

Si nous comparons les trois présentations de l'ovoïde céphalique, nous voyons que la palpation de la tête donne une saillie beaucoup plus marquée d'un côté que l'autre.

**Côté saillant de la tête.**

Sommet. RÉGION FRONTALE. . . . . SAILLIE NOTABLE.  
 Front . . RÉGION OCCIPITALE. . . . . SAILLIE PLUS MARQUÉE.  
 Face . . RÉGION OCCIPITO-PARIÉTALE . SAILLIE TRÈS VOLUMINEUSE.

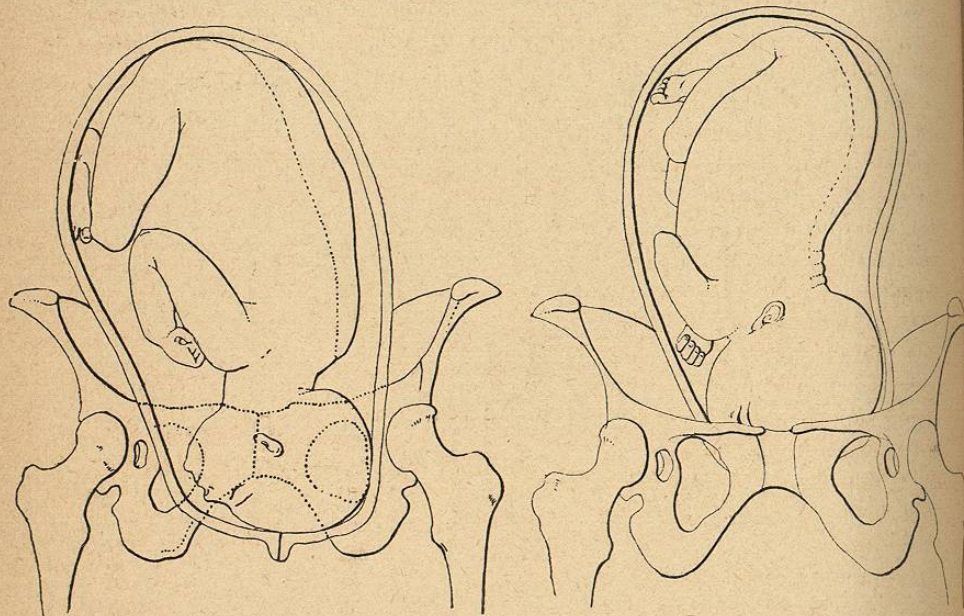


Fig. 167. — Présentation du front avec tête engagée.

Fig. 168. — Présentation de la face avec tête légèrement engagée.

**Côté fuyant de la tête.**

Sommet. RÉGION OCCIPITALE UNIE.  
 Front . . COU ET FACE . . . . . INÉGALITÉS.  
 Face . . CONTOUR DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR. INÉGALITÉS.

A mesure que la tête descend dans la filière génitale, l'exploration devient plus difficile; enfin à un moment donné pendant le travail, la tête n'est plus accessible par le palper, et le toucher seul permet de l'atteindre.

Après avoir reconnu et déterminé la situation de la tête, pour compléter le palper il faut explorer le siège et le dos.

Le *siège* se trouve dans l'un ou l'autre hypochondre, en général dans celui qui correspond au côté du front (avec une présentation de sommet), rarement sur la ligne médiane au niveau de l'épigastre.

Le *dos*, suivant qu'on a affaire à un sommet, à un front ou à une face, sera plus ou moins rapproché de la paroi utérine. La tête en se défléchissant

éloigne le dos de l'utérus; il suffit, pour s'en rendre compte, de consulter les figures 167, 168, représentant la situation du fœtus dans ces diverses présentations.

La palpation de l'épaule pourra, dans certains cas, aider à compléter un diagnostic douteux et difficile.

