

à l'autre, presque horizontalement, puisque le grand axe du fœtus affecte cette direction.

Quant au maximum, il est en dessous ou quelquefois au niveau de l'ombilic. Dans les dorso-postérieures, les bruits sont si faibles, qu'il n'est pas possible ordinairement d'en tirer des conclusions un peu certaines.

Palper.

Le *palper* est surtout facile pendant la grossesse et au début du travail. Lorsque les contractions sont fréquentes, les renseignements qu'il donne sont moins précis, plus difficiles à apprécier. Il permet encore d'habitude de distinguer la tête et le siège, ce qui est déjà très utile; mais les autres détails échappent souvent à ce mode d'investigation.

Pendant les douleurs, on ne peut palper; dans l'intervalle, les parois utérines conservent une tendance à la rétraction qui les rend plus épaisses, moins souples; c'est pourquoi l'on peut croire que l'on a sous les doigts le plan ferme, allongé, résistant, formé par le dos, alors que c'est tout simplement la paroi de la matrice. Il faut donc être très prudent, pendant l'accouchement, et il est nécessaire d'examiner fort attentivement avant d'affirmer que l'on a sous la main le dos du fœtus.

Le palper confirme et rectifie au besoin les données de l'inspection. Les doigts circonscrivent la matrice, en font mieux reconnaître la forme, la situation, la direction, la différence entre les présentations verticales et transversales.

Dans certains cas, lorsque les contractions sont légères, espacées, le palper n'est guère plus difficile pendant le travail que pendant la grossesse. Or, ce sont précisément les conditions des présentations anormales, défectueuses, vicieuses, où l'on a le plus besoin de l'examen de l'abdomen, puisque la partie fœtale reste élevée et ne peut être atteinte ou reconnue par le toucher.

Dans les autres cas où les contractions sont fortes, fréquentes et ne permettent guère de palper avec fruit, c'est que la présentation est bonne; si la partie fœtale est engagée, c'est le sommet, et le doigt peut facilement en reconnaître tous les caractères par le toucher.

Dans les conditions favorables, on parvient à constater pendant le travail les principaux signes que nous avons énumérés en parlant du palper pendant la grossesse.

En voici le résumé.

A. — PRÉSENTATIONS VERTICALES. — 1^o Dans les présentations du sommet, on sent en bas, plus ou moins engagée dans le détroit supérieur, une tumeur volumineuse, sphérique, régulière, dure, la tête; en haut et un peu à droite ou à gauche, se trouve une autre tumeur, volumineuse aussi, mais moins régulièrement arrondie,

ferme sans être dure, le siège; à côté, on sent de petites parties fœtales mobiles, anguleuses, les pieds.

Le siège ne ballote jamais isolément; la tête présente un ballotement caractéristique, mais à condition de n'être pas encore engagée; dans ce dernier cas, elle est immobile.

La tête fléchie a une région plus élevée et plus dure, le front. Donc, dans l'O G A, la main est plus vite arrêtée à droite qu'à gauche; c'est le contraire dans l'O D P.

Dans l'O G A, les doigts rencontrent en avant et à gauche un plan résistant, allongé, continu, réunissant directement la tête au siège.

Dans l'O D P, on reconnaît en avant et à gauche plusieurs petites parties fœtales, la paroi utérine est dépressible, fluctuante. Pour sentir le dos, il faut coucher la femme sur le côté gauche et enfoncer les doigts à droite de l'abdomen et assez en arrière.

Il est aisé de se figurer ce que l'on doit rencontrer dans les autres présentations du sommet.

2^o Dans les présentations de la face, la tête est encore en bas, mais souvent déviée au début du travail, de sorte que la moitié du détroit supérieur est vide. La partie la plus élevée de la tête est ici l'occiput et elle se trouve du côté du dos.

Le sillon profond qui existe entre le dos et l'occiput est plus ou moins facile à sentir pendant l'accouchement, assez souvent on ne peut le constater nettement.

Le siège est en haut et se reconnaît aux signes ordinaires.

La position droite ou gauche est indiquée par les caractères connus du plan dorsal et du plan sternal du fœtus. Mais le toucher est le meilleur moyen d'établir le diagnostic différentiel.

3^o Dans les présentations du siège, la tumeur céphalique est facile à reconnaître en haut, à moins qu'elle ne soit plus ou moins cachée sous les fausses côtes; dans ce dernier cas, il faut examiner avec attention pour la trouver; ordinairement les caractères sont bien tranchés, le ballotement simple et double ne laisse aucun doute.

