

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 siège dans la mamelle sont, pour M. Montgomery, un signe infallible 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 kystéine 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 ballotement 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 ballotement. 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 ballotement.

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 dégénéralions 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-i

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. — Ballotement.

Le ballotement 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 ballotement, 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 ballotement. 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 ballotement, 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 ballotement.

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 ballotement; 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 ballotement 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 complètement 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 siège, il est très-difficile ; il est

presque impossible dans celles du tronc. Cependant, dans deux cas, j'ai pu faire balloter 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 complètement 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 incomplètement 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 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 siège 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

enceinte et qu'elle éprouve tous les phénomènes rationnels de la grossesse. Dans les deux cas que j'ai rencontrés, je n'ai reconnu la fausseté de mon diagnostic qu'en touchant les femmes une seconde fois, quinze jours ou trois semaines après. Ces deux femmes, qui servaient au toucher de la Clinique, désiraient passer pour être enceintes. Malheureusement pour elles, le hasard, qui les avait servis au premier examen, ne leur fut pas favorable au second; parce que, ignorant la cause de mon erreur, elles revinrent à une époque encore éloignée de celle de leurs règles.

En résumé, il n'est, dans les trois ou quatre premiers mois, aucun signe certain de la grossesse. Mais cependant, lorsque chez une femme bien portante, qui ne peut avoir aucune intention de tromper, les signes sensibles que nous venons d'indiquer coïncident avec les signes rationnels, il y a presque certitude. Dans un cas de médecine légale, il faut exprimer le doute, et demander un nouvel examen à une époque plus avancée. S'il n'est pas toujours possible, au début d'une grossesse, de constater son existence, on peut, dans un grand nombre de cas, assurer d'une manière positive qu'elle n'existe pas. L'état de vacuité de l'utérus est le plus souvent en effet très-facilement reconnaissable.

§ III. — Mouvements actifs du fœtus.

Dans les cinq derniers mois, nous avons des signes beaucoup plus certains de la grossesse : ce sont les mouvements du fœtus. Ces mouvements ont été appelés improprement *actifs* et *passifs*; il vaudrait mieux les désigner, avec M. Stoltz, sous le nom de *mouvements propres* et *communiqués*. Nous avons déjà étudié les mouvements communiqués en décrivant le ballotement et le palper abdominal; nous n'aurons donc à nous occuper ici que des mouvements actifs.

C'est ordinairement vers le quatrième mois et demi que les femmes commencent à sentir les mouvements de l'enfant; mais depuis longtemps déjà les muscles de celui-ci se contractent, sans que la mère en ait eu la conscience. Il n'est pas d'accoucheur à qui il ne soit arrivé de sentir des mouvements, en plaçant la main sur le ventre, ou de les entendre pendant l'auscultation, à une époque où la femme doute encore de sa grossesse. Ces mouvements sont d'abord excessivement faibles, et déterminent presque toujours un chatouillement ou une sensation analogue à celle que produiraient de petites pattes d'araignée; peu à peu ils deviennent plus caractéristiques, et les femmes peuvent alors en distinguer de deux espèces. Tantôt ce sont des mouvements de totalité, tantôt des mouvements partiels du tronc du fœtus : les premiers sont reconnaissables à un frottement que ressentent les femmes; les seconds se dessinent par des bosselures très-volumineuses, visibles à travers les parois de l'abdomen. Tantôt, au contraire, ce sont de véritables chocs, de petits coups secs assez violents pour faire, dans certains cas, pousser des cris à la femme; ceux-ci sont évidemment produits par les extrémités inférieures ou thoraciques du fœtus.

Ces mouvements, bien perçus par la femme, semblent devoir être un signe

certain de grossesse; cependant dans quelques cas il n'en est rien. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer des femmes de très-bonne foi qui nous assurent sentir depuis longtemps les mouvements du fœtus. Quelquefois ces mouvements ont été perçus par leur mari ou quelques personnes étrangères, et cependant ces femmes ne sont pas enceintes. Tout le monde connaît l'histoire de cette reine d'Angleterre qui, croyant avoir senti remuer son enfant, expédia des courriers pour aller porter cette heureuse nouvelle dans toutes les cours étrangères : elle était au début d'une hydropisie. De semblables erreurs sont très-fréquentes, et il est peu d'accoucheurs qui n'en puissent citer un grand nombre. Aussi le médecin doit-il ne pas s'en rapporter sur ce point au récit de la femme, et ne prononcer qu'après avoir senti lui-même ces mouvements. Il paraît en effet que, dans quelques cas, les mouvements intestinaux, le passage rapide de gaz d'un intestin dans un autre, des contractions partielles et irrégulières des muscles de l'abdomen, les battements d'une grosse artère, surtout lorsque celle-ci, placée derrière une tumeur, la soulève à chaque pulsation, ont pu tromper non-seulement la femme, mais encore le médecin.

Il est des femmes qui, dans le désir de simuler une grossesse, sont parvenues à contracter leurs muscles abdominaux d'une manière si bizarre, que plusieurs médecins instruits ont cru sentir les mouvements du fœtus, et ont prononcé en conséquence. (Montgomery, page 84.)

Dans certaines positions du siège ou même du tronc, on peut par le toucher vaginal sentir ces mouvements; mais c'est surtout par le palper abdominal que l'on constate leur existence. Lorsqu'ils sont faibles et rares, il faut, dit-on, tremper sa main dans un liquide très-froid et l'appliquer tout à coup sur la peau. Cette modification brusque de la chaleur du ventre réagit sur l'enfant, il s'agite comme convulsivement. Je crois, avec le docteur Tyler Smith, que l'impression subite du froid est plus propre à déterminer une contraction brusque des muscles abdominaux ou de l'utérus qu'à agir directement sur le fœtus, et que l'emploi d'un pareil moyen peut facilement en imposer sur la nature des mouvements perçus.

J'aime mieux placer une de mes mains sur un des côtés de l'abdomen, et frapper avec l'autre sur le point opposé; le fœtus manque rarement alors de se mouvoir avec force comme pour réagir contre l'impulsion.

Ces mouvements, avons-nous dit, commencent à se faire sentir vers la fin du quatrième mois. Il y a cependant d'assez nombreuses exceptions. Quelques femmes sentent remuer dès la seconde moitié du troisième; pour d'autres, les premières contractions musculaires du fœtus ne deviennent perceptibles que vers cinq, six, sept, huit mois de grossesse. Une malade arrivée au huitième mois, et qui, par suite d'une chute faite dans la rue, fut apportée à la Clinique, nous assura ne sentir remuer que depuis l'instant de sa chute. Nous avons déjà cité cette femme, observée par nous à la Charité, dans le service du professeur Fouquier, et qui accoucha à terme d'un enfant très-bien portant, dont ni elle ni nous n'avions pu percevoir les mouvements actifs. Mauriceau, de Lamotte, et beaucoup d'autres citent d'ailleurs des exemples semblables. Mais le plus re-

marquable est celui que rappelle Campbell. « J'ai connu une dame, dit-il, mère de neuf enfants, et qui, à l'exception de la première grossesse, n'a senti jamais aucun mouvement du fœtus. Mais elle était elle-même très-peu active (*inanimate and passive*), et ce qu'il y a de plus singulier, c'est que tous ses enfants étaient aussi nonchalants qu'elle. » Lorsque la grossesse est compliquée d'une ascite, les femmes sentent à peine remuer; ce qui tendrait à faire croire que c'est la paroi abdominale, et non l'utérus, qui perçoit la sensation.

