

BG 110
P 69

LIVRE PREMIER
SYMPTOMATOLOGIE ET PHYSIOLOGIE
GÉNÉRALES
DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

PREMIÈRE SECTION
GROSSESSE

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE
SIMPLE

Les signes qui permettent de reconnaître une grossesse sont fournis :

- 1° *Par l'Interrogatoire;*
- 2° *Par l'Exploration.*

INTERROGATOIRE

Les signes principaux obtenus ainsi sont : 1° les troubles de la menstruation ; 2° les modifications survenues du côté des régions génitales — (vulve-ventre-mamelles) ; 3° les perturbations dans l'état fonctionnel général.

Perturbations menstruelles. — La menstruation est supprimée. La cessation des règles sert à faire présumer d'une grossesse et de la date de son début. Ce fait général est le plus banal et le plus important. Il acquiert d'autant

plus de valeur que la femme est plus régulièrement réglée, ce dont il faut s'enquérir avec soin. La suppression menstruelle chez une femme irrégulièrement réglée perd de son importance et peut induire en erreur.

Chez de nouvelles mariées, on voit survenir quelquefois, peu après le mariage, une suppression des règles pendant une ou plusieurs périodes menstruelles, s'accompagnant même de gonflement du ventre et des seins. Il y a là un état suggestif particulier déterminé par les premières approches du mâle et les conséquences supposées des rapports sexuels.

Il importe aussi de s'enquérir de la *nature* exacte des derniers écoulements. Il peut en effet survenir, surtout pendant le premier mois d'une grossesse, des écoulements qui ont l'apparence du flux menstruel; ils sont ou plus jaunes ou plus rouges: ce sont de véritables hémorragies plus ou moins abondantes. Ces écoulements diffèrent des vraies pertes menstruelles en *durée, qualité, quantité*. Il y a cependant des faits, tout à fait exceptionnels, où les règles ont persisté pendant toute la grossesse (1).

Modifications du côté du ventre, des mamelles. — Les femmes s'aperçoivent que leur *ventre* grossit; mais ce n'est guère avant le deuxième ou troisième mois. Plus tard, vers le cinquième mois elles accusent des sensations de *mouvements* dus aux déplacements actifs du fœtus qui « donne des coups de pieds ». Elles signalent quelquefois la sensation d'une *boule* qui se forme dans le ventre et qui est due aux contractions de l'utérus.

Les *mamelles* ont augmenté de volume; elles sont sensibles; les femmes y ressentent des picotements.

Perturbation générale de l'organisme. — Il peut enfin

(1) Voici un fait curieux cité par Ganai (*Thèse*, 1867) et rapporté par Devaux, prévôt de la Compagnie des maîtres chirurgiens, et qui se serait passé en 1666. Une femme avait été condamnée à mort; elle se prétendit enceinte, ce qui devait retarder son exécution. Les médecins qui l'examinèrent conclurent à l'absence de grossesse, se fondant principalement sur la persistance des règles. La femme fut exécutée, et à l'autopsie on trouva un fœtus d'environ quatre mois.

exister une perturbation fonctionnelle générale de l'organisme.

Des *troubles digestifs*, anorexie, nausées, vomissements, accompagnent fréquemment la grossesse, surtout pendant les premiers mois. Ils ne constituent un cas pathologique que s'ils sont très accentués ou persistants.

Les femmes deviennent d'une *impressionnabilité nerveuse* toute spéciale; elles sont parfois fantasques, bizarres; elles ont des impulsions inattendues, vulgairement connues sous le nom d'*envies*. Cela peut aller jusqu'à de véritables aberrations du sens moral, à des perversions étranges du goût (1).

Certaines femmes ont pendant leur grossesse une tendance persistante au sommeil; d'autres sont sujettes à des syncopes.

