

3^e ÉTAPE UTÉRINE

Pour atteindre le col utérin dans les cas difficiles, il faut, le siège de la femme étant élevé :

1^o Abaisser le coude jusque sur le plan du lit, on place ainsi le doigt dans la bonne direction pour arriver au but ;

2^o Écarter successivement les grandes et petites lèvres de chaque côté, de manière à insinuer la main entre elles ; grâce à cette petite manœuvre, on pénètre aisément un travers de doigt plus loin,

Quand le col utérin est examiné, on peut en déprimant successivement chaque cul-de-sac, pendant que la main abdominale appuie de haut en bas dans la direction ombilico-coccygienne, explorer les faces antérieures, latérales et postérieures de l'utérus.

4^e ÉTAPE PÉRIUTÉRINE

En déprimant la paroi vaginale, circulairement du cul-de-sac postérieur à l'antérieur, le doigt rencontre :

Le rectum ;	} ligaments larges.
L'ovaire	
Les trompes	
Le ligament rond	
Les vessie, uretères, urètre.	

L'exploration de l'ovaire, des trompes et surtout du ligament rond et des uretères demande une grande habitude du toucher, et parfois le doigt le plus exercé ne peut toujours les sentir.

La direction dans laquelle le doigt quittant l'utérus rencontrera ces différents organes est représentée par les flèches de la figure 193.

Ces différents organes sont plus faciles à trouver, quand ils deviennent le siège d'une affection pathologique quelconque, et c'est, d'ailleurs, en pareille circonstance que leur exploration devient utile.

5^e ÉTAPE PELVIENNE

En déprimant fortement le vagin et les tissus mous avoisinant, on peut,

dans une autre salle du même hôpital, soignée pour une *maladie* génitale, et sur son observation le vagin double n'était pas mentionné. La cloison arrivait à un centimètre de l'orifice vaginal.

Dans un autre cas, examinant une femme en travail, avec un collègue, l'ayant touchée l'un et l'autre d'une main différente nous arrivions sur un col dont les modifications n'étaient pas les mêmes. Aucun de nous n'avait remarqué la duplicité du vagin qui s'étendait jusqu'à l'orifice vulvo-vaginal (on pouvait voir la cloison en écartant les grandes et les petites lèvres). Nous retouchâmes une seconde fois la femme sans nous apercevoir de la malformation génitale, et à un troisième examen seulement, le doigt ayant accidentellement rencontré la cloison, notre désaccord s'expliqua ; chacun de nous, placé d'un côté différent de la femme, pénétrait, en pratiquant le toucher, dans un vagin di-

sans douleur réelle pour la femme, explorer la paroi pelvienne, et même arriver jusqu'au détroit supérieur et à l'angle sacro-vertébral. On comprendra la haute importance de cet examen, après l'étude des bassins viciés.

Résumant ce qui vient d'être dit au sujet de l'exploration péri-utérine et le complétant par les détails de l'exploration pelvienne, nous aurons successi-

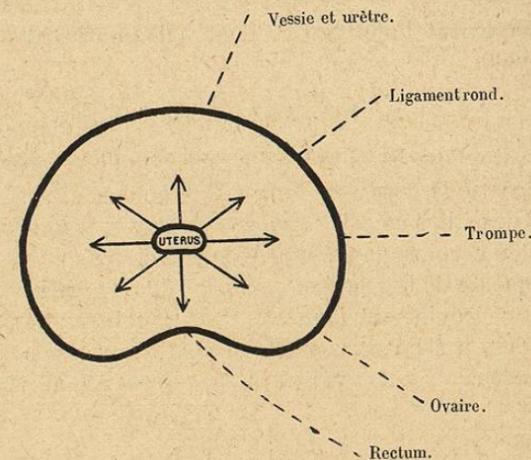


Fig. 193. — Toucher péri-utérin. — Directions du doigt explorateur.

vement en partant des divers culs-de-sac et en suivant la direction des flèches du schéma 193 :

- 1^o *Cul-de-sac postérieur* :
 - a. Rectum.
 - b. Coccyx, sacrum, promontoire.
- 2^o *Cul-de-sac antérieur* :
 - a. Vessie, uretères, urètre.
 - b. Pubis. Points supérieur et inférieur de la symphyse.
- 3^o et 4^o *Culs-de-sac latéraux* :
 - 1^o Direction du ligament rond.
 - a. Ligament rond.
 - b. Branche ischio-pubienne. Trou obturateur. Branche ilio-pectinée.
 - 2^o Direction de la trompe.
 - a. Trompe.
 - b. Ischion et épine sciatique, quadrilatère cotyloïdien. Déroit supérieur correspondant.
 - 3^o Direction de l'ovaire.
 - a. Ovaire.
 - b. Grand et petit ligaments sacro-sciatiques. Grande échancrure sciatique. Déroit supérieur correspondant.

B. — TOUCHER VAGINAL PENDANT LA GROSSESSE

Nous allons suivre les différentes étapes indiquées tout à l'heure, afin de voir les modifications apportées par la conception dans chacune d'elles.