Ces mouvements, après avoir été distinctement sentis, diminuent quelquefois, sans cause appréciable, de fréquence et d'intensité, puis cessent complètement. C'est, en général, un phénomène fâcheux, et qui réclame de l'accoucheur la plus sérieuse attention. Je crois que le plus souvent cette sensation spontanée des mouvements actifs tient à un état de congestion utérine, qui réagit sur la santé du fœtus. Quoi qu'il en soit de cette opinion, toujours est-il que, dans ce cas, la saignée a produit des résultats avantageux; car, lorsqu'elle n'a pas été faite trop tard, les mouvements ont reparu peu de temps après. C'est un moyen que je ne saurais trop recommander.

§ IV. — De l'auscultation appliquée à la grossesse

M. Mayor (de Genève) perçut pour la première fois, par l'auscultation, les battements du cœur du fœtus. Cette découverte, publiée par lui en 1818, avait été complètement oubliée, lorsque M. de Kergaradec annonça, en 1823, que lorsqu'on ausculte avec soin le ventre d'une femme ayant dépassé la première moitié de la grossesse, on perçoit deux bruits parfaitement distincts. L'un de ces bruits, constitué par des pulsations doubles, ou, suivant l'expression de M. Stolz, *redoublées*, est évidemment produit par les mouvements du cœur du fœtus: il est comparé, avec raison, aux battements d'une montre enveloppée d'un linge; l'autre est une espèce de bruissement sans choc, et par conséquent sans battement, constitué par des *pulsations simples avec souffle*, qui ont été successivement comparées au murmure sibilant, au souffle d'une tumeur érectile ou d'un anévrysme variqueux: c'est le bruit de souffle ou de soufflet. Un autre bruit de souffle, plus fréquent que le précédent, a reçu le nom de *souffle du cordon*; nous l'étudierons après les deux premiers ⁽¹⁾.

A la fin du troisième mois les battements du cœur fœtal peuvent donc être entendus, mais c'est là une exception. A cette époque, en auscultant avec attention et pendant longtemps, on entend au contraire assez souvent sous le stéthoscope, des chocs brusques et répétés, qui semblent produits par quelques mouvements rapides du fœtus. La sensation perçue est quelquefois si nette, qu'il n'y a guère de doute à élever à cet égard, et le bruit causé par le déplacement du fœtus au milieu du liquide amniotique peut servir au diagnostic de la grossesse; dans un cas embarrassant c'est un signe qu'il ne faudrait pas négliger, en sachant toutefois qu'il

(1) La nature de cet ouvrage ne me permet pas d'entrer dans des détails historiques relatifs à ce sujet important: je ne saurais trop recommander à tous ceux qui voudront connaître les travaux publiés sur la matière, de consulter l'excellente *Monographie* que M. Depaul a récemment publiée (*Traité de l'auscultation obstétricale*, 1847).

manque souvent, sans doute parce qu'il faut, pour qu'il se produise, qu'il y ait coïncidence entre le moment de l'observation et celui où le fœtus exécute des mouvements étendus.

4° Du bruit du cœur.

C'est ordinairement entre le quatrième et le cinquième mois, le plus souvent même dans le cinquième, que l'on commence à entendre les battements du cœur, et souvent alors, en un point élevé de l'abdomen, près de la région ombilicale. Il m'a semblé pourtant, dans un cas, les entendre un peu avant le quatrième mois. Je n'ai pu malheureusement examiner cette femme que six semaines après. M. Depaul dit les avoir entendus à la fin du troisième mois et de la onzième semaine.

Les pulsations fœtales sont beaucoup plus fréquentes que celles du cœur de la mère; elles se font entendre de cent trente à cent soixante fois par minute. Du reste, elles se ralentissent et s'accroissent souvent sans qu'il soit possible de pénétrer la cause de ces modifications. J'ai plusieurs fois remarqué, comme d'autres observateurs, que si, pendant mes explorations, le fœtus se livrait à quelques mouvements violents, les battements s'accroissent, et deviennent très-difficiles à compter. Ils ne sont nullement influencés par les variations du pouls de la mère, quelle qu'en soit la cause.

C'est par la région dorsale du fœtus que ces doubles battements nous sont le plus facilement communiqués. Aussi le point de l'abdomen auquel correspond cette région est-il celui où on les perçoit le plus nettement. C'est ce qui explique pourquoi, avant le septième mois, ces battements changent très-facilement de place. Ce n'est guère, en effet, que dans les trois derniers mois que les grands mouvements du fœtus deviennent difficiles, et que sa position devient à peu près fixe. Le plus souvent alors on les entend sur la paroi abdominale antérieure et inférieure, soit au-dessus des fosses iliaques, soit aussi, mais plus rarement, sur la ligne médiane. Ce n'est pas seulement sur un point très-limité, mais bien dans un rayon de 5 à 8 centimètres qu'on les perçoit. Dans quelques cas ils s'entendent dans un espace beaucoup plus étendu, dans plus de la moitié de l'abdomen; alors il est toujours facile de constater qu'ils sont plus forts et plus nets en un point, et qu'à partir de ce point, comme centre, ils vont en s'affaiblissant de plus en plus.

L'intensité des battements du cœur est d'autant moins considérable qu'on se rapproche davantage du début de la grossesse. Dans certains cas, cependant, ils offrent, à dater du sixième mois, une force aussi grande qu'à terme; mais c'est exceptionnel. Quant au nombre de ces pulsations, il n'est pas exact de dire, avec quelques observateurs, qu'il est beaucoup plus considérable à une époque plus avancée qu'à la fin de la grossesse. Le cœur du fœtus, quelle que soit l'époque à laquelle on perçoit ses pulsations, bat toujours avec la même vitesse, sauf quelques variations accidentelles.

Jusqu'au moment de la rupture des membranes, le travail n'imprime aucune

modification aux pulsations fœtales; il n'en est point ainsi après l'écoulement du liquide amniotique. Alors elles sont, en général, plus bruyantes, plus sonores, et s'entendent dans une étendue plus considérable: et cela s'explique facilement, puisque l'oreille ou l'instrument est séparé du corps du fœtus par une épaisseur moins grande de parties. Lorsque les contractions deviennent plus énergiques, les pulsations deviennent moins régulières, plus faibles et plus lentes pendant la contraction. Je crois que, lorsque le travail ne s'est pas prolongé trop longtemps, ces perceptions moins nettes du bruit tiennent à la difficulté de l'auscultation pendant la douleur. Mais quand, le travail se prolongeant, le fœtus a été trop longtemps soumis à la pression des parois utérines, le nombre, la force et la régularité des pulsations décroissent sensiblement.

Suivant la plupart des observateurs, ces battements ne sont pas toujours perceptibles. M. Stolz dit même que toutes les fois que le dos est en arrière, ils ne peuvent être entendus, à moins qu'un des côtés du thorax ne se trouve en rapport avec une portion de la paroi de l'utérus qui peut être explorée. Pour moi, il ne m'est pas arrivé, depuis plusieurs années, de les rechercher, après le sixième mois, sans les entendre, toutes les fois que l'enfant était vivant, et mes recherches portent au moins sur sept ou huit cents femmes: je suis donc convaincu qu'après cette époque on parviendra presque toujours à les distinguer, quelle que soit d'ailleurs la position du fœtus.

Le bruit du cœur du fœtus prend quelquefois une résonance particulière qui ressemble au tintement métallique. M. Dubois a le premier signalé ce fait, et j'ai en deux fois l'occasion de le constater à la Clinique. J'ai cru remarquer depuis que cette sonorité singulière des bruits du cœur se rencontrait plus souvent chez les femmes dont l'utérus est distendu par une grande quantité de liquide.

Il est des circonstances, enfin, qui rendent les battements un peu obscurs et difficiles à entendre. Ainsi une position lombo-postérieure du fœtus, une très-grande quantité d'eau, qui, distendant beaucoup les parois utérines, empêchera de les déprimer assez avec le stéthoscope pour se rapprocher suffisamment des parties du fœtus, l'interposition de quelques anses intestinales entre la paroi de l'abdomen et celle de l'utérus, les gargouillements intestinaux, sont autant de circonstances qui pourront rendre difficile, mais jamais impossible, la perception des battements.

