fréquemment constaté, même chez des primipares, que la flexion ne se complétait qu'au bas de l'excavation.

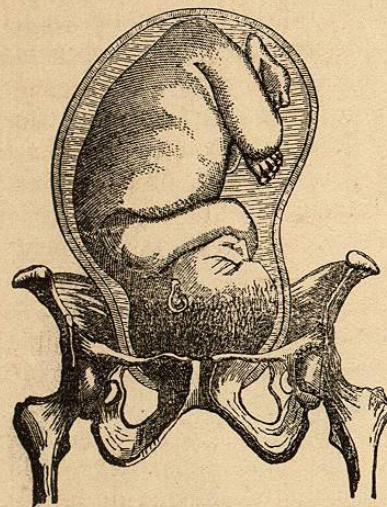


Fig. 110. — Tête fléchie, en O. I. D. P., à l'entrée du détroit supérieur.

O. I. D. P. Tête en bas, front plus accessible à gauche; siège en haut, sur la ligne médiane, souvent à gauche; dos en arrière et à droite, ne pouvant être exploré; plan latéral gauche en avant et à droite; dépressibilité et petites parties fœtales en avant et à gauche.

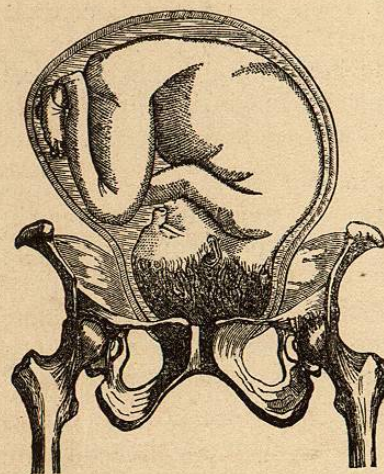


Fig. 111. — Tête fléchie, en O. I. G. T., fœtus recourbé sur lui-même, dans le cas de ventre en besace.

Le reste de l'examen confirme le diagnostic : dans la 1^{re} position (O. I. G. A.), la pression mobilisée fait découvrir en avant et à gauche une longue tumeur résistante réunissant, sans discontinuité, la tête au pôle supérieur du fœtus; celui-ci a les caractères du siège. Enfin, examinant la paroi utérine opposée au dos, on la trouve dépressible, rénitente et l'on constate de petites saillies mobiles.

Il est aisé de se figurer ce qu'on rencontrera dans les autres positions du sommet.

O. I. D. P. Tête en bas, front plus accessible à gauche; siège en haut, sur la ligne médiane, souvent à gauche; dos en arrière et à droite, ne pouvant être exploré; plan latéral gauche en avant et à droite; dépressibilité et petites parties fœtales en avant et à gauche.

O. I. G. A. Front plus accessible à gauche; dos en avant et à droite.

O. I. G. P. Front plus accessible à droite, dépressibilité et petites saillies fœtales en avant et à droite. M. Pinard n'a trouvé les variétés transversales que dans deux cas : chez les femmes dont le ventre pendait fortement en avant, et chez les femmes dont le bassin, vicié par le rachitisme, était rétréci d'avant en arrière (bassin plat).

Dans le 1^{er} cas, le fœtus est fortement recourbé sur lui-même et l'utérus devient presque sphérique.

Dans les deux cas, c'est un des plans latéraux du fœtus qui se rencontre directement en avant. Présentations de la face. — La majorité des bons auteurs n'admet

pas que la tête puisse être défléchie pendant la grossesse; ces accoucheurs pensent que le mouvement d'extension s'opère au début du travail.

