

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

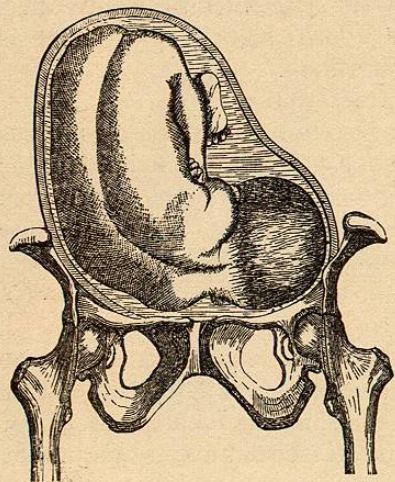


Fig. 115.— Présentation de l'épaule droite, en 1^{re} position ; fœtus comprimé et redressé par les contractions utérines.

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

indispensable et ne peut être fait autrement. Ces circonstances sont sans doute exceptionnelles, mais on ne peut nier qu'elles se rencontrent.

Le doigt, avant d'être introduit, est plongé dans un corps gras, pour mieux glisser et être à l'abri de la contagion.

Si l'on a à la main une plaie ou une érosion quelconque, on recouvre celle-ci d'un morceau de taffetas ou d'emplâtre, ou mieux encore d'une couche de collodion élastique, dont l'épaisseur est faible, qui n'est pas exposée à glisser et protège parfaitement contre les maladies virulentes dont les parties génitales pourraient être atteintes.

Si le praticien doit prendre des précautions pour se garantir de la contagion, il doit aussi éviter d'infecter la femme; c'est pourquoi il ne lui est pas permis de toucher sans avoir pris tous les soins de propreté et d'antisepsie (lavage parfait des mains avec de l'eau et du savon, toilette minutieuse des ongles, rinçage dans un liquide antiseptique). Pour plus de sécurité, il faut se servir d'un corps gras antiseptique, telle que huile phéniquée, lanoline ou vaseline sublimée ou boriquée, etc. (Voir plus loin le chapitre : *Propreté, asepsie et antisepsie dans la pratique des accouchements*).

La femme est debout, appuyée contre un mur ou contre un meuble, de façon qu'elle ne puisse pas reculer; les jambes sont légèrement éloignées l'une de l'autre. Ou bien, elle est couchée sur un lit ou un sofa; les membres inférieurs sont alors en semi-flexion et les cuisses un peu écartées. Si la femme est debout, le praticien se place au-devant d'elle, fléchit la jambe gauche et appuie le genou sur le parquet; l'autre membre inférieur est en semi-flexion et la cuisse peut servir de point d'appui au coude droit.

Il y a deux façons de tenir les doigts: ils peuvent être tous étendus, l'indicateur étant écarté autant que possible du pouce et des trois derniers doigts et ceux-ci étant en même temps légèrement inclinés vers la paume de la main; dans ces conditions, l'indicateur pénètre dans le vagin, pendant que le pouce est porté en avant vers le mont de Vénus et tandis que le médius se trouve sur le périnée, qu'il déprime plus ou moins fortement.

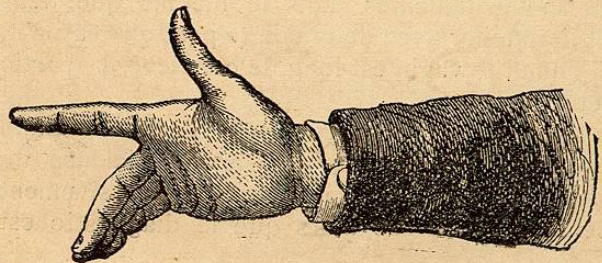


Fig. 146. — Première façon de tenir les doigts pour toucher.

Ou bien l'indicateur seul reste étendu et les trois autres doigts sont fléchis et repliés dans la paume de la main, comme l'indique la figure suivante; souvent aussi le pouce est fléchi et replié sur les autres.

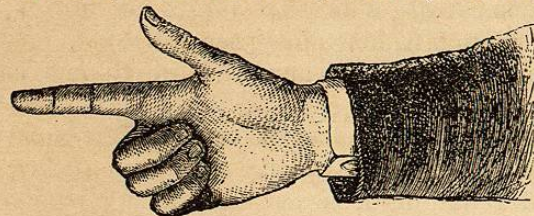


Fig. 147. — Seconde façon de tenir les doigts pour toucher.

