est également vrai qu'elles existent presque toujours dans la grossesse avancée, et que leur absence suffit, dans l'immense majorité des cas, pour autoriser à nier l'existence d'un fœtus de sept à huit mois.

3° L'existence des vergetures, et surtout de la ligne brune que nous avons dit exister entre le pubis et l'ombilic, a une grande importance pour le diagnostic, surtout chez une primipare. Néanmoins les vergetures peuvent se rencontrer toutes les fois que l'abdomen, sous une influence quelconque, a été fortement distendu.

4° Les phénomènes qui ont leur siége dans la mamelle sont, pour M. Montgomery, un signe infaillible de la grossesse ; pour Smellie et Hunter, les modifications de l'aréole constituaient aussi un signe certain. Sur ce seul indice ce dernier chirurgien n'hésita pas à déclarer, en examinant un cadavre, que l'utérus était développé par un produit de conception : pendant l'examen, on s'aperçut que l'hymen était encore intact; il n'en persista pas moins dans son opinion, et l'ouverture du ventre lui donna raison. Ce fait et beaucoup d'autres qu'on pourrait citer, prouvent toute la valeur de ces signes, quand ils existent, mais malheureusement on ne les rencontre pas toujours; chacun d'eux peut manquer isolément, dans quelques cas même on n'en retrouve aucun. J'ai vu, en 1837, à la Clinique, une jeune femme brune, forte et vigoureuse, arrivée au terme de sa grossesse, et chez laquelle le pourtour des mamelons ne présentait aucun des signes indiqués, et j'ai eu depuis plusieurs occasions de faire la même observation. Leur absence ne prouve donc pas absolument contre la grossesse, et sous ce rapport leur importance a été exagérée par quelques chirurgiens anglais. Il faut avouer cependant que ces cas sont rares. Chez une femme qui n'a jamais eu d'enfants, et dont le sein offre la couleur brune de l'aréole, l'aréole mouchetée et les tubercules que nous avons déjà indiqués, je diagnostiquerais presque avec certitude une grossesse. Mais chez celles qui ont eu déjà des enfants, il est bien difficile de distinguer si ces caractères sont le résultat des modifications que le sein a éprouvées dans les grossesses antérieures, ou dans celle qu'on est appelé à constater : on ne peut sur ce point que s'en rapporter au dire des femmes elles-mêmes, surtout s'il ne s'est écoulé qu'un très-court intervalle entre la dernière grossesse et celle que l'on est appelé à examiner.

Nous avons examiné une jeune fille chez laquelle le vagin et l'utérus manquaient, quoique les parties génitales externes fussent bien conformées. Cette jeune fille était donc dans l'impossibilité de devenir enceinte et cependant chez elle l'aréole vraie était très-foncée en couleur et entourée elle-même d'une aréole mouchetée bien marquée. Néanmoins la coloration de la mamelle, quand elle est bien tranchée, constitue un bon signe rationnel, mais son absence n'indique nullement qu'il n'y a pas grossesse. Si, chez les femmes brunes, l'aréole vraie brunit presque toujours en même temps qu'il se forme une aréole mouchetée, il n'en est plus de même chez les femmes blondes. Chez ces dernières, la coloration de la mamelle est beaucoup moins accentuée ; elle manque presque toujours chez les femmes rousses, même à la fin de la grossesse.

5° Je n'ai jamais pu saisir la valeur des signes tirés de l'état du pouls chez les



femmes grosses. Il m'a toujours paru plus dur, plus plein et plus développé, mais voilà tout ce que j'ai pu constater.

6° Quant aux troubles des voies digestives, des facultés morales et intellectuelles, ils n'ont dans le diagnostic qu'une importance fort secondaire; ils ne peuvent guère qu'éveiller l'attention sur la possibilité d'une grossesse douteuse. Ils rentrent plus spécialement dans la pathologie de la grossesse, et seront étudiés plus loin.

