

qu'au bout d'un certain temps de la grossesse (deux mois et même parfois davantage). Peu après la conception, certaines gestantes disent éprouver un certain retrait de l'abdomen, d'où le dicton : « *En ventre plat, enfant il y a* ». Le développement du ventre très nettement perçu, surtout à partir du quatrième mois, progresse rarement avec régularité, ce qui est dû aux variations du contenu intestinal et de l'engagement utérin, car l'augmentation de l'œuf lui-même se fait au contraire d'une manière uniforme. Toutes choses égales d'ailleurs, le développement du ventre est d'autant plus considérable que le nombre des grossesses est plus grand, ce qui s'explique par la laxité croissante des parois abdominales.

Nous ignorons l'époque exacte à laquelle se produisent les *premiers mouvements* de l'enfant dans l'intérieur de l'œuf, mais nous savons que la femme peut commencer à les sentir dès le début du quatrième mois, c'est-à-dire à partir du deuxième trimestre de la gestation. C'est en général au milieu de la grossesse à *quatre mois et demi* que ces mouvements sont perçus, quelquefois plus tard. Quelques gestantes ne les sentent jamais. Les femmes les comparent, au début, au frôlement que produirait une araignée volumineuse se promenant sur la face interne de l'abdomen ; plus tard, aux sauts d'une grenouille enfermée dans la matrice. Souvent les gestantes expriment leur sensation en disant que *l'enfant se met en boule*, cette sensation mal interprétée est due, non aux mouvements du fœtus, mais à la contraction de l'utérus.

L'*abaissement de l'utérus*, résultat de l'engagement qui, chez la primigeste, se fait pendant les trois derniers mois de la grossesse, et chez la multigeste seulement pendant les quinze derniers jours, quelquefois même au moment du travail, se traduit par de la gêne pelvienne (besoins fréquents d'uriner, exagération de la constipation) et un soulagement thoracique (respiration plus facile). Le ventre semble en même temps diminuer de volume. Les femmes peuvent habituellement donner des renseignements assez précis sur ces différents symptômes.

## VI INSPECTION

### SOMMAIRE

ABDOMEN : Distension. Vergetures. Pigmentation.  
ORGANES GÉNITAUX EXTERNES : Hypertrophie. Coloration violacée. Pigmentation.

L'*inspection* de l'abdomen et des organes génitaux externes permettra de constater une série de modifications, dont il a déjà été question et que je rappelle ici.

<sup>1</sup> Mauriceau. *Traité d'accouchements*, t. 1<sup>er</sup>, p. 69.

Du côté de la paroi abdominale, outre la *distension* produite par l'augmentation du volume de l'utérus, on note les *vergetures* surtout nombreuses dans la région sous-ombilicale, et la pigmentation se dessinant sous forme d'une *ligne brune*, qui suit à peu près le trajet de la ligne blanche.

Les organes génitaux externes, en dehors de l'œdème et des varices, dont ils sont souvent le siège, subissent une véritable *hypertrophie* qui leur donne un aspect boursoufflé.

Le vestibule et l'orifice vulvo-vaginal prennent une *coloration violacée*, qu'on retrouve également sur le vagin et le col de l'utérus à l'examen au spéculum.

Cette coloration, indice d'un trouble circulatoire, aide parfois au diagnostic d'une grossesse douteuse ; mais elle n'est pas pathognomonique, car on peut la trouver avec d'autres tumeurs utérines ou pelviennes.

Outre cette coloration violette, on constate parfois chez les femmes brunes une sorte de *pigmentation* diffuse de la vulve, surtout marquée au niveau des grandes lèvres.

## VII PALPER

### SOMMAIRE

1° *Percussion*.

2° *Palper*.

Généralités.

Préliminaires.

Exécution du palper.

1° Etape prœutérine.

2° Etape utérine.

3° Etape intra-utérine.

a. Annexes.

b. Fœtus.

1° Deux signes de certitude :

Mouvements passifs. (Sommet.)

Mouvements actifs. (Siège.)

2° Caractères de chaque partie fœtale.

3° Diagnostic de la situation du fœtus in utero.

Tête.	}	Hypogastre.	Morbide (présentation temporaire).
		Fosse iliaque.	
		Flanc.	
		Hypochondre.	
		Epigastre.	

Difficultés du palper.

L'œil nous ayant fourni les divers renseignements dont il vient d'être question, nous allons avoir recours à un nouveau mode d'exploration, au palper.

