

présomption, mais tous réunis donnent au diagnostic de grossesse une probabilité tellement grande qu'on n'est pas loin de la certitude.

Si l'époque est plus avancée, le diagnostic sera d'autant plus facile, puisque d'autres signes viendront s'ajouter aux précédents.

DIAGNOSTIC DE L'ÂGE DE LA GROSSESSE.

Il n'est pas toujours aisé de déterminer à quelle époque de la gestation une femme est arrivée. Il n'y a guère que trois signes ayant une certaine valeur et encore n'indiquent-ils l'âge de la grossesse que d'une manière *approximative*, à une quinzaine de jours près environ. Les voici :

1° *Dernière menstruation*. — On suppose que la conception a eu lieu une dizaine de jours plus tard et l'on ajoute 9 mois. Mais il faut s'informer si les dernières règles ont été égales en quantité, qualité, durée, aux règles ordinaires, sinon la conception peut remonter avant le dernier écoulement.

Mais combien de femmes ne peuvent donner le moindre renseignement à cet égard !

2° *Mouvements actifs*. — Ils apparaissent à 4 1/2 mois dans la majorité des cas ; mais ils sont ressentis tantôt avant cette époque, tantôt après. Du reste, bien des femmes ne se rappellent pas quand elles ont senti les premiers mouvements.

3° *Hauteur du fond de l'utérus*. — C'est, dans maintes circonstances, le seul moyen de calculer l'âge de la grossesse. Cependant ce moyen est bien peu précis et permet à peine d'évaluer à quinze jours près. En effet, le volume de la matrice dépend de la grosseur du fœtus, de la quantité de liquide, de la présence de plusieurs enfants ; la hauteur du fond dépend de la forme de l'organe, de son obliquité, de sa projection plus ou moins prononcée en avant, de l'extensibilité de la paroi abdominale, de la capacité du ventre, de la conformation du bassin. Il ne faut pas oublier que chez les petites femmes, chez les femmes rachitiques, la matrice est toujours sensiblement plus élevée que l'époque de la grossesse ne le ferait supposer. On doit tenir compte de cette observation, quand on pratique l'accouchement prématuré artificiel pour un vice du bassin.

Les autres signes ne donnent guère d'indication de quelque importance, parce que le moment où ils apparaissent, leur peu de régularité, les différences qu'on observe fréquemment chez les femmes ne peuvent qu'induire en erreur. Il faut en excepter les modifications de la fin de la grossesse, dont la dernière quinzaine est assez caractéristique (affaissement du ventre, effacement du col, douleurs mouches, etc.).

Nous avons résumé dans le tableau des pages 386 et 387 les principaux signes de la grossesse, aux différentes époques de la gestation.

GROSSESSES MULTIPLES.

La grossesse gémellaire est assez fréquente ; on en voit une sur 100 au moins. La grossesse triple est rare ; on n'en observe guère qu'une sur 8,000. La grossesse quadruple est un phénomène bien peu commun, puisqu'on n'en compte qu'une sur 400,000 environ.

On a même observé des grossesses quintuples et sextuples, mais elles sont absolument exceptionnelles.

Nous ne parlerons que de la grossesse gémellaire, parce que les détails pratiques relatifs aux autres grossesses se déduisent tout naturellement de ceux que nous allons indiquer.

Grossesse gémellaire.

En parlant du placenta et des membranes dans les grossesses gémellaires, nous avons décrit trois dispositions différentes, correspondant aux trois cas dans lesquels peut se produire la grossesse double.

Dans la première variété, chaque fœtus a sa loge séparée et les parois sont constituées par le chorion et l'amnios.

Dans la seconde variété, les loges sont également distinctes, mais la cloison intermédiaire n'est formée que par l'adossement des amnios.

Dans la troisième variété, il n'y a qu'une loge, les deux fœtus se trouvent dans le même sac membraneux.

Dans ces dernières conditions, il arrive parfois que les deux embryons contractent entre eux des adhérences plus ou moins étendues et même que l'un soit emboîté dans l'autre ; ces anomalies constituent *les monstruosité par inclusion*.

