

souffrance du fœtus, ce n'est pas le résultat de la paralysie du sphincter anal; c'est tout simplement une conséquence de la compression du bas-ventre de l'enfant qui est engagé dans la filière pelvienne.

*L'anüs est la partie vraiment caractéristique du siège.* Quand le fœtus est mort ou même quand beaucoup d'élèves ont introduit le doigt plus ou moins loin dans l'anüs, la contractilité de l'orifice disparaît, il est flasque, béant et n'oppose plus de résistance.

Si l'enfant est du sexe masculin, on sent une petite tumeur molle formée par les bourses et à côté un petit appendice vermiculaire constitué par la verge, mais ces organes peuvent être relevés au-devant de l'abdomen et ne pas être accessibles au doigt.

Quand il s'agit d'une fille, on constate une petite tumeur molle qui, sous la pression du doigt, se sépare en deux et l'on distingue l'orifice vulvaire.

Cet examen des organes doit se faire très délicatement avec la pulpe de l'indicateur, afin de n'amener aucune lésion.

Dans la présentation franche des fesses, le sacrum est très élevé et difficile à atteindre. Il se reconnaît à une surface dure, osseuse, peu régulière, au milieu de laquelle se trouvent les rudiments de la crête sacrée.

Dans la *variété sacrée*, le doigt tombe directement sur le sacrum et peut s'imaginer toucher le sommet; des erreurs semblables ont été commises; on les évite en sachant qu'elles sont possibles et en examinant avec attention pour trouver les autres points de repère (sutures et fontanelles pour le sommet, anus et coccyx pour le siège).

Dans la *variété trochantérienne*, le coccyx et l'anüs sont fort élevés, la fesse est très abaissée, le doigt arrive au pli de l'aîne et à la racine de la cuisse.

Dans la *variété fémorale*, la cuisse est la partie la plus déclive et se présente la première au doigt explorateur. Il ne faut pas prendre la cuisse pour le bras et le pli de l'aîne pour le creux de l'aisselle, car on s'imaginerait avoir à faire à une présentation de l'épaule. Outre l'examen du ventre, qu'il ne faut jamais oublier, l'erreur sera évitée en touchant attentivement pour trouver les signes caractéristiques de la partie fœtale; du reste, la cuisse est plus volumineuse que le bras et le pli de l'aîne est plus étendu et moins profond que le creux de l'aisselle.

*Le diagnostic des diverses positions du siège* se fait aisément par la situation respective des diverses parties : coccyx, anus, sillon des fesses, organes génitaux. La pointe du coccyx regarde toujours du côté opposé au sacrum, de sorte qu'elle est tournée en arrière et à droite dans la 1<sup>re</sup> position, en avant et à gauche dans la 2<sup>de</sup> position, et ainsi de suite. Le sillon des fesses est parallèle au diamètre oblique gauche dans la S G A et la S D P; il est

dans le diamètre oblique droit dans la S D A et la S G P.

Dans la première position, l'anüs est en avant et à gauche des organes génitaux; dans la seconde position, il est en arrière et à droite. Dans la S D A, l'anüs est en avant et à droite; dans la S G P, il est en arrière et à gauche.

*B. — Présentations des pieds.* — La poche des eaux est souvent cylindrique, en boudin. Dans quelques cas, on y sent balloter deux petits corps allongés, difficiles à reconnaître. La présence de *deux petits corps mobiles*, dans la poche, ne laisse guère de doute; un seul ne suffit pas, car ce pourrait être une main, ou bien une présentation de la tête avec procidence d'un pied ou d'une main. Mais il n'y a guère que les pieds et les genoux qui descendent par couple et l'on distingue sans peine les pieds des genoux. Si l'examen du ventre a fait trouver la tête dans le fond de l'utérus, qu'il y ait un ou deux petits corps mobiles dans la poche, le diagnostic des pieds est certain. Après l'écoulement des eaux, les pieds arrivent vite au bas du vagin et sont reconnus sans peine par la vue et le toucher. Cependant, il peut se faire qu'un seul pied soit accessible et soit encore assez haut; dans ce cas, on pourrait le confondre avec la main et il est nécessaire d'en indiquer les différences.

1<sup>o</sup> Le pied est plus volumineux que la main; le bord interne est plus épais que l'externe, tandis que les deux bords de la main sont à peu près égaux.

2<sup>o</sup> Les orteils sont gros, courts, rangés sur une même ligne. Les doigts sont longs, minces et le pouce est opposable.

