

embryons se développent à côté l'un de l'autre, la grossesse est gémellaire. Très rarement, on voit même trois, quatre et cinq enfants se trouver ensemble dans la matrice.

6. On appelle *superfétation*, la fécondation de deux ovules à des intervalles plus ou moins éloignés; pour cela, il faut que l'ovulation se manifeste encore assez longtemps après la première imprégnation, ce qui n'est pas admis par les physiologistes; il faut aussi que le sperme trouve un chemin entre deux des membranes de l'œuf qui occupe la matrice, qu'il passe entre la caduque utérine et la caduque réfléchie, ce qui est possible seulement jusqu'au quatrième mois, puisque la soudure entre les deux caduques s'opère du troisième au quatrième mois.

On a cité quelques faits d'enfants supposés tous deux à terme et nés à époques éloignées de 1 à 5 mois, ce qui devrait faire admettre deux fécondations à plusieurs mois de distance l'une de l'autre; mais ces faits sont anciens, ont probablement été mal observés; il est permis de croire que l'un des enfants est né bien avant terme et l'autre à 9 mois ou même plus tard; de sorte que la fécondation aurait, en définitive, eu lieu dans le même moment. L'absence de preuves authentiques a conduit la plupart des auteurs contemporains à rejeter la superfétation comme impossible.

DE LA GROSSESSE

DÉFINITION, GÉNÉRALITÉS.

On appelle *grossesse* ou *gestation*, l'état d'une femme qui a conçu, c'est-à-dire qui renferme dans son sein un *ovule fécondé*.

Dans le langage ordinaire, on dit aussi que la femme est dans une *position intéressante*, ou même tout simplement qu'elle est *en position*.

Le mot *portée* s'emploie spécialement pour les animaux; on trouve cependant des personnes qui s'en servent en parlant de la femme.

La grossesse dure en moyenne 9 mois; aussi est-elle parfois désignée, surtout d'une façon ironique, sous le nom de *maladie de 9 mois*.

On dit encore que la femme est *grosse*, ou mieux qu'elle est *enceinte*.

Le terme *gravidité*, tiré du mot latin *graviditas* (grossesse), est fréquemment employé comme synonyme de grossesse; de là les expressions de *matrice gravide*, *utérus gravide*, indiquant que l'organe contient un produit de la conception.

L'ovule fécondé arrive par les trompes dans la cavité utérine; là il se greffe et s'accroît jusqu'à ce que l'enfant soit suffisamment développé pour vivre séparé de sa mère; il est alors expulsé par un travail spécial, qui constitue *l'accouchement*.

Lorsque l'œuf se trouve ainsi dans la cavité utérine, la grossesse est dite *utérine*, *naturelle*.

Mais il arrive parfois que l'ovule fécondé reste fixé sur l'ovaire, tombe dans le péritoine, chemine dans l'épaisseur des parois utérines; dans tous ces cas, le développement se fait en dehors de la matrice et la grossesse est appelée *extra-utérine* ou *contre-nature*.

Lorsque la grossesse suit heureusement son cours, sans présenter de phénomènes morbides particuliers, elle est réputée *normale*, *bonne*, *physiologique*, *régulière*. Dans le cas contraire, c'est-à-dire si elle est marquée par des accidents de nature à compromettre la santé de la mère ou de l'enfant, on dit qu'elle est *anormale*, *irrégulière*, *troublée*, *mauvaise*.

Quand il n'y a qu'un seul enfant, la grossesse est *simple*; s'il y en a plusieurs, elle est *composée* ou *multiple*; *gémellaire*, lorsqu'il y en a deux; *trigémellaire*, trois; *quadrigémellaire*, quatre; *quintigémellaire*, cinq; *sextigémellaire*, six. On dit aussi grossesse *double*, *triple*, *quadruple*, *quintuple*, *sextuple*.

Parfois il existe, ou il se développe pendant la grossesse, une maladie générale ou locale qui vient *compliquer* la situation; ainsi une grossesse peut être accompagnée d'une maladie de cœur, d'une fièvre typhoïde, d'une tumeur abdominale, etc. Une pareille grossesse peut très bien suivre son cours régulier et arriver sans encombre à son terme normal; mais il est vrai de dire que fréquemment alors, elle présente des troubles plus ou moins notables et plus ou moins dangereux.

Nous parlerons d'abord de la grossesse *utérine*, *simple*, *normale*.