Deux fœtus peuvent être attachés l'un à l'autre par la tête, par le tronc, ou par le bassin : de là les monstres *céphalopages*, *xiphopages*, *ischiopages* de Geoffroy Saint-Hilaire.

Dans les monstruosité par inclusion, le fœtus renfermé dans l'autre peut se trouver profondément, dans la cavité abdominale, par exemple, ou superficiellement, sous la peau, ainsi dans le scrotum.

Il est curieux de constater que dans les grossesses gémellaires, 2 fois sur 3, les enfants sont de même sexe.

Il existe une véritable prédisposition à avoir deux enfants ; aussi voit-on les grossesses gémellaires se montrer plus fréquemment dans certaines localités, dans certaines familles et se répéter chez la même femme.

Les jumeaux sont d'habitude moins développés que les enfants uniques, leur poids est en dessous de la moyenne et souvent l'un est plus gros que l'autre.

La grossesse gémellaire se termine fréquemment avant terme, la matrice trop distendue se contracte trop tôt.

Parfois l'un des fœtus succombe pendant la grossesse et celle-ci

Résumé des principaux signes de grossesse

	Interrogatoire	Inspection
1 ^{er} et 2 ^e mois.	Dans la grande majorité des cas, suppression des règles ou écoulement sanguin insignifiant. Appétits bizarres, envies diverses; nausées, vomissements. Tension, picotements des seins.	Léger gonflement des seins. Ventre plat, parfois météorisé. Dépression de l'ombilic. Apparition de la kystéine dans l'urine. Coloration bleuâtre des organes génitaux. Même fréquence du pouls dans toutes les positions (?)
3 ^e et 4 ^e mois.	Suppression des règles et de tout écoulement sanguin, plus fréquente encore que dans les deux premiers mois. Les troubles gastriques diminuent et disparaissent d'habitude.	Gonflement plus marqué des seins. Mamelons plus érectiles; aréole commence à se foncer. Au 4 ^e mois, l'hypogastre devient proéminent. Kystéine dans les urines.
5 ^e et 6 ^e mois.	Persistance tout à fait exceptionnelle d'un écoulement sanguin quelconque. Plus de troubles gastriques. A 4 1/2 mois, la femme commence à sentir de légers mouvements, des espèces de frottements, qui deviennent bientôt de petits chocs.	Les veines des mamelles se dessinent sous la peau. Aréole foncée et souflée; tubercules de Montgomery. La pression du mamelon fait sortir quelques gouttes de sérosité. Ligne brune de l'abdomen. Effacement de la dépression ombilicale; augmentation du volume du ventre de plus en plus prononcée de bas en haut, sur la région médiane. Œdème, varices des membres inférieurs.
7 ^e et 8 ^e mois.	La femme sent parfaitement les mouvements, qui sont devenus de véritables chocs très reconnaissables d'habitude. Plus de troubles gastriques.	Les modifications des seins sont toujours plus prononcées; des vergetures s'y montrent ainsi que la seconde aréole. Abdomen volumineux; vergetures; ligne brune, ombilic un peu saillant. Œdème et varices des membres inférieurs. Parfois albuminurie. Masque de la figure.
1 ^{re} quinzaine du 9 ^e mois	Les troubles gastriques, les vomissements, reparaissent souvent. Respiration gênée. Les mouvements fœtaux constituent de forts soulèvements.	Modifications des seins très prononcées. Abdomen très volumineux; ombilic saillant. Ligne brune fort marquée, vergetures nombreuses. Masque de la figure augmente. Œdème, varices, albuminurie.
2 ^{de} quinzaine du 9 ^e mois.	Les troubles gastriques disparaissent. La gêne respiratoire diminue. Les signes de compression des organes pelviens sont portés au maximum; la marche est gênée; envies fréquentes d'uriner. Dans les derniers jours, douleurs légères, espacées, dans le ventre, parfois dans les reins.	Le ventre s'affaisse, s'élargit, bombe davantage en bas et en avant, par suite de l'abaissement de l'utérus. L'œdème et les varices s'accroissent. Hémorroïdes, gonflement et lubrification de la vulve.

aux différentes époques de la gestation.

