

et des positions ; elle consiste en une *adaptation* aussi complète que possible du contenant et du contenu, de façon que les diamètres grands, moyens et petits de l'un se trouvent respectivement parallèles aux diamètres correspondants de l'autre. Le contenu, c'est le fœtus ; le contenant, c'est la matrice, qui se trouve elle-même dans la cavité abdominale et dans la partie supérieure du petit bassin.

La forme du contenant et du contenu amène dans la majorité des cas une présentation du sommet en gauche antérieure, assez souvent aussi en droite postérieure ; mais les modifications que subissent le fœtus, la matrice, la cavité abdominale, le bassin, peuvent entraîner des changements dans les rapports ; de là les diverses autres présentations et positions. Ces modifications peuvent être congénitales ou acquises, sujettes à se répéter ou tout à fait accidentelles ; de là ces femmes qui ont régulièrement dès la 1^{re} grossesse, ou bien à partir de l'une ou l'autre des grossesses suivantes, des présentations défectueuses ou vicieuses ; de là les cas fortuits de ces dernières chez les femmes qui, *après comme avant*, ont tous leurs enfants dans la meilleure situation.

Les faits abondent dans la pratique et sont d'observation journalière, pour démontrer la réalité et la justesse de ces considérations.

DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE.

L'accoucheur ayant à constater l'état de grossesse d'une femme, doit procéder à un examen détaillé et minutieux.

Au point de vue des recherches que le praticien est appelé à faire, les signes de grossesse sont divisés en différentes catégories, selon qu'ils sont obtenus par l'un ou l'autre des modes d'investigation employés en accouchement. Ces procédés d'exploration sont les suivants : l'interrogatoire, l'inspection, la percussion, l'auscultation, le palper et le toucher.

Au point de vue de la valeur, les signes de grossesse sont divisés en signes de présomption, de probabilité et de certitude, selon qu'ils peuvent faire croire à la grossesse, la rendent probable, ou absolument certaine.

Au point de vue de l'origine, les signes sont maternels ou fœtaux. Les signes maternels ont aussi été appelés *rationnels* ou de simple probabilité et les signes fœtaux *sensibles* ou de certitude.

Nous aurons encore à parler des signes de grossesse relativement à l'âge, à l'époque de la gestation.

Interrogatoire.

Ce mode d'investigation a son importance et c'est par lui qu'il faut toujours commencer. Il est évident que la valeur de ce moyen diffère selon les cas ; si l'on a affaire à une personne intelligente, attentive à sa santé, sachant donner des détails circonstanciés, n'ayant aucun intérêt à tromper, ne cherchant qu'à éclairer la praticien, on pourra recueillir des renseignements très utiles, dont on devra tenir grand compte. Il n'en sera plus ainsi lorsque la femme a des raisons de

mentir, si elle veut, par exemple, cacher sa grossesse dans le but d'obtenir quelque médicament emménagogue ; même alors, avec de l'habileté, on peut parvenir à un bon résultat ; mais il faut avoir soin de ne pas montrer tout d'abord ses doutes, d'éviter toute allusion à la grossesse, de porter l'interrogatoire en divers sens pour dérouter les soupçons.

On doit s'enquérir successivement des troubles digestifs et nerveux, de la menstruation, de la sécrétion urinaire, du développement du ventre, des modifications des seins, des mouvements du fœtus.

Chacun de ces points comporte plusieurs détails, sur lesquels nous n'avons pas besoin d'insister, parce qu'ils ressortent de ce que nous avons dit précédemment. Ainsi, pour la menstruation : La femme est-elle réglée depuis longtemps ? A quel âge ont apparu les premières règles ? Au bout de combien de temps se montraient-elles ? N'y avait-il jamais d'avance ou de retard ? Combien de jours duraient-elles ? Le sang était-il abondant ? Y avait-il des caillots ? Y avait-il des douleurs avant ou pendant l'écoulement ? Y a-t-il déjà eu grossesse ? Quand ont eu lieu les dernières règles ? Ont-elles présenté les mêmes caractères qu'auparavant, en qualité, en quantité, en durée ? N'y a-t-il pas une cause *sérieuse* pour expliquer l'aménorrhée ? La femme n'est-elle pas atteinte d'une maladie aigüe ou chronique ? etc.

