

GRIPPE ET GROSSESSE. — Il ne semble pas que la grossesse ait une action sur la grippe; celle-ci a au contraire sur la grossesse une action qui a été signalée par divers observateurs et qui se manifeste par l'expulsion prématurée du fœtus.

Cette expulsion prématurée est-elle fréquente? Non; la grande majorité des cas évolue sans incidents. Du reste, il est impossible de fixer la proportion des accouchements prématurés qui varie beaucoup suivant les auteurs, c'est-à-dire suivant les épidémies. — Cette action de la grippe serait surtout à craindre à la fin de la grossesse; elle reconnaîtrait pour causes l'hyperthermie, l'hyperhémie de la muqueuse utérine (donnant lieu à des hémorragies même en dehors de la grossesse) et enfin l'intensité de la toux.

Le *diagnostic* de grippe est surtout intéressant pendant les suites de couches où il faut la distinguer de l'infection puerpérale, de la fièvre typhoïde, de la tuberculose.

Nous ne nous arrêterons que sur le diagnostic différentiel avec l'infection puerpérale; il est exceptionnel que la grippe ne s'accompagne pas de symptômes pulmonaires, il faut donc ausculter les malades avec soin; en l'absence de signes stéthoscopiques, la notion d'épidémicité, la prostration des malades, la marche capricieuse de la température, atteignant souvent 40° et 41°, avec, d'autre part, des lochies normales comme quantité, aspect et odeur, tels sont les éléments qui servent de base au diagnostic. Il va sans dire que, ici comme dans la fièvre typhoïde, grippe et infection puerpérale peuvent coexister, il ne faut donc pas se laisser distraire de l'observation de l'utérus par l'existence d'une grippe confirmée.

Conduite à tenir. — Combattre l'hyperthermie et la toux, causes principales de l'expulsion du fœtus et surveiller la grossesse. G. LEPAGE.

GROSSESSE. — La grossesse est l'état fonctionnel particulier dans lequel se trouve la femme pendant toute la durée du développement de l'œuf humain. Cette définition, donnée il y a quelques années par Pinard, indique que, pour qu'il y ait grossesse, il faut qu'il y ait un œuf en voie de développement.

Pinard a défini plus récemment la gestation *l'état fonctionnel particulier que présentent les femelles des mammifères qui, après avoir été fécondées, portent et nourrissent le ou les produits de conception.* Il ajoute que la « femelle véritablement gestante est celle qui donne en même temps le logement et la nourriture ».

Nombre de questions relatives au début de la grossesse (c'est-à-dire au moment où commence à se développer l'ovule fécondé), à la durée de la grossesse, etc., sont encore à l'étude: l'exposé, basé sur ce qui s'observe, non seulement chez la femme, mais aussi dans la série animale, vient d'en être fait d'une manière très détaillée par A. Pinard dans le *Dictionnaire de physiologie* de Ch. Richet. Nous renvoyons le lecteur à cet article Gestation pour ce qui concerne l'étude des modifications apportées à l'organisme maternel par la grossesse; nous ne nous occupons ici que de la symptomatologie, du diagnostic et de l'hygiène de la grossesse.

Symptomatologie. — Les symptômes observés chez la femme enceinte sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les décrire en détail. On rangeait

autrefois, parmi les signes de la grossesse, les nausées, les vomissements bilieux ou alimentaires, etc.; nous ferons remarquer que ces signes sont des signes pathologiques et n'ont rien à voir avec la symptomatologie de la grossesse.

En réalité, il n'y a qu'un seul signe fonctionnel, c'est la *suppression des règles*, qui est constante. Pajot insistait sur ce que les écoulements sanguins qui surviennent chez les femmes enceintes diffèrent des règles par leur *durée*, leur *quantité*, leur *qualité*. Pinard affirme qu'il n'a pas encore observé une seule fois la persistance des règles chez une femme enceinte: la suppression des règles est donc un signe de grande valeur en faveur de la grossesse, de même qu'inversement leur persistance est incompatible avec l'existence d'une grossesse.