Les pulsations du cœur du fœtus se composent de deux bruits: le second est plus fort et plus sonore que le premier; mais, dans la grande majorité des cas, on les entend tous les deux distinctement. M. Nægele paraît croire cependant que, dans certaines conditions, on n'entend qu'un seul bruit. J'ai quelquefois aussi fait la même observation; mais la perception d'un seul bruit m'a toujours paru se rattacher à ce que je pratiquais mal, et avec peu d'attention, l'auscultation, ou bien à ce qu'une des circonstances que je viens d'indiquer ne permettait pas d'appliquer le stéthoscope sur un point assez rapproché du dos du fœtus. Ainsi, il m'est arrivé souvent de n'entendre d'abord qu'un seul bruit; mais, en dérangeant encore l'instrument, l'autre était nettement entendu. Je suis heu-

reux de lire dans la thèse de M. Carrière, élève de M. Stolz, la phrase suivante, qui confirme mon opinion: « J'ai remarqué que dans les présentations de l'extrémité céphalique, c'était particulièrement en remontant vers le fond de l'utérus que les pulsations fœtales prenaient le caractère de simplicité que je signale ici. »

Comme la plupart des découvertes utiles, l'auscultation obstétricale a eu ses adversaires et ses partisans. Le nombre des premiers diminue chaque jour. Essayons de préciser son utilité pratique.

a. Nous avons dit que l'auscultation des pulsations du cœur du fœtus était un signe certain de grossesse. L'absence de ce bruit, bien constatée par plusieurs explorations faites à quelques heures d'intervalle, après le sixième mois, doit faire craindre d'une manière positive la mort du fœtus, si du reste on est convaincu de l'existence de la grossesse.

« L'absence de pulsations fœtales, dit M. Depaul, est un fait exceptionnel dans les trois derniers mois de la grossesse, à moins que le fœtus n'ait cessé de vivre. Sur neuf cent six femmes examinées à cette époque, il n'a manqué que huit fois. »

Il y a pourtant une circonstance qui peut faire croire à une grossesse, lors même que l'utérus est vide. Chez certaines femmes, le bruit des battements du cœur se transmet jusque dans la région sous-ombilicale. Or on conçoit que, sous l'influence de l'émotion que produit naturellement le soupçon injuste d'une grossesse, ou bien sous l'influence d'un mouvement fébrile, la circulation soit accélérée, et l'on pourra alors, d'après le nombre et la rapidité des battements, croire entendre les pulsations fœtales. Dans ces cas, on évitera facilement toute erreur de diagnostic en remarquant: 1° l'isochronisme parfait du pouls de la radiale avec les pulsations abdominales; 2° l'intensité toujours croissante des battements à mesure qu'on se rapproche de la région précordiale, deux particularités que ne présente jamais le bruit du cœur du fœtus.

b. L'auscultation peut-elle toujours faire reconnaître une grossesse gémellaire? Dans la plupart des cas, l'existence de deux fœtus dans la cavité utérine sera reconnue à l'aide des signes suivants: 1° on entendra les battements du cœur en deux points de l'abdomen très-éloignés; 2° on pourra quelquefois constater un défaut d'isochronisme et de fréquence entre ces deux battements.

Ces deux caractères sont donnés par les auteurs comme indiquant d'une manière certaine une grossesse double. Nous avons encore ici quelques causes d'erreur à signaler.

Il arrive souvent que les pulsations du cœur d'un seul fœtus retentissent dans des points très-éloignés. Cela tient-il, comme le veut M. Dubois, au peu de développement du thorax, à la capacité comparativement très-grande des cavités du cœur, à la densité des poumons, ou enfin à l'attitude même du fœtus, dont la tête et les extrémités sont appliquées contre le thorax, et y recevant l'impulsion des battements du cœur, peuvent les transmettre au loin? Je serais assez porté à le croire; mais quoi qu'il en soit de l'explication, le fait est certain et pourrait en imposer. Le moyen suivant me paraît propre à lever toutes les incer-

tiudes. Lorsqu'on entend ainsi les battements dans deux points très-éloignés, il faut suivre avec l'instrument toute la ligne intermédiaire à ces deux points extrêmes. S'ils sont dus à la présence de deux fœtus, on verra ces battements s'affaiblir et disparaître presque toujours complètement vers le milieu de cette ligne; si, au contraire, ils sont dus à un seul fœtus, ils seront plus forts à la partie moyenne qu'aux extrémités de ligne.

Le défaut d'isochronisme entre les deux pulsations ne prouverait pas encore d'une manière définitive la présence de deux enfants; car l'une d'elles pourrait être due au cœur du fœtus, l'autre appartenir au cœur de la mère, dont les pulsations retentiraient jusque dans la cavité abdominale, et l'on comprend que cette résonance inaccoutumée des battements du cœur de la femme coïncidant avec l'existence d'un seul fœtus, pourrait faire croire à une grossesse double qui n'existerait pas. L'examen comparatif du pouls est donc alors nécessaire.

Enfin, il faut dire que le nombre des pulsations du cœur fœtal peut varier d'un moment à l'autre, sans qu'on puisse se rendre compte de ce changement. De là une cause d'erreur quand on ausculte successivement sur deux points différents; car on peut constater un défaut d'isochronisme dans les pulsations fœtales et en conclure qu'il y a deux enfants, tandis qu'en réalité on a entendu le bruit d'un cœur battant plus ou moins vite. Pour éviter sûrement l'erreur, il faut que deux observateurs exercés placent leur stéthoscope sur les deux points où retentissent les battements cardiaques et qu'ils les comptent simultanément et pendant le même temps. Si leur observation accuse une différence notable entre les deux chiffres obtenus, on peut diagnostiquer à coup sûr une grossesse gémellaire.

A l'aide des précautions que nous venons d'indiquer, il est assez facile de reconnaître la grossesse double, car les jumeaux étant habituellement placés l'un à droite, l'autre à gauche du ventre, le stéthoscope, appliqué sur l'un et l'autre côté, fera nettement entendre les battements distincts. Mais les choses ne sont pas toujours aussi heureusement disposées: il arrive parfois qu'un des fœtus est situé directement au devant de l'autre, et même avec la plus grande attention, il est alors à peu près impossible d'entendre le cœur du fœtus qui se trouve en arrière. Si d'ailleurs les autres signes de la grossesse gémellaire étaient constatés, les résultats fournis par l'auscultation ne suffiraient donc pas alors pour nier son existence. Est-il nécessaire d'ajouter qu'on devrait également s'abstenir dans les cas où l'on aurait quelques raisons de croire à la mort d'un des enfants.

c. L'auscultation peut-elle, pendant le travail, faire apprécier l'état de santé ou de maladie, de faiblesse ou de vigueur du fœtus? Cette question, dont la discussion a été soulevée à l'Académie par un mémoire de M. Bodson, sur lequel M. P. Dubois fit un rapport si remarquable, est certainement une des plus curieuses et des plus intéressantes à étudier. Si l'on pouvait juger, en effet, de l'intégrité de la vie fœtale d'après les renseignements fournis par l'auscultation, il ne resterait plus aucune incertitude sur la conduite à tenir quand le travail se prolonge trop longtemps après la rupture des membranes: ainsi la faiblesse et le ralentissement, ou bien la fréquence excessive des pulsations fœtales; l'intermittence et l'irrégularité de leur rythme; l'absence du deuxième temps; la

cessation complète de ce phénomène pendant la contraction utérine, et la lenteur de son retour quand la douleur est passée, motiveraient suffisamment une terminaison prompte, tandis que les phénomènes opposés militeraient pour l'expectation. Sans aucun doute, ces signes et surtout l'irrégularité des battements, qui me paraît de tous le plus important, indiquent évidemment un état de souffrance du fœtus. Ces caractères doivent être, pour l'accoucheur, une indication formelle d'intervenir et de soustraire promptement l'enfant au danger qui le menace, par la terminaison artificielle du travail.

