

est composée de parcelles de graisse avec des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, de phosphate de chaux et une grande quantité de vibrions. Ce produit est généralement découvert après le second mois de la grossesse et persiste jusqu'au septième ou huitième mois; plus tard, on le rencontre rarement. Regnault explique son absence pendant les derniers mois de la grossesse par l'apparition dans l'urine, à ce moment, d'acide lactique libre, résultant en général de la présence dans l'urine de certains éléments du lait; l'acidité de l'urine en est augmentée, et elle prévient la décomposition de l'urée en carbonate d'ammoniaque. Il croit que la kystéine est produite par l'action du carbonate d'ammoniaque libre sur le phosphate de chaux contenu dans l'urine, et que cette réaction est empêchée par l'excès d'acide.

Golding Bird pensait que la kystéine, analogue à la caséine, était due à la présence de cette dernière, et il dit l'avoir rencontrée dans vingt-sept cas sur trente. Braxton Hicks soutient fortement cette opinion; selon lui, le dépôt de kystéine peut être produit beaucoup plus abondamment, si l'on ajoute à l'urine une ou deux cuillerées à thé de présure, cette substance ayant la propriété de faire coaguler la caséine. D'ailleurs on attache maintenant beaucoup moins d'importance qu'autrefois à la kystéine, depuis qu'on a trouvé quelquefois une substance à peu près semblable dans l'urine des femmes non gravides, surtout des femmes anémiques, et même dans l'urine des hommes. Parkes établit qu'elle n'a pas toujours une composition uniforme, mais qu'elle est produite par la décomposition de l'urée, et consiste en phosphates libres, mucus vésical, infusoires et produits vaginaux. Neugebauer et Vogel lui donnent la même composition et ne lui considèrent aucune valeur au point de vue du diagnostic. Elle présente un certain intérêt, en ce sens qu'elle indique les modifications qui surviennent pendant la grossesse; mais comme sa présence n'est pas constante, et qu'elle peut même exister en dehors de l'état de grossesse, on ne doit plus lui accorder l'importance qu'elle avait autrefois.

CHAPITRE IV

SIGNES ET DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE

En essayant d'affirmer la présence ou l'absence de la grossesse, le praticien se trouve en face d'un problème entouré souvent de grandes difficultés, et de la solution exacte duquel peuvent dépendre sa réputation professionnelle et l'honorabilité de la femme. Ceux qui sont intéressés au résultat de l'examen peuvent difficilement se figurer qu'il ne soit pas toujours aisé de se prononcer d'une façon positive sur ce point; néanmoins il est toujours bon d'y apporter les plus grandes précautions et de ne pas formuler une opinion absolue, excepté lorsque les signes sont certains. C'est excessivement important, parce que notre avis nous est demandé surtout dans les cas où les détails donnés par la femme ont le moins de valeur, comme lorsqu'elle est disposée à céder l'existence de la grossesse; si elle désire un diagnostic affirmatif, elle colore inconsciemment les détails de telle sorte qu'elle peut fausser le jugement du praticien.

On a essayé de classer les signes de la grossesse; ainsi quelques auteurs les divisent en signes *naturels* et signes *sensibles*, d'autres en signes *présomptifs*, *probables* et *certaines*. Cette dernière division, qui est adoptée par Montgomery dans son ouvrage classique sur « les symptômes et signes de la grossesse », est sans aucun doute la meilleure des deux, si l'on adopte

une classification quelconque. Le moyen le plus simple est celui qui, adopté maintenant à peu près par tous, étudie les symptômes de la grossesse dans l'ordre où ils se présentent, en attachant à chacun la valeur diagnostique qu'il mérite.

Signes de conception.

Depuis les temps les plus reculés, les auteurs pensaient qu'on pouvait certifier qu'il y avait eu conception d'après certains symptômes vagues, tels qu'un aspect particulier des yeux, le gonflement du cou, et des sensations inaccoutumées pendant le coït fécondant. On peut dire hardiment que tous ces signes sont trop incertains pour avoir la moindre valeur. Le dernier, cependant, est un signe auquel bien des femmes mariées prétendent ne pas se tromper, et Cazeaux incline à lui attacher quelque importance.

