

sion qui peut faire fuir la partie fœtale, de soutenir, avec la main à plat, le pôle opposé au lieu de l'auscultation.

On entend ainsi deux bruits qu'il ne faut pas confondre : un bruit de soufflet ou *Souffle* et des *Battements*.



Fig. 4.  
Stéthoscope.

Le *bruit de souffle* est généralisé : on l'entend en un point quelconque de la surface utérine. Il est *intermittent*, synchrone au pouls de la mère : son timbre est de hauteur variable. Il commence à être entendu à peu près vers le quatrième mois. Ce souffle se produit dans les vaisseaux sanguins de l'utérus (P. Dubois-Tarnier); il est dû au calibre des vaisseaux intra-utérins, beaucoup plus considérable que celui des vaisseaux afférents; or, l'on sait que toutes les fois qu'un fluide gazeux ou liquide, circulant dans un tube, passe d'une partie étroite dans une partie large, il se produit un son.



Fig. 5. — Auscultation obstétricale.

L'accoucheur, l'oreille appuyée sur le pavillon du stéthoscope et déprimant ainsi la paroi abdominale, qu'il soutient au pôle opposé pour empêcher le déplacement du fœtus, écoute les bruits intra-utérins, tandis que d'une main il explore en même temps le pouls maternel dans la gouttière radiale.

Pour Depaul, cette production était due à la compression des sinus utérins par les parties fœtales.

La généralisation du bruit tient à sa propagation (1).

On entend aussi en un point particulier des *bruits de battements* : ce sont les *bruits du cœur fœtal*. Quand on pratique cette auscultation, il faut immédiatement saisir le pouls radial maternel, dont la comparaison au pouls fœtal est indispensable. (Voir fig. 5.)

Ces bruits rapides, redoublés, d'un timbre un peu sourd, présentent un rythme particulier : on entend d'abord un grand bruit, puis un petit silence; puis le bruit reparait, pour disparaître et il faut attendre un certain temps pour entendre une seconde série de battements.

Leur intensité varie suivant la situation du fœtus, son état de santé, l'épaisseur de la paroi abdominale.

Le cœur fœtal bat de 140 à 170 fois par minute. Quand survient une contraction, leur fréquence s'accroît, puis s'affaiblit jusqu'à disparaître. Il y a là un petit phénomène utile à connaître.

Parfois l'on peut entendre, au niveau de l'utérus, des bruits de battements dus à la propagation des battements du cœur de la mère : on évite l'erreur en palpant en même temps le pouls radial qui permet de constater dans ce cas le synchronisme des deux battements, entendus et sentis par le doigt.

Ces bruits bien constatés indiquent la présence et la vie d'un fœtus.

Ces battements s'entendent nettement dans la région de l'abdomen le plus directement en rapport avec le cœur fœtal. Mais leur bruit ne meurt pas sur place, et tout autour de leur centre de production, existe une *zone* de propagation où il s'entend encore mais d'autant plus confusément qu'on s'éloigne du lieu de leur origine; aussi

(1) Plusieurs théories ont été émises : celle que nous admettons avec la généralité des auteurs est la *théorie utérine*.

Il y a la *théorie placentaire*, bruit dû au passage du sang dans le sinus du placenta (G. Monod); la *théorie iliaque ou aorto-iliaque*, bruit dû à la compression de l'aorte et des vaisseaux iliaques par l'utérus (Bouillaud). On peut objecter à la théorie placentaire la persistance du souffle après la délivrance, et à la théorie aortique l'impossibilité d'expliquer sa généralisation.

faut-il rechercher leur lieu d'intensité *maximum* qui *seul* indique la situation du cœur fœtal et permet, par déduction, de déterminer l'orientation du fœtus.

Voici la distribution des foyers d'auscultation :

Pour les *présentations polaires* (sommet, siège), ils sont tous sur des lignes qui partent en éventail de l'ombilic

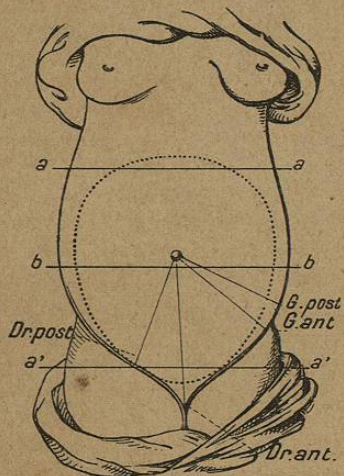


Fig. 6. — Lignes d'auscultation pour les présentations polaires.

comme point de départ commun, et qui vont aboutir à des points de repère situés sur le rebord iliaque.

