

lorsqu'il n'y a pas d'anomalies du côté de l'œuf ou de l'utérus, le diagnostic est généralement très facile. Pendant les cinquième et sixième mois, le ballotement peut être perçu, les bruits du cœur entendus; pendant les derniers mois il suffit le plus habituellement de mettre la main sur l'organe dépassant l'ombilic pour le sentir se contracter et pour constater, dans l'intervalle des contractions, l'existence de parties fœtales et de mouvements actifs. Les difficultés du diagnostic créées par la présence d'une tumeur de l'utérus (fibrome) ou de voisinage (kyste de l'ovaire), par l'existence d'hydramnios (avec ou sans grossesse double), par la mort du fœtus, etc., seront étudiées dans chacun de ces chapitres.

Si dans la majorité des cas, l'interrogatoire minutieux de la femme et l'examen méthodique, répété s'il est nécessaire, permettent d'éviter les erreurs de diagnostic, il faut cependant savoir que parfois des erreurs peuvent être commises, soit parce que la femme fournit volontairement ou non des renseignements erronés sur l'état de sa menstruation, soit parce que le médecin commet une erreur d'interprétation dans les signes qu'il constate, par exemple prend pour des bruits du cœur fœtal les propres battements de ses vaisseaux, ou les battements des vaisseaux maternels. Voyons les principales de ces erreurs qui peuvent être rangées en deux catégories: 1° *Croire à l'existence d'une grossesse qui n'existe pas*; 2° *Méconnaître l'existence d'une grossesse*.

1° *Croire à tort à l'existence d'une grossesse*. — L'erreur la plus classique est celle qui consiste à croire enceinte une femme chez laquelle il existe ce que l'on a très improprement appelé une grossesse nerveuse ou par illusion pure. L'expression est impropre puisqu'en réalité il n'y a pas de grossesse; il s'agit généralement d'une femme mariée depuis un certain temps, plus ou moins mal réglée, tourmentée du désir très vif d'avoir des enfants. Des modifications des règles plus ou moins marquées, qui peuvent aller jusqu'à l'aménorrhée, se produisent; la femme se croit enceinte et désireuse de mener à bien cette grossesse, elle mène une vie très sédentaire, garde au besoin le repos à la chambre ou au lit. Sous cette influence, l'embonpoint survient, l'adipose se localise au niveau de la paroi abdominale et rend l'abdomen plus volumineux. Les règles qui, au début, étaient retardées, peu abondantes, cessent complètement, ce qui fortifie la femme dans l'espoir qu'elle est enceinte; elle éprouve les différents symptômes de la grossesse y compris l'augmentation de volume des seins, bientôt même elle prend pour des mouvements actifs du fœtus le déplacement de sa paroi abdominale surchargée de sa graisse. Dans certains cas, l'idée qu'elle est enceinte s'ancre d'autant plus dans son esprit qu'elle a consulté un médecin ou une sage-femme qui se sont contentés des renseignements fournis par la femme et n'ont basé leur diagnostic de grossesse que sur les modifications de la menstruation et sur l'augmentation du volume du ventre. On a même vu quelques-unes de ces femmes, à l'époque présumée du terme, accuser des douleurs abdominales, perdre un peu de sang par les organes génitaux et faire appeler la personne chargée de les assister. En réalité, il suffit d'un peu d'attention pour s'assurer qu'il n'y a pas de grossesse. Il faut interroger les femmes avec soin, et, la plupart du temps, on apprendra qu'il n'y a pas suppression complète des règles, mais que chaque mois il y a un très léger écoulement sanguin. De plus, si la paroi abdominale n'est pas trop épaisse, surtout dans la région sus-pubienne, il est possible d'amener, avec deux doigts introduits dans le

vagin, l'utérus au voisinage de la symphyse pour constater qu'il est anormalement petit dans toutes ses dimensions. Lorsque l'adipose abdominale est très accentuée, le diagnostic de vacuité peut ne pas être fait dès le premier examen; on soumet la femme à une cure d'amaigrissement, au bout de 15 jours à 5 semaines de traitement, la paroi abdominale ayant un peu fondu, il est possible de constater que l'utérus est petit. Ces faits de pseudo-grossesse montrent qu'il est nécessaire, pour la femme qui se croit enceinte, de se faire examiner au moins une fois par une personne de l'art, pour que l'existence de la grossesse puisse être constatée.

