

aucun de ces signes, pas même les battements du cœur fœtal, qui parfois sont trop vagues pour être affirmés, et fournissent également des causes d'erreur par manque de netteté.

Le toucher permettra en outre, à une époque assez avancée de la grossesse, de reconnaître les caractères de la partie fœtale qui se présente :

Tumeur lisse, égale, dure, ordinairement engagée dans l'excavation (pendant le dernier trimestre chez les primigestes, pendant les quinze derniers jours chez les multigestes) quand il s'agit du *sommet*.

Tumeur également lisse, mais non engagée, quand c'est une présentation du *front*.

Tumeur un peu inégale constituée par la face, avec le front lisse et régulier à côté, il s'agit d'une présentation de la *face*. Pas d'engagement. (Cas très exceptionnel pendant la grossesse.)

On reconnaît le *siège* à ce qu'il forme une tumeur moins dure que la tête, moins égale, accompagnée de petites parties fœtales et non engagée quand le siège est complet; souvent engagée au contraire, quand on a affaire à une variété décomplétée mode des fesses; c'est en pareil cas que les confusions avec le sommet sont fréquentes et qu'une grande attention est nécessaire pour éviter une méprise.

Avec une présentation du *thorax* ou de l'*abdomen*, la partie fœtale est d'habitude inaccessible pendant la grossesse.

Dans plusieurs de ces examens, on peut à travers le segment utérin sentir les détails de la présentation fœtale, sur lesquels je reviendrai à propos du toucher pendant le travail, quand le col est ouvert.

Dans certains cas d'une grande perméabilité du col, le doigt explorateur arrive sur une partie fœtale simplement recouverte par les enveloppes ovulaires, et reconnaît nettement la présence d'un enfant, en sentant par exemple une main, un pied, une suture osseuse, une fontanelle, un globe oculaire.

La *sensation nette* d'une partie fœtale par le toucher vaginal est un signe de certitude de la grossesse. Puisqu'on sent le fœtus, il existe naturellement mort ou vivant. Ce signe de certitude ne servira que dans les cas relativement rares, mais le négliger ou le nier serait commettre une véritable méprise obstétricale.

4°, 5°, ÉTAPES PÉRI-UTÉRINE ET PELVIENNE

La vessie et l'utérus peuvent encore être explorés par le toucher pendant la grossesse, cependant la vessie remonte souvent au-dessus du pubis. Quant aux ligaments larges et aux organes qu'ils contiennent, leur ascension avec l'utérus les rend inaccessibles au toucher vaginal.

Je ne fais que mentionner l'examen du bassin, auquel la grossesse n'amène à l'état normal aucune modification perceptible au toucher. (Les modifications pathologiques, comme le relâchement des symphyses, seront étudiées à la pathologie puerpérale.)

X

DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE

SOMMAIRE

- 1° Résumé de la valeur séméiologique des différents signes de la grossesse.
 - a. Signes de probabilité ou maternels;
 - b. Signes de certitude ou fœtaux.
- 2° Diagnostic de la grossesse.
 - a. Normale.
 - Premier trimestre.
 - Deuxième trimestre.
 - Troisième trimestre.
 - b. Pathologique.
- 3° Diagnostic des questions attenantes à la grossesse.
 - a. Age de la grossesse.
 - b. Volume du fœtus.
 - c. Situation du fœtus.
 - d. Sexe du fœtus.

Les différents signes de la grossesse, qui viennent d'être étudiés en détail, se divisent en deux catégories :

1° Les uns, *dépendant de la mère*, sont appelés *signes de probabilité*, ou encore de *présomption*¹, car s'ils mettent sur la piste de la grossesse et la rendent vraisemblable, ils n'autorisent pas à l'affirmer;

2° Les autres, *dépendant du fœtus*, sont dénommés *signes de certitude*, car leur constatation place la grossesse hors de doute;

3° Je me contente de rappeler ces différents signes, avec lesquels nous sommes maintenant familiarisés, et dont nous avons, chemin faisant, discuté la valeur.