Ces lignes sont étendues :

1° Pour les positions gauches antérieures : —

de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure ;

2° Pour les positions gauches postérieures : — de l'ombilic à la symphyse sacro-iliaque gauche ;

3° Pour les positions droites antérieures : — de l'ombilic au pubis (ligne médiane) ;

4° Pour les positions droites postérieures : — de l'ombilic à l'éminence iléo-pectinée droite ou un peu en dehors.

Comme on voit, et ceci saute encore davantage aux yeux en regardant la figure 6, les positions homologues n'ont pas des foyers symétriques; les lieux d'auscultation des positions droites, sont beaucoup plus en avant que les gauches. Cela tient à la disposition du fœtus dont le dos, dans les positions droites, présente son plan latéral gauche (côté du cœur fœtal) en rapport immédiat avec la paroi abdominale antérieure, tandis que dans les positions gauches, le cœur est situé dans le plan latéral éloigné de la paroi.

Les foyers d'auscultation s'entendent sur ces lignes à des hauteurs variables suivant la profondeur de l'engagement; ils pourront donc varier un peu pour une même position, suivant l'époque où on pratiquera l'examen : plus on approche du terme et plus ils s'abaissent.

C'est d'après cette donnée et en se rappelant que pendant la période de repos le siège ne s'engage pas, qu'on peut distinguer, par l'auscultation, la présentation du sommet de la présentation du siège; les foyers des présentations du sommet (occiput et face) sont environ à mi-chemin de la ligne d'auscultation, tandis que les foyers de la présentation du siège, situés à un niveau plus élevé, avoisinent l'ombilic.

Dans la présentation du tronc on n'a déterminé que deux foyers : le foyer de A. I. d. se trouve très haut, tout près et à droite de l'ombilic, tandis que le foyer de l'A. I. g. est très bas, sur une ligne allant de l'ombilic à l'éminence iléo-pectinée gauche, un peu au-dessus de l'arcade pubienne.

Ces foyers d'auscultation sont des points de repère *complémentaires* dans la détermination des présentations et surtout des positions.

*Bruits anormaux.* — Par l'auscultation on peut percevoir des bruits anormaux ou inconstants.

C'est d'abord un deuxième bruit de souffle, qui se distingue du souffle utérin en ce qu'il est localisé et surtout en ce qu'il n'est pas synchrone au pouls maternel. On le nomme souffle fœto-funiculaire. On le suppose dû à une disposition anormale des orifices normaux du cœur du fœtus (orifices auriculo-ventriculaires, trou de Botal trop étroit). Il peut aussi être causé par la compression du cordon, et serait une sorte de signe de la présence de circulaires ou d'obstacles à la circulation materno-fœtale.

Il arrive enfin d'entendre des bruits produits par les mouvements du fœtus; ils prennent parfois une allure rythmique, de rouet, bizarre.

**Toucher.** — Le toucher obstétrical par excellence est le *toucher vaginal*.

Dans quelques cas particuliers on peut le pratiquer, la femme étant debout ou dans la position genu-pectorale. En Angleterre, comme du reste pour presque toutes les interventions obstétricales, la femme est couchée sur le côté, la jambe et la cuisse reposant sur le lit étendues, tandis que la cuisse supérieure est fléchie sur le bassin (latéro-position).

La position ordinaire est la position dorso-lombaire, la



Fig. 7. — Toucher vaginal.

La malade ayant le siège relevé par un rouleau dur ou se soulevant en plaçant ses poings sous ses ischions, l'accoucheur, l'index introduit profondément, le pouce sur le pénil, va à la recherche du col.

tête de la femme soutenue par un oreiller, les membres inférieurs légèrement fléchis et écartés pour faire bâiller la vulve.

Il est absolument essentiel de faire relever le bassin soit par un ou plusieurs oreillers, soit mieux et plus simplement en priant la femme de se soutenir sur ses poings fermés placés sous les ischions.