Les autres signes de la grossesse sont nombreux. *Localement*, la femme constate une augmentation du volume du ventre liée elle-même au développement de l'utérus; puis plus tard, l'apparition de vergetures sur la paroi abdominale et d'une ligne pigmentée sur la ligne médiane.

A une époque de la grossesse un peu variable (vers quatre mois, quatre mois et demi), la femme perçoit les mouvements actifs du fœtus. Les sensations qu'elle éprouve ont été comparées au chatouillement produit par la patte d'une araignée sur la peau, ou bien à une sorte de pincement, de choc. Les mouvements du fœtus perçus par la femme sont des mouvements partiels ou de totalité: ces derniers sont ceux que le fœtus exécute lorsqu'il se déplace en masse, lorsqu'il se retourne dans la cavité utérine; les mouvements partiels sont ceux des membres qui viennent frapper contre la paroi utérine.

Quelquefois les mouvements du fœtus sont *rythmés*, c'est-à-dire qu'ils se reproduisent au même endroit d'une manière régulière: ces mouvements, sur la nature desquels on n'est pas fixé, n'ont aucune signification fâcheuse.

Durée de la grossesse. — Il est pour ainsi dire impossible de préciser la durée de la grossesse puisqu'on ne sait pas à quel moment exact elle commence, c'est-à-dire à quel moment se fait la rencontre de l'ovule et du spermatozoïde.

La durée de la grossesse est calculée sur les moyennes observées chez un certain nombre de femmes, c'est-à-dire en comptant le nombre de jours écoulés depuis le coït fécondant (s'il y a eu un seul rapport), depuis la date des dernières règles, et depuis l'apparition des mouvements actifs.

1° Date du coït fécondant. — De nombreuses statistiques ont été faites chez les animaux pour étudier le laps de temps qui s'écoule entre le coït fécondant et la parturition; chez la vaché, sur 1505 observations réunies par Tessier et Spencer, on a noté que la parturition avait eu lieu:

Du 255° au 259° jour.	18 fois.	Du 281° au 287° jour.	574 fois.
— 260° au 266° —	12 —	— 288° au 294° —	280 —
— 267° au 275° —	75 —	— 295° au 301° —	45 —
— 274° au 280° —	287 —	— 302° au 321° —	44 —

Chez la femme, la moyenne du nombre de jours écoulés entre le coït fécondant et l'accouchement est, suivant les statistiques, de 268 à 277 jours. Le chiffre le plus élevé est 294 jours; ce qui donne raison à l'article 315 du Code civil d'a-

près lequel « la légitimité de l'enfant né 300 jours après la dissolution du mariage pourra être contestée ».

2° *Date de la dernière menstruation.* — Plus nombreuses et plus scientifiques sont les statistiques indiquant le nombre de jours qui s'écoulent entre le dernier jour des dernières règles et la date de l'accouchement; ce nombre est de 275 à 280 jours, 277 jours, si l'on veut prendre un chiffre moyen. Il ne faut pas oublier que ce chiffre n'est qu'une moyenne et qu'il est presque impossible, sauf erreur variant de 20 à 25 jours, d'évaluer la durée probable d'une grossesse dans un cas déterminé.

3° *Date d'apparition des mouvements actifs.* — C'est un point de repère qui ne sert guère non plus à évaluer l'âge de la grossesse; nous avons vu que souvent c'est à la fin du 4^e mois ou 15 jours après qu'apparaissent les mouvements actifs du fœtus. Il y a, à ce point de vue, des différences individuelles très marquées; certaines femmes sentent remuer un mois avant d'autres. De plus, quelques femmes n'indiquent pas la date à laquelle elles ont pour la première fois perçu les mouvements actifs, mais, se basant sur des calculs très approximatifs, elles disent qu'elles ont senti remuer à quatre mois et demi. En réalité, ce renseignement de la date des mouvements actifs est un renseignement qui ne peut contribuer à évaluer l'âge de la grossesse.

