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 siége 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 siége 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 siége 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 rhythme, 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, sibilant, 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 rhythme, 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 siége 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 avions 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 arrêtions. 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. Nauche, 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 siége 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 21 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 siége 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'anévrysme 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 Kergaradec avait déjà invoquées pour s'expliquer les variétés qu'offre si souvent le bruit de souffle dans son siége 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 siége; 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-rares, 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 siége, 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 complétement 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'accouchenr 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 siége 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).	1° 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 siége 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 œdématiée.
Troisième et quatrième mois.	
1° Suppression des règles (quelques exceptions).	1° 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° Kyestéine 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.	
1° Suppression des règles (rares exceptions). 2° Le plus souvent les troubles digestifs cessent. 3° Développement considérable de toute la région sous-ombilicale. 4° Tumeur abdominale, arrondie, fluctuante, convexe, saillante surtout sur la ligne médiane, et dans laquelle on sent quelquefois les inégalités fœtales. 5° Effacement presque complet de la dépression ombilicale. 6° Coloration plus foncée de l'aréole, aréole mouchetée; tubercules glandiformes. 7° Kyestéine dans l'urine.	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. 2° Inégalités fœtales, et mouvements actifs très-sensibles. 3° Bruit du cœur, de soufflet. 4° Ballottement. 5° On sent à la partie supérieure et antérieure du vagin une tumeur quelquefois molle et fluctuante, quelquefois dure, arrondie et résistante. 6° La moitié inférieure de la portion sous-vaginale du col est ramollie. 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.
Septième et huitième mois.	
1° Suppression des règles (très-rares exceptions). 2° Troubles de l'estomac (assez rares). 3° Tumeur abdominale avec les mêmes caractères, seulement beaucoup plus volumineuse. 4° Effacement complet de la dépression ombilicale, dilatation de l'anneau; quelquefois même, pendant les efforts, saillie de la peau de l'ombilic. 5° Vergetures nombreuses sur la peau du ventre. 6° Quelquefois, état variqueux et œdémateux des membres inférieurs et de la vulve. 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. 8° Persistance de la kyestéine dans l'urine.	1° Augmentation dans le volume du ventre. 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. 3° L'organe s'incline presque toujours à droite. 4° Mouvements actifs plus violents. 5° Bruits du cœur et de soufflet. 6° Ballottement très-net dans le septième mois; plus obscur dans le huitième. 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.

TABLEAU

RÉSUMANT LES SIGNES DE LA GROSSESSE A DIVERSES ÉPOQUES.

SIGNES RATIONNELS.	SIGNES SENSIBLES.
Première quinzaine du neuvième mois.	
1° Les vomissements et les autres troubles gastriques reparaissent souvent. 2° La tumeur abdominale a augmenté; la peau est bien tendue et tiraillée. 3° Gêne de la respiration. 4° Tous les autres symptômes persistent en augmentant d'intensité.	1° Le fond de l'utérus s'élève dans la région épigastrique et sous le rebord des fausses côtes du côté droit. 2° Mouvements actifs; bruits du cœur et de soufflet. 3° Souvent il n'y a plus de ballottement, mais seulement une espèce de soulèvement de la tumeur formée par la tête. 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.
Deuxième quinzaine du neuvième mois.	
1° Les vomissements cessent souvent. 2° Le ventre est tombé. 3° La respiration est moins gênée. 4° Plus de difficultés dans la marche. 5° Envies fréquentes et illusoires d'uriner. 6° Hémorrhoïdes, augmentation dans l'état variqueux et l'œdème des membres inférieurs. 7° Douleurs de reins, coliques.	1° Le fond de l'utérus s'élève moins haut que dans la première quinzaine 2° Mouvements actifs, bruits du cœur et de soufflet. 3° Ballottement souvent insensible. 4° Tête plus ou moins engagée dans l'excavation. 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.