

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,

tendues, irritables; les sensations sont beaucoup moins nettes et l'examen exige un tact exercé, de la persévérance et assez d'habileté.

Il est clair, du reste, qu'on doit s'exercer au palper, comme au toucher et aux autres modes d'investigation, et que quelques privilégiés seuls peuvent arriver d'emblée à y être de première force.

Pour palper avec fruit, il faut placer la femme dans une position favorable, de manière que les parois du ventre soient dans un relâchement complet; la vessie doit être vide et la femme doit s'abstenir de pousser ou de contracter les muscles abdominaux.

Il faut éviter d'avoir les mains froides, les ongles longs et tranchants. L'examen se fait avec douceur, persévérance, sans trop tâtonner. S'il survient une contraction, on s'arrête momentanément, en laissant les mains en place, pour ne pas perdre le bénéfice déjà obtenu; ou bien, on les retire provisoirement, si la patiente se plaint vivement.

La femme doit détacher ses jupons au moins, et mieux enlever une partie des vêtements, de peur que, ramassés en haut ou en bas, ils ne gênent la manœuvre. En tous cas, le ventre doit être découvert.

Quand on a une certaine habitude, on peut laisser la chemise, que l'on applique exactement sur la peau; sinon, on la relève également, en ne dénudant que la partie strictement nécessaire.

L'accoucheur se place à gauche ou à droite, au niveau du flanc et, saisissant la peau entre deux doigts, constate d'abord son épaisseur et sa sensibilité.

A. — S'il s'agit de rechercher la tumeur formée par la matrice au commencement de la grossesse, on examine de préférence le matin, la femme étant à jeun et venant d'uriner. On la fait coucher sur le dos, près du bord du lit, la tête basse et un peu fléchie, la poitrine légèrement soulevée, les jambes et les cuisses à demi-étendues.

On lui recommande de respirer largement et de tenir la bouche entr'ouverte.

L'extrémité des doigts et la partie inférieure du bord cubital de l'une ou des deux mains sont alors enfoncées peu à peu dans le bas-ventre, au-dessus des pubis, écartant par de petits mouvements les anses intestinales, avec lenteur et prudence, de façon à éviter la douleur et la contraction des parois abdominales. Les doigts vont aussi loin que possible en arrière et en bas, jusqu'à ce qu'ils soient arrêtés par la tumeur arrondie, ferme, lisse, régulière, très peu ou point sensible, formée par la matrice distendue. Les doigts se meuvent alors de bas en haut et sur les côtés pour délimiter la tumeur.

On doit être prévenu que quelquefois on arrive ainsi jusqu'à l'angle sacro-vertébral, qu'il ne faudrait point prendre pour une tumeur pathologique.

Dans les premiers temps de la grossesse, pour être sûr que la tumeur palpée est bien la matrice et pour mieux en apprécier la forme, le volume, la consistance, la mobilité, on doit laisser la face palmaire des doigts de la main gauche appliquée sur le fond, tandis qu'un ou deux doigts de l'autre main, introduits dans le vagin, vont soulever le col. On peut ainsi tenir l'organe entre les doigts, qui se communiquent par son intermédiaire de petits mouvements; on est certain alors que la tumeur abdominale et le col ne forment qu'un tout, par conséquent qu'il s'agit réellement de l'utérus.

Par cet *examen bimanuel*, toucher combiné au palper, on peut chez beaucoup de femmes constater, dès le début de la grossesse, tous les caractères de l'utérus gravide.