Ces deux façons de toucher, avec les doigts étendus ou la main fermée (l'indicateur excepté, évidemment), ont l'une et l'autre des avantages; la 1^{re} est la plus habituelle et suffit dans certains cas; la 2^{de} est utile pour aller en arrière, à la recherche du promontoire, par exemple. D'habitude on emploie les deux procédés, l'un après l'autre, c'est-à-dire que l'on commence l'examen dans la 1^{re} position, puis pour terminer on retourne doucement la main en 2^{de} position.

Pendant qu'on touche d'une main, l'autre est appliquée sur le ventre pour soutenir la paroi abdominale, relever l'utérus, le redresser au besoin, le rapprocher du doigt qui se trouve dans le vagin.

L'indicateur n'est pas directement introduit dans la vulve; il est d'abord dirigé dans le sillon interfessier, qu'il parcourt d'arrière en avant; il pénètre ensuite dans l'orifice vulvaire en écartant doucement les grandes lèvres. On conseille de ne pas le porter en avant, afin d'éviter le clitoris.

Dans ce 1^{er} temps, le doigt constate l'état des parties externes, la longueur du périnée, la présence ou l'absence de la fourchette, le gonflement de la vulve, sa largeur, sa lubrification, etc.

Dans un 2^e temps, l'indicateur entre dans le vagin et en apprécie la direction, la largeur, la longueur, les plis, la souplesse, la lubrification, la chaleur; il recherche les granulations, le poul vaginal; il constate la vacuité ou la réplétion de la vessie, du rectum.

Dans le 3^e temps, le plus important et le plus compliqué, le doigt arrive à la matrice et relève aussi exactement et aussi complètement que possible tous les caractères du col et du corps de l'organe, de ce qui peut y être contenu et de ce qui l'entoure.

On constate la situation et la direction du col, sa longueur, sa forme, sa consistance, la régularité ou les déformations des lèvres, la perméabilité de l'orifice; s'il y a ramollissement, on en apprécie le degré et l'étendue.

En soulevant le col, on a une idée du poids de la matrice, de son augmentation de volume; on constate jusqu'à quel point elle est mobile, ou si elle a perdu toute mobilité, soit par suite d'adhérences anormales, soit par le fait de son développement.

Dans les culs-de-sac, on recherche le corps de l'utérus, son volume, la consistance du segment inférieur; on constate s'ils sont libres ou contiennent quelque chose (tumeur utérine ou autre, épanchement liquide ou plus ou moins consistant), s'ils sont larges ou étroits, profonds ou presque effacés, fluctuants, élastiques, sensibles, etc., etc.

Lorsque le corps de la matrice n'est ni augmenté de volume, ni déplacé, le doigt qui touche ne peut le sentir. S'il y a version ou flexion, on trouve l'organe dans un des culs-de-sac, dans l'antérieur si le déplacement est en avant, dans le postérieur s'il est en arrière. Lorsque le corps utérin est devenu plus gros, par suite de la gestation ou de toute autre cause, il devient alors accessible par les culs-de-sac.

C'est ordinairement dans le cul-de-sac antérieur que l'on sent le corps de la matrice gravidé et, le palper aidant, on parvient à bien en reconnaître le volume, la forme, la consistance. Nous avons déjà signalé, en parlant du palper, la grande utilité de cet examen bi-manuel, de cette manœuvre combinée, dans les premiers temps de la grossesse.

A partir de 4 à 4 1/2 mois, un nouveau signe très important peut être obtenu par le toucher : *c'est le ballottement vaginal*, que l'on arrive à produire dans le cul-de-sac antérieur.

Rappelons d'abord que le fœtus est entouré d'un liquide dont le poids spécifique est inférieur au sien, de sorte qu'il repose sur le segment inférieur, mais très légèrement. Un petit choc donné par le doigt, de bas en haut, suffit pour lui imprimer un mouvement de soulèvement après lequel il revient en bas, il retombe sur l'indicateur qui l'avait poussé en haut. C'est à cette sensation de la partie fœtale qui abandonne le doigt, puis retombe sur lui peu après, que l'on a donné le nom de ballottement. C'est un mouvement de va-et-vient dans un liquide, à peu près comme un glaçon qui flotte dans un verre d'eau.

Pour rechercher le ballottement, la femme doit être debout. L'indicateur est introduit dans le cul-de-sac antérieur, pendant que la main gauche redresse le fond utérin; de cette façon, le fœtus retombe plus directement et plus facilement sur le segment inférieur de la matrice.