Mais comme l'a très-judicieusement fait remarquer M. Dubois, l'intégrité de la circulation ne suffit pas à l'établissement de la vie extra-utérine, et les pulsations fœtales pourront être, au moment de la naissance, encore régulières et sonores, et cependant le fœtus avoir tant souffert de la longueur passée du travail, que la respiration ne puisse pas s'établir; sous ce rapport, on ne doit pas s'en rapporter uniquement à l'auscultation pour juger du moment opportun pour l'intervention de l'art, et d'autres considérations tout aussi importantes doivent influencer sur la détermination de l'accoucheur: toujours est-il que c'est là un moyen de diagnostic qu'il ne faut pas négliger.

2° Souffle du cordon.

M. Nægele fils a décrit dans ces derniers temps un bruit de soufflet qu'il attribue aux pulsations du cordon ombilical, et qu'il compare au souffle des carotides dans la chlorose. Ce bruit, consiste, dit-il, dans une pulsation simple, et il reconnaît pour cause l'entortillement du cordon autour du cou du fœtus, ou sa compression entre le dos de celui-ci et la paroi utérine. Ce bruit augmente après l'écoulement du liquide amniotique; il est d'autant plus fort que les artères du cordon sont plus tendues sur elles-mêmes et plus développées. Situé au-dessous de l'ombilic, dans les positions du sommet, il est plus haut dans les positions du siège et descend pendant l'expulsion du fœtus.

On entend bien parfois les pulsations du cœur être accompagnées d'un bruit de soufflet, surtout au premier temps, mais il me paraît difficile de rattacher, dans tous les cas, cette circonstance à la gêne causée dans la circulation par la compression du cordon. Depuis, en effet, que Nægele fils a signalé cette particularité, plusieurs observateurs l'ont constatée; moi-même je l'ai rencontrée plusieurs fois sans que rien ait pu faire soupçonner une compression même légère du cordon, sans que celui-ci formât aucun circulaire. Appartient-il au cœur fœtal, comme le pense M. Dubois? M. Depaul, qui, après avoir entendu le bruit pendant la vie intra-utérine, avait eu l'occasion de le constater encore en auscultant après la naissance la région précordiale, admettait aussi cette opinion. Mais dans neuf autres cas les choses, dit-il, ont paru se passer différemment, et j'ai dû me rendre à l'évidence. Le souffle fœtal occupait un point de l'utérus tout à fait distinct de celui où siégeaient les battements du cœur, qui étaient purs et sans mélange d'aucun souffle. Cinq de ces enfants vinrent au monde portant autour du cou un ou plusieurs circulaires du cordon. Chez un

sixième cette tige entourait la partie inférieure du thorax. Rien de semblable n'existait chez les trois autres. Tous naquirent vivants, et sur aucun il ne fut constaté de souffle dans la région du cœur immédiatement après la naissance... C'est donc une question dont la solution demande de nouvelles recherches; car si, dans quelques cas, ce bruit peut être attribué à la compression du cordon, celle-ci existe souvent sans production du bruit normal.

3° Bruit du souffle utérin.

Ce bruit a reçu diverses dénominations sur l'idée que chacun s'est faite de sa nature. Ainsi, M. de Kergaradec a pensé que le bruit de souffle se produisait dans la circulation utéro-placentaire, et l'a nommé *bruit placentaire*. M. Bouillaud, et beaucoup d'autres depuis, lui assignent pour siège au moins très-probable les gros troncs artériels placés sur le plan postérieur de l'abdomen, et sur lesquels l'utérus développé exerce une compression qui en est la cause: ils le désignent tout simplement sous le nom de *souffle abdominal*. Enfin, M. Paul Dubois, cherchant à prouver que ce bruit passe dans les vaisseaux qui rampent dans l'épaisseur même de la paroi utérine, l'a nommé *souffle utérin*. Nous discuterons plus tard ces trois opinions, qui résument à peu près tout ce qui a été dit sur ce sujet.

Le bruit de souffle peut être entendu, en général, dès que l'utérus, s'élevant au-dessus du détroit supérieur, devient accessible au stéthoscope, c'est-à-dire un peu avant le bruit du cœur du fœtus. M. Delens dit l'avoir perçu au troisième mois, et M. Kennedy vers la dixième, la onzième et la douzième semaine. M. Depaul a fait aussi la même observation. A une époque aussi peu avancée, on rencontre beaucoup trop de difficultés à se rapprocher de l'utérus, et ces faits sont certainement exceptionnels.

Pendant le cours de la grossesse ce bruit subit des modifications très-singulières. Ainsi on ne l'entend pas chez toutes les femmes. Il n'est pas rare qu'après l'avoir plusieurs fois entendu on ne le retrouve plus pendant un assez long temps, puis qu'il reparaisse un peu plus tard. Assez souvent même, en auscultant une femme, on le recherche vainement pendant plusieurs minutes, puis tout à coup on le sent naître sous l'oreille, se renfler, grossir, devenir très-fort et très-distinct, persister pendant quelques minutes, puis s'affaiblir et disparaître de nouveau. Quelquefois on entend, au milieu du silence, deux ou trois pulsations avec souffle et plus rien. Ce qui est beaucoup plus fréquent, c'est de constater avec quelle promptitude ce bruit change de place. Il semble se porter subitement d'un point au point opposé; tantôt il est rapproché de l'oreille, tantôt très-éloigné. Le plus souvent il ne s'entend qu'à un seul point, quelquefois en deux points éloignés, et, chose assez remarquable, avec autant de force et de netteté dans ces deux points. Enfin, le plus souvent, l'étendue dans laquelle on l'entend est assez circonscrite; mais quelquefois il est perceptible sur une très-large surface, et envahit presque toute la région antérieure du ventre. J'ai eu occasion de faire bien des fois apprécier aux élèves toutes ces variétés,

variétés qui sont à peu près inexplicables, quelle que soit, parmi les opinions proposées jusqu'à ce jour, celle que l'on admette sur la cause de ce bruit.

Pendant le travail, le bruit de soufflet est modifié. Au moment où la douleur va commencer, et même avant que la malade en ait la conscience, il devient tout à coup plus fort, plus ronflant, plus distinct, et présente quelquefois des modifications singulières. Ainsi tantôt le son que l'on perçoit ressemble un peu au son du chalumeau ou d'une corde fortement tendue et mise en vibration. Aussitôt que la contraction devient plus forte et plus générale, le bruit utérin semble s'affaiblir, n'apparaît qu'à de plus longs intervalles, et finit enfin par être imperceptible. Mais dès que la douleur diminue, le bruit utérin reparait d'abord avec l'intensité qu'il avait au commencement de la douleur, et reprend peu à peu la même sonorité qu'il offrait pendant la grossesse. Telle est la marche des choses lorsque la contraction est régulière et énergique; mais lorsqu'elle est irrégulière ou fautive, le bruit de souffle n'est pas modifié, ou du moins n'est plus fort que pendant quelques courts instants.

Il peut encore être perçu après l'expulsion du fœtus, et même après la délivrance. M. Carrière dit l'avoir entendu vingt-quatre heures après l'expulsion du placenta.

Le plus souvent il s'entend vers les parties inférieures et latérales du ventre; plus rarement, mais quelquefois pourtant, vers le fond de l'utérus.