Auscultation.	Palper	Toucher
Vérardini prétend avoir entendu dans quelques cas, le bruit de souffle par l'auscultation intra-vaginale (?)	Par le palper uni au toucher, on constate l'augmentation du volume de l'utérus, la forme arrondie du corps, sa mobilité moindre, sa consistance molle ou rénitente.	Ramollissement de la muqueuse des lèvres du col (tapis sur une table). Orifice externe arrondi, fermé. Chez les primipares, il est presque caché par le boursoufflement de la muqueuse.
Au 4 ^e mois, on parvient parfois à percevoir le choc fœtal, très rarement le souffle maternel et les doubles battements fœtaux.	A la fin du 3 ^e mois, on trouve le fond de la matrice à 6 cent. au-dessus du pubis et à la fin du 4 ^e mois, entre l'ombilic et les pubis, c'est-à-dire à 10 cent. au-dessus de ces derniers.	Ramollissement du museau de tanche sur une hauteur de 3 à 4 millimètres. Segment inférieur de l'utérus assez volumineux.
Souffle maternel. Doubles battements fœtaux.	A 5 mois, le fond utérin est à un travers de doigt sous l'ombilic; à 6 mois, il est à un travers de doigt au-dessus de cette cicatrice. On constate les mouvements de l'enfant par la vue et l'application des mains sur l'abdomen. Ballotement abdominal, sensation de parties fœtales par le palper.	Le ramollissement du col gagne en hauteur et atteint à 6 mois la moitié de la portion sous-vaginale. L'orifice externe reste fermé chez les primipares, mais admet l'extrémité de l'indicateur chez les multipares. Ballotement vaginal. Sensation de parties fœtales, souvent de la tête, par le toucher.
Souffle maternel et doubles battements fœtaux plus accentués, plus faciles à percevoir.	La matrice, en s'élevant, s'incline ordinairement à droite; à 7 mois, le fond est à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic; à 8 mois, il est à 5 travers de doigt au-dessus de cette cicatrice. Parties fœtales reconnaissables par le palper; mouvements actifs faciles à constater.	Le ramollissement envahit peu à peu toute la portion sous-vaginale du col. — Ballotement vaginal plus marqué. Tête mieux sentie. Chez les multipares, l'orifice externe s'entr'ouvre de plus en plus et les lèvres se déjettent en dehors: le doigt arrive près de l'orifice interne et y pénètre même parfois. Chez les primipares, le col reste fermé ou s'entr'ouvre légèrement.
Les bruits maternels et fœtaux sont très faciles à percevoir.	Le fond de la matrice s'élève jusque dans la région épigastrique et sous les fausses côtes. On reconnaît aisément la présentation et la position du fœtus, ainsi que ses mouvements actifs.	La portion sus-vaginale du col se ramollit. Chez les multipares, le doigt pénètre d'habitude jusqu'aux membranes et sent la partie fœtale. Chez les primipares, l'orifice externe est encore fermé ou admet l'extrémité de l'indicateur. La tête est engagée dans le détroit supérieur. Il n'y a plus de ballotement, mais seulement soulèvement.
Comme ci-dessus.	Le fond de la matrice s'abaisse pendant que l'organe s'élargit, proémine en avant. Par moment, la matrice se durcit et se redresse sur la ligne médiane, ce sont de petites contractions accompagnées ordinairement de légères douleurs.	L'orifice interne se ramollit et admet le doigt chez les multipares; il reste fermé chez les primipares. Dans les derniers jours, le col s'efface; il n'y a plus alors que l'orifice externe, fermé, mince et résistant chez les primipares; ouvert, épais et mou chez les multipares. Le sommet s'engage plus ou moins dans le haut de l'excavation, du moins chez les primipares.

continue cependant son cours; de sorte qu'au moment du travail on trouve, à côté d'un enfant bien développé, un fœtus petit, ratatiné, aplati ou macéré; nous reviendrons sur ces faits curieux en parlant de la mort du fœtus (t. II).