Pour les troubles digestifs : De quand datent-ils ? L'estomac fonctionnait-il bien auparavant ? N'y a-t-il pas de lésion de l'organe ? L'apparition des troubles gastriques coïncide-t-elle avec l'époque présumée de la grossesse ? En quoi consistent ces troubles ? S'il y a des nausées et des vomissements, est-ce le matin à jeun ? Est-ce pendant la journée, entre les repas ou après l'ingestion des aliments ? Sont-ce des vomissements bilieux ou alimentaires ? etc., etc.

Les mouvements du fœtus doivent nous arrêter plus longuement. On les divise en *actifs* et *passifs*.

Les mouvements actifs sont ceux que le fœtus exécute sous l'influence de la vie. Les mouvements passifs ou de ballottement sont des mouvements communiqués au fœtus par l'accoucheur en palpant ou en touchant ; ils se produisent parfois chez le fœtus mort, sous l'influence de simples déplacements de la mère et par le seul fait de la pesanteur.

Les mouvements passifs n'indiquent que la présence d'un fœtus. Les mouvements actifs prouvent de plus que ce fœtus vit, donnent une idée de son état de santé et viennent en aide pour le diagnostic de la présentation et de la position.

Les mouvements actifs apparaissent d'habitude à 4 1/2 mois ; cependant déjà à 2 1/2 mois, les systèmes nerveux et musculaire sont assez développés pour donner naissance à des mouvements ; mais ceux-ci ne sont pas encore assez importants pour être ressentis par la femme.

Il est de règle de compter 4 1/2 mois de grossesse, à partir du moment où les mouvements actifs ont été accusés par la mère. Il y a comme toujours des exceptions, selon la sensibilité des femmes, la force du fœtus, la quantité de liquide amniotique, etc.

Certaines femmes sentent les mouvements à 4 mois, même à 3 1/2 mois. D'autres ne les constatent qu'à 5, 6, 7, 8 mois; on en voit même qui ne sentent jamais remuer dans aucune grossesse.

Les premiers mouvements se font sentir dans la région hypogastrique, surtout le matin et le soir, quand la femme est couchée; ils sont fort légers, mais ne tardent pas à augmenter de force et de fréquence; ce sont d'abord des espèces de frottements, puis de véritables coups; à partir de 6 à 7 mois, il y a des soulèvements partiels rapides, brusques des parois utérines; les mouvements sont alors tout à fait caractéristiques et ne peuvent guère échapper à la femme; le praticien les constate d'habitude sans peine, par la vue ou en appliquant ses doigts sur l'abdomen.

Les mouvements n'ont rien de régulier, de fixe; souvent cependant ils se produisent à certains moments de la nuit ou de la journée et cette espèce d'intermittence doit faire supposer qu'ils sont en rapport avec l'état de veille ou de sommeil du fœtus.

Parfois ils apparaissent sans cause appréciable; ou à l'occasion d'une gêne fœtale amenée par une excitation extérieure, par une compression du cordon, par un trouble de la mère ou certaines sensations éprouvées par elle, telle que la faim, la soif, une boisson chaude ou froide, etc.

Quand les eaux sont abondantes, ils sont vagues, peu prononcés; dans la grossesse gémellaire, les fœtus se gênent mutuellement, les mouvements sont ressentis en plusieurs endroits éloignés, mais sont très faibles.

Ils sont parfois si forts qu'ils deviennent douloureux; même légers, ils provoquent de la douleur dans certains cas, quand il y a une sensibilité anormale, une inflammation du placenta, des viscères abdominaux, des parois du ventre.

Les mouvements sont ressentis par la partie interne des parois abdominales plutôt que par les parois utérines.

Les mouvements actifs sont partiels ou de totalité; les premiers sont des chocs réels produits par l'extension des membres, surtout des membres inférieurs; les seconds sont des mouvements du corps du fœtus, de véritables frottements, précédés parfois de mouvements des membres. Les mouvements de la mère ont une certaine influence sur l'intensité et la vivacité de ceux de l'enfant.