Du reste, ce qui gêne pour préciser la durée normale d'une grossesse, c'est qu'un certain nombre de causes peuvent la modifier; c'est ainsi que la grossesse dure plus ou moins longtemps suivant que la femme se repose ou non dans les derniers temps de la grossesse. Les statistiques de Pinard, faites sur des femmes ayant séjourné au refuge-ouvroir ou au dortoir de la clinique Baudelocque et sur des femmes ayant travaillé jusqu'au moment de l'accouchement, démontrent le fait d'une manière évidente. Le poids moyen des enfants nés de femmes ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement est de 3000 grammes alors qu'il est de 3290 grammes et de 3366 grammes chez les femmes ayant séjourné au moins dix jours au refuge-ouvroir ou au dortoir de la clinique Baudelocque. De même, certaines dispositions de l'œuf, telles que l'insertion basse du placenta peuvent également diminuer la durée de la grossesse [V. PLACENTA (INSERTION VICIEUSE)], en amenant l'expulsion prématurée du produit de conception.

Certaines causes (durée des règles, âge des procréateurs, sexe du fœtus) ont été signalées comme ayant une influence sur la durée de la grossesse; en réalité, elles ne semblent pas agir d'une manière indiscutable. Quant à la parité, Pinard et Gaston pensent que la grossesse dure plus longtemps chez les multipares que chez les primipares; ce fait a été observé depuis longtemps par les éleveurs.

Examen de la femme enceinte. — Lorsqu'on examine une femme enceinte, on a recours, outre l'interrogatoire, à différents procédés d'exploration dont les plus importants sont : A) le palper; B) l'auscultation.

A) *Palper abdominal.* — La femme doit être couchée sur le dos, débarrassée de tous ses vêtements, sauf la chemise; la tête ne doit pas être trop élevée et repose sur un oreiller ou sur un traversin. Les membres supérieurs sont allongés le long du corps sur le plan du lit, les membres inférieurs sont allongés et modérément rapprochés l'un de l'autre (Pinard).

Il est utile qu'il y ait eu assez récemment une garde-robe, la réplétion de l'intestin pouvant, surtout dans les premiers temps de la grossesse, soulever l'utérus et le faire paraître plus volumineux qu'il ne l'est en réalité. Il est surtout nécessaire que la vessie soit vide : volumineuse elle peut masquer l'utérus gravide repoussé en arrière, ou bien, à la fin de la grossesse, elle peut gêner l'exploration de la partie fœtale qui se trouve en bas.

Les doigts de la personne qui pratique le palper ne doivent pas être froids, car, s'ils ne sont pas à une température à peu près égale à celle de la paroi abdominale, leur contact est désagréable à la femme et produit une contraction réflexe des muscles abdominaux qui gêne l'exploration.

En hiver il est donc utile, avant de pratiquer le palper, de se laver les mains à l'eau tiède.

Les renseignements recueillis à l'aide du palper seront d'autant plus nets qu'on aura soin d'explorer avec la face palmaire des doigts réunis et non pas avec l'extrémité des doigts. Le palper ne doit jamais produire de sensation douloureuse; il renseignera d'autant mieux que la femme ne contractera pas instinctivement ses muscles abdominaux.

Pinard donne le conseil, avant d'explorer le globe utérin, de se rendre compte d'abord de l'épaisseur et de la sensibilité de la paroi abdominale en en saisissant de chaque côté la peau et le pannicule adipeux entre le pouce et l'index.

L'utérus n'est guère accessible au palper abdominal que lorsqu'il est gravide de plus d'un mois; si l'on examine une femme enceinte d'un mois et demi à deux mois — à la condition qu'il n'y ait pas de rétroversion — on sent au-dessus de la symphyse, remontant à deux ou trois travers de doigt, une tumeur arrondie dont le fond est plus élevé que les parties latérales. Il est souvent nécessaire pour bien s'assurer qu'il s'agit de l'utérus gravide, de pratiquer le palper et le toucher combinés.

