

en bas; le maximum d'intensité se trouvera en dessous de l'ombilic, si la tête est en rapport avec le détroit supérieur; il sera, au contraire, au-dessus de cette cicatrice, dans les présentations de l'extrémité pelvienne; de plus, ce maximum sera perçu à gauche si le dos est tourné de ce côté, et à droite dans le cas contraire; enfin, ce maximum sera entendu plus ou moins en avant, selon que le dos sera lui-même plus ou moins rapproché de la paroi antérieure.

Afin de mieux se comprendre, on divise la surface utérine antérieure en quatre régions, au moyen de deux lignes, l'une longitudinale, l'autre transversale, se croisant au niveau de l'ombilic. Il est bon de remarquer que la ligne transversale est horizontale, mais que la ligne longitudinale ne doit pas être verticale; elle doit être légèrement oblique, comme la matrice elle-même. A cet égard, la figure suivante n'est pas bien correcte.

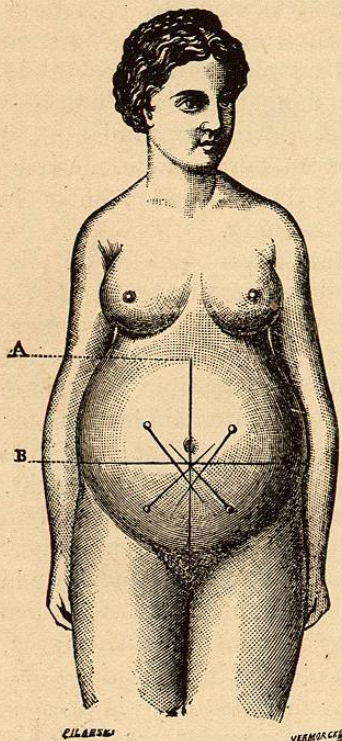


Fig. 106 — Division des parois abdominales en quatre quarts, avec indication des quatre maxima des bruits cardiaques.

Si le maximum se trouve dans le quart inférieur gauche, il s'agit d'une première position du sommet; dans le quart inférieur droit, c'est une seconde position du sommet. Dans le quart supérieur droit, c'est une seconde du siège; dans le quart supérieur gauche, c'est une première du siège.

Dans tous ces cas, la position sera antérieure, transversale ou postérieure, selon que le maximum sera entendu en avant, directement sur le côté, ou en arrière.

Il est à noter que dans les positions postérieures, le dos est éloigné de la paroi abdominale et que les battements sont parfois assez difficiles à percevoir. On les rend plus accessibles, en faisant coucher la femme sur le côté opposé et en déprimant assez fortement la paroi abdominale, pour refouler de côté les anses intestinales et se rapprocher le plus possible de l'utérus et du dos de l'enfant.

Si le dos est directement en arrière, on ne parvient pas, le plus souvent, à entendre les doubles battements, parce qu'il y a une trop grande épaisseur des

tissus; il y a trop de distance entre le cœur du fœtus et l'oreille qui ausculte.

Dans les présentations de la face, le maximum se fait entendre du côté du plan antérieur du fœtus, parce qu'alors il y a un creux entre

le haut du dos et la paroi utérine, tandis que la poitrine est presque directement appliquée sur celle-ci.

La face étant au début du travail assez élevée ou déviée, le maximum des bruits cardiaques se trouve plus haut; c'est un moyen de distinguer les présentations de la face de celles du sommet. Mais celui-ci peut également ne pas être engagé, par exemple chez les multipares, dans les rétrécissements du détroit supérieur, etc. Il n'est donc guère permis de faire état de ce signe pour établir le diagnostic différentiel.

Pour les présentations de l'épaule, on a la propagation des bruits d'un côté à l'autre, transversalement ou un peu obliquement; quant au maximum, il est peu éloigné de l'ombilic.

On a présenté plusieurs objections aux principes qui servent de base aux considérations dans lesquelles nous venons d'entrer. Ainsi, nous avons dit que le cœur est plus éloigné du siège que de la tête; or, le Dr Ribémont a prouvé, par des coupes de cadavres, qu'il n'en est pas ainsi, la distance est à peu près la même; la fig. 106 le montre également; en outre, les battements se transmettent aussi bien et même mieux par la région latérale gauche du thorax que par la région dorsale; donc le maximum des bruits cardiaques correspond plutôt au côté gauche qu'au dos. M. Fochier enseigne même que le maximum se trouve exactement sur l'acromion et constitue un moyen de vérification de l'épaule par le palper. Dans ce cas il serait beaucoup plus près du sommet que du siège.