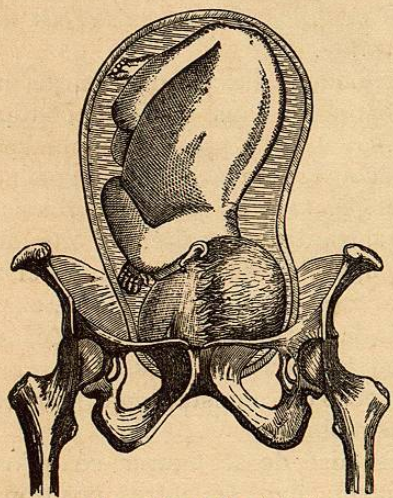


Fig. 112. — Présentation de la face en M. I. D. P.

Quelquefois on peut reconnaître le maxillaire inférieur et le menton, sous forme de saillie dure en fer à cheval.

Dans les présentations du sommet, la partie la plus accessible de celui-ci se trouve du côté opposé au dos. Dans les présentations de la face, au contraire, la portion accessible de l'extrémité céphalique est du même côté que le dos (signe pathognomonique, selon M. Pinard).

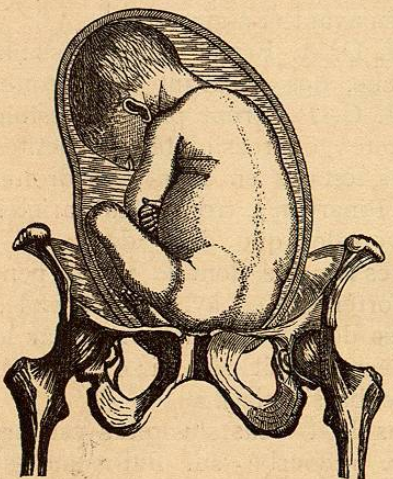


Fig. 113. — Présentation du siège en S. I. G. A.

Quand elle est plus ou moins profondément cachée, il est bon

Le palper est donc ici moins applicable; le toucher donnera les renseignements les plus certains.

Cependant, voici les signes que l'on pourra trouver par l'examen du ventre:

Avant l'engagement, on constatera que la tumeur céphalique est placée sur un des côtés du détroit supérieur; elle est là très accessible, tandis qu'elle semble manquer de l'autre côté.

Au-dessus de cette partie accessible se trouve une dépression (coup de hache) dans laquelle les doigts peuvent s'engager.

Puis, plus haut, on arrive à la tumeur résistante, allongée du dos.

On fait ainsi le diagnostic de la présentation et de la position.

Présentations du siège. — Avant les douleurs, le siège n'est nullement engagé et se trouve souvent un peu dévié vers l'une des fosses iliaques.

De sorte que, commençant comme d'habitude par l'exploration du détroit supérieur, on le trouve inoccupé.

Le siège se reconnaît à ses caractères propres dans le segment inférieur de l'utérus et un peu de côté.

La tête, située en haut, ballote aisément, si elle est sur la ligne médiane et assez superficielle.

de commencer par faire quelques pressions, en haut ou en bas, pour la rendre plus accessible.

La position est indiquée par le dos et par les petites saillies fœtales.

Présentations transversales. — Nous avons signalé plus haut la forme qu'affecte la matrice dans ces conditions.

Avant les douleurs, cette forme est caractéristique.

Le détroit supérieur est trouvé vide; la tête occupe une des fosses iliaques, et le siège le flanc opposé; la tige fœtale offre une courbure à concavité supérieure, de sorte que réunissant d'abord les deux fosses iliaques, elle s'infléchit ensuite vers l'hypocondre où est le siège.

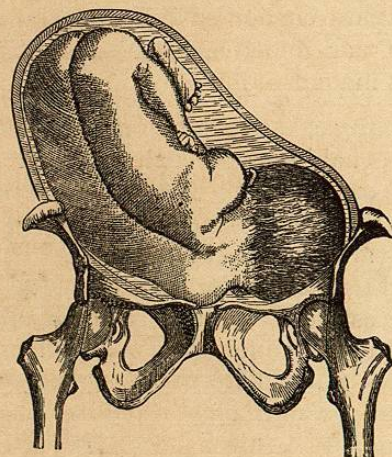


Fig. 114. — Présentation de l'épaule droite en 1^{re} position.

