

Les membranes, pas plus que le fœtus, ne pouvant nous fournir la cause déterminante de l'accouchement, nous allons la demander à l'utérus lui-même.

c. **Utérus.** — On a cherché la cause déterminante soit dans la *circulation de l'utérus*, soit dans la *fibre musculaire* même de son organe.

1° CIRCULATION. — Deux théories :

a. *Théorie de l'asphyxie utérine.* — Comme tous les muscles de la vie organique, l'utérus est très sensible au contact de l'acide carbonique ; or la stase des derniers temps de la grossesse favorise l'accumulation de cet acide, d'où pour BROWN-SÉQUARD la production du travail — Le principe de cette explication est vraie ; mais cette asphyxie locale étant progressive, on comprend mal comment elle devient, juste au terme normal de la grossesse, suffisante pour produire l'accouchement.

b. *Théorie de la dixième époque menstruelle.* — Tous les mois pendant la grossesse, à l'époque correspondant aux règles se produit une congestion génitale, qui favorise la contraction utérine, et expose la femme à l'avortement, or la dixième époque menstruelle réveillant l'utérus somnolent serait pour TYLER SMITH le point de départ du travail.

Cette théorie ne peut être admise, car souvent l'époque de l'accouchement ne coïncide pas avec celle de la dixième époque menstruelle.

2° FIBRE MUSCULAIRE. — Deux théories :

a. *Théorie de la maturité de la fibre utérine.* — CHAUSSIER a admis que la fibre interne aboutit progressivement à une sorte de maturité qui la rend apte à se contracter énergiquement, et qui, survenant au terme de neuf mois, amène à ce moment l'accouchement. — Pure hypothèse que rien ne justifie.

b. *Théorie de l'irritabilité de la fibre utérine.* — L'irritabilité utérine somnolente pendant tout le cours de la grossesse, où elle ne se révèle que par des contractions peu énergiques, se manifesterait dans toute son énergie au terme de la gestation, mise en éveil, soit par la *distension du corps*, soit par celle du *col* de l'utérus :

a. *Distension du corps utérin.* — Cette théorie, émise par MAURICEAU, a été soutenue par POWER et dans ces derniers temps par GARIMOND¹. L'utérus, de même que la vessie et le rectum, se contracterait, alors qu'il est distendu au maximum, et l'accouchement se produirait ainsi par un mécanisme analogue à celui de la défécation et de la miction.

Cette analogie séduisante au premier abord, ne peut satisfaire l'esprit à un examen attentif, car la miction se fait à des intervalles variables suivant les personnes, il en est de même de la défécation, à moins que l'habitude n'ait établi une régularité factice. Or, si l'accouchement avait lieu par un mécanisme semblable, le moment de sa production devrait être également variable et se montrer tantôt à sept, huit, neuf ou dix mois.

¹ Auvard. *Travaux d'obstétrique*, t. 1^{er}, p. 414.

D'autre part la même femme accouche à terme d'un seul fœtus (grossesse simple) et de deux fœtus (grossesse gémellaire); or dans ce second cas l'utérus étant beaucoup plus distendu que dans le premier, l'accouchement, si la distension était bien la cause déterminante principale du travail, aurait dû se produire plus tôt.

Enfin dans la grossesse extra-utérine, quoique le fœtus siège en dehors de l'utérus, on voit, au terme normal de la grossesse, survenir un pseudo-travail qui ne peut être expliqué par la distension de l'utérus, le contenu faisant défaut — cependant je n'insiste pas sur cette objection, les contractions utérines douloureuses qui surviennent à ce moment, pouvant être attribuées au détachement de fragments de caduque.

b. *Distension du col utérin.* — D'après LEVRET, le col s'effaçant dans les derniers temps de la grossesse, les contractions utérines du travail surviendraient alors que, l'effacement étant complet, l'orifice externe commence à s'ouvrir.

Mais cette théorie ne saurait être admise, car le plus souvent le col ne s'efface pas pendant la grossesse, mais seulement au début du travail (voir p. 218).

