

grossesses gémellaires, de la mort du fœtus, et de divers états pathologiques dont il sera ultérieurement question.

Résumant ce qui vient d'être dit, nous voyons que :

1° LA TÊTE A L'HYPOGASTRE (ou dans le petit bassin) indique :

Si *mobile*, une présentation de l'ovoïde céphalique ;

Si *fixe*, une présentation :  $\left\{ \begin{array}{l} \text{soit du sommet;} \\ \text{soit de la face;} \\ \text{soit du front.} \end{array} \right.$

2° LA TÊTE DANS LA FOSSE ILIAQUE :

Une présentation du thorax.

3° LA TÊTE DANS LE FLANC :

Tantôt présentation nulle ;

Tantôt présentation de l'abdomen :

4° LA TÊTE DANS L'HYPOCHONDRE OU L'ÉPIGASTRE :

Une présentation du siège.

Quant à la variété de présentation et à la position, elle sera révélée, soit par la saillie du front ou de l'occiput dans le cas d'engagement céphalique, soit par la situation du dos indiquant l'orientation fœtale.

Quelques mots sur les DIFFICULTÉS DU PALPER et nous en aurons fini avec ce procédé d'exploration; ces difficultés peuvent se rencontrer à chacune des trois étapes que nous avons parcourues :

1° *Etape præ-utérine*. — L'infiltration graisseuse de la paroi abdominale rend chez les femmes obèses les sensations obscures. — Une sensibilité exagérée de la paroi abdominale, qu'elle se traduise par une véritable douleur ou un simple chatouillement, gêne également l'accoucheur, à tel point que, dans quelques cas exceptionnels où la précision du diagnostic est indispensable, il faut avoir recours à l'anesthésie chloroformique. L'antéversion utérine, le ventre en besace rend le palper fœtal très difficile; on remédiera à cette déviation en repoussant le fond de l'utérus aussi en arrière que possible.

2° *Etape utérine*. — Les tumeurs de la paroi utérine (fibromes multiples), la rigidité de cette paroi chez la primigeste, ou dans les cas d'hydramnios, de gémellité, gênent la main dans l'exploration du fœtus, de même que les contractions trop fréquentes de l'utérus pendant la grossesse et surtout pendant le travail.

3° *Etape intra-utérine*. — L'excès du liquide amniotique (hydramnios), la multiplicité des fœtus (grossesse gémellaire), la mort du produit de la conception sont autant de causes de difficultés que l'habitude permettra seule de surmonter.

## VIII

## AUSCULTATION

## SOMMAIRE

Généralités. — Historique.

Préliminaires.

Etude de chaque bruit en particulier.

a. Mère :

1° Souffle maternel.

b. Fœtus et annexes :

2° Double battement fœtal.

3° Souffle fœto-funiculaire.

4° Bruits des mouvements fœtaux.

1817. — MAYOR (de Genève) entend les bruits du cœur fœtal, mais sa découverte passe inaperçue.

1819. — LAENNEC publie son immortel *Traité d'auscultation médiate* qui révolutionne toute l'étude de la séméiologie thoracique.

1821. — Descendant du thorax à l'abdomen gravide, LEJUMEAU DE KERGADEDEC, sans connaître l'observation de Mayor, s'aperçoit que l'oreille appliquée au voisinage de l'utérus fait entendre un bruit de souffle (maternel) et des battements doubles rapides (pulsations du cœur fœtal).

1857. — DEPAUL publie son *Traité théorique et pratique d'auscultation obstétricale*, complété depuis par une série de travaux intéressants parmi lesquels je citerai surtout ceux de KIWISCH, 1851; VERARDINI, 1873; GLENARD, 1876; KEHRER, 1877; RIBEMONT, 1878; CANTACUZÈNE, 1884; TRACHET, 1888.

De ces différents travaux, il résulte que lorsqu'on applique l'oreille sur la paroi abdominale d'une femme arrivée vers le terme de la grossesse, on peut entendre quatre espèces de bruits, à savoir :

1° Un souffle maternel . . . . .	Mère.
2° Un double battement fœtal . . . . .	} Œuf.
3° Des souffles fœto-funiculaires . . . . .	
4° Des bruits de mouvements fœtaux . . . . .	