7° *Modifications offertes par les urines.* — Nous avons longuement étudié la production de la kyestéine dans l'urine des femmes enceintes. Nous nous bornerons donc à dire que cette substance n'offre pas, comme signe diagnostique, le degré de certitude que certains auteurs ont voulu lui donner; son existence chez une femme, d'ailleurs bien portante, est un signe rationnel assez important.

En résumé, il est facile de voir que chacun de ces signes rationnels dont nous venons d'apprécier la valeur diagnostique est, pris isolément, peu concluant. Nous en exceptons pourtant les modifications offertes par les mamelles, qui, bien caractérisées chez une femme primipare, peuvent seulement faire naître quelques doutes dans l'esprit ; ils constituent, par leur réunion, une somme si grande de probabilités, qu'elle équivaut presque à une certitude. Cette certitude ne pourra être complète cependant qu'après la constatation des signes sensibles dont nous allons maintenant nous occuper.

## ARTICLE II

### SIGNES SENSIBLES

Tous les signes sensibles de la grossesse sont perçus par le toucher, le palper abdominal et l'auscultation. Nous devons donc étudier avec le plus grand soin ces moyens d'exploration, ainsi que les résultats qu'ils fournissent.

#### § I. — Du toucher.

Le toucher, considéré sous le point de vue des accouchements, a pour but de constater l'état des diverses parties molles et dures qui concourent, chez la femme, au grand acte de la reproduction. Il consiste dans l'exploration de ces parties à l'aide du doigt et de la main portés à la vulve, dans le vagin, dans le rectum ou sur l'abdomen.

Constater l'existence et l'époque de la grossesse ; l'imminence d'un accouchement prochain ; les diverses périodes du travail ; la présentation et la position du fœtus; la nature, l'énergie ou la faiblesse des contractions ; la nature, le volume, la situation des obstacles dépendant des parties molles ou dures, qui peuvent s'opposer à la terminaison spontanée du travail et nécessiter les secours de l'art : tel est le but qu'on se propose dans les diverses circonstances où l'on pratique le toucher. L'accoucheur a donc besoin de se servir à chaque instant de ce moyen : cela suffit, je pense, pour lui en faire sentir toute l'importance et la nécessité de s'y exercer. Avec de l'habitude, quelles que soient, du reste, la

grandeur et la forme du doigt, tout le monde peut acquérir dans le toucher assez de perfection pour se tirer des cas les plus difficiles de la pratique. Que les jeunes gens ne se laissent donc pas arrêter par un doigt trop court et les difficultés qu'ils rencontrent en commençant. Le *doigt s'allonge par l'habitude du toucher*, et il ne faut pas croire ces pédants qui, nous prenant la main, l'examinent gravement et la rejettent avec dédain en s'écriant : *Avec une main comme celle-là vous ne serez jamais accoucheur.* Les femmes ont, en général, les doigts plus courts que les nôtres, et cependant elles arrivent à une grande perfection dans le toucher ; je le répète, à moins d'avoir une main et des doigts mal conformés, on arrive, avec de l'habitude, à savoir toucher et bien toucher.

A. — Toucher vaginal.

C'est ordinairement l'index que l'on emploie pour pratiquer le toucher. Le doigt étant étendu, il est présenté horizontalement dans le sillon des fesses jusqu'à ce qu'il soit arrêté par lui, puis on le ramène ensuite d'arrière en avant jusqu'à l'ouverture de la vulve. Je préfère cette méthode à celle de ceux qui conseillent de diriger le doigt d'avant en arrière, de manière à passer au devant du clitoris et du méat urinaire. Le frottement exercé contre ces parties doit être, au contraire, évité avec soin. Il n'est pas facile, à moins d'une grande négligence, de confondre, en ramenant le doigt d'arrière en avant, l'ouverture anale avec celle du vagin. Celle-ci étant trouvée, le doigt est d'abord poussé presque directement en arrière, jusqu'à ce qu'il ait pénétré d'un tiers dans le vagin ; puis abaissant alors fortement le poignet, l'opérateur donne au doigt une direction presque verticale, de manière que le pouce soit appliqué contre la face antérieure de la symphyse et le bord radial de l'index tourné en avant, son bord cubital étant appliqué contre la commissure antérieure du périnée qu'il repousse en arrière. La position des trois autres doigts varie suivant les cas, et suivant surtout ce qu'on se propose d'atteindre. Si, par exemple, l'index veut explorer des parties placées sur le plan postérieur de l'excavation, il est mieux, à mon avis, de les tenir étendus sous le périnée que l'on cherche à soulever avec le bord radial du médius. Si, au contraire, on veut constater le ballottement ou explorer des parties situées sur le plan antérieur, il est plus commode de fléchir le pouce, mais surtout les trois autres doigts, dans la face palmaire, l'index étant seul étendu, et sa face palmaire dirigée en avant. Stein conseille de joindre le médius à l'index. C'est en général inutile, et souvent nuisible; car, bien que les deux doigts réunis puissent peut-être s'enfoncer un peu plus profondément, la sensation n'est pas aussi nette que lorsqu'elle est perçue par un seul doigt.