Les névralgies accompagnent assez souvent la grossesse, particulièrement les névralgies dentaires; il y a même une véritable ostéo-périostite dentaire des femmes enceintes, d'où le dicton: « Chaque enfant coûte une dent à sa mère. »

EXPLORATION

Les différents modes d'exploration à l'aide desquels on procède à l'examen d'une femme enceinte sont:

- A. L'Inspection.
- B. La Palpation.
- C. L'Auscultation.
- D. Le Toucher.

Inspection. — On tire, à l'inspection, des renseignements utiles: 1° de l'habitue général de la femme, 2° de l'état extérieur des régions génitales (mamelles, ventre, organes génitaux externes), enfin 3° de particularités visibles sur le reste du corps.

(1) Capuron cite une femme enceinte qui voulait à toute force mordre l'épaule de son boucher. Charpentier a connu une femme enceinte dont la passion consistait à manger des bouts de bougie; une autre femme léchait les murs couverts de salpêtre. Mais ici nous rentrons véritablement dans la *Pathologie*.

1° La femme enceinte, alors même que la rondeur abdominale sur laquelle elle croise volontiers les mains, ne donne pas encore à son maintien et à sa démarche une allure spéciale, porte souvent sur son visage la marque de son état de gestation : la face est amaigrie, les traits sont tirés, les yeux battus, et l'on voit sur les joues, le nez, le front, des taches jaunâtres qui constituent le *masque de la grossesse*.

2° Le volume des *mamelles* étant quelque chose de relatif, donne, à la vue, peu de renseignements, à moins qu'il n'y ait une tension extrême de la peau, qui devient alors presque diaphane, lisse et luisante, indiquant un gonflement anormal de la glande sous-jacente, ou qu'on ait pu suivre de longue date la personne examinée; dans ce dernier cas on remarque, en outre, que le sein est plus relevé que de coutume : il pointe plus droit.

Fig. 1. — Sein de femme enceinte vu de profil.

On voit l'aréole saillant en *verre de montre*, les tubercules de Montgomery, les veinosités et vergetures de la peau.

bombe au-devant de la circonférence mammaire principale comme le *verre d'une montre* (Pajot).

Les seins sont sillonnés de veines, et s'ils sont très gonflés, l'on peut même voir des sortes de craquelures de la peau analogues à celles qu'on observe sur le ventre et appelées *vergetures*.

Chez les primipares, on constate un changement de coloration de l'aréole qui devient brunâtre; en outre, sur cette aréole, et plus particulièrement sur la région entourant la base du mamelon, on remarque de petites éminences glandulaires en nombre variable (8-12): ce sont les tubercules de Montgomery (1).

(1) On sait que Hunter, sur la simple constatation de tubercules

Ces signes n'ont toute leur valeur que lors d'une première gestation, car une fois manifestés, ils sont indélébiles; ils sont cependant moins accentués dans l'intervalle des grossesses.

L'on trouve quelquefois sur la chemise des taches produites par l'écoulement de gouttes de liquide par le mamelon.

Le ventre est augmenté de volume; l'on y remarque parfois des bosselures, il semble plus proéminent d'un côté; il ne faut point prendre cette inégalité de développement pour un signe certain de localisation du fœtus dans l'utérus.

La *ligne blanche* est pigmentée, et l'on observe, surtout vers la partie inférieure de l'abdomen, des *vergetures* d'une couleur brune ou bleuâtre qui forment des lignes courbes parallèles dont la convexité regarde les aines et le pénil. Ces vergetures pâlisent mais ne disparaissent pas après l'accouchement; elles s'étendent même chez quelques femmes sur la partie supérieure des cuisses.

Il faut savoir cependant que les vergetures peuvent être peu marquées et même manquer totalement.

L'examen des *parties génitales externes* montre une coloration violacée des muqueuses et quelquefois des varicosités vulvaires.

3° Les membres inférieurs sont souvent œdématisés, présentant des *varices* survenues depuis peu ou récemment aggravées. Il n'est pas rare de trouver des *hémorroïdes* qui n'existaient pas avant la conception.