Ces considérations de diagnostic différentiel peuvent s'appliquer à la femme d'un certain âge qui, au voisinage de la ménopause, voit ses règles se supprimer en même temps que son ventre augmente et que surviennent des troubles généraux de la santé: ici encore c'est l'exploration méthodique de l'utérus qui permet de reconnaître qu'il n'est pas gravide; il est souvent gros, mais il n'a pas les caractères de l'utérus contenant un produit de conception.

Nous laissons de côté le diagnostic avec la tympanite abdominale et l'ascite, que la percussion, méthodiquement pratiquée, permet toujours de reconnaître; une vessie distendue par l'urine ne peut être prise pour un utérus gravide, si l'on a soin, suivant les règles du palper méthodique, de veiller à ce que la femme ait uriné avant d'être examinée. Le cathétérisme, en cas de difficulté, suffit à enlever toute espèce de doute.

Des tumeurs de l'ovaire ont été prises pour un utérus gravide: la persistance des règles, les caractères de tumeur liquide, la constatation d'un utérus petit situé à côté de la tumeur permet habituellement d'éviter l'erreur. Dans certains cas cependant où les règles sont supprimées (il s'agit généralement de tumeurs bilatérales), où la tumeur est composée de parties solides et liquides, le diagnostic peut être un peu plus difficile, surtout si le corps de l'utérus est masqué par la tumeur. La consistance de la tumeur kystique, qui diffère de celle de l'utérus gravide, l'absence de contraction empêchent la confusion; cependant, les conditions anatomiques rendent parfois le diagnostic assez difficile pour qu'on ne puisse le faire qu'à l'aide d'un examen pratiqué sous le chloroforme.

La péritonite tuberculeuse, qui s'accompagne d'aménorrhée, parfois d'épanchement liquide enkysté, d'augmentation de volume du ventre, a pu faire croire à l'existence d'une grossesse; elle peut donc rendre le diagnostic hésitant, gêner l'exploration de l'utérus, mais comme elle n'en augmente pas le volume, elle ne fera faire d'erreur de diagnostic qu'à ceux qui, imprudemment, disent grossesse sans avoir constaté que l'utérus présente les caractères de la gravidité.

Un diagnostic plus délicat — rare il est vrai — est celui qui consiste à distinguer un utérus gravide d'un utérus qui contient simplement du sang dû à de la rétention par atrésie congénitale ou par oblitération de l'orifice utérin. Ici pas d'apparition des règles, utérus augmenté de volume, deux signes importants en faveur de la grossesse, mais si l'on pratique avec soin le toucher, on constate des caractères anormaux du col (qu'on peut d'ailleurs ne pas trouver) et même une imperforation du vagin.

Le diagnostic de grossesse peut être porté à tort lorsque chez une femme mal réglée on constate un utérus augmenté de volume soit par congestion, soit par

suite de métrite chronique; en réalité, ces utérus diffèrent par leurs caractères de l'utérus gravide, ils sont plus durs, plus résistants. Il suffit de pratiquer un second examen au bout de 3 semaines pour constater qu'il n'y a pas eu augmentation de volume. Ce sont surtout les fibromes utérins qui ont causé le plus grand nombre d'erreurs de diagnostic : des observateurs superficiels ont pu prendre pour des parties fœtales, soit par le toucher, soit par le palper, des tumeurs fibreuses plus ou moins irrégulières. En réalité cette erreur ne peut être commise que lorsqu'on n'a pas l'habitude de sentir des parties fœtales contenues dans l'utérus. Un peu d'attention montrerait que dans l'utérus fibromateux, qui peut se contracter, les tumeurs prises pour des parties fœtales deviennent plus saillantes lorsque l'utérus se contracte; on sait qu'au contraire, lorsqu'il s'agit de parties fœtales, elles ne sont plus perceptibles au moment où survient la contraction.