La présentation franchement transversale, dans laquelle la tête et le siège sont à la même hauteur, un peu au-dessus des fosses iliaques, et le tronc incurvé en bas, au-dessus du détroit supérieur, est excessivement rare et disparaît au moment du travail. Dans une présentation transversale, il est également fort rare de voir le siège dans une fosse iliaque et la tête dans le flanc opposé.

Selon que l'on rencontre en avant une fermeté longue et continue (dos) ou bien de la rénitence et de petites saillies fœtales (ventre), il s'agit d'une dorso-antérieure ou d'une dorso-postérieure.

- a. Épaule droite en première position :
Tête dans la fosse iliaque gauche, dos en avant.
- b. Épaule droite en 2^e position :
Tête dans la fosse iliaque droite, petites parties fœtales en avant.
- c. Épaule gauche en 1^{re} position :
Tête dans la fosse iliaque gauche, petites parties fœtales en avant.
- d. Épaule gauche en 2^e position :
Tête dans la fosse iliaque droite, dos en avant.

Comme MM. Farabeuf et Varnier (loc. cit., p. 140), on peut encore dire : si le dos est tourné en arrière, l'épaule qui se présente est *homonyme* du côté où est la tête; celle-ci est-elle dans la fosse iliaque gauche, c'est l'épaule gauche; est-elle dans la fosse iliaque droite, c'est l'épaule droite.

Si le dos est tourné en avant, l'épaule qui se présente est *antonyme* du côté où est la tête; celle-ci est-elle dans la fosse iliaque gauche, c'est l'épaule droite; est-elle dans la fosse iliaque droite, c'est l'épaule gauche.

Pendant le travail, surtout après l'écoulement des eaux, le fœtus comprimé se redresse. La fosse iliaque reste occupée par la tête,

mais celle-ci se fléchit fortement sur l'épaule (1^{er} temps de l'évolution spontanée, amoindrissement des parties par flexion latérale) et paraît

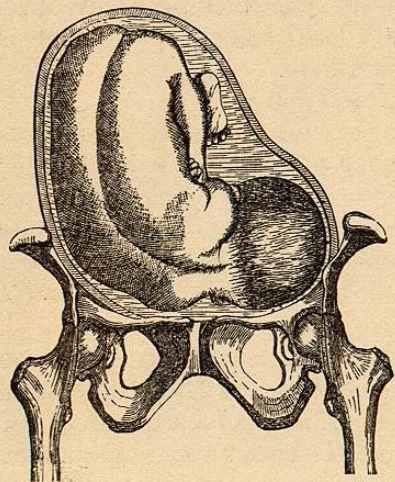


Fig. 115.— Présentation de l'épaule droite, en 1^{re} position ; fœtus comprimé et redressé par les contractions utérines.

s'articuler à angle droit avec le tronc. Les deux extrémités de ce dernier se rapprochent de la ligne médiane en bas et en haut, de sorte que le grand diamètre de l'utérus devient presque vertical, comme dans les autres présentations. On doit en être averti, afin de ne pas omettre d'examiner les fosses iliaques.

Remarque. — Quand on n'a pas une grande habitude du palper, il faut suivre exactement les règles que nous avons tracées : examen minutieux de l'excavation, des côtés de l'utérus, puis du fond de l'organe. Cette méthode est longue, mais sûre. Quand on est plus habile, et qu'on voit bien l'enfant dans l'utérus, on peut se

contenter, dans la plupart des cas, d'un examen plus rapide et plus sommaire. Les mains appliquées pendant quelques secondes sur le fond de la matrice pourront, par quelques pressions, se rendre un compte exact de la présentation et de la position. Ainsi, dans le cas le plus ordinaire, on y reconnaît le siège à ses caractères spéciaux, de petites saillies d'un côté, un plan résistant et continu de l'autre : on est fixé en un instant.