Ordinairement les deux fœtus sont l'un à côté de l'autre et ont tous les deux la tête en bas; d'autres fois, la tête de l'un et le siège de l'autre ou les deux sièges sont en bas; plus rarement l'un est au-dessus de l'autre, en présentation transversale. Il arrive aussi que l'un est pour ainsi dire au-devant de l'autre, le masque en partie; c'est alors surtout que le diagnostic de grossesse gémellaire est difficile et le plus souvent impossible.

Diagnostic de la grossesse gémellaire. — Il n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le croire au premier abord, de constater que la matrice contient deux enfants. Si l'on y parvient plus ou moins aisément dans un certain nombre de cas, il en est d'autres assez nombreux où l'on reste dans le doute ou même que l'on ne soupçonne pas, du moins si l'on pratique l'examen à la fin de la grossesse ou au commencement du travail; du 7^e au 8^e mois, on a plus de chance de réussir, parce que les parois utérines sont alors moins tendues.

Voici les signes qui permettent d'arriver au diagnostic :

1^o Le développement rapide, inégal, irrégulier de la matrice. Le volume de l'organe est plus considérable que l'époque de la grossesse ne le comporte et, comme les parties fœtales sont nombreuses, l'organe est déformé, n'a pas son aspect régulier habituel.

La matrice très volumineuse exerce des compressions multiples et plus fortes que d'habitude; c'est pourquoi on observe spécialement de l'œdème et des varices des membres inférieurs; la respiration est gênée, difficile; les digestions sont laborieuses; il y a des douleurs dans les membres inférieurs, de la gêne pour marcher, etc.

L'œdème s'étend souvent aux jambes, aux cuisses, aux organes génitaux, à la paroi abdominale; il est limité ici à la peau de l'hypogastre, occupe au bas-ventre un espace plus ou moins triangulaire et porte le nom d'*œdème sus-pubien*.

On constate aisément cet œdème en prenant la peau entre les doigts; on sent ainsi l'épaisseur considérable du tissu cellulaire et son augmentation de densité; l'impression des doigts persiste plusieurs instants.

Cet œdème existe sans albuminurie ou est beaucoup plus considérable que la quantité d'albumine dans l'urine ne le ferait présumer, ainsi que nous en avons rapporté divers exemples (*Journal d'Accouch.*, 1890, p. 173). C'est un excellent signe pour le diagnostic des grossesses multiples.

2^o La forme du ventre est aplatie, au lieu de présenter la saillie médiane bien connue; *les flancs sont occupés*. Il y a parfois un véritable

sillon qui divise l'utérus en deux portions; pour cela, les deux fœtus doivent être à côté l'un de l'autre, soit verticalement, soit obliquement et ne se recouvrir en aucune façon; il peut alors y avoir entre eux une ligne de séparation bien nette, marquée par une dépression allongée, un sillon plus ou moins accusé que l'on voit et que l'on sent par le palper. Ce sillon n'existe que dans un petit nombre de cas; au contraire, l'aplatissement du ventre et l'occupation des flancs ont une fréquence et une valeur très grandes; beaucoup de femmes les signalent elles-mêmes à l'attention de l'accoucheur.

Dans les présentations transversales, les flancs sont aussi occupés; mais alors le volume de la matrice est ordinaire et sa forme reste allongée, régulière; l'hypogastre est vide, l'épigastre est libre.

3^o Les mouvements passifs ou de ballottement sont difficiles ou impossibles à obtenir, parce que la place manque, les deux fœtus se gênent mutuellement et sont à l'étroit dans la cavité utérine. Les mouvements actifs sont perçus par la mère et l'accoucheur à la fois dans plusieurs endroits distants les uns des autres.

4^o Le palper a une grande importance pour le diagnostic de la grossesse gémellaire.

Si la simple *inspection* suffit pour constater le volume exagéré de l'utérus, son développement dans le sens transversal et quelquefois sa forme bilobée, c'est cependant *le palper* et *l'auscultation* qui permettent sûrement d'affirmer la présence de plusieurs enfants dans le sein maternel.

Le palper démontre que l'excès de volume n'est pas apparent, comme dans les vices du bassin qui forcent l'organe à se développer complètement dans l'abdomen. Dans ces derniers cas, le col est très élevé et le ventre proémine fortement en avant, mais la largeur et le volume de l'utérus sont à peu près ordinaires et le fond est plus haut que de coutume. De même que dans les présentations transversales, le détroit supérieur est vide et le ballottement vaginal impossible.