2° *Erreur qui consiste à ne pas reconnaître la grossesse.* — Le médecin doit d'autant plus s'attacher à ne pas tomber dans cette erreur, qu'à notre époque d'intervention chirurgicale trop facile, elle peut conduire à une opération chirurgicale pour le moins inutile. Ce sont surtout les utérus fibromateux, dans lesquels l'existence de l'œuf a été méconnue. Si, dans certains cas — où l'œuf est pour ainsi dire masse infime au milieu de blocs fibreux volumineux — le diagnostic est presque impossible à poser, il n'en est pas moins vrai qu'il est presque toujours possible de reconnaître qu'un utérus fibromateux est devenu gravide en ayant soin de ne pas prendre pour des règles des écoulements sanguins qui en diffèrent notablement; en explorant avec soin la tumeur utérine, il est presque toujours possible, même dans les premiers mois, de faire le diagnostic de grossesse avec assez de probabilité pour suspendre l'action du bistouri. A plus forte raison, le diagnostic utérus fibromateux gravide peut-il être porté d'une manière certaine lorsqu'on a constaté les signes de certitude. Si souvent le diagnostic de grossesse n'a pas été fait, c'est qu'on a suivi plus ou moins la conduite de ce chirurgien provincial qui, pensant enlever un utérus simplement fibromateux, fut surpris d'y trouver un fœtus de 2 kil. 800, vivant, et qui vécut. Ce n'est qu'après l'opération que par l'interrogatoire le chirurgien apprit que les règles avaient cessé depuis 8 mois; l'absence de ce renseignement lui avait fait négliger de pratiquer l'auscultation!

Sans doute chez une femme obèse, chez une nourrice qui n'est pas menstruée, chez une femme au voisinage de la ménopause qui croit simplement à la disparition physiologique de ses règles, la grossesse peut ne pas être reconnue lorsque l'examen est fait un peu superficiellement, mais si l'on emploie avec méthode les différents procédés d'exploration, il sera bien exceptionnel qu'on n'arrive pas à reconnaître qu'il y a un utérus gravide.

Les renseignements fournis par l'examen sont habituellement assez précis pour permettre d'affirmer la grossesse chez une fille qui se dit vierge ou chez une femme qui nie tout rapport sexuel récent.

**Diagnostic de l'âge de la grossesse.** — Le médecin est souvent consulté à différentes époques de la grossesse pour donner son avis sur l'âge de la grossesse et, comme corollaire, pour dire à quelle époque se fera l'accouchement. Nous avons vu, au chapitre de la durée de la grossesse, combien elle

pouvait varier, suivant différentes conditions tenant à l'état de la femme, et combien il était difficile, alors même qu'il n'y avait eu qu'un seul rapport sexuel, de préciser l'époque de l'accouchement. Cependant, tout en spécifiant bien qu'il est impossible, à 15 jours ou 3 semaines près, de prévoir la date de l'accouchement, on peut cependant, en tablant sur les moyennes, indiquer une date plus ou moins approximative. Lors donc qu'on est consulté par une femme enceinte qui désire savoir de combien elle est enceinte, on se base sur les renseignements fournis par elle et sur les constatations cliniques que l'on fait soi-même.

A) *Renseignements fournis par la femme sur :* 1° *La date de la dernière menstruation.* — C'est un renseignement important, surtout chez les femmes qui sont habituellement bien réglées : l'accouchement a lieu en moyenne de 275 à 280 jours après la fin des dernières règles. Comme ces chiffres n'indiquent qu'une moyenne, on ne peut dire qu'une chose, c'est que l'accouchement se fera dans le mois qui suit la neuvième suppression des règles. C'est ce que montre bien le graphique ci-dessous dressé par H. Varnier (*Obstétriques journalières*, p. 64) :