1° ÉTAPE VULVAIRE

Aucun changement important en dehors de l'hypertrophie de tous les éléments de la vulve.

2° ÉTAPE VAGINALE

Je rappelle simplement ici le repli circulaire qui se constitue parfois à une période avancée de la grossesse (voir p. 82). Le doigt en progressant rencontrera souvent de petites inégalités, un peu plus grosses que des têtes d'épingles, et constellant la paroi vaginale. On est en présence d'une vaginite granuleuse, affection fréquente de la grossesse, se manifestant comme la vaginite blennorragique par un écoulement jaunâtre, mais absolument distincte quant à sa nature, qui n'est nullement vénérienne, quoique vraisemblablement microbienne; cependant il y a des vaginites granuleuses gonorrhéiques.

3° ÉTAPE UTÉRINE

A une période avancée de la grossesse, alors que le col est complètement ramolli et que sa consistance est identique à celle de la paroi vaginale, un doigt même exercé peut rencontrer de réelles difficultés dans l'exploration cervicale¹.

Pour trouver le col dans les cas difficiles, il faut sillonner le fond du vagin dans tous les sens, en suivant la direction des divers diamètres pelviens; dans cette série de courses successives le doigt finira par rencontrer l'organe cherché et par tomber dans l'orifice qui le surmonte.

Nous connaissons les modifications du col et du corps de l'utérus sous l'influence de la grossesse (hypertrophie et ramollissement), le doigt permettra de les vérifier. Le ramollissement du col utérin et l'augmentation de volume du corps sont au début de la grossesse, en l'absence des signes de certitude, qui n'existent pas à cette époque, de précieux indices pour le diagnostic.

¹ Le principal inconvénient de cette vaginite est d'exposer l'enfant à l'ophtalmie purulente après la naissance, à cause du contact du pus pendant l'accouchement. Aussi est-il bon de prescrire à la femme, au moins pendant le dernier mois de la grossesse, des injections quotidiennes, soit avec la solution de bichlorure de mercure à $\frac{1}{3000}$, soit une solution phéniquée à $\frac{1}{200}$, et, au moment de la naissance de l'enfant, appliquer le traitement préventif de l'ophtalmie purulente: deux à trois gouttes de solution de nitrate d'argent à $\frac{1}{100}$, dans chaque œil.

² J'ai connu un étudiant qui pendant quatre jours examina une série de femmes enceintes à terme sans pouvoir rencontrer le col; au cinquième ses sensations devinrent plus nettes, et à partir du sixième il sut pratiquer l'exploration dans laquelle il se perfectionna progressivement.

Vers le milieu de la grossesse apparaît le *ballotement dit vaginal*, pour l'opposer à l'*abdominal*, dont il a été question à propos du palper.

Quand le doigt placé sur le col, ou dans un des culs-de-sac (de préférence dans le cul-de-sac antérieur), imprime une petite secousse de bas en haut, il a la sensation d'un corps dur qui fuit, et qui, au bout de quelques instants, vient frapper le doigt qui l'a chassé, en reprenant sa place première. Cette sensation de fuite et de retour déjà comparée à celle que donne un glaçon libre dans l'eau, n'est autre que le ballottement; elle est en général produite par la tête du fœtus, exceptionnellement par le siège, quelquefois par une autre partie fœtale.

Le ballottement peut très exceptionnellement être perçu au début du deuxième trimestre de la grossesse; en général on ne le sent bien qu'à partir de quatre mois et demi, et il devient surtout net dans le courant du septième mois: durant le neuvième mois on ne le rencontre plus à moins d'hydramnios, car le fœtus trop pesant et trop à l'étroit ne fuit plus sous la pression du doigt.

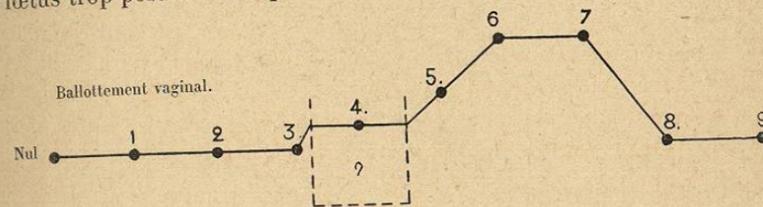


Fig. 194. — Ballottement vaginal.

Le schéma 194 indique cette évolution du ballottement vaginal à travers la grossesse.

Le battement vaginal est-il un signe de certitude de la grossesse?

Un ballottement analogue peut être produit par un gros calcul enfermé dans la vessie et nageant dans l'urine, ou par le corps de l'utérus en antéflexion et très mobile sur le col, ou encore par certaines tumeurs péri-utérines.

Comme tous les autres signes de certitude, le ballottement vaginal a donc ses causes d'erreur; mais on saura les éviter si, comme pour l'abdominal, on élimine tout ballottement produit par une tumeur intra-utérine.

Tout ballottement vaginal, produit par un corps intra-utérin, est donc un signe de certitude de grossesse.

Grâce à cette restriction on évite les causes d'erreur susmentionnées, appartenant toutes à des tumeurs *péri-utérines* ou *utérines* comme dans le cas d'antéversion, car aucune d'elles n'était *intra-utérine*.