3<sup>o</sup> Le pied forme un angle droit avec la jambe; la main continue directement l'avant-bras.

Le dernier signe est le meilleur, le plus facile à constater. Dans le doute, il y a toujours l'examen du ventre; à la rigueur, on peut introduire les doigts suffisamment loin pour atteindre la région principale (siège ou épaule).

Quand un seul pied est descendu, on doit pouvoir dire si c'est le droit ou le gauche. Pour cela, il suffit de tourner ou de supposer la pointe du pied en avant: si le gros orteil est à gauche, c'est le pied droit; s'il est à droite, c'est le pied gauche. On peut aussi placer la main droite sur la plante du pied de l'enfant, comme si l'on voulait donner la main au pied sorti: si le pouce correspond au gros orteil, c'est le pied droit; sinon, c'est le pied gauche.

La direction des talons indique la position, mais à condition que les jambes ne soient pas déviées; ainsi les talons regardent en avant et à gauche dans la sacro-gauche antérieure (ou, comme disent certains auteurs, la calcanéog-auche antérieure). Pour être



plus sûr, il est préférable d'introduire le doigt jusqu'à l'anus et les parties génitales, dont la situation respective indiquera la position du siège d'une manière absolument certaine.

C. — *Présentations du siège en masse.* — Dans ces cas, on sent les pieds au-devant des fesses et les talons sont accolés à celles-ci. On a les caractères déjà indiqués du siège et les pieds y sont ajoutés.

D. — *Présentations des genoux.* — Comme les pieds, les genoux sont souvent à deux; ils sont gros, ronds, anguleux, durs; le pli du jarret est au-dessus et se distingue par sa *concavité* et sa direction transversale. La jambe et la cuisse qui continuent le genou sont remarquables par leur volume.

Un genou ne pourrait être confondu qu'avec un coude: celui-ci est plus aigu, plus pointu, présente trois saillies osseuses (l'olécrâne et les deux condyles); le pli du coude est petit, *arrondi*; le bras et l'avant-bras sont peu volumineux.

Il n'y a jamais le moindre inconvénient à étendre complètement le membre; que ce soit un bras ou une jambe, le cas ne sera pas plus compliqué parce que l'on aura la main au lieu du coude, ou le pied au lieu du genou. Il y a enfin, comme toujours, l'examen du ventre et l'introduction des doigts suffisamment loin pour atteindre le siège ou la poitrine.

4° PRÉSENTATIONS TRANSVERSALES. — Déjà pour les présentations de la face et de l'extrémité pelvienne, nous avons fait les remarques suivantes: 1° La poche est volumineuse, allongée souvent en boyau; 2° La partie fœtale est élevée, inaccessible au commencement du travail; ce n'est qu'après un certain temps qu'elle s'engage; 3° Le diagnostic ne peut donc être établi dès le début de l'accouchement que par l'examen du ventre; 4° La rupture prématurée des membranes n'est pas rare; 5° Le travail a une allure spéciale; la partie fœtale n'appuyant pas sur le segment inférieur de l'utérus ne provoque pas de contractions réflexes; les douleurs sont faibles, espacées; la dilatation est lente, l'accouchement est languissant, dure plus longtemps que dans les présentations du sommet.

Ces diverses particularités sont surtout prononcées dans les présentations transversales; c'est alors surtout que l'on observe la poche en boudin, la grande élévation de la partie fœtale, l'impossibilité absolue de l'atteindre par le toucher, l'écoulement prématuré des eaux, l'extrême lenteur de la dilatation, la grande paresse de l'utérus et la longueur exagérée du travail.

Or, dans ces présentations, il faut toujours intervenir et s'y prendre à temps, *au moins avant* ou *très peu après l'écoulement des eaux*. Donc il faudra toujours faire le diagnostic par l'examen du ventre; si, pour des causes extraordinaires et fort rares, cet examen du ventre est impossible ou laisse dans le doute, il est indiqué de faire

coucher la femme pour conserver les eaux autant que l'on peut; pour les retenir et hâter la dilatation, on introduit *au-dessus du col* un ballon de caoutchouc, que l'on distend ensuite en y injectant 200 à 300 grammes d'eau. On se tient prêt à tout événement et, dès que le col est suffisamment dilaté ou dilatable, on introduit assez de doigts, même la main entière, pour atteindre et reconnaître la partie fœtale; si l'on constate alors la présentation vicieuse, on procède sans désespérer à la version podalique.