**2° La tête est dans la fosse iliaque (droite ou gauche) (fig. 169).**

La tête se reconnaît à ses caractères habituels, le siège est généralement situé dans le flanc ou dans l'hypochondre du côté opposé. Suivant l'orientation du dos, c'est-à-dire de la colonne vertébrale, regardant — tantôt et le plus souvent en avant ou en arrière (présentation du thorax, variété de l'épaule droite ou gauche) — tantôt en bas ou en haut (présentation du thorax, variété sternale ou dorsale).

Le thorax par sa partie supérieure est en rapport avec le détroit supérieur; il y a donc présentation du thorax, variété de l'épaule droite ou gauche, du sternum ou du dos suivant les cas.

Le diagnostic de la présentation et de la variété sera en général possible par le palper, grâce à la détermination exacte de la situation de la tête et de celle du dos. — Dos en avant : plan uni. — Dos en arrière : petites parties fœtales. Quand ce dernier point est difficile à élucider d'une façon complète, on arrivera par le palper à préciser la présentation sans pouvoir affirmer la variété.

**3° La tête est dans le flanc (droit ou gauche) (fig. 170, 171).**

Quand la tête est dans l'un des flancs, on peut la reconnaître par le palper à ses caractères habituels; le siège se trouve dans le flanc opposé, ou dans la fosse iliaque voisine.

Dans le *premier cas*, il n'y a pas de présentation, car ainsi que l'indique la figure 170, le tronc est éloigné de l'ouverture de la filière pelvienne. Pour qu'une présentation se constituât, il faudrait une inflexion très marquée du fœtus, telle que l'enfant serait couché dans le segment inférieur de l'utérus comme dans un hamac; alors on aurait vraisemblablement une présentation de l'abdomen.

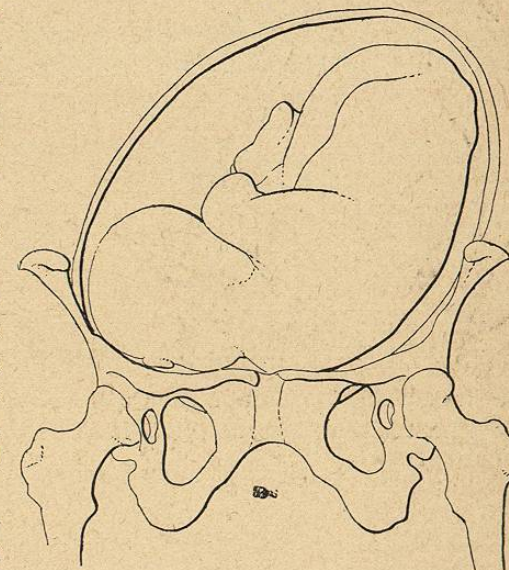


Fig. 169. — Présentation du thorax; variété : épaule gauche.



Dans le *second cas* (fig. 171), le siège étant dans la fosse iliaque, si la position du siège se maintenait au moment du travail, on aurait également et

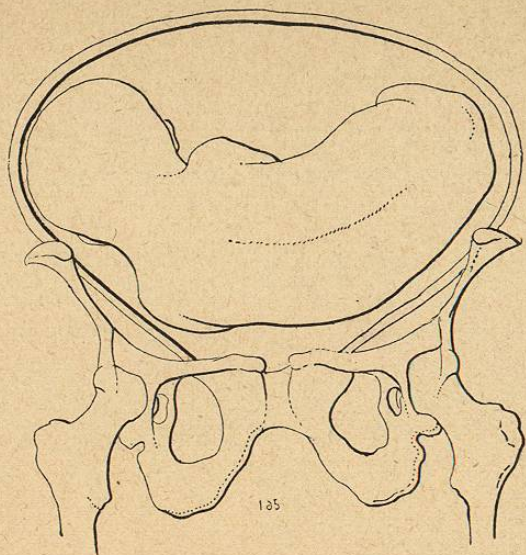


Fig. 170. — Présentation nulle. (Siège et tête au niveau des flancs.)

plus franchement que tout à l'heure une présentation de l'abdomen ; mais à ce moment le siège descend en général au détroit supérieur, puis dans l'exca-