Lorsque la femme est enceinte de trois mois, l'utérus est déjà devenu davantage organe abdominal; son fond est plus rapproché de l'ombilic que de la symphyse, ses dimensions transversales ont notablement augmenté. En explorant avec la face palmaire des doigts cette tumeur, on a une sensation de résistance molle qui est partout la même; assez souvent survient une contraction qui modifie en entier la consistance de la tumeur et donne la sensation d'une tumeur quasi solide. Ce *durcissement intermittent du muscle utérin* est un signe précieux de la grossesse; du moins c'est un signe qui permet d'affirmer que la tumeur qu'on a sous la main est l'utérus augmenté de volume. De plus, pendant la contraction, on peut se rendre un compte assez exact du volume et de la forme de la tumeur utérine.

A partir de trois mois et demi, le palper méthodiquement pratiqué permet de constater : 1° les *mouvements passifs du fœtus*; 2° les *mouvements actifs*.

1° *Perception des mouvements passifs.* — Pour produire ces mouvements on explore le fond de l'utérus, lorsqu'il n'est pas en état de contraction. En déprimant doucement la paroi utérine, on sent qu'elle est comme doublée par une partie solide en contact avec elle; avec la pulpe de deux ou trois doigts réunis (index, médium, annulaire), on déprime légèrement, mais d'une manière assez brusque, la paroi utérine : la partie fœtale s'éloigne, plonge dans le liquide et au bout de deux ou trois secondes vient se mettre en contact à nouveau avec la

paroi utérine, donnant aux doigts qui sont restés en place la sensation dite de *choc en retour*.

C'est l'ensemble de ces diverses sensations auxquelles on donne le nom de *ballotement abdominal*. C'est dans la région péri-ombilicale qu'on trouve habituellement l'existence de ces mouvements passifs; chez certaines femmes le ballotement abdominal peut être perçu en d'autres points, par exemple un peu au-dessus des éminences ilio-pectinées; chez la même femme, par suite de la mobilité même du fœtus, le ballotement peut ne pas être trouvé à l'endroit où on l'avait perçu quelques instants auparavant.

2° *Perception des mouvements actifs*. — C'est un signe relativement tardif de l'existence du fœtus, on peut le percevoir dès le quatrième ou cinquième mois, mais c'est surtout pendant les trois derniers mois de la grossesse que la main appliquée sur l'utérus sent les mouvements partiels des membres ou les mouvements du fœtus qui se déplace en totalité.

B) *Auscultation*. — Lorsqu'on a pratiqué le palper, si la femme est vraisemblablement enceinte de trois mois et demi à quatre mois, on pratique chez elle l'auscultation.

C'est vers 1818 que Mayor, de Lausanne, entendit pour la première fois les bruits du cœur fœtal, mais c'est depuis 1821, qu'à la suite du Mémoire de Lejumeau de Kergaradec l'auscultation est pratiquée en obstétrique. Elle fournit des renseignements différents suivant l'époque de la grossesse à laquelle on s'en sert.

Pour bien ausculter, il faut avoir un stéthoscope à large ouverture dont les bords sont arrondis, et ayant de dix à quinze centimètres de hauteur.

Lorsqu'on applique le stéthoscope sur l'utérus d'une femme enceinte on peut entendre des bruits de voisinage tels que les borborygmes intestinaux, les pulsations des gros vaisseaux de l'abdomen et même les bruits du cœur de la femme qui peuvent être transmis dans la cavité abdominale, mais ce qu'on entend surtout, ce sont : A. *le bruit de souffle maternel*; B. *les bruits du cœur fœtal*.