La *percussion* est une variété de palper ; mais, tandis qu'elle occupe une place si considérable en médecine et en chirurgie, son rôle est très effacé en obstétrique. La *percussion*, en effet, servira seulement à renseigner sur la

hauteur de l'utérus au point de vue de l'âge de la grossesse dans les cas où la palpation est difficile et sur le contenu d'organes normaux ou pathologiques situés autour ou en avant de l'utérus. Je n'insiste pas davantage sur ces notions secondaires, et j'arrive au palper proprement dit.

Le *palper*, indiqué pour la première fois par MERCURIUS SCIPIO en 1601, n'a été bien mis en lumière que dans le siècle actuel par WIGAND (1812), HUBERT (1842), et surtout par MATTEI (1855), puis complété dans ces derniers temps par BUDIN<sup>1</sup>, PINARD<sup>2</sup>, RIVIÈRE<sup>3</sup>.

La femme, pour être palpée, doit être déshabillée et ne conserver aucun vêtement pouvant gêner l'exploration abdominale. Sauf de rares exceptions, le décubitus horizontal est indispensable, la tête peu élevée, les jambes étendues, et légèrement écartées l'une de l'autre, les bras le long du corps; autant que possible tous les muscles doivent être en résolution. Ce dernier point est souvent très difficile à obtenir; on y arrivera moins aisément par des exhortations directes, qu'en distrayant l'esprit de la femme par un entretien absolument étranger à l'exploration qu'on pratique.

L'accoucheur aura les mains chaudes, car un contact froid impressionne désagréablement la femme, et ne la prédispose pas au laisser-aller musculaire. Il devra se placer à droite de la patiente et procéder avec la plus extrême lenteur. Jamais le proverbe italien : « *Chi va piano... va lontano* » n'a été mieux approprié.

Le palper se compose de trois étapes :

Une première, dans laquelle on explore la paroi abdominale, et les organes situés autour de l'utérus : *étape præutérine*;

Une seconde, où on examine la paroi de l'utérus : *étape utérine*;

Une troisième enfin, où on interroge le contenu même de l'utérus, c'est-à-dire l'œuf en cas de grossesse : *étape intra-utérine*.

Détaillons chacune de ces étapes :

### I — ÉTAPE PRÆUTÉRINE

L'épaisseur de la paroi abdominale sera appréciée en la pinçant et en la soulevant légèrement en avant de l'utérus.

La palpation pourra renseigner sur la présence d'anses intestinales en avant de l'utérus, sur le degré de distension de la vessie, quand ce réservoir dépasse supérieurement la symphyse pubienne.

Dans cette exploration præutérine, les doigts sentiront souvent les ligaments ronds formant un cordon assez nettement perceptible pendant la grossesse, surtout quand il est le siège de varices, ainsi qu'un des ovaires (normal ou augmenté de volume, le gauche le plus ordinairement), dont la pression réveillera chez la femme une douleur spéciale et particulièrement pénible (*Douleur ovarique*).

<sup>1</sup> Progrès médical, 1851, et Obstétrique et gynécologie, 1886, p. 429.

<sup>2</sup> Traité du palper abdominal. Paris, 1878 et 1889.

<sup>3</sup> Annales de gynécologie, 1886.

Dans cette première étape du palper, on pourra enfin rencontrer toutes les tumeurs susceptibles de se développer aux dépens des organes abdominaux, et qu'il me suffit d'indiquer ici d'une façon générale.

### II. — ÉTAPE UTÉRINE

En suivant le contour de l'utérus on déterminera sa hauteur au-dessus de la symphyse pubienne ou de l'ombilic, constatation importante pour préciser l'époque approximative de la grossesse, et on reconnaîtra également son inclinaison vers l'un ou l'autre côté de l'abdomen.

Souple à l'état normal, la paroi utérine devient résistante pendant la contraction. Dans certains cas de mollesse exagérée de l'utérus, cette contraction est nécessaire pour rendre nettement perceptibles les contours de l'organe gestateur, ainsi que les particularités de sa conformation.

Par la palpation on pourra ainsi déterminer l'épaisseur approximative de l'utérus, surtout appréciable par le degré d'éloignement de la partie fœtale. Certaines parois utérines semblent tellement minces par la superficialité du fœtus, qu'on a l'impression d'une grossesse extra-utérine.

L'exploration utérine renseignera enfin sur l'existence de malformations (bifidité plus ou moins marquée du fond de l'utérus) et sur la présence de fibromes qu'on pourrait, lorsqu'ils sont de faible volume, prendre pour des petites extrémités fœtales; mais leur immobilité, leur perception en général possible pendant la contraction éviteront l'erreur de diagnostic.