A. — SIGNES DE PROBABILITÉ OU MATERNELLE

1° Système génital et voisinage.

- Utérus*. — Suppression des règles.
 Augmentation progressive de volume.
 Mollesse spéciale du corps et du col.
 Contractions intermittentes.
 Existence du souffle maternel.

¹ C'est à tort qu'on a voulu distinguer les signes de présomption des signes de probabilité, car entre ces deux variétés il n'y a qu'une simple nuance, et non des limites tranchées.

- Vagin.* — Pouls vaginal.
Coloration violacée.
- Vulve.* — Hypertrophie.
Coloration violacée.
- Paroi abdominale.* — Augmentation de volume du ventre.
Vergetures.
Ligne brune.
Ombilic : dépression, puis aplatissement, parfois saillie.
- Seins.* — Augmentation de volume.
Saillie et sensibilité des mamelons.
Écoulement du colostrum.
Hypertrophie des tubercules de Montgomery.
Pigmentation de l'aréole, et formation de l'aréole secondaire.
Vergetures.
- 2° Système nerveux.**
Modifications de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté (envies).
- 3° Système respiratoire.**
Dyspnée.
Modification de la quantité d'acide carbonique exhalée.
- 4° Système circulatoire.**
Anémie globulaire et pléthore séreuse.
Hypertrophie cardiaque.
Dilatation veineuse périphérique (varices).
- 5° Système urinaire.**
Diminution des principes solides de l'urine.
Fréquence de l'albuminurie et de la glycosurie.
Fréquence des troubles de la miction.
- 6° Système cutané.**
Dépôts pigmentaires. — Masque de la grossesse.
- 7° Système digestif.**
Modifications de l'appétit.
Vomissements.
Ralentissement des différents processus nutritifs : absorption, assimilation, désassimilation, élimination; d'où résultent diverses maladies.

B. — SIGNES DE CERTITUDE OU FŒTAUX. — SIX

Deux s'obtiennent par le palper.

- 1° Mouvements passifs ou ballottement abdominal.
- 2° Mouvements actifs.

Deux par l'auscultation.

- 3° Battements fœtaux (ou souffle fœto-funiculaire).
- 4° Mouvements fœtaux.

Deux par le toucher.

- 5° Ballottement vaginal ou mouvements passifs.
- 6° Sensation d'une partie fœtale.

Je rappelle que ces *signes de certitude* doivent, pour être considérés réellement comme tels, réunir diverses conditions indispensables, qui sont :

- 1° *La netteté.* — Quand en effet nos sensations ne sont pas suffisamment précises, toute conclusion doit être suspendue.
 - 2° *Certaines particularités.*
 - a. *Pour le ballottement abdominal.* — La tumeur qui ballote doit être *intra-utérine*.
 - b. *Pour les mouvements actifs* perçus par le palper. — Il faut qu'il n'y ait pas d'interposition d'intestin entre l'utérus et la paroi abdominale.
 - c. *Pour les battements fœtaux.* — Il importe qu'ils ne soient pas synchrones avec les battements maternels.
 - d. *Pour l'audition des mouvements fœtaux.* — La femme absolument calme ne doit contracter aucun muscle de sa paroi abdominale.
 - e. *Pour le ballottement vaginal.* — La tumeur qui ballote est *intra-utérine*.
 - f. *Pour la sensation d'une partie fœtale.* — La partie fœtale explorée doit rappeler exactement une région de l'enfant facilement appréciable.
- Armés de ces signes, examinons comment il est possible de diagnostiquer la grossesse aux différentes époques de son développement.
- J'aurai surtout en vue la grossesse normale, *physiologique*, et terminerai par quelques considérations sur les difficultés que les états *pathologiques* divers peuvent accumuler autour de ce diagnostic.

A. — GROSSESSE NORMALE

La grossesse dure neuf mois, c'est-à-dire trois trimestres; or, le diagnostic diffère suivant qu'on considère le premier, le second ou le troisième trimestre.