Il est certain que si la tête est en bas, le maximum s'entend en dessous de l'ombilic, tandis que si elle est en haut, il est perçu au-dessus de cette cicatrice. Le fait clinique ne peut être discuté, mais l'explication qui semble la plus exacte diffère de ce qui a été dit précédemment.

Si le maximum est en dessous de l'ombilic dans les présentations du sommet, et au-dessus dans celles du siège, c'est que le sommet est d'habitude plus bas, plus ou moins engagé, s'adapte mieux par sa forme au segment inférieur de l'utérus et pénètre même souvent dans le détroit supérieur et le haut de l'excavation; au contraire, le siège reste élevé, est fréquemment dévié vers l'une des fosses iliaques.

On comprend ainsi les exceptions qui doivent se produire; lorsque la tête reste élevée, le summum est au niveau de l'ombilic, ou même au-dessus; quand le siège est engagé, le maximum se trouve au nombril et descend à mesure de l'engagement.

Dans les occipito-antérieures gauches, il est exact que le maximum se trouve à gauche. Dans les occipito-antérieures droites, la région gauche du fœtus est près de la ligne médiane ou même à gauche, de sorte que le maximum pourra être du même côté. Donc l'auscultation ne vient nullement en aide pour distinguer une occipito-antérieure



gauche d'une occipito-antérieure droite. Mais dans les occipito-postérieures droites, le maximum sera franchement dans le quart inférieur droit, en rapport avec le côté gauche du thorax de l'enfant.

Comme les positions les plus fréquentes sont les occipito-antérieures gauches et les occipito-postérieures droites, il s'ensuit que l'auscultation permettra, quelles que soient les opinions adoptées, de les distinguer les unes des autres par le siège du maximum des bruits cardiaques. Ce fait est parfaitement acquis et le praticien doit s'en souvenir.<sup>(1)</sup>

Frankenhauser, en 1859, a émis l'opinion que les battements du cœur sont plus fréquents chez les filles que chez les garçons; en comptant donc les pulsations, on pourrait arriver à indiquer le sexe de l'enfant pendant la grossesse: en dessous de 135, ce serait un garçon; au-dessus de 145, ce serait une fille; entre 135 et 145, il y aurait doute, et l'on devrait s'abstenir.

On a publié sur ce sujet beaucoup de travaux sérieux, les uns favorables, les autres contraires à l'opinion de Frankenhauser. Le charlatanisme en a fait un vaste champ d'exploitation.

Selon certains praticiens, le nombre des battements dépend plutôt du volume que du sexe; les gros enfants ont moins de pulsations que les petits; c'est pourquoi les garçons ont d'habitude moins de 135, et les filles au-delà de 145.

Pour expliquer les erreurs nombreuses que leurs adversaires ont indiquées, les partisans des idées de Frankenhauser font remarquer que des précautions multiples doivent être prises, parce que les battements varient sous diverses influences, telles que émotions de la mère, contractions de l'utérus, etc. Pour arriver à un bon résultat, il faut: 1° ausculter dans les deux derniers mois avant l'accouchement; 2° ne jamais ausculter dans ce but pendant le travail, surtout après l'écoulement des eaux, ni après une contraction; 3° s'abstenir en cas d'indisposition ou de maladie de la mère, ou si l'on perçoit un souffle fœtal; 4° choisir de préférence le matin, quand la femme est toujours au lit, bien calme; 5° répéter l'exploration plusieurs fois et prendre la moyenne. C'est, franchement, beaucoup d'embarras pour arriver à un résultat douteux; si après tout cela on se trompe, on risque fort d'être taxé de charlatanisme.

La détermination du sexe de l'enfant pourrait être utile à l'accoucheur dans les cas de bassins modérément rétrécis, parce que la tête des garçons est d'habitude plus grosse, plus résistante que celles des filles.

Malheureusement, malgré toutes les précautions, on se trompe souvent. Après plusieurs tentatives plus ou moins heureuses, nous avons complètement renoncé à indiquer le sexe par l'auscultation.