Les phénomènes qui la caractérisent se rapportent à la mère ou à l'œuf; de là deux ordres de faits à étudier: *les phénomènes maternels*, ou changements apportés dans l'organisme de la mère, et *les phénomènes fœtaux*, comprenant les modifications de l'ovule fécondé et le développement du fœtus et de ses annexes.

PHÉNOMÈNES MATERNELS.

Ils comprennent les modifications *anatomiques* et *physiologiques* de l'appareil génital, des organes du voisinage et de l'économie en général. On peut dire, en effet, que des changements plus ou moins importants ont lieu *dans le corps entier*.

Le travail important d'édification qui se passe dans le bassin et l'abdomen retentit partout; *l'organisme construit*, tous les tissus y prennent part.

Ce travail, en général, est caractérisé par un surcroît de vitalité, d'activité, d'hypertrophie, qui se fait sentir même dans des tumeurs pathologiques siégeant dans les diverses régions du corps.

Phénomènes maternels anatomiques.

Les principales modifications ont lieu évidemment dans les organes

génétaux ; on y constate de la turgescence, de la suractivité, de l'excitation, une vitalité exagérée, du ramollissement, de la lubrification.

Bassin.

Les fibro-cartilages des symphyses deviennent plus mous, les ligaments plus souples. Les synoviales sont apparentes dans les articulations, surtout dans la symphyse pubienne. On constate une légère mobilité des os les uns sur les autres.

Le ramollissement modéré est utile pour décomposer les mouvements du corps et adoucir les secousses pendant la grossesse, pour prévenir les lésions pendant l'accouchement. Ces lésions consistent dans des déchirures des ligaments, des espèces d'entorses, qui donnent lieu, dans les suites de couches, au niveau des articulations, à des douleurs plus ou moins vives et persistantes, à des inflammations parfois graves et qui peuvent même se terminer par abcès. Ces derniers accidents ont été observés après la symphyséotomie, quand on avait écarté trop fortement les pubis.

Si le ramollissement est trop prononcé, la mobilité des symphyses est exagérée, la marche devient difficile, vacillante ; on observe de la douleur dans les articulations, surtout pendant la station verticale et au moment de l'accouchement ; il en résulte que la femme n'ose pas pousser, le travail est plus long, plus pénible, plus dangereux pour la mère et pour l'enfant.

On reconnaît aisément la mobilité anormale des pubis en tenant l'indicateur derrière la symphyse pendant que la femme marche ; à chaque pas, on sent un des pubis qui avance sur l'autre. Nous indiquerons encore un autre procédé en parlant des suites de la symphyséotomie. Dans ce cas, il faut appliquer une ceinture autour du bassin, pour bien maintenir les os en contact.

Vulve et vagin.

On constate de la tuméfaction, de l'assouplissement des parties molles externes et internes ; les glandes s'hypertrophient, sont plus actives, sécrètent abondamment.

Les parois sont abreuvées de liquide ; la muqueuse se boursoufle, est tapissée de mucosités filantes et maintenue constamment humide, parfaitement lubrifiée.

Ces modifications sont surtout prononcées à la fin de la grossesse ; elles augmentent l'élasticité des tissus et facilitent la dilatation du canal génital.

Il n'est pas rare que l'hypersécrétion donne lieu à des pertes blanches plus ou moins abondantes et irritantes, qui amènent de la rougeur, des démangeaisons, des excoriations aux grandes et aux petites lèvres et à la partie interne des cuisses. A moins de leucorrhée considérable, il ne faut pas conseiller cependant les injections

astringentes (tannin, alun, acétate de plomb), qui pourraient provoquer une fausse couche ; on doit se contenter de lavages émollients, suivis de l'application d'une poudre quelconque (de riz, d'amidon, de talc, de lycopode, etc.) ou de vaseline, glycérolé d'amidon, cérat simple ou camphré, cold-cream. Parmi les moyens les plus efficaces, nous devons citer encore les injections phéniquées, tièdes, à 1 % ; on en fait deux ou trois par jour, d'un litre chacune ; la température de l'eau ne doit pas dépasser 35°, la canule n'est pas placée au-delà de l'orifice du vagin et le liquide est poussé doucement ; comme la femme est dans le décubitus dorsal, l'eau pénètre d'elle-même jusqu'aux culs-de-sac. Toutes ces précautions sont essentielles (voir t. II. *Prurit*).