A. *Bruit de souffle maternel*. — Le caractère principal de ce bruit de souffle est d'être isochrone avec le pouls maternel, ce bruit de souffle est d'un timbre doux, on l'a comparé au bruit qui est fait lorsqu'on prononce la syllabe vous. « Tantôt sibilant, il ressemble assez bien au bruit qui est produit par l'air s'échappant à travers une porte mal close; tantôt ronflant, il est comparable à la note grave que donne sous l'archet une corde de basse; dans certains cas il ressemble à une plainte ou à un pialement ». Son rythme est variable, il est plus souvent intermittent, quelquefois il est continu, il varie d'intensité suivant les causes qui font varier le calibre des vaisseaux utérins, telles que la pression du stéthoscope, les pressions exercées par les membres du fœtus sur la paroi utérine.

Sous l'influence de la contraction utérine, le bruit de souffle est d'abord plus fort, plus intense; puis il diminue progressivement au fur et à mesure que la contraction augmente d'intensité et reprend peu à peu son timbre normal lorsque la contraction tend à disparaître.

C'est vers le troisième ou quatrième mois qu'on commence à le percevoir aux alentours de la ligne médiane au-dessus du pubis; à une époque plus avancée

de la grossesse c'est sur les parties latérales de l'utérus qu'on l'entend le mieux. Tantôt on ne l'entend que dans une zone assez restreinte, tantôt il est perçu au contraire sur presque toute la surface antérieure de l'utérus et gêne pour l'auscultation des bruits du cœur fœtal. Chez la même femme ce bruit peut se déplacer à quelques minutes d'intervalle. Nombreuses ont été les théories émises par différents auteurs pour expliquer le mécanisme de ce bruit de souffle: les uns ont localisé ce bruit dans les vaisseaux du placenta, d'autres au niveau des gros troncs artériels (aorte, artères iliaques), d'autres enfin au niveau de l'artère épigastrique.

La théorie la plus généralement admise est celle d'après laquelle le bruit de souffle se produirait dans les vaisseaux utérins; si cette théorie est la plus vraisemblable, elle ne saurait être admise seule à l'exclusion des autres. Ce qu'il importe de savoir, c'est que ce bruit de souffle est d'origine maternelle et ne constitue pas un signe de certitude de la grossesse.

B. *Bruits fœtaux*. — Plus importants sont les bruits provenant du fœtus qui peuvent être perçus à l'aide de l'auscultation. Ce sont : 1° *le bruit de choc fœtal*; 2° *les bruits du cœur fœtal*; 3° *les bruits de souffle fœtal*.

1° *Le bruit de choc fœtal* est produit par le choc d'une partie fœtale contre la paroi utérine au voisinage de l'endroit où est appliqué le stéthoscope. « Sous la pression du stéthoscope, dit Pajot, on éprouve en même temps, à l'instant où le mouvement se produit, une double sensation de choc et de bruit brusqué, mais d'une extrême légèreté, et l'oreille frappée simultanément dans sa sensibilité générale et dans sa sensibilité spéciale reçoit à la fois une impression tactile et auditive. »

Tarnier a comparé ce bruit à celui produit par la pulpe du doigt frappant sur une étoffe tendue. Pinard l'a plus heureusement rapproché du bruit qu'on entend avec l'oreille sur laquelle est appliquée une main que l'on percute avec un doigt. Ce signe est important parce qu'il permet de reconnaître l'existence d'un fœtus vivant dans la cavité utérine, alors qu'on ne perçoit pas encore nettement les bruits du cœur.