Dans la grossesse multiple, l'excès de volume de la matrice est parfaitement reconnu par le palper; de plus, on constate que la paroi utérine ne se laisse pas déprimer mollement, comme d'habitude, en dehors des contractions; elle est, au contraire, à la fin de la gestation, tendue, résistante, comme une vessie remplie d'air ou d'eau.

Ce n'est pas la dureté momentanée qu'on observe pendant les douleurs, c'est une *tension permanente*, facilement et constamment appréciable.

Cet état de réplétion ne se montre que dans deux circonstances: grossesse multiple, hydropisie de l'amnios. Dans ces deux cas aussi, la région sus-pubienne est fréquemment le siège d'un œdème, formant un bourrelet transversal, triangulaire, à base inférieure.

L'excès de volume et la tension permanente de l'utérus se montrent

encore dans l'hémorragie interne. Mais ici, l'accident est subit, accompagné de douleurs et de symptômes généraux tout à fait caractéristiques.

Dans les grossesses multiples un peu avancées, la paroi utérine est trop tendue pour pouvoir être déprimée facilement, de sorte que rarement on parvient alors à distinguer les parties fœtales appartenant à différents fœtus : on ne peut que reconnaître des parties fœtales nombreuses.

Voici un tableau résumant les signes de ces deux états :

Grossesse multiple. 111

- 1. Excès de volume et tension permanente de l'utérus ; œdème sus-pubien.
- 2. Utérus élargi transversalement ; abdomen partagé en deux moitiés latérales par un sillon longitudinal médian, peu profond.
- 3. Parties fœtales multiples, fixes ; ballottement impossible ou obscur.
- 4. Par le toucher, on trouve habituellement une partie fœtale engagée.
- 5. Par l'auscultation, on trouve des bruits cardiaques multiples, non isochrones.
- 6. Mouvement ondulatoire limité à une partie de l'utérus et non transmis à la poche des eaux.

Hydropisie de l'amnios.

- 1. Excès de volume et tension permanente de l'utérus ; œdème sus-pubien.
- 2. Utérus globuleux ; fluctuation évidente ; absence de résistance fœtale.
- 3. Fœtus petit et fort mobile, fuyant au moindre choc ; ballottement très manifeste.
- 4. Par le toucher, on trouve le segment inférieur fluctuant, le fœtus non engagé et très mobile.
- 5. Par l'auscultation, on arrive rarement à entendre les bruits cardiaques.
- 6. Sensation de flot transmise dans toute l'étendue de l'utérus et à la poche des eaux.

Le diagnostic est le plus facile du 6^e au 8^e mois.

Dans quelques cas, on constate l'existence de quatre extrémités fœtales, deux en haut et deux en bas ; plus souvent, on n'en rencontre que trois, la quatrième étant trop profondément située.

Il faut rechercher aussi les petites saillies fœtales et les surfaces fermes et allongées des dos.

Si l'un des pôles du fœtus est trouvé dans l'excavation et qu'on rencontre un second pôle dans une des fosses iliaques, celui-ci doit appartenir à un second enfant. Il en est de même si deux pôles fœtaux sont perçus à peu près à la même hauteur dans le segment supérieur ou bien dans le segment inférieur de l'organe ; car l'on sait que jamais le fœtus n'est assez recourbé sur lui-même, pour présenter ainsi ses deux extrémités au même niveau.

M. Pinard a pu reconnaître, à 6 mois, par le palper, une grossesse triple ; d'abord il sentit une petite tête tendant à s'engager dans l'excavation, et une seconde placée en haut ; il trouva deux plans résistants, l'un en bas et à gauche, l'autre en haut et à droite, et des petites parties partout. Quelques jours après, il découvrit une troisième tête dans la fosse iliaque droite. La femme accoucha vers 7 1/2 mois, de trois garçons, qui, tous trois, se présentèrent par le sommet. Dans les derniers temps, le palper était devenu très

111 La pugnance entre les résultats de nos divers méthodes d'exploration est un signe de grossesse gémellaire.

difficile, en raison de la tension et de l'œdème de la paroi abdominale. (Pinard, *Traité du palper abdominal*, p. 153).