Pour bien arriver à ce résultat, on enfonce dans l'hypogastre les doigts qui palpent, *profondément derrière la matrice*, jusqu'au segment inférieur; d'autre part, le doigt qui touche est introduit dans le cul-de-sac antérieur et le refoule

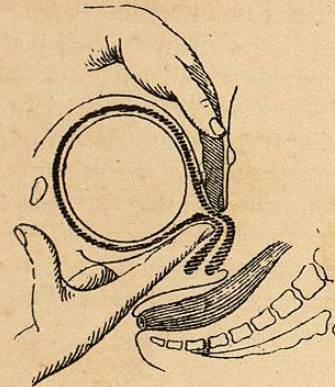


Fig. 107. — Manière dont les doigts sont enfoncés à l'hypogastre et dans le vagin, pour constater le signe d'Hégar, dans les cas ordinaires d'antéversion.

en haut et en arrière: de cette façon, les doigts externes et internes vont à la rencontre les uns des autres et ne sont plus guère séparés que par la partie tout à fait inférieure du corps utérin, celle qui est immédiatement au-dessus de l'orifice interne (l'isthme, qui contribue à former le segment inférieur). On constate ainsi, déjà avant deux mois de gestation, d'après Hégar, une *compressibilité spéciale* du segment inférieur, du moins sur la ligne médiane, « le doigt semble pénétrer dans du beurre », selon l'expression de Landau; parfois la dépressibilité est telle qu'on croit n'avoir entre les doigts que l'épaisseur d'une carte à jouer, d'autres fois l'épaisseur semble être de 4 à 5 millimètres. La différence est très nette entre la *dureté du col* et la *mollesse du corps*.

Cette sensation donnée par la compression entre les deux mains exploratrices d'une région mince et ramollie qui tranche avec le col encore résistant, est désignée en Allemagne sous le nom de « signe d'Hégar ».

Le résultat est souvent plus net, en plaçant le doigt interne dans le rectum au lieu de l'introduire dans le cul-de-sac postérieur.

On l'obtient comme nous venons de l'indiquer, lorsque la matrice est inclinée en avant, ce qui est le cas ordinaire et normal; si elle est penchée en arrière, en rétroversion, les doigts externes sont enfoncés derrière la symphyse pubienne et le doigt interne dans le cul-de-sac postérieur, de façon à avoir toujours entre eux le segment inférieur de l'organe.

Le chloroforme peut être nécessaire si les parois abdominales se prêtent peu au palper (sensibilité, contractions, fermeté, etc.)

On ne parvient pas toujours à constater le signe d'Hégar et il faut du reste être prudent dans sa recherche, car on pourrait, par des pressions exagérées ou prolongées, irriter la matrice et provoquer des contractions abortives.

L'examen bi-manuel permet plus souvent, vers 2 à 3 mois, de reconnaître sans

peine l'augmentation du volume du corps utérin, sa sphéricité, sa consistance spéciale (sac de caoutchouc rempli d'eau), parfois même une fluctuation plus ou moins marquée; il y a, en résumé, une sphère molle ou rénitente placée au-dessus d'un cylindre de consistance ferme, le col; c'est là un bon signe de grossesse utérine.

B. — Quand la grossesse est plus avancée, les parois utérines assouplies sont moins bien circonscrites; c'est sur la partie médiane dans l'étendue de la ligne blanche qu'on les distingue le plus aisément. Mais on s'aperçoit pendant le palper, que ces parois deviennent, par instant, plus fermes, plus résistantes; c'est qu'elles présentent déjà des contractions, indolores, légères, éloignées, se produisant surtout par des excitations extérieures ou intérieures.

L'assouplissement des parois de la matrice permet d'y constater la présence d'un corps solide et mobile: c'est le *ballotement abdominal*. Pour l'obtenir, on applique les deux mains sur les côtés de l'utérus aux environs de l'ombilic; l'une d'elles imprimant un choc au contenu sent celui-ci s'éloigner, puis revenir en place (sensation double); d'autres fois, la main qui agit ne perçoit rien, ou ne perçoit que la fuite du corps, tandis que la main opposée ressent un léger choc. Les mains se renvoient ainsi le fœtus de l'une à l'autre, comme une balle.

C'est là un ballotement complet de tout le fœtus; il est perceptible jusqu'à cinq mois environ, c'est-à-dire tant que le liquide est assez abondant pour permettre au contenu d'y être bien à l'aise.