PREMIER TRIMESTRE

Durant le premier trimestre aucun signe de certitude n'apparaît, force est donc de s'en tenir aux signes de probabilité.

Parmi ces derniers, il en est surtout trois qui doivent, à cause de leur importance relative, fixer l'attention de l'accoucheur, et qui sont comme le *trépied* du diagnostic à cette époque, les autres signes ne constituant que de simples adjuvants.

Ce sont :

- 1° Les modifications des seins. — Développement de la glande, des tubercules de Montgomery, pigmentation de l'aréole, présence du colostrum.
- 2° La cessation des règles.
- 3° L'augmentation de volume et le ramollissement de l'utérus.

A propos du ramollissement de l'utérus, nous mentionnerons le *signe de Hégar* qui est le suivant : dès la quatrième semaine de la grossesse, le segment inférieur présente une compressibilité spéciale qui devient surtout très apparente vers le soixante-cinquième jour. Par le palper combiné au toucher rectal ou vaginal, on sent au-dessus de la portion vaginale du col, et entre le col et le corps, une région mince, ramollie, qui peut être comprimée entre les deux mains jusqu'à ne plus présenter que l'épaisseur d'une carte. La mollesse et la compressibilité sont plus prononcées sur la ligne médiane que latéralement. Si le doigt introduit dans le vagin se place dans le cul-de-sac antérieur, la main qui palpe doit se porter le plus loin possible derrière l'utérus; si, au contraire, le doigt vaginal ou rectal explore la région postérieure du col, c'est en avant du col que la main restée libre doit s'insinuer. Cette manœuvre, si elle est prolongée et un peu énergique, serait capable de provoquer une menace d'avortement; aussi faut-il y mettre de la prudence. Le *signe de Hégar*, bien étudié après lui par Reinl, Compes, Müller, Sontag et Catunéanu, peut être utilisé à partir de la quatrième semaine ou plus tôt, nous l'avons vu. Cependant Noble ne lui accorde de l'importance qu'après le troisième mois, mais entre cette époque et le moment où les battements pelviens deviendront perceptibles.

Sommes-nous consultés par une femme : 1° qui, s'observant bien, peut nous fournir des renseignements précis sur les modifications des seins; 2° dont la menstruation, d'habitude régulière, a été brusquement suspendue sans cause pathologique appréciable; 3° chez qui, enfin, la palpation, facile, permet de nettement constater l'augmentation du volume et le ramollissement de l'utérus, nous pouvons être à peu près sûrs de l'existence de la grossesse¹.

L'association de ces trois signes de probabilités équivaut *presque* à un signe de certitude; je dis *presque*, car *il ne faut jamais affirmer l'existence d'une grossesse avant la constatation d'un ou plusieurs signes de certitude*.

Les autres signes de probabilité viendront se grouper autour des trois précédents, et, par leur nombre et leur netteté, diminuer les chances d'erreur.

Mais il est fréquent de voir un des trois signes de probabilité, ou même deux d'entre eux faire plus ou moins complètement défaut; le diagnostic s'obscurcit parallèlement.

D'autre part chacun de ces trois signes peut être la conséquence d'états pathologiques nettement distincts de la grossesse, et qu'on doit toujours avoir présents à l'esprit en pareille circonstance. Je ne ferai que mentionner

¹ Il ne faudra jamais omettre, dans ce diagnostic, de s'informer au sujet des rapports sexuels ayant été l'origine de la grossesse en question. Cette réflexion, malgré sa naïveté apparente, est loin d'être inutile.

ces différentes causes d'erreur, ne pouvant ici aborder un diagnostic complet, dont les détails m'entraîneraient beaucoup trop loin.

1° Modifications des seins.

Les quatre principales modifications des seins sont, d'une part, l'*augmentation de volume*, d'autre part la *présence du colostrum*, et enfin au niveau de l'aréole la *pigmentation* et le *développement des tubercules de Montgomery*.