Nous nous sommes même quelquefois permis de palper des femmes debout, et nous n'avons pas eu de peine à poser immédiatement le diagnostic.

Ce n'est pas au début que l'on peut se contenter d'une exploration aussi sommaire ; avant d'en arriver à ce point, il faut avoir pratiqué de nombreux examens méthodiques.

Toucher.

Le toucher est un procédé d'exploration qui consiste à introduire un ou plusieurs doigts dans une cavité, dans un canal, pour y faire différentes recherches.

Il est employé pour l'examen de la bouche, du pharynx, du vagin, du rectum, etc.

En accouchement, on emploie le *toucher vaginal* et le *toucher rectal* ou *anal*.

Certains auteurs se servent du mot *toucher* dans le sens le plus général et disent aussi le *toucher abdominal* au lieu de palper

abdominal. Mieux vaut réserver le terme palper pour l'extérieur et toucher pour l'intérieur : on palpe la poitrine, le ventre, etc. ; on touche les amygdales, le col de l'utérus, et ainsi de suite.

Quand le mot *toucher* est seul, il désigne le *toucher vaginal* ; il a ainsi pour l'accoucheur un sens restreint, absolu. Pour nous, le *toucher* consiste à introduire un ou plusieurs doigts dans le vagin, afin de constater l'état des parties accessibles.

C'est le mode d'investigation le plus commun, le plus utile, le plus employé ; c'est un des plus anciens, c'est celui qui a les plus nombreuses applications et sans lequel, dans l'immense majorité des cas, on ne peut rien décider. — On l'a appelé la *clef de voûte* de l'obstétrique, la *boussole* de l'accoucheur.

Voici quels sont les usages principaux du *toucher* : il permet de reconnaître si la femme est vierge, si elle a eu ou non des enfants ; si elle est enceinte, à quelle époque la grossesse est arrivée, s'il y a travail plus ou moins avancé, les progrès de ce travail ; la présentation et la position du fœtus, sa vie ; la conformation des organes génitaux et du canal pelvien ; le degré de lubrification, de préparation à l'accouchement ; certaines complications, telles que procidences diverses, insertion vicieuse du placenta, anomalies maternelles et fœtales.

On voit par cet exposé rapide et succinct que le *toucher* occupe le premier rang parmi les procédés d'exploration. C'est pourquoi on doit s'y exercer dès le début des études et faire en sorte d'acquérir la plus grande habileté, la plus grande finesse de tact.

D'habitude, on touche avec l'indicateur de la main droite ; mais il est utile de s'accoutumer à *toucher* aussi avec l'indicateur de la main gauche, afin de n'être pas gêné dans différents cas, par exemple quand on est blessé à la main droite, lorsque la situation du lit et de la femme exige, à moins de tout déplacer, qu'on se serve de la main gauche. De plus, pour bien explorer le côté gauche du bassin, il faut se servir des doigts de la main gauche et, dans certains cas, on touche alternativement avec la main droite, puis avec la main gauche.

Parfois on touche avec deux doigts, le médus est joint à l'indicateur, afin d'aller plus loin ; on gagne ainsi 1 1/2 centimètre environ. M. Depaul prétend que ce *toucher* avec deux doigts n'est pas bon, donne des sensations moins nettes, parce qu'elles sont plus disséminées et qu'elles sont moins délicates dans le médus que dans l'indicateur ; cependant le *toucher* avec deux doigts peut être utile et même nécessaire, ainsi quand le vagin est long, le col élevé, la partie fœtale non engagée, etc.

Il arrive même qu'on soit forcé d'introduire quatre doigts et la main entière, pouce compris, dans certains cas d'insertion vicieuse du placenta, de forte inclinaison de la matrice avec col excessivement élevé et dévié, de présentation douteuse alors que le diagnostic est