Cessation des règles.

Le premier signe appréciable de la grossesse sur lequel on puisse réellement compter, c'est la cessation des règles, et il a une grande importance, parce qu'il constitue le seul guide à l'aide duquel nous puissions calculer l'époque probable de l'accouchement. Chez les femmes qui étaient parfaitement réglées, et en dehors de toute cause morbide capable de produire la suppression, elle peut être considérée comme un signe de forte présomption en faveur de l'existence de la grossesse; mais elle n'indique pas davantage, à moins qu'elle ne soit accompagnée et corroborée par d'autres symptômes. Il y a en effet une foule de circonstances, outre la grossesse, dans lesquelles on observe la suppression des règles. Elle peut être produite par une impression de froid, une émotion morale, une constitution débilitee, coïncider surtout avec le début de la phthisie. Les impressions morales sont particulièrement sujettes à induire en erreur. Il est loin d'être rare de rencontrer de nouvelles mariées chez lesquelles les règles se suspendent une fois ou deux, soit à cause du trouble apporté dans leur économie par le mariage, soit par leur vif désir d'être enceintes. Les femmes non mariées, qui se sont exposées à devenir enceintes, éprouvent aussi des émotions morales et des craintes qui produisent souvent le même résultat.

La menstruation est souvent suspendue en dehors de la grossesse.

Une autre source d'incertitude, c'est que dans certains cas la menstruation peut continuer pendant une ou deux époques après la conception, et même pendant toute la grossesse. Cette dernière circonstance est certainement un fait extrêmement rare; mais un ou deux exemples en sont rapportés par Perfect, Churchill et d'autres écrivains de mérite; aussi doit-on en admettre la possibilité. Le premier cas est beaucoup moins rare, et la plupart des praticiens en ont probablement rencontré des exemples. L'explication en est maintenant bien connue.

Pendant les premiers mois de la gestation, lorsque l'œuf n'est pas encore suffisamment développé pour remplir toute la cavité utérine, il existe un espace considérable entre la caduque réfléchie, qui l'enveloppe, et la caduque vraie, qui tapisse la cavité utérine. C'est de cet espace que vient le flux menstruel, et là il existe non seulement une étendue assez considérable pour fournir ce flux, mais un canal libre, pour lui permettre de franchir l'orifice utérin. Après le troisième mois, la caduque réfléchie et la caduque vraie s'adossent l'une à l'autre, et il n'existe plus d'espace entre elles. A partir de cette époque, la menstruation est beaucoup plus difficile à expliquer. Il est probable que dans les observations qu'on a citées, des hémorrhagies accidentelles venant d'autres sources, d'un placenta prævia, d'une déchirure du col utérin ou d'un petit polype, ont été prises pour une menstruation véritable. S'il survient réellement un flux menstruel après le troisième mois, il ne peut naître que du canal du col. Mais c'est un fait si rare, que, si une femme qui se croit enceinte de plus de quatre mois est réglée normalement et régulièrement, nous sommes autorisés *ipso facto* à nier sa grossesse. Chez une femme non mariée, tous les détails relatifs à la régularité de sa menstruation sont absolument sans valeur, car dans ces circonstances rien n'est plus commun que de voir une femme nous donner des détails faux dans un but de supercherie.

La grossesse peut survenir sans aucun doute lorsque la menstruation fait normalement défaut. Cela arrive assez fréquem-

Menstruation pendant la grossesse.

Son explication.

La grossesse peut survenir avec absence des règles.

ment chez les femmes qui conçoivent pendant l'allaitement et dont les règles sont supprimées; elles n'ont alors aucune donnée positive pour calculer l'époque exacte de leur accouchement. On rapporte aussi des cas authentiques dans lesquels des jeunes filles ont conçu avant que la menstruation fût établie, et d'autres dans lesquels une grossesse est survenue après l'âge critique. Prenant tous ces faits en considération, nous ne pouvons regarder la suppression des règles que comme un signe très-présomptif de grossesse chez les femmes qui n'ont pas d'autre raison évidente de subir cette suppression; mais elle a sans aucun doute une grande valeur au point de vue du diagnostic.