Avant d'aborder l'étude de chacun de ces bruits, quelques mots préliminaires sur la manière de pratiquer l'auscultation obstétricale ne seront pas inutiles.

## PRÉLIMINAIRES

La femme doit être placée dans la même position que pour le palper, ou plutôt *laissée* dans cette position, puisque dans l'exploration l'auscultation fait généralement suite au palper.

L'accoucheur reste également du côté droit de la femme, mais peut changer de côté pour compléter au besoin son examen.

L'auscultation est tantôt immédiate, tantôt médiate : — *immédiate*, quand l'oreille est directement (ou plutôt avec l'intermédiaire d'un linge, de la chemise) appliquée sur l'abdomen ; — *médiate*, quand un *stéthoscope* est interposé entre la paroi abdominale et l'oreille. — Cette dernière méthode est en général préférée, comme ménageant mieux la pudeur de la femme et fournissant des résultats plus nets et précis.

Le choix du *stéthoscope* n'est pas indifférent ; ceux qu'on emploie pour le thorax sont peu propices à l'auscultation obstétricale. La condition essentielle d'un bon stéthoscope obstétrical est d'avoir un *pavillon très large*, tel par exemple que celui représenté par la figure 173, qui constitue un modèle (de poche) commode et facilement portable.

Ces préliminaires connus, nous pouvons aborder l'étude des différents bruits puerpéraux <sup>1</sup>.

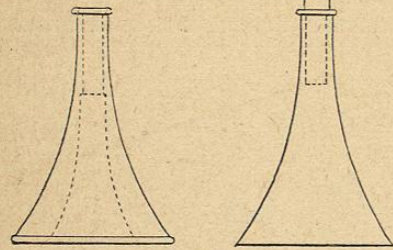


Fig. 173.

Stéthoscope obstétrical en métal (Auvard).

1° replié.

2° monté.

## 1° SOUFFLE MATERNEL

Le souffle maternel présente plusieurs caractères importants :

Il est *intermittent* et synchrones au pouls de la femme. Si on ausculte l'utérus en même temps que le doigt explore la radiale, au moment de la pulsation perçue au poignet, l'oreille entend un souffle, qui occupe comme durée le quart, le tiers ou la moitié de la révolution cardiaque.

Son *timbre* est variable, tantôt aigu, tantôt grave, parfois musical.

Il peut *siéger* en un point quelconque de la surface utérine, mais on l'entend le plus souvent sur les côtés, au niveau de l'insertion des ligaments larges.

Son foyer est tantôt unique, tantôt double, parfois multiple.

Quand survient la contraction utérine, il subit au début une augmentation

<sup>1</sup> J'ai volontairement omis de parler de l'idée de *Maygrier* d'ausculter l'utérus par le vagin, car, malgré le *métroscope* (sorte de stéthoscope) inventé par Nauche, cette variété d'exploration n'a conduit à aucun résultat pratique.

d'intensité, puis s'affaiblit au-dessous de la normale, pour reprendre son intensité première, quand la contraction est finie. Ces variations sont schématisées par la figure 174.

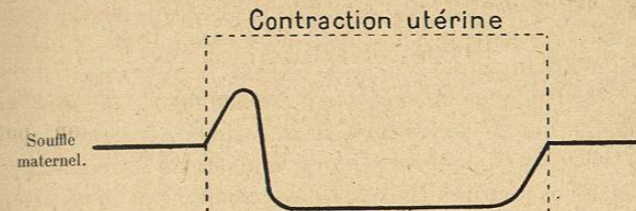


Fig. 174. — Évolution du souffle maternel pendant la contraction utérine.

Ce souffle apparaît en général au début du deuxième trimestre de la grossesse, augmente jusqu'au commencement du troisième trimestre où il atteint son apogée, et décroît à partir de ce moment (fig. 175).

Différentes théories ont été invoquées pour expliquer la production de ce souffle ; le schéma 176 en rappelant le lieu d'origine du bruit en question en facilitera la mémoire.

