

C'est sur le trajet de ces huit lignes que vont se trouver les foyers d'auscultation des huit positions du sommet.

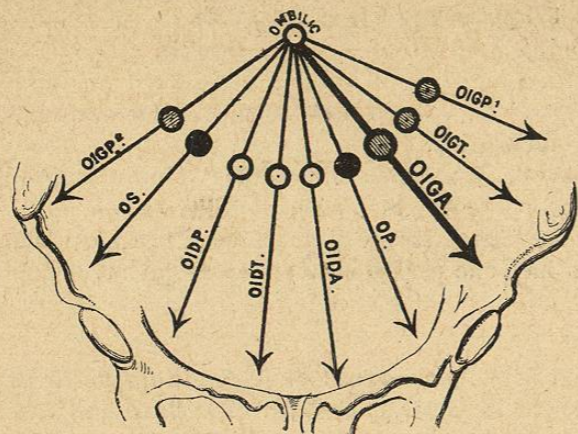


Fig. 181. — Sommet. — Foyers d'auscultation. — Éventail stéthoscopique<sup>1</sup>.

Le schéma 183 représente le siège des différents foyers d'auscultation, au niveau du point qui interrompt chaque ligne : le nom de la position est inscrit à côté.

On remarquera que pour l'OIGP il existe deux foyers. C'est la seule position du sommet où cette particularité existe<sup>2</sup>. La ligne sur laquelle siège le foyer de gauche se trouve au-dessus de l'ilio-ombilicale supérieure gauche. (Ligne de supplément.) A mesure que le dos du fœtus tourne en arrière, le foyer de droite devient de plus en plus net, et, au contraire, c'est celui de gauche qui devient plus précis, quand le dos se dirige en avant, se rapprochant de l'OIGT.

Pour constituer ce schéma par la mémoire, il suffit de se rappeler que le foyer de l'OIGA (dont la ligne est exprès accentuée) se trouve sur la ligne ilio-ombilicale inférieure gauche.

Ce qui vient d'être dit, s'applique aux cas où le sommet est engagé dans l'excavation ; mais quel est le siège de ces différents foyers, quand l'engagement n'a pas eu lieu ou que la tête est au contraire arrivée à la vulve ?

La figure 182 répond à cette question ; elle est destinée à montrer la hauteur relative des foyers d'auscultation, suivant le degré d'engagement de la partie fœtale.

Ces différentes hauteurs étant connues, il suffit de nous reporter à la figure 181 et de transporter *parallèlement à lui-même* chacun des foyers, soit vers le

<sup>1</sup> Les points noirs indiquent les foyers dans les positions directes, — les blancs, dans les positions droites, — les rayés, dans les positions gauches. — Il en est de même dans les figures suivantes, sauf la figure 183 où cette distinction n'est pas établie.

<sup>2</sup> Cantacuzène. *Des foyers d'auscultation en obstétrique*. Thèse 1884, p. 26.

haut, soit vers le bas, suivant le degré d'engagement ; on aura ainsi les diverses positions occupées par le foyer pendant la descente successive de la tête.

Exemples :

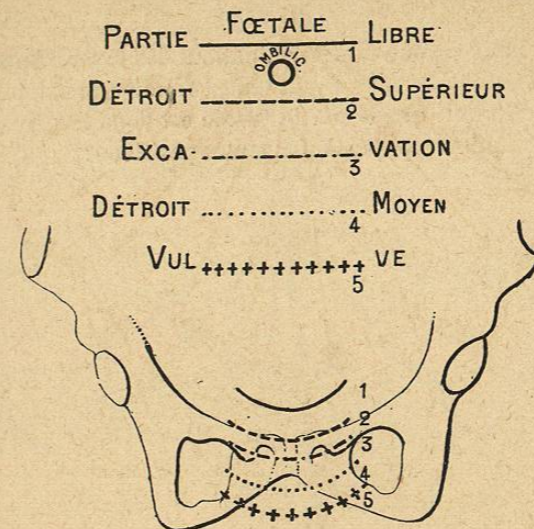


Fig. 182. — Hauteur du foyer d'auscultation variant avec le degré d'engagement de la partie fœtale.

Les lignes inférieures indiquent la hauteur de la partie fœtale qui se présente, et les supérieures analogues. (la hauteur du foyer d'auscultation qui leur correspond.)