Palpation. — La palpation permet de constater : 1° l'existence d'une tumeur dans le ventre; 2° la présence d'un contenu solide (fœtus) renfermé dans cette tumeur; 3° les particularités de situation et de disposition de ce contenu.

Manuel opératoire. — Pour pratiquer la palpation, certaines précautions sont à prendre. La femme devra être

de Montgomery trouvés à l'amphithéâtre chez une jeune fille anatomiquement vierge, affirma l'existence d'une grossesse et l'autopsie lui donna raison.

couchée, la tête basse, les jambes demi-fléchies, légèrement écartées. L'on aura soin de défaire tout lien enserrant la taille, d'enlever le corset, si la femme est habillée; on palpera à travers la chemise ou, mieux encore, à nu. On recommandera à la personne examinée de respirer librement, en tenant la bouche ouverte, pour empêcher toute espèce d'effort pouvant amener une tension des parois abdominales.

L'accoucheur devra veiller à ce que ses mains ne soient point froides, ce qui, outre l'impression désagréable qu'éprouve la malade, provoque des contractions abdominales ou utérines gênantes. Le meilleur moyen de les mettre à une température convenable consiste à les tremper dans de l'eau tiède.

La palpation commence par être superficielle pour devenir de plus en plus profonde.

L'explorateur peut se placer indifféremment soit à droite, soit à gauche de la malade : la situation la plus ordinaire est la station du côté droit. Un changement de côté est quelquefois nécessaire pour un examen comparatif.

L'accoucheur se tiendra à la hauteur de l'ombilic de la femme, la face tournée du côté des membres inférieurs.

La palpation devra être faite sans violence, sans à-coups.

L'accoucheur, ainsi placé, posera de champ et transversalement sur le ventre, en appuyant légèrement sur son bord cubital, la main la plus proche du lit. En pressant ainsi, il remontera sur le ventre en le *ratissant*; il sentira d'abord une certaine résistance, due à la tumeur utérine, puis ce bord cubital s'enfoncera et la main verticalement placée limitera et coiffra la tumeur, montrant la hauteur à laquelle elle remonte, indiquant, par là même, son volume, qui permettra de fixer approximativement l'âge de la grossesse.

Si l'accoucheur laisse la main en place sur la tumeur, pendant quelque temps, il sent de petits chocs, produits par les pieds du fœtus; quelquefois il a la sensation de mouvements plus étendus, causés par le déplacement du fœtus tout entier. Ces mouvements, indiquant l'existence

d'un contenu vivant dans l'intérieur de la tumeur, sont un des meilleurs signes de la grossesse, quand ils sont bien constatés : ce signe est connu sous le nom de *mouvements actifs du fœtus*. En même temps qu'on les perçoit à la main, on peut quelquefois les voir, et la femme en accuse la sensation.

Si, avec la main ainsi appliquée, l'accoucheur imprime du bout des doigts une courte et profonde secousse à la paroi abdominale, il sent la résistance qu'il avait sous la main



Fig. 2. — Appréciation de la hauteur du globe utérin. L'accoucheur à l'aide du bord cubital de la main coiffe le fond de l'utérus.

fuir : c'est le fœtus qui, sous l'impulsion donnée, se déplace dans le liquide amniotique. Quand on laisse la main en place, il se peut qu'au bout de quelques instants les doigts ressentent un choc : c'est la partie fœtale qui, « comme un morceau de glace qu'on fait enfoncer dans un verre d'eau d'un coup sec du doigt, remonte, heurtant le doigt qui l'a déplacé ».

Ce signe est désigné sous le nom de *mouvements passifs du fœtus* ou *ballotement abdominal*.

Comme le signe précédent, ce n'est guère que vers le cinquième mois qu'on le perçoit; le déplacement total se limite à mesure que la grossesse avance; la *tête seule*, à un moment donné, ballote : le signe n'en est pas moins net pour cela. Toute mobilité cesse au moment de l'engagement.