### III. — ÉTAPE INTRA-UTÉRINE

Nous arrivons à l'exploration du contenu utérin, qui constitue la troisième et la plus importante étape du palper.

Dans la palpation de l'œuf, autant les sensations fournies par le fœtus sont d'habitude précises, autant celles données par les annexes (placenta, cordon, liquide amniotique) sont vagues.

Il est possible, en effet, que dans quelques cas exceptionnels un empatement spécial séparant les doigts du plan fœtal ait fait supposer l'existence du placenta en ce point; je n'ai pour ma part jamais éprouvé de sensation analogue.

Quand la paroi abdominale est particulièrement mince, les doigts peuvent rencontrer contournant le tronc fœtal un cordon, qu'on a avec vraisemblance pris pour la tige funiculaire, et dans quelques cas, on a pu sentir à travers les parois abdominales et utérines les battements du cordon.

Le liquide amniotique en quantité normale donne une fluctuation en masse analogue à celle qu'on obtient à la surface d'un volumineux abcès; avec l'hydramnios (plus d'un litre de liquide), il existe une sensation de *flot* analogue à celle qu'on trouve dans l'ascite, alors qu'en frappant un point de l'abdomen occupé par le liquide, on place l'autre main du côté opposé où le

choc sera transmis. La faible abondance du liquide dans le premier cas permet au fœtus de jouer le rôle d'écran et d'empêcher la transmission du second choc liquide, ce qui ne peut exister dans le second.

J'arrive au fœtus, but principal de notre exploration, et avec lequel les mains, séparées par la paroi utéro-abdominale, doivent se familiariser.

Avant d'aller plus loin dans cette étude, il importe de mettre en relief deux signes importants, qu'on considère avec raison comme deux *signes de certitude* de la grossesse. Je veux parler des mouvements passifs et des mouvements actifs du fœtus.

Les premiers attestent la présence d'un enfant, et les seconds indiquent que cet enfant est vivant. Les uns sont fournis de préférence par la tête fœtale, les autres par les petits membres thoraciques et surtout pelviens.

#### 1° MOUVEMENTS PASSIFS

Désignés usuellement sous le nom de *ballotement*, ces mouvements se produisent dans les conditions suivantes (je suppose la tête fœtale au fond de l'utérus; deux ou trois doigts d'une main sont appliqués médiatement à son contact) :

a. On imprime une petite secousse brusque à la tête en déprimant la paroi abdominale; les doigts ont la notion d'un corps fuyant et s'éloignant. *Sensation unique* (de départ).

b. Souvent la main étant laissée en place, au bout de quelques instants, la tête revient dans sa position première, et dans ce retour imprime un choc aux doigts, comme un morceau de glace, qu'on a enfoncé dans un verre, remonte bientôt et vient heurter le doigt, cause de sa chute. — *Sensation double* (de départ et de retour).

c. Si les deux mains sont appliquées aux extrémités latérales de la tête, la partie fœtale chassée par une main s'éloigne, première sensation de départ, vient heurter la main du côté opposé, seconde sensation de choc, puis revient à sa position première, troisième sensation de choc en retour. Donc *sensation triple* (de départ, de choc et de retour).

Telles sont les différentes variétés du *ballotement*, j'ajoute *abdominal*, car nous verrons plus tard qu'il existe aussi un *vaginal*.

La tête est la partie fœtale qui fournit par excellence le ballotement, de telle sorte que la constatation de ce signe permet à la fois d'affirmer la grossesse et de préciser la position de l'extrémité céphalique. Toutefois il faut savoir qu'exceptionnellement, le siège, dans les cas d'hydramnios par exemple, peut balloter; de même aussi les petites extrémités fœtales. La possibilité de ces causes d'erreurs nécessite un complément d'examen, qui sera indiqué ultérieurement.

La tête fœtale ballote à partir du quatrième mois de la grossesse, jusqu'à

la fin, mais surtout du cinquième au septième mois à cause de la plus grande mobilité dont le fœtus jouit à cette époque dans la cavité utérine.

Les conditions qui font de la tête la partie fœtale la plus apte au ballotement, sont sa forme ronde, sa dureté et enfin la mobilité de ses attaches au tronc par l'intermédiaire du cou.