2° *Bruits du cœur fœtal*. — Comme les bruits du cœur de l'adulte, ceux du fœtus *in utero* sont doubles: ils sont constitués par deux bruits séparés l'un de l'autre par un court intervalle; un intervalle plus long sépare un bruit double de l'autre. Le nombre moyen des battements du cœur fœtal est le plus souvent de 140 par minute; leur intensité varie suivant les fœtus et pour le même fœtus augmente au fur et à mesure que la grossesse avance en âge. Les bruits du cœur fœtal sont perçus vers la fin du quatrième mois, quelquefois seulement à quatre mois et demi, rarement plus tard. Cette perception est rendue quelquefois difficile par certaines conditions anatomiques (épaisseur de la paroi abdominale, insertion du placenta sur la face antérieure de l'utérus, exagération du liquide amniotique). Du 4^e au 6^e mois, c'est généralement au voisinage de l'ombilic que les battements du cœur sont plus facilement perçus; plus tard, comme nous le verrons à propos du diagnostic des présentations, l'endroit maximum où l'on entend les bruits du cœur, c'est-à-dire le foyer d'auscultation, varie suivant l'attitude du fœtus.

Dans la majorité des cas, il est facile de distinguer les bruits du cœur fœtal des pulsations de l'aorte maternelle transmises à l'utérus ou des bruits du cœur

maternel entendus jusque dans la cavité abdominale. Il suffit de prendre le pouls radial de la mère pour constater qu'il y a synchronisme entre les bruits entendus et les battements de la radiale; le diagnostic peut cependant être embarrassant lorsque sous l'influence d'une maladie fébrile les battements du cœur maternel dépassent 120.

Nombre de médecins ont cherché à diagnostiquer le sexe du fœtus d'après la fréquence des bruits de cœur fœtal: des recherches nombreuses ont montré qu'il était impossible de se baser sur la fréquence des bruits du cœur du fœtus pour savoir s'il s'agit d'un garçon ou d'une fille.

3° *Bruits de souffle fœtal.* — Ces bruits sont isochrones aux battements du cœur fœtal. On distingue: a) le *souffle funiculaire*; b) le *souffle cardiaque*.

a) *Souffle funiculaire.* — Il s'entend à une distance variable du foyer d'auscultation, il peut être temporaire et dû à une compression passagère du cordon; dans d'autres cas (Pinard), ce souffle serait produit par une diminution de calibre des vaisseaux ombilicaux due à des replis existant à l'intérieur des vaisseaux. Le bruit de souffle serait simple quand il n'y aurait d'oblitération partielle que dans la lumière d'un vaisseau; il serait double quand ces lésions existeraient sur deux vaisseaux.

b) *Souffle cardiaque.* — Dans certains cas exceptionnels, il existe au niveau du foyer d'auscultation un bruit de souffle accompagnant le premier bruit; ce bruit de souffle, qui s'entend surtout au niveau de la région où l'on perçoit le mieux les bruits du cœur fœtal et qui est permanent, est dû à une altération de l'endocarde fœtal.

Diagnostic de la grossesse. — Le diagnostic de la grossesse doit être divisé en deux chapitres distincts suivant qu'on examine la femme avant ou après l'apparition des signes de certitude. Dans le premier cas, c'est un diagnostic de grossesse probable; dans le second, c'est un diagnostic de certitude. Dans les deux cas, il faut procéder à l'interrogatoire minutieux de la femme, lui faire préciser quel est l'état habituel de sa menstruation. La suppression des règles est un signe important lorsqu'elle a lieu chez une femme jeune, habituellement bien réglée, chez laquelle on ne trouve aucune cause d'aménorrhée; par contre, la persistance des règles avec leurs caractères habituels est un signe qui permet presque *a priori* d'affirmer qu'il n'y a pas de grossesse. Bien entendu, tous ces renseignements fournis par la femme sur l'état de sa menstruation, sur l'augmentation du volume du ventre et des seins, sur les troubles digestifs, sur la perception des mouvements actifs, etc., doivent être enregistrés avec soin, mais ils ne peuvent être acceptés que sous bénéfice d'inventaire et ils n'ont d'importance qu'autant qu'ils concordent avec les résultats donnés par l'examen direct de la femme.