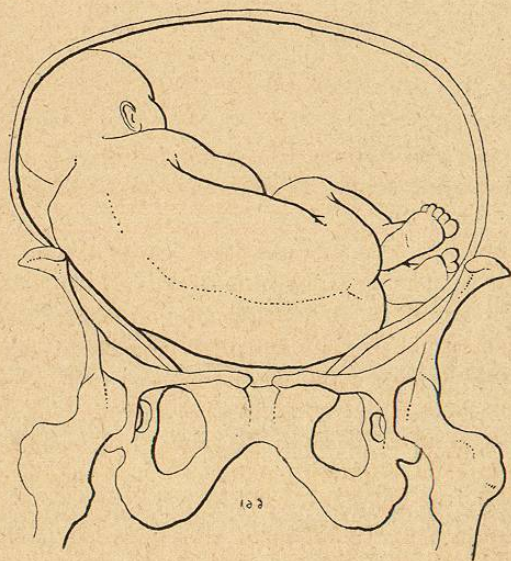


Fig. 171. — Présentation de l'abdomen. (Siège dans la fosse iliaque et tête dans le flanc.)  
cavation, et la présentation du siège se trouve ainsi constituée au lieu de celle de l'abdomen.

**La tête est dans l'hypochondre (droit ou gauche) ou dans l'épigastre** (fig. 172).

Quand la tête est au fond de l'utérus, soit à l'épigastre, soit dans l'un ou l'autre hypochondre, le siège se trouve à l'entrée de la filière génitale, c'est-à-dire qu'il existe une présentation du siège.

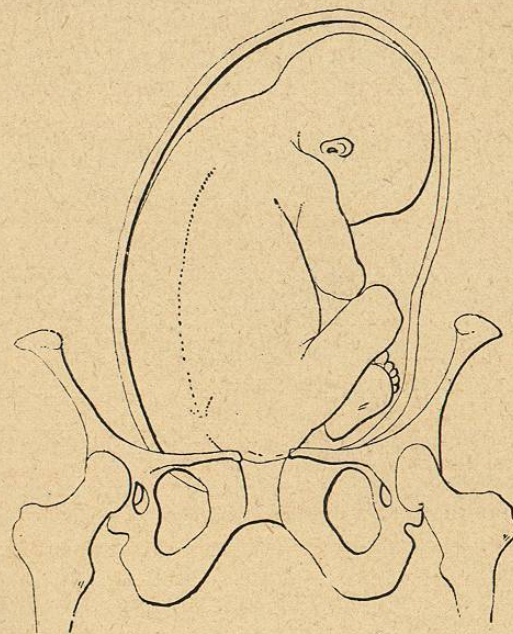


Fig. 172. — Présentation du siège complet SIDA,

La tête occupe le plus souvent l'hypochondre vers lequel est tourné le plan antérieur ou sternal du fœtus, de même que le siège dans la présentation du sommet.

Le siège *complet* ne s'engage pas dans l'excavation pendant la grossesse ; il n'en est pas de même du siège *décompleté mode des fesses*, qu'on trouvera parfois dans le courant du neuvième mois au-dessus du détroit supérieur, et qu'à un examen rapide on pourrait prendre pour le sommet (LEFOUR).

La palpation de la tête dans le fond de l'utérus, du siège au niveau de l'hypogastre ou engagé dans l'excavation, et enfin du dos situé tantôt à droite, tantôt à gauche, permet, de même que pour la présentation du sommet, de préciser la situation fœtale, et de déterminer exactement la présentation, ainsi que la position.

Par le palper, on pourra également reconnaître si le siège est complet ou décompleté, mode des fesses, le volume de la partie fœtale étant plus considérable dans le premier cas, et les pieds étant parfois perceptibles au voisinage de la tête dans le second.

Le palper fournira aussi des renseignements précis sur le diagnostic des



grossesses gémellaires, de la mort du fœtus, et de divers états pathologiques dont il sera ultérieurement question.