Or, ces deux derniers signes sont d'une appréciation très difficile; il faudrait avoir connu l'aréole antérieurement, et en conserver la mémoire exacte pour apprécier les changements survenus; la simple observation extemporanée de la femme ne pourra, sauf exception, être suffisante.

L'*augmentation de volume* se produit aussi sous l'influence de l'adipose, cas où le développement simultané de l'abdomen fait quelquefois supposer à tort l'existence d'une grossesse; on comprend également combien cette augmentation est d'habitude difficile à apprécier.

Quant à la *présence du colostrum*, elle n'a d'importance réelle que chez les primigestes, car chez les femmes qui ont déjà eu des enfants et surtout chez celles qui ont allaité, on peut longtemps après le sevrage, en particulier au voisinage de l'époque menstruelle, faire sourdre quelques gouttes de colostrum au niveau du mamelon. Chez la primigeste ce signe devra influencer davantage sur le diagnostic de la grossesse possible; mais il faut se garder d'en faire un signe de certitude, car le colostrum se rencontre parfois à la suite d'excitations génitales prolongées, ou de certaines affections utérines chez les nullipares à l'état de vacuité, et même chez des femmes vierges.

2° Cessation des règles.

Les différentes et nombreuses causes de l'*aménorrhée* peuvent être rangées ainsi qu'il suit, en y comprenant la puerpéralité.

1° Causes extra-génitales.

1° MALADIES GÉNÉRALES.

- a. — *Aiguës*. — Fièvre typhoïde, etc., amènent une simple aménorrhée passagère.
- b. — *Chroniques*. — Chlorose. — Phtisie. — Intoxications. — Anémie causée par misère, ou habitation malsaine, etc. — En somme toute cause délabrante peut produire l'aménorrhée.

2° MALADIES LOCALISÉES.

- a. — *Aiguës*. — Toute maladie aiguë est susceptible d'amener une aménorrhée momentanée. — Une impression vive, une émotion, l'action du froid, une indigestion, l'usage de boissons excitantes, certains médicaments (opium), la saignée agissent de même.

- b. — *Chroniques*. — Suppuration prolongée, etc. Toute cause de débilitation peut être également une cause d'aménorrhée; de même les vers intestinaux, par action réflexe.

2° Causes génitales.

1° MALADIES GÉNITALES.

Toutes les maladies de l'utérus et des organes avoisinants sont susceptibles, à des degrés divers, de produire une aménorrhée plus ou moins prolongée; excès de coït ou premiers coïts agissent de même.

2° CAUSES PHYSIOLOGIQUES.

Grossesse, lactation, ménopause.

3° MALFORMATIONS GÉNITALES.

Absence des ovaires ou de l'utérus.
Occlusion cicatricielle du canal génital.

4° MUTILATIONS GÉNITALES.

Ablation des ovaires ou de l'utérus.
Occlusion cicatricielle du canal génital.

3° Augmentation de volume de l'utérus.

Les différentes causes susceptibles de produire l'augmentation du volume de l'utérus sont, en y comprenant la grossesse :

1° PRINCIPALES CAUSES POUVANT SIMULER L'AUGMENTATION DU VOLUME DE L'UTÉRUS ET CAPABLES D'INDUIRE EN ERREUR :

- a. — Ovaries : kystes, cancer.
- b. — Ligaments larges : kystes, phlegmons, salpingites.
- c. — Rectum : cancer.
- d. — Vessie : rétention d'urine, cancer.
- e. — Péritoine : pelvi-péritonite, grossesse extra-utérine, hématocele.
- f. — Bassin : ostéosarcomes.
- g. — Tympanite, adipeuse (grossesse nerveuse), ascite, et enfin toutes les tumeurs abdominales amenant une augmentation de volume du ventre.

2° CAUSES DE L'AUGMENTATION DU VOLUME DE L'UTÉRUS.

- a. — Congestion menstruelle.
- b. — Métrites.
- c. — Hypertrophie simple.
- d. — Hématomètre, physomètre.
- e. — Polypes muqueux, fibrineux, papillaires.
- f. — Kystes hydatiques ou dermoïdes.
- g. — Fibromes (fréquents).
- h. — Sarcomes (rares).
- i. — Cancer.
- j. — Grossesse normale ou pathologique.