Troubles
sympathiques.

Peu de temps après la conception il survient dans l'économie différents troubles, qu'il est très-exceptionnel de ne pas rencontrer. Ils sont généralement plus développés chez les femmes à tempérament nerveux, et chez les femmes des classes élevées de la société, particulièrement douées de cette constitution.

Vomissements.

Parmi les plus fréquents de ces troubles sont des désordres variés du canal gastro-intestinal. Il y a en général des nausées ou des vomissements; et, comme ils apparaissent surtout au moment où la femme se lève de son lit, ils sont connus vulgairement sous le nom de « vomissement du matin ». Il débute quelquefois presque immédiatement après la conception, mais plus fréquemment vers le second mois, et il dépasse rarement le quatrième. Ordinairement, ce sont des nausées, plutôt qu'un véritable vomissement. La femme se sent mal à l'aise et incapable de déjeuner, et elle rejette souvent quelques glaires liquides. Mais parfois elle vomit réellement, et les vomissements peuvent être assez forts pour résister à tout traitement, affecter sérieusement la santé de la femme et même mettre sa vie en péril. Ces formes graves de l'affection seront traitées dans un chapitre particulier. On a émis des opinions très-diverses sur la cause de ce « malaise du matin ».

Causes des vomissements.

Le Dr Henry Bennet croit, lorsqu'il est grave, qu'il est toujours associé à une congestion et une inflammation du col utérin. Le Dr Graily Hewitt soutient qu'il dépend absolument

de la flexion de l'utérus, qui produit une irritation des nerfs utérins au siège de la flexion, avec des vomissements sympathiques. Cette théorie, lorsqu'on la présenta à la Société obstétricale, fut accueillie avec peu de faveur, et elle me semble absolument infirmée par ce fait, certain selon moi, que la nausée, à un degré plus ou moins fort, est un phénomène normal et à peu près constant dans la grossesse; et il est difficile de croire que presque toutes les femmes enceintes aient une flexion utérine. L'explication généralement reçue, et probablement exacte, c'est que la nausée, aussi bien que les autres troubles sympathiques, dépendent de la tension des fibres utérines par suite du développement de l'œuf, et conséquemment de l'irritation des nerfs utérins. Mais ce n'est là qu'un seul des nombreux phénomènes réflexes accompagnant naturellement la grossesse. Il est de vieille observation que, lorsque les maux d'estomac font tout à fait défaut, il existe d'autres troubles sympathiques encore plus désagréables, par exemple une tendance à la syncope. Le Dr Bedford¹ a attaché une grande importance à ce point, et il croit que les femmes sont alors particulièrement prédisposées à avorter.

Il n'est pas rare de rencontrer d'autres dérangements des fonctions digestives dépendant de la même cause, par exemple un appétit excessif ou dépravé, la femme manifestant une envie démesurée pour des choses étranges et même dégoûtantes. Ces désirs peuvent être irrésistibles; ils sont connus vulgairement sous le nom d'*envies*. Les troubles intestinaux qu'on rencontre souvent et qui provoquent la constipation, la diarrhée et des flatulences, sont de même nature.

Certaines sympathies glandulaires peuvent également se développer; une des plus communes est la sécrétion excessive des glandes salivaires. La tendance à la syncope est fréquente, mais elle arrive rarement jusqu'à l'évanouissement complet: c'est plutôt une sorte de syncope partielle, qui ne va pas jusqu'à la perte de connaissance absolue, et que les auteurs anciens

Autres troubles du côté de l'appareil digestif.

Salivation, lipothymies, etc.

1. *Diseases of Women and Children*, p. 351.

appelaient « lypothimie ». Elle se voit souvent chez des femmes qui n'y sont pas sujettes à d'autres moments, et, lorsqu'elle atteint certaines proportions, elle constitue un symptôme fâcheux de la grossesse. Le mal aux dents est commun et s'accompagne souvent de carie dentaire. Lorsque ces phénomènes sont portés à l'excès, il est plus que probable qu'il existe quelque état morbide de l'utérus qui augmente l'irritation locale qui les produit.