La tumeur pelvienne est en bas, le plus souvent déviée vers une des fosses iliaques. On a cité des cas où, dès le début du travail, le siège était engagé dans le détroit supérieur, comme on le voit d'habitude pour le sommet; mais ce sont de très rares exceptions.

Le dos forme un plan continu du siège à la tête; il est à gauche ou à droite, selon qu'il s'agit d'une 1^{re} ou d'une 2^{de} position.

B. — PRÉSENTATIONS TRANSVERSALES. — Les présentations transversales sont très faciles à reconnaître par le palper. Pendant un certain temps, en effet, les contractions restent faibles, espacées, l'examen du ventre est aisé et permet de distinguer, sans erreur possible, la forme spéciale de l'utérus et la présence de la tête

dans une des fosses iliaques. Cela suffit pour que l'accoucheur soit sur ses gardes et prenne toutes les mesures en conséquence.

Si la tête est dans la fosse iliaque gauche, le dos étant en avant, c'est une 1^{re} position de l'épaule droite; le dos étant en arrière, c'est une 1^{re} de l'épaule gauche.

Si la tête est dans la fosse iliaque droite, le dos étant en avant, c'est une 2^{de} de l'épaule gauche; le dos étant en arrière, c'est une 2^{de} de l'épaule droite.

Toucher.

Le *toucher* constitue, pendant l'accouchement, le meilleur mode d'examen, celui dont les applications sont les plus nombreuses. Dans la grande majorité des cas, il suffit pour déterminer d'une manière exacte et précise la présentation et la position. C'est le seul qui puisse indiquer les modifications du canal génital, la dilatation du col, l'intégrité ou l'absence de la poche des eaux, l'engagement de la partie fœtale, sa descente, les mouvements qu'elle exécute dans le bassin, la tumeur séro-sanguine, les procidences, l'insertion vicieuse du placenta, etc.

Cependant, dans maintes circonstances, la partie fœtale est élevée, déviée, inaccessible, difficile à reconnaître par le toucher; les autres modes d'investigation sont alors nécessaires pour établir le diagnostic. C'est pourquoi il faut, non seulement pendant la grossesse, mais encore pendant le travail, employer successivement tous les moyens qui sont à notre disposition; en agissant ainsi, on risque moins de se tromper, les différents procédés se contrôlent mutuellement, on s'habitue à examiner méthodiquement, on acquiert une grande expérience pour les cas difficiles ou douteux.

Il est évident que si l'on se contentait de palper dans les cas où le toucher ne donne pas de renseignements suffisants, on ne posséderait pas l'habileté nécessaire quand on en aurait besoin. Nous conseillons donc de recourir, dans tous les cas, aux divers modes d'investigation, en suivant l'ordre que nous avons indiqué, c'est-à-dire de commencer par l'interrogatoire, d'examiner ensuite le ventre par l'inspection, le palper, l'auscultation et de terminer par le toucher.

1^o PRÉSENTATIONS DU SOMMET. — Le doigt constate une tumeur volumineuse, dure, convexe, régulière, parcourue par des sutures et des fontanelles.

Chez les primipares bien conformées et parfois aussi chez les multipares, déjà dans la dernière quinzaine, cette tumeur est engagée dans le détroit supérieur et même dans l'excavation, qu'elle obstrue complètement.

Comme le segment inférieur de l'utérus est fort mince, on reconnaît facilement tous les caractères du sommet et il n'est pas rare qu'on puisse distinguer les sutures et les fontanelles.

Chez les multipares, la tête reste habituellement au détroit supérieur jusqu'à ce que des contractions assez énergiques la fassent descendre.

Le volume de la tête fait que le bassin est complètement bouché. Sa dureté est celle d'une lame osseuse assez épaisse; certains endroits sont minces, près de la grande fontanelle par exemple. La large convexité du sommet est facile à constater; sa régularité, l'absence de saillies, d'éminences, d'anfractuosités, de dépressions sont tout à fait spéciales.

Cependant, pour être bien sûr et surtout pour reconnaître la position, on doit rechercher la suture sagittale ainsi que la petite et la grande fontanelles.