Soit une OIGT, tête mobile au-dessus du détroit supérieur ; le foyer sera en A (fig. 183) ;

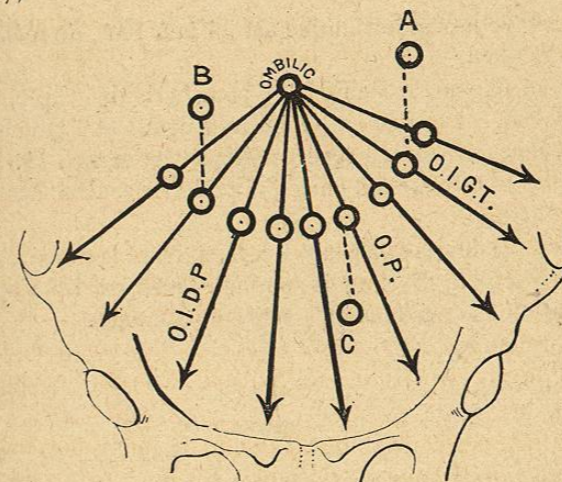


Fig. 183. — Sommet. Variations de la hauteur du foyer d'auscultation suivant le degré d'engagement de la partie fœtale.

Soit une OS, tête fixée au détroit supérieur ; le foyer sera en B ;

Soit une OP, tête à la vulve ; le foyer sera en C.

## II. — Face.

Je procède de même pour la détermination des foyers dans les positions de la présentation de la face, en supposant, comme cela existe à une période assez avancée du travail, que la partie fœtale est dans l'excavation.

Voici l'éventail stéthoscopique des diverses positions :

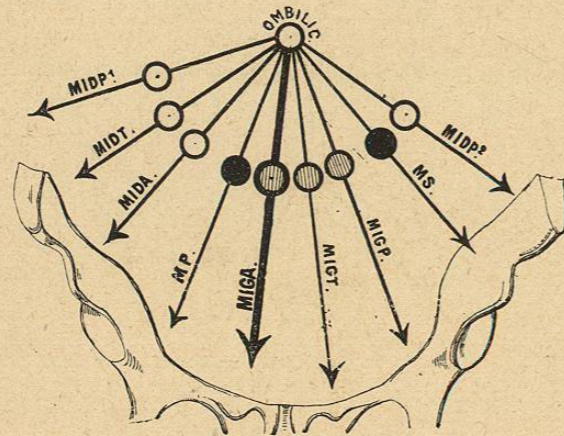


Fig. 184. — Face. — Foyers d'auscultation. — Éventail stéthoscopique.

Le point de repère mnémotechnique est ici la MIGA, de même que c'était l'OIGA pour le sommet.

La MIDP est ici l'analogue de l'OIGP, pour le double foyer, car la région cardiaque du fœtus est également éloignée à droite et à gauche de la paroi abdominale. Quoique ce double foyer n'ait pas été encore décrit, il est bien probable qu'il existe, et pour ma part, j'ai pu le rencontrer assez nettement, dans un cas semblable.

Quant à la hauteur de ces différents foyers, suivant le degré d'engagement, je renvoie à ce qui a été dit pour le sommet. La figure 183 s'applique aussi bien aux présentations de la face qu'à celles du sommet.

## III. — Front.

Les différents foyers d'auscultation dans la présentation du front ne sont pas suffisamment connus pour que je puisse aborder ici leur description, qui demande de nouvelles études<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Voir Trachet. *Archives de Tocologie*, 1888, p. 479.

Chaque présentation du front étant intermédiaire entre une présentation du sommet et de la face (par exemple le front en MIDP, étant intermédiaire entre sommet OIGA, et face MIDF), on prendra un point situé sur le milieu de la ligne, qui réunit les deux foyers de ces présentations correspondantes, et on aura approximativement le siège de celui qu'on recherche.

J'arrive aux présentations de l'ovoïde cormique.

## IV. — Siège.

Je suppose le siège engagé dans l'excavation, les foyers sont disposés suivant un éventail stéthoscopique (fig. 185) analogue à celui de la face et du sommet.

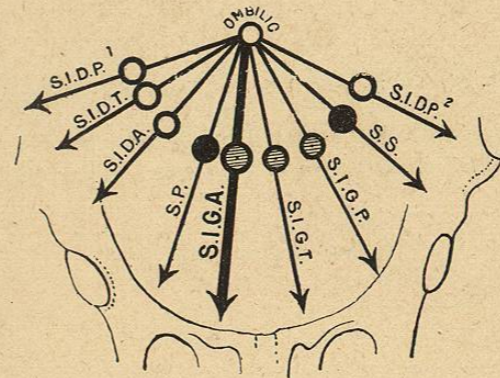


Fig. 185. — Siège. — Foyers d'auscultation. — Éventail stéthoscopique.

Pour la SIDP j'ai marqué deux foyers d'auscultation qui existent probablement comme dans l'OIGP ou la MIDP, mais dont la constatation est encore à faire.

La ligne SIGA constitue le point de repère pour constituer de mémoire cet éventail.