C'est un des bons symptômes de la grossesse, car l'on peut dire, avec Pajot, que l'utérus gravide est la seule tumeur abdominale où l'on puisse sentir *franchement* la présence d'un corps solide mobile dans un liquide (1).

L'on a ainsi constaté la *présence* d'un fœtus.

Pour apprécier maintenant la *situation générale* de ce fœtus, il faut palper à l'aide des *deux* mains.

Celles-ci seront placées le talon en haut, les doigts en bas, à plat sur les flancs et parallèlement à eux. Les deux



Fig. 3. — Recherche de la présence et de la situation du fœtus par le palper.

La femme est dans le décubitus dorsal, les jambes demi-fléchies sur les cuisses, la tête basse. L'accoucheur d'une main (dans la figure de la main droite) soutient l'utérus et de l'autre il le déprime et explore sa masse.

(1) Pinard (Traité du *Palper abdominal*) fait remarquer qu'un kyste fœtal, dans le cas de grossesse extra-utérine, pourrait donner les mêmes sensations. On peut encore citer un petit kyste ovarique nageant dans l'ascite, cas rare, l'ascite étant exceptionnelle dans les kystes de l'ovaire, ou encore des fibromes ou des tumeurs solides de l'ovaire (papillomes particulièrement) accompagnés d'ascite. Mais, toute autre différence diagnostique étant mise à part, on a les caractères cliniques de l'ascite, déplacement, fluctuation, qui n'existent pas dans la grossesse, sauf dans certains cas exceptionnels (hydramnios). Ajoutons enfin que, dans la grossesse, le corps mobile est entouré d'une coque contractile qui, si elle passe inaperçue au moment de la perception du ballotement, peut manifester son existence en masquant ce symptôme. Donc, pratiquement, la formule est vraie.

mains ne procéderont pas simultanément à l'exploration : elles agiront successivement. On commencera par la main la plus éloignée : dans le cas supposé, station à droite, c'est la main gauche qui débute.

Voici comment on agira : les deux mains étant disposées comme il a été dit, la main droite, immobile, appuiera sur le flanc droit en le soutenant, tandis que les quatre derniers doigts de la main gauche, réunis en palette, déprimeront profondément le flanc gauche, non pas seulement du bout de leurs phalanges, mais de toute leur longueur. Ils chemineront par une sorte de mouvement de reptation allant de la pointe des doigts à leur base, et par étapes lentes, recueillant soigneusement les sensations perçues plus particulièrement par la pulpe digitale. Ils iront ainsi d'abord de bas en haut, puis de dehors en dedans, pour s'avancer vers le flanc droit. Cela fait, la main gauche cessera d'explorer; elle reprendra sa place sur le flanc gauche et remplira la fonction de soutien immobile précédemment tenue par la droite, tandis que celle-ci, active à son tour, explorera la région qui lui est dévolue, c'est-à-dire le flanc droit.

On ne doit jamais s'en tenir aux résultats de l'exploration d'un seul côté, quelque définitifs qu'ils paraissent être : il faut toujours faire un examen comparatif. On évitera en agissant de la sorte, des erreurs de diagnostic.

On trouve un des deux flancs plus dur, moins souple que l'autre; de ce côté-là, on sent un *plan résistant*, qu'on peut suivre, se terminant supérieurement et inférieurement par des extrémités arrondies et dures. Ce plan résistant, c'est le dos du fœtus, et ses deux extrémités arrondies représentent l'une la tête, l'autre le siège, qu'on peut distinguer l'une de l'autre aux caractères suivants : l'extrémité céphalique présente la forme d'un corps rond, régulier, dur; l'extrémité pelvienne donne la sensation d'un corps volumineux, irrégulier, d'une consistance moindre que l'autre extrémité; elle est, de plus, accompagnée souvent de petites parties.

Le flanc opposé est plus dépressible, et la main y peut

percevoir de petites parties mobiles, parfois parfaitement reconnaissables pour le ou les membres supérieurs, le ou les membres inférieurs.