Les anciens auteurs prétendent que, dans les cas de pléthore générale, les mouvements deviennent souvent plus lents, plus obscurs, cessent même pendant quelque temps. Si alors, disent-ils, on dégage

le système circulatoire par une saignée, les mouvements reprennent leurs caractères primitifs. Cela n'est nullement démontré.

Si les mouvements cessent après une commotion morale ou physique, ou bien après avoir été violents, comme convulsifs, on doit craindre pour la vie de l'enfant.

Généralement les femmes ne se trompent guère sur les mouvements et les reconnaissent sans peine. Il y a cependant des exceptions assez nombreuses, non seulement chez les primipares, mais encore chez les multipares. De sorte que si d'un côté certaines femmes, ainsi que nous l'avons dit, ne perçoivent pas les mouvements de l'enfant vivant, d'autres s'imaginent les reconnaître quoiqu'ils n'existent pas; chose curieuse, on voit des femmes ayant eu plusieurs enfants, devant par conséquent être au courant du phénomène, prétendre sentir des chocs fœtaux alors qu'elles ne sont pas enceintes! Tous les accoucheurs ont eu l'occasion d'observer des cas semblables; c'est pourquoi l'on n'accorde qu'une valeur minime aux affirmations des femmes. *Le praticien doit lui-même rechercher les mouvements et les constater d'une manière certaine avant de se prononcer sur l'existence de la grossesse*: c'est une règle absolue, admise par tous; si l'on ne s'y conforme pas, on se réserve bien des déboires et des déconvenues très désagréables.

Ces mouvements, attribués à tort par les femmes à la présence d'un enfant, sont produits soit par des déplacements de gaz intestinaux, soit par des battements artériels, soit par des contractions localisées des muscles abdominaux.

Le praticien constate les mouvements en plaçant la femme dans le décubitus dorsal et en découvrant l'abdomen; dans certains cas, il voit se former des saillies brusques, rapides, disparaissant de même; pour sentir les mouvements, il applique ses mains sur les côtés du ventre et attend un peu; il perçoit alors des chocs, de petits coups, des espèces de soubresauts: si ceux-ci tardent trop à se manifester, on les provoque soit en exerçant quelques pressions plus ou moins fortes sur une saillie fœtale, soit en projetant quelques gouttes d'eau froide ou d'éther sur l'abdomen, soit en trempant ses mains dans un liquide froid et les plaçant ensuite sur la peau du ventre.

Parfois le praticien lui-même peut être trompé et prendre, pour des mouvements fœtaux, soit des déplacements de gaz, soit surtout des contractions partielles, spasmodiques, brusques, rapides, *simulant de véritables chocs* qui se produisent dans des régions limitées des muscles abdominaux. Le chloroforme est le meilleur moyen d'éviter cette erreur.

Quand un enfant d'un certain volume est mort et est encore assez mobile, il obéit à la pesanteur et retombe comme un corps inerte à droite et à gauche, selon les positions de la femme. Celle-ci

perçoit parfois les mouvements passifs en question et éprouve une sensation particulière de *ballotement*, qu'on ne peut confondre avec les mouvements actifs du fœtus vivant. Nous devons cependant ajouter que nous avons vu certaines femmes accuser cette sensation particulière, alors que l'enfant était bien vivant.

Inspection.

Déjà en interrogeant la femme, on jette un coup d'œil sur son aspect général, sa mine, sa tournure, la proéminence du ventre, des seins.

On doit ensuite rechercher avec attention tous les signes accessibles à la vue, découvrir la poitrine, l'abdomen, les organes génitaux, les membres inférieurs et y relever successivement tout ce qui peut être utile au diagnostic de la grossesse, tels que : volume des seins, veines plus ou moins apparentes et nombreuses, coloration de l'aréole, tubercules de Montgomery, existence d'une deuxième aréole mouchetée, érectilité du mamelon, suintement de sérosité sous la pression des doigts; tuméfaction de l'hypogastre et du ventre, aspect de l'ombilic, vergetures anciennes et récentes, ligne brune, mouvements fœtaux visibles; gonflement, varices des membres inférieurs; coloration, lubrification, œdème des organes génitaux externes.