1° THÉORIE AORTO-ILIAQUE. — HANS, BOULLAUD. — Le souffle se produirait dans l'aorte et les artères iliaques comprimées par l'utérus. — S'il en était ainsi il

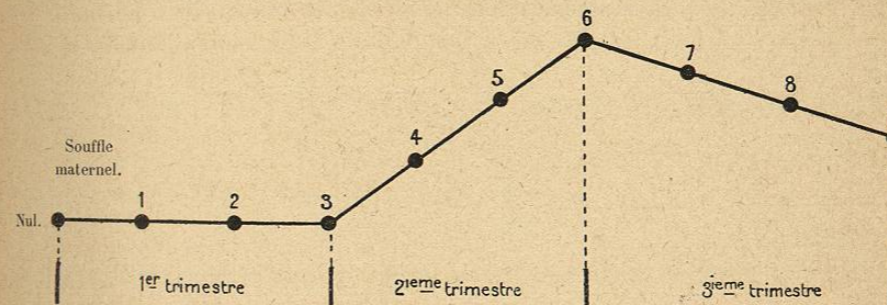


Fig. 175. — Évolution du souffle maternel aux différents mois de la grossesse. 1, premier mois ; 2, deuxième mois, etc.

serait impossible de rencontrer le souffle en un point quelconque de la surface utérine, notamment au-dessus du pubis, ainsi que cela arrive souvent

2° THÉORIE ÉPIGASTRIQUE. — KIWISCH, GLÉNARD. — Ces deux auteurs ont localisé le souffle maternel dans les artères épigastriques. — L'objection faite à la théorie précédente s'applique également à celle-ci et en démontre l'in vraisemblance. GLÉNARD a d'ailleurs abandonné sa théorie, plaçant dans l'artère puerpérale (voy. p. 85) ce qu'il avait attribué autrefois à l'épigastrique ; l'artère puerpérale étant une dépendance de l'utérus, cet auteur s'est donc rangé à la théorie utérine, que nous allons aborder dans un instant.

3° THÉORIE PLACENTAIRE — LAENNEC. MONOD. — Le placenta serait la source du bruit que nous étudions. — La possibilité d'entendre deux ou trois foyers nettement distincts avec un placenta unique, et la persistance du souffle dans quelques cas après la délivrance infirme cette explication pathogénique.

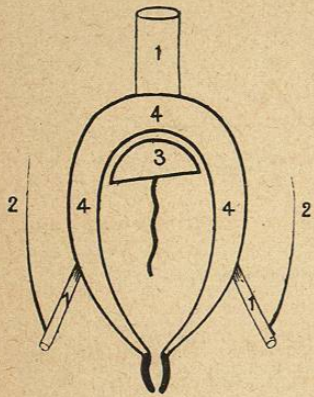


Fig. 176. — Schéma des diverses théories du souffle maternel.

1, aorte et ses branches. — 2, artères épigastriques. — 3, placenta — 4, paroi utérine.

4° THÉORIE UTÉRINE. — P. DUBOIS. — Nous arrivons à la théorie généralement admise, théorie qui localise dans les vaisseaux de l'utérus l'origine du souffle maternel, souvent appelé à cause de cela *souffle utérin*.  
Mais, d'accord sur le principe, les auteurs diffèrent sur la variété de vaisseaux qu'il faut incriminer. Le schéma 177, représentant la succession d'un vaisseau utérin, montre la partie de ce trajet, où les auteurs cités ont placé la source du souffle maternel.

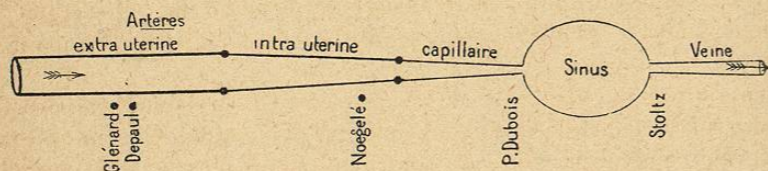


Fig. 177. — Schéma d'un vaisseau sanguin de l'utérus : artère, capillaire, sinus, veine.

comprimés accidentellement par le stéthoscope, par une tumeur, par une partie fœtale ou pour toute autre cause analogue, puissent également être la source du souffle maternel.

