

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° — péritérine.

5° — pelvienne.

— Résumé.

3° *Du toucher après la conception.*

1° Modifications dans l'étape vulvaire.

2° — — vaginale.

3° — — utérine.

4° — — péritérine.

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.

## 2° TOUCHER RECTAL

Le *toucher rectal*, pratiqué après évacuation préalable des matières fécales, pourra renseigner sur le volume de l'utérus, sur le siège exact de tumeurs qui seraient placées en arrière de lui, et sur quelques autres points d'importance secondaire.

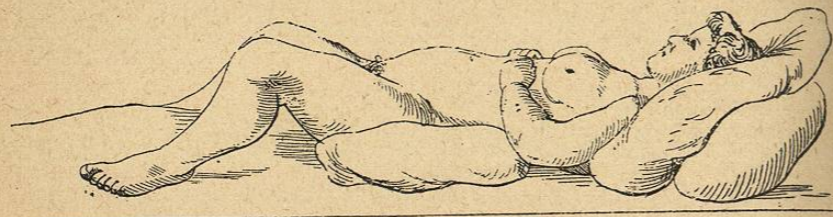


Fig. 187. — Position dorsale.

On y aura surtout recours quand l'exploration vaginale est rendue difficile ou impossible par un obstacle quelconque : vaginisme, rétrécissement ou

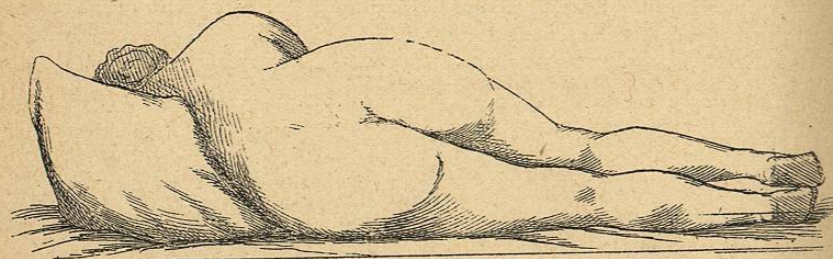


Fig. 188. — Position latérale.

oblitération cicatricielle du vagin, hymen intact et trop étroit. Mais ces conditions sont exceptionnelles, et dans la grande majorité des

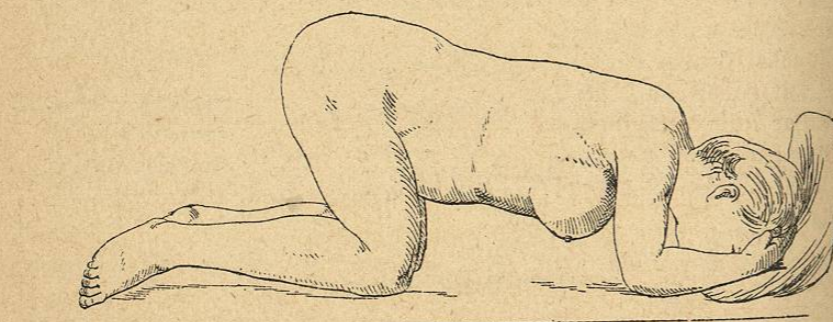


Fig. 189. — Position genupectorale.

cas on pratiquera le *toucher vaginal*, dont je vais aborder l'étude détaillée.

## 3° TOUCHER VAGINAL

Le *toucher vaginal* peut être fait, la femme étant debout ou couchée. La position debout permet un examen rapide et sommaire, mais très incomplet.

La position horizontale est la seule qui rende possible une exploration consciencieuse et suffisante, et sauf de rares exceptions c'est toujours à elle qu'il faudra recourir.

La femme sera placée dans la même position que pour le palper, ou plutôt laissée dans cette position, puisqu'on pratique généralement le *toucher* après le palper et l'auscultation; on exigera simplement un écartement un peu plus marqué des cuisses (avec légère flexion) et une élévation du siège à l'aide d'un coussin, ou plutôt des mains (de la patiente ou d'un aide) glissées sous les fesses. (*Position dorsale*, fig. 187.)