Il est convenable que les médecins s'exercent à pratiquer le toucher avec les deux mains ; il est quelques maladies de la femme et quelques positions du fœtus qui peuvent obliger l'accoucheur à toucher avec le doigt gauche. Il peut arriver encore qu'une blessure à la main droite nécessite l'emploi de la gauche. Le plus souvent la droite peut suffire.

Pendant le toucher, la femme peut se tenir debout ou être couchée. Dans les



commencements de la grossesse, il faut en général faire coucher la femme, parce que, dans cette position, quand la tête est élevée, les membres inférieurs fléchis et écartés, on place les muscles abdominaux dans le relâchement, et il est ainsi plus facile de constater le développement du corps de l'utérus ; cette position peut aussi être nécessitée par les maladies qui empêchent la femme de se tenir debout. A une époque plus avancée on peut presque indifféremment laisser la femme couchée, ou la toucher debout. En général, dans cette dernière position, il est plus facile de sentir le ballottement. Dans ce dernier cas, la femme doit avoir les reins appuyés contre un meuble ou un mur ; elle doit prendre un point d'appui sur une chaise placée à ses côtés, et porter le haut du corps légèrement en avant.

Enfin, quand cette exploration présente quelques difficultés, on se trouve très-bien de toucher successivement dans les deux positions.

L'accoucheur doit enduire son doigt d'un corps gras quelconque, graisse, beurre, huile, mucilage, etc., dans le double but de rendre l'introduction plus facile et moins douloureuse pour la femme, et de se mettre à l'abri de la contagion des maladies dont elle pourrait être affectée. Quand la femme est debout, il se place devant elle, fléchit un genou : il n'est pas indifférent, à mon avis, que ce soit l'un ou l'autre; en général, il faut mettre en terre le genou opposé à la main qui touche, de manière à pouvoir prendre un point d'appui, en plaçant le coude sur l'autre genou. Mais quand la femme est très-petite, il m'a paru plus commode de fléchir le genou droit quand on touche de la main droite, etc. Quand la femme est couchée, il faut se placer à côté d'elle, du côté droit quand on touche de la main droite, du côté gauche quand on opère avec l'autre main.

Pendant qu'une main explore le vagin, l'autre est placée sur la paroi abdominale. Cette précaution est surtout bonne pour fixer le fond de l'utérus quand on recherche le ballottement.

En poussant le doigt sur le périnée, et avant de l'introduire dans le vagin, on constate l'existence, l'absence de la fourchette ou des inégalités qui la remplacent après l'accouchement. En pénétrant dans le vagin, il faut s'assurer de l'état des grandes lèvres, du vagin, de sa longueur, de sa largeur, du poli ou de l'état rugueux de sa muqueuse, des diverses maladies, tumeurs ou dégénérations qui pourraient exister à sa surface ou dans l'épaisseur de ses parois; on constate l'état de plénitude ou de vacuité du rectum. Nous parlerons plus tard du toucher employé comme moyen de diagnostic des vices de conformation.