Si le ballotement n'est pas un signe affirmant la présence de la tête au point exploré, il constitue néanmoins un signe de certitude de la grossesse, à une condition, *c'est que la tumeur qui ballote soit intra-utérine*; la constatation est facile à faire en attendant une contraction de l'organe gestateur. Cette condition est en effet indispensable, car il arrive assez souvent de trouver des tumeurs abdominales diverses<sup>1</sup> (kyste de l'ovaire, fibrome pédiculé) qui, nageant dans du liquide ascitique, peuvent donner la sensation du ballotement; j'en ai moi-même rencontré deux cas très nets, mais ces tumeurs ne sont jamais intra-utérines. *Toute tumeur intra-utérine, qui ballote, indique donc avec certitude la présence d'un fœtus.*

#### 2° MOUVEMENTS ACTIFS

En appliquant les mains pendant un certain temps sur la paroi abdominale on sent des petits chocs, produits par les pieds du fœtus soulevant la paroi utéro-abdominale, plus rarement par d'autres parties fœtales. Ces mouvements sont souvent perceptibles à la vue: outre ces petits chocs, la main a parfois la sensation d'un mouvement plus étendu, causé par le déplacement du fœtus en totalité.

Ces mouvements des petits membres, facilement perceptibles par la femme, sont souvent pour elle une cause d'erreur, à cause de leur confusion possible avec d'autres sensations analogues; mais il n'en est pas de même quand ils sont perçus par le médecin.

*Tout choc nettement perçu par l'accoucheur, à la surface d'une tumeur de l'abdomen, sans interposition d'intestin entre cette tumeur et la paroi abdominale, indique la présence certaine d'un fœtus vivant.*

Les mouvements actifs, perçus par l'accoucheur, sont donc un signe de certitude, mais à la condition qu'il n'y ait pas d'interposition d'intestin, car les contractions de cet organe peuvent parfois simuler des chocs fœtaux. — Or, la percussion permettra facilement de s'assurer de l'absence d'intestin, la sonorité trahissant sa présence. — D'autre part, les contractions musculaires de la paroi abdominale ne pourront simuler les mouvements fœtaux, car leur surface de production est beaucoup plus large.

J'ajoute en terminant que ces mouvements actifs, pour être un signe de certitude doivent être *nettement* perçus; cette netteté de perception est d'ailleurs indispensable à tout signe de certitude, même le moins discuté, le bruit du cœur fœtal: quand ce bruit est vague, comme il arrive souvent à une

<sup>1</sup> Nous verrons les autres causes d'erreur à propos du ballotement vaginal.

période peu avancée de la grossesse, il ne permet pas plus que les autres signes d'affirmer la gestation.

Édifiés sur les mouvements actifs et passifs du fœtus, abordons en détail les *particularités du palper fœtal*.

La *tête* se distingue par sa *dureté*, sa *forme arrondie*, et sa *mobilité* en l'absence d'engagement dans le bassin. De cette mobilité résulte le ballotement. Ce dernier caractère fait défaut quand la tête est fixée par la ceinture osseuse du pelvis, mais les autres caractères suffisent alors à la faire reconnaître. En cas de doute, et quand exceptionnellement le siège fournit la sensation de ballotement, le sillon constitué par le cou sera un signe précieux pour distinguer la tête du siège, pour lequel il n'existe aucune dépression semblable.

Le *siège* constitue une partie fœtale, *régulière* d'un côté (fesses), *irrégulière* de l'autre (membres pelviens). Il paraît plus gros que la tête quand il

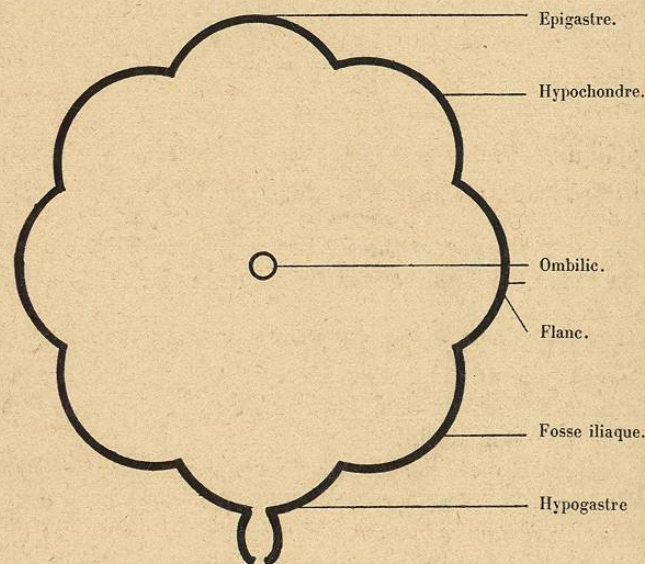


Fig. 164. — Division schématique de l'utérus en diverses régions.

est complet (membres pelviens fléchis et accolés aux fesses), moins gros au contraire quand il est décompleté (membres pelviens relevés ou abaissés). Il est très exceptionnel qu'il fournisse la sensation de ballotement à moins d'hydramnios.

