

MANUEL D'OBSTÉTRIQUE

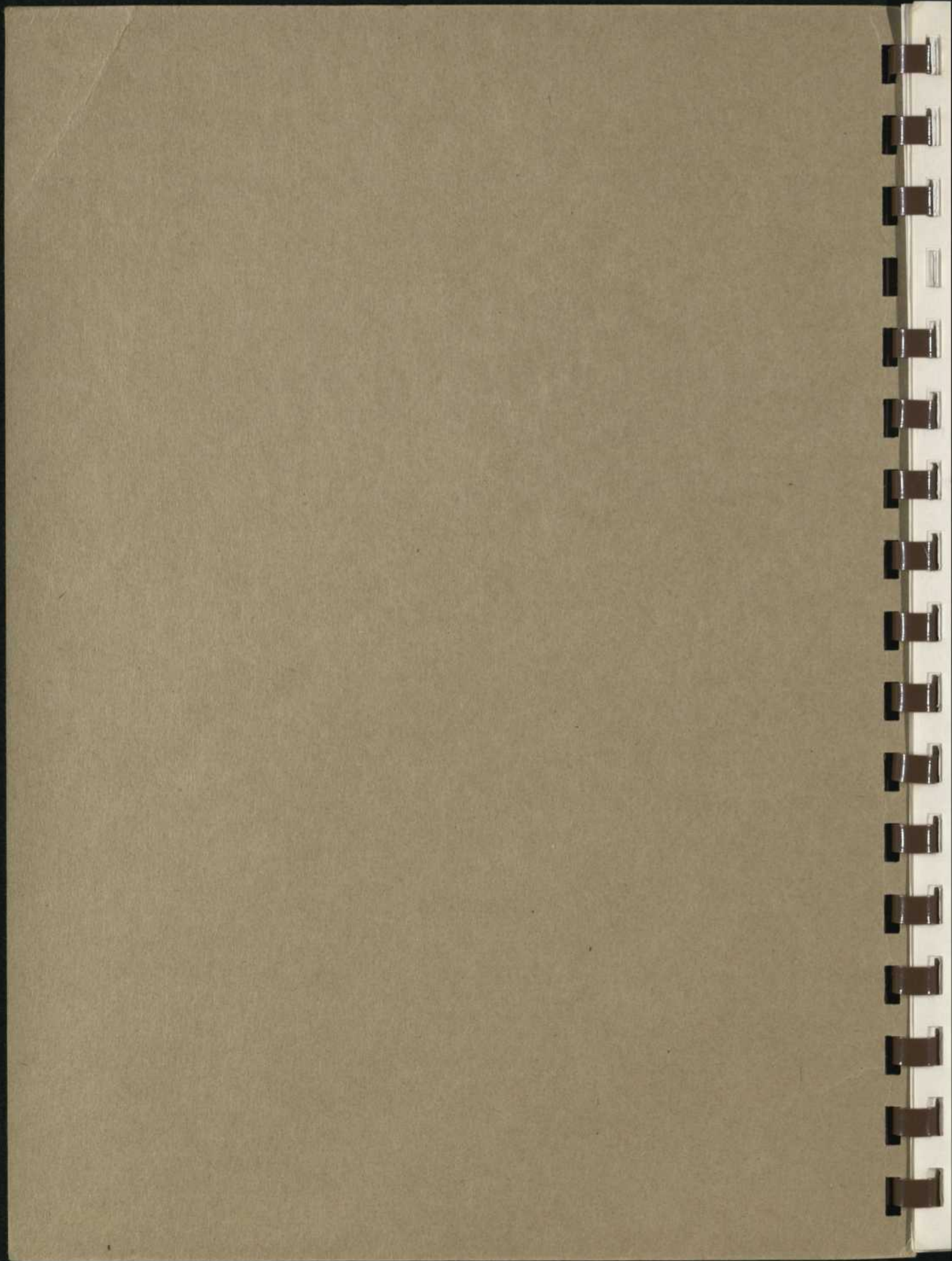
À L'USAGE DES INFIRMIÈRES

par

F.-X. DEMERS, M.D.,

Faculté de Médecine, Université Laval.

Les Presses Universitaires Laval
Québec
1956



MANUEL
D'OBSTÉTRIQUE

A L'USAGE DES INFIRMIÈRES

MANUEL
D'OBSTÉTRIQUE

F. X. DEMERS, M.D.

Faculté de Médecine, Université Laval

Les Presses Universitaires Laval

Québec

1960

ВНЕШНЕЭКОНОМИЧЕСКИЕ
СВЯЗИ

TABLE DES MATIÈRES

Notes préliminaires 10

PREMIÈRE PARTIE: LA FÉCONDATION

Chapitre premier: Qu'est-ce que la fécondation? 3

1) Fecundation 3

2) Fécondité 4

Chapitre deuxième: Composition de l'œuf humain 5

3) Œuf 5

4) Placenta 5

5) Liquide amniotique 6

6) Cordon 6

7) Fœtus 7

À L'USAGE DES INFIRMIÈRES

DEUXIÈME PARTIE: LE DÉVELOPPEMENT DE L'ŒUF

Chapitre premier: Diagnostic de la grossesse 11

par

1) L'interrogatoire 11

2) L'inspection 12

a. — face

b. — gorge

c. — abdomen

3) La palpation 12

4) Examens rectal et vaginal 13

a. — palpation de la patiente qui doit subir ces examens

b. — technique de toucher rectal

c. — technique de toucher vaginal

5) L'auscultation 14

6) Les tests techniques 14

7) La radiographie 15

Chapitre deuxième: Hygiène de la grossesse 17

1. — L'interrogatoire 17

2. — L'examen 17

3. — Les conseils 18

Les Presses Universitaires Laval
Québec
1956

MANUEL D'OBSTÉTRIQUE

À L'USAGE DES INTERNES

par

R.-X. DEMERS, M.D.

Faculté de Médecine, Université Laval.

Les Presses Universitaires Laval

Québec
1956

TABLE DES MATIÈRES

Notions préliminaires	ix
-----------------------------	----

PREMIÈRE PARTIE: LA FÉCONDATION

Chapitre premier: Qu'est-ce que la fécondation?	3
--	---

- | | |
|--|---|
| 1) Fonctionnement endocrino-utérin | 3 |
| 2) Perméabilité utéro-tubaire | 4 |

Chapitre deuxième: Composition de l'œuf humain	5
---	---

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1) Caduque utérine | 5 |
| 2) Chorion | 5 |
| 3) Anmios | 5 |
| 4) Placenta | 5 |
| 5) Liquide amniotique | 6 |
| 6) Cordon | 6 |
| 7) Fœtus | 7 |

DEUXIÈME PARTIE: LE DÉVELOPPEMENT DE L'ŒUF

Chapitre premier: Diagnostic de la grossesse	11
---	----

- | | |
|---|----|
| 1) L'interrogatoire | 11 |
| 2) L'inspection | 12 |
| a. — facies | |
| b. — glandes mammaires | |
| c. — abdomen | |
| 3) La palpation | 12 |
| 4) L'examen rectal et vaginal | 13 |
| a. — préparation de la patiente qui doit subir cet examen | |
| b. — technique du toucher rectal | |
| c. — technique du toucher vaginal | |
| 5) L'auscultation | 14 |
| 6) Les tests biologiques | 14 |
| 7) La radiographie | 15 |

Chapitre deuxième: Hygiène de la grossesse	17
---	----

- | | |
|-----------------------------|----|
| 1. — L'interrogatoire | 17 |
| 2. — L'examen | 17 |
| 3. — Les conseils | 18 |

Chapitre troisième: Présentation fœtale	21
1. — Présentation céphalique	21
2. — Présentation pelvienne	22
3. — Présentation du tronc	22
4. — Importance des modes de présentation	22
5. — Grossesses multiples	23
Chapitre quatrième: Grossesses pathologiques	25
I. — Maladies propres à la gravidité	25
A) Intoxications	25
1. — Les vomissements. Traitements	25-26
2. — L'éclampsie :	
pronostics, complications, séquelles, traitement.	27-29
B) Infections	30
1. — Pyélo-néphrites gravidiques	30
2. — Vaginites:	30
a) vaginite gonococique	31
b) vaginite à trichomonas	31
c) vaginite à champignons	32
3. — Infection de l'œuf	32
C) Hémorragies de la grossesse	32
1. — Premier tiers de la grossesse	
a) avortement:	33
— traitement d'un avortement inévitable	34
— traitement d'un avortement évitable	34
— préparation de la patiente qui doit subir un	
curetage	34
— instruments nécessaires pour un curetage ..	35
b) extra-utérine	35
a) avant la rupture d'un vaisseau maternel ..	36
b) lors de la rupture d'un vaisseau maternel ..	36
2. — Deuxième tiers de la grossesse:	36
— la môle hydatiforme, traitement	36-37
3. — Troisième tiers de la grossesse	37
a) l'accouchement prématuré	38
b) le placenta praevia	38
c) hématome rétro-placentaire	39
D) Hydramnios	39
E) Mort fœtale	40
F) Relâchement douloureux des symphyses	40

II. — Maladies au cours de la gravidité.....	41
A) Maladies du système tégumentaire.....	41
B) Maladies du système respiratoire.....	41
C) Maladies du système circulatoire.....	42
D) Maladies du système digestif.....	43
E) Syphilis et grossesse.....	44
F) Cancer et grossesse.....	44
G) Maladies infectieuses.....	44

TROISIÈME PARTIE: L'EXPULSION DE L'ŒUF

Chapitre premier: Expulsion physiologique.....	47
1. — Effacement et dilatation.....	47
— Conduite de l'infirmière pendant l'effacement et la dilatation.....	48
2. — Expulsion.....	49
— Conduite de l'infirmière pendant l'expulsion.....	49
3. — Conduite de l'infirmière lors d'une naissance à domicile.....	50
4. — L'accouchement sans douleur.....	51

Chapitre deuxième: Expulsion pathologique

I. — Hémorragies du travail et de l'accouchement.....	53
1) Placenta praevia.....	53
2) Rupture utérine.....	53
3) Déchirures du col et du segment inférieur.....	54
II. — Dystocies.....	54
1) Dystocies d'origine maternelle.....	54
2) Dystocie d'origine fœtale.....	55
3) Conduite de l'infirmière lors des dystocies.....	56

QUATRIÈME PARTIE: LA DÉLIVRANCE

Chapitre premier: La délivrance physiologique.....	59
Chapitre deuxième: La délivrance pathologique.....	61
1. — Non-décollement.....	61
2. — Hémorragies.....	61
a) atonie.....	61
b) rétention partielle du placenta.....	61
c) défibrination ou afibrination.....	62
d) traitement des hémorragies.....	62
3. — Réparation du périnée.....	63
4. — Conduite de l'infirmière après la délivrance.....	63

CINQUIÈME PARTIE: SUITES DE COUCHES

Chapitre premier: Suites de couches physiologiques 67

— Rôle de l'infirmière au cours des suites de couches physiologiques... 67

Chapitre deuxième: Suites de couches pathologiques 69

1. — Les hémorragies 69

 a) l'hémorragie cervicale 69

 b) les hémorragies utérines 69

2. — Les embolies amniotiques 70

3. — Les infections 70

 a) traitement des infections puerpérales en général..... 71

 b) traitement des phlébites 71

4. — Incontinence et rétention d'urine 72

CONCLUSIONS 73

NOTIONS PRÉLIMINAIRES

L'OBSTÉTRIQUE est cette partie de la médecine qui étudie l'ensemble des phénomènes se produisant chez la femme lors de la fécondation, pendant le développement de l'œuf, à l'expulsion de celui-ci et durant la période de *post-partum*. Cette étude cependant ne limite pas ses observations et ses recherches au seul point de vue théorique, car elle est une science essentiellement pratique dont le but est d'assurer à la fonction de reproduction le maximum de sécurité pour la mère et pour l'enfant.

La médecine a, sans doute, un rôle très important à jouer pendant la grossesse, à l'occasion de l'accouchement et durant les suites des couches. L'infirmière cependant, en raison de ses contacts plus faciles avec la femme enceinte, pourra plus aisément faire accepter à celle-ci un mode de vie, une hygiène et même une attitude mentale qui permettront une naissance sans heurt. À ce titre, l'infirmière ne saurait se désintéresser de l'Obstétrique qui constituera pour elle un important champ d'action, puisqu'elle sera souvent appelée à être, dans ce domaine, une collaboratrice indispensable du médecin: bien plus, en certaines circonstances urgentes, il lui arrivera même d'être obligée de remplacer celui-ci.

Le présent ouvrage, nous l'espérons, rendra service aux infirmières en leur apprenant l'essentiel de ce qu'elles doivent savoir sur l'obstétrique.

Nous verrons donc successivement, en autant de parties :

1ère partie: LA FÉCONDATION

2e partie: LE DÉVELOPPEMENT DE L'ŒUF

3e partie: L'EXPULSION DE L'ŒUF

4e partie: LES SUITES DES COUCHES

CHAPITRE PREMIER - LES SUITES DES COUCHES

1. - LES SUITES DES COUCHES

1.1 - LES SUITES DES COUCHES

L'ORSTRETEUR est une partie de la machine qui permet de faire fonctionner le moteur et qui est actionnée par le volant. Elle est constituée de deux parties principales : le volant et le mécanisme de transmission. Le volant est une pièce en acier qui est actionnée par le conducteur. Le mécanisme de transmission est constitué de deux arbres : l'arbre primaire et l'arbre secondaire. L'arbre primaire est actionné par le volant et est relié à l'arbre secondaire par un couplet de roues dentées. L'arbre secondaire est relié à la boîte de vitesses par un autre couplet de roues dentées.

La boîte de vitesses est une pièce qui permet de sélectionner la vitesse de rotation du moteur. Elle est constituée de deux arbres : l'arbre primaire et l'arbre secondaire. L'arbre primaire est actionné par le volant et est relié à l'arbre secondaire par un couplet de roues dentées. L'arbre secondaire est relié à l'axe de la roue avant par un autre couplet de roues dentées. La boîte de vitesses est actionnée par le volant et est reliée à l'arbre primaire par un couplet de roues dentées.

Le volant est une pièce qui permet de sélectionner la vitesse de rotation du moteur. Il est actionné par le conducteur et est relié à l'arbre primaire par un couplet de roues dentées.

Il est constitué de deux parties principales :

- 1° - LES SUITES DES COUCHES
- 2° - L'EXPISSION DE L'EAU
- 3° - LE DÉVELOPPEMENT DE L'EAU
- 4° - LA FÉCONDATION

Chapitre premier

QUESTIONS SUR LA FÉCONDATION

La fécondation résulte de l'union d'un spermatozoïde (cellule mâle) et d'un ovule (cellule femelle). Si l'ovule a précédemment le sexe plus une spermatozoïde à lui y qu'il contient la femelle, elle est capable à faire la fécondation.

C'est dans le corps humain de la femme que se produit la fécondation. Les deux cellules qui fusionnent l'une d'elles se trouve à l'intérieur, vers lequel il est porté par un processus naturel, les deux cellules cellulaires qui forment le zygote à la fécondation spermatozoïde et l'ovule.

Première partie

La fécondation dépend de la présence d'un environnement adéquat et d'une fécondation adéquate.

LA FÉCONDATION

1) FONCTIONNEMENT ENDOCRINO-UTÉRIN

Le système endocrinien de l'ovaire est composé de cellules sécrétrices, les cellules granulosa-thécales qui ont chacune leurs fonctions. Les cellules sécrétrices sécrètent l'œstrogène de la granulosa, les cellules thécales sécrètent une partie sur tout l'androgène androstène, les cellules thécales sécrètent de rétrograde aux deux autres.

L'hormone thyroïdienne ou T.H., stimule les cellules granulosa (P.A.C.T.H.) active les cellules, stimule l'œstrogène qui agit surtout particulièrement, les granulosa-thécales sécrètent leur influence sur l'ovaire. Ces dernières se trouvent en trois : 1) l'œstrogène sécrété de la granulosa ou T.G.H.; 2) l'œstrogène sécrété de la théca ou T.T.H.; 3) l'œstrogène sécrété de la granulosa et de la théca.

Sous l'influence de T.G.H., l'ovaire produit un follicule de de Graaf qui amène le point ovulaire. Les cellules qui entourent le follicule s'appellent les cellules de la granulosa dans le cas de sécréter le follicule. Cette dernière produit alors une hormone pour servir tout entier le follicule de de Graaf qui est rempli, sous l'influence de L.H., par le corps jaune, producteur de la testostérone.

Pendant que le follicule s'accroît, l'œstrogène sécrète, sous l'influence de cette hormone, produit de manière à favoriser la sécrétion de l'œuf. Puis, grâce au corps jaune, qui sécrète un œstrogène, l'œuf sécrète des œstrogènes et ainsi de suite jusqu'à ce que le sexe sera de manière à servir l'œuf au début de sa vie intra-utérine.

LA RÉCONCILIATION

Première partie

Chapitre premier

QU'EST-CE QUE LA FÉCONDATION ?

LA FÉCONDATION résulte de l'union d'un spermatozoïde (sécrétion testiculaire) avec un ovule (ponte ovarienne). Si l'élément masculin détermine le sexe, grâce aux chromosomes x ou y qu'il contient, la femme, elle, est appelée à faire la gestation.

C'est dans le tiers externe de la trompe que se produit la fusion des deux cellules qui formeront l'œuf. Celui-ci se fixera à l'endomètre, vers lequel il est porté par le péristaltisme tubaire, les cils vibratiles cellulaires qui tapissent le salpînx et le liquide intra-péritonéal qui s'écoule vers l'utérus.

La fécondation dépend d'un bon fonctionnement endocrino-utérin et d'une perméabilité utéro-tubaire.

1) FONCTIONNEMENT ENDOCRINO-UTÉRIN

Le lobe antérieur de l'hypophyse est constitué de cellules acidophiles, basophiles et neutrophiles qui ont chacune leurs fonctions. Les cellules acidophiles sécrètent l'hormone de la croissance; les cellules basophiles exercent une action sur tout l'arbre endocrinologique; les cellules neutrophiles servent de réservoir aux deux autres.

L'hormone thyroïdienne ou T.H. stimule les sécrétions thyroïdiennes; l'A.C.T.H. active les surrénales; enfin, l'hormone qui nous intéresse particulièrement, les gonadotrophines exercent leur influence sur l'ovaire. Ces dernières se divisent en trois: a) l'hormone stimulante du follicule ou F.S.H.; b) l'hormone lutéinisante ou L.H.; enfin c) la lutéotropine ou prolactine qui sert au maintien du corps jaune et à la sécrétion lactée.

Sous l'influence du F.S.H., l'ovaire produit un follicule de de Graaf qui amènera la ponte ovulaire. Les cellules qui entourent ce follicule s'appellent les cellules de la *granulosa* dont le rôle est de sécréter la folliculine. Cette dernière produit alors une tension telle qu'elle fait éclater la folliculine de de Graaf qui est remplacé, sous l'influence de L.H., par le corps jaune, producteur de la lutéine.

Pendant que la folliculine s'accumule, l'endomètre utérin, sous l'influence de cette hormone, prolifère de manière à favoriser la nidation de l'œuf. Puis, grâce au corps jaune, qui succède au follicule, l'endomètre devient sécrétoire et gorgé de glycogène dont le rôle sera de nourrir l'œuf au début de sa vie intra-utérine.

L'hormone lutéinisante maintient le corps jaune s'il y a fécondation: dans le cas contraire, la femme sera menstruée. Les menstruations se présentent par cycles d'une durée moyenne de vingt-huit jours. Elles apparaissent quatorze jours après la ponte ovulaire: elles durent de trois à cinq jours et on peut évaluer une perte normale entre 200 à 250 cc de sang. La durée du cycle peut varier, solidaire qu'elle est des sécrétions endocriniennes et des réactions hypothalamiques. Autrement dit, les joies, les peines, les traumatismes psychiques peuvent avoir une influence sur la régularité menstruelle.

Sous notre climat, la femme est fécondable de l'âge de 14-15 ans jusqu'à l'âge de 47-48 ans. Les grandes multipares peuvent voir se prolonger leur fécondité. Les signes d'ovulation sont les suivants:

- 1.— douleur iliaque droite ou gauche suivant que l'ovulation a eu lieu d'un côté ou d'un autre (chez les femmes qui s'étudient);
- 2.— perte sanguine légère, quatorze jours avant la date présumée des menstruations (les pertes sanguines physiologiques utérines étant solitaires d'une chute de la folliculine dans la circulation sanguine);
- 3.— présence de glaire cervicale durant les jours qui précèdent l'ovulation;
- 4.— température basale s'élevant en plateau de 1 à 2/10 de degré après l'ovulation et se maintenant s'il y a gravidité;
- 5.— prégnandiol dans les urines (le prégnandiol résulte de l'oxydation de la lutéine du sang);
- 6.— glandes festonnées et glucose dans les cellules à la biopsie de l'endomètre.

2) PERMÉABILITÉ UTÉRO-TUBAIRE

Par l'expression *perméabilité utéro-tubaire*, on entend la possibilité d'une communication libre entre les organes génitaux externes et la surface ovarienne. Elle peut être confirmée par une insufflation au moyen de gaz. Le CO₂ doit être employé afin d'éviter les embolies gazeuses, toujours à craindre lorsqu'il y a des vaisseaux béants. On peut encore la déceler au moment d'une radiographie après injection d'une substance opaque aux Rayons X.

La perméabilité utéro-tubaire est indispensable à la rencontre de l'ovule et du spermatozoïde. L'imperméabilité siège au niveau des trompes et fait suite à une infection pelvienne antérieure: séquelle de salpingite ourlienne, tuberculeuse, Neisserienne, plus rarement de salpingite du post-partum. Les microbes de cette infection s'attaquent plus à la périphérie de la trompe qu'à sa muqueuse.

L'endométriose peut produire la même lésion en se développant à l'intérieur de la trompe: endométriose d'ensemencement par reflux menstruel (théorie de Sampson) ou par métaplasie (théorie de Meyer). Ce développement tumoral se produit surtout chez la nulligeste de 28 à 35 ans, ce qui faisait dire au Dr Meigs: "Si vous voulez éviter la stérilité, mariez-vous jeune et ayez des enfants: sans cela l'endométriose vous guette."

Chapitre deuxième

COMPOSITION DE L'ŒUF HUMAIN

Le produit de l'union des gamètes mâles et femelles s'appelle L'ŒUF, qui se développe ensuite par multiplication cellulaire. Au stade où il occupe la trompe, on lui donne le nom de LA BLASTULA; lorsqu'il atteint l'utérus et pénètre par effraction dans l'endomètre, c'est la phase de LA MORULA. Cette pénétration déclenche la formation de lacs sanguins qui baignent l'œuf et lui permettent de continuer son développement en lui fournissant le matériel nécessaire à la formation du fœtus et de ses annexes. Pendant la gravidité, l'endomètre gestant est devenu LA CADUQUE UTERINE.

Ce n'est qu'à partir du troisième mois de la grossesse que les différentes parties de l'œuf peuvent être microscopiquement identifiées. Le murissement se continue ensuite et fait varier le volume de l'œuf durant les six derniers mois.

L'œuf est ainsi composé: 1) la caduque utérine; 2) le chorion; 3) l'amnios; 4) le placenta; 5) le liquide amniotique; 6) le cordon; 7) le fœtus.

Il est protégé par trois membranes, la première d'origine maternelle et les deux autres d'origine ovulaire.

1) CADUQUE UTÉRINE

L'endomètre, dans un utérus gestant, prend le nom de CADUQUE UTERINE: il entoure l'œuf qui l'a perforé lors de sa nidation dans la cavité utérine.

2) CHORION

Le chorion est une membrane friable, avasculaire et facilement détachable de l'amnios.

3) AMNIOS

L'amnios est une membrane fibreuse, résistante et qui retient comme dans un sac le liquide amniotique, le cordon et le fœtus.

4) PLACENTA

Le placenta, aussi appelé arrière-faix, est une masse charnue qui se fixe au niveau du corps utérin, de préférence aux deux-tiers de sa face postérieure. Lorsqu'il occupe le segment inférieur, il devient pathologique: nous l'étudierons sous le nom de *placenta praevia*.