Au commencement de la grossesse, le vagin paraît parfois plus court, les culs-de-sac semblent plus profonds ; ces particularités proviennent de l'abaissement de l'utérus qui se produit chez certaines femmes au début de la gestation.

Plus tard, la matrice s'élève et le vagin s'allonge ; il devient aussi plus large par suite de l'effacement graduel des rides.

La muqueuse est d'abord plus colorée, la circulation y est plus active, des battements artériels deviennent parfois perceptibles. C'est ordinairement en haut et en avant, au niveau du col, que l'on arrive à une artéiole assez importante pour être sentie : c'est ce qu'on appelle le *pouls vaginal* ; il est surtout développé lorsque l'insertion du placenta n'est pas éloignée du segment inférieur.

La stase veineuse amène une coloration foncée, bleuâtre, ardoisée de la muqueuse du vagin et des petites lèvres. Dans certains cas, il y a de l'œdème, des varices de la vulve, des hémorroïdes à l'anus, provenant aussi de la gêne circulatoire, suite de la compression des vaisseaux pelviens.

La muqueuse des portions sous-vaginale du col et supérieure du vagin montre quelquefois de petites granulations, grosses comme des têtes d'épingles, accompagnées d'une abondante sécrétion de mucosité. Certains auteurs les désignent aussi sous le nom d'*œufs de Naboth* ; d'autres se servent du terme : *vaginite granuleuse*. Ces granulations sont des glandes hypertrophiées ou des papilles nerveuses augmentées de volume.

Le tissu contractile du vagin, ordinairement blanchâtre, prend une teinte rougeâtre très prononcée ; les faisceaux musculaires s'hypertrophient, se régularisent, forment une couche continue et de véritables plans. Cependant, la contractilité du canal est presque nulle après la sortie de l'enfant, à cause de l'énorme distension des parois pendant l'accouchement.

Utérus.

Cet organe subit des modifications considérables et nombreuses ;

il est le centre de l'activité qui caractérise la grossesse ; c'est dans son intérieur que se développent le fœtus et ses annexes. Aussi le sang y arrive-t-il en abondance ; ses parois sont le siège d'une véritable fluxion, qui leur donne une vitalité extraordinaire et leur permet de s'accroître rapidement dans des proportions énormes : de là augmentation de chaleur, de sensibilité, de contractilité et de toutes les propriétés inhérentes au viscère.

La muqueuse se gonfle, se boursoufle, forme des plis nombreux et c'est dans un de ces plis que se greffe l'ovule. Cette muqueuse hypertrophiée est expulsée à terme avec les membranes de l'œuf ; c'est pourquoi on lui donne le nom de *caduque* (de *cadere*, tomber).

Le tissu utérin dense, grisâtre, résistant, se ramollit, revêt la texture musculaire. L'organe subit en même temps des changements de volume, de forme, de situation, de direction, de structure.

VOLUME. — La matrice se développe peu à peu, son ampliation est graduelle. Dans les deux premiers mois, le corps utérin augmente peu de longueur (1 à 2 centim. seulement) ; mais il tend à s'arrondir, c'est-à-dire que le diamètre antéro-postérieur est bientôt aussi étendu que le vertical ; à trois mois, il a environ 8 à 10 centim. dans toutes les directions. A partir de ce moment, l'augmentation du diamètre longitudinal est *en moyenne* de 4 centim. par mois : donc il a atteint à 4 mois, 12 à 14 cent. ; à 5 mois, 16 à 18 ; à 6 mois, 20 à 22 ; à 7 mois, 24 à 26 ; à 8 mois, 28 à 30 et à 9 mois, 32 à 34.

La longueur du col n'est pas comprise dans les chiffres précédents.

La longueur du corps à l'état de vacuité étant de 3 1/2 à 4 1/2 cent., moyenne 4, elle atteint 4 1/2 à 5 1/2, moyenne 5, à un mois ; 5 1/2 à 6 1/2, moyenne 6, à deux mois.

On obtient ainsi le tableau suivant, très aisé à retenir :

Longueur du corps utérin aux différentes époques de la grossesse.

Vacuité	1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6 mois	7 mois	8 mois	9 mois
4 cent.	5 c.	6 c.	8 c.	12 c.	16 c.	20 c.	24 c.	28 c.	32 c.