Toutes ces explorations faites, on arrive au col de l'utérus, et l'on cherche à constater toutes les modifications qu'il a dû subir dans sa situation, sa direction, sa forme, sa consistance et les dimensions de sa cavité, modifications que nous avons déjà indiquées avec soin (page 103 et suivantes). Le doigt pourra s'assurer du développement du corps de l'utérus, en constatant l'évasement de sa partie inférieure. Pendant les premiers mois et quelquefois jusque vers le troisième, il est en grande partie dans l'excavation, et déjà son volume est assez considérable pour occuper presque tout l'espace qu'offre le petit bassin. Aussi est-il

très-peu mobile par suite de la gêne qu'il éprouve. Pendant l'état de vacuité, on peut très-facilement, en plaçant le doigt sur le côté du col, le porter à droite, à gauche, en avant et en arrière; pendant la grossesse, la fixité du corps rend le col immobile, de sorte qu'il est impossible ou au moins très-difficile d'obtenir ce résultat. Si l'on cherche à soulever l'utérus, on sent qu'il est beaucoup plus lourd que dans l'état de vacuité.

B. — Toucher anal.

Il est fort rare que l'accoucheur soit obligé d'introduire le doigt dans le rectum. Cependant une oblitération partielle du vagin peut rendre cette exploration nécessaire; elle peut encore être utile, lorsqu'on a quelques raisons de supposer une grossesse chez une jeune fille qui se dit vierge. Car la nécessité de ménager l'hymen, *peut-être intact*, rend très-difficile le toucher vaginal. Dans le cas où il existe une tumeur à la partie postérieure du vagin, il est quelquefois difficile de décider si cette tumeur est située dans la cloison recto-vaginale, ou si elle est une dépendance des parties osseuses. Or, ce diagnostic est cependant très-important, car la conduite à tenir dans les deux cas est toute différente. L'index introduit dans le rectum, et le pouce dans le vagin, lèveront alors tous les doutes.

Je ne vois guère d'autres circonstances où un accoucheur soit obligé de pratiquer le toucher anal. Je sais bien qu'on l'a conseillé dans certains cas de diagnostic difficile des premiers mois de la grossesse ; mais la plupart des femmes répugnent tant à ce genre d'exploration, qu'en vérité, à moins d'un grand intérêt, il y aurait par trop d'inconvenance à vouloir les y soumettre.

C. — Ballottement.

Le ballottement est, suivant la plupart des auteurs, une sensation analogue à celle que l'on perçoit lorsqu'une bille de marbre étant mise dans une vessie pleine d'eau, on frappe avec le doigt le point de la vessie sur lequel repose la bille; celle-ci s'élève et bientôt retombe par son propre poids sur le doigt qui l'a déplacée. Cette comparaison n'est exacte que pour une certaine époque de la grossesse. Nous reviendrons sur ce point.

Pour sentir le ballottement, il faut, d'après M. Velpeau, placer l'indicateur sous le col, et la face palmaire de l'autre main sur le fond de l'utérus; puis lui imprimer d'une manière subite et brusque un mouvement d'élévation avec le doigt vaginal : mobile, libre, et seule partie solide au milieu du liquide amniotique, le fœtus vient frapper le point diamétralement opposé, et retombe sur le doigt qui a donné le choc.

Je crois que, dans le plus grand nombre des cas, le moyen proposé par M. Velpeau ne donnerait aucun résultat. Voici de quelle manière je conseille aux élèves de chercher le ballottement. Ce n'est pas sous le col qu'il faut placer le doigt vaginal ; car, alors, séparé du fœtus par toute la longueur du col, le doigt sentira moins nettement la chute du corps qu'il a déplacé : c'est, suivant



la position de la femme, en avant ou en arrière du col, sur la même paroi du corps. Alors, en effet, le doigt n'est séparé de la partie qu'il veut mouvoir que par les parois très-minces de la région inférieure du corps utérin, et perçoit très-facilement les moindres mouvements du corps qu'il renferme.