Le placenta a la forme d'un disque renflé au centre et aminci sur les bords. Il arrive des cas où la masse placentaire peut varier dans sa forme sans qu'elle soit nécessairement pathologique, v.g. placenta multilobé, placenta fenêtré (mince au centre et épais aux bords) placenta succenturié (petite masse, séparée de la masse principale, sans y être réunie par un vaisseau), placenta aberrant (îlot placentaire communiquant par un vaisseau, à la masse principale).

Le poids du placenta est proportionnel à celui du fœtus, le rapport normal étant d'environ 1 à 7. Dans le cas de syphilis et d'érythroblastose, la masse placentaire, beaucoup plus volumineuse, a tendance à se rapprocher du poids du fœtus.

Le gâteau placentaire a donc deux faces : 1) la face maternelle, charnue, mamelonnée, est sillonnée d'enfoncements linéaires qui délimitent les cotylédons : 2) la face fœtale qui est lisse, brillante et tapissée par l'amnios. Le cordon vient s'y insérer en étalant veines et artères qui se distribuent vers chaque cotylédon.

Le placenta est le poumon et le tube digestif de l'enfant : c'est à son niveau que celui-ci prélève, dans la circulation maternelle, l'oxygène et les substances nécessaires à son développement. C'est là également qu'il rejette CO_2 et les produits de désintégration non utilisables. Les échanges se font par osmose, car il n'y a aucune communication directe entre la circulation maternelle et la circulation fœtale.

5) LIQUIDE AMNIOTIQUE

Le liquide amniotique est formé de 99% d'eau et de 1% de matières solides parmi lesquelles on retrouve des poils et des cellules de desquamation. La quantité normale de ce liquide peut varier de 500 à 1000 cc. S'il y a moins de 300 cc, on dit qu'il y a *oligoamnios* et au-dessus de 1200 cc, *hydramnios* qui est une entité pathologique que nous aurons l'occasion d'étudier plus tard.

Le liquide amniotique n'a qu'un rôle protecteur : pendant la grossesse, il permet au fœtus de se développer librement et sans compression localisée, tout en réduisant l'intensité des traumatismes que la mère pourrait subir. Lors du travail, il lave le vagin, et, de ce fait, diminue le nombre des microbes qui s'y développent.

6) CORDON

Le cordon, d'une longueur de 45 à 50 cm, comprend une membrane externe, la gelée de Warton et les vaisseaux sanguins. La membrane externe correspond à l'amnios ; la gelée de Warton protège les vaisseaux sanguins : et deux artères et une veine réunissent le fœtus au placenta. Il est à noter que le sang veineux du cordon est plus oxygéné que le sang artériel, la revivification se faisant au niveau du placenta. Le cordon est mamelonné, généralement porteur de renflements annulaires, qui ne sont pas pathologiques. Son insertion placentaire peut varier ; elle est généralement centrale, les vaisseaux se multipliant et courant vers les cotylédons comme les raies d'une roue. D'autres fois, l'union au placenta se

fait par le bord de celui-ci; on dit alors qu'elle est *marginale* et les vaisseaux se rendent aux cotylédons en s'étalant comme les barbes d'un balai. Enfin, on dit que l'insertion est *vélamenteuse* lorsque la pénétration se fait à quelque distance de l'arrière-faix et que les vaisseaux s'insinuent dans les membranes. Ce mode d'insertion peut devenir pathologique si l'une des branches vasculaires est sectionnée lors de la rupture spontanée ou artificielle du chorion et de l'amnios. Le vaisseau béant peut entraîner des pertes de sang fœtale suffisantes pour causer la mort de l'enfant.

7) FŒTUS

Le fœtus est pelotonné sur lui-même afin d'occuper le moins d'espace possible: sa taille et son poids varient selon l'âge de la grossesse.

La caduque, le chorion, l'amnios, le liquide amniotique constituent le premier berceau préparé par la Nature pour l'enfant qui va naître.

Deuxième partie

LE DÉVELOPPEMENT DE L'ŒUF

ANATOMIE

Le placenta est le point de contact entre le fœtus et la mère. Il est fixé à la paroi de l'utérus par le cordon ombilical. Le placenta est divisé en deux parties : le placenta maternel et le placenta fœtal. Le placenta maternel est fixé à la paroi de l'utérus et est divisé en deux parties : le placenta maternel externe et le placenta maternel interne. Le placenta fœtal est fixé au fœtus et est divisé en deux parties : le placenta fœtal externe et le placenta fœtal interne.

Le placenta est composé de vaisseaux sanguins et de vaisseaux lymphatiques. Les vaisseaux sanguins sont divisés en artères et en veines. Les vaisseaux lymphatiques sont divisés en artères et en veines.

Le placenta est divisé en deux parties : le placenta maternel et le placenta fœtal. Le placenta maternel est fixé à la paroi de l'utérus et est divisé en deux parties : le placenta maternel externe et le placenta maternel interne. Le placenta fœtal est fixé au fœtus et est divisé en deux parties : le placenta fœtal externe et le placenta fœtal interne.

Le placenta est divisé en deux parties : le placenta maternel et le placenta fœtal. Le placenta maternel est fixé à la paroi de l'utérus et est divisé en deux parties : le placenta maternel externe et le placenta maternel interne. Le placenta fœtal est fixé au fœtus et est divisé en deux parties : le placenta fœtal externe et le placenta fœtal interne.

5) LIQUIDE AMNIOTIQUE

Le liquide amniotique est formé de 99% d'eau et de 1% de matières solides. Le liquide amniotique est divisé en deux parties : le liquide amniotique externe et le liquide amniotique interne. Le liquide amniotique externe est divisé en deux parties : le liquide amniotique externe externe et le liquide amniotique externe interne. Le liquide amniotique interne est divisé en deux parties : le liquide amniotique interne externe et le liquide amniotique interne interne.

Le liquide amniotique a un rôle protecteur pendant la grossesse. Il permet au fœtus de se développer librement et sans compression. Le liquide amniotique est divisé en deux parties : le liquide amniotique externe et le liquide amniotique interne. Le liquide amniotique externe est divisé en deux parties : le liquide amniotique externe externe et le liquide amniotique externe interne. Le liquide amniotique interne est divisé en deux parties : le liquide amniotique interne externe et le liquide amniotique interne interne.

6) CORDON

Le cordon, d'une longueur de 45 à 50 cm, comprend une membrane externe, la gaine de Wharton et les vaisseaux sanguins. La membrane externe enveloppe l'ensemble du cordon et protège les vaisseaux sanguins. Les deux artères et une veine rejoignent le fœtus au placenta. Il est à noter que le sang veineux du cordon est plus oxygéné que le sang artériel. Le revêtement se faisant au niveau du placenta. Le cordon est généralement porteur de réflexes annulaires, qui ne sont pas pathologiques. Son insertion placentaire peut varier, elle est généralement centrale, les vaisseaux se dirigeant et convergeant vers les cotylédons comme les rails d'une voie. D'autres fois, l'insertion au placenta se

Chapitre premier DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE

L'âge-grossesse détermine un ensemble de symptômes et de signes qui sont généralement favorables à la grossesse. Ces symptômes commencent aux environs de la quatrième semaine.

- 1) L'interrogatoire
- 2) L'auscultation
- 3) La palpation
- 4) L'examen rectal et vaginal
- 5) L'auscultation
- 6) Les tests de grossesse
- 7) La radiographie

Deuxième partie

LE DÉVELOPPEMENT DE L'ŒUF

1) L'INTERROGATOIRE

L'interrogatoire est le premier moyen et le plus simple, à la disposition du médecin et de l'obstétricien, pour constater que la conception est possible. Celle-ci est le généralement, l'élément principal pour faire part de l'arrêt de son développement. À cette occasion, des symptômes prévalent des problèmes en matière de santé, les nausées, quand ce ne sont pas de véritables vomissements qui se produisent surtout le matin et à l'occasion des séjours d'attente d'un certain nombre de jours troubles de caractère qui occupent leur temps.

À partir du quatrième mois, le malaise est des symptômes actifs de l'arrêt de l'œuf, qui a plus d'importance, pour le médecin que le tableau noir et blanc.

C'est la présence à cette époque, de plus d'un mois de l'arrêt de l'œuf, qui permet de constater que l'arrêt de l'œuf est dû à un arrêt de l'œuf, et non à un arrêt de l'œuf.

Il est important, dans les faits, de noter l'importance de la présence de ce tableau noir et blanc, qui est le premier signe de l'arrêt de l'œuf.

Les autres symptômes de l'arrêt de l'œuf sont le signe de son arrêt, et c'est, en fait, l'élément principal de l'arrêt de l'œuf, qui est le premier signe de l'arrêt de l'œuf, et non à un arrêt de l'œuf.

LE DÉVELOPPEMENT DE L'ÉTUDE
DANS LES ÉCOLES

Chapitre premier

DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE

L'état grévde déclenche un ensemble de symptômes et de signes qui nous permettent d'en faire le diagnostic. On les divise comme suit selon qu'ils sont découverts par :

- 1) l'interrogatoire
- 2) l'inspection
- 3) la palpation
- 4) l'examen rectal et vaginal
- 5) l'auscultation
- 6) les tests biologiques
- 7) la radiographie.

1) L'INTERROGATOIRE

L'interrogatoire est le premier moyen et le plus simple, à la disposition du médecin et de l'infirmière, pour s'assurer que la consultante est grévde. Celle-ci vient généralement consulter pour faire part de l'arrêt de ses menstruations. À cette occasion, elle signalera probablement des picotements au niveau des seins, des nausées, quand ce ne sont pas de véritables vomissements qui se produisent surtout le matin et à l'odeur des aliments: d'autres accuseront de petits troubles du caractère qui exagèrent leur émotivité.

À partir du quatrième mois, la primipare note des mouvements actifs du fœtus: la multipare, qui a plus d'expérience, peut les percevoir dès le troisième mois et demi.

Chez les patientes à cycles réguliers, on peut déterminer la date de l'accouchement probable en ajoutant dix jours au premier jour des dernières menstruations et en reculant de trois mois.

Il est impossible, chez les femmes à cycles irréguliers, de se servir de ce moyen pour déterminer le moment probable de l'accouchement.

Les pertes sanguines ne sont pas nécessairement un signe de non gravidité: en effet, une menace d'avortement, un petit polype du col à pédicule qui s'ulcère, peuvent être causes d'écoulements sanguins par voie vaginale qui n'éliminent pas l'état grévde.

2) L'INSPECTION

L'inspection complète l'interrogatoire car la grossesse imprime, au niveau du facies, des glandes mammaires et de l'abdomen, un ensemble de signes qui trahissent la présence d'un fœtus en évolution.

a) *Facies*

Le masque de la grossesse n'est apparent qu'au cours des derniers mois. Il est caractérisé par une hyper-pigmentation, plus évidente chez la blonde, au niveau des commissures de l'œil, de l'aile du nez et de la bouche.

b) *Glandes mammaires*

Les signes de la gravidité sont beaucoup plus précoces au niveau de la glande mammaire: en effet, dès le premier mois, apparaît une hyper-vascularisation bien visible chez les femmes à peau fine; au deuxième mois, l'aréole vraie brunit et des tubercules de Montgomery s'y développent; au cours des mois qui suivent, on note une aréole secondaire de couleur café au lait et, dès le troisième mois, on pourrait en exprimer un liquide sirupeux appelé *cholestrum*.

La distention mammaire peut faire naître des éraillures du tissu élastique de derme qu'on appelle *vergetures*.

c) *L'abdomen*

L'abdomen varie de volume avec l'âge de la grossesse. À l'inspection visuelle, les principales conséquences de l'évolution du fœtus sont l'apparition d'une ligne brune allant de l'ombilic à la symphyse pubienne, le déplissement de l'ombilic dont le tiraillement peut même provoquer une petite hernie à ce niveau, la présence de vergetures aux flancs et aux faces externes du siège.

À l'écartement des grandes lèvres, le vagin, de rose qu'il était, prend une apparence bleutée et ce, généralement, dès le début de la grossesse.

3) LA PALPATION

La palpation est un autre moyen qui aide à compléter les premières données fournies par l'interrogatoire et l'inspection. La palpation permet donc de localiser le corps utérin, d'estimer son volume et de percevoir, à travers sa paroi, le fœtus lui-même baignant dans le liquide amniotique.

Au cours d'une grossesse physiologique, la distention utérine progresse à un rythme qui est à peu près toujours le même. Ainsi, à trois mois, on perçoit le corps utérin à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne; à quatre mois, il est à mi-chemin entre la symphyse et l'ombilic; à cinq mois, à un travers de doigt sous l'ombilic; à six mois, à un travers de doigt au-dessus de celui-ci; à sept mois, à mi-chemin entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde; à huit mois, à l'appendice xyphoïde; à neuf mois, aux fausses côtes.

4) L'EXAMEN RECTAL ET VAGINAL

Pour être complet, un examen obstétrical doit nécessairement comprendre un toucher vaginal ou rectal, car c'est le seul qui permet d'apprécier l'état du col et de se rendre compte s'il s'agit d'une primipare ou d'une multipare, les patientes étant parfois intentionnellement cachotières (à moins qu'elles n'aient subi une intervention à ce niveau, v.g. curetage, stomatoplastie). La nulligeste a un orifice punctiforme, tandis que chez la multipare, il est transversal.

Dès le début de la grossesse, le toucher combiné au palper permet de se rendre compte de la forme de l'utérus. Chez la femme non gravide, le diamètre antéro-postérieur du corps utérin est plus court que le diamètre transversal, ce qui donne au contour du corps la forme d'une ellipse; au contraire, dès les premières semaines de la grossesse, les diamètres ont tendance à devenir égaux en longueur, ce qui rend l'utérus sphérique.

Les autres symptômes également décelables par l'examen rectal et vaginal sont a) le ramollissement du col; b) le ramollissement de l'isthme (signe de Egard); c) la perception du corps utérin au niveau des culs-de-sac (signe de Budin).

Cet examen permettra encore de reconnaître, au début de la grossesse, si celle-ci est utérine ou extra-utérine et en fin de grossesse, elle fournira l'occasion d'apprécier s'il n'y a pas disproportion entre la filière pelvienne et le produit de fécondation.

a) *Préparation de la patiente qui doit subir cet examen.*

L'infirmière qui doit préparer une patiente devant subir ce genre d'examen doit s'assurer: 1) que la vessie est vide, soit par miction ou catéthérisme; 2) que l'intestin a fonctionné au cours des heures qui précèdent l'examen, bien que cette formalité ne soit pas essentielle.

Au moment de l'examen, l'infirmière doit voir à ce que la patiente soit en position gynécologique, c'est-à-dire, couchée sur le dos, la tête légèrement soulevée, les pieds appuyés sur le plan du lit ou les talons accrochés dans les étriers (si l'on se sert d'une table d'examen). Cette position assure un relâchement plus facile des muscles abdominaux.

b) *Technique du toucher rectal*

La main recouverte d'un gant aseptique, l'index lubrifié, on appuie la pulpe de celui-ci sur l'orifice anal et pendant qu'on demande à la patiente d'ouvrir la bouche, afin d'éviter toute tension musculaire volontaire de la région, le doigt est basculé et glisse facilement dans le rectum. Il est facile alors d'apprécier le contenu de l'excavation pelvienne.

L'avantage de cette méthode, c'est qu'elle est beaucoup plus facilement acceptée par les patientes pusillanimes, les nulligestes à vagin étroit, sans compter qu'elle prévient tout ensemencement vaginal par des microbes pathogènes venant de l'extérieur.

c) *Technique du toucher vaginal.*

La patiente est préparée de la même façon que pour l'examen rectal, sauf que l'on utilise la voie vaginale, les constatations sont les mêmes que selon la première méthode.

L'infirmière qui est responsable de la préparation d'un examen vaginal devra s'assurer que la patiente a subi une toilette légèrement antiseptique de ses organes génitaux externes. La main recouverte d'un gant aseptique, pendant que l'une des mains écarte les grandes lèvres, l'index lubrifié de l'autre main est introduit dans le vagin en appuyant sur la paroi postérieure de celui-ci afin d'éviter tout traumatisme au niveau du clitoris et de l'orifice de l'urètre, traumatisme qui déclencherait des douleurs et rendrait l'examen plus difficile.

5) L'AUSCULTATION

C'est à partir du quatrième mois et demi que l'on peut entendre le cœur fœtal : on utilise à cette fin un stéthoscope rigide en forme de cloche. Le stéthoscope ordinaire donne, à notre avis, de moins bons résultats.

Il est important que l'infirmière s'habitue à ausculter le fœtus, ce qui lui permettra, si elle doit suivre une patiente durant son travail, d'en apprécier la vitalité et d'avertir à temps le médecin responsable. Elle pourra toujours, au cours d'une grossesse, rassurer une patiente qui craindrait la mort de l'enfant qu'elle porte.

Vers la fin de la grossesse, le foyer maximum d'auscultation se trouve à $2\frac{1}{2}$ cm du moignon de l'épaule du fœtus. Plus tôt, il peut arriver que l'on soit obligé de tâtonner pour trouver ce foyer, les parties fœtales étant plus difficilement délimitables. Normalement, le cœur fœtal bat à 140 à la minute. Cette vitesse du pouls semble en rapport avec le volume du fœtus, les gros enfants ayant un pouls plus lent que les petits. On a cru jadis qu'on pouvait déterminer le sexe par la vitesse du pouls. On avait oublié qu'il y avait aussi des grosses filles et des petits garçons ! Mais les garçons sont généralement, à leur naissance, plus pesants que les filles.

L'auscultation permet aussi d'entendre, surtout au niveau des parois des flancs, des souffles utérins qui sont facilement différenciés des bruits du cœur fœtal en ce qu'ils sont synchrones au pouls maternel.

6) LES TESTS BIOLOGIQUES

Il existe certains cas assez rares dans lesquels un diagnostic précoce de grossesse doit être dépisté, éliminé ou confirmé. C'est au laboratoire que l'on demande alors de trancher la question. Les facteurs d'erreur dépassent rarement 5%.

L'urine de la femme enceinte contient en abondance des gonadotrophines qui déclenchent, chez certains animaux, des phénomènes endocriniens facilement appréciables. Ainsi des gonadotrophines produisent des pubertés précoces chez le souri-

ceau mâle ou femelle, des ovulations provoquées chez la lapine adulte et une ponte cutanée abondante chez la grenouille sud-africaine. Cette technique nous permet de poser un diagnostic après un retard des menstruations d'à peine huit jours et le laboratoire peut nous donner sa réponse dans les 48 heures. Si l'injection de l'urine ne provoque aucune des réactions ci-dessus décrites, c'est que la femme n'est pas gravide.

Lorsqu'un examen de cette nature est prescrit, l'infirmière devra, autant que possible, recueillir les urines de la première miction du matin, celle-ci étant plus concentrée parce que le fonctionnement rénal est au ralenti durant la nuit. Il est inutile de prélever les urines par cathétérisme, car les animaux de laboratoire sont insensibles aux infections banales.

7) LA RADIOGRAPHIE

Les Rayons X sont peu utiles pour dépister une grossesse car les premiers points d'ossification de la vie intra-utérine n'apparaissent qu'à partir du troisième mois et demi. Or, à ce moment-là, l'ensemble des signes et symptômes que nous venons de décrire dispensent généralement de recourir à une radiographie.

Il est intéressant de noter qu'on ne peut se baser sur UN SEUL signe pour diagnostiquer une grossesse. Les seuls signes irréfutables sont: la perception directe de l'œuf, l'auscultation du cœur fœtal, la perception des mouvements actifs et passifs du fœtus.

avec celle ou lorsque les ovulations provoquées par la ponte de la femelle ont été effectuées. Cette technique nous permet d'obtenir des résultats plus précis que ceux obtenus par la méthode de la ponte de la femelle. Le fait que la ponte de la femelle est effectuée à un moment donné de la ponte de la femelle peut nous donner une indication sur le moment où la ponte de la femelle a été effectuée. Cette indication est précieuse car elle nous permet de connaître le moment où la ponte de la femelle a été effectuée.

Il est intéressant de noter que la ponte de la femelle est effectuée à un moment donné de la ponte de la femelle. Cette indication est précieuse car elle nous permet de connaître le moment où la ponte de la femelle a été effectuée. Cette indication est précieuse car elle nous permet de connaître le moment où la ponte de la femelle a été effectuée.

2) LA RADIOGRAPHIE

Les Rayons X sont peu utilisés pour diagnostiquer une grossesse car les premiers signes d'opacification de la cavité utérine apparaissent au 4^e ou 5^e mois de grossesse. Or, à ce moment-là, l'opacification de la cavité utérine est due à la présence de la gestation. Cette opacification est due à la présence de la gestation. Cette opacification est due à la présence de la gestation.

En fait, le fœtus se trouve à un moment donné de la grossesse. Cette indication est précieuse car elle nous permet de connaître le moment où la ponte de la femelle a été effectuée. Cette indication est précieuse car elle nous permet de connaître le moment où la ponte de la femelle a été effectuée.

L'auscultation permet aussi d'identifier, surtout au niveau des parois des fibres, des souffles utérins qui sont facilement différenciés des bruits du cœur fœtal ce qui les rend synchrones au pouls maternel.

3) LES TESTS BIOLOGIQUES

Il existe certains cas assez rares dans lesquels un diagnostic précoce de grossesse doit être établi, défini ou confirmé. C'est au laboratoire que l'on demande alors de trancher la question. Les facteurs d'erreur dépassent rarement 5%.

L'urine de la femme enceinte contient en abondance des gonadotrophines qui déclenchent, chez certains animaux, des phénomènes endocriniens facilement appréciables. Ainsi des gonadotrophines produisent des pubertés précoces chez le sturion.

Chapitre deuxième

HYGIÈNE DE LA GROSSESSE

La grossesse est un état physiologique qui nécessite une surveillance particulière dont le principal résultat sera de permettre à la mère de conserver sa santé, sinon de l'améliorer, et surtout d'assurer au fœtus une vitalité normale. Cet état exige un mode de vie particulier et des attentions qui vont aider la mère à faire une gestation régulière et sans ennui. Le médecin, et sa collaboratrice l'infirmière, ont ici un rôle primordial à jouer : ils vont s'en acquitter par des interrogatoires, des examens et des conseils.

1) L'INTERROGATOIRE

L'interrogatoire est indispensable au médecin pour établir le bilan de santé de sa cliente. En effet, il est utile de connaître les antécédents tuberculeux, les traces possibles de syphilis, les lésions d'arthritisme, chez les parents de la future mère.

Dans ses antécédents personnels, il est intéressant de savoir, si possible, à quel âge elle a marché afin de dépister un rachitisme infantile qui aurait pu compromettre le développement du bassin ; de même est-il utile de connaître les maladies infectieuses qui auraient laissé des séquelles au niveau de ses organes essentiels, v.g. la scarlatine vis-à-vis du rein, une diphtérie grave ou un rhumatisme vis-à-vis du cœur, une pleurésie guérie, signe d'imprégnation tuberculeuse, etc.

De plus, le comportement antérieur de ses fonctions génitales, n'est pas indifférent : l'âge de la puberté, le cycle menstruel avant toute grossesse, l'âge au mariage, s'il y a lieu, l'histoire des grossesses antérieures, les modifications occasionnelles du cycle menstruel etc.

Il sera fort utile au médecin de savoir aussi les raisons d'une cicatrice abdominale ou mammaire.

En résumé, ce qui doit intéresser l'obstétricien, ce sont les antécédents pathologiques familiaux, les maladies antérieures de la patiente et son passé gynécologique ; l'occupation du mari, afin de pouvoir évaluer les obligations de la parturiente, devra également être connue.

2) L'EXAMEN

Les données fournies par l'interrogatoire doivent être nécessairement complétées par un examen physique qui pourra s'amorcer dès l'entrée de la patiente dans le bureau.