Voici, du reste, le résultat de 295 observations faites par M. Depaul sur des femmes qui avaient dépassé le cinquième mois, résultat conforme à ce que j'ai observé moi-même: 182 fois il se faisait entendre bien distinctement de chaque côté de l'utérus, à peu de distance de l'arcade crurale; dans 27 cas, il ne se manifesta que d'un seul côté; dans 43, vers le fond de l'organe; dans 18, il retentissait dans toute la surface de l'utérus. Enfin M. Depaul a noté que, dans 12 cas, il existait en trois lieux bien distincts, le fond de l'organe, et les parties situées au-dessus des arcades crurales. Dans la première moitié de la grossesse on le perçoit le plus souvent en plaçant le stéthoscope sur la ligne médiane, un peu au-dessus des pubis.

Ce bruit s'offre à l'oreille avec des caractères bien différents: tantôt il est de courte durée, sec et séparé de celui qui le suit par un repos complet et plus ou moins prolongé, suivant la fréquence plus ou moins grande du pouls; tantôt c'est un ronflement prolongé, un véritable bruit de diable, qui a sa période de début, de croissance, et dont la fin se confond avec celui qui le suit.

En un mot, il présente presque toutes les variétés du rythme qui ont été décrites dans le souffle de la chlorose. Le plus souvent intermittent simple, il est quelquefois continu avec redoublement (bruit de diable), et enfin quelquefois continu simple. Je ne lui ai pas trouvé encore le type de bruit intermittent double. Comme le bruit de souffle des carotides, il peut modifier son rythme en très-peu d'instants, et offrir en quelques minutes plusieurs de ceux que nous venons d'indiquer.

Il présente aussi dans son timbre plusieurs variations nombreuses, et cela non-seulement sur des femmes différentes, mais encore sur la même femme, et

quelquefois pendant le cours d'une même exploration. Tantôt sibilant, il imite assez bien le bruit produit par le vent qui se glisse à travers une porte mal fermée; tantôt il devient ronflant, de manière à imiter les vibrations d'une corde de basse; dans d'autres cas il est plaintif et rappelle assez bien le roucoulement d'une tourterelle.

C'est une question très-controversée que de savoir quels sont le siège et le mode de production de ce bruit. Puisqu'il est isochrone au pouls de la mère, il est bien certain qu'il se passe dans le système vasculaire maternel: tout le monde est d'accord sur ce point; mais veut-on préciser davantage le siège de ce bruit, aussitôt commence la divergence d'opinions. Le bruit de souffle est produit en dehors de l'utérus, disent les uns; il a son siège dans les vaisseaux utérins ou placentaires, disent les autres.

1° *Le bruit de souffle est produit en dehors de l'utérus.* — Toutes les fois qu'une tumeur est développée sur le trajet d'un gros tronc artériel, la compression qu'elle exerce sur le vaisseau détermine un bruit de souffle. Lorsqu'une tumeur pathologique s'est développée et occupe l'abdomen, il n'est pas rare d'entendre un bruit ou souffle à peu près semblable à celui de la grossesse: or, l'utérus développé par le produit de la conception constitue une tumeur considérable, tumeur qui doit nécessairement comprimer les vaisseaux et produire l'effet que nous venons d'indiquer.

Les partisans de cette opinion s'appuient sur ce que: 1° ce bruit de souffle ne commence à paraître que quand l'utérus, élevé au-dessus du détroit, peut comprimer les vaisseaux iliaques; 2° il s'entend ordinairement à la partie inférieure et latérale de l'abdomen; 3° plus souvent du côté droit, parce que l'utérus est habituellement incliné à droite; 4° enfin, si, comme l'a fait mon ami le docteur Jacquemier, et comme je l'ai fait moi-même depuis, sur plusieurs femmes, après les avoir auscultées dans la supination, on les fait mettre à genoux, le corps penché presque horizontalement, et le coude appuyant sur le sol, en un mot, dans une position telle que le poids de l'utérus porte tout entier sur la paroi antérieure du ventre, on cesse souvent d'entendre le bruit de souffle qu'on entendait distinctement auparavant.

Pour défendre cette opinion, on peut même ajouter les considérations suivantes:

Le bruit de soufflet abdominal est, comme celui des chlorotiques, dû en partie aux modifications que subit, pendant la grossesse, la composition du sang. Quelle que soit, en effet, la théorie que l'on accepte sur le mécanisme de ces bruits anormaux vasculaires dans la chlorose, qu'on les attribue à la diminution des globules, comme M. Andral, ou à l'hydroémie, comme M. Beau, et, pour le dire en passant, l'opinion de ce dernier me paraît seule admissible, on ne peut pas oublier l'analogie si grande qui existe entre le sang de la grossesse et celui de la chlorose.

Il est également difficile de méconnaître la ressemblance parfaite qui existe entre le souffle des femmes enceintes et celui des chlorotiques. Mêmes variétés de rythme, mêmes variétés de ton et de sonorité: tous deux sont parfois mélangés ou uniquement composés d'un bruit de mouche, d'un bruit de râpe, si-

bilant, qui semblent également appartenir aux premiers degrés de la maladie. Tous deux offrent, si je peux m'exprimer ainsi, la même mobilité dans leur existence, leur rythme, leur intensité, et paraissent également influencés par la pression plus ou moins grande qu'on exerce avec l'instrument, et par les troubles survenus dans la circulation de la femme à la suite d'une contrariété vive, d'un mouvement violent, etc.

N'est-il pas dès lors naturel d'admettre que, puisque la grossesse et la chlorose produisent dans le sang les mêmes altérations, le souffle entièrement semblable que l'on entend dans les deux cas est dû à la même cause?

Mais, dira-t-on, dans la chlorose, le bruit de soufflet s'entend surtout dans la région cervicale; pourquoi, pendant la grossesse, aurait-il, s'il était dû à la même cause, son siège de prédilection dans l'abdomen? On peut répondre d'abord que, dans quelques cas, le bruit cardiaque et carotidien a été constaté chez les femmes enceintes; mais il faut convenir que, le plus souvent, on ne l'entend pas, alors qu'on perçoit le souffle abdominal. Cette objection n'est pas sans réplique. Il est rare, en effet, que pendant la grossesse l'altération du sang soit portée au degré qu'elle présente chez les chlorotiques ordinaires: le chiffre des globules descend rarement au-dessous de 100, et la quantité d'eau est loin d'être aussi considérable que l'énorme chiffre qu'elle atteint dans la chlorose. Or, s'il est vrai, comme le pense M. Andral, que la production des bruits anormaux implique un degré plus avancé d'altération, on peut comprendre qu'ils ne soient pas perçus aux carotides, dans lesquels l'appauvrissement du sang peut seul les produire.

Il n'en sera pas de même dans les vaisseaux abdominaux. A l'altération du sang, à un commencement d'hydroémie, vient s'ajouter une diminution assez considérable dans le calibre des vaisseaux, diminution produite par la compression de la tumeur utérine; et ces deux circonstances réunies déterminent un bruit de soufflet qu'elles seraient impuissantes à produire si elles étaient isolées. La compression artérielle produirait ainsi une espèce d'insuffisance qui rendrait encore beaucoup plus sensible la légère augmentation qu'a subie la masse totale du sang.

Nous avons déjà dit que plusieurs fois nous avons vu le bruit disparaître en plaçant la femme dans la position des quadrupèdes, mais que plusieurs fois il avait persisté. M. Depaul rappelle qu'il a répété aussi cette expérience, et qu'il a continué à entendre le souffle utérin sans qu'il présentât la moindre différence. Cette dernière remarque, faite par des observateurs comme MM. Depaul et Carrière, mérite que nous nous y arrétions. Comme l'a déjà fait observer M. Beau, il est beaucoup plus difficile qu'on ne croit, et même il est souvent impossible de faire prendre à la femme une position telle que la matrice ne comprime certainement plus les grosses artères. Chez les femmes jeunes, primipares, les parois abdominales offrent une trop grande résistance pour fléchir sous le poids momentané de l'utérus, et, quelle que soit la position, elles maintiendront l'organe fortement appliqué contre le plan postérieur de l'abdomen.