Le plus ordinairement on se place à droite, mais il est des circonstances (disposition du lit) où cela est impossible; il faut donc s'habituer à toucher des deux mains.

L'on touche généralement avec un seul doigt, l'index. L'accoucheur doit avoir des ongles arrondis, lisses et courts, pour ne pas blesser sa malade. Avant de pratiquer le toucher, après s'être soigneusement désinfecté les mains

et particulièrement les sertissures unguéales (voir p. 69, *Antisepsie obstétricale*), il enduira son doigt d'un corps onctueux, glycérine antiseptique ou vaseline boriquée; le doigt ainsi préparé glisse mieux, et il est, de plus, recouvert d'une couche protectrice contre les inoculations possibles.

L'on peut toucher la femme découverte; il vaut mieux s'habituer à toucher sous une couverture. Si la femme est habillée, on aura soin de remplacer les jupes relevées par une serviette, sous laquelle on pratiquera à l'aise l'exploration, tout en ménageant sa pudeur.

Nous supposons le cas le plus ordinaire: femme au lit, opérateur à droite.

La main gauche relève le drap sous lequel s'insinuent la main et le bras droits, puis elle le ramène sur l'avant-bras ainsi introduit qui va manœuvrer à couvert.

La main droite, placée de champ, les ongles en bas, le pouce écarté, glisse le long de la cuisse droite, jusqu'au plan du lit, puis elle gagne le pli interfessier, et remonte en appuyant légèrement de son bord radial qui écarte les lèvres. On arrive bientôt au niveau de la dépression vaginale dans laquelle l'index, se détachant des autres doigts, pénètre, tandis que le coude basculant s'abaisse, et modifie la direction du doigt explorateur. L'index alors se dirige presque horizontalement d'avant en arrière laissant au dehors le pouce qui repose sur le pénil et les trois derniers doigts qui, repliés dans la main, s'effacent le plus possible et dépriment de plus en plus la fourchette pour atténuer, autant que faire se peut, l'obstacle que leur talon apporte à la pénétration (fig. 7 et 9).

Le doigt introduit va à la recherche de la paroi supérieure du vagin, la plus courte et la moins modifiée, qu'il suivra.

Maintenant, va commencer son rôle d'*explorateur* et c'est toujours à l'aide de sa *pulpe* et non de sa pointe qu'il devra procéder à ses investigations.

Le doigt en cheminant trouve d'abord, parfois, la paroi vaginale, rugueuse, parsemée de granulations: dans ce cas il est sûr d'en trouver de plus abondantes dans les culs-de-

sac ; ce sont des indices de vaginite. Dans quelques cas le doigt se fraye une route à travers des végétations qui peuvent être énormes, *végétations simples de la grossesse* qui disparaissent avec l'état de gestation. L'on reconnaît aussi, quand elles existent, des malformations vaginales, telles que des brides cloisonnant plus ou moins imparfaitement le vagin.

L'index ayant pénétré profondément explore d'abord les culs-de-sac en les contourant. Ces culs-de-sac se laissent déprimer et l'on peut, poussant plus loin, suivre la paroi pelvienne, et vérifier son état de régularité.



Fig. 8. — Ballotement vaginal.

Il arrive souvent que l'on trouve dans un cul-de-sac un corps dur résistant ; or, si on lui imprime une petite secousse brusque de bas en haut, celui-ci se déplace, fuit, et au bout de quelques instants retombe en frappant le doigt qui l'a repoussé. Cette sensation est donnée par la tête fœtale. Très exceptionnellement, elle est produite par le siège. Ce phénomène est le *ballotement vaginal*, qu'on ne peut guère percevoir avant le cinquième mois, et qui cesse d'exister au moment de l'enclavement de la partie fœtale dans l'excavation. C'est un des signes, dits de probabilité, et même de *quasi-certitude* (Tarnier) de la grossesse (1).

A une période avancée de la grossesse l'on pourra reconnaître à travers la paroi amincie du segment inférieur, les

(1) Ce signe se constate particulièrement bien surtout lorsque l'on pratique le toucher la femme étant debout ou accroupie ; pour qu'on le puisse bien sentir il faut qu'il y ait assez de liquide, que le fœtus soit assez lourd, que la présentation ne soit pas trop engagée. A la fin de la grossesse le doigt soulève la présentation plutôt qu'il ne la fait balloter. Une tumeur pédiculée peut donner la même sensation.

caractères de la partie fœtale qui se présente, mais cette constatation se fait avec plus de précision plus tard, au moment du travail.