Un facies bouffi, des yeux saillants, une thyroïde proéminente, laissent deviner un déséquilibre thyroïdien; de la même façon, on reconnaîtra un état anémique par la pâleur des téguments. Les rousses et les "vraies" blondes doivent être plus surveillées, prédisposées qu'elles sont à des hémorragies lors de l'arrivée de l'enfant, comme une claudication fera craindre une déformation du bassin, source d'ennuis possibles lors de l'accouchement.

Ce premier diagnostic, basé sur les apparences extérieures, n'en est un que de simple présomption et doit être confirmé par un examen plus complet.

La patiente est dirigée vers la salle d'examen: on l'invite à vider sa vessie (dans un récipient, si elle n'a pas apporté un échantillon de ses urines), à enlever corset et pantalon, à desserrer ses vêtements, de façon à permettre l'examen de son cœur et le dépistage de toute inégalité de consistance au niveau des glandes mammaires. D'autre part, les urines sont utilisées pour vérifier s'il n'y aurait pas présence d'albumine (signe fréquent d'une néphrite), de sucre (marque d'un état diabétique), de pus ou de sang (indication que l'arbre urinaire est porteur d'une lésion qui devra être étiquetée. Cette partie de l'examen se termine par la prise de la pression artérielle.

On passe alors à l'examen gynécologique: la patiente peut rester suffisamment couverte de façon à ne pas blesser sa pudeur. Le médecin doit s'assurer avant tout du siège de la grossesse, i.e. que celle-ci est bien utérine et non pas extra-utérine.

Cette partie de l'entrevue sera complétée par l'enregistrement du poids et de la taille. De plus, il est toujours utile, dès la première entrevue, de prélever du sang pour un Bordet-Wassermann, un facteur Rh, comme on pourra prescrire une numération globulaire, si la patiente semble menacée d'anémie. Enfin l'examen serait incomplet, s'il ne comprenait le dépistage de tout foyer infectieux au niveau de la gorge, de la peau et du vagin, v.g. amygdalite purulente, furonculose, leucorrhée.

3) LES CONSEILS

L'interrogatoire et l'examen ont préparé la patiente à recevoir les conseils qui vont suivre sur le climat moral dans lequel elle doit vivre, le régime alimentaire qu'elle devra s'imposer, les vêtements qu'il conviendra de porter, les exercices et les voyages qu'elle pourra se permettre.

L'attitude mentale de la femme vis-à-vis son état de grossesse est de la plus haute importance: il appartient à ceux qui en prennent soin de lui montrer l'excellence et la beauté de la maternité qui constitue le plus parfait épanouissement pour la femme normale. Il convient souvent, en outre, de l'immuniser contre la pseudo-expérience des "commères" qui, bien involontairement sans doute, alarment la jeune mère par des pronostics sans fondements.

Non moins importante est *l'alimentation* de la femme enceinte. Il est presque physiologique, au début d'une grossesse, d'éprouver un certain dégoût à l'odeur des aliments, ce qui peut faire perdre quelques livres au cours des premières

semaines. Si la chose est possible, on recommande de fuir les odeurs de cuisson, sinon d'éviter la préparation d'aliments frits et de voir à bien ventiler la cuisine. Au cours d'une grossesse physiologique, il n'y a pas lieu d'adopter un régime particulier, sauf au cours des tout derniers mois. L'alimentation devra être complète et variée. L'augmentation totale du poids pendant une grossesse est d'environ 28 livres, mais elle peut varier chez les patientes trop grasses ou trop maigres: autrement dit, pour demeurer en santé, la femme enceinte devra gagner 28 livres de plus que son poids normal. En résumé, il faut faire maigrir les trop grasses et engraisser les trop maigres.

Au cours des derniers mois, il est bon de diminuer les aliments protéinés et l'usage excessif du sel, en raison des retentions faciles et du danger d'intoxication gravidique. Cette intoxication sera évitée, si la patiente veille à la régularité intestinale et au bon fonctionnement de son système urinaire.

L'hygiène vestimentaire de la femme enceinte se résume aux points suivants: chez la femme sportive, à muscles abdominaux bien conservés, on pourra tarder à recommander le port d'un corset; pour la généralité, cependant, les tiraillements musculaires douloureux sont diminués par une gaine qui sert, non pas à écraser, mais à soutenir l'abdomen: cette gaine jouera mieux son rôle, si on l'installe couchée en commençant à l'attacher ou à la fermer par le bas.

Afin d'éliminer les surcharges veineuses au niveau des membres inférieurs, on conseille d'éviter les longues stations debout et le port de jarrettières. De même faut-il bannir les talons en échasse qui exposent à des chutes préjudiciables. La marche est à conseiller.

Au début d'une grossesse, il arrive que la femme enceinte s'inquiète de savoir dans quelle mesure elle pourra continuer à pratiquer ses sports favoris, faire de l'exercice et même voyager pour son plaisir. Si l'équitation, la rame, le plongeon, le saut en ski sont défendus, par contre, la natation, le golf, le tennis (sans tournoi de peur de dépasser le seuil de fatigue), la marche en ski, le badmington ne sont pas contre indiqués. Chez la femme qui n'est pas une sportive, la marche, les quilles ne présentent aucun inconvénient. Il est bien entendu, d'autre part, que l'on doit être plus sévère pour la femme qui aurait fait des avortements ou qui serait actuellement menacée d'expulsion prématurée du produit de fécondation.

Les *voyages* constituent une excellente distraction pour la femme enceinte pourvu qu'elle y ait suffisamment de confort, qu'elle évite les refroidissements et qu'on lui ménage quelques instants de repos et de délassement à toutes les deux ou trois heures.

L'ouvrière ou la sténographe enceintes se demandent souvent si elles peuvent continuer leur travail régulier et pendant combien de temps? Dans les cas d'une grossesse normale, la femme enceinte peut continuer son travail régulier, même parfois jusqu'au huitième mois, pourvu que les conditions hygiéniques de température et de ventilation soient satisfaisantes.

La gravidité étant un état physiologique, il ne peut être question de "mettre en niche" la femme qui attend un enfant. Elle peut donc accepter et faire sans

danger des invitations pour une vie sociale normale. Si la nuit doit être écourtée par une soirée prolongée, il est à conseiller de prendre du repos avant la manifestation qui requerra de sa part un certain surmenage.

L'alcool et le tabac étant souvent une rançon de la vie sociale, en certains milieux, il est permis d'en faire usage avec mesure. Les alcools colorés (Scotch et Rye) sont à déconseiller: quant aux autres, il est préférable de les prendre fortement dilués. Il serait certainement cruel de proscrire totalement la cigarette à la femme enceinte; cependant, on conseille fortement à celles qui doivent nourrir de diminuer progressivement afin de ne pas affecter la qualité de la sécrétion lactée et la rendre ainsi partiellement toxique pour l'enfant.

Si les constatations faites à l'interrogatoire et à l'examen révèlent un état normal, le médecin fixera un nouveau rendez-vous quatre semaines plus tard. En fin de grossesse, les visites peuvent être plus fréquentes afin de dépister, dès le début, toute complication qui pourrait survenir.

Quant à celles dont l'état nécessite plus d'attention, le traitement variera suivant la condition pathologique qu'elle présente: nous lui consacrerons un chapitre particulier.

Il arrive assez fréquemment que la femme enceinte éprouve une certaine gêne à demander à son médecin quelles seront les répercussions de son état gravide sur sa vie conjugale.

Dans les cas physiologiques, rien ne s'oppose à ce que les conjoints pratiquent une vie conjugale normale; au cours des deux derniers mois cependant, il est recommandé d'espacer les rapports sexuels qui doivent être suivis de quelques heures de repos.

Dans les cas pathologiques, il est fort recommandé que la patiente demande à son médecin une direction très précise à ce sujet. En effet les cardiaques, les tuberculeuses, les malades qui ont déjà fait des avortements, qui sont porteuses d'un placenta praevia, etc., doivent, dans la mesure du possible, pratiquer la continence.

Après l'accouchement, on peut permettre une reprise de la vie conjugale normale lorsque les pertes sanguines ont cessé ce qui est généralement le signe que la plaie laissée par le traumatisme obstétrical est cicatrisée.

Chapitre troisième

PRÉSENTATION FŒTALE

Par *présentation fœtale*, on entend la région du fœtus qui a tendance à s'engager ou qui s'est déjà engagée dans l'excavation pelvienne en se mettant en rapport avec l'aire du détroit supérieur. On peut avoir trois présentations différentes: 1) présentation céphalique; 2) présentation pelvienne; 3) présentation du tronc.

Pour bien comprendre le phénomène de la présentation fœtale, il n'est pas inutile de rappeler ici la conformation du détroit supérieur du bassin. L'orifice supérieur de la filière pelvienne est constitué par le *promontoire*, la ligne inominée et la partie postérieure de la symphyse pubienne. Cet anneau irrégulier peut être divisé de plusieurs façons par des lignes imaginaires de différentes longueurs qu'on appelle *les diamètres* du détroit supérieur. Ainsi, la ligne antéro-postérieure qui va du promontoire à la partie postérieure de la symphyse pubienne a $9\frac{1}{2}$ cm. à 10 cm. et divise en parties droite et gauche l'orifice en question. De même, la ligne transverse médiane, constituant une partie antérieure et une partie postérieure mesure $13\frac{1}{2}$ cm.; le diamètre utilisable n'a cependant que 13 cm., refoulé qu'il est par le promontoire. Les deux diamètres obliques qui vont du milieu de l'arcade fémorale à l'articulation sacro-iliaque, ont une longueur de 12 cm.

Il est important que l'infirmière puisse reconnaître les différents modes de présentation fœtale; à cette fin, on utilise des *points de repère* qui varient selon le mode de présentation.

1. — PRÉSENTATION CÉPHALIQUE

Le fœtus se présente le plus souvent par la tête. Cette tête peut être hyperfléchie: c'est la présentation *occipitale* représentée par l'abréviation O. Si la tête est légèrement défléchie, on aura une présentation très rare, dite *présentation du front*, identifiée par la lettre F; lorsque la tête est complètement défléchie, la présentation est appelée *présentation de la face*, désignée par la lettre M (menton).

Pour diagnostiquer une *présentation occipitale*, il faut palper la fontanelle postérieure qui est située à la jonction de plusieurs sutures qui ont la forme d'un Y. Il n'est sans doute pas inutile de rappeler ici que la *fontanelle* est formée par l'union de plusieurs sutures, ces espaces non encore soudés qui séparent les os de la voûte crânienne.

La *présentation frontale* se reconnaît par la palpation de la fontanelle antérieure qui est formée par la rencontre de quatre sutures. L'os frontal se développant en deux parties.

La direction du fœtus dans l'excavation pelvienne peut être reconnue en passant le doigt sur la *suture sagittale* qui unit la fontanelle antérieure à la fontanelle postérieure.

La *présentation de la face* est caractérisée par la localisation du nez, à défaut du menton, plus difficile à atteindre, le nez étant représenté par une pyramide à trois faces dont l'une est percée de deux orifices; il est alors très facile de trouver la direction du menton.

2. — PRÉSENTATION PELVIENNE

La présentation pelvienne peut se diviser en trois :

a) *un siège complet* lorsque le fœtus est accroupi sur ses membres inférieurs : au toucher, il est facile de différencier un pied d'une main par le fait que le gros orteil ne peut se mettre en opposition avec les autres doigts. Le point de repère, dans ce cas, comme dans les deux autres formes de présentation pelvienne, sera la crête sacrée, en abréviation la lettre S.

b) présentation pelvienne dite "*mode des genoux*", lorsque les genoux se présentent les premiers à l'ouverture pelvienne. On les reconnaît par les deux cylindres formés par les cuisses qui précèdent le siège fœtal et son point de repère habituel, la crête sacrée.

c) le siège décomplet dit "*mode des fesses*", lorsque les deux membres inférieurs sont remontés parallèlement au tronc. Il est alors très facile d'atteindre directement la crête sacrée, l'examen n'étant plus gênée par les membres inférieurs.

3. — PRÉSENTATION DU TRONC

La présentation dite "du tronc" est en réalité une présentation de l'épaule qui peut, à son tour, être précédée ou non du bras; celui-ci est facilement reconnu en ce que le pouce peut s'opposer aux autres doigts. Autrement, il est facile d'atteindre le moignon de l'épaule et de glisser son doigt sur la cage thoracique.

4. — IMPORTANCE DES MODES DE PRÉSENTATION

Il est très important de noter que ces procédés de diagnostic de présentation ne peuvent être utilisés qu'au cours du travail, c'est-à-dire lorsque le col a atteint un certain degré de dilatation.

Cependant, au cours de la grossesse, on pourra, par l'inspection, la palpation, l'auscultation et la radiographie déterminer le mode de présentation du fœtus.

À l'inspection, il est possible de différencier une présentation longitudinale d'une présentation transverse car, dans ce dernier cas, le fond utérin trop bas ne correspond plus à l'âge de la grossesse et le grand axe utérin est transversal.

La présentation peut encore être reconnue par la palpation. En effet, un plan résistant formé par le dos du fœtus est perçu à droite ou à gauche de l'abdomen,

plus ou moins loin de la ligne médiane, suivant que le fœtus est en position antérieure, transverse ou postérieure. Opposé au plan résistant, on peut percevoir les petites parties fœtales. Ce plan résistant se termine à une de ses extrémités par un sillon, qu'on appelle *sillon du cou*, pour se continuer par une masse arrondie, lisse qui représente la tête.

À quelques centimètres du sillon du cou, en-dessous de l'extrémité supérieure du plan résistant, on entend les bruits du cœur fœtal: c'est ce qu'on appelle *le foyer d'auscultation*. Il sera sous-ombilical dans les présentations céphaliques et sus-ombilical dans les présentations podaliques.

La radiographie, en donnant l'image squelettique fœtale, établit avec certitude la présentation du fœtus.

L'infirmière doit être en mesure de diagnostiquer le mode de présentation du fœtus: cette présentation sera dite *droite* ou *gauche* selon que son point de repère occupera l'hémi-bassin droit ou gauche. Les lignes transversales imaginaires qui représentent les diamètres détermineront si la *présentation est antérieure, transverse ou postérieure*.

Ces diverses présentations, positions et variétés de positions se traduisent en obstétrique par des lettres:

La *première* désigne la présentation:

O: occiput	M: menton (<i>face</i>)
F: front	S: siège
A: épaule (acromion)	

Les *deux lettres suivantes* désignent l'hémi-bassin gauche ou l'hémi-bassin droit:

IG: la moitié gauche du bassin (iliaque)
ID: la moitié droite du bassin

La *dernière lettre* représente la variété de position:

A: antérieure
T: transverse
P: postérieure.

C'est ainsi, par exemple, qu'une présentation occipito-iliaque gauche antérieure se traduira par OIGA; de même, une postérieure par OIGP, une présentation du siège en iliaque droite postérieure, par SIGP.

5. — GROSSESSES MULTIPLES

Bien des gens se demandent s'il existe une loi qui préside aux grossesses multiples. Il semblerait que l'hérédité exerce une certaine influence sur la fréquence des jumeaux. Les statistiques établissent qu'on peut rencontrer une grossesse gémellaire tous les 250 accouchements: les triplets, beaucoup plus rares, se voient environ toutes les 6000 naissances.

En raison de leur fréquence, ce sont les grossesses gémeillaires qui nous intéressent particulièrement et que l'on peut diviser en *univitellines* et *bivitellines*. On dit qu'elles sont *univitellines* lorsqu'elles résultent de la fécondation d'un seul ovule: les fœtus sont alors de même sexe et sont dits identiques. Il n'y a alors qu'un seul placenta. La grossesse est *bivitelline* lorsque deux ovules ont été fécondés: il y a alors deux placentas, les fœtus peuvent être de sexes différents et ne sont pas identiques.

Les principaux signes d'une grossesse multiple sont: un corps utérin plus volumineux que l'âge de la grossesse, une fatigabilité et une dyspnée plus marquées au cours des derniers mois, de même que des œdèmes et des varices aux membres inférieurs. À la palpation et à l'auscultation, on reconnaît deux plans résistants et deux foyers d'auscultation; la radiographie révélera deux squelettes.

Tous les modes de présentation décrits plus haut peuvent se rencontrer chez les fœtus, mais la présentation de l'épaule est plus fréquente que d'ordinaire chez celui qui naît le dernier, en raison de la surdistension utérine.

Chapitre quatrième

GROSSESSES PATHOLOGIQUES

La grossesse, avons-nous dit, est un état physiologique, c'est-à-dire un état normal chez la femme adulte. Cet état, cependant, peut devenir pathologique ou se produire chez des femmes malades ou devenues malades au cours de leur gravidité.

I. — MALADIES PROPRES À LA GRAVITÉ

Les maladies ou phénomènes anormaux qui surviennent au cours de la grossesse sont au nombre de cinq: a) les intoxications; b) les infections; c) les hémorragies de la grossesse; d) l'hydramnios; e) la mort fœtale.

A) Intoxications

Les intoxications peuvent se manifester au début ou à la fin de la grossesse.

1. — Les vomissements

Au début, des intoxications se traduisent par des vomissements lents, simples d'abord et qui deviennent rapidement incœrcibles. Les vomissements simples n'ont pas d'effet sur l'état général de la patiente car elle garde une partie de ses aliments; quelques conseils de diététique associés à une médication appropriée en ont généralement raison. Ainsi une alimentation épaisse (boire loin des repas), la suppression des odeurs des aliments, le petit déjeuner au lit suivi d'un repos ont raison de ces vomissements anodins. Comme ces derniers ont lieu surtout le matin, ces petits trucs permettent de commencer la journée sur un bon pied, particulièrement si l'on y joint une médication légèrement calmante du système nerveux.

Les vomissements sont dits *incœrcibles* lorsque la femme enceinte ne tolère aucune nourriture ou si peu que son état général en est rapidement affecté. Ils se manifestent en trois phases: 1) amaigrissement; 2) accélération du pouls; 3) polynévrte.

Les principales caractéristiques de la première phase, celle de *l'amaigrissement* dont la durée est d'environ quatre à cinq semaines, sont l'intolérance totale de tout aliment, l'amaigrissement marqué et progressif, la sécheresse des muqueuses, la diminution du volume des urines, la constipation, l'irritabilité et une lassitude mêlée d'anxiété.

Durant la deuxième phase, qui dure de deux à trois semaines au maximum, la symptomatologie de la première phase s'accroît et, fait caractéristique, le pouls s'accroît jusqu'à 130 et même 160 à la minute.

Enfin, la dernière phase, celle de la polynévrite qui peut durer une quinzaine de jours, est généralement irréversible car elle peut coûter la vie à la patiente. Elle se manifeste par des douleurs intenses tout le long des filets nerveux.

Traitements

Le processus du traitement des vomissements incœrcibles peut se ramener aux techniques suivantes :

1) *isolement* de la patiente. Cet isolement peut se faire à domicile, mais sera grandement facilité par un séjour à l'hôpital afin de soustraire la malade, aux fatigues causées par les visiteurs dont les propos et les conseils intempestifs accentuent souvent l'état dépressif.

2) *Hydratation et reprise de l'alimentation*. L'hydratation a pour but de nourrir la patiente à un moment de sa grossesse où elle ne peut absorber par son tube digestif les substances indispensables à son équilibre normal. Ce traitement vise, en outre, à augmenter le volume des urines, à rééquilibrer les électrolytes et à fournir à la future mère les substances vivantes dont elle est privée par son jeûne forcé.

Cette hydratation se fait par voie endoveineuse au moyen de sérum glucosé à 5% auquel on ajoute 100 à 200 mm de vitamines B6; 2,500 cc. sont généralement donnés pendant les premières 24 heures. Au cours de ce premier traitement d'arrivée, des tests de laboratoire vont nous révéler le déficit sanguin en protéines, en potassium et en alcalins (réserve alcaline). Selon le cas, des sérums contenant protéines, potassium, bicarbonate de soude corrigeront les déficiences notées. C'est encore en donnant du sang frais, qu'on lui fournira les substances digérées qui agiront le plus rapidement.

Afin d'éviter à la patiente tout réflexe nauséeux digestif qui ne font qu'ajouter à sa fatigue, des suppositoires contenant des somnifères vont la plonger dans un demi-sommeil qui nous aidera, dans les jours qui vont suivre, à lui faire reprendre une alimentation épaisse, à son goût et qu'elle pourra tolérer.

Puis, au rythme des améliorations, on diminue les sérums et les somnifères. La patiente pourra songer à retourner chez elle et à reprendre une vie normale lorsque les douleurs de la polynévrite auront disparu, quand le pouls sera ralenti et que l'augmentation du poids se fera régulièrement.

Parallèlement aux médications qui tentent d'améliorer l'état physique, il est de la plus haute importance que l'infirmière, de son côté, complète le traitement par des "injections à doses massives" d'optimisme et de confiance en la vie.

Une autre intoxication qui accompagne souvent les vomissements gravidiques s'appelle le *Ptyalisme*. C'est une hyper-sécrétion salivaire qui incommode la patiente et qui disparaît généralement vers le quatrième mois. Le Ptyalisme semble d'origine anaphylactique puisqu'il est amélioré par des antihistaminiques.

2. — L'éclampsie

À la fin de la grossesse peuvent se manifester des états pré-éclamptiques et éclamptiques. Ils se produisent plus rarement au cours du travail et accidentellement aux suites de couches.

Parmi les facteurs prédisposants à l'éclampsie, il convient de signaler les maladies infectieuses qui laissent des séquelles rénales, telles la scarlatine, l'hypertension, les défauts de régime (excès de viande, de sel) en fin de grossesse.

Les principaux signes d'une éclampsie qui se prépare sont l'hypertension, l'albuminurie et l'augmentation anormale de poids. Un écart vers le haut, de 20 mm environ sur la pression maxima constatée à l'occasion de deux visites successives doit être considéré comme pathologique, surtout si l'on trouve des traces d'albumine dans les urines et que l'augmentation de poids a dépassé une livre par semaine.

Ces premiers signes, qui peuvent être jugés comme un avertissement sérieux, ne laisseront aucun doute sur l'issue qui se prépare lorsqu'ils seront complétés par une céphalée frontale tenace, par des troubles de la vue, par des douleurs au creux épigastrique et par des œdèmes généralisés, tels bouffissures du visage, œdème des doigts, des mains et des membres inférieurs.

La base du traitement de l'état pre-éclamptique, c'est : 1) la désintoxication ; 2) une médication hypotensive et diurétique. La désintoxication se fait par une diète hypotoxique comprenant des fruits, des légumes sans sel, des laitages (ceux qui aiment les aliments piquants peuvent toujours remplacer le sel par quelques gouttes de jus de citron ou certains sels de commerce, à base de chlorure d'ammonium). Dans les cas graves, l'alimentation se limitera au lait et aux jus de fruits.

La médication comprendra des hypotenseurs et des diurétiques non mercuriels. Il est bien entendu qu'il est important de surveiller les émonctoires. Un volume d'urine diminué de même que des urines foncées pourront nous suggérer d'injecter à la patiente du sérum glucosé hypotonique qui favorisera une débâcle urinaire. Comme toujours, il est essentiel que les intestins soient libres.

Les grandes hypertendues bénéficieront d'une saignée de 250 à 500 cc. si l'on n'entrevoit pas que l'accouchement se produira dans un avenir rapproché. Dans ce dernier cas, la saignée est contre-indiquée à cause du danger d'hémorragie lors de l'accouchement et de l'anémie qui pourrait en résulter. Si après quinze jours d'un traitement bien conduit, l'état de la patiente demeure sans amélioration, nous croyons qu'il y a nécessité de déclencher le travail dans l'intérêt de la mère aussi bien que dans celui de l'enfant.

L'éclampsie est caractérisée par des convulsions toniques et cloniques s'accompagnant de pertes de la sensibilité et de l'intelligence,

Plusieurs théories tentent d'expliquer les causes de l'éclampsie ; quelques-unes l'attribuent à des troubles hépatiques, d'autres à une insuffisance rénale, d'autres

enfin à une toxicité des sécrétions placentaires. Pour notre part, nous estimons que l'une ou l'autre de ces trois causes peut occasionner cet état pathologique.

Grâce à l'hygiène de la grossesse, les cas d'éclampsie sont de plus en plus rares. Il n'est même pas inutile de souligner que le professeur d'obstétrique doit souvent se contenter d'un enseignement livresque sur ce point.