Troubles de l'intelligence.

Les bizarreries de l'esprit sont fréquentes. Il n'est pas rare de rencontrer des femmes qui sont très-abattues et dont la volonté est annihilée, ou bien dont le caractère, gai et facile auparavant, est devenu irritable et maussade. Parfois, mais c'est moins commun, on est heureux de voir un mauvais caractère devenir meilleur.

Tous ces phénomènes de grande susceptibilité nerveuse n'ont toutefois que peu de valeur au point de vue du diagnostic. Ils peuvent corroborer certains symptômes, mais rien de plus; ils sont surtout intéressants à cause des désordres sérieux qu'ils peuvent produire, s'ils sont portés à l'excès.

Modifications dans les mamelles.

Il survient de bonne heure dans les seins certaines modifications, dépendant sans aucun doute des relations sympathiques qui existent en tout temps entre eux et les organes utérins, mais qui ont surtout pour but de les préparer à l'importante fonction de la lactation, qu'ils ont à remplir à la fin de la grossesse.

Aréoles.

Ces modifications débutent généralement vers le second mois de la grossesse, les seins deviennent alors plus volumineux et sensibles. A mesure que la grossesse avance, leur volume et leur dureté augmentent, et ils sont sillonnés de veines bleues. Mais les changements les plus caractéristiques portent sur le mamelon et l'aréole, et les auteurs y ont attaché une grande importance. Les mamelons deviennent turgides et sont fréquemment couverts d'écaillés furfuracées, formées par la dessiccation du fluide séro-lactescent qui suinte de leur intérieur. Les aréoles qui les entourent deviennent beaucoup plus larges

et brunissent sous un dépôt de pigment (fig. 74). L'étendue de cette nouvelle coloration varie beaucoup chez les différentes femmes. Chez les blondes, elle est si légère, qu'elle est à peine appréciable; chez les brunes, au contraire, elle est extrêmement caractéristique, formant quelquefois un cercle presque noir qui s'étend sur une grande partie du sein. L'aréole devient humide en même temps que foncée, et elle présente une sorte

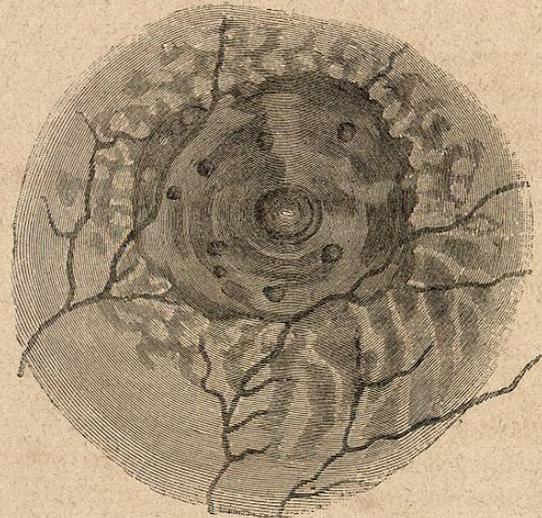


Fig. 74. — Aspect de l'aréole pendant la grossesse.

de gonflement; il s'y développe un certain nombre de petits tubercules formant un cercle de saillies autour du mamelon. Ces tubercules ont été décrits par Montgomery comme étant en rapport intime avec les conduits lactifères, quelques-uns de ces derniers pouvant parfois être suivis jusqu'au sommet de ces tubercules, où on les voit s'ouvrir. A mesure que la grossesse avance, leur volume et leur nombre augmentent. Pendant les derniers mois, la portion qui a été appelée l'aréole secondaire devient très-développée, et, lorsqu'elle est bien marquée, elle a un aspect tout à fait caractéristique. Elle consiste en un certain nombre de petites taches décolorées, disposées tout autour de l'aréole, et dans lesquelles la pigmentation est plus

Aréole secondaire.

faible. On les compare en général à des taches dont la couleur a été enlevée par une averse de gouttes d'eau. Cette modification, ainsi que la couleur sombre de l'aréole primitive, est plus marquée chez les brunes. A cette période, surtout chez les femmes dont la peau est fine, on voit souvent sur les seins des raies argentées. Elles sont produites par la tension de la peau et sont permanentes.