Si ce graphique démontre que l'accouchement a lieu le plus souvent du

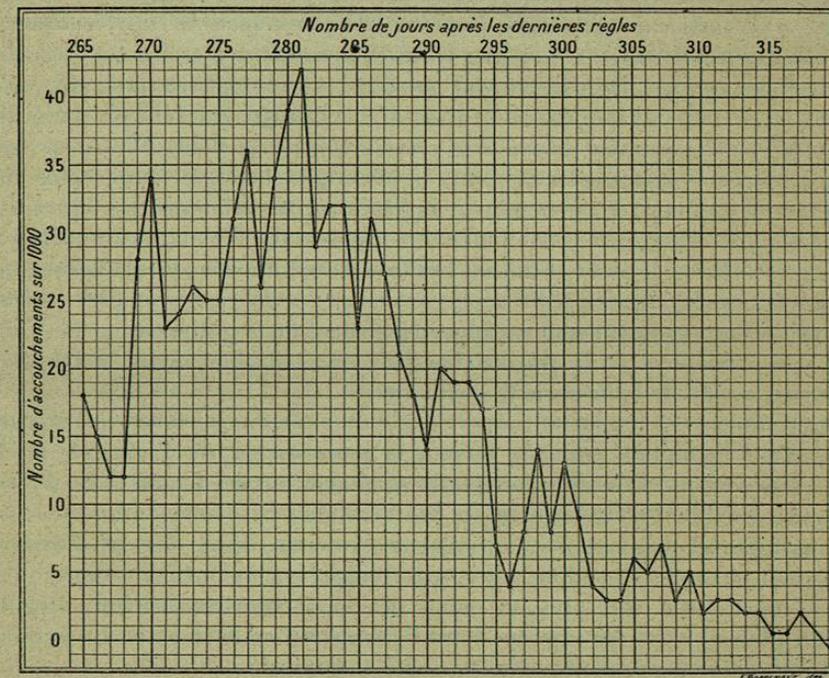


Fig. 87. — Tableau graphique de la durée de la grossesse comptée à partir de la fin des dernières règles; résumé de 1000 observations (H. Varnier).

275<sup>e</sup> au 285<sup>e</sup> jour après les dernières règles, il montre aussi que l'accouchement peut avoir lieu à n'importe quelle époque du dixième mois qui suit les dernières règles.

2° *Date de la perception des mouvements actifs du fœtus.* — C'est habituellement dans la première moitié du cinquième mois que les femmes perçoivent nettement les premiers mouvements actifs, mais il existe à cet égard de grandes différences. Certaines femmes perçoivent les mouvements actifs de bonne heure, au début de la seconde moitié du quatrième mois, d'autres ne se rendent compte de ces sensations qu'à une époque plus avancée de la grossesse, à la fin du cinquième mois, dans le courant du sixième; d'aucunes, à sensibilité particulièrement obtuse, déclarent ne jamais percevoir ces mouvements. Enfin la même femme percevra d'autant plus tôt les mouvements qu'elle a déjà éprouvé et analysé cette sensation lors de grossesses antérieures. Plus exceptionnellement une femme, grande multipare, ne percevra que tard les mouvements actifs en raison des dispositions particulières de l'œuf, telles que l'insertion du placenta sur la face antérieure de l'utérus. Quoiqu'il en soit, la date de l'apparition des mouvements actifs, même lorsque la femme peut la préciser, ne peut guère servir pour établir l'âge de la grossesse.

3° *Date du coït fécondant.* — Lorsqu'il n'y a eu qu'un rapport sexuel et que la femme peut en indiquer la date exacte, c'est là un renseignement utile, puisque nous avons vu que dans 45 pour 100 des cas environ, l'accouchement avait lieu du 274° au 280° jour, mais il ne faut pas oublier qu'on a vu des femmes n'accoucher que 288, 290 et même 294 jours après le coït fécondant.