*Le souffle maternel peut donc prendre naissance en un point quelconque des vaisseaux sanguins de l'utérus, mais de préférence à l'union des capillaires et des sinus.*

## 2° DOUBLE BATTEMENT FŒTAL

Quand on pratique l'auscultation du cœur fœtal, dont les battements ont été comparés au tic tac lointain d'une montre, on entend (fig. 178).

- 1° Un premier bruit assez fort ;
- 2° Un petit silence ;
- 3° Un second bruit plus sourd ;
- 4° Un grand silence.

Le cœur fœtal bat en moyenne **140 fois** à la minute, on entendra donc 140 fois à la minute le *double battement* en question. Le nombre des pulsations étant de 70 environ chez l'adulte, on voit qu'il est double chez le fœtus<sup>1</sup>.

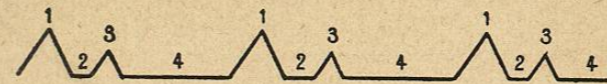


Fig. 178. — Double battement fœtal.

Le nombre des pulsations fœtales peut présenter des variations assez étendues :

Limites physiologiques.	. . . {	Maximum, 160.
		Minimum, 120.
Limites pathologiques . . .	. . . {	Diminution progressive, 100, 90, 60, etc., jusqu'à la mort du fœtus.
		Augmentation jusqu'à 190, 200, en cas de fièvre intense de la mère.

Pendant la contraction utérine, la fréquence s'exagère momentanément au début, puis diminue parfois à un degré suffisant pour que durant quelques instants l'oreille ne perçoive plus aucun bruit. L'accoucheur ne doit pas oublier cette particularité, qui pourrait faire croire à une situation grave du fœtus, alors qu'il s'agit d'une modification passagère. La figure 179, en schématisant les variations du double battement fœtal pendant la contraction utérine, nous montre l'analogie avec ce qui se passe pour le souffle maternel (fig. 174).

Pendant le premier trimestre de la grossesse, il n'a jamais été possible d'entendre les battements cardiaques de fœtus. Exceptionnellement, on peut les percevoir pendant le cours du quatrième mois, plus souvent durant la

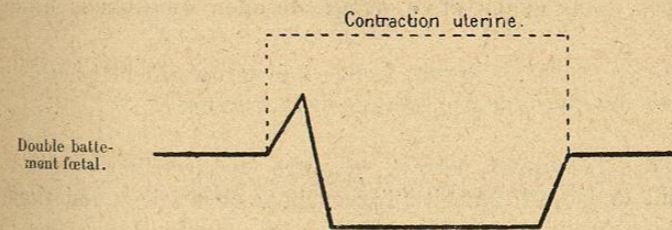


Fig. 179. — Évolution du double battement fœtal pendant la contraction utérine.

première moitié du cinquième mois ; mais c'est, en général, à partir de *quatre mois et demi*, c'est-à-dire du milieu de la grossesse, qu'ils deviennent fran-

<sup>1</sup> Le nombre des battements cardiaques diminue progressivement depuis la vie intra-utérine jusqu'à la mort ; la vie n'est ainsi qu'une sorte de syncope progressive, que la mort rend définitive.

chement perceptibles; leur netteté progresse jusqu'au terme de la gestation, ainsi que l'indique le schéma 180 résumant ce qui vient d'être dit :

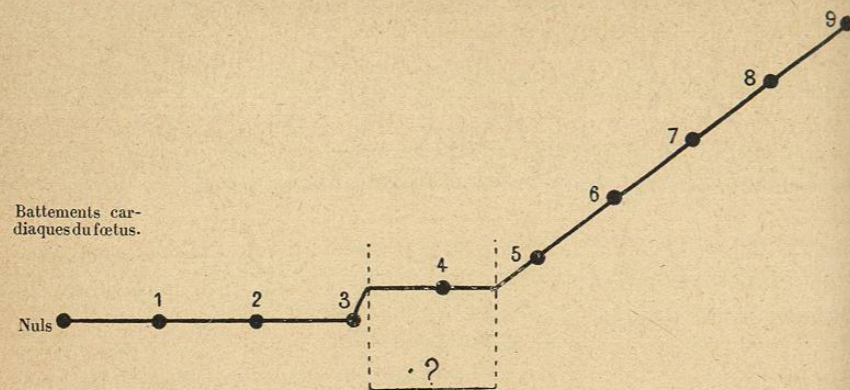


Fig. 180. — Évolution des battements cardiaques du fœtus pendant la grossesse; 1, 2, 3, etc., indiquent les différents mois de la gestation.