L'inspection du ventre se combine d'habitude avec le palper et l'auscultation; de même, l'inspection des organes génitaux peut se faire au moment du toucher.

L'examen de l'urine au point de vue de la kystéine a également une certaine utilité.

La découverte de Röntgen a ouvert des horizons nouveaux à l'inspection; déjà la médecine et surtout la chirurgie ont pu, à l'aide des photographies obtenues par les rayons X, éclairer bien des diagnostics. Le fluoscopes rend l'examen encore bien plus rapide et plus facile.

Photographier le fœtus dans le sein de sa mère, et, mieux encore, le voir directement grâce au fluoscopes; appliquer les deux procédés au diagnostic de la grossesse normale ou extra-utérine, simple ou multiple, aux vices du bassin, aux tumeurs pelviennes ou abdominales, etc.; telles sont les perspectives qui apparaissent dans l'avenir.

Mais pour le présent, il n'est pas encore possible de considérer ces procédés comme pratiques et d'en bénéficier en accouchement.

Les expériences de Kissling, de Varnier et autres paraissent démontrer dès maintenant que l'on peut constater la silhouette *détaillée* du bassin et de la colonne vertébrale et que l'ombre portée par celle-ci (relativement étroite — 6 centim.) ne saurait empêcher d'obtenir avec une netteté suffisante la *projection du squelette fœtal*.

Il y a donc lieu d'espérer que bientôt la photographie intra-pelvienne et abdominale, ainsi que la fluorescence à l'aide d'instruments perfectionnés, permettront de fournir aux accoucheurs de précieuses indications.

Percussion.

Percuter, c'est frapper. La percussion, en médecine, consiste à

donner de petits coups sur l'une ou l'autre partie du corps, pour apprécier le son qu'elle rend et par suite connaître la nature de son contenu.

La percussion est immédiate ou médiate : la première consiste à donner directement de petits coups avec les doigts; la seconde consiste à interposer un corps étranger entre la surface percutée et le doigt percuteur. La percussion médiate est presque la seule employée; le corps interposé est habituellement les doigts de la main gauche, sur lesquels on frappe à l'aide d'un, de deux, ou de trois doigts de la main droite.

Quelques-uns se servent d'un *plessimètre* ou plaque d'ivoire et d'un petit marteau spécial percuteur. Ces instruments sont surtout bons pour les cliniques, mais sont peu employés dans la pratique ordinaire.

Le son rendu par la percussion de parties solides ou liquides est *mat*; ainsi, si l'on percute la cuisse on a de la *matité*; de même, si l'on percute l'abdomen à l'endroit de la vessie fortement distendue par l'urine, ou à la région du foie ou des reins; de même, si l'on percute le thorax à l'endroit du cœur.

La percussion de la poitrine dans l'espace occupé par les poumons donne à l'état normal un son clair, une sonorité spéciale.

La percussion de l'abdomen, dans toute l'étendue de l'estomac et des intestins, donne un son aigu, très sonore, semblable à celui que l'on obtient en frappant sur un tonneau vide, ou sur un tambour; c'est ce qu'on appelle le *son tympanique*. Il est surtout très marqué quand les intestins sont distendus par des gaz, qu'il y a du météorisme, du tympanisme.

La percussion n'a pas grande importance en accouchement. Pour la pratiquer, il faut placer la femme dans le décubitus dorsal et découvrir plus ou moins complètement l'abdomen.

Lorsque la matrice s'élève à l'hypogastre, on obtient un son mat qui peut servir à délimiter le volume de l'organe, puisqu'en dehors le son produit par les intestins est tympanique. Mais la vessie distendue par l'urine, ou tout autre tumeur, tels que kyste de l'ovaire, fibrome utérin, ascite, etc., donne aussi de la matité. Il faut donc, en tous cas, avoir soin de bien vider la vessie.

Lorsque les parois abdominales sont très épaisses, chargées de graisse, la sonorité des intestins s'entend à peine, le son tympanique n'est plus reconnaissable et est presque remplacé par de la matité; il y a de la *submatité* partout, de sorte qu'on ne peut rien en inférer.