Cet examen terminé l'accoucheur va explorer le col, qui surtout chez les multipares ne se présente pas toujours d'emblée, mais demande à être *recherché*. Il ne faut pas

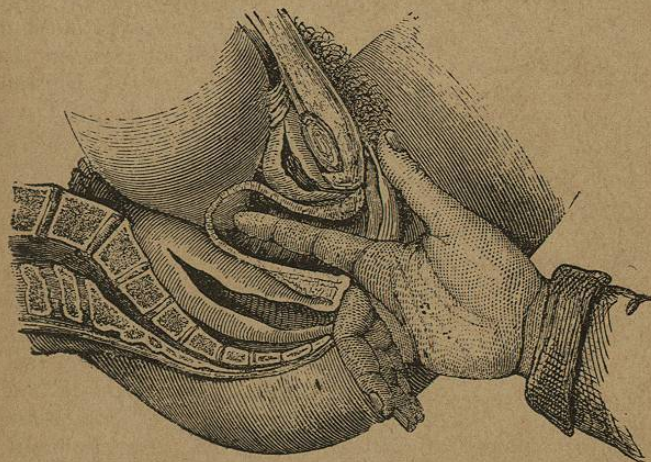


Fig. 9. — Toucher vaginal ; exploration du col.

Dans la figure on voit la position de la main lors de l'introduction complète de l'index. La pulpe du doigt pénètre dans le col situé dans le cul-de-sac postérieur.

pour cela parcourir les culs-de-sac : on risque ainsi de tourner tout autour indéfiniment. On doit, plaçant le doigt dans le cul-de-sac antérieur, descendre vers le cul-de-sac postérieur en appuyant avec la pulpe et en se laissant guider par toutes les saillies ou dépressions qui se présentent ; si les sensations sont peu concluantes on fera le trajet en sens inverse. On reconnaîtra ainsi le col et on appréciera sa situation — sa forme et sa longueur — sa consistance — l'état de son orifice.

Ses modifications sont toujours plus accentuées et plus

précoces chez les multipares que chez les primipares.

1° Le col abaissé — légèrement pendant le premier trimestre, fortement pendant le dernier — est, dans la période intermédiaire, remonté et difficilement accessible. Il est rare quand on pratique l'examen dans le dernier trimestre qu'il soit juste dans l'axe vaginal; il est dévié. Souvent, il est situé tout à fait dans le cul-de-sac postérieur et on ne le trouve que si l'on a eu soin de bien faire relever et basculer en avant le bassin.

2° Chez les primipares, il est fusiforme; chez les multipares, cylindrique et parfois champignonneux, en forme de bouchon de champagne. Il est, suivant les périodes, plus ou moins raccourci ou bien *semble* l'être, apparence due au ramollissement.

3° Il est moins consistant qu'en dehors de l'état de gestation: le ramollissement commençant par la pointe du col l'envahit progressivement et à la fin chez les multipares on « ne sent que du mou ». Ce phénomène moins accentué et moins précoce mais à évolution plus régulière chez les primipares peut même, chez elles, servir à indiquer l'époque approximative de la grossesse. A quatre mois il n'y a guère que les lèvres du col de ramollies, à six mois la moitié du col est prise, et c'est dans le dernier mois seulement que toute la partie vaginale du col est envahie par le ramollissement.

4° Chez les primipares, pendant la grossesse, l'orifice externe du col s'entr'ouvre petit à petit et *fin*it par admettre la *pulpe de l'index*; chez les multipares l'orifice admet l'introduction du doigt, de plus en plus profondément à mesure que la grossesse avance, et même dans le cours du neuvième mois, chez des femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, on peut parfois franchir l'orifice interne et arriver sur les membranes.

Il importe de ne pas confondre cette ouverture, cette *déhiscence* du col avec la *dilatation* du col qui ne s'observe que plus tard à la période d'expulsion. Ici le col est encore entier, il n'est que ramolli et distendu; plus tard, il sera *effacé*, aura disparu comme segment défini de l'utérus.