B) *Examen direct.* — Lorsque le développement de l'utérus est normal, l'examen pratiqué par le médecin peut permettre de reconnaître, avec une précision très relative, l'âge de la grossesse. La hauteur du fond de l'utérus au-dessus de la symphyse donne des renseignements surtout utiles dans les derniers temps de la grossesse; on sait, en effet, que chez une femme près du terme, ayant un fœtus de poids moyen, le fond de l'utérus remonte à 54 centimètres environ (Pinard). Si donc l'utérus ne mesure que 27 ou 28 centimètres, on en peut inférer, le fœtus étant en position longitudinale, que la grossesse n'est guère que de 7 mois 1/2 à 8 mois; mais très nombreuses sont les causes (volume du fœtus, engagement ou non engagement de la présentation, tonicité de la paroi utérine et de la paroi abdominale, etc.) qui font varier la distance qui sépare le fond de l'utérus de la symphyse.

Pinard attache une certaine importance à la situation du fond de l'utérus par rapport à l'ombilic: pour lui, lorsque la grossesse est de 4 mois, le fond de l'utérus avoisine l'ombilic, lorsque la grossesse est de 4 mois 1/2, il est rare que le fond de l'utérus ne dépasse pas l'ombilic. Si, dans nombre de cas, ces mensurations donnent des renseignements exacts, assez souvent il arrive qu'ils sont erronés: l'ombilic n'est pas toujours à la même distance du pubis, l'utérus peut être plus ou moins développé transversalement, il peut contenir plus ou moins de liquide; l'état de réplétion ou de vacuité du rectum le fait plus ou moins remonter dans la cavité abdominale.

Nous pouvons conclure qu'il est impossible d'affirmer, sauf erreur de 20 ou 25 jours, l'âge d'une grossesse et, par conséquent, la date certaine de l'accouchement, il faut donc être très réservé dans les appréciations que l'on donne à ce sujet et savoir résister aux sollicitations de la femme enceinte qui désire être fixée sur l'âge de sa grossesse.

**Diagnostic de l'attitude du fœtus par le palper.** — Pour que

l'exploration à l'aide du palper donne des renseignements utiles, il faut que le fœtus ait déjà acquis un certain volume: ce n'est donc guère que dans les trois derniers mois de la grossesse que l'on pourra, par l'exploration abdominale, reconnaître quelle est la situation du fœtus. Les sensations ainsi obtenues seront d'autant plus nettes que la grossesse sera plus avancée; de plus, il est nécessaire de connaître les raisons anatomiques qui forcent pour ainsi dire le fœtus à occuper presque toujours la même situation à la fin de la grossesse.

Dans les premiers mois de la grossesse, le fœtus est très mobile dans la cavité utérine et se déplace d'une minute à l'autre suivant les lois de la pesanteur et d'après les mouvements qui lui sont imprimés du dehors et surtout d'après les mouvements qu'il exécute spontanément. Quand le fœtus a acquis un certain développement, il est obligé d'occuper dans la cavité utérine la situation la plus en rapport avec ses propres dimensions. D'une manière générale, on sait qu'au fur et à mesure que l'utérus gravide se développe, il présente la forme d'un ovoïde à grosse extrémité supérieure; or, jusqu'à la fin du sixième mois, la partie la plus large du fœtus est l'extrémité céphalique, le fœtus aura donc jusqu'à ce moment, la plupart du temps, le siège en bas et la tête en haut; mais bientôt à l'étroit dans la cavité utérine, il est obligé de se ramasser pour ainsi dire sur lui-même, de se pelotonner: la tête se fléchit, les membres supérieurs sont croisés en avant du thorax, les avant-bras fléchis sur les bras; de même les membres inférieurs se mettent dans l'attitude de flexion, les cuisses fléchies sur le bassin, les jambes croisées l'une sur l'autre et les pieds fléchis sur les jambes. Par suite de cette attitude, c'est le siège qui est devenu la partie volumineuse du fœtus, c'est elle qui, sous l'influence des contractions utérines, va glisser et s'élever pour occuper le fond de l'utérus.