Parfois la poche des eaux contient un petit corps mobile, la main ou le coude; quand le doigt peut arriver à l'épaule, il sent une tumeur arrondie, ferme, assez volumineuse, au milieu de laquelle se trouve une petite saillie osseuse (l'acromion); c'est à peu près les caractères du siège *au début du travail* et le diagnostic n'est encore possible qu'en introduisant plusieurs doigts ou mieux par l'examen de l'abdomen. Rappelons qu'il est extrêmement dangereux de rompre les membranes dans le but de poser plus aisément le diagnostic; il faut, au contraire, ménager la poche et ne toucher que dans l'intervalle des contractions.

Lorsque le col est plus dilaté et la partie un peu descendue, surtout si les eaux sont écoulées, les caractères de l'épaule peuvent être reconnus. Le doigt constate d'abord la tumeur, arrondie, ferme, du moignon de l'épaule et le relief dur formé par l'acromion. En avant ou en arrière de cette tumeur se trouve une saillie allongée, transversale, osseuse, la clavicule; du côté opposé existe une autre éminence osseuse, mais moins longue et moins appréciable, l'épine de l'omoplate qui aboutit à l'acromion. En dessous de la clavicule, on sent les côtes et les espaces intercostaux; en dessous de l'épine de l'omoplate, on a une surface dure, plane, triangulaire, se terminant en bas par un angle arrondi, sous lequel le doigt peut s'engager. Le moignon de l'épaule est limité en outre par le sillon du cou et se continue enfin du 4° côté avec le bras, facile à reconnaître. Au point de réunion du bras et de l'épaule, se trouve le creux de l'aisselle, cavité pyramidale, peu profonde, avec des bords saillants; les côtes sont tout proches.

Les côtes sont disposées comme les barreaux d'une cage et constituent le caractère le plus certain de la présentation transversale. C'est le *gril intercostal*, comme on dit encore. On apprécie sans peine la série de reliefs et de dépressions du thorax, en imprimant au doigt explorateur un mouvement de va-et-vient.

Pour que le diagnostic ne laisse rien à désirer, les doigts doivent toujours reconnaître le creux de l'aisselle et les barreaux de la cage thoracique.

Pour savoir *quelle est l'épaule qui se présente et en quelle position*, il faut chercher où se trouvent la tête et le dos. La situation de la tête est donnée par le creux de l'aisselle, qui regarde du côté opposé



à celui où est la tumeur céphalique ; si le creux de l'aisselle est dirigé à gauche, la tête occupe la fosse iliaque droite et vice-versa.

Le creux du cou pourrait aussi servir pour le même objet, puisque la tête est un peu au-delà de ce sillon.

Le dos est indiqué par l'omoplate ; quelquefois, le doigt parvient même aux petites saillies des apophyses épineuses de la colonne vertébrale. Si l'on arrive plus facilement à la clavicule et à la région antérieure de la poitrine, le résultat est aussi bon, puisqu'on en conclut que le dos est du côté opposé.

Lorsque le creux de l'aisselle est tourné à droite, la tête est dans la fosse iliaque gauche. Le dos est-il en avant, c'est une 1<sup>re</sup> position de l'épaule droite ; le dos est-il en arrière, c'est une 1<sup>re</sup> position de l'épaule gauche.

Lorsque le creux de l'aisselle est tourné à gauche, la tête est dans la fosse iliaque droite. Le dos est-il en avant, c'est une 2<sup>de</sup> position de l'épaule gauche ; le dos est-il en arrière, c'est une 2<sup>de</sup> position de l'épaule droite.

*Présentations déviées.* — Dans ces cas, le moignon de l'épaule n'est pas atteint directement par le doigt explorateur, parce qu'il y a inclinaison sur l'un ou l'autre côté.

Dans la variété scapulaire ou dorsale, on tombe d'abord sur l'omoplate et parfois sur la colonne vertébrale, qu'on reconnaît aux caractères indiqués précédemment.

Dans la variété sternale, on arrive de suite à la clavicule, aux côtes, au sternum. Si l'avant-bras reste fléchi sur la poitrine, on le reconnaît sans peine.

Dans la variété cervicale, on atteint directement le cou et en poussant le doigt assez loin, on sent une portion de l'orbe céphalique.