Le *thorax* et l'*abdomen* du fœtus ne sont le plus souvent accessibles qu'au niveau du dos et se révèlent simplement par une certaine résistance à la main exploratrice ; parfois on sentira la crête des apophyses épineuses. L'*épaule* pourra être reconnue à la saillie qu'elle forme au voisinage de l'extrémité céphalique.

Quant aux *petits membres* pelviens ou thoraciques, en dehors des mouvements actifs qui décèlent si fréquemment leur présence, ils se révéleront sous forme d'une petite tumeur, tantôt cylindrique, tantôt arrondie, nageant dans le liquide amniotique et facilement déplaçable.

Connaissant le *signalement* de chaque partie fœtale, nous allons pouvoir aborder avec fruit l'étude du diagnostic des présentations et positions à l'aide du palper.

La première partie fœtale à rechercher, à cause de la netteté des sensations qu'elle fournit, est la tête.

Quand la situation de la tête est nettement précisée, la palpation fœtale est aux trois quarts faite.

Mettons-nous donc à la recherche de l'ovoïde céphalique. La figure 164 schématise les différentes régions de l'utérus, chacune d'elles correspondant à la région analogue de l'abdomen. En dehors de l'ombilic qui constitue la région centrale et médiane, la tête peut occuper :

- 1° L'hypogastre ;
- 2° La fosse iliaque (droite ou gauche) ;
- 3° Le flanc (droit ou gauche) ;
- 4° L'hypochondre (droit ou gauche) ;
- 5° L'épigastre.

#### 1° La tête est à l'hypogastre. (Mobile ou engagée.)

Cette situation est de beaucoup la plus fréquente, car l'hypogastre est le chemin de la filière génitale, et on sait que la présentation du sommet constitue la règle.

La tête située au niveau de l'hypogastre, peut s'y trouver dans deux conditions différentes :

- Ou mobile au-dessus du détroit supérieur ;
- Ou au contraire amorcée et fixée dans la filière pelvi-génitale.

Lorsque la tête est mobile au niveau du détroit supérieur, plus ou moins rapprochée de ce détroit, la présentation existe, car la partie fœtale est à l'entrée de la filière génitale, mais elle est facilement modifiable, spontanément ou artificiellement. Quand au contraire la tête a pénétré dans le bassin, la présentation, sans être absolument définitive, prend un caractère de fixité beaucoup plus marqué.

Mobile au détroit supérieur, la tête peut s'engager en *sommet*, *face* ou *front*, d'où l'impossibilité de préciser d'avance celle de ces présentations qui deviendra définitive au moment de l'engagement. L'accoucheur doit donc se contenter de dire en pareil cas : *présentation de l'ovoïde céphalique*. Mais quand la tête a pénétré dans l'excavation, les mutations de présentation sont rares, de telle sorte qu'à ce moment, sauf quelques restrictions, un diagnostic devient possible.

Examinons ces différents cas en clinique :

Pour rechercher la tête à l'hypogastre, on applique les mains comme l'indique la figure 165.

A 5 centimètres environ au-dessus du détroit supérieur, on cherche, en rapprochant l'extrémité des doigts des deux mains, à saisir le corps qui peut être interposé entre elles. Si la tête se trouve à ce niveau, on ne tarde pas à la trouver avec ses caractères propres et plus ou moins mobile.