Il est facile de se rappeler les trois premiers chiffres qui se suivent : 4, 5, 6. A partir de trois mois, on obtient le chiffre, immédiatement, en multipliant par 4 le nombre du mois précédent : ainsi à 3 mois, on a $4 \times 2 = 8$; à 4 mois, on a $4 \times 3 = 12$; à 5 mois, $4 \times 4 = 16$; à 6 mois, $4 \times 5 = 20$ et ainsi de suite.

Les diamètres transverse et antéro-postérieur sont à peu près égaux au longitudinal dans les premiers mois ; ils lui sont notablement inférieurs dans la seconde moitié de la grossesse. C'est ainsi qu'à 6 mois, la largeur du corps utérin est de 15 à 16 centim. et l'épaisseur

de 13 à 14 ; à terme, la largeur atteint 24 à 26 et l'épaisseur 22 à 24.

D'après Farre, les chiffres sont un peu différents de ceux que nous venons de donner pour la largeur ; on aurait à la fin du 3^e mois 10,1 ; 4^e, 12,6 ; 5^e, 13,9 ; 6^e, 16,4 ; 7^e, 18,9 ; 8^e, 20,2 ; 9^e, 22,7.

Cela revient presque à dire que l'augmentation en largeur est de 2 centimètres par mois : 4 (vacuité), 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22. Soit la moitié de l'augmentation en longueur, qui est de 4 cent. par mois. Ce sont évidemment là des approximations ; mais ces moyens mnémotechniques ne sont pas à dédaigner au début des études et même plus tard.

Les figures demi-schématiques ci-jointes, 53 à 61, sont destinées à



Fig. 53. — Utérus à l'état de vacuité (nullipare).



Fig. 54. — Utérus à l'état de vacuité (multipare).

montrer l'augmentation graduelle de la matrice et du fœtus aux différentes époques de la grossesse : elles ont été dessinées toutes à moitié grandeur naturelle à peu près.

Le fond et le corps augmentent surtout dans les six premiers

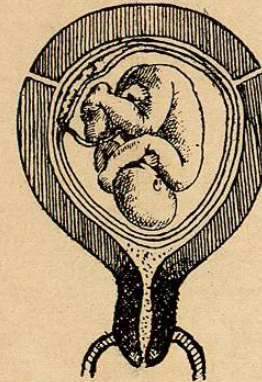


Fig. 55. — Le même au 3^e mois de la grossesse (primipare).

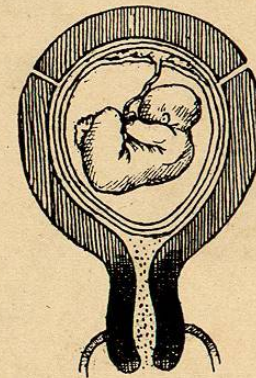


Fig. 56. — Le même au 3^e mois de la grossesse (multipare).

mois, tandis que le segment inférieur s'accroît spécialement dans le dernier tiers de la grossesse.

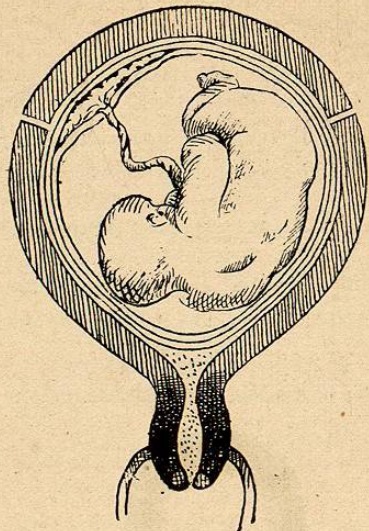


Fig. 57. — Le même au 4^e mois de la grossesse (primipare).

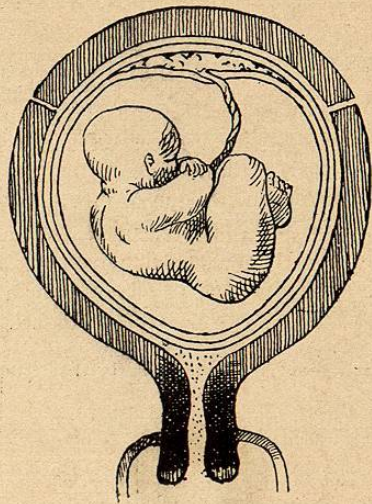


Fig. 58. — Le même au 4^e mois de la grossesse (multipare).