M. Beau a, du reste, constaté que cette persistance du bruit de souffle abdo-

minal n'était pas particulière à la grossesse; et chez une femme affectée d'un kyste de l'ovaire, constaté à l'autopsie, il était impossible de donner à la tumeur une position telle qu'elle cessât de comprimer les artères du bassin, et qu'elle cessât, par conséquent, de déterminer le bruit de soufflet.

J'ajouterai qu'en admettant que la compression n'est pas seule cause de ce bruit, mais que la polyémie séreuse de la grossesse contribue à sa production, on peut facilement supposer que si cette dernière est portée à un certain degré, elle pourra à elle seule produire le bruit anormal, même dans le cas où la position donnée à la femme soustrairait les vaisseaux abdominaux à toute compression.

Il en est de même des résultats variables que l'on obtient, lorsque, après avoir entendu les bruits de souffle sur un côté du ventre, on fait coucher la femme sur le côté opposé. Tantôt, avons-nous dit, il cesse de se faire entendre; tantôt il persiste, bien que l'inclinaison de l'utérus ait fait cesser la compression des vaisseaux sur le point opposé au côté sur lequel on fait coucher la femme. Dans le premier cas, en effet, la polyémie serait trop peu considérable pour maintenir un bruit à la production duquel concourait la compression exercée sur le tube vasculaire; dans le second, ou bien l'inclinaison utérine ne ferait pas cesser la compression, ou bien l'altération sanguine suffirait seule à la production du bruit anormal.

MM. Barth et Roger, quoique disposés à attribuer à la compression le bruit de soufflet abdominal, soulèvent pourtant quelques objections qui les empêchent d'adopter cette opinion d'une manière absolue. Pourquoi, disent-ils, ce bruit n'augmente-t-il pas lorsqu'on presse avec le stéthoscope sur l'utérus, et pourquoi disparaît-il parfois quand la pression est un peu plus forte? C'est que, leur répond M. Beau, les bruits correspondent à un certain degré de compression, au-dessus et au-dessous duquel ils sont altérés ou diminués. Il arrive ici ce qui arrive très-fréquemment dans les bruits carotidiens, qui n'augmentent pas et qui disparaissent même, quand on presse un peu trop sur les artères carotides; et de même qu'on voit quelquefois ces derniers bruits augmenter légèrement d'intensité par suite d'une légère pression, on voit aussi quelquefois les bruits de souffle abdominaux augmenter notablement lorsqu'on pèse un peu sur l'utérus.

Enfin, d'où vient, disent MM. Barth et Roger, que, dans certains cas où l'auscultation pratiquée sur l'abdomen ne révélait aucun souffle, on a pu, à l'aide du métroscope de M. Narche, percevoir le bruit sur le col utérin qui, placé au centre de l'excavation pelvienne, est éloigné des vaisseaux pelviens?

Il est permis de supposer, leur répond encore M. Beau, que dans les cas dont il s'agit, le bruit de souffle était produit dans les artères hypogastriques. Or, le col utérin est plus rapproché de ces artères que la partie de l'utérus qui est en rapport avec la paroi abdominale. D'ailleurs, ne pouvait-il pas se trouver, entre la surface utérine et les parois abdominales, certains organes peu conducteurs du son, tels qu'une masse épiploïque ou intestinale, qui empêchaient le transport des vibrations à l'oreille?

2° *Ce bruit est produit dans l'utérus.* — Les auteurs qui ont placé le bruit de soufflet dans la circulation utérine, sont loin d'être d'accord sur le siège précis et sur le mécanisme de sa production. Ainsi M. de Kergaradec l'attribue à la circulation placentaire. M. Hohl pense aussi qu'il est perçu à l'endroit où s'insère le placenta; mais il place ce bruit de souffle à l'endroit qui correspond à l'insertion du placenta, et il s'appuie sur les raisons suivantes: 1° dans 24 cas où il a opéré la délivrance artificielle, il a trouvé le placenta adhérent là où il avait d'abord entendu le bruit de souffle; 2° dans 15 cas d'insertion sur l'orifice, le souffle a été entendu très-bas; 3° dans 10 cas, l'autopsie lui a permis de voir le placenta là où il avait entendu le bruit de souffle; 4° dans 8 cas de version, le même fait fut directement constaté; 5° dans 12 cas de grossesses doubles, on n'a entendu qu'un bruit de souffle quand il n'y avait qu'un placenta, et deux bruits distincts quand les placentas étaient séparés; 6° enfin, dans un très-grand nombre de cas, l'intensité du bruit de souffle lui a paru en rapport avec le volume et l'étendue du placenta.

M. Hohl diffère de M. de Kergaradec en ce qu'il prétend que ce bruit est le résultat du passage du sang artériel dans les sinus veineux du placenta. Pour réfuter cette opinion il suffit de rappeler la variété du siège de ce bruit pendant la grossesse, et d'ajouter que dans certains cas il est encore perçu après la délivrance.

Je suis donc convaincu, comme M. Depaul, qu'il n'existe aucune relation entre le lieu où s'entend le bruit de souffle et l'insertion placentaire.

Lorsqu'on étudie avec soin, dit le professeur Dubois, la disposition de l'appareil utérin, on remarque que les communications les plus faciles existent entre les artères et les veines; les parois utérines semblent être transformées en tissu érectile ou en tissu d'anévrysmes variqueux. La colonne de sang apportée par les artères, et divisée dans leurs branches, va se mêler, passant directement dans les veines, avec les colonnes moins rapides et moins pressées que contiennent ces canaux. Cette circonstance est incontestablement la cause du bruissement et du bruit de souffle qui est si remarquable dans l'anévrysmes variqueux et dans les tissus érectiles accidentels; il est très-vraisemblable que c'est la même cause qui le produit dans les parois utérines. On conçoit dès lors qu'il ne s'entende qu'à une époque où les modifications vasculaires de l'organe sont seulement très-marquées, qu'il s'entende le plus souvent sur le point correspondant à l'insertion du placenta, car c'est là que le développement du système vasculaire utérin est le plus considérable; et qu'enfin ce bruit puisse encore s'entendre quelquefois après la délivrance, le retrait de l'utérus n'étant pas encore complet, et n'ayant pas encore ramené aux conditions de l'état de vacuité le mode de circulation de ses parois.

Depuis les recherches de M. Dubois, personne n'a pu retrouver ces larges et faciles communications entre les artères et les veines utérines, et il est certain qu'il n'existe entre elles de communications directes que par leurs ramifications terminales et capillaires. C'est dire assez que le fait anatomique n'existant pas, la théorie à laquelle il sert de base ne peut être maintenue.

Comme se rattachant à la circulation utérine, il est encore quelques autres explications qui ont été récemment proposées. Le docteur Corrigan avait pensé que le passage du sang des artères utérines dans les sinus utérins est la cause de ce bruit de souffle. M. Carrière a admis cette opinion, et il ajoute que la circulation étant beaucoup plus active au point qui correspond à l'insertion du placenta, c'est au niveau de cette insertion que doit s'entendre ce bruit. Enfin, M. Depaul a tout récemment reproduit l'opinion de Corrigan, en y ajoutant les compressions opérées de dedans en dehors par quelques portions de l'ovoïde fœtal, compressions qui lui paraissent jouer un grand rôle et que M. de Kergardec avait déjà invoquées pour s'expliquer les variétés qu'offre si souvent le bruit de souffle dans son siège et son intensité.