Telle est la position française. En Angleterre, la femme est couchée sur le côté gauche, les cuisses fléchies à angle droit sur le tronc, la supérieure un peu plus que l'inférieure. (*Position latérale ou anglaise*, fig. 188.)

Exceptionnellement, et pour certains cas pathologiques dont il sera ultérieurement question, la femme peut être placée sur les genoux et les coudes, ainsi que l'indique la figure 189. (*Position genupectorale*, fig. 189.)

N'oublions pas ces trois positions horizontales usitées pour l'examen de la femme :

Position dorsale	(fig. 187);
Position latérale	(fig. 188);
Position genupectorale	(fig. 189);

car souvent il en sera question dans le cours de ce traité.

Je suppose la femme dans la *position dorsale*, la plus usitée en France pour l'examen des organes génitaux; procédons au *toucher*.

L'exploration est faite avec l'une ou l'autre main, de préférence avec la droite, qui est plus habile; l'accoucheur doit en pareil cas se mettre à droite de la femme. Il est important à cet égard de placer la patiente dans son lit, de telle sorte que son côté droit soit facilement accessible.

Le *toucher* peut être :

*Unidigital* : pratiqué avec l'index, les autres doigts étant fléchis, et repliés dans le creux de la main (fig. 190).

*Bidigital* : index et médium, comme l'indique la figure 191. L'introduction des deux doigts, vu la longueur la plus considérable du médium, permet de pénétrer plus profondément, et on pourra sans inconvénient y avoir recours chez les primigestes cette introduction simultanée est souvent douloureuse et doit être évitée.

*Manuel* : on fait pénétrer toute la main dans les organes génitaux, le plus souvent pour aller explorer le contenu de l'utérus dans le cas de présentation

vicieuse par exemple. La main, disposée comme l'indique la figure 192, ne peut guère être introduite sans usage de chloroforme.

Pendant qu'une main pratique le toucher vaginal, l'autre doit toujours être placée sur l'abdomen, combinant et complétant l'exploration; oublier de se servir de la main abdominale, c'est rendre le toucher bien moins précis et fructueux.

Le ou les doigts qu'on va introduire dans les organes génitaux doivent être aseptiques et recouverts d'un corps gras, permettant un glissement facile (*vaseline*, huile, coldcream, cérat, etc.).

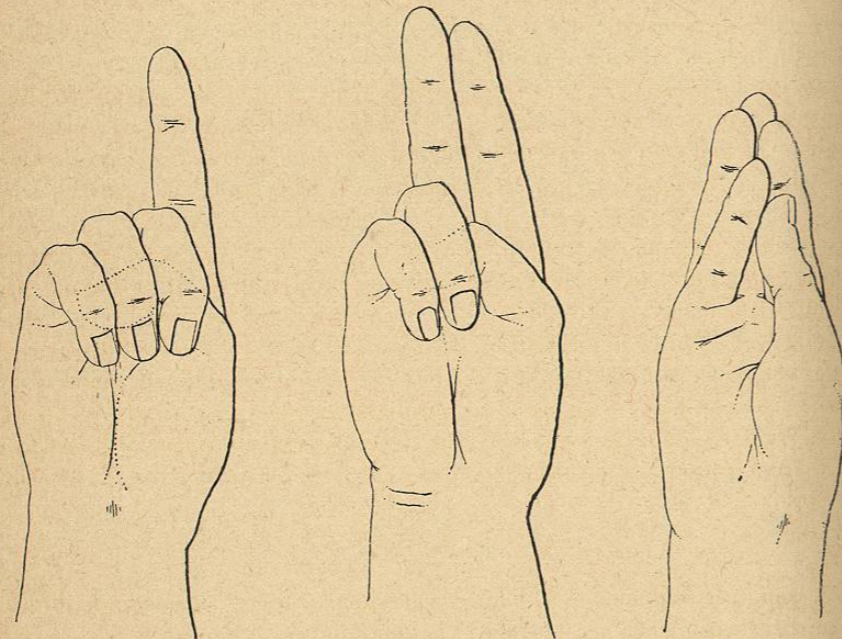


Fig. 190.  
Toucher unidigital.