En résumé, dans toutes les théories qui précèdent, nous trouvons des influences qui peuvent nous expliquer l'apparition du travail, mais aucune d'elles ne nous démontre clairement pourquoi ce travail se produit régulièrement au terme normal de la grossesse, c'est-à-dire à la fin du neuvième mois. De telle sorte que nous ne sommes guère plus avancés qu'au temps d'AVICENNE, qui se contentait comme cause déterminante de l'intervention divine : « Au temps voulu, l'accouchement se fait par la grâce de Dieu. »

VI. — DIAGNOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT

SOMMAIRE

- 1° *Diagnostic du travail.*
3 éléments de diagnostic.
- 2° *Diagnostic des présentations et positions.*
Sommet, face, front, siège, thorax, abdomen.

Quand un médecin est appelé auprès d'une femme ayant une grossesse normale et souffrant de douleurs abdominales intermittentes, il doit surtout résoudre les deux questions suivantes :

- 1° Cette femme est-elle en travail ?
2° Quelles sont les présentations et position du fœtus ?

1° DIAGNOSTIC DU TRAVAIL

Le TRAVAIL est l'ensemble des modifications AIGUËS, qui se produisent du côté de l'organisme maternel, pour amener A BREF DÉLAI la naissance de l'enfant.

Au point de vue pratique, c'est l'imminence de l'expulsion fœtale. En effet quand nous sommes appelés auprès d'une femme supposée en travail, nous voulons savoir si elle accouchera ou non dans un court espace de temps, afin de décider si nous resterons ou non auprès d'elle pour l'assister au moment de l'expulsion.

Or il n'est point de diagnostic qui expose davantage à l'erreur que celui-ci ; de temps en temps, on voit un accoucheur expérimenté appelé auprès d'une multipare qui se croit en travail, se prononcer pour la négative, s'en aller ; une demi-heure ou une heure après, l'enfant est né. — Autre méprise : l'accoucheur annonce à une femme qu'elle sera délivrée dans quelques heures, il reste auprès d'elle ; au bout de douze heures ou vingt-quatre heures, il est obligé de la quitter, car l'accouchement n'a pas avancé, et ce n'est que quelques jours plus tard, parfois deux semaines, un mois, que l'expulsion a lieu.

Ces erreurs, souvent inévitables, sont dues :

- 1° A la difficulté de préciser le début du travail ;
- 2° A la rapidité parfois excessive de l'accouchement ;
- 3° A l'arrêt et à la rétrocession possible du travail.

Le travail, d'après les uns, commence avec les contractions utérines douloureuses, alors que, suivant l'expression vulgaire, la femme est en douleurs ; mais certaines femmes accouchent sans souffrir, quelques-unes souffrent, au contraire, pendant tout le dernier mois de leur grossesse ; ce criterium est donc mauvais. — D'après les autres, qui font le travail de synonyme d'ouverture du col (effacement et dilatation), il débute à l'effacement du col ; c'est là certainement un élément précieux d'appréciation, mais auquel on ne peut pleinement se fier, car quelques femmes ont le col effacé dans les derniers temps de la grossesse sans cependant être en travail.

Le travail, en effet, est l'ensemble des modifications aiguës qui se produisent du côté de l'organisme maternel pour assurer à bref délai la naissance de l'enfant. Or toute femme, qui pendant les deux ou trois dernières semaines de la grossesse, sans contractions utérines franchement douloureuses a néanmoins le col effacé, n'est pas une femme en travail.

Il ne faut pas enlever au mot travail sa signification d'expulsion prochaine, sans quoi il perd tout intérêt pratique et tombe dans le domaine théorique.

On voit combien est ardue la fixation du début du travail ; et on le comprend facilement en réfléchissant qu'entre la grossesse et l'accouchement il n'y a pas de limite brusque, mathématique, pas plus qu'au point de vue de la température entre le printemps et l'été.

Il importe cependant, au milieu de ces difficultés, de rechercher les éléments sur lesquels nous pourrions baser le diagnostic du travail. Ils sont au nombre de trois :

- Contractions utérines douloureuses ;
- Ouverture du col ;
- Glaires.

Les contractions utérines n'indiquent le travail que lorsqu'elles sont franchement douloureuses ; la douleur étant la mesure de leur énergie. Surtout

ne pas confondre les coliques utérines avec toutes les autres coliques (vésicales, intestinales, néphrétiques, hépatiques), qui peuvent se produire dans l'abdomen.