Plus tard, le fœtus est plus ou moins à l'étroit dans la cavité utérine et il n'y peut plus balloter en entier; mais une de ses parties, la tête, peut encore balloter isolément et c'est un signe distinctif important dont nous allons reparler.

Quand il peut être bien constaté, le ballotement abdominal est un bon signe de grossesse, car l'utérus gravide est la seule tumeur abdominale dans laquelle on puisse percevoir nettement la présence de *corps solides mobiles dans un liquide* (Pajot).

C. — A mesure que les parties fœtales deviennent plus volumineuses et plus résistantes, et que les parois utérines acquièrent plus de souplesse, les sensations deviennent plus nettes et permettent enfin de reconnaître leurs caractères distinctifs.

Les deux pôles du fœtus (tête et siège) forment des tumeurs arrondies et volumineuses.

La tumeur céphalique est en outre dure, régulière et lisse.

La tumeur pelvienne est moins dure, moins régulière, souvent un peu plus volumineuse, et avoisinée par les petites saillies mobiles que forment les pieds.

La tête est réunie au tronc par une partie rétrécie, le cou; ce qui, joint à sa sphéricité, lui permet de balloter séparément. Quand elle est libre, et surtout sur la partie médiane supérieure, on perçoit facilement ses mouvements de fuite et quelquefois de retour, en lui

imprimant de petits chocs avec l'extrémité des doigts (ballotement simple). Si au lieu d'une main, on les emploie toutes deux, et qu'on les place sur deux côtés opposés de la tumeur céphalique, on peut la renvoyer de l'une à l'autre et obtenir ainsi le ballotement double.

Le siège est réuni largement au tronc, et ne peut présenter de ballotement véritable.

En résumé, une tumeur dure, volumineuse, régulière, arrondie, susceptible de ballotement isolé, c'est la tête; une tumeur ferme, volumineuse, irrégulièrement arrondie, accompagnée de petites saillies fœtales, c'est le siège.

Le dos se reconnaît à un plan résistant, large, allongé, réunissant les deux pôles du fœtus. Ce n'est que dans des cas fort rares et exceptionnellement favorables, qu'on parvient à distinguer la série des apophyses épineuses de la colonne vertébrale.

La fermeté continue du dos va sans interruption du siège à la tête, quand celle-ci est fléchie; au contraire, les doigts tombent dans une dépression profonde (coup de hache), entre le dos et l'occiput, lorsqu'il y a extension.

La paroi utérine qui correspond au plan antérieur est rénitente, dépressible, plus ou moins fluctuante, et offre les petites saillies mobiles des membres.

Le plan latéral est résistant, allongé, étroit; il part du siège et aboutit à une petite tumeur arrondie, ferme, assez fixe, l'épaule.

N.-B. — Le dos et les côtés du fœtus ne sont pas exactement des surfaces planes; ils sont plus ou moins arqués, selon la courbure du fœtus.

DIAGNOSTIC DES PRÉSENTATIONS ET DES POSITIONS PAR LE PALPER. — L'examen doit se faire avant le travail, ou bien au début, dans l'intervalle des contractions, avec les précautions indiquées plus haut. Si le ventre est volumineux, il est préférable de ne fléchir que très peu les membres inférieurs.

On commence par constater la forme de l'utérus; elle est ovoïde, à grand diamètre de haut en bas, un peu inclinée à droite ou à gauche, quand le fœtus se présente par l'une de ses extrémités (tête, face, pelvis).

Cependant, si l'utérus offre une obliquité antérieure prononcée (ventre en besace), il affecte une forme presque sphérique, et il faut avoir soin de le redresser pour trouver les points de repère (Pinard).

Dans les présentations du tronc, l'utérus est déformé, offre une grande largeur transversale, et son grand diamètre est oblique d'une fosse iliaque au flanc opposé.

Après avoir constaté la forme de la matrice, on va à la recherche des pôles du fœtus.