Tels sont les signes de grossesse que fournit le toucher; ce mode d'exploration donnera des renseignements plus importants encore pendant le travail. Le toucher vaginal est, par excellence, le moyen d'investigation de la période d'expulsion.

*Touchers exceptionnels.* — L'on pratique dans quelques cas le *toucher rectal*, lorsque l'exploration vaginale est délicate (vierges), difficile ou impossible.

Les Américains ont préconisé le *toucher vésical* à travers l'urèthre dilaté, lors d'antéversion de l'utérus.

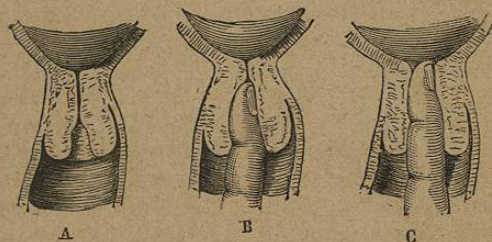


Fig. 10. — Différents états du col avant le travail.

A, Col en *dé* d'une primipare admettant la pulpe de l'index dans le courant du neuvième mois, ordinairement dans la deuxième quinzaine;  
B, état ordinaire du col chez une multipare vers la fin de la grossesse;  
C, déhiscence de l'orifice interne chez une multipare; le doigt arrive sur les membranes.

#### Valeur séméiologique des signes de la grossesse. —

Nous venons de passer en revue les différents signes de la grossesse que les divers modes d'exploration à notre disposition nous ont permis de recueillir. Ils n'ont pas tous une valeur égale. On les a, à ce point de vue, divisés en signes de *Présomption*, de *Probabilité* et de *Certitude*.

Les signes de présomption sont fournis par la mère: ils tirent surtout leur importance de leur réunion. Les signes de probabilité et de certitude sont fournis par le fœtus; ils ne sont pas perceptibles avant le milieu du 4<sup>e</sup> ou le commencement du 5<sup>e</sup> mois.

Nous les résumons dans le tableau suivant:

## SIGNES DE PRÉSUMPTION

## MATERNELS

Suppression des règles.  
 Troubles nerveux (sommolence, etc.).  
 Troubles digestifs.  
 État des mamelles (tubercules de Montgomery).  
 Développement du ventre et de l'utérus.  
 Vergetures.  
 Souffle utérin.  
 Modifications du col.

PROBABILITÉ	SIGNES DE	CERTITUDE
	FOËTAUX	

Mouvements actifs du fœtus, perçus par la mère. Perception d'un choc fœtal à la palpation.	Mouvements actifs du fœtus perçus par l'accoucheur. Bruits du cœur du fœtus. Parties fœtales accessibles au palper et au toucher.
Ballotement } abdominal. } vaginal.	

**Durée de la grossesse.** — La durée de la grossesse normale est de neuf mois solaires ou d'environ 270 jours, 300 jours *au maximum* pour la loi. « La légitimité de l'enfant né à 300 jours *pourra* être contestée » (art. 315 Code civil). On a cité cependant des cas de grossesses de 310 jours. Mais ces faits sont forcément sujets à caution ; il faut, en effet, distinguer la durée *supposée, calculée*, d'après les symptômes à notre disposition pour cela, et la durée *effective, vraie*, de la gestation. Or, il est impossible de connaître d'une façon absolue le moment précis de la fécondation, même lors d'un coït unique, puisque, d'après Shroëder, les spermatozoïdes pourraient séjourner quinze jours dans les organes génitaux femelles, sans perdre leur pouvoir fécondant (1).

(1) Il est des cas exceptionnels, mais relevant de la pathologie, où le produit de la conception est resté un temps dépassant de beaucoup — même de plusieurs années — le terme normal. Le

On est obligé de prendre une *moyenne* pratique et, en général, on se base pour établir l'âge d'une grossesse.