On peut, par une pression sur les seins, faire sortir du mamelon une petite goutte d'un liquide séreux, souvent dès le troisième mois, et l'examen microscopique montre qu'il contient des globules de lait et de colostrum.

Valeur diagnostique
des modifications
mammaires.

La valeur diagnostique de ces changements dans les mamelles a été diversement appréciée. Lorsqu'ils sont très-marqués, Montgomery les considérait comme des signes certains de grossesse. On doit cependant faire quelques réserves importantes à ce sujet. Chez les femmes qui n'ont jamais eu d'enfants, il en est sans doute ainsi; certainement, quelques affections utérines ou ovariennes produisent une coloration foncée de l'aréole, mais les modifications ne sont jamais aussi marquées que celles dont je viens de parler. Chez les multipares, les aréoles restent souvent brunes d'une façon permanente, et chez elles ces symptômes ont beaucoup moins de valeur. La présence du lait dans les seins chez les primipares peut être considérée comme un signe presque certain, et j'ai rarement manqué de le découvrir, même à une période peu avancée. Il est vrai qu'il existe des exemples authentiques de femmes non enceintes ayant une abondante sécrétion de lait, établie à la suite d'une irritation des mamelles. Ainsi Baudelocque présenta à l'Académie de chirurgie de Paris une jeune fille de huit ans, qui avait nourri son petit frère pendant plus d'un mois. Le Dr Tanner établit (je ne sais sur quelle autorité) qu'il n'est pas rare, dans l'Afrique occidentale, de voir des jeunes filles qui n'ont jamais été grosses faire un service régulier de nourrice pour les enfants des autres, leurs mamelles ayant été excitées à fonctionner par l'application du suc d'une euphorbiacée. La

sécrétion lactée a même été vue dans les seins de l'homme; mais ce sont des exceptions si rares à la règle générale, qu'elles ne doivent être mentionnées qu'à titre de curiosité; et je n'ai encore jamais été déçu dans le diagnostic d'une première grossesse en trouvant seulement quelques petites gouttelettes de lait dans les seins, même lorsque tous les autres signes manquaient. Chez les multipares, la présence du lait est loin d'avoir la même valeur, car il arrive souvent qu'il reste du lait dans les seins longtemps après la cessation de l'allaitement, même pendant plusieurs années. Le Dr Tyler Smith dit avec justesse que la suppression du lait chez les femmes qui nourrissent et se sont exposées à l'imprégnation est un symptôme plus sûr de grossesse que la condition inverse. C'est une observation que j'ai fréquemment faite moi-même.

Ainsi, dans le diagnostic de la grossesse, les symptômes mammaires ont une grande importance chez les primipares; lorsqu'ils sont bien marqués, ils trompent rarement. Ils ont surtout de la valeur lorsque nous suspectons une grossesse chez une femme non mariée, parce que nous pouvons trouver un motif pour voir ses seins sans le lui expliquer, et un simple coup d'œil, surtout si la femme est brune, peut justifier notre opinion aussi bien qu'un examen tout à fait complet. Chez les multipares mariées, ces signes sont moins nets, et leurs conséquences sont beaucoup moindres.

Je mentionnerai en outre différents dépôts irréguliers de pigment, qu'on observe fréquemment pendant la grossesse. Le plus commun est une ligne brun foncé ou jaunâtre partant du pubis et remontant jusqu'au centre de l'abdomen; quelquefois elle s'arrête à l'ombilic, parfois se bifurquant de façon à former un anneau irrégulier autour de l'ombilic et à gagner l'épigastre. La présence de cette ligne n'est pas constante; très-marquée chez certaines femmes, elle manque complètement chez d'autres. On observe souvent, à la face, des régions de peau noires, surtout sur le front, et cette coloration bronzée de la peau présente quelquefois un aspect tout à fait particulier.

Modifications pigmentaires diverses.