Diagnostic de probabilité. — En dehors des renseignements qui sont fournis par la femme sur le retard de ses règles, sur les symptômes habituels de la grossesse (nausées, vomissements, etc.), le diagnostic est basé sur l'examen direct de l'organe: il va de soi que ce diagnostic est d'autant plus facile que la grossesse est de date plus ancienne. Nous avons vu, au chapitre du palper, que chez une femme enceinte de 1 mois 1/2 à 2 mois, s'il n'y avait pas de rétroversion, le fond de l'utérus était accessible au-dessus de la symphyse pubienne. C'est en pratiquant le palper et le toucher combinés, en introduisant deux doigts

dans le vagin, en les portant dans le cul-de-sac antérieur en avant du col que l'on peut apprécier l'augmentation de l'organe utérin dans ses différents diamètres antéro-postérieur et vertical; s'il y a doute au point de vue de l'existence de la grossesse, on réserve son diagnostic en examinant la femme 5 semaines après.

Il est possible, dans la pluralité des cas, de constater si l'utérus a augmenté de volume; à ce point de vue, le diagnostic est généralement plus facile chez les primipares que chez les multipares dont l'utérus reste souvent un peu gros dans l'intervalle des grossesses. Il est ainsi possible, chez une femme enceinte de deux mois, de dire qu'il y a probablement grossesse: ce diagnostic peut être porté avec assez d'assurance pour constituer une sorte de diagnostic de certitude clinique qui permet d'affirmer pratiquement, sinon au point de vue médico-légal, que la femme est enceinte. Chez quelques femmes à paroi abdominale épaisse ou résistante, à paroi utérine un peu flasque, il est moins facile de sentir le globe utérin et ce n'est parfois qu'à une période beaucoup plus avancée de la gestation qu'on peut être fixé sur l'existence de la grossesse. Lorsque l'utérus est en rétroversion, il suffit le plus habituellement de le réduire, de le remettre en situation normale pour mieux en apprécier le volume et pour reconnaître qu'il est gravide. Quelquefois, surtout chez les primipares, la réduction n'est pas toujours facile et l'on peut cependant reconnaître que l'organe est augmenté de volume. Plus la grossesse est avancée, plus il est important de rechercher avec soin si l'organe volumineux qui occupe la région hypogastrique se contracte; cette contraction signifie qu'il s'agit bien de l'utérus.

Diagnostic de certitude médico-légale. — Il peut être établi dès qu'existe un signe de certitude trahissant l'existence du fœtus. Le signe qui généralement peut être constaté le premier est le ballottement senti, soit à travers la paroi abdominale par la main qui palpe, soit par le toucher explorant le cul-de-sac antérieur. Ce ballottement ne permet d'affirmer qu'il s'agit d'un fœtus flottant dans l'utérus qu'à la condition de voir ou de sentir sous la main l'utérus se contracter et le ballottement disparaître à ce moment. Quelquefois le ballottement n'est perçu qu'assez tard, vers quatre mois et demi ou cinq mois; c'est l'auscultation qui permet, lorsque le fœtus est vivant, d'affirmer l'existence de la grossesse. Nous avons vu qu'assez souvent la perception des mouvements actifs à l'aide du stéthoscope permettait de dire que la femme était enceinte; lorsque l'oreille de l'observateur n'est pas suffisamment éduquée pour bien apprécier cette sensation, la perception des battements du cœur du fœtus peut être nécessaire pour éclairer le diagnostic. Inutile de rappeler que l'audition d'un bruit de souffle maternel ne peut aucunement servir le diagnostic à faire, puisqu'on le rencontre avec les mêmes caractères, dans les cas de tumeur.

Le médecin ne peut affirmer, surtout au point de vue médico-légal, l'existence de la grossesse qu'autant qu'il a nettement constaté un signe de certitude; s'il y a doute, il doit réserver son diagnostic. Par contre, ce diagnostic devient d'une netteté parfaite lorsque, chez la même femme, les différents procédés permettent de reconnaître plusieurs signes de certitude.

Dans la seconde moitié de la grossesse, lorsque tout est normal, c'est-à-dire