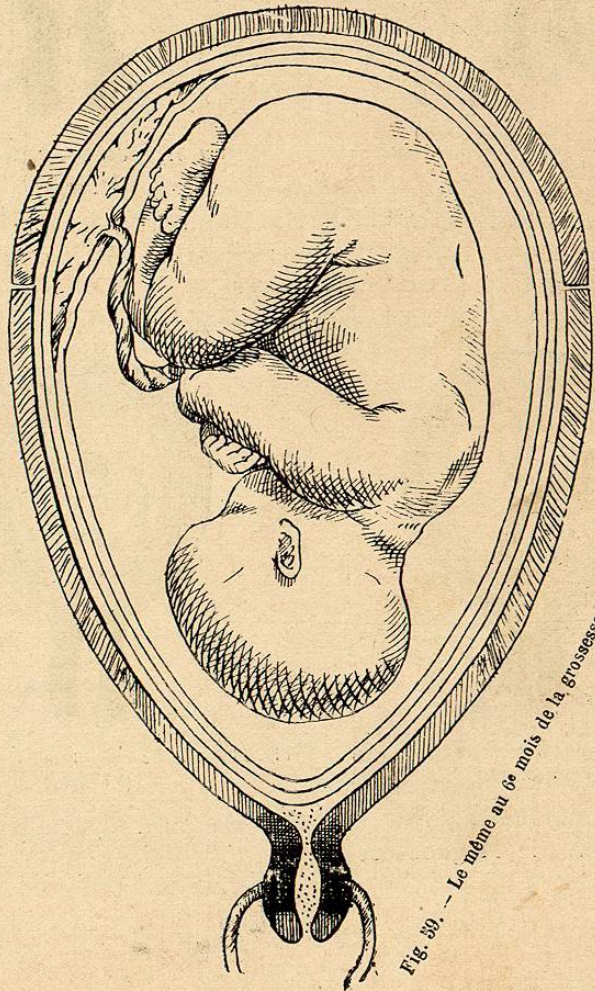


Fig. 59. — Le même au 6^e mois de la grossesse (primipare).

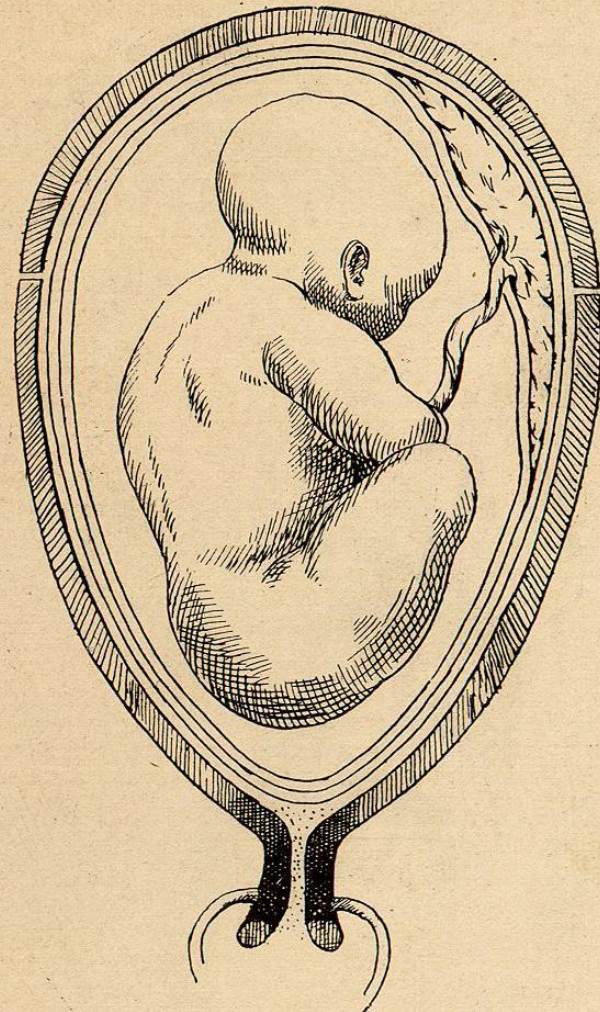


Fig. 60. — Le même au 6^e mois de la grossesse (multipare).