BRUIT DE SOUFFLE MATERNEL. — Ce bruit de souffle a reçu différents noms, selon le siège qui lui a été assigné par les nombreuses

*(1) En la posición transversa posterior solo se perciben los latidos cardiacos fetales, auscultando por debajo la matriz.*

théories émises pour l'expliquer. Ainsi, on l'a appelé souffle placentaire, abdominal, utérin, utéro-placentaire, selon qu'on en plaçait l'origine dans le placenta, dans les vaisseaux abdominaux, dans l'utérus, dans les vaisseaux utéro-placentaires. On dit aussi le souffle de la grossesse, ou simplement le bruit de souffle.

Ce bruit est entendu pendant la grossesse, à partir du 4<sup>e</sup> mois, rarement plus tôt; son intensité augmente jusqu'au 7<sup>e</sup> ou 8<sup>e</sup> mois, puis elle reste stationnaire. Il est isochrone au pouls de la mère, son origine est donc maternelle sans aucun doute; il a été comparé à la syllabe *vou*. Il est fugace, mobile, intermittent, cesse par moment. Ordinairement, on l'entend sur les côtés de l'utérus, à la hauteur des fosses iliaques; mais parfois, on peut le constater en avant, au milieu, sur les parties supérieures et même au fond de l'utérus, c'est-à-dire partout. Il est parfois tellement superficiel qu'il paraît entrer dans l'oreille appliquée sur l'abdomen.

Il est modifié par le travail; souvent plus fort au début de la contraction, il s'affaiblit ensuite et peut devenir imperceptible si la douleur est très prononcée.

Dans beaucoup de cas (9 fois sur 10, d'après Bailly), on continue à l'entendre après l'expulsion du fœtus et même plusieurs jours après la sortie du placenta. Il ne se produit donc pas alors dans ce gâteau ni dans les vaisseaux utéro-placentaires.

Il n'est pas caractéristique de la grossesse, car on l'entend aussi lorsqu'il y a une tumeur volumineuse dans le bassin ou dans l'abdomen.

Il ressemble au bruit de souffle de la carotide dans la chlorose, au bruit de souffle des gros troncs artériels comprimés.

Chaque bruit de souffle est bien séparé du suivant, mais il est parfois tellement prolongé qu'il se continue presque avec lui.

Le plus souvent, le souffle existe sans battement; dans quelques cas, il est accompagné d'une véritable pulsation.

Bouillaud attribue ce souffle à la compression des artères iliaques par l'utérus gravide. En effet: 1° il apparaît seulement quand l'organe s'élève au dessus du détroit supérieur et s'entend aussi dans les cas de tumeurs abdominales; 2° on le rencontre spécialement vers les parties latérales inférieures; 3° il est plus fréquent à droite qu'à gauche, à cause de l'obliquité de la matrice plus commune de ce côté; 4° il cesse ordinairement quand on met la femme dans la position génu-pectorale, parce que les troncs vasculaires sont ainsi moins comprimés ou ne le sont plus du tout; 5° il persiste dans certains cas après la sortie du fœtus et du placenta, parce que la compression peut encore continuer jusqu'à certain point.

On ne peut cependant nier qu'un bruit de souffle puisse se produire dans la circulation utérine, du moins à certaines époques de la grossesse, soit par le fait de l'état chloro-anémique du sang, soit



par la différence de calibre des artères utérines qui se dilatent en pénétrant dans les parois de l'organe. On sait, en effet, que dans ces conditions, un bruit de souffle est possible, aussi bien que par la compression des troncs artériels.

Ce qui peut faire croire que la cause n'est pas toujours la même, c'est que le bruit de souffle ne présente pas toujours les mêmes caractères : tantôt il est plus sec, plus âpre, plus frémissant, tantôt plus doux, plus prolongé, tantôt accompagné de piaulement (miaulement d'un jeune chat), tantôt ronflant, sibilant, plaintif.

**SOUFFLE OMBILICAL.** — Ce souffle se passe dans le cordon et est produit par la compression de celui-ci; il est isochrone au premier bruit du cœur fœtal ou le suit immédiatement. Il est superficiel et a un siège variable; il s'entend ordinairement dans une des régions antérieures ou latérales de l'utérus et se prolonge jusqu'au fond.