L'éclampsie se produit en fin de grossesse, surtout vers le neuvième mois, plus rarement au cours du travail, accidentellement pendant les suites de couches.

L'éclampsie peut se manifester de deux façons: 1) ou bien, elle est un phénomène subit et imprévu parce que la femme n'a pas consulté son médecin, qu'elle n'a pas prêté l'attention qu'elle aurait dû à certains malaises qu'elle ressentait, tels céphalés frontales tenaces, troubles de la vue, bouffissures, œdèmes persistants, douleurs au creux épigastrique, changement dans le volume et la couleur des urines, etc.; 2) ou bien, elle est un phénomène prévu, en raison du fait que, malgré un traitement bien conduit pour prévenir cet état, la femme n'a pas réagi tel qu'on s'y attendait.

Les principaux symptômes de l'éclampsie sont la perte de connaissance avec convulsion de tous les muscles: la patiente inconsciente agite ses bras, ses jambes, contracte son visage, retourne généralement ses yeux vers le haut, la pupille se dilate, ne réagissant plus à la lumière, la langue est expulsée vers l'extérieur de la bouche et les maxillaires ont tendance à se fermer comme un étau risquant ainsi de sectionner ou de couper la langue. Enfin, les contractions des muscles du larynx amènent une respiration difficile et bruyante (stertoreuse) qui provoque bientôt une cyanose marquée de toute la patiente: ceci constitue le sommet de la crise. Puis, au cours des dix secondes qui suivent, les muscles fatigués deviennent atones, la patiente manifeste une somnolence profonde au cours de laquelle elle reprend graduellement sa couleur normale grâce à la respiration qui recouvre son rythme coutumier.

Pronostics, complications, séquelles

Le rôle du pronostic, comme on le sait, consiste à déterminer les chances du succès du traitement et la rapidité de la guérison. Dans le cas de l'éclampsie, il est basé sur la profondeur du coma entre la fréquence des crises, le volume et la qualité des urines (les urines peu abondantes et foncées étant de mauvais présage), et l'hyperthermie.

Les principales complications qui peuvent se produire en cas d'éclampsie sont ou *immédiates* ou *tardives*. Les complications *immédiates*, chez la mère sont l'hémorragie cérébrale, le décollement de la rétine, les hémorragies intra-hépatiques et chez le fœtus, un hématome rétroplacentaire qui peut amener une mort fœtale *in utero*. Les complications *tardives*, chez la mère, sont les néphrites chroniques albuminuriques qui peuvent engendrer des rétinites de même nature qui laissent souvent la femme en état d'hypertension permanente.

Traitement

La crise d'éclampsie se produisant souvent sans prodrome, il est très important que l'infirmière sache la conduite à tenir auprès d'une personne en convulsions éclamptiques. Elle devra donc :

1) protéger la patiente en l'empêchant de se mordre la langue. Si elle a des prothèses, on devra les lui enlever ; si non, il est recommandé d'écarter les arcades dentaires à l'aide d'un crayon ou mieux d'une serviette qui protégera la langue contre les morsures. L'infirmière devra en outre s'assurer que la ventilation pulmonaire n'est pas gênée par des vêtements serrés. Il est inutile, aussi, de tenter d'empêcher les mouvements convulsifs à moins que, par ces mouvements, la malade ne s'expose à des traumatismes sur les plans résistants qui l'entourent.

2) oxygéner la malade en lui administrant, au sommet de la crise, de l'oxygène à 40%. Cette médication a pour but d'éviter à la substance cérébrale, comme à l'organisme en général, une surcharge de CO_2 . S'il n'y a pas de ballon d'oxygène à la disposition de l'infirmière, celle-ci devra faciliter, par tous les moyens possibles, l'oxygénation atmosphérique ordinaire en veillant à ce que la pièce soit bien ventilée, à ce que la patiente ne recouvre pas ses orifices respiratoires avec des couvertes ou avec une serviette. On ne saurait condamner trop fortement l'administration de chloroforme au moment de la crise car, en réalité, c'est ajouter un toxique à une personne déjà intoxiquée. Quant à l'éther, son usage n'est pas plus à recommander, car, en raison de l'agitation de la patiente, il présente des dangers de brûlures et empêche une oxygénation normale.

La crise étant passée, il est important d'instituer un traitement médical en vue 1) de désintoxiquer la malade ; 2) de prévenir de nouvelles crises.

La *désintoxication* consiste à stimuler le fonctionnement intestinal et rénal par un lavement évacuant (lavement à la melasse) et du sérum glucosé hypertonique intra-veineux. La technique de cette désintoxication suit généralement le processus suivant :

a) chez la femme en voie d'accouchement manifestant déjà une certaine dilatation du col, la rupture des membranes accélère le travail, chez celle qui est déjà prédisposée par sa pathologie à une expulsion rapide.

b) chez celle qui ne l'est pas, et dont la pression artérielle est très élevée, on pratique une saignée de 250 cc, afin de diminuer les surcharges rénales et pulmonaires et de soulager le muscle cardiaque.

Après l'une ou l'autre de ces interventions préliminaires, il est utile de faire le traitement qui suit :

1. — la malade ne devant être pour aucune considération laissée seule, on devra exercer sur elle une surveillance continue en raison des blessures possibles et de l'accouchement qui peut se faire en vitesse.

2. — on conseille généralement une oxygénation : O_2 40%, 10 minutes aux heures.

3. — on applique une vessie de glace sur la tête et de la chaleur au pied afin de diminuer la congestion cérébrale; l'infirmière devra se rappeler que les patientes comateuses n'ont plus de reflexes et qu'il convient de veiller à ce que la source de chaleur utilisée ne soit pas trop intense.

4. — on administre aux six heures du serum glucosé à 10%, 500 cc, dans lequel on a ajouté une ampoule de sulfate de magnésie, 2 gr.: cette médication est diminuée progressivement au rythme de l'amélioration de la patiente.

5. — on utilisera, en cas d'agitation ou de crises subintrentes d'éclampsie, un barbiturique intraveineux qui tranquilisera la patiente et diminuera l'anxiété des membres de sa famille. (v.g. 4 cc. de somnifère intraveineux).

6. — on peut compléter la médication par un diurétique non toxique.

7. — l'infirmière devra isoler sa patiente en la protégeant de toute excitation périphérique qui pourrait déclencher de nouvelles crises d'éclampsie. Il conviendra donc de l'isoler du bruit, de la protéger contre les variations brusques de température et des lumières trop intenses. Elle devra également surveiller la pression artérielle et la température: afin d'éviter toutes stases aux bases pulmonaires, il est recommandé de déplacer assez souvent la malade, modifiant ainsi ses points d'appui.

8. — on devra se rappeler enfin que la patiente ne peut absorber par la bouche aussi longtemps qu'elle ne sera pas parfaitement consciente. La reprise de l'alimentation se fait lentement et progressivement: on pourra donner de la viande, des œufs et du poisson et une diète chlorurée lorsque les symptômes auront disparu, mais on devra surveiller régulièrement la pression artérielle et les urines afin de prévenir les néphrites, séquelles fréquentes de l'état éclamptique.

Lors de grossesses ultérieures, ces patientes, sans être alarmées outre mesure, devront être suivies avec plus d'attention.

B) Infections

Les principales infections au cours de la grossesse sont les: pyélo-néphrites gravidiques, les vaginites et l'infection de l'œuf.

1. — *Pyélo-néphrites gravidiques*

La pyélo-néphrite gravidique est une infection des canaux excréteurs du rein. Elle se rencontre surtout entre le quatrième mois et demi et le cinquième mois et demi de la grossesse; sa fréquence est augmentée à l'automne et au printemps en raison des changements brusques de température. Les femmes prédisposées à la constipation en sont plus souvent atteintes que celles dont les intestins fonctionnent régulièrement.

La pyélo-néphrite gravidique comporte deux phases: 1) la phase pré-suppurative; 2) la phase suppurative.

Les principales caractéristiques de la *phase pré-suppurative* sont les suivantes : pâleur du visage, haleine légèrement fétide (Odeur de colibacille), lassitude, fatigabilité, courbature, lombalgie, température au-dessus de la normale, somme toute un état grippal. L'examen des urines révélera alors des leucocytes libres, une flore microbienne abondante.

La *phase suppurative* est caractérisée par une localisation de la douleur à l'un des points costaux lombaires (le plus souvent à droite) des clochers de température et la présence de pus dans les urines.

La femme qui a déjà fait une pyélo-néphrite est prédisposée à récidiver ; elle doit donc être surveillée jusqu'à la fin de sa grossesse comme aussi à l'occasion de sa grossesse future.

Le traitement peut se résumer comme suit : repos au lit, glace sur la région douloureuse, administration d'antiseptiques urinaires sous forme de sulfas aquasolubles et d'antibiotiques à spectre suffisamment large pour atteindre le colibacille et ses associés.

2. — Vaginites

Les vaginites les plus fréquemment rencontrées sont de trois espèces ; 1) vaginite gonococque ; 2) vaginite à trichomonas ; 3) vaginite à champignons (*Monilia albicans*).

a) Vaginite gonococque

Grâce aux antibiotiques, les vaginites gonococques sont aujourd'hui extrêmement rares. Il est important de les mentionner ici cependant afin de pouvoir en faire le dépistage et d'empêcher ainsi des suites de couches orageuses pour la mère et une conjonctivite chez l'enfant.

La patiente se plaint généralement de dysurie, de dyspareunie et d'une leucorrhée verdâtre tenace. À l'examen, on constate en écartant les lèvres, un vagin rouge d'où s'écoule un pus verdâtre ; les orifices externes des glandes du vagin sont entourées d'un halo rouge et la compression de ces canaux fait souvent sourdre une goutte de pus dans laquelle il est facile de retrouver intra et extra-cellulaire le diplocoque Gramm négatif qu'est le Neisser.

Le diagnostic étant porté, il est essentiel de s'assurer que le partenaire est lui-même sous traitement.

Grâce aux antibiotiques, on obtient rapidement une guérison qui doit être confirmée par trois examens de laboratoire négatifs.

b) Vaginite à trichomonas

Le Trichomonas est un protozoaire flagellé facile à reconnaître au microscope ; il suffit de faire un prélèvement d'une goutte de pus au niveau du cul-de-sac postérieur et de l'examiner entre lame et lamelle pour retrouver le parasite qui cause une leucorrhée hydro-aérée blanchâtre très prurigineuse.

Toute médication qui tend à donner au vagin son acidité normale assurera généralement la guérison.

c) *Vaginite à champignons*

Le principal symptôme de la vaginite à champignons n'est pas la leucorrhée, mais un prurit excessivement intense à exagération nocturne, la chaleur du lit favorisant l'exacerbation des crises. On peut y ajouter une dyspareunie très accusée qui rend toute cohabitation pratiquement impossible.

À l'examen, on trouve un vagin rouge recouvert de plaques blanchâtres adhérentes; dans ce cas les pertes vaginales sont réduites au minimum. La prudence recommande de confirmer le diagnostic par un examen microscopique au cours duquel il sera facile d'identifier bâtonnets et spores.

Toute médication à base de Violet de Gentiane est le traitement spécifique de ce genre de lésions. On doit y ajouter le repos et des calmants du système nerveux si l'intensité du prurit le justifie.

Rappelons en terminant que les leucorrhées de la femme enceinte doivent être identifiées 1) afin d'assurer son confort pendant la grossesse; 2) pour prévenir toute infection ascendante pendant les suites de couches et empêcher également toute infection chez le nouveau-né.

3. — *Infection de l'œuf*

Pour qu'il y ait infection de l'œuf, il faut que les membranes se rupturent prématurément; autrement dit, l'infection est toujours ascendante, i.e. qu'elle va du vagin à la cavité utérine.

Les principaux symptômes de l'infection de l'œuf sont les suivants: 1) écoulement vaginal de couleur grisâtre et d'odeur fétide; 2) état subfébrile; 3) malaises abdominaux. À l'examen, on trouve un utérus molasque, douloureux à la palpation, moins volumineux que l'âge correspondant de gravidité; le col peut être perméable et laisser percevoir de petites parties fœtales; les pertes qui suivent l'examen peuvent être plus abondantes et très fétides.

Le traitement comporte les étapes suivantes: 1) il convient de circonscrire l'infection par le repos, la glace sur l'abdomen; de favoriser le drainage de la cavité en immobilisant la patiente dans une position demi-assise et de combattre l'infection par les antibiotiques; 2) l'œuf étant mort, son expulsion assure généralement la guérison de la patiente.

C) **Hémorragies de la grossesse**

Malgré la médecine moderne, l'hémorragie demeure le cauchemar de ceux qui s'occupent d'obstétrique. Nous verrons d'abord les lésions qui peuvent être causes de pertes sanguines génitales coïncidant avec la gravidité, puis celles qui sont les plus fréquentes à chaque tiers de grossesse.

Il est bon de se rappeler qu'une femme enceinte peut être porteuse de lésions du col ou du vagin non en rapport avec son état. En grossesse, comme en tout autre temps, les pertes sanguines génitales doivent être identifiées. L'interrogatoire de la patiente ne suffit pas pour étiqueter le genre de lésions dont la femme est porteuse: un examen gynécologique complet est donc indispensable. La patiente qui saigne doit subir un toucher vaginal, puis un examen au spéculum et une biopsie si nécessaire. Ces examens faits sans brusquerie n'ont jamais été la cause d'avortement ou d'accouchement prématurés. Ils nous permettent de découvrir un polype du col à pédicule ulcéré qui saigne, facilement extirpable par simple torsion à la pince. On peut aussi déceler une ulcération suspecte ou un épithélioma qui peut être végétant ou infiltrant ou simplement *in situ*. On a aussi parfois la surprise de découvrir une brûlure du vagin au moyen d'une tablette de permanganate de potasse qui simule bien les hémorragies d'un avortement. Après découverte de l'ulcération qui saigne, on lave le vagin à l'eau stérile afin d'enlever toutes les parcelles caustiques: on avive les lèvres des ulcérations qui sont généralement au nombre de deux ou trois; on suture au moyen d'un surget avec aiguille atraumatique.

La patiente est alors mise au repos pour quelques jours, puis elle apprend qu'elle continue cette grossesse débuté sans enthousiasme. Accompagnée de bons conseils, cette technique permet de lui faire accepter de conduire à terme son enfant.

Il nous a été donné de ne voir qu'une fois une perforation d'un vaisseau du vagin à l'aide d'un corps contondant (broche à tricoter). Après suture, tout est entré dans l'ordre: quelques transfusions ont redonné à la patiente des équilibres sanguins et psychiques normaux.

Heureusement ces lésions sont peu fréquentes et les pertes sanguines que l'on rencontre sont souvent en rapport avec l'état grévide.

1) *Premier tiers de la grossesse*

a) *Avortement*

L'avortement est l'expulsion d'un fœtus non viable (avant six mois). Les facteurs prédisposants à l'avortement sont: 1) l'hypoplasie utérine; 2) les dysendocrinies qui troublent la nidation de l'œuf; 3) les infections, telles la syphilis; 4) les intoxications par le CO ou le CO₂ (cuisinières), par le plomb; 5) les traumatismes au niveau de l'abdomen et des seins, surtout chez les femmes prédisposées.

Si on admet les statistiques du professeur Hertig, 10% des grossesses ne se rendent pas à terme; cependant grâce à un traitement bien conduit, on peut obtenir dans 10% de ce pourcentage des enfants viables.

Les premiers symptômes d'un avortement qui se prépare sont les douleurs abdominales et les pertes sanguines; si l'on constate à l'examen, l'effacement et la dilatation du col, l'avortement sera inévitable.

Traitement d'un avortement évitable

La patiente doit demeurer au lit; un sac de glace sur son abdomen peut être fort utile pour retenir la malade en place. Les douleurs sont calmées par des analgésiques en tablettes, en suppositoires ou en injections suivant la rapidité de l'action désirée.

Comme traitement de fond, il est recommandé d'injecter 80 à 100 mm de corps jaune, puis par la bouche, 10 mm., trois fois par jour de stillboestrol qui stimule les sécrétions lutéiniques maternelles.

Les examens de sang de routine sont faits; numération globulaire, groupement sanguin, facteur Rh, B.W., compatibilité sanguine afin de n'être pas pris au dépourvu.

La pression artérielle est surveillée; l'histoire de cas est détaillée.

La patiente est tenue au repos jusqu'à vingt-quatre heures après l'arrêt des pertes sanguines et des douleurs. La vie conjugale n'est reprise qu'après huit jours et ce sans excès, i.e. deux fois la semaine, avec séjour au lit de quelques heures à la suite du coit. L'abstinence est conseillée, si la moindre perte sanguine ou douleur rythmée est déclenchée.

La médication au stillboestrol à dose progressive est généralement continuée jusqu'au huitième mois, surtout si la femme a déjà fait des avortements. Si elle est d'un type Rh négatif, on pratique des tests de Coombs en série (dosage des anticorps) ce qui peut renseigner sur l'état de sensibilité de la mère et le danger d'érythroblastose de l'enfant. Les résultats de ces tests pourront inciter le médecin à déclencher prématurément le travail lorsque l'enfant est bien viable.

Traitement de l'avortement inévitable

Si les pertes sanguines sont trop abondantes et qu'il soit impossible de faire un curetage ou un curage immédiatement, un tamponnement cervico-vaginal, avec une mèche de deux pouces de large, imbibée de sérum, est introduit dans les organes génitaux externes à l'aide d'un spéculum et d'une pince. Si, en dépit de ce pansement, les pertes continuent, on injecte un demi cc. d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse intramusculaire, ce qui aidera au parfait décollement de l'œuf et tarira les pertes sanguines, tout en permettant une dilatation suffisante du col. Le tamponnement est enlevé lorsque tout aura été préparé pour le curage ou le curetage.

Préparation d'une patiente qui doit subir un curetage

Afin de pouvoir transmettre des renseignements précis à l'anesthésiste, l'infirmière devra s'informer depuis combien de temps la patiente est à jeun.

L'infirmière doit également procéder à la toilette et au rasage des organes génitaux externes. Elle devra s'assurer que le personnel de la salle d'opération est averti de l'heure de l'intervention.

Quelques instants avant d'y conduire sa patiente, elle devra contrôler si elle a reçu sa médication pré-anesthésique et si la vessie a été vidée, soit par miction naturelle ou catéthérisme si nécessaire.

Instrumentation nécessaire pour curetage

Les instruments suivants, préalablement stérilisé, sont placés sur un champ également stérile :

pince et tampon pour désinfection locale

valve afin d'écartier les parois vaginales

pince de Museux

bougies de Hegar

dilatateur

curettes mousses

mèche de deux pouces de large et quelques gazes.

Si la patiente devait subir cette intervention à domicile, la même instrumentation stérile serait indispensable. Pour le confort de l'opérateur, on place la patiente sur une table, en ayant soin de retenir ses jambes par un drap passé derrière le cou et noué aux genoux.

Suites opératoires

L'infirmière ne devra pas laisser la patiente à elle-même avant qu'elle n'ait repris connaissance ; elle doit s'assurer qu'un pansement stérile recouvre les organes génitaux et que la malade ne saigne plus ; elle doit enfin s'informer quand enlever le tamponnement.

b) *Extra-utérine*

L'extra-utérine est une grossesse qui se développe en dehors de la cavité utérine : elle peut être tubaire, ovarienne ou abdominale. Les grossesses tubaires sont les plus fréquentes. Un relevé fait aux Etats-Unis en 1948 sur plusieurs millions d'accouchements a montré qu'on voit une extra-utérine pour chaque 177 accouchements à terme comme moyenne. Cette proportion ne peut qu'augmenter en raison du facteur prédisposant des salpingites guéries grâce aux antibiotiques.

La grossesse extra-utérine constitue un état normal qui évolue nécessairement vers une pathologie grave mettant la vie de la mère en danger et rendant impossible le développement de l'œuf jusqu'à viabilité à moins que cette grossesse ne soit franchement abdominale. Dans ce dernier cas, lorsque le diagnostic est porté, une laparotomie permet d'extraire un enfant vivant, les problèmes médicaux se réglant alors à la salle d'opération.

Les principales étapes de l'évolution d'une grossesse extra-utérine sont les suivantes :

a) *avant la rupture d'un vaisseau maternel*

La femme présente les signes habituels d'une grossesse à ses débuts, sauf peut-être quelques douleurs abdominales vagues accompagnées de légères pertes sanguines simulant une menace d'avortement. Ces douleurs peuvent se produire au moment de la défécation ou des mictions. À l'examen cependant, on doit soupçonner une grossesse extra-utérine lorsqu'on sent une masse para-utérine douloureuse, ces douleurs étant suffisamment intenses pour produire de petits états syncopaux qui s'estompent rapidement par le repos.

b) *lors de la rupture d'un vaisseau maternel*

La femme accuse une douleur intense qui l'oblige à s'asseoir ou à s'aliter et elle présente en même temps des signes d'hémorragie interne: pâleur des téguments, accélération du pouls, qui peut devenir même pratiquement imperceptible, chute de la pression artérielle, transpiration subite avec froideur des extrémités. Les pertes sanguines vaginales insignifiantes ne sauraient donc justifier cet état d'anémie grave. Il faut donc chercher une autre cause et cette cause est l'hémorragie interne.

À l'examen, tout l'abdomen est douloureux, tendu, sans contractures; la décompression brusquée de la paroi abdominale, comme toute pression au niveau du cul-de-sac postérieur peuvent déclencher une douleur intense qui conduisent à la syncope. Toute pointe herniaire peut apparaître bleutée en raison de l'épanchement sanguin intra-abdominal (signe de Cullen). Dans certains cas, la femme accusera des douleurs aux mognons de l'épaule en raison de l'irritation des branches terminales du nerf phrénique au niveau de la coupole diaphragmatique. Les cas douteux pourront être confirmés par une ponction du Douglas.

Dès que l'on soupçonne que la patiente est porteuse d'une grossesse extra-utérine, elle devra être hospitalisée. Le diagnostic étant confirmé, le traitement suivant s'impose alors: il faut d'une part arrêter l'hémorragie et d'autre part remplacer le sang perdu.

Pour arrêter l'hémorragie, la patiente devra subir une laparotomie d'urgence et le sang perdu sera remplacé par des transfusions. Les suites opératoires sont les mêmes que celles d'une opérée ordinaire. La patiente devra être surveillée au point de vue température, pouls, pression artérielle.

2) *Deuxième tiers de la grossesse*

Avortement et rupture de grossesse extra-utérine peuvent se produire aussi bien au deuxième tiers de la grossesse que durant les premiers mois. Cependant, à cette période de gravidité, les statistiques nous apprennent que un sur 2000 états gravidés se développe en *môle hydatiforme*.

La *môle hydatiforme* est une dégénérescence fibrokystique des villosités chorionales. Cette pathologie se manifeste par les symptômes suivants: 1) des pertes sanguines qui simulent un avortement; 2) des signes d'intoxication qui se manifestent par de la céphalée, une légère hypertension et de l'albuminurie; 3) à

l'examen on trouve un corps utérin plus volumineux que l'âge de la grossesse et des ovaires porteurs de kystes lutéiniques; 4) un signe pathognomonique, qui est l'expulsion de petits kystes blanchâtres de volumes variables d'un pois à un petit œuf (grains de raisin). Dans le doute, le diagnostic pourra être confirmé par le dosage des gonadotrophines placentaires. Un dosage au-delà de 50,000 unités est un signe incontestable de la présence d'une môle. Dans le cas contraire, on ne peut éliminer complètement l'hypothèse d'une môle, car certains placentas peuvent ne subir qu'une dégénérescence partielle et permettre, de ce fait, l'existence d'un fœtus. Il est donc très important que tout placenta expulsé prématurément ou à terme soit examiné, non seulement pour constater s'il est complet, mais aussi pour contrôler la présence ou l'absence d'une dégénérescence fibrokystique. Une radiographie pourrait être utile, en certaines circonstances, pour confirmer l'absence de fœtus et permettre un traitement adéquat.