L'on pourra, de ces signes recueillis, diagnostiquer la présence du fœtus soit à droite, soit à gauche.

Si l'examen des deux flancs est négatif, on explorera la région hypogastrique, car il se peut qu'on ait affaire à une présentation transverse : dans ce cas, la main gauche appuiera sur l'épigastre, tandis que la droite procédera à l'examen et reconnaîtra soit un dos, soit de petites parties.

La *localisation générale* du fœtus dans l'utérus étant reconnue, il faut maintenant en *préciser* la présentation d'abord, la position ensuite (1).

Pour ce faire, on doit procéder méthodiquement et se rappeler que, dans le cours régulier d'une grossesse normale, le diagnostic des présentations ne peut se faire d'une façon à peu près définitive :

- a) Pour les primipares, que dans les trois derniers mois ;
- b) Pour les multipares, que dans les quinze derniers jours.

Présentations du sommet. — Aux époques précitées, avant l'apparition du travail, pendant la période de repos, la tête est la seule grosse partie fœtale qui puisse s'engager et remplir l'excavation, d'où l'aphorisme : *Excavation pleine égale présentation du sommet.*

Il faut donc, lorsqu'on recherche les présentations, tenir grand compte du moment où l'on pratique l'examen, *période de repos ou période de travail.*

Manuel opératoire. — Pour reconnaître l'état de l'excavation, voici comment on procède : l'opérateur se plaçant dans la position indiquée plus haut et la femme étant dans le décubitus dorsal, on cherche les branches horizontales du pubis et le pubis ; puis, on applique de chaque côté, à 5 ou 6 centimètres de la ligne médiane, la pointe

(1) Les règles de cette opération ont été magistralement fixées par le professeur Pinard dans son livre du *Palper abdominal*, dont une nouvelle édition a paru dernièrement et auquel nous ne saurions trop engager nos lecteurs à se reporter.

de la main, formée des quatre derniers doigts réunis ; on l'enfonce en rasant le bord osseux, non pas horizontalement, ainsi qu'on a une tendance à le faire, mais directement, de haut en bas, comme si l'on voulait atteindre la paroi opposée du bassin.

Si l'on tombe dans une *excavation pleine*, le sommet seul peut y être contenu, et en effet, l'on trouve à la partie fœtale envahissante les caractères de la tête : corps rond, dur, régulier.

Cette constatation indique, de plus, que la *présentation* est fixe, puisqu'elle est enclavée dans le petit bassin.

La tête étant *engagée*, on peut faire le diagnostic des *positions*, qui sont déterminées ici par l'orientation de l'occiput. Or, l'occiput étant tourné du côté du dos (voir Éléments d'anatomie), la détermination de la situation du dos du fœtus indiquera la situation de l'occipital. Un dos largement accessible en avant indiquera un occiput tourné en avant ou une position antérieure.

Ex. : le dos situé à gauche et en *avant* indique une O. I. g. a. ; si le dos est situé dans la partie la plus reculée du flanc gauche, peu accessible, on aura une O. I. g. p.

Enfin, on peut encore avoir recours pour parfaire ce diagnostic à l'exploration du reste de la tête. Le *front*, saillie osseuse plus élevée, plus proéminente, plus dure, est plus facilement accessible que l'occiput ; aussi les mains qui explorent l'excavation sentent-elles inégalement les deux saillies osseuses du sommet, et le front arrête-t-il plus rapidement les doigts. La main qui descend le plus profondément dans l'excavation indique la présence, de ce côté-là, de l'occiput.

La présentation du *sommet défléchi* (face, front) est tout à fait exceptionnelle, si elle existe, pendant la *période de repos* : c'est au moment du travail qu'on pourra surtout la reconnaître. (Voir Présentation de la face.)

Dans la présentation du *sommet défléchi*, *présentation de la face*, les caractères précédents de la présentation du sommet se retrouvent mais moins nets.