Quand la femme est debout, il faut placer l'index dans une direction verticale, la face palmaire tournée en avant, et les trois autres doigts fléchis dans la face palmaire. Comme la longueur de la symphyse du pubis n'est guère que de 4 centimètres, l'extrémité du doigt dépasse aisément sa partie supérieure, et arrive facilement sur le corps de l'organe. Là il rencontre presque toujours une tumeur dure, globuleuse, arrondie, constituée par la tête du fœtus; il doit alors, avec son extrémité, donner un petit coup sec, et rester immobile sur le point qu'il a frappé. Ce coup doit être donné un peu de bas en haut, et d'arrière en avant, par un mouvement brusque de flexion de la première phalange. Cette dernière précaution me paraît très-importante : car, dans la grande majorité des cas, l'utérus est incliné en avant, son grand axe est à peu près placé, ainsi que celui du fœtus, dans une direction voisine de celle de l'axe du détroit supérieur. Si, dans cet état de choses, le choc que l'on imprime à la partie du fœtus que l'on veut déplacer est donné de bas en haut et d'avant en arrière, comme cela se fait le plus souvent, il est évident que le mouvement qu'on lui imprimera sera tout au plus un léger mouvement de déplacement, de frottement, mais jamais un mouvement d'ascension, qui sera devenu impossible, puisque, par la direction du choc, on repousse le fœtus contre la paroi postérieure de l'utérus, et non suivant l'axe de la cavité.

Lorsque la femme est couchée, on peut aussi sentir le ballottement, en agissant comme je viens de l'indiquer; mais, assez souvent, il faut alors porter le doigt sur un point beaucoup plus rapproché du col, quelquefois en avant de lui, mais aussi parfois en arrière. En général, la station est plus favorable à la perception de ballottement.

Vers le cinquième mois de la grossesse, il arrive assez souvent que le toucher vaginal, la femme étant debout, ne donne pas la sensation de ballottement; mais si on la fait coucher, si le doigt vaginal étant appliqué sur la paroi utérine, on déprime fortement le fond de l'utérus avec l'autre main placée au niveau de l'ombilic, le doigt est frappé par une partie du fœtus que l'autre main a déplacée.

A une époque peu avancée de la grossesse, il est quelquefois possible de constater le ballottement par le simple palper abdominal. Assez souvent, en effet, si, la femme étant dans une position horizontale, on la fait coucher sur le côté, le fœtus, obéissant aux lois de la pesanteur, tombe sur les points les plus déclives. On peut alors, glissant sa main sous le côté du ventre qui touche le lit, distinguer une des parties du fœtus que l'on déplace facilement, et qui un instant après revient au point d'où la main l'a chassée.

C'est ordinairement vers le quatrième mois que l'on commence à pouvoir obtenir ce signe. Avant cette époque, le volume du fœtus est, en général, trop peu considérable, et peut-être aussi les parois utérines trop épaisses; par la suite, il offre des variétés assez nombreuses. Dans le cinquième mois, par exemple,

on ne l'obtient pas chaque fois qu'on le cherche : le petit volume du fœtus lui permettant de changer très-facilement de position, il peut arriver qu'après l'avoir obtenu la veille, on ne puisse plus le sentir le lendemain. C'est, en général, vers le septième mois que le ballottement est le plus nettement perçu. C'est bien à cette époque la bille solide renfermée et nageant au milieu d'un liquide que le doigt sent s'élever et retomber sur lui un peu après. A la fin du huitième ou dans le neuvième mois, ce n'est plus la même sensation, à moins qu'il n'y ait une grande quantité d'eau ; le volume du fœtus est alors trop considérable : le doigt le soulève bien, mais le frottement qu'il éprouve contre les parois utérines rend presque nul l'effort d'ascension imprimé par le doigt. On constate bien la mobilité de la tumeur, mais celle-ci ne quitte pas le doigt qui la pousse : c'est un déplacement en masse plutôt que le ballottement. Enfin, dans la dernière période de la grossesse, la tête, poussant devant elle la paroi utérine, s'engage dans le détroit supérieur, quelquefois même dans l'excavation ; elle est alors comme enclavée, et le ballottement est impossible.