Traitement

Le diagnostic étant porté, il n'y a pas d'intérêt à laisser continuer l'évolution d'une môle. L'état anémique, conséquence inévitable des pertes sanguines répétées, est corrigé par des transfusions; on favorise alors l'expulsion de la môle par la mise intracervicale de tiges laminaires ou d'un petit ballon.

La médication que nous venons de décrire s'applique, il va sans dire, au cas idéal; mais l'expérience nous a appris que les choses se passent généralement de façon fort différente dans la pratique. En effet, la patiente consulte habituellement d'urgence, en pleine expulsion de sa môle.

Il s'agit alors de compléter l'expulsion de la môle par un curage ou un curetage à la curette mousse, pendant que le laboratoire nous donne la réserve sanguine de la patiente et nous indique si elle doit, recevoir des transfusions. Ces malades ne doivent pas être abandonnées à elles-mêmes car la môle hydatiforme peut laisser des séquelles qui mettront la vie de la patiente en danger: môle disséquante qui se développe dans la paroi utérine et peut être cause de rupture ou encore de transformations malignes des cellules molaires en chorio-épithéliome.

On comprendra qu'il est de la plus haute importance que la patiente ne soit pas laissée à elle-même; en effet, il convient de lui faire subir le dosage de ses gonadotrophines au cours de ses suites de couches afin de dépister toute récurrence ou dégénérescence maligne. L'infirmière devra donc encourager sa malade à se soumettre de bonne grâce aux prescriptions de son médecin et à accepter dosages et examens aux dates prescrites.

3. — Troisième tiers de la grossesse

Les principales causes de pertes sanguines pendant le dernier tiers de la grossesse sont: 1) l'accouchement prématuré; 2) le placenta praevia; 3) l'hématome rétroplacentaire.

a) *L'accouchement prématuré*

De 5% à 7% des accouchements se produisent prématurément soit par hydramnios, gémellité ou sans raison connue: ils se comportent alors de façon normale, sauf dans certains cas où une pathologie associée les a rendus compliqués par la médication. Une patiente, par exemple, peut recevoir des anti-coagulants en raison d'une phlébite ou d'un infarctus du myocarde: cette malade devra être suivie avec beaucoup d'attention et même avant toute perte sanguine, on devra s'assurer que la banque de sang garde en réserve des sangs compatibles avec celui de la patiente.

b) *Placenta praevia*

On entend par *placenta praevia*, l'insertion de l'arrière-faix sur le segment inférieur du corps utérin. Cette insertion peut revêtir trois formes: on dit qu'elle est *centrale* lorsqu'elle recouvre complètement l'orifice cervical; elle est *marginale* lorsqu'un cotylédon placentaire empiète sur l'orifice; elle est *latérale* quand le placenta est inséré sur le segment inférieur, sans atteindre, l'orifice cervical. On sait déjà, en effet, que le placenta s'insère normalement au deux-tiers postéro-supérieur du corps utérin.

L'hémorragie qui est la conséquence fatale du placenta praevia s'explique par la distension du segment inférieur au cours des derniers mois de la grossesse et au cours du travail. Cette distension, en effet, produit des tiraillements sur la masse placentaire et amène son décollement.

Le placenta praevia se manifeste généralement en fin de grossesse: on le reconnaît aux signes suivants: pertes sanguines qui apparaissent sans raison et sans douleur, aussi bien au repos qu'à l'exercice.

Au palper abdominal, on constate que la partie qui se présente reste au-dessus du détroit supérieur, refoulée par la masse placentaire; au toucher vaginal, un col perméable peut permettre d'atteindre des cotylédons à l'orifice cervical, mais cet examen ne doit pas être poussé afin de ne pas provoquer de nombreux décollements qui augmenteraient l'hémorragie. Le cousinage des culs-de-sac permet de confirmer l'insertion basse du placenta. Dans le doute, une radiographie, au moyen d'un filtre ou après injection de substances opaques dans la vessie permet de localiser plus sûrement le lieu d'insertion placentaire.

Toute patiente porteuse d'un placenta praevia doit être hospitalisée afin de procéder sans retard à son bilan sanguin: formule sanguine, facteur Rh, groupement et compatibilité sanguins. Certains praevias ne se manifestent que pendant le travail: nous en reparlerons au chapitre de l'expulsion de l'œuf. Tamponnement, coagulants ont peu d'utilité sauf peut-être pour faciliter le transport de la malade à l'hôpital où le service d'obstétrique devra être en état d'alerte afin de Césariser la patiente d'urgence si les hémorragies se continuent ou se répètent.

Si on admet comme principe que la mère est toujours le meilleur incubateur pour son enfant, on attend le plus près possible du terme pour agir, à moins que

les pertes sanguines ne nous forcent la main. La patiente devra demeurer à l'hôpital ou dans son voisinage afin de pouvoir subir d'urgence la césarienne qui la mettra à l'abri des hémorragies dangereuses.

Sur 3,500 accouchements relevés dans l'un de nos hôpitaux, 22 femmes ont dû subir des césariennes pour placenta praevia.

c) *Hématome rétro-placentaire.*

L'hématome rétro-placentaire est le résultat d'un décollement total ou partiel du placenta par un hématome qui se forme entre la masse placentaire et la paroi utérine. Il peut se produire brusquement, mais il fait souvent suite à des signes d'intoxication gravidique, tels albuminurie et hypertension, traumatisme abdominal violent au niveau de l'insertion placentaire.

Le principal symptôme de l'hématome rétro-placentaire est une douleur abdominale intense. À l'examen, on constate un utérus dur, ligneux, où il est difficile de reconnaître les parties fœtales. L'auscultation du cœur du fœtus donne généralement un résultat négatif. L'examen vaginal révèle des pertes sanguines noirâtres.

Devant des signes cliniques estompés, le repos, avec cure de désintoxication, peuvent être suffisants et permettre au fœtus de bénéficier plus longtemps de sa vie intra-utérine. Dans le cas contraire, la rupture des membranes contrôle les pertes sanguines, déclenche le travail et règle le problème. Si les douleurs sont très intenses, les pertes sanguines abondantes, la pression artérielle vers des sommets très élevés, on pratique une césarienne qui permet d'éliminer l'hématome disséquant de Couvelaire, de soulager la patiente et de sauver le fœtus lorsque la chose est possible. Il importe de noter cependant que, dans ce dernier cas, le pourcentage de mort fœtale s'élève jusqu'à 85%.

D) **L'hydramnios**

L'hydramnios est un état pathologique créé par un excès de liquide amniotique: la quantité de liquide amniotique dépasse dans ce cas 1,000 cc. La cause de l'hydramnios est encore inconnue.

L'hydramnios peut se produire de deux façons: 1) d'une façon lente et progressive, dite *chronique* ou 2) rapidement, c'est l'hydramnios aiguë.

La symptomatologie est la même dans les deux cas, avec cette différence que, dans les cas aigus, l'état pathologique se manifeste brusquement. Les principaux symptômes de l'hydramnios sont la douleur par surdistension abdominale, des œdèmes aux membres inférieurs et au niveau des organes génitaux externes, la présence marquée de varices et d'hémorroïdes, la dyspnée. À l'examen, le corps utérin est beaucoup plus volumineux que l'âge de la grossesse, les parties fœtales sont difficiles à reconnaître et les battements du cœur fœtal sont presque imperceptibles. Un tel état de choses s'explique par le fait que le fœtus baigne dans une grande quantité de liquide.

Dans les cas chroniques et peu marqués, on peut espérer qu'un traitement médical permettra au fœtus de se rendre à terme. Il est alors important de faciliter l'élimination par le fonctionnement normal des systèmes digestif et rénal. Ce dernier est stimulé par une diète sans sel, des diurétiques à base de chlorure d'ammonium et parfois de sels mercuriels.

Dans les cas aigus, il est très rare que la grossesse se prolonge. La femme entre en travail et dès que la dilatation le permet, on rupture les membranes, en ayant soin de ralentir l'écoulement trop rapide du liquide amniotique qui pourrait entraîner une procidence du cordon ou d'un membre. On devra s'assurer en même temps que la présentation fœtale est longitudinale. La rupture des membranes accélère le travail en redonnant à l'utérus contractilité et élasticité.

E) Mort fœtale

À n'importe quelle période de la vie intra-utérine, le fœtus peut cesser de se développer, ce qui entraîne fatalement la mort. Les causes de mort fœtale sont multiples et de divers ordres: a) causes infectieuses: la syphilis; b) causes d'origine sanguine: érythroblastose si la mère de Rh négatif a été sensibilisée antérieurement par un sang Rh positif, soit par grossesse antérieure, soit par transfusion; c) causes d'origine toxique: asphyxie chez la mère, absorption de substances toxiques; d) causes embryonnaires: anomalie de développements fœtaux, pincement ou torsion du cordon, asphyxie fœtale par décollement du placenta ou anémie placentaire.

Les principaux signes de la mort fœtale sont les suivants: 1) arrêt du développement utérin: l'utérus est alors moins volumineux que l'âge de la grossesse; 2) dans les jours qui suivent la mort fœtale, la mère fait une montée laiteuse et elle accuse une tension douloureuse au niveau de ses glandes mammaires; 3) si la grossesse a évolué suffisamment, la patiente ne perçoit plus les mouvements fœtaux, et les bruits du cœur fœtal sont disparus. Une première radiographie peut montrer un chevauchement des os du crâne et une seconde, dans les jours qui suivent, nous fera voir un fœtus qui n'a pas changé de position. Si la femme entrait en travail en ce moment, on pourrait percevoir, par l'orifice cervical dilaté, un chevauchement des os du crâne (dû à la déshydratation fœtale), chevauchement dont la sensation rappelle celle que l'on éprouve en palpant un sac de noix.

Lorsque la mort fœtale est évidente, il n'y a qu'à provoquer le travail. Ces patientes cependant devront être suivies avec plus d'attention pendant les 72 heures consécutives à l'expulsion de l'œuf, à cause du danger plus fréquent d'embolie amniotique dans ces cas.

F) Relâchement douloureux des symphyses

Le relâchement douloureux des symphyses n'est en somme que l'exagération d'un phénomène physiologique de la grossesse. En effet, l'imbibition gravidique produit de l'œdème au niveau des articulations des os du bassin et de ce fait

permet des frottements sur ces extrémités osseuses normalement fixées l'une à l'autre. Ce n'est qu'au cours des deux ou trois derniers mois que l'on note ce relâchement douloureux.

Les principaux symptômes de cet état pathologique sont la douleur à la marche, à la descente d'escaliers et même aux simples mouvements de rotation dans le lit. À l'examen, on provoque ces douleurs en appliquant des pressions au niveau de la symphyse pubienne et des articulations sacro-iliaques.

Comme traitement, on recommande d'éviter les longues stations debout, de diminuer le poids du corps à la montée et à la descente des escaliers en s'appuyant sur la rampe et de porter, une gaine élastique suffisamment serrée pour maintenir ensemble les os du bassin.

II. — MALADIES AU COURS DE LA GRAVIDITÉ

La grossesse n'immunise pas contre les maladies de la vie courante. Cependant, la femme enceinte semble à l'abri du rhumatisme articulaire aigu et de l'asthme, saturée qu'elle est de ses propres sécrétions type cortone, comme de celles de son fœtus, ce qui la protège contre ces deux affections.

A) Maladies du système tégumentaire

Furonculose

Il est très important au cours de la grossesse de traiter avec attention toute infection cutanée: en effet, chez elle, ces infections risquent de s'aggraver plus facilement en raison de l'état de moindre résistance de la femme gravide. Non guérie pendant la gestation, la furonculose risque d'être cause d'infection puerpérale.

Psoriasis et eczéma

Ces deux infections diminuent généralement d'intensité pendant la grossesse, mais on doit veiller à ce que le prurit qu'elles déclenchent n'engendrent pas d'infections chroniques des téguments.

B) Maladies du système respiratoire

a) *Cas aigus*: bronchite, pneumonite, broncho-pneumonie.

Les femmes qui souffrent de ces affections doivent être traitées comme si elles n'étaient pas gravides. De plus, on doit s'assurer d'une parfaite oxygénation pulmonaire, en raison du fait de la diminution pathologique de l'aire respiratoire due à la lésion pathologique et à la compression du diaphragme, conséquence d'une grossesse près du terme.

On conseille généralement le port d'une bande en raison des tiraillements musculaires abdominaux au moment de la toux.

b) *Cas chroniques*

La tuberculeuse pulmonaire guérie peut faire une grossesse. On devra cependant lui éviter tout surmenage, favoriser des heures prolongées de repos. Des radiographies périodiques permettront de constater qu'il n'y a pas de récurrence. Lors de l'accouchement, le travail devra être facilité grâce à une rachidienne ou une caudale; l'expulsion sera raccourcie au possible par une application de forceps ou une extraction.

Dès la naissance de l'enfant, on pourra demander à un phthisiologue de faire des pneumothorax et un pneumo-péritoine qui éviteront les distensions brusques pulmonaires, causes provoquant des réveils tuberculeux. Au cours des suites de couches, une médication à base de streptomycine et d'acide paraaminosalicylique préviendra toute récurrence tuberculeuse. Il est bien entendu que ces patientes ne doivent pas allaiter leur enfant.

C) **Maladies du système circulatoire**

Si on a pu dire autrefois que la femme porteuse d'une lésion cardiaque ne devait pas se marier, ni faire de grossesse, aujourd'hui, grâce à la cardiologie moderne, il est admis que cet état pathologique ne constitue plus un handicap à une vie normale. La cardiaque gravide devra être surveillée avec attention afin de lui garder un cœur bien compensé.

Au cours de la grossesse, il sera important de lui éviter l'embonpoint, le surmenage et de veiller à ce qu'elle prenne des heures de repos fréquentes et suffisantes. Durant le travail, on lui évitera des douleurs exténuantes pour son cœur, en utilisant une analgésie caudale ou une rachidienne continue et en terminant l'accouchement par un forceps ou une extraction dès que la dilatation est complète.

Varices

Les varices vulvaires et des membres inférieurs se présentent rarement chez la primipare, mais sont fréquentes chez la multipare. Si, pour quelques-unes, elles ne sont qu'un ennui disgracieux, pour la plupart, elles sont la cause de fatigabilité, de lourdeur au niveau des membres inférieurs, d'œdèmes de stase qui peuvent favoriser la formation d'ulcères douloureux et longs à guérir. Il est à noter cependant que ces œdèmes n'existent qu'aux membres inférieurs et qu'ils sont disparus le matin, ce qui nous permet de les différencier des œdèmes d'intoxication.

La femme enceinte porteuse de ce genre de varices DEVRA éviter l'embonpoint, les longues stations debout, le port de jarrettières; assise, on l'encouragera à placer ses pieds sur un tabouret afin de faciliter la circulation de retour. Somme toute, le problème à résoudre dans ce cas consistera à éviter la surcharge veineuse, ce qui sera assuré par le port de bas élastiques, mis en place le matin avant le premier lever; on peut y ajouter des toniques veineux.

D) Maladies du système digestif

Estomac

Au cours des derniers mois de sa grossesse, la femme enceinte accuse fréquemment des sensations de brûlures au niveau de l'estomac et de l'œsophage. Ces troubles sont plutôt dus à un spasme qu'à une lésion pathologique. Ils sont facilement corrigés en évitant les aliments trop chauds, trop froids et trop sucrés. Si le régime alimentaire s'avère insuffisant, on lui associe une médication alcaline: on pourra même ajouter, si nécessaire, une tablette de prostigmine, ce qui la soulagera pour les quelques heures qui vont suivre.

Foie

La femme enceinte n'est pas à l'abri de coliques hépatiques; son état peut nécessiter une intervention chirurgicale qui n'est pas incompatible avec sa grossesse. Les suites opératoires cependant devront comprendre une médication identique à celle d'une femme en menace d'avortement.

Appendicite

La femme enceinte fait rarement une crise d'appendicite, surtout après le cinquième mois de gravidité, caecum et appendice refoulés par la masse utérine se drainent facilement prévenant ainsi toute stase infectieuse.

La symptomatologie est la même que dans un cas d'appendicite aiguë ordinaire: douleur iliaque droite, état nauséux, température à 99-100% F., accélération du pouls, leucocytose cependant à 18,000-20,000. À la palpation, la contracture musculaire est généralement moins marquée que lorsque la femme n'est pas gravide. Un examen microscopique des urines aidera à éliminer la crise de pyélonéphrite.

La patiente doit être opérée d'urgence et dans ses suites opératoire, on la considérera comme une femme en menace d'avortement.

Diabète

La présence de sucre dans les urines d'une personne enceinte ou en lactation, n'indique pas nécessairement un état diabétique, car toutes ces femmes ont une galactosurie physiologique de 5 à 6 grammes au litre d'urine. Il convient donc de se baser sur d'autres symptômes pour faire un diagnostic du diabète.

Polyphagie, polydipsie, amaigrissement, hyperglycémie sont des signes indiscutables d'un état diabétique. Parce que la grossesse a une influence néfaste sur la femme diabétique et sur son enfant, elle doit être suivie avec beaucoup d'attention: sa diète et sa médication insulino-thérapeutique devront être fréquemment contrôlées. Il est important en outre de surveiller le développement fœtal qui prend souvent des proportions exagérées et qui rendront difficile l'accouchement; notons enfin que le diabète est souvent la cause de mort *in utero*.

E) Syphilis et grossesse

Il est important, au début de toute grossesse, de dépister toute infection syphilitique chez la mère, à cause des tares que cette maladie imprègne au fœtus, et du danger d'avortement qu'elle déclenche. Ce dépistage se fait par un examen de sang B.W. La femme traitée dès le début de sa grossesse donnera naissance à un enfant en santé.

F) Cancer et grossesses

Toutes les variétés de cancer peuvent se présenter au cours de la gravidité. Cependant, en raison de son âge, ceux que l'on rencontre le plus souvent sont le cancer du sein, du col utérin, et plus rarement le cancer de l'ovaire. Il est important d'en faire le diagnostic le plus tôt possible: ces patientes doivent alors être traitées comme si elles n'étaient pas gravides.

G) Maladies infectieuses

Rubéole, rougeole, scarlatine, coqueluche peuvent se développer chez la femme enceinte, non vaccinée par une maladie antérieure. Il est donc important de lui éviter les contacts dangereux qui l'exposeraient à contracter ces maladies. En cas d'épidémie, il serait bon de vacciner ces patientes. Les cas de rubéole sont particulièrement à surveiller en raison des séquelles qu'elles laissent parfois au fœtus, sous forme de cataracte congénitale.

Chapitre premier

EXPULSION PHYSIOLOGIQUE

La femme se sent de sa grandeur perçoit un ensemble de phénomènes qui annoncent le début de travail nécessaire à l'expulsion de l'œuf.

La durée du travail chez la primipare est de seize à dix-huit heures; chez la multipare, elle est de six à huit heures. Ce travail comprend les phases suivantes: 1) effacement et dilatation; 2) expulsion.

1. — Effacement et dilatation

Les principaux signes d'un effacement et d'une dilatation qui s'installent et qui progressent sous les influences: écartement de lèvres (les lèvres sont fermées du toucher jusqu'à ce qu'elles soient séparées des doigts; mais légères au début, de peu de durée et qui se résorbent après les vingt-cinq ou trente minutes (douleur moue); **Troisième partie** EXPULSION DE L'ŒUF selon le progrès du travail. À la palpation, on constate que les cordons s'accompagnent d'un durcissement utérin. Sous l'effet des contractions utérines, l'œuf interne du col se dilate et le segment cervical disparaît pour être remplacé par un orifice dont on apprécie la hauteur en le comparant à celle d'une pièce de monnaie (dilatation de dix sous, 5 sous, 25 sous, 50 sous, 1,00) ou à celle d'une partie de la surface de la main (petite paume) ou, grande paume où on ne perçoit le col que comme une lamelle qui recouvre la partie qui se présente. La dilatation est dite *complète* lorsqu'on ne perçoit plus le col.

Il est important que l'individue puisse faire des exercices gynécologiques au cours du travail. Elle devra constater: 1) la progression du travail en appréciant le degré de dilatation; 2) l'engagement ou le non-engagement de la partie qui se présente. Lors de cet examen elle pourra localiser les points ou points fixes, ce qui lui permettra de connaître le mode de présentation. Elle devra se rappeler que le fœtus en présentation transversale ne s'engage jamais; soit si le travail dilate avant le troisième mois, alors que le fœtus se replie sur lui-même peut parfois être expulsé en présentation de l'épaule.

Par engagement, on entend la partie qui se présente et qui vient amplifier le segment inférieur de l'œuf; il peut être céphalique ou podalique.

Chez la primipare, l'engagement peut se produire deux à trois semaines avant l'accouchement. Il s'accompagne de légères douleurs et peut simuler un début de travail. Comme il n'y a ni effacement, ni dilatation du col, ni écartement de lèvres, on devra comprendre qu'il s'agit d'une fausse alarme. Le phénomène qui se produit alors est celui-ci: le fœtus descend, se fixe et s'engage.

E) Syphilis et grossesse

Il est important, au début de toute grossesse, de dépister toute infection syphilitique chez la mère, à cause des lésions que cette maladie imprègne au fœtus, et du danger d'avortement qu'elle déclenche. Ce dépistage se fait par un examen de sang R.W. La femme traitée dès le début de sa grossesse donnera naissance à un enfant en santé.

F) Cancer et grossesse

Toutes les variétés de cancer peuvent se présenter au cours de la gravité. Cependant, en raison de son âge, ceux que l'on rencontre le plus souvent sont le cancer du sein, du col utérin, et plus rarement le cancer de l'ovaire. Il est important d'en faire le diagnostic le plus tôt possible: ces patientes doivent alors être traitées comme si elles n'étaient pas gravides.

G) Maladies infectieuses et grossesse

Rubéole, rougeole, varicelle, toxoplasmosis, etc. se développent chez la femme enceinte, non vaccinée par une maladie antérieure. Il est donc important de lui éviter les contacts dangereux qui l'exposeraient à contracter ces maladies. En cas d'infection, il serait bon de vacciner ces patientes. Les cas de rubéole sont particulièrement à surveiller en raison des séquelles qu'elles laissent parfois au fœtus, sous forme de cataracte congénitale.

Chapitre premier

EXPULSION PHYSIOLOGIQUE

La femme au terme de sa gravidité perçoit un ensemble de phénomènes qui annoncent le début de travail nécessaire à l'expulsion de l'œuf.

La durée du travail chez la primipare est de seize à dix-huit heures; chez la multipare, elle est de six à huit heures. Ce travail comprend les phases suivantes: 1) effacement et dilatation; 2) expulsion.

1. — Effacement et dilatation

Les principaux signes d'un effacement et d'une dilatation qui s'installent et qui progressent sont les suivants: écoulement de glaires (les glaires sont formées du bouchon muqueux qui obstruait l'orifice cervical), apparition des douleurs, très légères au début, de peu de durée et qui se répètent toutes les vingt-cinq ou trente minutes (douleurs mouches), accroissement des douleurs en intensité et en durée selon le progrès du travail. À la palpation, on constate que les douleurs s'accompagnent d'un durcissement utérin. Sous l'effet des contractions utérines, l'orifice interne du col se distend et le segment cervical disparaît pour être remplacé par un orifice dont on apprécie la surface en le comparant à celle d'une pièce de monnaie (dilatation de dix sous, 5 sous, 25 sous, 50 sous, \$1.00) ou à celle d'une partie de la surface de la main (petite paume) enfin, grande paume où on ne perçoit le col que comme une bandelette qui retient la partie qui se présente. La dilatation est dite *complète* lorsqu'on ne perçoit plus le col.

Il est important que l'infirmière puisse faire des examens gynécologiques au cours du travail. Elle devra constater: 1) la progression du travail en appréciant le degré de dilatation; 2) l'engagement ou le non-engagement de la partie qui se présente. Lors de cet examen, elle pourra localiser les points de repère fœtaux, ce qui lui permettra de connaître le mode de présentation. Elle devra se rappeler que le fœtus en présentation transversale ne s'engage jamais, sauf si le travail débute avant le sixième mois, alors que le fœtus se repliant sur lui-même peut parfois être expulsé en présentation de l'épaule.