Pour M. de la Harpe, enfin, la cause de ce bruit ne gît ni dans un état particulier du sang, ni dans une modification de son cours, ni dans l'état particulier des vaisseaux; elle est tout simplement dans la multiplicité des vaisseaux réunis sur un même point, multiplicité qui, centuplant peut-être les courants, centuple aussi les bruits, et rend perceptibles, par cette multiplication, des sons qui, pris isolément, sont imperceptibles pour l'oreille humaine. Une comparaison fera comprendre sa pensée. Qu'on se place, par un léger vent, sous un arbre fort ébranché, privé de feuilles et réduit à quelques gros rameaux, on n'entendra aucun bruit dans l'air; si, de cet arbre, et sous le même vent, on se transporte au pied d'un second arbre mieux fourni de rameaux, quoique toujours privé de feuilles, on commencera à percevoir le bruit produit par les branches agitées par le vent. Enfin, ce bruit aura une intensité beaucoup plus grande si l'on se place sous un sapin; cependant cet arbre n'offre que des feuilles roides et immobiles, seulement elles sont innombrables. Tel est le bruit placentaire. En un mot, un liquide ne peut circuler dans un tube sans produire un certain bruit par le frottement de ses molécules contre les parois du tube. Seulement ce bruit n'est pas sensible à l'oreille quand le tube vasculaire est isolé; il le devient au contraire lorsque des milliers de petits canaux sont réunis sur un même point.

Au milieu de tant de théories contradictoires nous ne nous prononcerons pas sur l'explication mécanique du bruit de soufflet. Nous nous contenterons de déterminer quel est son siège; disons tout d'abord que nous ne pensons pas qu'il se produise dans les gros vaisseaux qui passent en arrière de l'utérus. Ce bruit est en effet quelquefois si superficiel qu'il ne saurait se produire dans l'aorte ou les vaisseaux iliaques; comment d'ailleurs, avec cette explication, comprendre que ce souffle change de place avec une grande facilité, ainsi que l'ont constaté tous les observateurs. Ajoutons enfin que dans quelques cas très-rare, il est vrai, ce bruit s'accompagne d'un frémissement sensible au doigt et qu'alors on le sent pour ainsi dire se produire derrière la paroi abdominale antérieure. Nous tenons donc pour certain qu'il se produit dans l'utérus, et comme nous avons déjà démontré que le placenta ne peut pas en être le siège, nous acceptons, avec MM. Dubois et Depaul, qu'il se produit dans les parois utérines. Le nom de souffle utérin est donc la seule dénomination qui lui convienne.

Le bruit de souffle n'a pas une grande importance pratique: c'est un signe dont l'existence rend la grossesse probable, mais qui peut exister sans elle et qui n'existe pas toujours avec elle; il est complètement étranger à l'état de vie ou de mort du fœtus, et n'est nullement modifié par un état de souffrance de l'enfant; il ne peut, dans aucun cas, faire reconnaître d'une manière certaine le lieu d'insertion du placenta, ni sa forme, ni son volume, ni les altérations qu'il peut présenter. Les observations de MM. Depaul, Nægele fils, prouvent, contrairement aux conclusions de Hohl, que le diagnostic des grossesses doubles ou triples ne peut en rien être éclairé par le bruit de souffle, qui n'offre, dans ces cas, aucune modification qu'il ne puisse présenter dans les grossesses simples.

Résumé. — Il est bien démontré aujourd'hui qu'en auscultant le ventre d'une femme enceinte, on perçoit les battements du cœur du fœtus et un bruit de souffle. Le premier est un signe certain de grossesse; le second, pouvant être produit par d'autres causes, n'acquiert de la valeur que lorsqu'on s'est assuré qu'il n'existe chez la femme aucune autre maladie. Le bruit du cœur peut servir à reconnaître la position du fœtus; le bruit de souffle ne peut nullement faire supposer le lieu où est inséré le placenta: il n'indique en rien la position du fœtus. La faiblesse, mais surtout l'irrégularité et l'intermittence des battements du cœur, doivent faire craindre que le fœtus ne souffre et que sa vie ne soit compromise.

Pour ausculter la femme, on la fait coucher; cette précaution, indispensable au commencement de la grossesse, ne l'est plus à la fin, et l'on peut alors l'ausculter debout. Dans les derniers mois, en effet, les dimensions de l'utérus, le volume du fœtus, rendent cette exploration facile, quelle que soit la position prise par la femme; mais, dans les premiers temps, il est, en général, nécessaire de fléchir les cuisses sur le ventre, afin de placer les muscles abdominaux dans le plus grand relâchement; et cela n'est évidemment possible que dans la position horizontale. Pour bien explorer le fond ou les côtés de l'utérus, pour faire tomber le fœtus de l'un ou de l'autre côté, le décubitus dorsal ou latéral est nécessaire; tantôt on fait fléchir, tantôt étendre les cuisses, selon la région qu'on veut examiner. On peut se servir de l'oreille nue, mais en général il vaut mieux employer le stéthoscope. On peut plus facilement, à son aide, limiter les bruits que l'on entend, déprimer plus facilement la paroi abdominale, de manière à se rapprocher des parties du fœtus; puis beaucoup de femmes répugnent à ce que l'accoucheur applique ainsi sa tête à plat sur le ventre. L'expérience m'a d'ailleurs appris que, lorsqu'on ausculte à l'oreille nue, les frottements que les mouvements respiratoires de la peau abdominale exercent contre l'oreille diminuent singulièrement la netteté des sensations. Le pavillon de l'instrument doit être dépourvu de son embout et placé exactement par toute sa circonférence sur la région que l'on veut ausculter. Il est bon aussi que la femme ne soit pas sur un lit trop bas, car autrement l'accoucheur est obligé de se courber fortement, et cette position gênante finit par déterminer une congestion telle, qu'il est impossible de rien entendre. Pour s'épargner de trop longues recher-

ches, il convient de placer le stéthoscope sur le point où le plus habituellement s'entendent les battements du cœur, c'est-à-dire en avant, en bas et à gauche. Il est utile également de s'enquérir auprès de la femme du point où elle sent ordinairement les mouvements de son enfant : le plus souvent, en effet, les pulsations fœtales seront perçues sur un point opposé ; car les membres supérieurs et inférieurs étant toujours pelotonnés sur le plan abdominal, le dos, c'est-à-dire la partie du fœtus qui transmet le plus facilement les bruits du cœur, sera évidemment tourné à gauche, si c'est le côté droit qui est le siège habituel des mouvements actifs.

Avant le cinquième mois, les battements sont ordinairement perçus sur la ligne médiane et inférieure du ventre, à peu près au milieu de l'espace qui sépare l'ombilic du pubis : c'est là que tout d'abord on devra placer l'instrument.

L'instrument que M. Nauche a proposé, sous le nom de *métroscope*, et dont l'extrémité, introduite dans le vagin, doit s'appliquer sur le col ou la partie inférieure de l'organe, doit être rejeté.

TABLEAU

RÉSUMANT LES SIGNES DE LA GROSSESSE A DIVERSES ÉPOQUES.

SIGNES RATIONNELS.

SIGNES SENSIBLES.

Premier et deuxième mois.

1° Suppression des règles (exceptions nombreuses).	4° Augmentation dans le volume et le poids de l'utérus.
2° Envie de vomir, vomissements.	2° Abaissement de l'organe.
3° Aplatissement léger de la région hypogastrique.	3° Matrice moins mobile.
4° Enfoncement de la dépression ombilicale.	4° Parois du col de l'utérus ayant la consistance du caoutchouc.
5° Gonflement des seins, qui deviennent le siège de picotements, de douleurs.	5° Col de l'utérus dirigé en bas, en avant et à gauche.
	6° Orifice du museau de tanche arrondi chez les primipares, plus entr'ouvert chez les multipares.
	7° Ramollissement léger de la muqueuse qui recouvre les lèvres. Cette muqueuse est comme œdématisée.