Toutes les fois qu'il est senti, c'est un signe certain de grossesse, disent tous les auteurs. Cette proposition est peut-être un peu trop absolue. On conçoit, en effet, qu'une pierre renfermée dans la vessie, et reposant sur un bas-fond, puisse en imposer. J'ai eu occasion, d'ailleurs, d'observer un cas qui peut certainement faire commettre une erreur. Pendant que j'exerçais à la Clinique d'accouchements les fonctions de chef de clinique, une femme se présenta au toucher, se disant enceinte de trois à quatre mois. Je la touchai d'abord couchée et je constatai tous les signes négatifs de la grossesse. Un des élèves qui suivaient mon cours depuis longtemps la toucha debout, et s'écria qu'il sentait le ballottement. Je l'examinai de nouveau, et voici ce que je trouvai : le col était fortement porté en arrière et un peu à gauche ; il était légèrement ramolli, et assez entr'ouvert pour permettre l'introduction de la pulpe du doigt (cette femme était accouchée seulement depuis quatre mois, elle l'a avoué depuis). En quittant le col pour se porter en avant jusque derrière la symphyse des pubis, le doigt parcourait une surface large, assez résistante, qui était évidemment le corps de l'organe, et là, en imprimant un petit coup sec, on sentait un corps mobile, qui retombait presque aussitôt sur le doigt, absolument comme le fœtus dans le quatrième mois de la grossesse. J'avoue que d'abord je la crus enceinte ; je la retouchai couchée, et de nouveau remarquai les signes négatifs. Mon doigt ne retrouvait plus ce corps qu'il faisait mouvoir avec facilité pendant la station. Dans un troisième examen je m'aperçus qu'il existait chez cette femme une antéversion très-prononcée de la matrice, si bien que sa face antérieure était complétement inférieure et horizontale ; que c'était cette face antérieure que le doigt parcourait dans une assez grande étendue ; et que le fond de l'utérus placé derrière la symphyse était ce corps léger et mobile qui procurait la sensation du ballottement. Si ce fait se reproduisait, je crois qu'il pourrait donner lieu à quelques incertitudes. J'ai donc cru devoir le faire remarquer.

Enfin, il est des positions du fœtus dans lesquelles le ballottement ne peut être senti. En général, dans les positions du siége, il est très-difficile ; il est



presque impossible dans celles du tronc. Cependant, dans deux cas, j'ai pu faire ballotter une petite partie, qu'à son peu de volume j'ai reconnu être un coude, un poignet ou un talon. D'autres signes, joints à celui-ci, me firent annoncer une position du tronc.

Une de ces femmes accoucha chez M. Hatin : l'enfant était en position de l'épaule gauche ; l'autre accoucha à la Clinique, et, comme la première, vérifia mon diagnostic.

### § II. — Palper abdominal.

L'exploration abdominale, dit Schmitt, est de la plus grande importance pour le diagnostic, et l'on doit toujours y avoir recours quand on veut s'assurer de la grossesse. Elle est même souvent plus instructive et fournit des résultats plus certains que l'exploration interne. Il est cependant quelques circonstances qui mettent obstacle à ce genre de recherches. Ainsi : 1° des parois abdominales trop épaisses ; 2° une grande tension des muscles abdominaux ; 3° la distension excessive de la vessie, celle des intestins par des gaz ou des matières fécales ; 4° enfin une douleur fixée à la partie inférieure du ventre et qui rend souvent insupportable pour la malade toute pression sur la région hypogastrique.

L'épaisseur trop considérable des parois est la seule de ces difficultés qui soit permanente et rende assez souvent le palper abdominal complétement stérile ; car la tension et la sensibilité des parois n'étant que temporaires, doivent engager à remettre l'exploration à un moment plus favorable, et il sera toujours facile de faire vider à l'avance la vessie et les intestins.