Par *engagement*, on entend la partie qui se présente et qui vient amplifier le segment inférieur de l'utérus; il peut être céphalique ou podalique.

Chez la primipare, l'engagement peut se produire deux à trois semaines avant l'accouchement. Il s'accompagne de légères douleurs et peut simuler un début de travail. Comme il n'y a ni effacement, ni dilatation du col, ni écoulement de glaires, on devra comprendre qu'il s'agit d'une fausse alarme. Le phénomène qui se produit alors est celui-ci: la tête s'amorce, se fixe et s'engage.

On dit qu'une tête *s'amorce*, lorsqu'elle vient se mettre en rapport avec l'aire du détroit supérieur : on dit qu'elle est *fixée*, quand on ne peut la mobiliser au-dessus du détroit supérieur : on dit qu'elle est *engagée* lorsque le grand diamètre de la tête a dépassé l'aire du détroit supérieur et de ce fait remplit l'excavation pelvienne.

Dans une présentation du sommet, la tête est hyperfléchie et le point de repère est la fontanelle postérieure. D'autre part, lorsque la tête s'engage en déflexion, la présentation est dite *de la face* et le point de repère est en réalité la pyramide formée par le nez : dans ce cas, il est important, au cours des examens, de ne pas introduire les doigts dans la bouche afin de ne pas amorcer des mouvements de déglutition ou des reflexes respiratoires chez le fœtus.

De plus, l'infirmière devra pouvoir reconnaître si la présentation de la face est en antérieure ou en postérieure car, dans les postérieures, l'enclavement (immobilisation de la tête dans l'excavation pelvienne, sans progression, malgré les contractions utérines) devra être signalé sans retard à l'accoucheur.

Au cours d'une présentation du siège, le point de repère étant la crête sacrée, l'infirmière ne devra pas s'alarmer si elle perçoit des petites parties fœtales ou si à l'extérieur des organes génitaux, elle voit s'écouler un liquide verdâtre, épais, bilieux qui n'est que du méconium.

Lors d'une présentation de l'épaule, l'obstétricien devra être averti dès que le diagnostic est porté.

Conduite de l'infirmière pendant l'effacement et la dilatation

L'infirmière qui entre en contact avec une patiente en travail doit d'abord s'informer si elle est primipare ou multipare : il pourra se présenter des cas où l'examen gynécologique contredira les affirmations de la patiente ; si la déclaration de celle-ci doit être acceptée, au point de vue familial, il est évident que les constatations médicales doivent seules guider pour la rapidité du travail.

Elle doit ensuite s'informer de la fréquence et de l'intensité des douleurs : un examen gynécologique indiquera alors le progrès du travail. Si, normalement, la patiente ne doit pas accoucher dans l'heure qui suit, il convient de lui donner un lavement, de s'assurer qu'une miction spontanée vide sa vessie, de faire une toilette et un rasage de ses organes génitaux externes. Les examens faits le plus aseptiquement possible déterminent la progression du travail.

Au point de vue psychologique, l'infirmière peut exercer une influence des plus heureuses sur le comportement de la patiente qui attend un enfant ; en effet, grâce à son tact, à son calme, à son optimisme, à la délicatesse de ses interventions, elle peut créer un climat de sérénité et de sécurité qui permettront d'utiliser les calmants en dose plutôt réduite, ce qui représente un avantage appréciable pour le fœtus. Ceci ne veut pas dire toutefois qu'il faut laisser souffrir la patiente sans nécessité : l'infirmière devra donc toujours être en communication avec le médecin qui a charge de la malade pour lui signaler le degré de dilatation et l'intensité des douleurs qui pourraient justifier l'administration d'un calmant.

Il est également avantageux que l'infirmière puisse contrôler la présence d'albumine dans les urines et la pression artérielle; il sera utile enfin de s'assurer des battements du cœur fœtal.

Il appartient à l'infirmière de préparer la salle d'obstétrique si la patiente doit accoucher à l'hôpital. L'accouchement étant un acte chirurgical, l'aseptie des instruments et des champs opératoires doit être parfaite. Les instruments nécessaires dans une salle d'obstétrique sont les suivants: un appareil à anesthésie ou tout au moins un flacon d'éther et un masque, une table recouverte d'un champ stérile et sur laquelle sont placés une pince à badigeonner, un paquet de gazes stériles, quatre pinces hémostatiques, des ciseaux, un porte-aiguille, le nécessaire pour ligaturer le cordon, des pinces à dissection; les différents forceps stérilisés peuvent être gardés dans l'armoire pour être remis au médecin sur demande. Les forceps les plus utilisés dans notre région sont le Sims, le Simpson, qui ne sont constitués que par des cuillers de préhension, tandis que le Tarnier et le Luckhart comprennent un appareil de préhension et un autre de traction. L'infirmière devra en outre préparer deux bassins, l'un contenant du sérum et l'autre une solution antiseptique, qui pourront être utilisés par le médecin afin de nettoyer ses gants au cours de son travail et faire la toilette de la patiente, s'il soupçonne que le champ opératoire a été souillé. Des champs stériles pour recouvrir la patiente devront également être à la disposition, de même que des sarreaux et des gants.

L'armoire de la salle d'obstétrique devra être pourvue des catguts nécessaires à la réparation d'une déchirure qui pourrait se produire ainsi que les médicaments d'usage courant lors d'un accouchement. Ces médicaments sont: des ocytociques, des vasoconstricteurs, tels les dérivés de l'ergot, des stimulants cardiaques, des stimulants respiratoires; on devra également y trouver un plateau contenant des valves stériles et le nécessaire à un tamponnement intra-utérin (pince à pansement, pince de Museux et des mèches).

Il est bien entendu que l'infirmière doit pouvoir manipuler l'appareil à aspiration bronchique et le ressuscitateur souvent fort utile pour ranimer l'enfant qui vient de naître.

2. — Expulsion

Le temps nécessaire à l'expulsion variera selon que la patiente est primipare ou multipare. Dans le premier cas, en raison de la résistance des tissus, le temps de l'expulsion spontanée, sans adjuvants médicaux, peut durer une couple d'heures; tandis que chez la multipare, quelques douleurs suffisent généralement à provoquer la naissance de l'enfant.

Conduite de l'infirmière pendant l'expulsion

La malade multipare doit être conduite à la salle d'accouchement entre une dilatation petite paume et de grande paume; quant à la primipare, il est suffisant d'attendre que la dilatation soit complète.

L'infirmière doit alors contrôler si un globe vésical n'entravera pas la progression du travail; dans l'affirmative elle devra catéthériser la patiente. Celle-ci accusera des douleurs expulsives qui lui font contracter ses muscles abdominaux et son diaphragme, favorisant ainsi la sortie du fœtus.

Dans le cas d'une primipare, on peut attendre ce moment pour avertir le médecin que sa patiente est en expulsion; chez la multipare, il devra être avisé beaucoup plus tôt, en raison de la rapidité du travail (lorsque la dilatation est entre petite paume et grande paume).

Afin de diminuer l'intensité des douleurs expulsives, la parturiente pourra recevoir de l'anesthésie par inhalation dite *anesthésie à la reine*; cette anesthésie n'est toutefois administrée qu'au moment des douleurs.

L'infirmière devra suggérer à sa patiente d'aider au travail en contractant ses muscles abdominaux comme au moment d'une défécation. La patiente doit alors être placée en position gynécologique; si elle est agitée, on doit s'assurer qu'elle ne pourra se blesser. Il est également recommandable de fixer les mains, de façon à ce qu'elles ne puissent souiller le champ opératoire.

L'infirmière devra pouvoir fournir un champ stérile qui servira à envelopper l'enfant dès sa naissance. Lorsque l'enfant lui est remis, elle devra le maintenir en position déclive, tête basse, pour que les sécrétions naso-pharyngées ne puissent obstruer la trachée ou les bronches. Il est important, à ce moment, de s'assurer que les voies respiratoires sont libres: des succions naso-pharyngées, une aspiration gastrique empêcheront l'enfant d'inspirer des liquides qui obstrueraient ses bronches. Si, après ces opérations, le bébé a tendance à la cyanose, l'infirmière devra pouvoir administrer de l'oxygène afin de prévenir tout dommage cérébraux par l'accumulation de CO₂.

La respiration spontanée sera favorisée par des excitations périphériques telles que frictions à l'alcool, chatouillement à la plante des pieds, tapes sur le siège; autrefois, on utilisait des bains chauds et froids dont on espérait des merveilles. Il va sans dire que la respiration artificielle, au moyen du ressuscitateur ou par l'élongation des bras et la compression de la base du thorax, à une vitesse de 12 à 15 mouvements à la minutes, aidera l'enfant à prendre une respiration spontanée.

Avant de conduire le bébé à la pouponnière, l'infirmière devra s'assurer qu'il n'est pas porteur de lésions acquises au cours de l'accouchement ou de lésions congénitales, telles que plaies du cuir chevelu, paralysie faciale, filet, méningocele, fracture des clavicules, des membres, spina-befida, d'une imperforation anale. En effet, il est toujours désagréable, après la naissance d'un enfant, de signaler aux parents une infirmité qui n'aurait pas été reconnue lors de l'accouchement. De même faut-il constater si, par hasard, il ne serait pas porteur de doigts de pied ou des mains en plus ou en moins.

3. — Conduite de l'infirmière lors d'une naissance à domicile

Grâce à la multiplication des services hospitaliers, les accouchements à domicile sont de moins en moins nombreux. L'infirmière, cependant, peut être appelée

à suivre une patiente qui demeure chez elle. La préparation de celle-ci se fait de la même façon qu'à l'hôpital: de légères variantes seront forcément imposées par les conditions d'équipement; elle devra tout de même s'efforcer de donner du confort et de la sécurité à la future mère qu'elle a mission de surveiller et d'assister.

Il est généralement admis que l'aseptie est beaucoup plus difficile à réaliser à domicile qu'à l'hôpital. Tout de même, l'infirmière devra faire en sorte d'utiliser au meilleur les moyens à sa disposition.

Il est important que la chambre choisie soit très propre, que les couvertures du lit soient changées pour la circonstance et que les objets ou les meubles inutiles soient enlevés afin de permettre d'y circuler facilement.

Le plancher peut être recouvert de vieux journaux pour empêcher de soulever la poussière et prévenir en même temps d'abimer le parquet. Le dessus de l'une des commodes peut servir de table à instruments: après l'avoir débarrassé de ses bibelots, on la recouvre d'un piqué sur lequel on peut déposer le récipient contenant les instruments stériles nécessaires à l'accouchement, un bassin contenant une solution antiseptique, puis les seringues et les médications à administrer en cas d'urgence. Afin de protéger les draps propres, il convient d'étendre sur le lit une toile recouverte d'un piqué sur lequel on placera la bassine plate qui recueillera le liquide amniotique et les pertes sanguines inévitables au moment de l'accouchement.

La patiente à qui l'infirmière aura conseillé de marcher au moment de son travail sera invitée à réintégrer son lit lorsque la dilatation l'aurait conduite à la salle de l'accouchement si elle avait été à l'hôpital.

De même que l'on défend aux membres de la famille d'entrer dans la salle d'obstétrique, de la même manière l'infirmière devra user de toute son influence pour ne garder dans la chambre de la malade que l'aide indispensable.

Il est bien entendu que tout ce qui a été dit plus haut concernant les phénomènes d'effacement, de dilatation et d'expulsion et du rôle de l'infirmière pendant ce temps s'applique *mutatis mutandis* à l'accouchement à domicile.

4. — L'accouchement sans douleur

Certaines patientes prédisposées par leur tempérament peuvent, grâce à des exercices physiques et à la suggestion mentale, vaincre l'anxiété qui accompagne l'expulsion du fœtus et accoucher sans le secours d'aucun analgésique ni d'anesthésie. Il nous semble que le relâchement musculaire ainsi obtenu a été suffisant pour leur permettre d'accoucher sans douleur. Ces faits confirment une fois de plus l'importance pour la femme enceinte de fuir les racontars, de vivre dans la sérénité et de faire des exercices.

Les observations qui précèdent ont permis de constater que les conclusions auxquelles on parvient en analysant les résultats obtenus dans les différents cas étudiés sont en accord et de la nature suivante :

1. — Il est prouvé que les conclusions auxquelles on parvient en analysant les résultats obtenus dans les différents cas étudiés sont en accord et de la nature suivante :

2. — Il est prouvé que les conclusions auxquelles on parvient en analysant les résultats obtenus dans les différents cas étudiés sont en accord et de la nature suivante :

3. — Il est prouvé que les conclusions auxquelles on parvient en analysant les résultats obtenus dans les différents cas étudiés sont en accord et de la nature suivante :

4. — Il est prouvé que les conclusions auxquelles on parvient en analysant les résultats obtenus dans les différents cas étudiés sont en accord et de la nature suivante :

5. — Il est prouvé que les conclusions auxquelles on parvient en analysant les résultats obtenus dans les différents cas étudiés sont en accord et de la nature suivante :

6. — Il est prouvé que les conclusions auxquelles on parvient en analysant les résultats obtenus dans les différents cas étudiés sont en accord et de la nature suivante :

7. — Il est prouvé que les conclusions auxquelles on parvient en analysant les résultats obtenus dans les différents cas étudiés sont en accord et de la nature suivante :

8. — Il est prouvé que les conclusions auxquelles on parvient en analysant les résultats obtenus dans les différents cas étudiés sont en accord et de la nature suivante :

9. — Il est prouvé que les conclusions auxquelles on parvient en analysant les résultats obtenus dans les différents cas étudiés sont en accord et de la nature suivante :

10. — Il est prouvé que les conclusions auxquelles on parvient en analysant les résultats obtenus dans les différents cas étudiés sont en accord et de la nature suivante :

3. — Conclusions de l'ensemble des cas étudiés

Grâce à la multiplication des services hospitaliers, les accouchements à domicile sont de moins en moins nombreux. L'infirmière, cependant, peut être appelée

Chapitre deuxième

EXPULSION PATHOLOGIQUE

Si l'accouchement est un acte physiologique, il peut cependant devenir pathologique en raison des hémorragies, des difficultés ou obstacles qui peuvent mettre la vie de la mère ou de l'enfant en danger. Nous verrons donc successivement : 1) les hémorragies du travail et de l'accouchement ; 2) les dystocies d'origine maternelle ou d'origine fœtale.

I. — Hémorragies du travail et de l'accouchement

Il est important d'atteindre le terme d'une grossesse avec une réserve sanguine normale, ce qui permettra de parer aux éventualités toujours à craindre lors d'un accouchement. Les hémorragies qui peuvent se produire en pareille circonstance sont 1) le placenta praevia ; 2) la rupture utérine ; 3) les déchirures du col et du segment inférieur.

1) *Placenta praevia*

Qu'ils soient centraux ou marginaux, certains placentas praevias ne saignent qu'au cours du travail. Comme on le sait, la distension du segment inférieur produit des hémorragies lorsque le placenta est inséré à ce niveau.

S'il est facile d'atteindre les membranes de l'œuf, leur rupture, supprimant les tractions, permettra d'espérer contrôler l'hémorragie et évitera ainsi une césarienne à la patiente. Rappelons ici, cependant, qu'il est inutile de laisser un travail se prolonger si la rupture des membranes n'arrête pas rapidement les pertes sanguines. Ces pertes seront arrêtées, en effet, par la disparition de la traction des membranes sur le placenta et l'engagement de la partie qui se présente, tête ou siège, qui forment ainsi tampon sur la masse placentaire et l'empêchent de saigner. Les ballons et les pinces sur le cuir chevelu fœtal sont des techniques qui ont été utiles avant l'ère de l'obstétrique moderne ; de nos jours, la patiente devra subir une césarienne.

2) *Rupture utérine*

La rupture utérine se produit généralement à la suite d'un travail prolongé, chez les femmes à bassin disproportionné pour la tête fœtale ou encore chez celles à musculature utérine affaiblie par une césarienne antérieure ou par de nombreux fibromes intra-muraux.

L'utérus en sablier et une douleur intense précèdent généralement l'état de choc causé par l'hémorragie interne ; d'où pâleur des téguments, petitesse et rapidité du pouls, chute de la pression artérielle, transpiration profuse, abdomen excessivement douloureux, respiration superficielle.

Dans ces cas, l'épreuve du travail ne doit pas se prolonger : de plus, la femme qui a subi une césarienne doit accoucher dans un milieu hospitalier, à cause du danger de rupture utérine au niveau de la cicatrice de la césarienne antérieure. L'accouchement sera suivi d'une délivrance artificielle qui permettra de déceler toute rupture du muscle utérin, rupture qui autrement ne serait que tardivement reconnue et de ce fait tardivement traitée. Somme toute, en cas de rupture au cours du travail, seule la césarienne peut sauver la mère et permettre la survie du bébé.

3) *Déchirures du col et du segment inférieur*

Les déchirures du col et du segment inférieur de l'utérus font généralement suite à des versions par manœuvres internes, à des dilatations manuelles, à l'usage d'ocytociques ou à des applications des forceps avant que le col ne soit complètement dilaté ou dilatable. Il arrivera cependant, même en l'absence de ces influences traumatisantes, que des cols fragiles se rupturent lors de l'accouchement, comme on peut rencontrer aussi des perforations du segment inférieur causées par un talon foetal qui troue la musculature utérine au cours des manœuvres de l'accouchement. Il ne suffit donc pas d'examiner le col pour éliminer la possibilité d'une déchirure du segment inférieur : l'examen doit être complété par une revision de la cavité utérine pour y découvrir s'il y a ou non perforation.

Dans les cas de déchirures du col, la patiente présentera la symptomatologie d'une hémorragie externe : si le segment inférieur est seul touché, la symptomatologie sera celle d'une hémorragie interne.

Le diagnostic étant porté, tamponnement et transfusion permettent de se rendre à la salle l'opération où le problème est solutionné au bistouri.

LA DÉLIVRANCE

Par *dystocie* on entend les lésions qui rendent l'accouchement laborieux ou impossible par les voies naturelles. On peut les diviser en deux groupes : 1) les dystocies d'origine maternelle ; 2) les dystocies d'origine fœtale.

1) *Dystocies d'origine maternelle*

Les dystocies d'origine maternelle peuvent à leur tour se subdiviser en dystocies osseuses et en dystocies des parties molles.

Les dystocies osseuses font suite à des infections de la hanche au temps de l'adolescence, ce qui peut donner un bassin oblique-ovalaire. D'autres anomalies proviennent de l'insuffisance du développement du bassin ou à son aplatissement : dans ces cas, les grands diamètres de la tête fœtale sont disproportionnés par rapport à ceux du bassin maternel.

Les dystocies des parties molles sont dues aux causes suivantes : fibrome utérin développé sur le segment inférieur, tumeur ovarienne occupant l'excavation pelvienne, agglutination cervicale, rigidité du col et lésions cancéreuses cervicales.

Le diagnostic de dystocie peut se faire au cours de la grossesse. Dans les cas de dystocie osseuse, la tête surplombe la symphyse pubienne, l'engagement provoqué étant impossible (cette technique consiste à faire appliquer une pression sur la tête pendant que l'une des mains de l'examineur comprime le fond utérin et que l'autre fait un toucher vaginal afin de percevoir si la tête s'engage sous l'effet de cette pression). La disproportion céphalo-pelvienne pourra être confirmée par une radiographie.

Dans les cas de disproportion par tumeur praevia, on peut toujours reconnaître, à l'examen vaginal, la masse tumorale qui obstrue la filière pelvienne. Si l'on examine avec attention la patiente, un épithélioma du col pourra toujours être dépisté au cours de la grossesse.

2) *Dystocies d'origine fœtale*

Les dystocies d'origine fœtale peuvent se diviser en trois groupes: a) celles dues aux anomalies de présentation; b) celles dues au fœtus disproportionné à un bassin normal; c) celles dues à la brièveté du cordon.

La dystocie peut se produire dans la plupart des modes de présentation: ainsi, dans une présentation de l'épaule, le fœtus ne pouvant se peletonner sur lui-même, il ne pourra s'engager dans l'excavation pelvienne; de même, dans les présentations du siège décompleté, les deux membres relevés servent d'attelle et tempêchent la colonne vertébrale fœtale de se courber de façon à suivre la filière pelvienne; dans les présentations de la face en mento-postérieur, la brièveté du cou favorise l'enclavement et provoque l'arrêt du travail, en dépit du fait que la mère continue à avoir des contractions utérines douloureuses.

Les fœtus très volumineux se rencontrent plutôt rarement, étant dus, dans la plupart des cas, à l'état diabétique de la mère. Certaines femmes à bassin-limite peuvent présenter des difficultés lors de l'accouchement si le volume du fœtus excède les possibilités des diamètres maternels. L'hydrocéphalie du fœtus peut également être cause d'impossibilité d'accouchement par voie naturelle: dans ce cas, il est évident que l'engagement ne peut avoir lieu: de plus, sutures et fontanelles sont distendues par la quantité de liquide accumulé à l'intérieur de la boîte crânienne.

Les dystocies d'origine fœtale peuvent enfin être causées par la brièveté acquise ou congénitale du cordon. Dans ce dernier cas, la longueur du cordon est inférieure au développement normal (55 cm) tandis que la brièveté acquise peut être causée par un enroulement autour du cou (circulaire du cordon) ou par un cheminement en bretelle autour d'une épaule, ce qui empêchera le fœtus de progresser malgré les contractions utérines.

Il n'est pas inutile, croyons-nous, de signaler ici la possibilité d'une procidence du cordon qui, sans être une cause de dystocie, peut entraîner la mort fœtale. Ce phénomène est dû au glissement du cordon entre la partie qui se présente et le bassin maternel, glissement produit par un écoulement trop brusque du liquide amniotique lors de la rupture des membranes. Il arrive parfois, en pleine grossesse,

que le même phénomène se produise, attribuable aux mêmes causes. Les principaux signes d'une procidence du cordon sont la perception dans le vagin d'un cordon qui bat ou qui a cessé de battre : dans le premier cas, le fœtus est toujours vivant, mais est exposé à mourir d'asphyxie par suite de l'obstruction de la circulation foeto-placentaire ; dans le second, le fœtus est mort ou en état de souffrance facile à confirmer par l'auscultation fœtale.

3) *Conduite de l'infirmière lors des dystocies*

L'infirmière qui est en charge d'une patiente en travail ayant des douleurs suffisamment fortes et régulières mais qui, d'autre part, constate qu'il n'y a progression ni dans l'engagement, ni dans la dilatation doit tenter de faire le diagnostic et signaler ces constatations au médecin en charge du cas. Celui-ci, par son propre examen, pourra décider si la malade ne devra pas subir une césarienne. L'infirmière qui est en colonie et qui se croyait alors en face d'un accouchement physiologique pourra toujours demander de l'aide ou diriger sa patiente dans un milieu hospitalier. Si, après un examen minutieux, elle ne reconnaît aucune disproportion, ni tumeur praevia, mais simplement un spasme du col, elle pourra rompre artificiellement les membranes, ce qui entraînera les surdistensions utérines et permettra un travail à progression plus rapide, et plus efficace, surtout si on a la précaution d'y associer un calmant qui supprimera le spasme.

L'infirmière peut être en présence d'un cas de procidence du cordon ; le diagnostic étant porté, elle devra s'assurer si le bébé est vivant ou non. La malade devra être placée en position déclive afin de prévenir l'écoulement du liquide amniotique ; au moment des contractions, il est bon de retenir la tête du fœtus par un toucher vaginal de façon à l'empêcher d'écraser le cordon le long de l'excavation pelvienne. Elle devra immédiatement communiquer avec le médecin qui décidera si la patiente doit subir une césarienne ou s'il est préférable de hâter l'accouchement.

Chapitre premier

LA DELIVRANCE PHYSIOLOGIQUE

On entend par DELIVRANCE le temps qui s'écoule entre la sortie de l'enfant et l'expulsion du placenta. Cette délivrance peut être physiologique ou pathologique.