5^o L'auscultation a une valeur toute aussi grande. Elle permet d'entendre des bruits cardiaques multiples, non isochrones, avec deux maxima éloignés l'un de l'autre.

La présence de deux enfants est alors absolument certaine.

Pour bien distinguer les deux maxima, il faut ausculter attentivement, longuement, dans toute l'étendue de l'abdomen. Quand on croit avoir trouvé deux endroits, où des battements cardiaques sont très prononcés, on a soin d'ausculter le long de la ligne droite qui les réunit ; en s'éloignant du premier point, les battements diminuent d'intensité, puis celle-ci augmente quand on se rapproche de l'autre point ; le minimum des sons se trouve vers le milieu de l'espace parcouru.

Ce qu'il y a de mieux, c'est de compter les battements d'un côté et de l'autre et de constater que le nombre est différent, qu'il n'y a pas isochronisme entre eux. Mais comme les pulsations peuvent varier d'un moment à l'autre, on conseille, pour écarter toute chance d'erreur, d'ausculter à deux en même temps : si deux personnes entendent, dans la même minute, des pulsations en nombre différent, à deux endroits de l'abdomen, le doute n'est évidemment plus permis, c'est qu'il y a deux cœurs, donc deux enfants.

On suppose, bien entendu, que les personnes qui auscultent soient habituées et ne se trompent pas en comptant.

6^o Le travail de l'accouchement est plus lent, les contractions sont moins fortes, moins fréquentes, à cause de la distension trop considérable des fibres utérines.

Parfois il y a deux poches d'eau à côté l'une de l'autre, ou bien si l'on pousse le doigt suffisamment loin après la rupture de la première poche, on en sent une seconde au-dessus.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA GROSSESSE.

Différents états morbides peuvent, les uns laisser méconnaître une grossesse qui existe, les autres faire croire à une grossesse qui n'existe pas : les premiers dissimulent, cachent la grossesse ; les seconds la simulent, y ressemblent assez pour en imposer ; plusieurs rentrent dans les deux catégories.

Etats morbides qui peuvent dissimuler la grossesse.

1^o Dans certains cas rares, il y a dans les premiers temps de la gestation, une espèce de fièvre sympathique, appelée aussi fièvre de la grossesse, qui peut faire croire à une phtisie commençante ou à une maladie chronique quelconque ; on constate même parfois de l'amaigrissement, de la toux, de l'insomnie, de l'agitation, surtout

le soir, la suppression des règles et les autres signes rationnels sont mis sur le compte de la prétendue maladie jusqu'à ce que les mouvements actifs apparaissent.

Il faut être prévenu et faire un examen attentif des organes génitaux par le toucher combiné au palper ; on constatera ainsi des signes qui mettront sur la voie du diagnostic.

2° *Des écoulements sanguins*, plus ou moins réguliers, intermittents ou presque continus, peuvent exister pendant la grossesse ; on croit à une maladie de l'utérus, surtout s'il y a des symptômes morbides antérieurs, et l'on écarte l'idée de gestation.

Il faut examiner avec attention pour éviter cette erreur, qui en tout cas ne sera plus pardonnable après l'apparition des phénomènes fœtaux (mouvements actifs et passifs, doubles battements cardiaques).

3° *Arrêt ou perversion du développement du produit de la conception*. — L'embryon peut mourir, se liquéfier, disparaître et alors, au moment de l'expulsion, il ne reste que du liquide en plus ou moins grande quantité. Cette dissolution n'est possible que dans les premiers temps, quand le produit de la conception est encore mou.

La mort de l'embryon peut être suivie ou précédée d'une dégénérescence du placenta, qui donne lieu à la *grossesse molaire* dont nous parlerons plus loin.

Lorsque le fœtus vient à succomber, il ne tarde pas le plus souvent à être expulsé. Mais il y a des exceptions et alors le diagnostic est plus ou moins difficile, selon l'époque de la gestation. Nous y reviendrons à l'occasion de la mort du produit pendant la grossesse.