Quand il existe, on doit penser à des circulaires entourant le cou, le tronc, les membres, ou à une compression s'exerçant en l'un ou l'autre endroit.

**SOUFFLE FŒTAL.** — Ce souffle se produit dans le cœur du fœtus et coïncide avec le second bruit cardiaque. Il correspond toujours au cœur de l'enfant. Il ne doit pas être confondu avec le souffle ombilical.

Au point de vue obstétrical, il n'a aucune importance.

**BRUIT DE CHOC FŒTAL.** — C'est un bruit très léger, brusque et court, provenant d'un mouvement de totalité du fœtus, qui vient frapper, heurter l'un des points de la surface utérine.

On peut l'entendre du 4<sup>e</sup> au 5<sup>e</sup> mois. Pour cela, on applique bien également et perpendiculairement la grande ouverture du stéthoscope au centre de la tumeur utérine; on le laisse immobile et l'oreille allant se placer sur l'autre bout, exerce une pression modérée, que l'expérience enseigne après quelques tâtonnements; on éprouve alors une double sensation de *choc* et de *bruit brusque*, mais d'une *extrême légèreté* (Pajot).

**AUTRES BRUITS MOINS IMPORTANTS.** — Il n'est pas rare d'entendre différents bruits abdominaux, surtout *des gargouillements dans les intestins*. On les reconnaît facilement.

On entend aussi souvent *les battements de l'aorte abdominale*, qui parfois amènent un soulèvement rythmique de l'utérus. Ces bruits sont simples et isochrones au pouls de la mère.

Quand le fœtus est macéré et que le liquide amniotique se décompose, on entend une sorte de *bruissement sourd*, un *bruit de fermentation*.

Enfin, après la sortie de l'enfant, lorsque le placenta se détache, on constate des espèces de *petits craquements*, une *crépitation particulière*, annonçant le décollement du délivre.

### **Palper abdominal.**

Le palper obstétrical consiste à appliquer la face palmaire des doigts ou de la main sur le ventre, pour y faire diverses recherches, spécialement celles de la matrice et de ce qu'elle peut contenir.

Ce mode d'exploration, excessivement utile, est connu depuis longtemps; mais il a été particulièrement étudié et bien décrit dans ces dernières années. Aujourd'hui, on lui attribue avec raison une importance considérable.

Le palper permet de constater, dès les premiers temps de la grossesse, le développement, la forme, la situation, la consistance, la sensibilité de l'utérus. Plus tard, il y fait découvrir la présence d'un ou de plusieurs fœtus, leur état de vie ou de mort, la façon dont ils sont placés.

Le palper donne en outre des signes précieux dans la grossesse extra-utérine, dans les déplacements et les états spasmodiques de la matrice, dans la rétention d'urine et dans les divers cas de tumeur abdominale.

Le palper est employé seul ou combiné au toucher. Il n'est pas douloureux, répugne moins que ce dernier et ne présente aucun danger. Il est plus ou moins facile à pratiquer, selon l'état des parois abdominales et de l'utérus. Si les parois sont épaisses, résistantes, tendues, contractées, sensibles ou irritables, l'examen devient difficile et quelquefois impossible. Il en est ainsi notamment chez certaines femmes nerveuses, ou bien quand il y a inflammation, ou bien pendant le travail, alors que la matrice se contracte fréquemment.

Le palper est surtout facile et important avant le travail, ou au début de celui-ci. Dans ces conditions, le toucher donne souvent peu de renseignements, car la partie fœtale est encore trop élevée.

Si le travail est plus avancé, spécialement quand les membranes sont rompues, le palper est moins applicable, tandis que le toucher donne habituellement tous les renseignements désirables : ce dernier permet alors, en effet, de sentir directement la partie fœtale qui se présente.

Comme il est indispensable d'arriver au diagnostic avant ce moment, on comprend que le palper a une valeur au moins égale à celle du toucher. On évite ainsi le danger de méconnaître une présentation de l'épaule, des pieds, une position déviée, et on peut agir, *en temps utile*, selon les préceptes que nous développerons plus loin.

Certaines femmes ont les parois abdominales et utérines bien souples, torpides, minces; chez elles, on reconnaît toutes les parties avec leurs détails et fort aisément, comme si elles n'étaient séparées de la main que par un linge. D'autres ont ces parois épaisses, fermes,