Troisième et quatrième mois.

1° Suppression des règles (quelques exceptions).	4° A la fin du troisième mois, le fond de l'utérus s'élève au niveau du détroit supérieur. A la fin du quatrième, il est senti jusqu'au milieu de l'espace qui sépare l'ombilic du pubis.
2° Souvent persistance ou apparition des vomissements.	2° Matité sensible par la percussion dans la région hypogastrique.
3° Saillie légère de la région hypogastrique.	3° Le palper abdominal y fait distinguer une tumeur arrondie du volume de la tête d'un enfant d'un an.
4° Dépression moindre de la cicatrice ombilicale.	4° Par le palper abdominal et le toucher vaginal réunis, on constate facilement le déplacement en masse et le volume de l'utérus.
5° Gonflement des seins augmenté; saillie du mamelon. Coloration légère de l'aréole.	5° Dans le troisième mois, le col a la même situation et la même direction que dans les mois précédents; dans le quatrième il est élevé et dirigé en arrière et à gauche.
6° Kystéine dans l'urine.	6° Ce ramollissement du pourtour de l'orifice est beaucoup plus prononcé; celui-ci est un peu plus ouvert chez les multipares, il laisse pénétrer la pulpe du doigt; il est fermé chez les primipares et toujours arrondi.

TABLEAU

RÉSUMANT LES SIGNES DE LA GROSSESSE A DIVERSES ÉPOQUES

SIGNES RATIONNELS. | SIGNES SENSIBLES.

Cinquième et sixième mois.

- | | |
|--|--|
| <p>1° Suppression des règles (rares exceptions).</p> <p>2° Le plus souvent les troubles digestifs cessent.</p> <p>3° Développement considérable de toute la région sous-ombilicale.</p> <p>4° Tumeur abdominale, arrondie, fluctuante, convexe, saillante surtout sur la ligne médiane, et dans laquelle on sent quelquefois les inégalités fœtales.</p> <p>5° Effacement presque complet de la dépression ombilicale.</p> <p>6° Coloration plus foncée de l'aréole, aréole mouchetée; tubercules glandiformes.</p> <p>7° Kystéine dans l'urine.</p> | <p>1° A la fin du cinquième mois, le fond de l'utérus est à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. — A la fin du sixième, un travers de doigt au-dessus.</p> <p>2° Inégalités fœtales, et mouvements actifs très-sensibles.</p> <p>3° Bruit du cœur, de soufflet.</p> <p>4° Ballotement.</p> <p>5° On sent à la partie supérieure et antérieure du vagin une tumeur quelquefois molle et fluctuante, quelquefois dure, arrondie et résistante.</p> <p>6° La moitié inférieure de la portion sous-vaginale du col est ramollie.</p> <p>7° Toute la portion unguéale de la première phalange peut pénétrer dans la cavité du col chez les femmes qui ont eu déjà des enfants; chez les primipares, le col est ramolli dans la même étendue, mais l'orifice est trop étroit pour laisser passer le doigt.</p> |
|--|--|

Septième et huitième mois.

- | | |
|--|---|
| <p>1° Suppression des règles (très-rares exceptions).</p> <p>2° Troubles de l'estomac (assez rares).</p> <p>3° Tumeur abdominale avec les mêmes caractères, seulement beaucoup plus volumineuse.</p> <p>4° Effacement complet de la dépression ombilicale, dilatation de l'anneau; quelquefois même, pendant les efforts, saillie de la peau de l'ombilic.</p> <p>5° Vergetures nombreuses sur la peau du ventre.</p> <p>6° Quelquefois, état variqueux et œdémateux des membres inférieurs et de la vulve.</p> <p>7° Coloration plus foncée de l'aréole centrale, extension de l'aréole mouchetée. — Quelquefois vergetures nombreuses sur la peau du sein. — Écoulement de lait. — Développement complet des tubercules glandiformes.</p> <p>8° Persistance de la kystéine dans l'urine.</p> | <p>1° Augmentation dans le volume du ventre.</p> <p>2° A sept mois le fond de l'utérus s'élève à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, à huit mois à cinq ou six.</p> <p>3° L'organe s'incline presque toujours à droite.</p> <p>4° Mouvements actifs plus violents.</p> <p>5° Bruits du cœur et de soufflet.</p> <p>6° Ballotement très-net dans le septième mois; plus obscur dans le huitième.</p> <p>7° Le ramollissement envahit le col un peu au-dessus de l'insertion du vagin. Le col est ovoïde chez les primipares et semble avoir diminué de longueur. Chez les autres, c'est un cône à base inférieure, largement ouvert et dans lequel le doigt peut faire pénétrer toute la première phalange. Le quart supérieur du col est encore dur et fermé.</p> |
|--|---|

TABLEAU

RÉSUMANT LES SIGNES DE LA GROSSESSE A DIVERSES ÉPOQUES.

SIGNES RATIONNELS. | SIGNES SENSIBLES.

Première quinzaine du neuvième mois.

- | | |
|--|--|
| <p>1° Les vomissements et les autres troubles gastriques reparaissent souvent.</p> <p>2° La tumeur abdominale a augmenté; la peau est bien tendue et tirillée.</p> <p>3° Gêne de la respiration.</p> <p>4° Tous les autres symptômes persistent en augmentant d'intensité.</p> | <p>1° Le fond de l'utérus s'élève dans la région épigastrique et sous le rebord des fausses côtes du côté droit.</p> <p>2° Mouvements actifs; bruits du cœur et de soufflet.</p> <p>3° Souvent il n'y a plus de ballotement, mais seulement une espèce de soulèvement de la tumeur formée par la tête.</p> <p>4° Toute la longueur du col est ramollie, excepté l'anneau de l'orifice interne qui résiste encore et est fermé. Le doigt, chez les femmes déjà mères, peut y introduire une phalange et demie, et est arrêté seulement par l'orifice interne fermé et froncé, qui assez souvent pourtant commence à s'entr'ouvrir. — Chez les primipares, le ramollissement est aussi étendu; le col, renflé à sa partie moyenne, a la forme d'un ovoïde, mais l'orifice externe, quoiqu'un peu plus ouvert, ne permet pas l'introduction du doigt.</p> |
|--|--|

Deuxième quinzaine du neuvième mois.

- | | |
|--|---|
| <p>1° Les vomissements cessent souvent.</p> <p>2° Le ventre est tombé.</p> <p>3° La respiration est moins gênée.</p> <p>4° Plus de difficultés dans la marche.</p> <p>5° Envies fréquentes et illusives d'uriner.</p> <p>6° Hémorrhoides, augmentation dans l'état variqueux et l'œdème des membres inférieurs.</p> <p>7° Douleurs de reins, coliques.</p> | <p>1° Le fond de l'utérus s'élève moins haut que dans la première quinzaine.</p> <p>2° Mouvements actifs, bruits du cœur et de soufflet.</p> <p>3° Ballotement souvent insensible.</p> <p>4° Tête plus ou moins engagée dans l'excavation.</p> <p>5° L'orifice interne se ramollit et s'entr'ouvre chez les multipares, le doigt pénètre alors à travers un cylindre de 4 centimètres jusque sur les membres. Chez les primipares, l'orifice interne subit la même modification, mais l'externe reste très-étroit. Dans les derniers huit jours, par suite de l'évasement de l'orifice interne, toute la cavité du col se confond avec celle du corps, et, pour arriver sur les membranes, le doigt n'a plus qu'à traverser chez les primipares un orifice assez mince, chez les autres un bourrelet arrondi plus ou moins épais.</p> |
|--|---|