États morbides qui peuvent simuler la grossesse.

Toutes les augmentations de volume de la matrice peuvent en imposer pendant un certain temps et faire croire à une grossesse qui n'existe pas.

La matrice peut être distendue par du sang, de la sérosité, des gaz ; c'est ce qui constitue l'*hématométrie*, l'*hydrométrie*, la *physométrie*.

1° L'*hématométrie*, ou accumulation de sang dans l'utérus, se produit lorsque le sang menstruel ne peut sortir, soit par le fait d'une oblitération du col ou du vagin, soit par suite d'un hymen imperforé. Dans ce dernier cas, la jeune fille n'a jamais été réglée et les symptômes morbides se développent à l'âge de la puberté. L'obstacle à l'écoulement du sang menstruel peut être amené plus tard par des causes diverses, dont la plus commune est l'inflammation aiguë ou chronique des voies génitales, du col utérin en particulier. La métrite cervicale elle-même produit rarement l'occlusion de l'orifice ; celle-ci est le plus souvent le résultat de cautérisations avec des substances plus ou moins énergiques, tels que l'acide nitrique, l'acide chromique, le fer rouge, beaucoup plus rarement la pierre infernale,

Lorsque l'hymen est imperforé, le sang s'accumule dans le vagin et l'utérus. Lorsque le col utérin est oblitéré, le sang distend la matrice et parfois même les trompes.

Dans tous ces cas, l'organe prend un volume plus ou moins considérable ; il n'y a pas ou il n'y a plus d'écoulement cataménial ; des douleurs intenses, accompagnées de symptômes généraux légers ou graves, se font sentir dans l'hypogastre, le bassin, les reins, les cuisses ; les douleurs abdominales sont souvent intermittentes et résultent de contractions énergiques du viscère qui cherche à expulser le sang menstruel. En même temps, on trouve une tumeur au bas-ventre ; cette tumeur, formée par l'utérus distendu, se durcit pendant les douleurs.

Ces symptômes se renouvellent périodiquement au bout de 3 à 4 semaines ; on constate à ces époques que la matrice augmente rapidement de volume ; entre deux, la tumeur diminue par suite de la résorption d'une certaine quantité de sérosité sanguine.

Ainsi, l'augmentation de volume a une marche particulière, saccadée, se fait d'une manière intermittente. Le fond arrive, après quelques mois, à l'ombilic ou au-dessus, mais le volume n'est nullement en rapport avec l'époque d'une grossesse qui remonterait à cette date.

La tumeur est fluctuante ; il n'y a aucun signe fœtal. Si l'on touche, on reconnaît l'anomalie de la vulve ou du vagin ; lorsque l'obstacle est au col, on le découvre au moyen du spéculum.

Si l'hymen est imperforé, la membrane est poussée à l'extérieur par le liquide ; pendant les douleurs résultant des contractions, cette membrane bombe fortement, est résistante, fluctuante, violacée, pourrait être prise pour une poche d'eau. Cette erreur a été commise : arrivant près d'une jeune fille ayant le ventre volumineux et se plaignant de douleurs intermittentes, le praticien palpe, constate des contractions utérines ; il apprend que les règles ne se sont pas montrées ; il sent à la vulve une tumeur qu'il confond avec une poche d'eau ou même avec une tête d'enfant ; il affirme que la jeune fille est enceinte et sur le point d'accoucher !

Lorsque le sang est ainsi retenu, il faut lui livrer passage en prenant toutes les précautions antiseptiques ; car des accidents graves et mortels ont souvent été la conséquence d'une évacuation trop brusque ou imprudente. Le liquide qui s'écoule est rouge-noir, épais, poisseux, se putréfie avec une grande facilité ; de là un danger très grand de septicémie.

2° L'*hydrométrie*, ou accumulation de sérosité dans la matrice, se produit parfois chez les femmes âgées, dont la menstruation a cessé et chez lesquelles il y a un obstacle à l'écoulement du liquide (oblitération du col ou du vagin).

L'hydrométrie peut aussi provenir d'une véritable grossesse, quand l'embryon a succombé et que le liquide continue à être sécrété.