Résumant ce qui vient d'être dit, nous voyons que :

1° LA TÊTE A L'HYPOGASTRE (ou dans le petit bassin) indique :

Si *mobile*, une présentation de l'ovoïde céphalique ;

Si *fixe*, une présentation :  $\left\{ \begin{array}{l} \text{soit du sommet;} \\ \text{soit de la face;} \\ \text{soit du front.} \end{array} \right.$

2° LA TÊTE DANS LA FOSSE ILIAQUE :

Une présentation du thorax.

3° LA TÊTE DANS LE FLANC :

Tantôt présentation nulle ;

Tantôt présentation de l'abdomen :

4° LA TÊTE DANS L'HYPOCHONDRE OU L'ÉPIGASTRE :

Une présentation du siège.

Quant à la variété de présentation et à la position, elle sera révélée, soit par la saillie du front ou de l'occiput dans le cas d'engagement céphalique, soit par la situation du dos indiquant l'orientation fœtale.

Quelques mots sur les DIFFICULTÉS DU PALPER et nous en aurons fini avec ce procédé d'exploration; ces difficultés peuvent se rencontrer à chacune des trois étapes que nous avons parcourues :

1° *Etape præ-utérine.* — L'infiltration graisseuse de la paroi abdominale rend chez les femmes obèses les sensations obscures. — Une sensibilité exagérée de la paroi abdominale, qu'elle se traduise par une véritable douleur ou un simple chatouillement, gêne également l'accoucheur, à tel point que, dans quelques cas exceptionnels où la précision du diagnostic est indispensable, il faut avoir recours à l'anesthésie chloroformique. L'antéversion utérine, le ventre en besace rend le palper fœtal très difficile; on remédiera à cette déviation en repoussant le fond de l'utérus aussi en arrière que possible.

2° *Etape utérine.* — Les tumeurs de la paroi utérine (fibromes multiples), la rigidité de cette paroi chez la primigeste, ou dans les cas d'hydramnios, de gémellité, gênent la main dans l'exploration du fœtus, de même que les contractions trop fréquentes de l'utérus pendant la grossesse et surtout pendant le travail.

3° *Etape intra-utérine.* — L'excès du liquide amniotique (hydramnios), la multiplicité des fœtus (grossesse gémellaire), la mort du produit de la conception sont autant de causes de difficultés que l'habitude permettra seule de surmonter.

## VIII

## AUSCULTATION

## SOMMAIRE

Généralités. — Historique.

Préliminaires.

Etude de chaque bruit en particulier.

a. Mère :

1° Souffle maternel.

b. Fœtus et annexes :

2° Double battement fœtal.

3° Souffle fœto-funiculaire.

4° Bruits des mouvements fœtaux.

1817. — MAYOR (de Genève) entend les bruits du cœur fœtal, mais sa découverte passe inaperçue.

1819. — LAENNEC publie son immortel *Traité d'auscultation médiate* qui révolutionne toute l'étude de la séméiologie thoracique.

1821. — Descendant du thorax à l'abdomen gravide, LEJUMEAU DE KERGADEDEC, sans connaître l'observation de Mayor, s'aperçoit que l'oreille appliquée au voisinage de l'utérus fait entendre un bruit de souffle (maternel) et des battements doubles rapides (pulsations du cœur fœtal).

1857. — DEPAUL publie son *Traité théorique et pratique d'auscultation obstétricale*, complété depuis par une série de travaux intéressants parmi lesquels je citerai surtout ceux de KIWISCH, 1851; VERARDINI, 1873; GLENARD, 1876; KEHRER, 1877; RIBEMONT, 1878; CANTACUZÈNE, 1884; TRACHET, 1888.

De ces différents travaux, il résulte que lorsqu'on applique l'oreille sur la paroi abdominale d'une femme arrivée vers le terme de la grossesse, on peut entendre quatre espèces de bruits, à savoir :

1° Un souffle maternel . . . . .	Mère.
2° Un double battement fœtal . . . . .	} Œuf.
3° Des souffles fœto-funiculaires . . . . .	
4° Des bruits de mouvements fœtaux . . . . .	

Avant d'aborder l'étude de chacun de ces bruits, quelques mots préliminaires sur la manière de pratiquer l'auscultation obstétricale ne seront pas inutiles.