Dans la variété cubitale, le bras est en rapport avec le détroit supérieur et le plus souvent il descend dans le vagin, où l'on constate la présence de la main ou du coude.

Dans toutes ces variétés, si l'on veut poser un diagnostic exact et complet par le toucher, les doigts doivent être introduits jusqu'à l'épaule et au creux de l'aisselle. Mais dans la majorité des cas, l'examen du ventre aura fait parfaitement reconnaître la présentation et la position, bien avant que la dilatation du col permette des recherches aussi minutieuses.

Il en est de même dans certaines présentations exceptionnelles et encore plus difficiles à diagnostiquer par le toucher que celles dont nous venons de parler. C'est lorsque le tronc se présente par une région éloignée de l'épaule, tels que le ventre, le bas du dos, le flanc. Ce n'est pas trop de la main entière pour aller explorer ces parties et en distinguer les caractères, parce qu'elles restent excessivement élevées.

Le ventre est une tumeur molle, vaste, au centre de laquelle s'insère le cordon ombilical. Le dos présente les côtes et les apophyses épineuses de la colonne vertébrale. Le flanc ne peut être reconnu que par le voisinage du ventre, de la crête iliaque, du bas du dos et des fausses côtes.

*Dégagement du bras.* — Dans beaucoup de présentations de l'épaule, le bras arrive le premier dans le vagin ; il y a, dit-on, dégagement, descente, issue du bras. C'est tantôt le coude, tantôt la main, selon que l'avant-bras est resté fléchi ou s'est également étendu.

Certains auteurs donnent à ces modifications les noms de *présentation de la main, du coude*. Mais le nom de présentation doit être réservé à la région importante qui est en rapport avec le détroit supérieur et il est plus correct de dire présentation de l'épaule avec issue, descente ou dégagement du coude, de la main.

Le coude ne peut être confondu qu'avec le genou, la main avec le pied. Nous avons déjà indiqué les moyens de les différencier. Répétons qu'il n'y a jamais le moindre inconvénient à étendre complètement le membre, bras ou jambe.

Lorsque la main est dans le vagin ou à la vulve, le diagnostic est singulièrement facilité. C'est à tel point que certains accoucheurs n'hésitent pas à provoquer ce dégagement, à faire descendre la main, afin de poser plus sûrement et plus rapidement leur diagnostic.

Cette pratique n'est pas exempte de danger et est en tous cas inutile, puisque l'examen du ventre a pu, dans la grande majorité des cas, faire connaître la présentation et la position ; nous ne l'approuvons que dans les cas très exceptionnels où les autres procédés n'auraient pas levé tous les doutes.

Il est bon de remarquer que la seule présence d'une main dans le vagin ne permet pas d'affirmer une présentation de l'épaule ; en effet, il peut s'agir d'une présentation du sommet ou de la face avec procidence du bras. Quand donc on aura senti la main, il sera nécessaire d'introduire les doigts assez loin pour arriver à la région principale, tête ou poitrine.

On a le nom de la main descendue de deux façons : d'abord en la prenant avec sa main droite, comme si l'on donnait la main à un ami ; si les pouces se correspondent, il s'agit de la même main, donc de la droite ; si les pouces ne sont pas ensemble, c'est la main gauche. Une autre façon, qui est seule applicable lorsque la main est encore dans le vagin, c'est de la tourner la face palmaire en avant ; si le pouce regarde à droite, c'est la main droite ; si le pouce regarde à gauche, c'est la main gauche.

Il est clair que l'on peut se passer de toute rotation imprimée au bras, en ayant soin de tenir compte de la situation de la main : ainsi,



le dos de la main étant en avant, si le pouce est à gauche, c'est la main droite; si le pouce est à droite, c'est la main gauche.

On a ainsi le nom de l'épaule qui se présente.

Pour savoir où est la tête, il n'y a plus qu'à reconnaître le creux de l'aisselle; mais la main elle-même peut encore servir à cette fin. Pour cela, le membre doit être abandonné librement à lui-même et n'être pas tordu sur son axe; *dans ces conditions, il se place en demi-supination; la face dorsale de la main indique le côté où est la tête, le pouce est dans la direction de la poitrine et le petit doigt dans celle du dos.*

Soit, par exemple, une 1<sup>re</sup> position de l'épaule droite, avec dégagement du bras. La face palmaire de la main étant tournée ou supposée en avant, le pouce regardera la cuisse droite de la mère; dès que le membre sera libre et sans torsion, la face dorsale de la main se dirigera vers la cuisse gauche de la femme, le pouce en arrière, le petit doigt en avant.