L'expansion du fond est très marquée, de sorte qu'il est fort élevé au-dessus de la ligne horizontale passant par les trompes : le fond fournit le tiers des dimensions totales de l'organe. La face postérieure se développe plus que l'antérieure et comprend les deux tiers de la circonférence de la matrice.

Il résulte de ce mode spécial d'accroissement, que l'origine des trompes descend et est plus en avant.

L'augmentation du volume de l'utérus est *préfixe*, c'est-à-dire peut être fixée à l'avance : on sait qu'à telle époque le fond de l'organe aura atteint telle hauteur. Cependant cette augmentation n'est pas absolument régulière, n'est pas la même chaque jour ;

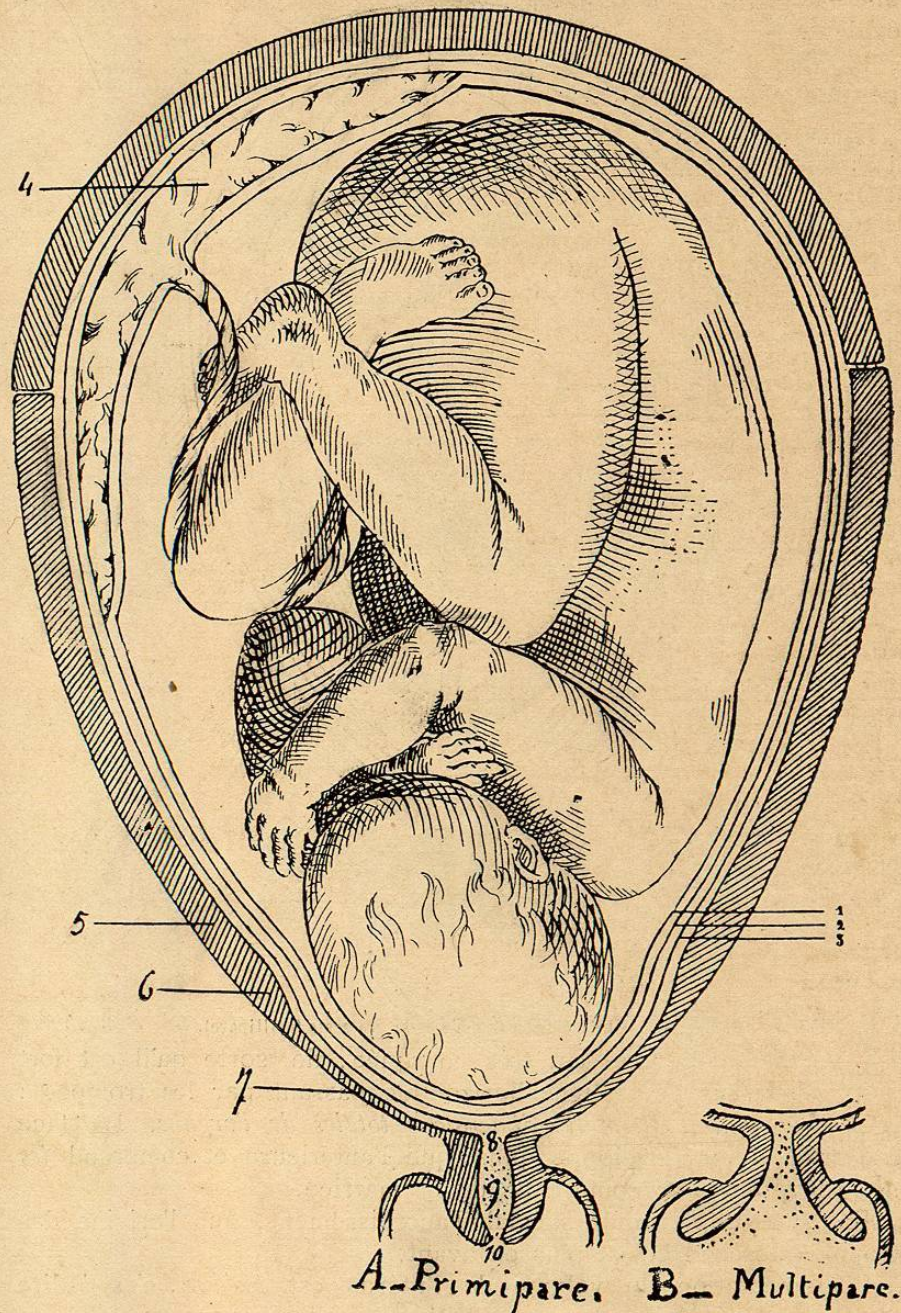


Fig. 61. — Le même au 9^e mois de la grossesse. — A. Primipare : 1, Amnios; 2, Chorion; 3, Caduque; 4, Placenta; 5, Paroi utérine; 6 Anneau de contraction; 7, Segment inférieur de l'utérus; 8, Orifice interne du col; 9, Canal cervical; 10, Orifice externe du col. — B. Col de multipare.

elle est lente, insensible à certains moments, plus rapide et plus évidente à d'autres; elle se fait souvent par saccades.