Fig. 191.  
Toucher bidigital.

Fig. 192.  
Toucher manuel.

Le toucher vaginal s'exécute, de même que le palper, par une série d'étapes:

1. — Étape vulvaire.
2. — Étape vaginale.
3. — Étape utérine.
4. — Étape périutérine.
5. — Étape pelvienne.

(L'étape pelvienne n'est qu'une variété de la périutérine, mais je la sépare pour la clarté de la description.)

Nous allons d'abord étudier le toucher en dehors de la grossesse, sur une femme à l'état de vacuité, pour voir ensuite les changements amenés progressivement par le développement de l'œuf.

#### A. — TOUCHER VAGINAL EN DEHORS DE LA GROSSESSE

##### 1<sup>o</sup> ÉTAPE VULVAIRE

La vulve étant facilement accessible à la vue, l'accoucheur explorera avec plus de fruit cette région par l'œil que par le doigt<sup>1</sup>.

Dans cette première étape vulvaire, il est deux orifices qu'il faut s'habituer à reconnaître facilement l'*urétral* pour pratiquer le cathétérisme quand la femme ne veut pas être découverte ou que l'œdème vulvaire gêne l'accès du vestibule, le *vaginal* qui doit conduire le doigt vers le col utérin.

On commencera par la *recherche de l'orifice vaginal*: pour ce faire, l'index tenu verticalement sera, en cheminant le long de la face interne des cuisses, amené au contact de la région vulvo-périnéale, arrêté en ce point le long de son bord radial, il sera promené transversalement à la surface des organes génitaux jusqu'à ce qu'il rencontre la fente vulvaire; à ce moment l'extrémité du doigt se trouve, en général, au contact du périnée, et en la remontant légèrement elle arrive au niveau de l'orifice vaginal dans lequel elle pénètre sans difficulté.

Pour déterminer la *situation de l'orifice urétral*, l'index, après avoir trouvé l'orifice vaginal, explore de bas en haut le vestibule et rencontre un petit pertuis, du diamètre d'une lentille environ, qu'il sait, avec un peu d'exercice, reconnaître assez aisément. Une fois cet orifice trouvé, il est facile de porter jusqu'à lui le cathéter, qu'on veut faire pénétrer dans la vessie.

##### 2<sup>o</sup> ÉTAPE VAGINALE

Le doigt, en parcourant le vagin de la superficie vers la profondeur, franchit successivement l'orifice vulvo-vaginal, où il peut être arrêté par le constricteur de la vulve (vaginisme inférieur). Un peu plus loin un nouvel anneau musculaire constitué par le releveur coccy-périnéal, et qui peut également se contracter ou se contracturer (vaginisme supérieur).

Continuant son chemin, le doigt suivant tantôt la paroi antérieure, tantôt la postérieure, tantôt la latérale droite ou gauche, arrive dans les culs-de-sac correspondants, qui entourent en couronne le col de l'utérus.

Je signale en passant l'importance de rechercher attentivement les vagins doubles, qui passent souvent inaperçus<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Quelques femmes refusent par pudeur l'inspection des organes génitaux et permettent le toucher: c'est une pudeur bien mal comprise; car le toucher vulvaire, s'adressant à des organes d'une sensibilité spéciale très accentuée, est loin d'offrir la décence et la réserve de l'examen oculaire.

<sup>2</sup> A l'hôpital de Lourcine, pendant mon internat, j'ai soigné et examiné au spéculum une jeune femme atteinte de vaginite, et ne me suis aperçu de la duplicité du vagin qu'au bout de quelques examens. D'autres personnes avaient également laissé passer la malformation. Une année auparavant, cette même femme était restée pendant deux mois