L'exploration du bassin fait trouver la tête avec ses mêmes caractères; elle semble cependant n'occuper qu'une moitié du petit bassin et manquer de l'autre. L'on rencontre le siège à l'endroit accoutumé; mais le dos, par suite de la cambrure des reins, quittant la paroi abdominale, se sent très mal. Un bon signe dans les positions postérieures, c'est le *coup de hache*: après avoir palpé l'occiput, on tombe tout à coup dans une dépression profonde séparant la tête du dos.

L'occiput est encore ici la partie de la tête la plus accessible; mais en explorant minutieusement l'extrémité céphalique, on peut, surtout dans les positions antérieures, reconnaître une saillie en fer à cheval, constituée par le menton (Budin) (1).

La situation du menton détermine la position.

On peut faire aussi le diagnostic des positions par la situation de l'occiput et du dos qui sont, dans le cas particulier, situés du côté *opposé* à la position. Ainsi l'occiput et le dos en arrière indiquent une mento-antérieure et *vice versa*.

Le diagnostic de la présentation défléchie du sommet, est surtout fait par le toucher.

Présentation du Siège. — Pendant la *période de repos*, on trouve, soit au niveau de l'aire du détroit supérieur, soit au niveau d'une des fosses iliaques, une grosse partie fœtale irrégulière, d'une dureté relative, sous laquelle on passe les doigts et qu'on peut soulever; cette partie fœtale est en continuité avec le corps même du fœtus qui est terminé au pôle opposé par une extrémité souvent difficile à sentir, cachée qu'elle est sous le foie; pour la mieux apprécier, il faut faire coucher la femme sur le côté où est situé le fœtus et l'on trouve dans le haut du flanc libre une masse dure, régulière, qui ballotte, présentant en un mot tous les caractères de la tête.

Comme pour le sommet fléchi, c'est le dos qui indique la position; le dos en avant dénote une S. I. — d. ou g. — an-

(1) Budin. *De la tête du fœtus* (Thèse, Paris, 1876).

térieure, le dos en arrière une S. I. — d. ou g. — postérieure.

Mais la détermination de la position dans les présentations du siège n'a de valeur qu'au moment du travail où la présentation envahit l'excavation; jusqu'alors la partie fœtale n'a qu'une *tendance* à s'engager.

Présentation du tronc. — La tête, mobile, est placée dans l'une des fosses iliaques, tandis que l'autre extrémité, plus élevée, se trouve soit dans la fosse iliaque, soit dans le flanc et même l'hypocondre du côté opposé. Ces deux extrémités ainsi placées indiquent une présentation du plan latéral. Le plus souvent, le dos est en avant.

Au moment de la rupture des membranes, le fœtus se redresse et si l'extrémité céphalique reste couchée dans la fosse iliaque, l'extrémité pelvienne, elle, est *presque* verticale et rapprochée de la ligne médiane.

Le diagnostic des *positions*, difficile à faire par le palper, peut se déduire de la situation de l'occiput. Ce diagnostic précis se fait à l'aide d'explorations combinées et surtout par le toucher. (Voir plus loin, p. 251, *Hist. particulière des Présentations du Tronc.*)

Auscultation. — Si Mayor, de Genève, et plus tard Lejumeau, découvrirent, les premiers, l'existence de bruits particuliers perçus au niveau de l'utérus gravide, Depaul a été le grand théoricien de l'auscultation obstétricale (1).

Manuel opératoire. — L'auscultation peut se faire directement en appliquant l'oreille sur le ventre de la femme, ou à l'aide d'un stéthoscope, ce qui est plus propre et permet de mieux localiser les bruits entendus. Le stéthoscope obstétrical doit présenter un large pavillon.

Il faut appliquer le stéthoscope franchement et une fois l'oreille posée dessus, cesser de le tenir avec les doigts: la pression seule de la tête le maintiendra. On doit appuyer assez fortement et il est bon, pour contrebalancer cette pres-

(1) Depaul. *Traité théorique et pratique de l'auscultation abdominale.*