Mais, dira-t-on, comment s'assurer que la tumeur ballottante est *intra-utérine*? Par l'exploration attentive du segment inférieur de l'utérus et, dans les cas douteux, en attendant une contraction, grâce à laquelle on s'assure que la tumeur explorée est bien contenue dans l'utérus. Il se peut qu'il y ait des cas douteux où l'accoucheur soit incapable de se prononcer; mais ce n'est pas une raison pour éliminer le ballottement vaginal des signes de certitude, car, avec cette manière de procéder, il ne resterait plus

aucun de ces signes, pas même les battements du cœur fœtal, qui parfois sont trop vagues pour être affirmés, et fournissent également des causes d'erreur par manque de netteté.

Le toucher permettra en outre, à une époque assez avancée de la grossesse, de reconnaître les caractères de la partie fœtale qui se présente :

Tumeur lisse, égale, dure, ordinairement engagée dans l'excavation (pendant le dernier trimestre chez les primigestes, pendant les quinze derniers jours chez les multigestes) quand il s'agit du *sommet*.

Tumeur également lisse, mais non engagée, quand c'est une présentation du *front*.

Tumeur un peu inégale constituée par la face, avec le front lisse et régulier à côté, il s'agit d'une présentation de la *face*. Pas d'engagement. (Cas très exceptionnel pendant la grossesse.)

On reconnaît le *siège* à ce qu'il forme une tumeur moins dure que la tête, moins égale, accompagnée de petites parties fœtales et non engagée quand le siège est complet; souvent engagée au contraire, quand on a affaire à une variété décomplétée mode des fesses; c'est en pareil cas que les confusions avec le sommet sont fréquentes et qu'une grande attention est nécessaire pour éviter une méprise.

Avec une présentation du *thorax* ou de l'*abdomen*, la partie fœtale est d'habitude inaccessible pendant la grossesse.

Dans plusieurs de ces examens, on peut à travers le segment utérin sentir les détails de la présentation fœtale, sur lesquels je reviendrai à propos du toucher pendant le travail, quand le col est ouvert.

Dans certains cas d'une grande perméabilité du col, le doigt explorateur arrive sur une partie fœtale simplement recouverte par les enveloppes ovulaires, et reconnaît nettement la présence d'un enfant, en sentant par exemple une main, un pied, une suture osseuse, une fontanelle, un globe oculaire.

La *sensation nette* d'une partie fœtale par le toucher vaginal est un signe de certitude de la grossesse. Puisqu'on sent le fœtus, il existe naturellement mort ou vivant. Ce signe de certitude ne servira que dans les cas relativement rares, mais le négliger ou le nier serait commettre une véritable méprise obstétricale.

4°, 5°, ÉTAPES PÉRI-UTÉRINE ET PELVIENNE

La vessie et l'utérus peuvent encore être explorés par le toucher pendant la grossesse, cependant la vessie remonte souvent au-dessus du pubis. Quant aux ligaments larges et aux organes qu'ils contiennent, leur ascension avec l'utérus les rend inaccessibles au toucher vaginal.

Je ne fais que mentionner l'examen du bassin, auquel la grossesse n'amène à l'état normal aucune modification perceptible au toucher. (Les modifications pathologiques, comme le relâchement des symphyses, seront étudiées à la pathologie puerpérale.)

X

DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE

SOMMAIRE

- 1° Résumé de la valeur séméiologique des différents signes de la grossesse.
 - a. Signes de probabilité ou maternels;
 - b. Signes de certitude ou fœtaux.
- 2° Diagnostic de la grossesse.
 - a. Normale.
 - Premier trimestre.
 - Deuxième trimestre.
 - Troisième trimestre.
 - b. Pathologique.
- 3° Diagnostic des questions attenantes à la grossesse.
 - a. Age de la grossesse.
 - b. Volume du fœtus.
 - c. Situation du fœtus.
 - d. Sexe du fœtus.

Les différents signes de la grossesse, qui viennent d'être étudiés en détail, se divisent en deux catégories :

1° Les uns, *dépendant de la mère*, sont appelés *signes de probabilité*, ou encore de *présomption*¹, car s'ils mettent sur la piste de la grossesse et la rendent vraisemblable, ils n'autorisent pas à l'affirmer;

2° Les autres, *dépendant du fœtus*, sont dénommés *signes de certitude*, car leur constatation place la grossesse hors de doute;

3° Je me contente de rappeler ces différents signes, avec lesquels nous sommes maintenant familiarisés, et dont nous avons, chemin faisant, discuté la valeur.

A. — SIGNES DE PROBABILITÉ OU MATERNELLE

1° Système génital et voisinage.

- Utérus*. — Suppression des règles.
 Augmentation progressive de volume.
 Mollesse spéciale du corps et du col.
 Contractions intermittentes.
 Existence du souffle maternel.

¹ C'est à tort qu'on a voulu distinguer les signes de présomption des signes de probabilité, car entre ces deux variétés il n'y a qu'une simple nuance, et non des limites tranchées.