Du reste, ainsi que nous allons le voir, le palper est bien plus utile pour distinguer le globe utérin; la percussion n'est qu'un adjuvant dont on peut souvent se passer.

Auscultation.

Auscultation, c'est écouter. L'auscultation obstétricale consiste à

appliquer l'oreille sur la paroi abdominale en rapport avec l'utérus, pour essayer d'entendre différents bruits provenant de la mère, du fœtus ou des annexes.

L'auscultation se fait directement avec l'oreille ; ou bien elle est médiante, quand on interpose entre l'abdomen et l'oreille une espèce de tube appelé *stéthoscope*, dont il existe un grand nombre de variétés.

L'emploi du stéthoscope présente les avantages suivants : 1° c'est plus convenable et plus propre ; 2° on détermine mieux le siège précis des bruits, leur nature, le *summum* d'intensité ; 3° on peut ausculter un plus grand nombre de points ; 4° on écarte plus aisément les anses intestinales, parfois interposées entre l'utérus et la paroi abdominale et aussi le liquide amniotique amassé entre le fœtus et la matrice ; 5° les bruits sont mieux perçus, sont plus distincts, parce que le praticien n'a pas besoin de se pencher beaucoup et qu'ainsi il évite l'afflux du sang à la tête, comme cela arrive lorsqu'il est obligé de se courber très bas pour appliquer l'oreille directement sur le ventre de la femme.

Il faut bien le dire cependant, c'est une affaire d'habitude ou personnelle et certains praticiens préfèrent ausculter directement avec l'oreille.

On a cherché à *renforcer* les bruits à l'aide de différents moyens.

Naturellement on a pensé au *microphone* et l'on a essayé d'appliquer cette merveilleuse découverte à l'auscultation ; mais jusqu'à présent les résultats ont été nuls et de nouvelles tentatives s'imposent.

Les D^{rs} Bazzi et Bianchi ont fait ajouter au stéthoscope une espèce de boîte de résonance afin d'augmenter l'intensité des sons : c'est le *phonendoscope*, qui sert aussi à ce qu'on a appelé « la percussion auscultée » : celle-ci du reste se fait également avec un stéthoscope un peu modifié, tel que l'a conseillé le D^r Bendersky.

Au point de vue obstétrical, cela ne semble présenter aucun avantage sur les méthodes actuelles et nous ne croyons pas devoir en parler plus longuement.

Pour permettre l'auscultation, la femme est placée dans une position favorable, dans le décubitus dorsal ; les parois abdominales doivent être dans le relâchement ; on conseille donc à la femme de ne pas pousser, de ne pas faire le moindre effort ; autant que possible, les intestins, l'estomac et la vessie ne seront pas distendus. Le ventre est mis à découvert ; on peut laisser la chemise, en ayant soin qu'elle ne fasse aucun pli, ou bien on place sur la peau un linge fin et propre ; parfois, il y a de petits froissements fort gênants et il faut bien appliquer l'oreille sur la peau, au besoin lavée au préalable.

L'oreille (ou le stéthoscope) exerce une pression graduelle, modérée pour se rapprocher du fœtus, en écartant les intestins et le liquide amniotique ; elle reste alors immobile et évite toute espèce de frottement.

Selon les cas, l'oreille est placée sur l'un ou l'autre point de l'abdomen, correspondant à l'une ou l'autre partie de l'utérus et

du fœtus ; d'habitude on ausculte successivement de divers côtés. Voici les principaux bruits que l'on peut entendre :

- 1° Les bruits cardiaques du fœtus ;
- 2° Le bruit de souffle maternel ;
- 3° Le bruit de souffle ombilical ;
- 4° Le bruit de souffle fœtal ;
- 5° Le bruit de choc fœtal.

Les deux premiers sont les plus importants et le premier a la plus grande valeur pour le praticien.