N'a-t-on pas à cette première exploration rencontré la tête, on abaisse un

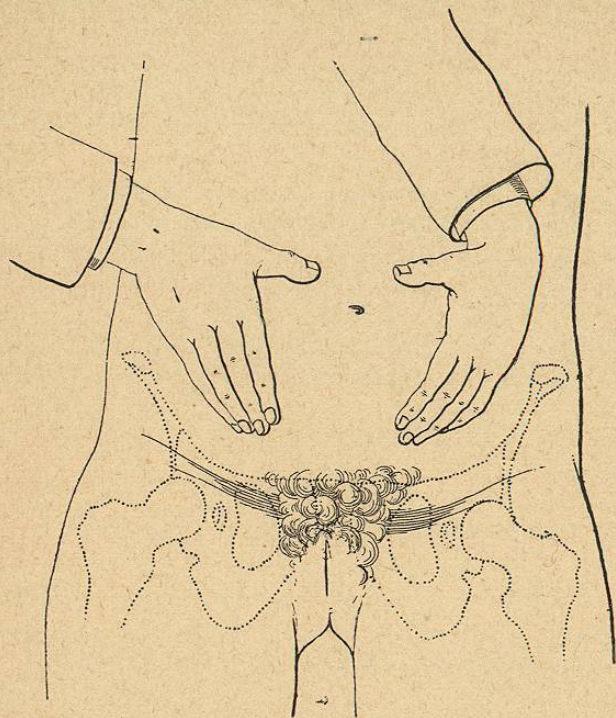


Fig. 165. — Recherche de la tête à l'hypogastre. Apposition des mains.

peu l'extrémité des doigts; on interroge alors le détroit supérieur et, au besoin même, l'excavation, si la tête est à ce niveau; on la trouve :

Soit en présentation du sommet;

Soit en présentation du front;

Soit en présentation de la face.

(Ces deux dernières existant au moment du travail.)

#### A. — PRÉSENTATION DU SOMMET.

D'un côté la main rencontre difficilement le plan résistant fourni par la tête, de l'autre au contraire elle est arrêtée rapidement par une tumeur saillante, nettement appréciable. La figure 166 fait comprendre le résultat différent obtenu par chacune des mains.

La partie de la tête difficile à rencontrer est l'occiput, l'autre saillante, facilement explorable, est le front; suivant que la saillie sera plus ou moins marquée, une main exercée pourra savoir si le front est tourné en arrière, transversalement ou en avant.

Cette simple exploration, faite avec précision, permet donc de connaître la situation de la tête et de plus son orientation; elle renseigne donc à la fois sur la présentation et la position.

L'exploration du tronc, dont il sera question dans un instant, complétera d'ailleurs ce diagnostic.

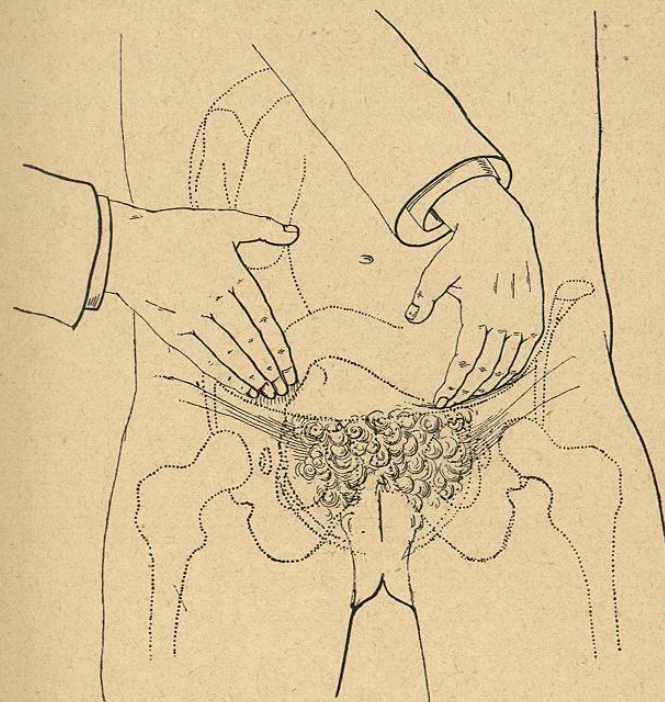


Fig. 166. — Recherche de la tête engagée en présentation du sommet. (PINARD.) (Front et occiput.)

#### B. — PRÉSENTATION DU FRONT.

D'un côté une tumeur volumineuse, plus saillante que le front en cas de sommet, et constituée ici par la région occipitale comme le montre la figure 166. De l'autre côté, une tumeur inégale donnant des sensations d'une netteté incomplète, c'est la partie inférieure de la face et du cou.

#### C. — PRÉSENTATION DE LA FACE.

D'un côté une saillie, relativement énorme, semblant à elle seule constituer toute la tête fœtale, c'est la saillie occipito-pariétale, la même que nous avons trouvée dans la présentation du front, mais exagérée par la déflexion de la tête. Cette saillie est séparée du tronc par une dépression très nette en forme de *coup de hache*. Du côté opposé on arrive difficilement sur la face; cependant dans les cas de mento-antérieure, on peut sentir le maxillaire inférieur constituant à ce niveau une sorte de *fer à cheval*.