L'ouverture du col comprend l'effacement, et la dilatation de l'orifice externe. Or, quand, après l'effacement, la dilatation a atteint deux travers de doigts ou davantage, le diagnostic travail n'est plus douteux ; en deçà, au contraire, et en particulier pendant l'effacement, il devra être prudent. Deux examens successifs à une demi-heure d'intervalle seront nécessaires pour montrer si l'ouverture est progressive ou stationnaire : si progressive, le diagnostic travail sera émis ; si stationnaire, il devra être réservé. Quand plusieurs examens du col ne révèlent aucune modification, on peut en conclure, au cas où les douleurs utérines seraient nulles ou peu énergiques, et le vagin non imbibé de glaires, à l'absence ou à l'arrêt du travail.

Les glaires, dont l'écoulement indique à la fois l'ouverture du col utérin et l'énergie de la contraction utérine, sont également un bon signe de travail. Un doigt exercé reconnaîtra sans peine cet écoulement à la facilité qu'il amène dans la pratique du toucher ; cette sensation a plus de valeur que les renseignements souvent peu précis fournis par la femme sur l'émission du liquide en question.

Quand ces trois signes : contractions utérines douloureuses, ouverture progressive du col et enfin glaires, sont réunis, le diagnostic du travail est facile et peut être porté sans hésitation.

Mais souvent l'un d'eux fait défaut : par exemple, les contractions utérines restent indolores, ou l'ouverture utérine ne progresse pas. — En pareil cas, le diagnostic travail sera encore porté, quand les deux signes existants sont nets et caractéristiques.

Enfin deux signes peuvent manquer un seul persiste pour nous permettre d'établir le diagnostic travail, c'est par exemple l'ouverture progressive du col avec absence de douleurs ou de glaires ; le diagnostic travail doit encore être porté, quand ce signe unique isolé, ne laisse, grâce à sa netteté, aucun doute dans l'esprit.

On dira donc une femme en travail quand on constatera :

- 1° Soit des contractions utérines franchement douloureuses ;
- 2° Soit une ouverture progressive du col (effacement ou dilatation au début), ou avec un col effacé une dilatation de deux travers de doigt au minimum ;
- 3° Soit enfin un écoulement de glaires assez abondant et continu.

2° DIAGNOSTIC DES PRÉSENTATIONS ET POSITIONS

Le diagnostic de la présentation et de la position du fœtus se fait à l'aide du palper, de l'auscultation et du toucher ; l'interrogatoire et l'inspection ne fournissant à cet égard, que des renseignements sans importance.

¹ Ne pas confondre l'écoulement de glaires avec celui de liquide amniotique, l'un muqueux, l'autre franchement liquide ; l'un indiquant le travail, l'autre n'impliquant nullement son existence.

Nous avons déjà vu, à propos de la grossesse, comment le palper et l'auscultation peuvent conduire au diagnostic des présentation et position fœtales; nous avons également vu les renseignements fournis par le toucher avant l'ouverture du col: il nous reste ici à étudier le *toucher après l'ouverture du col*, alors que directement, ou à travers la poche des eaux, le doigt peut explorer la partie fœtale.

TOUCHER, APRÈS L'OUVERTURE DU COL

1. SOMMET.

a. **Présentation.** — Partie fœtale, dure, arrondie, égale. Sutures et fontanelles. Le lambda est plus rapproché de l'axe génital que le bregma; dans le cas contraire, la présentation serait celle du front, ou tendrait à le devenir.

b. **Position.** — La position sera déterminée par la direction de la suture sagittale, le lambda indiquant la position de l'occiput.

c. Causes d'erreur.

1° *Vices d'ossification. Fontanelle accessoire obélique.* — La fontanelle accessoire obélique (voir p. 57) n'a que deux sutures aboutissantes, et ne sera confondue ni avec le lambda, qui en a trois, ni avec le bregma, qui en a quatre.

2° La *fontanelle astérique* (voir p. 57), dans le cas d'inclinaison de la tête, peut être prise pour le lambda, car ces deux fontanelles ont trois sutures aboutissantes. La fontanelle astérique se reconnaît à la saillie de l'astérior et au voisinage de l'oreille. Si cela est possible, il sera prudent, pour compléter le diagnostic, d'explorer le bregma et le lambda.

3° Si une *bosse séro-sanguine* volumineuse empêche de sentir les détails de la tête, on ira à la recherche d'une oreille, le plus souvent de l'antérieure, qui est la plus accessible. Par la direction du pavillon, qu'un peu d'exercice fera reconnaître facilement, on saura deviner la situation de l'occiput, tourné du même côté que le bord saillant de l'oreille.