Cazeaux a insisté sur ce que l'attitude du fœtus était régie par la forme de l'utérus et son mode de développement aux diverses époques de la grossesse: « Le fœtus, dit-il, renfermé dans un vase clos, sans cesse agité par des mouvements, doit, non pas instinctivement, mais mécaniquement, être placé dans la position où les parties les plus volumineuses correspondent aux points les plus spacieux de l'organe. » Tarnier fait jouer un rôle plus considérable aux mouvements actifs du fœtus: « Le fœtus, dit-il, placé obliquement ou transversalement dans un utérus de forme ovale, se trouve pressé par les parois utérines; il réagit contre cette pression qui le gêne et cherche une position plus commode, où il ne soit plus soumis qu'à une pression moyenne et par ses mouvements inconscients relativement au but qu'ils doivent atteindre, il adapte la forme de l'ovoïde qu'il représente à celle de l'ovoïde utérin. La cavité utérine est une sorte de moule dans lequel le fœtus évolue jusqu'à ce que sa forme soit adaptée à celle de sa cavité ».

Pajot a résumé dans une formule la loi de l'accommodation. « Quand un corps solide est contenu dans un autre, si le contenant est le siège d'alternatives de mouvements et de repos, si les surfaces sont glissantes et peu anguleuses, le contenu tendra sans cesse à accommoder sa forme et ses dimensions aux formes et à la capacité du contenant. »

Pinard a montré que cette loi s'appliquait non seulement aux phénomènes d'accommodation du fœtus pendant le travail, mais aussi et surtout aux phénomènes d'accommodation pendant la grossesse.

G. LEPAGE.

**GROSSESSE GÉMELLAIRE.** — La grossesse gémellaire est plus ou moins fréquente suivant les pays, en moyenne 1 sur 90 accouchements. *L'hérédité* maternelle est incontestable et la fréquence est plus grande chez les multipares; l'hérédité paternelle plus que probable.

**Signes.** — Autrefois, avant la découverte du palper, on prétendait faire le diagnostic de la grossesse gémellaire par l'habitus extérieur de la femme : la grosseur énorme de l'abdomen sans qu'il y ait en elle aucun soupçon d'hydropisie, surtout s'il existait deux saillies latérales séparées par un sillon; l'œdème sous-pubien et l'enflure des membres inférieurs.

Nous ne retenons de ces signes (communs à toute femme affligée d'un gros ventre, par tumeur ou autre cause) que le volume exagéré de l'abdomen, qui doit faire penser à la grossesse gémellaire, surtout si, comme dit Pajot, le point important est de se douter de la chose. Donc, chaque fois que l'utérus est plus volumineux que ne le comporte l'âge de la grossesse, doit surgir l'hypothèse d'une grossesse multiple. Dans ce cas on recherchera les signes suivants :

**Interrogatoire.** — Y a-t-il concordance entre le volume du ventre et les réponses de la femme pour les dernières règles? Y a-t-il hérédité?

Les phénomènes d'intoxication ont pu se manifester plus rapidement et d'une manière plus intense. Les phénomènes de compression sont plus hâtifs et importants; œdème, dyspnée, etc., mais peuvent manquer surtout si la femme est grande et multipare.

**Examen.** — Le développement de l'utérus est exagéré pour l'âge de la grossesse; sa forme peut être anormale avec une dépression médiane.

**Palper.** — *Examen de la paroi et de la tension.* — Il existe souvent une tension permanente de la paroi que l'on sent très nettement en appliquant simplement les mains sur l'abdomen. Cette tension peut même être inégale pour les deux côtés du ventre (Pinard), si les deux œufs sont inégalement remplis de liquide, si par exemple il y a hydramnios d'un seul œuf. Cette tension inégale peut être un bon signe de grossesse double quand l'examen est difficile. Quoi qu'il en soit, on emploiera pour palper la méthode générale de recherche du ou des fœtus. On recherchera d'abord l'existence d'un pôle inférieur qui est dans l'excavation, au-dessus ou sur l'un des côtés. Quand celui-ci aura été nettement senti, on recherchera à l'extrémité opposée du diamètre utérin dans lequel se trouve ce premier pôle, le second pôle ou pôle supérieur. Partant de celui-ci on recherchera le plan latéral résistant qui doit le réunir au pôle inférieur; si on sent nettement ce plan terminé par un pôle à chacune de ses extrémités, on a la perception nette d'un fœtus complet, et on passe à l'exploration de la seconde moitié de l'utérus dans laquelle on ne devrait trouver que des petites extrémités, si le fœtus est unique. On reconnaît ainsi l'existence d'un troisième pôle, qui lui-même se continue dans quelques cas avec un plan résistant terminé lui-même par un pôle, le quatrième senti. Cela est ainsi dans les cas où les deux fœtus sont à côté l'un de l'autre en présentation longitudinale tous les deux et leurs quatre pôles accessibles. Parfois le palper est différent : le pôle que l'on avait d'abord senti en bas n'appartient pas au même fœtus que le pôle accessible en haut et que le premier plan résistant exploré. Dans ce cas, la recherche du plan résistant se termine par la reconnaissance d'un pôle situé sur le côté du premier pôle inférieur et l'examen revient au même.