REMARQUES SUR LE DIAGNOSTIC DES PRÉSENTATIONS PAR LE TOUCHER. — Chaque présentation a un point de repère très caractéristique, qu'il faut bien connaître et toujours rechercher: c'est la petite fontanelle, pour le sommet; le nez, pour la face; l'anus, pour le siège; le gril intercostal, pour les présentations transversales.

Il est bon aussi de fixer l'attention sur les parties qui peuvent, à un examen trop rapide, être confondues avec le sommet: c'est le front, pour la face; le sacrum, pour le siège; l'omoplate, pour l'épaule.

Si l'on n'y prend pas garde, la bouche peut être prise pour l'anus et vice-versa: c'est ainsi qu'un accoucheur affirme avoir le doigt dans la bouche et constate les mouvements de succion; il retire le doigt et le trouve souillé de méconium!

On a vu des praticiens inattentifs s'imaginer avoir le doigt dans l'anus, alors que c'était le col commençant à peine à se dilater; le contraire a aussi été observé.

On voit que si l'on examine trop vite, à la légère, sans soins suffisants, les erreurs les plus invraisemblables peuvent être commises.

#### Diagnostic du progrès du travail.

On constate que l'accouchement avance par les différents phénomènes physiologiques et mécaniques décrits plus haut, mais tout spécialement par *la dilatation du col et la descente de la partie fœtale.*

*Phénomènes physiologiques.* — L'écoulement des glaires et du liquide amniotique ne signifie pas grand'chose; l'augmentation de volume de la poche ne compte que par l'élargissement du col qui peut en être la conséquence.

La nature des contractions, c'est-à-dire leur force, leur fréquence, leur régularité, donne une indication, une présomption favorable seulement.

Les douleurs ne valent que par les contractions dont elles sont le plus souvent, mais pas toujours, le résultat avec manifestation extérieure plus ou moins bruyante. Cependant, avec de l'habitude, on distingue à distance les cris d'impatience de la période de dilatation, des cris d'effort de l'expulsion et surtout des derniers moments.

On ne peut apprécier avec certitude les progrès de la dilatation que par le toucher. L'examen du ventre, la durée du travail, les contractions accompagnées ou non de douleur et de cris, ne peuvent donner qu'une idée vague et incomplète, souvent trompeuse et inexacte, de la dilatation du col.

Comme fait curieux et absolument exceptionnel, signalons le suivant: nous avons vu une dame Hollandaise indiquant elle-même (et sans se toucher, ce que font certaines femmes) quel était le degré de dilatation de son col; nous l'avons accouchée plusieurs fois et jamais elle n'a commis d'erreur!

En résumé, le toucher seul peut indiquer sérieusement les progrès du travail pendant le 1<sup>er</sup> temps de l'accouchement (dilatation du col).

*Phénomènes mécaniques.* — La flexion complète au détroit supérieur pourra être reconnue par le palper, ainsi que nous l'avons dit précédemment (page 266). Le toucher la fera constater avec autant de garantie et sera même le seul mode à employer quand la tête sera au détroit inférieur.

Lorsque la flexion est incomplète, les deux fontanelles sont à peu près à la même hauteur; si elle est complète, la petite fontanelle s'abaisse, est plus accessible et se rapproche du centre du bassin, tandis que la grande fontanelle s'élève, ne peut plus être sentie.

La rotation est également constatée par le toucher; l'examen du ventre (auscultation et palper) ne dit pas grand'chose à cet égard et même peut induire en erreur dans les occipito-postérieures (et les mento-postérieures); il est cependant nécessaire de savoir exactement si l'occiput (ou le menton) est revenu en avant, surtout si l'on doit intervenir avec le forceps.

La descente de la partie fœtale, signe le plus important des progrès du travail, est le mieux, le plus facilement, le plus exactement, le plus sûrement et le plus rapidement constatée à l'aide du toucher.

Les autres modes d'investigation peuvent donner des renseignements plus ou moins utiles, mais certes pas aussi précis. Résumons-les en quelques mots.

La patiente constate parfois elle-même que l'enfant descend et déclare qu'elle est dégagée d'en haut; les douleurs d'abord assez élevées, allant du nombril aux flancs et à la région lombaire, se font sentir, de plus en plus bas, de l'hypogastre à la région sacrée et enfin à la vulve et au périnée.