L'indicateur presse modérément pour mettre en contact les parois vaginale et utérine et sentir la partie fœtale aussi près que possible; il imprime alors à celle-ci un choc brusque par la flexion de la première phalange, c'est-à-dire par un mouvement de bas en haut et d'avant en arrière. Si l'on ne réussit pas ainsi, l'on doit imprimer le mouvement par l'extension de la phalange qui a été fléchie. On peut aussi faire un mouvement direct de bas en haut.

L'on n'obtient pas toujours la sensation double du corps qui abandonne le doigt, puis retombe sur lui. Parfois la partie fœtale ne revient pas à la même place, retombe de côté et le doigt n'éprouve pas la seconde sensation. Il arrive aussi que ce déplacement rende le ballottement difficile; de sorte que, dans les cliniques,

par exemple, où plusieurs élèves cherchent, les uns après les autres, à produire le ballottement, certains d'entre eux y parviennent, tandis que d'autres échouent.

Avant 4 à 4 1/2 mois, le fœtus est trop petit et les parois utérines trop résistantes pour que le ballottement soit perçu. C'est du commencement du 7^{me} à la fin du 8^{me} mois que la sensation est la plus nette et la plus facile à obtenir. Dans le 9^{me} mois, le fœtus est trop volumineux, il n'est plus à l'aise dans la cavité utérine, il n'y trouve plus assez de place pour balloter; dans ces conditions, le doigt peut encore *soulever* la partie fœtale, mais celle-ci ne l'abandonne pas : il n'y a donc plus de ballottement, mais simplement du soulèvement.

Certaines circonstances rendent le ballottement difficile ou impossible, telles sont les présentations du tronc, du siège, de la face, l'insertion du placenta sur le col, la grossesse double, l'obliquité antérieure très prononcée de la matrice.

L'explication n'est pas difficile : dans les présentations autres que celles du sommet, la partie est souvent déviée ou reste élevée, on ne peut l'atteindre, donc le ballottement ne peut être senti; il en est absolument de même dans les présentations du sommet, lorsque la tête reste au-dessus du détroit supérieur pour un motif quelconque, vice du bassin, anomalie fœtale, obliquité de la matrice, etc.; dans le placenta prævia, l'épaisseur des tissus est trop considérable; dans la grossesse gémellaire, les deux enfants occupent toute la cavité utérine et n'ont pas de place pour balloter.

D'autres circonstances pourraient induire en erreur ou simuler le ballottement :

1^o Une pierre se trouvant dans la vessie donnerait une sensation comparable au ballottement, pourrait balloter dans l'urine accumulée dans le réservoir. Mais la présence d'un calcul amène une série d'accidents bien connus; il y a des douleurs, des difficultés pour uriner, de la cystite; le cathétérisme fait sentir le corps étranger, il n'y a pas de signe de grossesse, le col n'a pas subi de modification. Au surplus, la sensation donnée par le calcul est bien différente du ballottement fœtal; il suffit d'être prévenu pour éviter l'erreur.

2^o Dans l'antéversion ou dans l'antéflexion, le corps de la matrice se trouve dans le cul-de-sac antérieur et forme là une petite tumeur plus ou moins arrondie, que le doigt soulève sans peine et qui retombe sur lui. Mais ce n'est pas là le ballottement du fœtus dans la matrice; un examen un peu attentif empêchera toute confusion. On pourra délimiter le corps utérin soit par le toucher seul, soit par le toucher uni au palper; on constatera ainsi qu'il est peu ou point augmenté de volume. Le col enfin a conservé les caractères de l'état de vacuité et les signes de grossesse manquent.

On peut donc conclure que le ballottement vaginal bien constaté

est un excellent signe de grossesse, qu'il ne prête guère à erreur et qu'il doit être rangé dès lors dans les signes de quasi certitude, sinon de certitude absolue, comme le pensent certains auteurs.

Nous avons dit que pour obtenir le ballottement, il faut que la femme soit debout et que le doigt soit placé dans le cul-de-sac antérieur. Quand la femme est couchée, le ballottement est difficile à sentir, excepté dans les cas de ventre en besace. Il peut être recherché dans le cul-de-sac postérieur, lorsque le col est porté en avant.

Dès que le col est entr'ouvert et que l'orifice interne est perméable, le ballottement est possible par cette voie; sinon ce n'est jamais de ce côté qu'on doit chercher à le percevoir.

Dans les derniers temps de la grossesse et pendant le travail, le toucher donne des renseignements de la plus grande importance; aucun autre mode d'investigation ne peut alors le remplacer; le toucher est devenu indispensable et permet au praticien de suivre toutes les phases de l'accouchement.