Il est rare de rencontrer de pareils obstacles, et le plus souvent la souplesse des parois abdominales rend leur examen facile. Pour le pratiquer il faut toujours que la femme soit couchée, de manière que le bassin soit élevé, la tête fléchie sur la poitrine, les cuisses sur l'abdomen ; en un mot, il faut placer les muscles du ventre dans le relâchement le plus complet. Dans cette position on examine d'abord l'abdomen avec les mains, pour reconnaître sa forme, son volume, sa tension, sa résistance, sa dureté, en dirigeant surtout son attention sur la région sous-ombilicale. Si la paroi abdominale n'est pas trop épaisse, on rencontrera dans les premiers mois de la grossesse une tumeur ronde, ayant la consistance de la chair, qui s'élève évidemment du bassin, tantôt au milieu, tantôt un peu plus à droite ou à gauche ; cette tumeur m'a paru plus élevée au-dessus du pubis dans les deux premiers mois que dans le cours du troisième ; ce qui s'explique par l'abaissement que subit alors l'organe à cause de l'augmentation de son poids et de son volume. Cette tumeur est la matrice. Pendant le reste de la grossesse elle s'élève petit à petit vers l'épigastre, et il est souvent nécessaire, pour se faire une idée de l'époque probable de l'accouchement, de bien préciser la hauteur à laquelle s'élève l'utérus. La meilleure manière de la constater est, à mon avis, la suivante : on place l'extrémité de ses huit doigts immédiatement au-dessus de la symphyse ; puis on monte graduellement tant que les doigts rencontrent une résistance ; quand on arrive sur le fond de l'organe,

la résistance manque tout à coup, et les doigts s'enfoncent en glissant encore sur une convexité que l'on reconnaît facilement. La tumeur utérine, d'abord assez résistante, perd de sa consistance à mesure que la grossesse fait des progrès; parfois elle est tellement molle qu'on a de la peine à la distinguer. Un examen attentif permettra de la reconnaître aux caractères suivants : 1° Elle reste toujours circonscrite en conservant sa forme ovalaire ; 2° elle présente un certain degré d'élasticité, semblable à celle qu'on rencontre dans un kyste incomplétement rempli de sérosité ; 3° si l'on continue cette exploration manuelle dans les mêmes directions, on rencontre de petites et de grosses parties appartenant à une masse unique et inégale, qui se meuvent et se déplacent facilement, comme celles d'un corps nageant dans l'eau. On peut assez souvent distinguer dans ces parties mobiles les différentes parties du fœtus.

C'est l'exploration abdominale qu'on doit rapporter le signe fourni par percussion, à l'aide de laquelle on obtient un son mat, dans toute l'étendue du ventre occupée par l'utérus développé, au milieu de la sonorité que l'on constate dans les autres points.

Dans les quatre ou cinq premiers mois, il faut toutefois se tenir en garde contre la matité que pourraient produire dans toute la région hypogastrique la vessie distendue par une grande quantité d'urine, ou une tumeur pathologique considérable. Il faut aussi se rappeler que l'utérus peut s'élever jusque auprès de l'ombilic, et cependant la percussion donner un son clair dans presque toute la région sous-ombilicale; il suffit que pour cela plusieurs anses intestinales soient glissées entre la paroi utérine et celle de l'abdomen.

L'utérus, dès les premiers mois, est quelquefois au-dessus du détroit supérieur. J'ai eu occasion de voir à la Clinique, avec le professeur P. Dubois, une femme enceinte de six semaines ou deux mois, et chez laquelle la situation élevée de l'utérus, qui se trouvait placé dans la fosse iliaque droite, nous fit d'abord nier l'existence de la grossesse, qui existait cependant; car, quelques semaines après, elle fut constatée d'une manière non douteuse, et l'événement justifia plus tard le diagnostic.

Dans la plupart des cas on pratique en même temps le toucher vaginal et le palper abdominal. Nous devons maintenant indiquer les signes que ces deux modes d'investigation réunis permettent de constater aux différentes époques de la gestation.