Toutes les fois que le médecin aura, pour établir le diagnostic de la grossesse, à apprécier la valeur des trois principaux signes de probabilité susmentionnés, il ne devra jamais oublier les différentes causes d'erreur, qui viennent d'être exposées, et dont la discussion conduira à la vérité.

DEUXIÈME TRIMESTRE

Le premier trimestre de la grossesse est caractérisé par l'absence des signes de certitude, et le troisième, au contraire, par leur présence.

Dans le second trimestre, intermédiaire entre les deux précédents, on assiste à l'apparition de ces signes :

- Tantôt et rarement au début (4^e mois);
Tantôt et généralement au milieu (5^e mois);
Tantôt seulement vers sa terminaison (6^e mois).

Or, avant l'apparition des signes de certitude, le diagnostic se présente sous le même aspect que dans le premier trimestre, et on n'a qu'à se reporter à ce qui a été expliqué précédemment; après leur apparition, le diagnostic très simplifié sera établi comme dans le troisième trimestre, ainsi qu'il va être dit tout à l'heure.

TROISIÈME TRIMESTRE

L'existence des signes de certitude rend le diagnostic généralement facile pendant les trois derniers mois de la grossesse. Ces *signes* sont, comme on le sait :

- | | |
|----------------------|-----------------------------------|
| Palper. | 1. Ballotement abdominal. |
| | 2. Mouvements actifs du fœtus. |
| Auscultation. | 3. Battements fœtaux. |
| | 4. Mouvements actifs du fœtus. |
| Toucher. | 5. Ballotement vaginal. |
| | 6. Sensation d'une partie fœtale. |

On remarquera que parmi ces signes il en est trois qui indiquent simplement la présence du fœtus, et trois qui permettent en outre de dire qu'il est vivant.

Ce sont :

- a. — *Signes de présence certaine du fœtus.*
 1. Ballotement abdominal.
 2. Ballotement vaginal.
 3. Sensation d'une partie fœtale par le toucher.
- b. — *Signes de vie certaine du fœtus.*
 1. Palpation des mouvements actifs.
 2. Audition des battements fœtaux.
 3. Audition des mouvements actifs.

Je ne reviens pas sur l'étude de ces différents signes déjà faite en détail.

B. — GROSSESSE PATHOLOGIQUE

De nombreux états pathologiques peuvent venir compliquer la grossesse et obscurcir son diagnostic. Ils seront étudiés dans la partie de ce traité, réservée à la pathologie puerpérale (quatrième section). Je vais simplement énumérer les principaux, afin de laisser entrevoir de suite les difficultés qui surgiront parfois dans cette question de diagnostic.

Ces différentes complications sont, en allant de la périphérie de l'utérus vers le fœtus :

1° *Les diverses tumeurs abdominales* : kystes de l'ovaire, hydronéphrose, ascite, parmi lesquels je rangerai la grossesse extra-utérine ;

2° *Les malformations de l'utérus* : utérus double, utérus bifide ;

3° *Les maladies des annexes ovariennes* : môle hydatiforme, hydramnios ;

4° *La mort du fœtus, la grossesse multiple* (2 à 5 fœtus), *les monstruosités* ;

5° Enfin, et pour terminer, *la persistance des règles pendant la grossesse*.

Pour compléter ce chapitre, il me reste à parler du diagnostic de l'âge de la grossesse, c'est-à-dire de l'époque probable de l'accouchement (voir à cet égard un peu plus loin ce qui a trait à la *durée de la grossesse*), du volume du fœtus, de sa *situation* dans l'utérus ; et enfin de celui relatif au *sexe* de l'enfant si souvent demandé à l'accoucheur.