Lorsque le segment inférieur de l'utérus est très aminci, on peut les distinguer à travers cette paroi. Sinon, on doit attendre que le col admette un ou deux doigts, qui vont alors explorer la tumeur aussi loin que possible (toujours dans l'intervalle des contractions, pour ne pas rompre les membranes). Parfois, lorsque la poche est volumineuse, ou le sommet encore peu abaissé, ou le col trop élevé et dévié, on doit attendre que la dilatation soit plus avancée et même que les eaux soient écoulées, avant de poser le diagnostic définitif.

Ordinairement, le doigt tombe sur la suture sagittale, qu'il doit suivre en avant et en arrière, pour en apprécier la direction et pour arriver aux deux fontanelles.

La suture sagittale se dirige obliquement d'avant en arrière et de gauche à droite dans l'occipito-gauche antérieure et l'occipito-droite postérieure; dans la première position, la petite fontanelle est en avant et à gauche, la grande en arrière et à droite; dans la seconde position, c'est le contraire: la grande fontanelle se trouve en avant et à gauche, la petite en arrière et à droite. Ces deux fontanelles se distinguent par les caractères que nous avons décrits précédemment.

La suture sagittale va directement d'un côté à l'autre, est parallèle au diamètre bis-iliaque, dans les transversales gauche et à droite; dans la transversale gauche, la petite fontanelle est à gauche; dans la transversale droite, la petite fontanelle est à droite. La grande fontanelle est toujours du côté opposé à la petite.

La suture sagittale est oblique d'avant en arrière et de droite à gauche dans l'antérieure droite et la postérieure gauche; la situation des fontanelles indique s'il s'agit de l'une ou de l'autre position.

Lorsque la tête est encore en semi-flexion, le doigt peut sentir les deux fontanelles, seulement la petite est un peu plus basse que la grande.

Dès que la flexion est complète, la grande fontanelle remonte, devient inaccessible, tandis que la petite s'abaisse, est plus facile à sentir et se rapproche du centre de l'excavation.

Après la rotation, l'occiput étant revenu en avant, la suture

sagittale se dirige d'avant en arrière et la petite fontanelle est directement en avant.

Dans les *positions inclinées*, les rapports que nous venons d'indiquer se modifient. Dans la *variété pariétale antérieure*, la suture sagittale est rapprochée du promontoire et l'oreille antérieure est accessible au doigt. Il est à remarquer que le bord convexe du pavillon de l'oreille est tourné du côté de l'occiput et peut servir à indiquer la position. Dans la *variété pariétale postérieure*, la suture sagittale est rapprochée des pubis et c'est l'oreille postérieure que l'on atteint.

Dans la *variété occipitale*, la petite fontanelle est très basse et au centre du détroit; on sent, de plus, la nuque. Dans la *variété bregmatique*, c'est la grande fontanelle qui se présente la première et se trouve au niveau ou même en dessous de la petite; souvent celle-ci ne peut être sentie, à cause de son élévation. Comme cette variété du sommet se confond presque avec la variété frontale de la face, on comprend qu'il soit impossible alors d'affirmer à quoi l'on a affaire. Il s'ensuit que si l'on ne trouve pas la petite fontanelle, on ne peut pas être sûr de la présentation du sommet.

Difficultés du diagnostic. — Ces difficultés se présentent au début du travail, quand la partie est trop élevée, ou plus tard, quand le sommet est recouvert d'une bosse séro-sanguine large et épaisse. Il y a donc un moment d'élection où le diagnostic est le plus facile.

A. — La partie reste élevée et souvent déviée dans les bassins rétrécis, dans les obliquités prononcées de la matrice, dans les cas de procidence des membres, d'anomalies du crâne (hydrocéphalie), de monstruosité, d'insertion vicieuse du placenta; de plus, ici la présence du délivre empêche de sentir la partie qui se présente.

Dans ces conditions, il faut avoir soin de redresser l'utérus et d'appuyer sur le fond de l'organe avec la main gauche, afin de faire arriver le sommet dans l'aire du détroit et de l'y immobiliser autant que possible; ou bien un aide applique les deux mains sur la tête par l'hypogastre, la rapproche du doigt explorateur et la maintient parfaitement en place. On parvient ainsi, le plus souvent, à reconnaître les principaux caractères de la partie fœtale.

Quand le fœtus est macéré, putréfié, les os de la voûte crânienne sont mous, flasques, méconnaissables; le diagnostic est difficile.

Si le fœtus est anencéphale, le doigt tombe sur la région supérieure intra-crânienne de la base et il faut bien se rappeler les détails anatomiques de cette partie pour la reconnaître.