Dans les trois ou quatre premiers mois, la tumeur utérine est encore tout entière dans le petit bassin, ou bien son fond s'est déjà élevé au-dessus du détroit supérieur. Dans le premier cas, le doigt vaginal constatera facilement que toute l'excavation est occupée par une tumeur peu mobile, lisse et régulière à sa surface extérieure. Dans le second, la moitié inférieure du petit bassin sera libre, mais le palper abdominal, pratiqué suivant les règles indiquées plus haut, fera distinguer dans l'hypogastre la tumeur formée par la matrice. Le diagnostic consiste d'abord dans l'appréciation exacte du volume de la matrice. On ne peut constater ce volume d'une manière certaine que par la double exploration dont nous parlons. Un doigt introduit dans le vagin vient s'appliquer sur le col de l'utérus, ou mieux encore sur la partie antérieure ou postérieure du segment



inférieur de l'utérus; l'autre main, placée au-dessus du pubis, déprime les parois abdominales, et cherche la tumeur formée par le fond de l'organe. Celui-ci se trouve ainsi compris entre le doigt vaginal et la main hypogastrique; on apprécie très-bien alors quel est le volume de la matrice, et l'on peut le comparer à celui qu'elle offre dans l'état de vacuité. Dans cette position, on pourra très-facilement constater son déplacement en masse. Pour l'obtenir, il faut que, le doigt restant appliqué sur le col, ou mieux sur la partie antérieure ou postérieure du corps, la main déprime légèrement le fond de l'organe. Cette dépression est aussitôt perçue par le doigt. La contre-épreuve peut être faite en cherchant à soulever de bas en haut l'utérus, en poussant fortement sur la partie inférieure plongée dans l'excavation.

Mais la tumeur sentie dans le petit bassin ou dans la région hypogastrique peut être constituée par l'utérus ou développée dans les parties voisines. Dans ce dernier cas, la matrice est en général déplacée, et refoulée par la tumeur contre une des parois du bassin ; en suivant le col de bas en haut, le doigt distingue en un point une ligne de démarcation entre la paroi utérine et la tumeur pathologique : souvent même il peut glisser entre les deux. Les mouvements imprimés au col ne sont pas le plus souvent transmis à la tumeur, et *vice versa*. Enfin le col n'offre aucune des modifications de la grossesse.

Jusqu'ici nous avons constaté d'une manière certaine que l'utérus est développé ; mais quelle est la cause de ce développement ? La solution de cette question est presque toujours difficile. En général cependant l'utérus, développé par un produit de conception, présente dans ses parois une souplesse plus grande que lorsque ce gonflement dépend d'une maladie chronique. Cette souplesse peut être constatée, avec un peu d'habitude, en portant le doigt sur la face postérieure du corps; ce qui est facile par suite de l'abaissement et du renversement en arrière du fond de l'organe. La paroi utérine présente alors une consistance à peu près semblable à celle d'un membre fortement œdématié, ou mieux encore à celle du caoutchouc un peu ramolli.

La tumeur que l'on sent en déprimant la paroi hypogastrique, ou par le toucher vaginal, est arrondie, partout lisse, et sans aucune de ces inégalités que l'on constate dans le cas de dégénérescence fibreuse ou cancéreuse des parois du corps de l'utérus; ce dernier caractère, joint au précédent, suffit pour distinguer de la grossesse un état morbide de l'utérus.

Il ne serait certainement pas aussi facile de distinguer si le développement de l'organe est dû au fœtus ou à la présence d'une môle dans sa cavité. Je ne crois même le diagnostic possible qu'à une époque plus avancée de la grossesse. L'absence des inégalités fœtales, la non-apparition des mouvements, l'auscultation, etc., lèveraient alors les doutes.

Il est des femmes chez lesquelles, à l'époque de l'écoulement menstruel, l'utérus devient le siége d'une congestion et d'une tuméfaction considérables. Cet état peut être d'autant plus facilement confondu avec un commencement de grossesse, qu'à cette époque le col se ramollit et s'entr'ouvre légèrement. Je ne connais même aucun moyen d'éviter l'erreur si la femme soutient qu'elle est