4° En cas de *malformation céphalique* (anencéphalie, etc.), le *toucher manuel* permettant d'arriver jusqu'à la face, et au besoin jusque sur le tronc du fœtus, renseignera sur la situation de l'enfant.

2. FACE.

a. **Présentation.** — Sensations très spéciales fournies: par la bouche (bords saillants des maxillaires, langue, frein de la langue), le nez (double ouverture des narines, comme les deux orifices d'un fusil de chasse), les yeux (recouverts des paupières, dont on sent nettement le bord libre).

b. **Position.** — L'exploration des organes précédents permettrait, au cas où on ne pourrait arriver sur le menton, de deviner la situation de la tête, et par conséquent de déterminer la position fœtale.

c. Causes d'erreur.

1° *Confusion des sillons interjugal et interfessier*, qui peut avoir lieu.

alors que les joues sont considérablement tuméfiées. Distinction par les organes contenus au fond du sillon.

2° *Confusion de la bouche avec l'anus.* — Dans la bouche, on sent les rebords alvéolaires et maxillaires, la langue et le frein de la langue; rien de semblable dans l'anus. De plus, dans ce dernier cas, le doigt revient souillé de méconium (méprise classique du professeur qui, ayant diagnostiqué une présentation de la face, disait avoir senti nettement la bouche, retira, au milieu de l'hilarité des élèves, son doigt couvert de méconium; le diagnostic était écrit au bout du doigt).

3. FRONT.

a. **Présentation.** — Caractères analogues à ceux du sommet (mais avec lambda non ou difficilement accessible); de plus, on peut souvent arriver jusqu'aux arcades orbitaires, jusqu'aux yeux et même jusqu'au nez. Il y a présentation du front, quand le bregma et la partie voisine du front correspondent au centre de la filière génitale.

b. **Position.** — Après l'exploration du bregma d'une part, et du lambda ou du haut de la face d'autre part, on peut diagnostiquer la situation de la tête, et dire par conséquent la position.

c. **Causes d'erreur.** — Les mêmes que pour la présentation du sommet.

4. SIÈGE.

a. Présentation.

Siège complet. — Fesses, pieds, crête sacrée, coccyx, anus, organes génitaux externes. — *Masculins*: raphé médian périnéal donnant la sensation d'un fil tendu, scrotum et testicules, verge. — *Féminins*: bourrelets constitués par les grandes lèvres, caractères surtout négatifs.

Siège décompleté mode des fesses. — Mêmes caractères que les précédents, moins les pieds.

Siège décompleté mode des genoux. — Les deux petits cylindres, constitués par les deux segments du membre inférieur, viennent se réunir angulairement. Rotule pouvant être sentie (?). En remontant le long des cuisses, on arrive jusqu'au siège, dont les caractères plus nets éclairent le diagnostic.

Siège décompleté mode des pieds. — On ne peut sentir que les pieds. Le toucher manuel, seul, permettrait d'arriver au siège.

b. **Position.** — Quelle que soit la variété de présentation, la position ne peut être nettement déterminée que lorsqu'on sent l'anus et le coccyx ou la crête sacrée voisine. A l'aide de ce double renseignement, on reconnaît et précise la position du siège.

c. **Causes d'erreur.** — Je ne reviens pas sur celles qui ont été déjà mentionnées à propos de la face.

Genou. — Confusion avec *coude*. Caractères distinctifs: rotule, volume différent des deux parties fœtales, et surtout l'exploration des régions voisines (thorax pour le coude), (siège pour le genou).

Pied. — Confusion avec la *main*. Doigts plus grands qu'orteils; se méfier des orteils, qui paraissent relativement longs au toucher. Pouce nettement séparable des autres doigts, ce qui n'a pas lieu pour le gros orteil. Saillie du talon, au voisinage des malléoles, rien de semblable à la main.

5. THORAX.

a. **Présentation.** — *Gril costal caractéristique.*

Variété dorsale. — On peut sentir la saillie des apophyses épineuses.

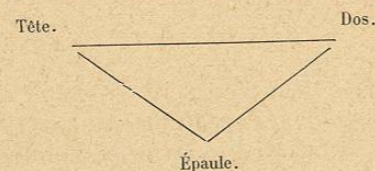
Variété sternale. — Quadrilatère sternal interrompant le gril costal.