Pendant les derniers jours de la grossesse, le toucher fait constater la diminution de longueur du col, puis son effacement.

Dès que l'orifice interne est entr'ouvert, le doigt arrive sur les membranes et peut sentir la partie fœtale, en reconnaître quelques caractères.

Dans beaucoup de cas, on peut même distinguer la partie qui se présente, pendant les 2 derniers mois de la grossesse, par les culs-de-sac et à travers le segment inférieur de l'utérus. Ce diagnostic est d'habitude très facile chez les primipares arrivées au 9^{me} mois; chez elles, en effet, la tête s'engage déjà à ce moment dans le haut de l'excavation; le segment inférieur de l'utérus dont elle est coiffée, est souvent très mince, comme une feuille de papier; de sorte que le doigt n'éprouve pas de difficulté à reconnaître le sommet, les sutures et les fontanelles, ainsi que nous l'avons déjà dit précédemment. Chez les multipares, il n'en est pas de même parce que la tête ne s'engage pas et reste au détroit supérieur jusqu'au moment du travail.

On reconnaît par le toucher que le travail est commencé, chez les primipares, par la dilatation du col; chez les multipares, par l'effacement du bourrelet. Chez les unes et les autres, on constate certaines modifications de l'orifice pendant les contractions; on suit les progrès de la dilatation; on constate les anomalies du col (spasme, tumeurs, etc.); on fait le diagnostic de la présentation et de la position; on sent la poche des eaux, l'insertion vicieuse du placenta, la tumeur séro-sanguine, la descente de la partie fœtale, les procidences, etc., etc. Nous reviendrons, dans des chapitres spéciaux, sur tous les détails que ces différents points comportent. Quant à l'examen des parties dures par le toucher, il sera décrit dans le chapitre consacré à la *pelvimétrie*.

Toucher anal ou rectal.

Ce toucher est plus répugnant et il est rarement employé.

On n'y a recours que dans des circonstances assez rares, ainsi lorsque l'on a un examen à pratiquer chez une vierge et que l'on veut épargner l'hymen, ou bien quand l'hymen est imperforé, ou encore quand il y a atrésie du vagin et que l'on désire s'assurer de la présence ou de l'absence de la matrice (v. *Anomalies des organes génitaux*, p. 97).

On doit encore pratiquer le toucher anal dans les cas de tumeurs de la cloison recto-vaginale et du cul-de-sac de Douglas. Le doigt va constater par là que la tumeur ne vient pas du sacrum, puisqu'elle est en avant du doigt. On peut, en introduisant un doigt dans le vagin et un autre dans l'anus, s'assurer que la tumeur se trouve entre deux.

Toucher utérin, intra-utérin.

Pendant l'accouchement, les doigts qui touchent pénètrent évidemment aussi loin que c'est nécessaire; le col étant effacé et dilaté, les doigts y entrent sans peine et vont plus ou moins haut dans l'utérus. Il en est de même dans l'avortement.

Mais le toucher utérin s'entend plus spécialement des cas où la femme n'est pas enceinte et des cas douteux de grossesse extra-utérine; les premiers rentrent dans la gynécologie, les seconds sont du ressort de l'obstétrique.

Dans ces circonstances, quand on est décidé à pratiquer le toucher intra-utérin, il faut au préalable dilater le col, le rendre perméable, de façon que l'indicateur puisse pénétrer dans la matrice et aller examiner ce qui s'y passe.

Cette dilatation se fait ordinairement à l'aide de tubes de laminaria digitata, de crayons de tupelo, des sacs de Barnes, de cônes d'éponges préparées; on emploie aussi des sondes ou bougies de différents calibres, des bourdonnets de charpie, des pinces à plusieurs branches divergentes; parfois, on est obligé de faire une ou plusieurs incisions.

Nous n'entrerons pas ici dans le détail de ces divers procédés de dilatation; nous dirons seulement que tous exigent les soins antiseptiques les plus minutieux, sinon les plus graves accidents peuvent en être la conséquence.

DES SIGNES DE GROSSESSE RELATIVEMENT A LEUR VALEUR.

Parmi tous les signes de grossesse que nous avons énumérés, les uns ne peuvent que faire présumer la gestation, d'autres la rendent probable, quelques-uns établissent le diagnostic d'une façon certaine. De là vient la division entre les *signes de présomption, de probabilité et de certitude*.

Mais certains auteurs rangent dans les signes de présomption des symptômes que d'autres placent dans les signes de probabilité et