Quant à la hauteur du foyer, je répéterai ce qui a été dit pour le sommet et la face, car depuis les recherches de M. Ribemont il est démontré que sur un fœtus pelotonné comme il est dans la cavité utérine, le cœur est également éloigné du sommet et du siège; la hauteur du foyer d'auscultation sera donc la même pour le sommet et pour le siège à engagement égal. La présentation du siège étant très rarement accompagnée d'engagement pendant la grossesse, on comprend que les foyers d'auscultation se trouveront en pareille circonstance au-dessus de l'ombilic.

## V. — Thorax.

Les présentations de l'épaule, autres que les variétés de l'épaule droite ou gauche, étant très rares, on n'a jusqu'à présent déterminé le siège des foyers

que pour ces deux variétés, et dans leurs deux positions les plus habituelles, c'est-à-dire AIDT et AIGT.

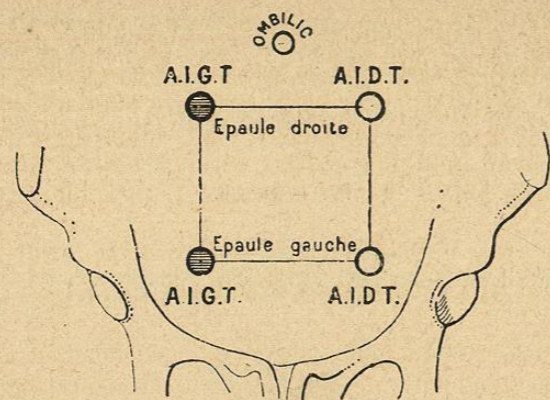


Fig. 186. — Thorax. (Variété : épaules.) Foyers d'auscultation. Carré stéthoscopique.

La figure 186 représente les foyers d'auscultation dans ces différents cas. Au lieu d'un éventail nous avons ici un carré stéthoscopique.

#### VI. — Abdomen.

La grande rareté de ces présentations n'a pas encore permis de déterminer les foyers d'auscultation.

Tels sont les différents sièges des foyers d'auscultation qu'on peut, pour les *sommet*, *face*, *siège*, *thorax*, résumer ainsi :

- 1° **Sommet. Éventail stéthoscopique.** — Point de repère OIGA sur la ligne ilio-ombilicale inférieure gauche.
- 2° **Face. Éventail stéthoscopique.** — Point de repère MIGA sur la ligne ombilico-pubienne droite.
- 3° **Siège. Éventail stéthoscopique.** — Point de repère SIGA sur la ligne ombilico-pubienne droite.
- 4° **Thorax. (Deux épaules.) Carré stéthoscopique.** — Épaule gauche (côté du cœur) ayant des foyers bas, et l'épaule droite au contraire élevés.

Outre l'engagement de la partie fœtale, il est d'autres causes qui peuvent faire varier la situation des foyers d'auscultation ; telles l'*inclinaison latérale* de l'utérus ou encore l'*inclinaison antérieure*, qui par exemple abaisse notablement le foyer dans l'OIDT, alors qu'elle est prononcée. Toutes ces variations sont compliquées ; le clinicien ne devra cependant pas oublier leur

possibilité, afin de se rendre compte de certaines anomalies apparentes, dont le détail nous entraînerait ici beaucoup trop loin.

La connaissance des différents foyers précédemment décrits ne suffira pas pour connaître la présentation et la position, mais elle permettra, le diagnostic étant fait par le palper, d'obtenir la vérification à l'aide de l'oreille et de s'assurer si le foyer se trouve bien au siège indiqué pour la présentation et position qu'on suppose. Un foyer placé dans une autre région mettrait sur la voie de l'erreur commise, et conduirait à la rectification nécessaire.

#### 3. SOUFFLES FŒTO-FUNICULAIRES

En même temps que le double battement du cœur fœtal, on entend parfois un bruit de souffle d'habitude *simple*, exceptionnellement *double*.

Ce souffle diffère essentiellement de celui qui a été précédemment étudié (souffle maternel), et il s'en distingue facilement, car le premier est synchrone aux pulsations de la mère, le dernier aux pulsations fœtales.

Le souffle fœto-funiculaire reconnaît, ainsi que l'indique son nom, une double origine :

- Tantôt le fœtus (cœur) . . . . Souffle cardiaque ;
- Tantôt le cordon (vaisseaux) . Souffle funiculaire.

Le *souffle cardiaque* du fœtus est dû :

Soit à une lésion des orifices valvulaires, comme on en observe chez l'adulte ;

Soit à une perméabilité insuffisante du trou de Botal ;

Soit, enfin, avec un cœur normal, aux modifications du liquide sanguin, produisant des souffles analogues à ceux qu'on désigne sous le nom d'*anémiques* chez l'adulte, et dont la pathogénie est encore incomplètement connue.