A. Sur les *Commémoratifs*.

- 1° La date d'un coït unique ;
- 2° La date de la *fin* des dernières règles. Estimant que la fécondation ne s'opère que dans les 7 ou 8 premiers jours qui suivent la période menstruelle, on ne part pas du moment de la cessation des règles, mais on y ajoute une période moyenne de 5 jours. Si, par exemple, les règles ont cessé le 25 septembre, on ne calculera qu'à partir du 30 septembre. L'on pourra compter neuf mois depuis ce moment-là ; il est plus simple, allant à reculons, de *décompter* 3 mois et de dire septembre — août — juillet — la date *probable* de l'accouchement sera le 30 juin. Cette date est toujours approximative, à quelques jours près, et cela à cause de l'incertitude qui existe sur l'instant de la fécondation et de la valeur variable, en jours, des différents mois du calendrier grégorien ;
- 3° Sur le moment où la mère ressent les mouvements actifs du fœtus, ce qui indique une grossesse d'environ 4 mois 1/2.

B. Sur l'*examen direct*.

On se base sur le volume de l'utérus, dont le fond, du quatrième au sixième mois, se rapproche des environs de l'ombilic, et peut même le dépasser ; au delà de 6 mois (septième, huitième, neuvième mois), il dépasse largement l'ombilic de 3, 6 ou 9 travers de doigt.

L'engagement de la présentation, l'état du col, renseignent aussi, mais d'une façon moins précise.

**Marche de la grossesse ; signes précurseurs du terme.** — Pendant le premier trimestre, ce sont les *troubles réflexes*, vomissements, malaises, syncopes qui dominent.

fœtus est mort, macéré ou transformé (lithopédion). Un obstacle à l'expulsion, soit au niveau du col, soit dans le vagin (néoplasmes, brides, etc.) peut retarder aussi anormalement l'accouchement.

Ces phénomènes se calment, pendant les trois mois qui suivent; le ventre grossit, les signes de certitude apparaissent. Cette période moyenne est une période de *calme* et de *bien-être*.

Le troisième trimestre est la période des troubles de *cause mécanique*: refoulement et compression. Les femmes sont gênées pour marcher, elles respirent difficilement, les fonctions évacuatrices, miction et selles, sont pénibles; des hémorroïdes, des varices apparaissent.

Dans les derniers quinze jours, quelquefois un peu plus tard, se produisent des changements avant-coureurs de la délivrance. L'utérus qui s'élevait jusqu'à la région épigastrique s'abaisse sensiblement et semble s'élargir: le *ventre tombe*. La respiration devient plus libre, les digestions sont plus faciles. Mais, par contre, surviennent des incommodités du côté des organes inférieurs: sentiment de pesanteur vers le fondement, difficulté des garde-robes, envies illusoires d'aller à la selle et d'uriner, ténésme rectal et vésical, gêne de la marche, augmentation de l'œdème des membres inférieurs et des varices. Il existe enfin souvent des contractions utérines douloureuses, courtes et assez fréquentes. Le terme est proche.

La grossesse est un état physiologique qui, normalement, se termine par l'expulsion spontanée du produit de la conception: c'est l'Accouchement.

## DEUXIÈME SECTION

### ACCOUCHEMENT

---

#### CHAPITRE PREMIER

##### PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

L'accouchement est l'expulsion de l'œuf hors de l'organisme maternel. Cette expulsion est produite par les contractions de l'utérus, secondées par les contractions des muscles abdominaux.

Ces contractions utérines existent, plus ou moins atténuées, *pendant toute la grossesse*; mais, au moment du terme, se trouvent réunies des conditions favorisant particulièrement leur action efficace. Le col ramolli n'oppose plus un obstacle aussi vigoureux; il cède, sa cavité se laisse distendre. La caduque, ne pouvant suivre l'ampliation utérine, se décolle, et les membranes de l'œuf arrivent jusqu'à l'orifice interne du col qu'elles titillent constamment: ce sont là des causes puissantes d'excitation qui, aidées par les mouvements du fœtus incessants à cette époque, contribuent à donner aux contractions l'énergie nécessaire à l'expulsion.

Le produit de la conception, ou œuf, se compose d'un contenu, le fœtus, et d'enveloppes et annexes, qui sont expulsés successivement: on réserve à l'expulsion du fœtus le nom d'*accouchement* proprement dit; on donne à l'expulsion des annexes, celui de *délivrance*.

#### TRAVAIL

Une même série de phénomènes généraux prépare ou détermine l'expulsion de ces différentes parties; on leur donne le nom de *travail*. Nous les étudierons d'abord,