BRUITS CARDIAQUES DU FŒTUS — Comme chez l'adulte, les bruits du cœur fœtal sont doubles, c'est-à-dire qu'ils sont constitués par une série de bruits, revenant par paire, deux par deux. Ces deux bruits successifs, précipités, ne sont séparés l'un de l'autre que par un très court intervalle ; un intervalle plus long les sépare des deux bruits suivants. On peut les représenter comme suit :



Ils se reproduisent ainsi par couple, régulièrement, constamment, en conservant toujours le même rythme. Le 1^{er} des deux bruits est plus faible, moins éclatant que le 2^d, de sorte que si le cœur diminue beaucoup de vigueur, on pourra ne plus entendre le 1^{er} bruit, tandis que le 2^d sera encore perceptible ; dans ce cas, les bruits, au lieu d'être doubles, seront devenus simples, uniques.

On a comparé les doubles battements du cœur fœtal au tic-tac d'une montre et l'on a conseillé, pour en avoir une idée, d'envelopper de linge une montre et d'en approcher l'oreille. Mais il est bien plus logique d'ausculter un nouveau-né entouré de ses langes.

Quand on applique l'oreille sur l'abdomen d'une femme arrivée à une époque assez avancée de la grossesse, on parvient à percevoir les doubles battements du cœur de l'enfant. Ces bruits se propagent dans une certaine étendue en longueur et en largeur, mais ils s'entendent le mieux et paraissent le plus forts à l'endroit qui correspond au cœur du fœtus ; c'est donc là le point du *maximum*, ou du *summum*, des bruits cardiaques. C'est habituellement du côté du dos de l'enfant que se trouve ce maximum, parce que : 1° les poumons sont compacts et transmettent très bien le choc et le son ; 2° par suite de l'attitude

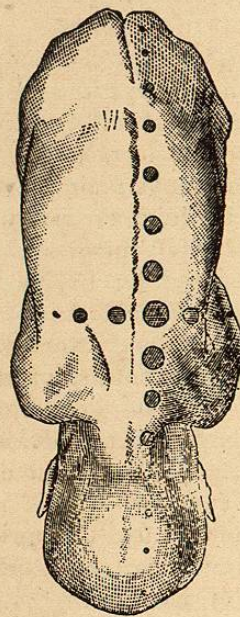


Fig. 105. — Figure pour indiquer le maximum des bruits cardiaques et leur propagation en longueur et en largeur.

11) Ribemont cree que el maximum de los ruidos cardiacos es en correspondencia del los dos polos fetales: siempre que no suceda esto alguno de los polos fetales.

recourbée du fœtus, le dos convexe s'applique presque immédiatement sur la paroi utérine, sans intermédiaire de liquide amniotique; au contraire, le plan antérieur est concave et présente un creux où s'amasse le liquide qui transmet le son moins nettement.

De ce point maximum, les bruits se propagent vers la tête, le siège, les côtés, en s'affaiblissant de plus en plus, à mesure qu'on s'éloigne de la région cardiaque; à la tête et au siège, on ne les entend plus. Comme le cœur est un peu plus éloigné du siège que de la tête, dit-on, la propagation se fait sur une plus grande étendue dans ce sens.

Les battements s'entendent d'autant mieux que le fœtus est plus fort, donc que la grossesse est plus avancée.

On ne commence guère à les percevoir avant 4 ou 5 mois; dans des cas exceptionnels, on les a constatés à 3 1/2 mois et même à 3 mois.

Quand le liquide amniotique est peu abondant, on les entend d'autant mieux et, dès qu'il est écoulé, ils deviennent plus sonores. Ils sont obscurs et se ralentissent pendant les contractions et immédiatement après; ils peuvent même momentanément disparaître si la douleur est très énergique; mais bientôt ils reprennent leur rythme et leur fréquence, à moins que le fœtus ne soit en danger.

Ils se répètent de 120 à 150 fois par minute. On ne doit pas confondre ces battements fœtaux avec les pulsations de l'aorte abdominale, ni avec les bruits du cœur de la mère, ni avec son propre pouls, toutes erreurs très possibles si l'on n'est pas averti. Les bruits de l'aorte sont simples comme ceux de toutes les artères; c'est déjà un premier caractère distinctif. De plus, ils sont d'habitude plus forts et moins rapides que les battements du cœur fœtal. Un moyen simple et infaillible de ne pas se tromper, consiste à mettre un doigt sur le pouls de la mère, pendant qu'on a l'oreille appliquée sur le ventre; s'il y a isochronisme entre les pulsations, c'est qu'on entend les bruits de l'aorte, sinon ce sont les battements fœtaux. Cette manière de faire est excellente et ne doit jamais être négligée, car les doubles battements du cœur de la mère peuvent se propager et être pris pour ceux du fœtus.