Dans l'hydrocéphalie, on sent des sutures larges, fluctuantes, des fontanelles très vastes. Mais les caractères généraux du sommet persistent et les pariétaux que l'on touche ne peuvent être méconnus.

Dans l'insertion latérale du placenta, on arrive fréquemment à reconnaître la partie fœtale en introduisant le doigt du côté des

membranes. Mais si l'insertion est centrale, il est impossible de rien sentir avant qu'un côté du gâteau soit décollé.

Parfois il y a défaut d'ossification des pariétaux ou bien une fontanelle supplémentaire existe sur le trajet de la suture sagittale. Il suffit d'examiner avec attention et de bien rechercher les points de repère pour ne pas commettre d'erreur.

Si la petite fontanelle est large, présente un espace membraneux étendu, on ne la confondra pas cependant avec la grande, car celle-ci sera encore plus vaste et plus dépressible; de plus, le nombre des sutures qui y aboutissent lèvera tous les doutes.

Dans plusieurs des circonstances que nous venons d'indiquer, le diagnostic reste douteux. Heureusement, les autres moyens d'exploration, spécialement le palper et l'auscultation, permettent d'arriver à un bon résultat. S'il est absolument nécessaire de s'éclairer par le toucher, il ne faut pas hésiter à introduire quatre doigts et même toute la main; chez les multipares, cette manœuvre n'est guère difficile ni douloureuse pendant le travail, à condition bien entendu de s'y prendre avec douceur et adresse.

B. — Quand la tête est descendue dans l'excavation, le cuir chevelu se fronce, les os chevauchent et la suture sagittale forme alors une espèce de crête saillante. Mais en suivant cette crête, on arrive aux fontanelles qui indiquent suffisamment à quelle partie on a affaire. Lorsque le sommet est recouvert par une bosse séro-sanguine considérable, on peut être embarrassé. Le doigt trouvant une partie molle, élastique, proéminente, peut s'imaginer que c'est la face, le siège, une épaule même. L'examen du ventre aura dû déjà empêcher une pareille confusion. De plus, le toucher permettra de reconnaître le sommet, si l'on a soin d'aller suffisamment loin, de pousser le doigt au-delà de la tumeur sanguine, d'examiner minutieusement tout le pourtour.

Quand la tumeur séro-sanguine n'est pas très épaisse ni très étendue, le diagnostic de la présentation est aisé; il suffit de presser quelques instants, le doigt s'enfonce, déprime la partie œdématisée et atteint la surface osseuse du crâne; en promenant le doigt en différentes directions, on retrouvera sans peine les caractères du sommet. Mais le diagnostic de la position peut être rendu fort difficile. En effet, la grande fontanelle est très élevée, inaccessible; la petite est presque au centre de l'excavation et est masquée, de même que les sutures qui y aboutissent, par la bosse séro-sanguine.

Parfois on peut reconnaître l'occiput dont les bords sont régulièrement recouverts par le chevauchement des pariétaux. Sinon il faut aller à la recherche d'une oreille, dont le bord convexe indiquera la direction de l'occiput. Pour arriver aussi haut, il est nécessaire d'introduire deux doigts, parfois quatre; il faut donc que le col soit

dilaté presque complètement. Du reste, ce diagnostic ne devient utile que si l'on est forcé d'intervenir et alors il est toujours nécessaire d'introduire les doigts pour guider les branches du forceps.

2° PRÉSENTATIONS DE LA FACE. — Au début du travail, la face est élevée, souvent un peu déviée, difficile à atteindre par le toucher. La poche des eaux est volumineuse, d'habitude hémisphérique. Le front est ordinairement la première partie qui s'offre au doigt explorateur ; c'est une tumeur dure, peu étendue, lisse, convexe, parcourue par une suture. On la distingue du sommet par son petit volume et l'absence de fontanelle ; si même la fontanelle antérieure était accessible, la postérieure (caractéristique du sommet) ne pourrait être sentie.