Souvent aussi les quatre pôles ne sont pas accessibles, on ne peut en trouver que trois; le second plan résistant et le quatrième pôle restent inaccessibles au palper à cause de la situation oblique du second fœtus dans un œuf plus ou moins hydramniotique. Dans ces cas, la reconnaissance *indiscutable* de trois pôles fœtaux permet d'affirmer l'existence de deux fœtus. Les caractères ordinaires de ces pôles permettent le diagnostic des présentations respectives des deux enfants.

Par le palper on pourra aussi reconnaître approximativement le volume d'un enfant, peu en rapport avec la grosseur du ventre, surtout si l'enfant paraît petit et que la distance qui sépare deux pôles paraît considérable.

En résumé, le palper permettra de reconnaître trois pôles fœtaux ou quatre, ou deux plans résistants. Ces signes ne seront pas toujours perçus au premier examen, mais quelquefois seulement après des expériences répétées et prolongées.

La reconnaissance de *nombreuses petites extrémités* en des endroits divers est un signe très relatif.

**Auscultation.** — Il est certain qu'on entendra deux foyers d'auscultation, là où se trouvent les deux cœurs. Mais pour que la reconnaissance de ces deux foyers fût la preuve de l'existence de deux fœtus, il faudrait que deux observateurs, auscultant en même temps, partant exactement du même moment, pussent compter ensemble un nombre différent de bruits, pendant le même temps, car l'existence de deux foyers différents d'auscultation ne prouve rien, puisque le même fœtus peut les fournir dans certaines conditions (Dubois, Pinard).

**Toucher.** — *Pendant la grossesse*, il servira seulement à reconnaître et affirmer bien exactement la présence d'un pôle déterminé dans le bassin ou au-dessus de lui. *Pendant le travail*, on peut sentir deux poches des eaux très nettes engagées ensemble dans l'orifice cervical.

**Diagnostic.** — Les signes énoncés par les anciens accoucheurs, qui ne sont en somme que des signes de compression causés par l'énorme dilatation de l'abdomen, ne nous apprendront donc rien que ce que nous savons; c'est que l'utérus est dilaté plus qu'il ne l'est normalement. Du reste ces symptômes ne surviennent qu'à la fin de la grossesse, ils manquent souvent et il faut pouvoir faire le diagnostic auparavant.

L'élément de diagnostic le seul exact sera le palper abdominal : pour l'exercer avec fruit, il faut être renseigné exactement sur la situation que peuvent occuper les deux fœtus.

Il faut savoir que, de même que dans la grossesse simple, les fœtus sont assujettis à la loi de l'accommodation et aux lois générales de l'équilibre. « Lentement, dit Pinard, deux facteurs nouveaux entrent en jeu : la duplicité du fœtus et le plus souvent la présence d'une cloison élastique mobile et dont la situation est très variable. D'où l'accommodation spéciale est plus variable. » Il faut donc admettre comme premier principe que les deux fœtus ne peuvent se placer l'un directement devant l'autre. Comment accepter que l'un des fœtus se tienne en équilibre sur la colonne vertébrale et le second en équilibre sur le premier; ce sont là des positions acrobatiques, en lutte perpétuelle avec l'équi-