La matrice à terme est 24 fois plus volumineuse et 20 fois plus pesante qu'à l'état de vacuité.

Le tableau si simple donné ci-dessus nous a demandé beaucoup de recherches; il est le résultat de nombreuses mensurations faites sur des femmes enceintes de la Maternité de Liège et dans notre clientèle. Ce n'est pas aussi facile qu'on pourrait le croire au premier abord.

Nous devons faire remarquer, une fois pour toutes, que nos calculs sont toujours basés sur les mois solaires de 30 jours et se rapportent au dernier jour du mois. Donc quand nous parlons de 3 mois de gestation, il s'agit de 90 jours et ainsi de suite.

Cette remarque est d'une extrême importance pour éviter deux espèces d'erreur. La plupart des auteurs français parlent du 3^e mois, du 4^e mois, etc., et il faut alors bien s'entendre: le 3^e mois va du 61^e au 90^e jour; le 4^e du 91^e au 120^e, etc. On voit combien c'est peu précis, puisqu'il peut y avoir un écart de 29 jours! Les auteurs allemands comptent d'habitude par mois lunaires de 28 jours et attribuent, par conséquent, à la grossesse une durée de 10 mois. S'ils disent de plus 3^e mois, 4^e mois, etc., on prévoit les divergences qui doivent se présenter entre tous les chiffres indiqués dans les livres.

— Cazeaux, dont le Traité a été si longtemps classique et, fait rare, est arrivé à la 8^e édition, donnait pour la longueur: 7 centimètres à 3 mois, 9 1/2 à 4, 21 à 22 à 6 et 32 à 37 à terme: ce sont les chiffres qui se trouvent dans nos deux 1^{res} éditions. Auvaré indique 14 cent. à 3 mois, 21 à 6 et 35 à terme.

Tarnier cite les chiffres suivants de Farre: à 3 mois, 11,3 à 12,6; à 4 mois, 13,8 à 15,1; à 5 mois, 15,1 à 17,6; à 6 mois, 20,1 à 22,6; à 7 mois, 25,2; à 8 mois, 27,2; à terme, 30,2. Schröder (traduction Charpentier) dit qu'au 2^e mois, l'utérus a le volume d'une orange moyenne; au 3^e, d'une tête fœtale; au 4^e, du poing; au 5^e mois, le fond arrive entre l'ombilic et le pubis; au 6^e, il est à l'ombilic; au 7^e, à 2 ou 3 travers de doigt au-dessus; au 8^e, entre l'ombilic et le creux épigastrique; au 9^e, jusqu'au voisinage de ce creux et au 10^e, le fond redescend à la même hauteur qu'au 8^e mois. Nous ne pousserons pas plus loin cet examen, qui montre le vague des indications et les différences des chiffres.

— Nous devons faire observer que nous avons inscrit dans notre tableau les chiffres *moyens inférieurs*: 8 au lieu de 8 à 10, 12 au lieu de 12 à 14, etc. Il est entendu qu'il s'agit d'utérus développés longitudinalement, non en besace, avec grossesse simple et fœtus ordinaire, sans hydramnios; car dans d'autres conditions, les dimensions de la matrice peuvent être assez différentes et varier de plusieurs centimètres (5 et plus).

Disons, enfin, qu'il s'agit du diamètre longitudinal, de la longueur du corps utérin mesurée de l'insertion vaginale (appliquée sur le segment inférieur) au fond utérin, *en ligne droite*. Il ne faudrait pas suivre la convexité antérieure, qui elle dépasse de 5 à 10 centimètres la distance en ligne droite.

FORME. — L'utérus reste *piriforme* dans les premières semaines; puis le corps de l'organe s'arrondit de plus en plus, devient *sphérique*