Quand la face est au détroit supérieur et surtout plus ou moins engagée, on reconnaît : 1° sur un des côtés du bassin, le front ; 2° au-delà, le petit sillon de la racine du nez ; 3° de chaque côté de cet enfoncement, le cercle osseux formé par le rebord orbitaire et en dedans de ce cercle une petite tumeur convexe, rénitente, l'œil ; 4° plus loin, le nez, éminence conique, ferme, un peu mobile, sous laquelle existent les deux petites ouvertures des narines ; 5° la bouche, fente entr'ouverte, limitée par les lèvres ; le doigt peut y pénétrer sans résistance, sentir les arcades alvéolaires et la langue ; lorsque le fœtus est vivant, il exécute déjà sur le doigt des mouvements de succion, tout à fait caractéristiques ; 6° le menton, relief dur, pointu, mobile, se continuant avec le bord inférieur en fer à cheval de la mâchoire. Si la partie est fort descendue, on peut trouver une oreille derrière le pubis.

La face présente donc une série d'inégalités, des saillies et des enfoncements très connus, que le doigt distingue sans peine lorsque la face est engagée et surtout que les eaux sont écoulées.

Le nez est très caractéristique ; sur aucune région du corps on ne trouve de saillie qui puisse lui ressembler, c'est-à-dire une petite tumeur avec deux petits trous.

C'est surtout dans les présentations de la face qu'il faut toucher avec la plus grande douceur, pour ne point contusionner les organes délicats qui s'y trouvent, les yeux spécialement.

La *position* est donnée par la situation respective des parties. Ainsi, dans la *mento-gauche antérieure*, le front est en arrière et à droite, le nez se dirige en avant et à gauche et les deux petits orifices regardent la paroi antéro-latérale gauche du bassin ; la bouche et le menton sont derrière le trou ovalaire gauche.

Dans la *mento-postérieure droite*, le front est en rapport avec la cavité cotyloïde gauche ; le nez est tourné en arrière et à droite, la bouche et le menton sont au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite.

Il est facile de se figurer ce qui existe dans les autres positions, ainsi que les modifications résultant parfois des variétés malaires, frontale et mentonnière.

Lorsque la rupture des membranes a eu lieu depuis longtemps, la face devient le siège d'un œdème séro-sanguin qui en modifie complètement l'aspect, la rend presque méconnaissable. Les joues énormément gonflées, pressées latéralement, proéminent en bas, se rapprochent l'une de l'autre et finissent par ne laisser entre elles qu'un sillon profond : on pourrait croire que ce sont les fesses, d'autant plus que la bouche, qui n'est pas loin de là, simule plus ou moins l'anus.

Les lèvres, en effet, sont aussi tuméfiées, renversées en dehors, les commissures sont rapprochées l'une de l'autre, *il y a une ouverture circulaire limitée par des parties mollasses, plissées*, qui ressemble très bien à l'ouverture anale. Ajoutons encore que les paupières œdématiées peuvent être prises pour le scrotum.

Pour écarter l'erreur, on se rappellera que l'anus est contractile, résistant, laisse écouler du méconium et que le doigt en est souillé ; on n'oubliera pas que la bouche est large, limitée par les arcades alvéolaires, exerce des mouvements de succion ; on recherchera enfin les autres parties de la face, spécialement le nez qui, lui, ne participe pas à la bouffissure de la face et conserve toujours ses signes distinctifs.

3° PRÉSENTATIONS PELVIENNES. — Nous avons à examiner les signes obtenus par le toucher dans les quatre modes pelviens.

A. — *Présentations du siège*. — Au début du travail, il en est du siège comme de la face et la partie est souvent difficile à atteindre. La poche des eaux est également bombée, proéminente. L'examen du ventre, heureusement, lève toutes les difficultés.

Lorsque les contractions ont poussé le siège vers le détroit supérieur, on sent une tumeur assez volumineuse, charnue, arrondie, sur laquelle existe un point dur, l'ischion ; c'est la fesse antérieure. Mais l'épaule présente à peu près les mêmes caractères (voir plus loin) et l'examen du ventre permet, seul encore, d'établir le diagnostic.

Plus tard, quand le siège est engagé et les membranes déchirées, on constate deux tumeurs mollasses, ayant chacune un point dur ; elles sont séparées par le sillon interfessier, au milieu duquel on sent les organes génitaux, l'anus, la pointe du coccyx. L'anus est une petite ouverture circulaire, résistante, se resserrant sur le doigt ; celui-ci revient souillé de méconium.

Ordinairement, après la rupture de la poche, on voit sortir du méconium en paquet à différentes reprises, ou parfois même à chaque contraction. Cependant les battements du cœur restent normaux ; c'est qu'en effet, l'écoulement du méconium n'est pas ici un signe de