Joulin dit qu'elle survient seulement sur les parties de la face frappées par le soleil, et qu'on l'observe plus fréquemment chez les femmes de basse classe qui sont exposées librement aux influences atmosphériques. Ces modifications pigmentaires ont une faible valeur diagnostique, et elles peuvent persister longtemps après l'accouchement.

Développement de l'abdomen.

L'élargissement progressif de l'abdomen et le développement de l'utérus gravide aux différentes périodes de la grossesse, ainsi que les moyens d'examen par la palpation, ont déjà été décrits (p. 116 et 131).

Mouvements actifs du fœtus.

Je parlerai ici de ces phénomènes bien connus produits par les mouvements fœtaux dans l'utérus, et qui sont si familiers à toutes les femmes enceintes. Ces mouvements, sans aucun doute, se manifestent dès le moment de la vie fœtale, où le tissu musculaire du fœtus est suffisamment développé pour se contracter; mais ils ne sont perçus par la mère qu'environ seize semaines après la conception, l'époque précise variant considérablement dans les différents cas. On connaît bien les erreurs de la loi anglaise à ce sujet, qui suppose que l'enfant n'est vivant ou « animé » que lorsque la mère en sent les mouvements, et ces erreurs ont souvent donné lieu à des protestations de la part des médecins. Quelques femmes sentent remuer soudainement, on croit qu'il faut que la tumeur utérine soit assez élevée pour permettre à l'impulsion du fœtus d'être transmise aux parois abdominales de la mère, les mouvements devenant appréciables à travers leurs nerfs sensoriels. La sensation est généralement décrite comme une faible ondulation qui, perçue pour la première fois, cause fréquemment une impression nerveuse désagréable. A mesure que l'utérus se développe, les mouvements deviennent de plus en plus distincts, consistant presque toujours en une série de petits chocs ou coups, quelquefois appréciables à l'œil, et provoquant une saillie distincte des parois abdominales. Leur force et leur intensité varient beaucoup pendant la grossesse, selon les circonstances; parfois ils sont très-fréquents et pénibles; parfois le

fœtus semble comparativement tranquille, et ses mouvements peuvent ne pas être perçus pendant plusieurs jours de suite, au point de faire craindre sa mort.

L'état de santé de la mère a une influence incontestable sur leur production. On dit que leur force est plus grande après une abstinence de nourriture prolongée, ou dans certaines positions du corps. Il est certain que les causes qui entravent la vitalité du fœtus produisent souvent des mouvements très-irréguliers et tumultueux. Ils peuvent être très-facilement sentis par l'accoucheur par le palper abdominal, et quelquefois, dans les derniers mois, assez distinctement pour ne laisser aucun doute sur l'existence de la grossesse. En général, on les perçoit en plaçant une main de chaque côté de l'abdomen, et appuyant doucement en dedans avec l'une d'elles. La pression exercée sur le fœtus le renvoie sur l'autre main, qui en sent les mouvements.

Au point de vue du diagnostic, l'existence des mouvements fœtaux a toujours tenu une grande place, mais on doit prendre quelques précautions en les observant. Il est certain que les femmes elles-mêmes sont très-souvent dans l'erreur et croient sentir les mouvements d'un fœtus qui n'existe pas, trompées sans doute par des contractions abdominales irrégulières ou des flatulences de l'intestin. Il peut même se produire des mouvements intra-abdominaux capables de tromper le praticien. En somme, dans une grossesse avancée, lorsque les mouvements fœtaux sont assez marqués pour être vus et sentis, une méprise est difficilement possible, et ils constituent un signe certain. Mais, dans ces cas-là, il y a abondance de signes et peu de place au doute. Dans les cas douteux, et au début de la grossesse, l'absence des mouvements ne doit pas être considérée comme une preuve de non-existence de la grossesse, car ils peuvent être assez faibles pour n'être pas perceptibles, ou n'apparaître que dans une période avancée.

Le Dr Braxton Hicks a récemment appelé l'attention, au point de vue du diagnostic, sur la valeur des contractions in-

Valeur diagnostique des mouvements fœtaux.

Contractions intermittentes de l'utérus.