Le *souffle funiculaire*, exceptionnellement causé par les replis semi-lunaires qui existent sur le trajet des vaisseaux ombilicaux, est généralement dû à la compression du cordon, soit entre le dos de l'enfant et la paroi utérine, soit au niveau de circulaires serrés ; CHARRIER, en faisant de ce souffle, dont le diagnostic différentiel n'est pas toujours facile, un signe certain de circulaire du cordon, a été beaucoup trop positif et mal inspiré en proposant, en pareil cas, l'accouchement prématuré artificiel pour sauver la vie de l'enfant mise en danger !

On ne possède pas de signes précis et suffisants pour reconnaître les différentes variétés de souffles cardiaques du fœtus ; aussi toute l'ambition de l'accoucheur devra-t-elle se borner à distinguer un souffle fœtal d'un souffle funiculaire, et encore ce diagnostic n'est-il pas toujours possible.

Les souffles cardiaques ont leur maximum d'intensité au foyer d'auscultation fœtal, et, au contraire, pour les souffles funiculaires, le maximum est

situé en un point différent, dans la région même où se trouve le cordon. Ce signe est celui qui permettra le mieux la différenciation, ceux qui sont basés sur l'intensité ou la variabilité du souffle ne pouvant fournir qu'une sécurité incomplète.

Le souffle fœto-funiculaire a, au point de vue de l'existence de la grossesse, la même valeur séméiologique que le double battement fœtal; il indique la présence d'un fœtus vivant, mais son importance est très diminuée par l'existence des battements fœtaux toujours plus nets et faciles à trouver.

#### 4° BRUITS DES MOUVEMENTS FŒTAUX

En pratiquant l'auscultation abdominale pendant un certain temps, on perçoit :

Tantôt un *frôlement* analogue à celui produit par les deux mains appliquées sur l'oreille, alors qu'on imprime un léger mouvement à la plus superficielle;

Tantôt un *choc* brusque et sourd, semblable à celui qu'on obtient en frappant avec un doigt sur la main recouvrant, comme tout à l'heure, le pavillon de l'oreille.

Parfois ces chocs prennent une régularité bizarre, comme si le fœtus battait lentement la mesure dans l'intérieur de la cavité ovulaire. (*Mouvements rythmés, mouvements cadencés du fœtus.*)

Les frôlements sont dus à des déplacements du fœtus en totalité; les chocs, aux mouvements de petites parties fœtales qui viennent heurter la paroi utérine; on ignore la cause des mouvements rythmiques, qui n'ont d'ailleurs aucune valeur séméiologique spéciale.

Les bruits des mouvements fœtaux commencent avec ces mouvements mêmes, c'est-à-dire au début du second trimestre de la grossesse, mais ils ne sont nettement perceptibles que vers quatre mois et demi.

Comme les battements du cœur, ils constituent un signe de certitude de l'existence et de la vie du fœtus. Toutefois il importe de ne pas les confondre avec les bruits intestinaux, ni avec le choc que les contractions musculaires abdominales peuvent imprimer au stéthoscope.

Ces causes d'erreur ne pourront être évitées que dans la deuxième moitié de la grossesse, alors que la perception du choc fœtal est devenue précise et nette; mais, à ce moment, ce signe, qui serait important s'il était unique, perd en général de ses avantages par l'apparition d'autres signes de certitude plus faciles à apprécier.

## IX TOUCHER

### SOMMAIRE

Définition.

Variétés :

I. *Toucher vésical.*

II. *Toucher rectal.*

III. *Toucher vaginal.*

1° *Préliminaires* { a. femme.  
                          b. accoucheur.

2° *Du toucher avant la conception.*

1° Étape vulvaire.

2° — vaginale.

3° — utérine.

4° — périutérine.

5° — pelvienne.

— Résumé.

3° *Du toucher après la conception.*

1° Modifications dans l'étape vulvaire.

2° — — vaginale.

3° — — utérine.

4° — — périutérine.

5° — — pelvienne.

L'utérus est accessible directement par le vagin, indirectement par le rectum et la vessie, de telle sorte que le doigt pénétrant dans ces diverses cavités peut fournir des renseignements précieux sur l'organe gestateur et son contenu. Cette exploration n'est autre que le *toucher*.

Le *toucher* n'est donc qu'une variété du *palper*. L'un est interne, l'autre externe. Dans le *toucher* les doigts sont au contact des muqueuses, dans le *palper* au contact de la peau.

Le *toucher* peut se faire ainsi qu'il vient d'être dit :

1° Par l'urètre et la vessie. . . . . **Toucher vésical.**

2° Par l'anus et le rectum . . . . . **Toucher rectal.**

3° Par la vulve et le vagin . . . . . **Toucher vaginal.**

Je serai bref sur les deux premiers et m'appesantirai au contraire sur le dernier.

#### 1° TOUCHER VÉSICAL

Le *toucher vésical* exige la dilatation préalable de l'urètre, véritable opération, qui éloigne l'accoucheur de semblable exploration. Cette variété de *toucher* n'est guère usitée que dans les affections vésicales.