Le fœtus émet capotaire, l'utérus se contracte pour attirer un volume d'environ un travers de doigt sous l'ombilic et il se contracte au repos durant une période de quinze à vingt minutes. Il est alors tenu en air; c'est le bloc de sûreté de Pinard. On ne constate à ce moment aucun écoulement sanguin à l'extérieur des organes génitaux. Cette rétraction brusquée favorise le décollement du placenta qui, lui, n'est pas contractile. Un écoulement se forme alors entre la face maternelle du placenta et la cavité utérine, hors du placenta vers l'orifice cervical et dilate l'utérus pour lui faire connaître la présence du placenta qui attire un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Quatrième partie

LA DELIVRANCE

On reconnaît que le placenta est complètement décollé par la distention utérine, par l'absence de transmission des tractions légères exercées sur le cordon (transmission qui se fait à la main qui palpe le fond utérin facilement attiré ou recoussé par l'écartement des grande lèvres), par l'immobilité du cordon lors du redressement du corps utérin ou de son relèvement vers la partie haute de l'abdomen, par l'écoulement de pertes sanguines à l'extérieur des organes génitaux.

La délivrance revêt trois modalités: 1) on dit que la délivrance est spontanée lorsque la sortie du placenta se fait sans l'aide du coëfitein ou de l'instrument; 2) elle est naturelle, lorsque l'expulsion à l'extérieur des organes génitaux est complétée par la compression du globe utérin et de son relèvement qui amène l'arrière-faix à l'orifice vulvaire; il est facile alors de compléter l'extraction placentaire par des tractions sur le cordon ou encore en saisissant l'arrière-faix au moyen à tirer dans l'axe du sac membraneux évitant ainsi des rétractions partielles de membranes. Si les membranes sont fragiles, il est toujours possible d'imprimer des torsions au placenta: les membranes ainsi tordues sont crispées, ce qui augmente leur résistance et prévient les rétractions; 3) elle est artificielle lorsqu'on introduit la main à l'intérieur des organes génitaux pour y dénicher le placenta adhérent et l'extraire; il va sans dire que cette délivrance entre dans la catégorie des délivrances pathologiques.

que le même phénomène se produise, attribuable aux mêmes causes. Les symptômes signalés d'une proéminence du cordon sont la perception dans le vagin d'un cordon qui bat ou qui a l'aspect de battre; dans le premier cas, le fœtus est toujours vivant, mais est exposé à courir d'asphyxie par suite de l'obstruction de la circulation hémoplacentaire; dans le second, le fœtus est mort ou en état de souffrance totale à confirmer par l'auscultation fœtale.

3) *Conduite de l'obstétricien lors des dystopies*

L'obstétricien qui est en charge d'une parturiente en travail ayant des douleurs suffisamment fortes et régulières mais qui, d'une part, constate qu'il n'y a progression ni dans l'engagement, ni dans la dilatation doit tenter de faire le diagnostic et signaler ces constatations au médecin en charge du cas. Celui-ci, par ses propres examens, pourra décider si le travail se devra pas subir une écharde. L'obstétricien qui est en cohérence et qui se trouve alors en face d'un accouchement physiologique pourra toujours demander de l'aide ou diriger la parturiente dans un milieu hospitalier. Si, après un examen minutieux, elle se reconnaît incapable de faire, et si l'on a pu constater par un examen que le fœtus est vivant, elle pourra tenter artificiellement les manœuvres de rotation et de traction, les vertébrales utérines et permettre au travail à progresser plus facilement et plus efficacement, surtout si on a la possibilité d'y associer un certain qui soulagera le spasme.

L'obstétricien peut être en présence d'un cas de proéminence du cordon; le diagnostic étant posé, elle devra s'assurer si le fœtus est vivant ou non. La malade devra être placée en position dorsale, afin de prévenir l'échouement du liquide amniotique; au moment des contractions, il est bon de retenir la tête du fœtus par un toucher vaginal de façon à l'empêcher d'étrangler le cordon le long de l'excavation pelvienne. Elle devra immédiatement communiquer avec le médecin qui décidera si la parturiente doit subir une écharde ou s'il est préférable de hâter l'accouchement.

Chapitre premier

LA DÉLIVRANCE PHYSIOLOGIQUE

On entend par DELIVRANCE le temps qui s'écoule entre la sortie de l'enfant et l'expulsion du placenta. Cette délivrance peut être physiologique ou pathologique.

Le fœtus étant expulsé, l'utérus se rétracte pour atteindre un volume d'environ un travers de doigt sous l'ombilic et il demeure au repos durant une période de quinze à vingt minutes. Il est alors ferme et dur : c'est le bloc de sûreté de Pinard. On ne constate à ce moment aucun écoulement sanguin à l'extérieur des organes génitaux. Cette rétraction brusquée favorise le décollement du placenta qui, lui, n'est pas contractile. Un hématome se forme alors entre la face maternelle du placenta et la cavité utérine, hématome qui refoule le placenta vers l'orifice cervical et distend l'utérus pour lui faire atteindre un volume qui atteint un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

On reconnaît que le placenta est complètement décollé par la distention utérine, par l'absence de transmission des tractions légères exercées sur le cordon (transmission qui se font à la main qui palpe le fond utérin facilement atteint ou reconnu par l'écartement des grands droits), par l'immobilité du cordon lors du redressement du corps utérin ou de son refoulement vers la partie haute de l'abdomen, par l'écoulement de pertes sanguines à l'extérieur des organes génitaux.

La délivrance revêt trois modalités : 1) on dit que la *délivrance est spontanée* lorsque la sortie du placenta se fait sans l'aide du médecin ou de l'infirmière ; 2) elle est *naturelle*, lorsque l'expulsion à l'extérieur des organes génitaux est complétée par la compression du globe utérin et de son refoulement qui amène l'arrière-faix à l'orifice vulvaire ; il est facile alors de compléter l'extraction placentaire par des tractions sur le cordon ou encore en saisissant l'arrière-faix de façon à tirer dans l'axe du sac membraneux évitant ainsi des rétentions partielles de membranes. Si les membranes sont friables, il est toujours possible d'imprimer des torsions au placenta : les membranes ainsi tordues font corde, ce qui augmente leur résistance et prévient les rétentions ; 3) elle est *artificielle* lorsqu'on introduit la main à l'intérieur des organes génitaux pour y décoller le placenta adhérent et l'extraire ; il va sans dire que cette délivrance entre dans la catégorie des phénomènes pathologiques.

LA DELIVRANCE PHYSIOLOGIQUE

On entend par DELIVRANCE le temps qui s'écoule entre la sortie de l'enfant et l'expulsion du placenta. Cette délivrance peut être physiologique ou pathologique.

Le fœtus étant expulsé, l'utérus se rétracte pour réduire au volume d'avant un volume de dix fois plus grand. Il diminue au repos durant une période de quinze à vingt minutes. Il est alors ferme et dur; c'est le bloc de muscle de l'utérus. On ne constate à ce moment aucun écoulement sanguin à l'exception des organes génitaux. Cette rétraction passive favorise le décollement du placenta qui, lui, n'est pas contractile. Un écoulement se forme alors entre la face maternelle du placenta et la cavité utérine, écoulement qui ténue le placenta vers l'orifice cervical et permet l'écoulement pour lui faire atteindre un volume qui atteint au travail de deux à trois fois de l'ordinaire.

On reconnaît que le placenta est complètement détaché par la distension utérine par l'absence de contraction des ténues ligaments utérins sur le cordon (tension qui se fait à la main qui palpe le fond utérin immédiatement après ou quelques minutes après la sortie du fœtus), par l'amoindrissement du cordon lors du retour par l'écoulement des grands droits, par l'amoindrissement de l'écoulement par suite du corps ténu ou de son rétraction vers la partie haute de l'utérus, par l'écoulement de petites ténues à l'extérieur des organes génitaux.

La délivrance peut être normale : 1) on dit que la délivrance est normale lorsque la sortie du placenta se fait sans l'aide du médecin ou de l'助産師 ; 2) elle est normale lorsque l'expulsion a lieu sans l'aide des organes génitaux et complétée par la contraction du globe utérin et de son rétraction qui assure l'écoulement du placenta vers l'orifice vaginal. Il est facile alors de compléter l'expulsion placentaire par des tractions sur le cordon ou encore en saisissant l'extrémité du cordon à une distance de six centimètres environ ainsi que les ténues parties de membrane. 3) les membranes sont froissées, il est toujours possible d'apprécier les ténues au placenta : les membranes sont froissées tout corps et qui saisissent les ténues et peuvent les ténues ; 4) elle est normale lorsque on introduit la main à l'intérieur des organes génitaux pour y détacher le placenta séparément et l'écarter. Il va sans dire que cette délivrance entre dans la catégorie des péchancées pathologiques.

Chapitre deuxième

LA DÉLIVRANCE PATHOLOGIQUE

La délivrance peut facilement devenir pathologique; il existe en effet des lois naturelles qui doivent être respectées sous peine de rendre pathologique une délivrance qui aurait été normale ou physiologique si on ne l'avait pas brusquée. Il est donc important d'attendre que le placenta soit décollé et expulsé vers le vagin avant de tenter des manœuvres. Cette attente cependant ne doit pas dépasser deux heures.

Les principales complications qui peuvent survenir lors de la délivrance sont le non-décollement du placenta et les hémorragies.

1) *Non-décollement*:

On dit que le placenta est *accreta* ou partiellement *accreta* lorsqu'il est impossible de reconnaître le plan de clivage entre la surface utérine et la masse placentaire.

La conduite à tenir dans ce cas, le décollement étant impossible même après deux heures d'attente, consistera à tenter une délivrance artificielle. On introduit la main à l'intérieur des organes génitaux jusqu'au point d'insertion placentaire et l'on s'efforce, par la pression de l'extrémité des doigts, de retrouver un plan de clivage utéroplacentaire. Ce plan étant reconnu, on extrait l'arrière-faix. Si cette manœuvre s'avère impossible, un tamponnement intra-utérin sur la masse placentaire préviendra toute hémorragie dans les heures qui suivent, excitera les contractions utérines et pourra favoriser le décollement placentaire. Il arrivera parfois que cette technique échoue; dans ce cas, on devra recourir à l'hystérectomie.

2) *Hémorragies*

Les causes d'hémorragies de la délivrance peuvent se diviser en trois: a) atonie; b) rétention partielle du placenta; c) défibrination.

a) *atonie*

L'utérus fatigué par un manque de résistance de la patiente, par un long travail, par des analgésiques répétés, par une anesthésie profonde, par des manœuvres laborieuses, l'utérus, disons-nous, demeure molasque et laisse des vaisseaux béants sous le placenta incomplètement décollé ou même après sa sortie partielle.

b) *rétention partielle du placenta*

Il est utile de rappeler encore une fois que l'arrière-faix doit être soigneusement examiné après son expulsion afin d'y constater qu'il est bien complet et que un cotylédon ou un placenta succenturié ne sont pas restés à l'intérieur de la

cavité utérine. Dans ce dernier cas, ces corps étrangers entraîneront fatalement des pertes sanguines exagérées ou hémorragiques, soit immédiatement, soit au cours des suites de couches.

c) *défibrination ou afibrination*

La défibrination est due à la disparition de la fibrine du sang, substance indispensable à sa coagulabilité. L'anxiété, l'état de choc causé par de petites embolies dues à l'aspiration de liquide amniotique par les vaisseaux utérins sont généralement responsables de cet état. On conclut à une défibrination lorsqu'on a éliminé les autres causes; il est facile de confirmer ce diagnostic en recueillant du sang dans une éprouvette; sa non coagulabilité ou la redissolution du caillot confirme le verdict.

d) *traitement des hémorragies*

On considère comme pathologique toute perte sanguine qui dépasse 250 cc. L'utérus atone est traité de la façon suivante; massage du corps utérin, compression de celui-ci de façon à le débarrasser des caillôts retenus à l'intérieur de la cavité et qui causent une distension responsable de la continuation des pertes sanguines. Les médicaments à utiliser dans ce cas sont les dérivés de l'ergot qui redonnent du tonus à l'utérus: on les administre par voie intra-veineuse ou intra-musculaire, suivant la rapidité de l'action désirée.

Dans les cas suspects de rétention partielle du placenta, il est indispensable de faire une revision de la cavité et d'extraire le cotylédon qui est cause de cette hémorragie. Un ocytocique et le massage redonneront à l'utérus sa tonicité normale.

Dans les cas d'afibrination, le traitement consiste à ralentir l'écoulement sanguin par un tamponnement utéro-vaginal, des transfusions en séries avec du sang frais, si possible, afin de redonner la fibrine absente et de maintenir la masse sanguine indispensable à la vie. Si, malgré un traitement bien conduit, l'hémorragie persiste, on pourra recourir, en désespoir de cause, à une hystérectomie. Dans tous les cas d'hémorragies qui ont tendance à devenir grave, il est important que l'infirmière fasse faire un groupement, un facteur Rh et des compatibilités sanguines à sa patiente. Il est aussi fort utile de prévenir l'affaissement des veines dû à l'hémorragie en administrant un sérum au moyen d'une grosse aiguille (No 18) qui pourra être utilisée si la transfusion est nécessaire.

Dans toute hémorragie qui se prolonge ou qui dépasse les limites physiologiques, il est recommandé de faire une compression de l'aorte abdominale, facilement accessible grâce à l'écartement des droits. Cette compression se fait aisément en appliquant le poing au dessus de l'utérus. La patiente aura avantage à être placée en position déclive de manière à favoriser l'irrigation du cerveau: il est évident que l'administration d'oxygène assurera une meilleure conservation des substances cérébrales et préviendra des séquelles toujours ennuyeuses (maladie de Sheban).

3) *Réparation du périnée*

Les déchirures du périnée sont très fréquentes chez les primipares et peuvent se produire également chez les multipares ; on les divise en quatre degrés selon leur gravité :

- 1er degré : muqueuse vaginale ;
- 2e degré : muqueuse vaginale et périnée ;
- 3e degré : muqueuse vaginale, périnée et sphincter anal ;
- 4e degré : muqueuse vaginale, périnée, sphincter anal et muqueuse anale.

Il est très important que toute déchirure soit réparée pour supprimer toute perte sanguine inutile, pour éviter les infections toujours possibles au niveau d'une plaie facilement souillée, pour redonner au canal génital sa forme physiologique et prévenir des prolapsus en conservant à la sangle périnéale toute sa valeur.

Toutes ces déchirures sont généralement réparées au moyen de catguts résorbables, un surjet sur la muqueuse, des points séparés sur les muscles et la peau du périnée. Si le sphincter a été rupturé, on devra identifier chacune des deux extrémités de façon à les resuturer dans leur position normale : la muqueuse ano-rectale, pour sa part, sera fermée à points séparés, en ayant soin d'accoler les tissus par leur face conjonctive.

4) *Conduite de l'infirmière après la délivrance*

Après la désinfection des organes génitaux externes, la patiente étant mise au sec, ne devra pas être laissée à elle-même avant que l'infirmière se soit assurée que sa malade est complètement éveillée, que son utérus est dur, ferme et bien retractoré, qu'elle n'a pas de pertes sanguines anormales et que la pression artérielle n'inspire aucune inquiétude.

Les déclarations du patient sont les seules qui comptent dans l'établissement de la vérité. Dans ce dernier cas, ces deux éléments entraîneraient fatalement la condamnation du patient. Les déclarations du patient sont les seules qui comptent dans l'établissement de la vérité. Dans ce dernier cas, ces deux éléments entraîneraient fatalement la condamnation du patient.

La responsabilité de l'acte est partagée entre le médecin et le patient. Le médecin est responsable de l'acte, mais le patient est également responsable de son acte. Le médecin est responsable de l'acte, mais le patient est également responsable de son acte. Le médecin est responsable de l'acte, mais le patient est également responsable de son acte.

Le médecin est responsable de l'acte, mais le patient est également responsable de son acte. Le médecin est responsable de l'acte, mais le patient est également responsable de son acte. Le médecin est responsable de l'acte, mais le patient est également responsable de son acte.

Le médecin est responsable de l'acte, mais le patient est également responsable de son acte. Le médecin est responsable de l'acte, mais le patient est également responsable de son acte. Le médecin est responsable de l'acte, mais le patient est également responsable de son acte.

Dans tout traitement qui se prolonge au-delà de quelques jours, il est recommandé de faire un traitement de soutien. Ce traitement est basé sur l'application du principe de la continuité. La continuité est le principe de la continuité. La continuité est le principe de la continuité.

Chapitre premier

SUITES DE COUCHES PHYSIOLOGIQUES

On entend par suites de couches le temps qui s'écoule entre la délivrance et la disparition des premières contractions. Chez la femme qui ne nourrit pas son enfant, les menstruations réapparaissent généralement quarante jours après la naissance; chez celle qui allaite, il est accidentel qu'elle voie ses règles avant trois mois; même alors, elles sont irrégulières et anovulatoires.

Les suites de couches sont physiologiques ou pathologiques; nous leur consacrons à chacune un chapitre.

L'accouchement est suivi d'un ensemble de phénomènes qu'il importe de rappeler ici. Le cordon lâché de 36 à 72 heures après la naissance de l'enfant; les seins sont tendus, douloureux et la moindre pression à ce niveau provoquée se traduit par une douleur; on peut accuser les mêmes tensions douloureuses au niveau des articulations, tensions provoquées par la coagulation de petits vaisseaux artériels qui étaient demeurés normaux jusqu'alors. Ils sont facilement reconnus à la palpation en raison de l'inégalité de résistance des tissus à ce niveau.

La température demeure normale au cours des suites de couches; il en est de même du pouls, mais peut être chez la primipare ou il est légèrement accéléré (80-85) au cours des huit à dix premiers jours.

Le globe utérin qui, aussitôt après la délivrance, descend à un travers de doigt sous l'ombilic, régresse progressivement pour être à mi-chemin entre l'ombilic et la symphyse pubienne au quatrième ou cinquième jour des suites de couches; au huitième jour, il est à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse pour être disparu (non palpable) vers le dixième jour.

Si les pertes étaient fraîchement sanguines les premiers jours après l'accouchement, elles passent graduellement pour disparaître vers le dixième ou le douzième jour. Ces pertes sanguines s'appellent lochies.

Rôle de l'infirmière au cours des suites de couches physiologiques

Chez la femme qui n'allaité pas son enfant, il est important de prévenir des maux de tête et des douleurs: à cette fin, des compresses mammaires, de l'antipyrine (5 gr.) aux 4 heures aident à tailler en phénomènes physiologiques; on peut y ajouter un traitement des fluides et une purgation énergique qui auront pour effet de débarrasser l'organisme de son excès de liquides. De nos jours, grâce aux extraits glandulaires, on peut freiner complètement toute montée lactée en

Antipyrine

Chapitre partie

SUITES DE COUCHES

Chapitre premier

SUITES DE COUCHES PHYSIOLOGIQUES

On entend par *suites de couches* le temps qui s'écoule entre la délivrance et la réapparition des premières menstruations. Chez la femme qui ne nourrit pas son enfant, les menstruations réapparaissent généralement quarante jours après la naissance: chez celle qui allaite, il est accidentel qu'elle voie ses règles avant trois mois; même alors, elles sont irrégulières et anovulatoires.

Les suites de couches sont physiologiques ou pathologiques: nous leur consacrerons à chacune un chapitre.

L'accouchement est suivi d'un ensemble de phénomènes qu'il importe de rappeler ici. La montée laiteuse se produit généralement de 36 à 72 heures après la naissance de l'enfant: les seins deviennent tendus, douloureux et la moindre pression à ce niveau provoque un écoulement de lait. La malade peut accuser les mêmes tensions douloureuses au niveau des aisselles, tensions provoquées par la congestion de petits seins surnuméraires qui étaient demeurés somnolents jusqu'alors. Ils sont facilement reconnus à la palpation en raison de l'inégalité de consistance des tissus à ce niveau.

La température demeure normale au cours des suites de couches; il en est de même du pouls, sauf peut-être chez la primipare où il est légèrement accéléré (80-85) au cours des huit à dix premiers jours.

Le globe utérin qui, aussitôt après la délivrance, remontait à un travers de doigt sous l'ombilic, régresse progressivement pour être à mi-chemin entre l'ombilic et la symphyse pubienne au quatrième ou cinquième jour des suites de couches; au huitième jour, il est à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse pour être disparu (non palpable) vers le dixième jour.

Si les pertes étaient franchement sanguines les premiers jours après l'accouchement, elles pâlisent graduellement pour disparaître vers le dixième ou le douzième jour. Ces pertes sanguines s'appellent lochies.

Rôle de l'infirmière au cours des suites de couches physiologiques

Chez la femme qui n'allait pas son enfant, il est important de prévenir des montées laiteuses douloureuses: à cette fin, des compressions mammaires, de l'antipyrine (5 gr.) aux 4 heures aident à tolérer ce phénomène physiologique; on pourrait y ajouter un rationnement des liquides et une purgation énergique qui auront pour effet de débarrasser l'organisme de son excès de liquide. De nos jours, grâce aux extraits glandulaires, on peut freiner complètement toute montée laiteuse au

antipyrine

moyen d'œstrogènes ou de testotérone qui enrayent les sécrétions de prolactine hypophysaire, supprimant ainsi toute montée laiteuse. Certaines écoles s'opposent cependant à cette dernière technique car elles prétendent que la femme qui n'a pas allaitée est plus prédisposée à souffrir d'un cancer du sein.

Chez la femme qui allaite, les mamelons devront être désinfectés avec de l'alcool avant et après chaque boire, rincés à l'eau bouillante, recouverts d'une gaze stérile et retenus en place par un soutien-gorge non compressif.

L'infirmière devra surveiller, en outre, la vitesse du pouls, la température, l'abondance, la couleur et l'odeur des lochies ainsi que la régression utérine.

Elle devra faire régulièrement (avant et après chaque miction et chaque selle) une désinfection du périnée. Si celui-ci est trop douloureux, on peut toujours y faire une application de pommade analgésiante; la même remarque s'applique aux bourrelets hémorrhoidaux qu'il conviendra de réduire s'ils sont trop volumineux et trop douloureux: une application chaude prépare souvent très bien cette petite intervention.

L'infirmière invitera sa patiente à quitter son lit lorsque le médecin le permettra. Elle pourra lui recommander des exercices de ses membres inférieurs, des exercices abdominaux de façon à éviter toute stase à ce niveau et à redonner à la musculature toute son élasticité.

Il est assez rare que la femme qui a subi une anesthésie lors de son accouchement éprouve des nausées et des vomissements qui se prolongent; en conséquence, cinq ou six heures après l'anesthésie, on peut lui donner une alimentation légère, pour reprendre une diète complète après vingt-quatre heures. Il est inutile de proscrire la viande qui apporte les protéines et le potassium nécessaires à une récupération rapide des forces.

Il est également important, pendant les premières heures qui suivent la naissance d'un enfant, de surveiller le globe utérin dont il faut maintenir la consistance ferme, ce qui aura pour effet de prévenir les hémorragies.

C'est le lieu, nous semble-t-il, de rappeler que les pertes sanguines, appelées *lochies* seront sanguinolentes les cinq premiers jours, séro-sanguinolentes du cinquième au sixième jour, pour devenir simplement sérieuses par la suite; elles disparaîtront finalement du douzième au quinzième jour.

La régression utérine doit être également surveillée pendant les suites de couches. Si l'utérus, après l'accouchement, est à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, il régresse progressivement au cours des jours qui suivent; ainsi, à la cinquième journée, il sera à mi-chemin entre l'ombilic et la symphyse pubienne pour disparaître derrière la symphyse entre le dixième et le douzième jour.

Chapitre deuxième

SUITES DE COUCHES PATHOLOGIQUES

Les suites de couches pathologiques sont de trois ordres: 1) les hémorragies; 2) les embolies amniotiques; 3) les infections.

1. — Les hémorragies

C'est au cours des heures qui suivent la naissance de l'enfant qu'on doit craindre les pertes sanguines hémorragiques. Ces hémorragies sont d'origine cervicale, utérine, rarement périnéale ou vaginale.

a) hémorragies cervicales

C'est généralement à la suite d'abus d'ocytociques ou de manœuvres traumatisantes pour un col non suffisamment dilaté lors de l'accouchement que se produisent les éraillures à ce niveau, entraînant la section de l'une des branches cervicales de l'artère utérine. Dans ce cas, l'utérus est ferme et malgré massage et vaso-constricteur, les pertes sanguines se continuent.