D'un autre côté, pour être sûr qu'on n'entend pas les bruits de ses propres artères, temporales ou autres, il suffit de mettre un doigt sur son pouls et de constater le défaut d'isochronisme.

C'est une précaution bien utile et bien simple que de tâter successivement pendant l'auscultation son pouls, puis celui de la femme. En l'omettant, on risque de commettre les erreurs les plus grossières; c'est pourquoi nous conseillons vivement de ne jamais l'oublier.

Utilité. — Les doubles battements fœtaux indiquent d'une manière certaine qu'il y a grossesse et que l'enfant est vivant. Ils donnent une idée du développement et de la force du produit de la conception. Ils peuvent servir au diagnostic des présentations et des positions, ainsi

||| mínimos 112
media - 120
máxima 160
Guthery

que de la grossesse gémellaire. Ils rendent compte de la santé de l'enfant, avertissent de son état de souffrance; c'est comme si on lui tâtait le pouls; par là le praticien est renseigné sur la nécessité d'intervenir et sur la rapidité qu'il doit mettre dans ses manœuvres. Enfin, on a même prétendu qu'ils pouvaient servir à déterminer le sexe du fœtus.

On voit que la recherche des doubles battements a une importance capitale pour l'accoucheur; dans beaucoup de cas, ce sont eux qui servent de guide pour la conduite à tenir. Les deux usages principaux sont, sans contredit, le diagnostic de la grossesse et la constatation de l'état de santé ou de souffrance de l'enfant.

Quand l'enfant souffre, peu importe la cause et qu'on la connaisse ou non, il y a d'abord accélération des battements, qui peuvent monter à 200 et au-delà; il y a ensuite ralentissement, les pulsations diminuent de fréquence, descendent aux environs de 100, puis en dessous; elles s'espacent ensuite de plus en plus et cessent enfin complètement, l'enfant est mort. A 100, le danger est déjà notable; en dessous de ce chiffre, la vie de l'enfant est fort compromise et, si on le peut, on doit se hâter de le soustraire au péril qui le menace. Le ralentissement momentané n'a guère d'importance; mais le ralentissement permanent indique un danger sérieux.

En outre du ralentissement, les pulsations peuvent perdre de leur force, de leur énergie; parfois même, elles deviennent irrégulières. Ce sont d'autres signes de souffrance qui ajoutent à la gravité du premier.

L'état de mort est imminent quand on n'entend plus qu'un bruit; c'est donc que le premier des deux est devenu imperceptible. Ce signe s'applique surtout au travail et lorsque l'on a constaté déjà les doubles battements. Car il peut se faire, pendant la grossesse au moins, que si le dos du fœtus est en arrière, on ne puisse, à cause de l'éloignement, saisir qu'un seul bruit cardiaque. Nous avons observé ce fait; il est bon d'être prévenu, car on s'imaginerait, à tort, que le fœtus est en danger.

Pendant le travail, si l'on veut se rendre compte exactement de la santé de l'enfant, il faut toujours ausculter dans l'intervalle des douleurs, attendu que pendant la contraction et immédiatement après, le caractère des bruits donnerait une fausse idée de la situation.

Pour arriver à l'aide de l'auscultation au diagnostic de la présentation et de la position du fœtus, il faut se rappeler: 1° que les doubles battements ont leur maximum d'intensité à l'endroit qui correspond au cœur de l'enfant; 2° qu'ils s'entendent d'habitude le mieux du côté du dos de l'enfant; 3° qu'ils se propagent vers la tête et le siège; 4° qu'ils se propagent plus loin vers le siège, parce que le cœur en est plus éloigné que la tête.

En appliquant ces diverses données, on doit conclure que dans les présentations verticales les doubles battements se propageront de haut

(2) En présentation latérale se propagent les ruidos más al lado opuesto en que se encuentran la cabeza
Guthery