AHLFELD a essayé par des mensurations de déterminer les *dimensions du fœtus* enfermés dans l'œuf ; mais les résultats auxquels il est arrivé sont d'une faible utilité pratique. Pour apprécier le volume de l'enfant, l'accoucheur en sera réduit à une évaluation approximative puisée dans les renseignements fournis par le palper.

Nous avons vu comment, par le palper, l'auscultation et le toucher, on peut, durant la grossesse, reconnaître la *situation du fœtus*, et diagnostiquer la présentation et la position ; inutile d'y revenir ici.

Quant au *diagnostic du sexe* de l'enfant pendant la grossesse, question qui se rattache de près à celle de la *procréation des sexes à volonté*, nous n'en sommes pas plus avancés qu'au temps de MAURICEAU, qui s'exprime ainsi sur ce sujet¹ : « ... On ne peut avoir aucune connaissance certaine du sexe de l'enfant qui est dans le ventre de sa mère, ni savoir le vrai moyen d'engendrer un garçon plutôt qu'une fille : Dieu ayant exprès caché cette préconnaissance à l'homme pour éviter qu'il n'en abusât, au préjudice de la propagation de l'espèce, parce que la plupart désireraient des garçons, et il arriverait qu'il y aurait manque de filles. »

Toutes les circonstances en effet, qu'on a invoquées pour arriver à ce diagnostic : état de faiblesse de l'un ou de l'autre générateur à l'instant de la conception, moment de la conception par rapport à l'époque des règles, influence de la lune, siège de la ligne brune à gauche ou à droite de l'ombilic, absence ou maladie de l'un ou l'autre testicule ou ovaire, volume de l'enfant, le retard de l'accouchement, voire même le nombre de battements cardiaques dont il a été précédemment question, ont toutes à peu près la même valeur

¹ *Traité des maladies des femmes grosses*, 1721, p. 101.

négative, et le meilleur moyen de diagnostic est encore celui donné par MAURICEAU¹. « Pour moi je voudrais... reconnaître, avant d'en rien dire, l'inclinaison des personnes, et donner toujours, en une cause si douteuse, mon avis contraire au souhait qu'on fait ; car s'il arrive que par cette voie la sage-femme rencontre bien (quoique ce soit par hasard), on dira que c'est une habile femme, et qu'elle l'avait bien dit ; et s'il vient d'autre façon (ce qui de deux fois arrive une), la femme et son mari ayant ce qu'ils ont souhaité, n'y prendront pas de si près garde, d'autant qu'on reçoit toujours de bon cœur le bien qui arrive, quoiqu'on ne l'ait pas espéré. »

XI

MARCHE ET DURÉE DE LA GROSSESSE

SOMMAIRE

- a. *Marche de la grossesse.*
Division en trois trimestres.
- b. *Durée de la grossesse.*
Détermination de la durée de la grossesse.
Des grossesses prolongées et des naissances légitimes.
Diagnostic de l'époque vraisemblable de l'accouchement.

A. — MARCHE DE LA GROSSESSE

Note dominante de chaque trimestre de la grossesse.

PREMIER TRIMESTRE. — Pendant les trois premiers mois de la grossesse, l'utérus, quoique peu développé, est, pour la gestante, la source de troubles pénibles, et dont l'*action réflexe* explique le mode de production ; tels sont surtout les vomissements si fréquents dans ce premier trimestre, et aussi les syncopes.

DEUXIÈME TRIMESTRE. — Le plus souvent, les troubles des trois premiers mois s'arrêtent ou disparaissent, de telle sorte que la femme éprouve un bien-être relatif ; c'est pendant cet armistice, et alors que la femme s'inquiète quelquefois sur l'existence réelle d'une grossesse espérée, que surgissent les signes de certitude, venant joindre la tranquillité morale au calme physique.

TROISIÈME TRIMESTRE. — L'utérus devient volumineux ; il atteint d'une part les sommets de la cavité abdominale, où il entrave le fonctionnement de l'estomac et surtout du diaphragme ; d'autre part envahissant lentement l'excavation pelvienne, il amène le trouble dans la physiologie rectale et vési-

¹ *Loco citato*, p. 102.