La perception du double battement fœtal permet d'affirmer l'existence de la grossesse, et de plus la vie de l'enfant.

Toutefois, ce signe de certitude prête, comme tous les autres, quoique à un moindre degré, à des causes d'erreur : c'est ainsi que les pulsations cardiaques de la mère, se transmettant à l'abdomen, peuvent en imposer pour celles du fœtus. Afin d'éviter cette confusion, il suffira d'interroger le pouls pendant qu'on pratique l'auscultation abdominale; le synchronisme indique l'origine maternelle des bruits entendus; d'où le précepte très important de ne jamais ausculter le fœtus sans prendre en même temps le pouls maternel.

Dans les cas difficiles, l'accoucheur qui craindrait une confusion avec les battements de ses propres artères (artères de la tête, en particulier les temporales), fera bien, pour éviter toute erreur, de tâter simultanément son propre pouls.

Ces causes d'erreur sont, on le voit, faciles à éviter, d'où l'excellence des battements fœtaux comme signe de certitude de la grossesse.

La perception des battements permet, en outre, la surveillance de la vie fœtale et, pendant le travail, fournit à l'accoucheur de précieux renseignements sur la nécessité d'une prompt intervention, quand il y a lieu de sauver une vie en péril.

On a prétendu qu'on pouvait aussi, à l'aide de l'auscultation, reconnaître pendant la grossesse le sexe du fœtus.

En 1850, FRANKENHÆUSER avait posé la relation suivante :

Plus de 144 pulsations à la minute. Fille.  
Moins — — — Garçon.

Reprenant la question en 1879, DAUZATS a légèrement modifié la conclusion qui précède :

Plus de 144 pulsations à la minute. Fille.  
Moins de 134 — — — Garçon.

DAUZATS créait ainsi, entre 144 et 135 pulsations, une zone neutre où le diagnostic était impossible.

Des recherches de BUDIN et CHAIGNOT, faites la même année, il résulte que ces données ne peuvent être d'aucune utilité en pratique et qu'il faut renoncer, pendant la grossesse, à diagnostiquer le sexe de l'enfant par l'auscultation, aussi bien que par les autres moyens qui ont été proposés dans le même but.

L'auscultation fœtale permet enfin de vérifier le diagnostic de présentation et position fait par le palper, et c'est par cette étude que je vais terminer ce qui a trait au double battement de l'enfant.

Les bruits du cœur fœtal s'entendent sur une zone plus ou moins étendue de la paroi abdominale, zone qui représente une circonférence de 10 à 15 centimètres de diamètre. A mesure que l'oreille ou le stéthoscope se rapprochent du centre de cette circonférence, les bruits deviennent plus précis et forts. Cette région, où les bruits du cœur sont particulièrement nets, s'appelle le foyer d'auscultation.

Ce foyer est, en général, unique; cependant, ainsi qu'on le verra ultérieurement, avec une grossesse simple il peut être double comme dans le cas de gémellité.

Les foyers d'auscultation varieront avec la situation du cœur fœtal, c'est-à-dire que chaque présentation et position doit avoir son foyer spécial.

Étudions ces différents foyers en commençant par la présentation de l'ovoïde céphalique.

#### I. — Sommet.

Je suppose le sommet engagé dans l'excavation (nous verrons plus tard que la hauteur du foyer d'auscultation varie avec le degré d'engagement).

Je mène comme repère une série de lignes partant de l'ombilic et se rendant en éventail aux différents points du bassin que voici (*id.* des deux côtés) :

Épine iliaque antéro-supérieure.	LIGNE ILIO-OMBILICALE SUPÉRIEURE.
Épine iliaque antéro-inférieure.	LIGNE ILIO-OMBILICALE INFÉRIEURE.
Éminence ilio-pectinée.	LIGNE OMBILICO-PECTINÉE.
Épine pubienne.	LIGNE OMBILICO-PUBIENNE.
	Total : 8 lignes.