La patiente, placée en position gynécologique, sera examinée au moyen d'un spéculum ou de valve qui exposeront le col et permettront de découvrir le vaisseau qui saigne et de le ligaturer. On pourra compléter le traitement par un tamponnement cervico-vaginal laissé en place pour quelques heures. Les plaies périnéo-vaginales seront traitées de la même façon.

b) hémorragies utérines

Les hémorragies utérines sont généralement causées par de l'atonie, des rétentions partielles du placenta.

Un travail long, pénible, l'abus d'analgésiques ou la nécessité d'une anesthésie prolongée peuvent être la cause de l'atonie. Dans ce cas, l'utérus reste mou et il y a accumulation de caillots à l'intérieur de la cavité; la patiente peut faire une hémorragie sans que nécessairement il y ait abondance de pertes sanguines extérieures.

L'atonie utérine se traite de la façon suivante: massage utérin afin d'exprimer les caillots contenus à l'intérieur de la cavité, administration d'ocytociques qui redonneront à l'utérus sa tonicité; si cette médication s'avère insuffisante, une révision de la cavité utérine, suivie de tamponnements, s'impose alors.

La rétention partielle du placenta peut être cause d'hémorragies immédiates ou de pertes sanguines trop abondantes au cours des suites de couches. Dans les

cas d'hémorragies immédiates, on la traite comme un cas d'atonie; dans les cas tardifs, on est alors en présence d'hémorragies au cours du post-partum ou de pertes sanguines trop abondantes; l'utérus ne régresse pas et le col reste perméable, alors qu'il aurait dû se fermer entre les cinquième et septième jour après l'accouchement.

La rétention partielle du placenta se traite de la façon suivante: la patiente préparée comme pour un curetage subira une révision de sa cavité utérine au moyen d'une curette mousse afin de prévenir tout danger de perforation.

2. — Les embolies amniotiques

L'hématome rétro-placentaire et les rétentions d'œufs morts sont généralement les facteurs prédisposants aux embolies amniotiques. Elles peuvent se produire dans les 72 heures qui suivent l'accouchement. Les principaux symptômes sont des douleurs rétro-sternales, un point de côté, de la dyspnée et une angoisse très marquée chez la patiente; dans les heures qui suivent apparaît souvent une toux douloureuse accompagnée d'expectoration séro-sanguinolente.

Le traitement des embolies amniotiques se ramène aux techniques suivantes: calmer la douleur par une injection de papavérine intra-veineuse ou d'un autre analgésique assez puissant, faciliter la ventilation pulmonaire en plaçant la patiente dans une position demi-assise (oxygène à 40% si possible). Il peut arriver que parfois, malgré cette surveillance et un traitement bien conduit, que la patiente meure du choc causé par cette embolie amniotique.

3. — Les infections

Les infections puerpérales sont de plus en plus rares car la médecine moderne s'applique avec succès à les prévenir, grâce à l'aseptie et aux antibiotiques. On avait l'habitude de les diviser jadis en 1) endométrie; 2) métrite; 3) salpingite; 4) pelvi-péritonite; 5) phelmon du ligament large; 6) septicémie; 7) phlébite.

L'infirmière a un rôle primordial à jouer dans la prévention des infections puerpérales: somme toute la patiente doit être traitée avec toutes les précautions requises pour une opérée.

L'endométrite apparaît quatre ou cinq jours après la naissance de l'enfant et se traduit par des lochies grisâtres à odeur fétide.

La métrite apparaît sept à dix jours après l'accouchement et se manifeste par un retard dans la régression utérine, des douleurs abdominales marquées, surtout au niveau des cornes utérines, une élévation de la température et une accélération du pouls.

La salpingite ne fera son apparition qu'une dizaine de jours après la naissance et sera caractérisée par une température en clocher, une accélération marquée du pouls et des douleurs abdominales intenses sous forme d'élancements à droite ou

à gauche du corps utérin, suivant que la trompe droite ou gauche est touchée par l'infection. Au palper, on note une légère contraction des muscles à ce niveau; au toucher, un boudin para-utérin est facilement reconnu et confirme le diagnostic.

La pelvi-péritonite et le phlegmon du ligament large se traduisent comme une salpingite et apparaissent au même temps avec une symptomatologie plus marquée.

Les septicémies et les péritonites puerpérales sont excessivement rares et ne se présentent que chez des patientes en état de moindre résistance, anémiées, fatiguées, en misère physiologique. Elles font suite à des salpingites dont on aurait sousestimé la virulence.

La phlébite apparaît généralement au dixième ou douzième jour du post-partum. La patiente accuse des douleurs dans l'un ou l'autre de ses membres inférieurs; ces douleurs sont généralement précédés par un pouls accéléré et un état subfébrile. Un œdème blanchâtre s'installe et le membre devient impotent. Une pression localisée au niveau du tibia déterminera sur la jambe des dépressions non douloureuses caractéristiques de l'œdème. Dans ces cas, la complication à surveiller sera l'embolie pulmonaire par fragmentation du caillot qui obstrue la veine, ce qui pourrait entraîner la mort de la patiente. Une autre complication que l'infirmière doit connaître, c'est le pied bot acquis à la suite d'une longue immobilisation en position vicieuse.

a) Traitement des infections puerpérales en général.

En Obstétrique, comme en Chirurgie, l'aseptie est de rigueur afin de prévenir toute infection. Si la femme est porteuse de la moindre lésion infectieuse, il convient de la traiter sans retard pour éviter toute transmission-pathologique au niveau des organes génitaux internes. De même devra-t-on veiller à ce que le personnel qui traite la patiente soit exempt de furonculose, de grippe, etc.

Le traitement curatif de ces infections peut se résumer comme suit: la malade est placée en position demi-assise afin de favoriser le drainage des organes génitaux; si la patiente tolère bien la nourriture, il est inutile de la rationner car une alimentation substantielle augmentera sa résistance; les liquides en abondance favoriseront l'élimination des toxines; un sac de glace sur l'abdomen préviendra l'ensemencement infectieux, comme des antibiotiques annihileront l'action des pathogènes.

b) Traitement des phlébites

La patiente doit demeurer au lit, le membre phlébitique soulevé de façon à ce que le genou soit légèrement fléchi, le talon à peu près au même niveau que le genou. Un sac de glace à la racine de la cuisse aide à calmer la douleur et à limiter l'infection.

La médication généralement prescrite comprend des antibiotiques, des anti-coagulants qui préviennent la formation de caillots trop volumineux; il sera bien important, dans ce cas, de surveiller la prothrombinehémie qui déterminera les doses de médicaments à donner, sans quoi on s'expose à des hémorragies qui

peuvent être graves. On préconise, depuis quelque temps, l'utilisation d'une médication lysante du caillot, médication qui se donne par injection. On peut combattre la douleur, en employant des tablettes de butazolidine à la dose de trois par jour, mais cette drogue ne peut être administrée d'une façon prolongée car son action est néfaste sur les tissus hématopoiétiques.

Un bandage élastique allant de la racine des orteils à la racine de la cuisse préviendra les œdèmes trop considérables du membre: des infiltrations lombaires agiraient dans le même sens.

La patiente est autorisée à se lever lorsqu'elle ne fait plus de température depuis quelques jours, que son pouls s'est ralenti; mais avant tout mouvement actif, il est conseillé de masser de bas en haut le membre malade et de lui imprimer des mouvements de flexion et d'extension.

4. — Incontinence et rétention d'urine

Les nouvelles accouchées se plaignent souvent, à l'infirmière de service, qu'elles retiennent difficilement leurs urines. Le traumatisme obstétrical est cause de cette infirmité généralement passagère. Celle-ci devra être signalée au médecin qui s'assurera qu'il ne s'agit pas d'une fistule vésico-vaginale.

Une gymnastique pelvienne et l'administration de sulfate de strychnine à 1/60 de gr, trois fois par jour, *per os*, viennent généralement à bout de cet état pathologique.

Il est important que la nouvelle accouchée vide sa vessie toutes les six ou huit heures. Si la patiente ne peut le faire spontanément, quelques petits trucs ont souvent raison du spasme du sphincter v.g. le bruit de l'eau qui coule, une serviette humide chaude sur la région sus-pubienne, la position assise sur le bord du lit. En cas d'insuccès, on recourt au catéthérisme vésical. Certains médicaments, comme l'urécholine, la strychnine redonnent du tonus aux muscles vésicaux.

CONCLUSIONS

On juge de l'hygiène d'un peuple par la sécurité qu'il sait donner à la femme enceinte et le bas pourcentage de mortalité maternelle et infantile. Les quelques pages qui précèdent n'ont pas la prétention d'être un traité complet d'Obstétrique: nous espérons cependant qu'elles seront utiles aux infirmières en leur faisant connaître l'essentiel des notions qu'elles doivent posséder pour être des collaboratrices intelligentes et utiles du médecin.

C'est notre conviction très sincère que l'on ne saurait exagérer l'importance du rôle de l'infirmière dans ce secteur de la médecine: en effet, beaucoup plus que le praticien lui-même, elle est en contact quotidien avec les malades et son influence psychologique et morale ne saurait être minimisée. Bien plus, lorsqu'il s'agit du département de maternité et de celui d'obstétrique, l'infirmière doit posséder une compétence et une formation qui la rendent capable de donner aux futures mères les soins prescrits qui assurent la sécurité, les conseils qui stimulent l'optimisme et les sourires qui réconfortent et donnent confiance en la vie.

Elle doit être convaincue qu'elle constitue une pièce indispensable de cet organisme scientifique et social mis au service du malade; par la maîtrise des techniques qui sont de sa compétence, elle contribuera efficacement au progrès de l'hygiène et à la sécurité maternelle et infantile. Cette participation, si l'on y songe bien, constituera pour l'infirmière un puissant stimulant vers plus de compétence et plus de dévouement. Nous souhaitons vivement qu'elle ne se dérobe pas à une tâche aussi noble et aussi excellente.

L'ovulation : secretion et excretion d'un ovule mature en dehors de la vesicule de De Graaf.

La fécondation : Union d'un spermatozoïde avec un ovule.

Accouchement : Expulsion hors de la mère 1° D'un enfant, soit spontanément, soit à l'aide d'instrument 2° Des annexes du fœtus soit naturellement, soit artificiellement

Obstétrique : C'est la partie de la médecine qui étudie l'ensemble des phénomènes se produisant chez la femme durant la fécondation, lors du développement de l'œuf, à l'expulsion de celui-ci et durant la période du post-partum.

Codex utérin : Endométrie du utérus gestant il entouree l'œuf qui l'a perfécté lors de sa maturation de la cavité utérine

Le chorion : Une membrane feable, vasculaire et feulement détachable de l'amnios

L'amnios : membrane februeuse, résistante et qui retient comme ds un sac le liquide amniotique, le cordon et le fœtus

Le placenta : Appelé aussi arrrière fois est une masse charnue qui se fixe au murau du corps utérin de préférence au deux tiers de sa face postérieure

Le placenta paria : L'insertion du placenta par le segment inf du corps utérin.

Variétés de position : Situation du repert de la présentation par rapport au contour du bassin.

Embryon : Debut du développement de l'œuf depuis les premieres ^{divisions} cellulaires de celui-ci jusqu'au moment où celui théoriquement il devient visible d. 1 quatre mois A terme

Effacement du col : Un phénomène par lequel la cavité cervicale est englobée ds la cavité utérine.

Dilatation du col : L'agrandissement decat et progressif de l'orifice utérin.

Poche des eaux : Une portion des membranes qui vient en rapport avec le col utérin

La présentation : Le pôle foetal vient en rapport avec le détroit sup^{érieur} tend à s'y engager

La position : Le dos du foetus vient en rapport avec la ligne médiane du bassin

Vers le 5^{ème} jour : Les lochies sont serres, sanguinolentes et acruées

Médiation : Excretion de l'oeuf fécond au début de grossesse en un point de la muqueuse uterine

Le bassin : Ceinture osseuse situé à partie inférieure du tronc entre la colonne et les membres inférieurs.

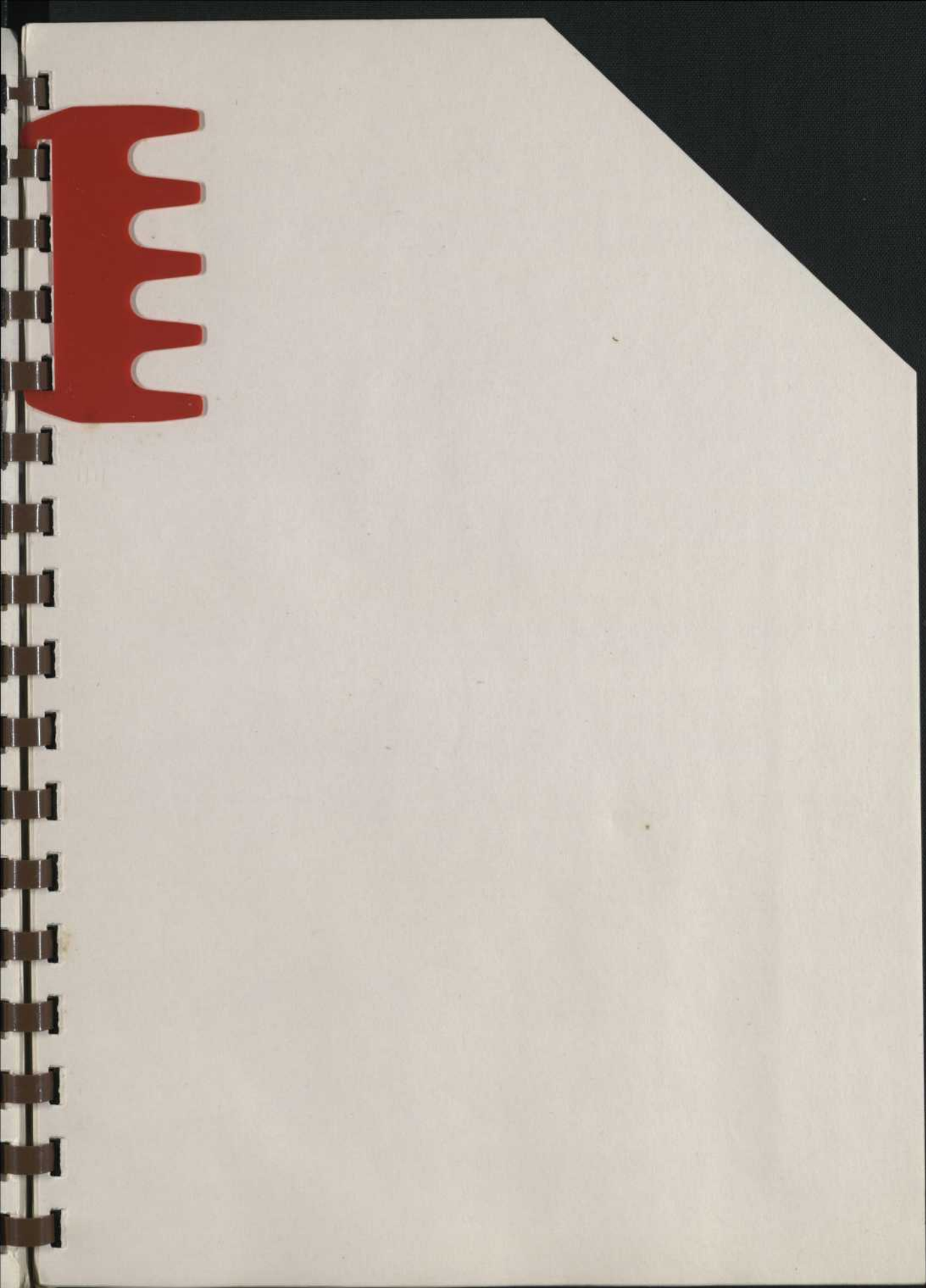
Môle idatiforme : Régénération fibroblastique des villosités chorionales.

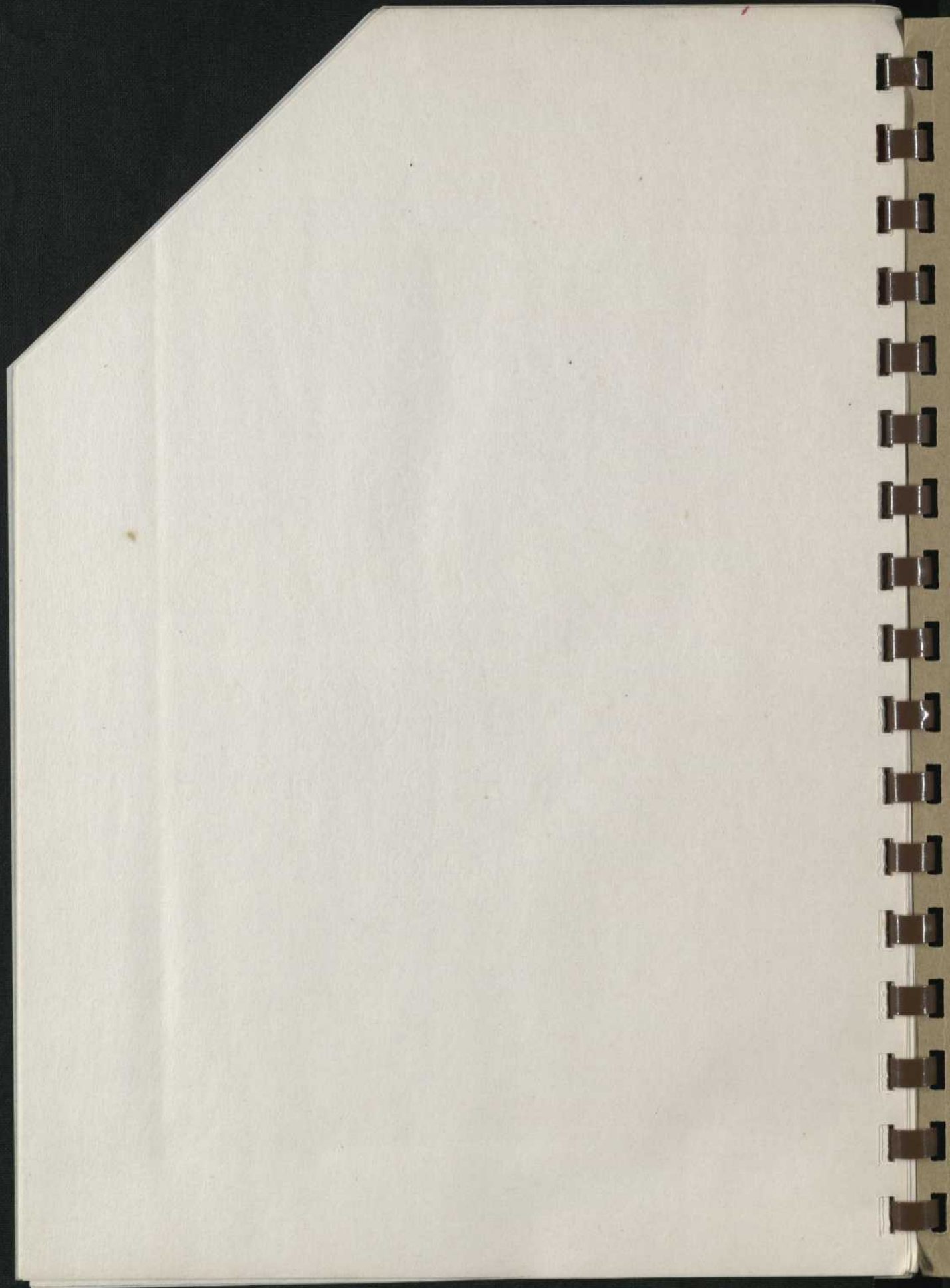
Grossesse uterine : Implantation de l'oeuf dans la cavité uterine

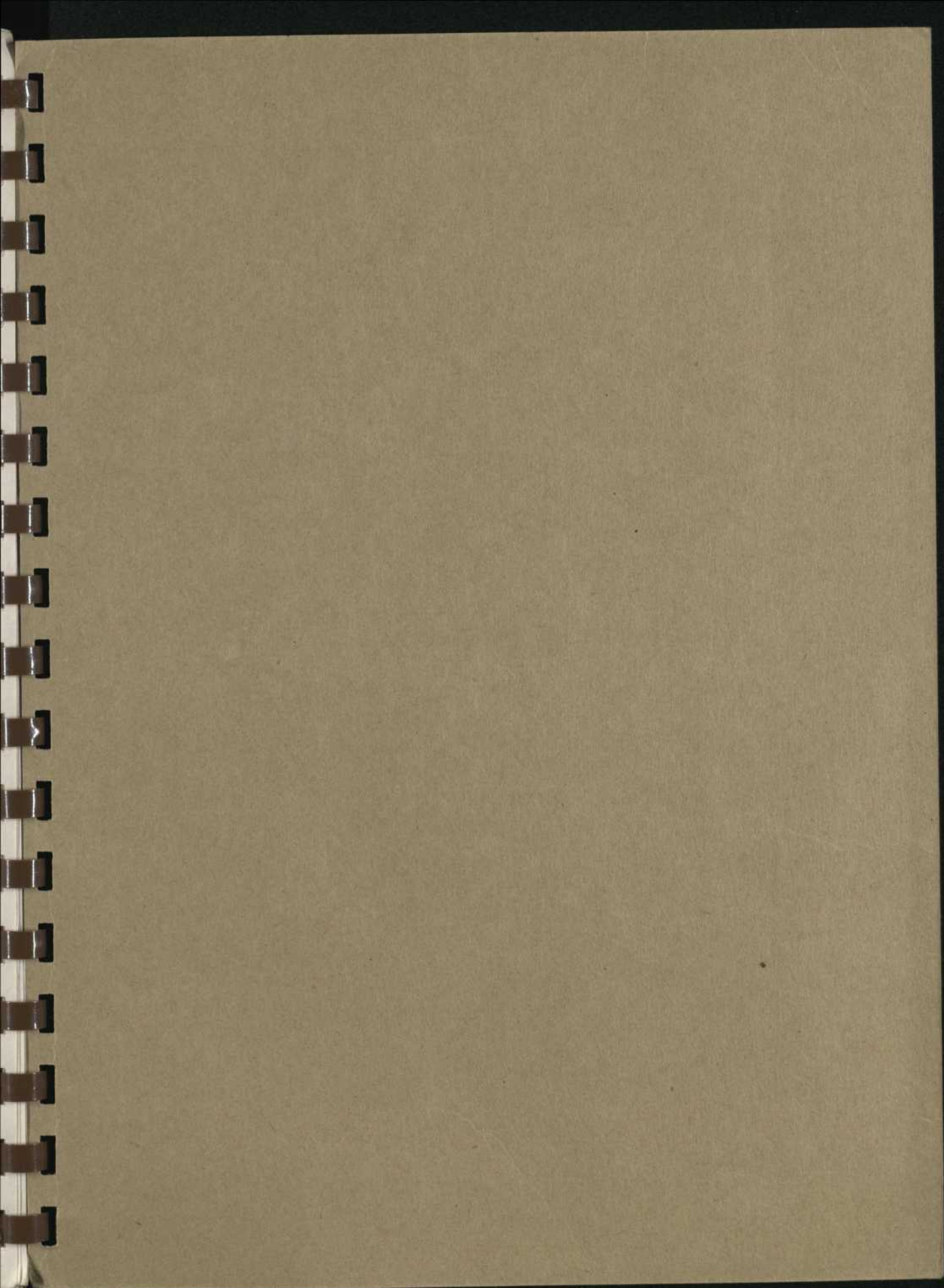
Le cordon : Lien vasculaire reliant le placenta au foetus et le foetus au placenta.

La présentation : Le pôle foetal qui se tient en regard avec le détroit supérieur

La position : Situation du dos du foetus par rapport à la ligne médiane du bassin.







BAnQ



C 000 415 974

Distribution exclusive dans la région de Montréal

WILSON & LAFLEUR Ltée
39 ouest, rue Notre-Dame
MONTREAL