Variété des épaules. — Saillie de l'épaule et de l'acromion, omoplate d'un côté, clavicule de l'autre (le diagnostic de l'épaule droite ou gauche sera fait avec celui de la position).

b. **Position.** — Dans les variétés dorsale et sternale, la position ne pourra guère être reconnue que par le toucher manuel ou à l'aide du palper, permettant de déterminer la situation du fœtus; mais, plus souvent, on aura à faire ce diagnostic dans la variété des épaules de beaucoup la plus fréquente.

Pour reconnaître la présentation de l'épaule et sa position, il y a trois éléments auxquels il faut avoir recours, et dont deux doivent être nettement déterminés. Il en est de la présentation de l'épaule comme d'un triangle, dont il suffit de connaître deux angles, pour être renseigné sur le troisième, et en même temps sur tout le triangle.

Ces trois éléments sont :



Quand on connaît la situation du dos et de la tête, on sait quelle est l'épaule qui se présente et la position du fœtus. — Quand on connaît la situation du dos et de l'épaule qui se présente, on sait la situation de la tête. — Quand on connaît la situation de la tête et de l'épaule qui se présente, on sait la position du dos.

Comment, par le toucher, peut-on arriver à la détermination des deux inconnues? Deux cas sont à distinguer :

1° *La poche des eaux est intacte.* — On se renseignera d'abord sur la situation de la tête par la direction du creux de l'aisselle; si le creux de l'aisselle s'ouvre sur le côté droit, la tête est à gauche et réciproquement; — puis sur la situation du dos, en recherchant l'omoplate ou la clavicule, la première étant placée du même côté que le dos, la seconde du côté opposé. Ces deux éléments dos et tête étant connus, nous nous mettons par la pensée à la place du fœtus, et pouvons ainsi déterminer la présentation et la position.

2° *La poche des eaux est rompue.* — On peut attirer le bras au dehors s'il

n'est déjà tombé spontanément. La main est à la vulve; on reconnaîtra, par *superposition de sa propre main sur celle du fœtus*¹, si c'est la main gauche ou droite. Par la main, on connaît naturellement le nom de l'épaule (droite ou gauche) à laquelle elle appartient. On recherchera, en second lieu la situation de la tête, comme tout à l'heure, par l'exploration du creux de l'aisselle. Épaule et tête nous étant connues, nous sommes au courant de la présentation et de la position.

Il est évident que le palper sera d'un grand secours pour la détermination des deux éléments destinés à faire connaître la présentation et la position, et que, dans beaucoup de cas, il pourra même à lui seul conduire au diagnostic, à plus forte raison l'aider et le compléter dans les circonstances difficiles.

c. Causes d'erreur.

Procidence d'un pied, faisant croire à tort à la présentation du siège. L'exploration attentive de toute la partie fœtale qui se présente, fera éviter la confusion.

Main procidente, avec une présentation autre que celle de l'épaule, pourrait à tort faire croire à cette présentation. Quand la main est à la vulve ou au dehors, le doute n'est guère possible, car une présentation de l'épaule peut seule permettre un abaissement aussi considérable de la main; mais si cette petite extrémité est plus élevée, l'exploration détaillée et étendue de la partie fœtale, à l'aide du toucher, sera nécessaire pour renseigner sur la véritable présentation.

6. ABDOMEN.

a. **Présentation.** — *Mollesse caractéristique de l'abdomen.*

Variété de l'ombilic. — Insertion du cordon ombilical, parfois dissimulée par l'interposition des petits membres fœtaux.

Variété des flancs. — Voisinage du gril costal et de la crête iliaque.

Variété des lombes. — Tige résistante, avec saillie des apophyses épineuses, coupant en deux les tissus mous qui composent l'abdomen.

b. **Position.** — Le diagnostic se fera d'une façon analogue à celle indiquée pour le thorax; on déterminera soit par le toucher *manuel*, soit par le palper la situation du dos et de la tête. On arrivera ainsi au diagnostic de la position en même temps que de la variété de présentation.

c. **Causes d'erreur.** — La mollesse de la paroi abdominale pourra faire croire à l'existence d'une poche des eaux épaisse. L'insertion du cordon et au besoin le toucher manuel permettront d'arriver directement sur une partie fœtale facilement appréciable.

¹ La main droite peut seule, en effet, se superposer à la main droite, et la gauche à la gauche. Tous les autres moyens donnés pour reconnaître le côté de la main du fœtus, sont inutiles; je les omets volontairement.