

libre, et par conséquent instables au premier chef. Les deux fœtus sont le plus souvent l'un en avant et d'un côté de la colonne vertébrale, l'autre en arrière et de l'autre côté, se regardant par la face ventrale. L'un des fœtus (Varnier) est toujours plus superficiel, plus directement accessible que son congénère. Les deux pôles inférieurs peuvent être au même niveau, ou bien l'un se présente au détroit supérieur et l'autre est dans une fosse iliaque (signe excellent qui n'existe jamais dans la grossesse simple). Les deux pôles supérieurs, au contraire, tendent à diverger; à la rigueur même, l'un des pôles pourra se cacher dans la concavité ventrale du second fœtus ou être inaccessible au palper. Chez certaines multipares, les deux fœtus peuvent se placer transversalement l'un au-dessus de l'autre, mais pas l'un devant l'autre.

Le palper permettra donc de reconnaître l'existence des quatre pôles dans la plupart des cas, de trois pôles dans tous les cas et souvent des deux plans résistants. Il permettra donc seul d'affirmer le diagnostic dans les cas simples.

On a vu le secours que pouvaient offrir l'auscultation et le toucher, pendant la grossesse. Le palper permettra aussi de reconnaître la situation respective de deux jumeaux, élément très important à déterminer pour la conduite à tenir plus tard. Ce diagnostic sera fait par les caractères particuliers à chaque pôle.

**Difficultés du diagnostic.** — *Extrême tension de la paroi* par suite du volume exagéré de l'utérus, soit par volume exagéré des enfants, ou par abondance énorme du liquide. *Hydramnios des deux œufs ou de l'un d'eux.* La différence de tension dans des endroits différents du ventre pourra renseigner sur la mort de l'un des fœtus. Dans ce cas, l'auscultation ne peut rien apprendre naturellement, et le palper ne peut être net si le fœtus est mort depuis quelque temps. Existence d'une tumeur à la partie inférieure.

**Diagnostic différentiel.** — *Gros œuf* dans lequel sont contenus un petit fœtus, un gros placenta et beaucoup de liquide. *Hydramnios considérable.* Dans ce cas, le diagnostic est presque impossible et les fœtus peuvent se soustraire presque complètement à l'exploration extérieure et même à l'auscultation. *Existence d'une tumeur qui simule un pôle fœtal,* et l'on croit constater avec les deux pôles fœtaux l'existence de trois pôles. Tumeur presque toujours fibreuse et siégeant au segment inférieur, au dessus ou à côté du détroit supérieur.

**Grossesse.** — Tout ce que nous savons des conditions dans lesquelles se produisent souvent les accouchements prématurés, nous apprend pourquoi la grossesse gémellaire peut aller rarement à terme. L'accouchement prématuré a lieu très fréquemment, surtout chez les primipares et chez les femmes petites (Pinard). On comprend que ces dernières en particulier subissent plus rapidement l'impotence fonctionnelle et les accidents de compression inévitables, surtout quand il y aura *hydramnios concomitante* ou que la femme *continuera à travailler.*

Cependant on voit des exemples de fœtus ayant achevé complètement leur développement. On a observé des fœtus pesant ensemble entre 7 et 8 kilogrammes. Mais cela ne se produit guère que chez des femmes grandes, multipares, et qui se sont reposées pendant leur grossesse.

**Conduite à tenir pendant la grossesse.** — La femme devra donc se

reposer plus particulièrement; dès que le diagnostic de grossesse multiple pourra devenir plausible, où dès que l'accoucheur s'apercevra que le volume de l'utérus ne correspond pas aux données de l'interrogatoire, ni au terme approximatif probable.

Si la femme *avorte*, on croit généralement que la rétention placentaire est plus fréquente. Il n'y a pas de règle spéciale pour ces cas. On ne connaît pas de cas bien établi dans lequel un œuf puisse être expulsé, le second œuf restant dans l'utérus et continuant à s'y développer.

Faire tout ce que l'on pourra pour éviter l'accouchement trop prématuré. Lutter par le repos, le séjour au lit, etc.

On pourra observer dans ce genre de grossesse des troubles de compression graves du côté des poumons, du cœur et de l'intestin. On y remédiera par les moyens ordinaires. Mais il peut arriver que, dans certains cas particuliers, chez certaines cardiaques, pulmonaires ou intoxiquées (car les toxémies gravidiques sont plus fréquentes et plus graves), on pourra se trouver acculé à la provocation de l'accouchement. Cette intervention reconnaîtra les indications générales qui la régissent dans les autres cas (V. AVORTEMENT ET ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ).

Quand le diagnostic sera fait pendant la grossesse, on reconnaîtra également la situation respective des deux jumeaux et celle des deux pôles inférieurs. Quel que soit le nom du pôle qui se présente, on ne cherchera jamais à transformer par exemple une présentation du siège en présentation du sommet par des manœuvres externes. Cependant si la présentation était transversale on ferait tous ses efforts pour que l'un des fœtus présente une de ses extrémités.

On a publié des cas dans lesquels l'un des fœtus mort a été expulsé, puis la grossesse a continué pour le second fœtus qui aurait été expulsé à terme. Cela est dans tous les cas très rare. Mais on peut voir le fœtus mort s'aplatir, se momifier et être expulsé en même temps que l'œuf vivant, ou bien, ce qui est plus fréquent, l'expulsion du fœtus mort entraîne celle du contenu complet de l'utérus, soit en un, soit en deux temps.

**Pendant le travail de l'accouchement.** — Si l'un des fœtus se présente par l'une de ses extrémités, aucune règle particulière pendant le travail; quand la dilatation sera complète et si la femme présente des signes évidents de surmenage, on pourra trouver là une indication d'intervenir. Dans l'accouchement double (Tarnier), le premier a, au point de vue des phénomènes physiologiques du mécanisme et de la durée, les allures d'un accouchement simple, et le deuxième peut sans inconvénient, et par conséquent doit suivre presque immédiatement le premier. »

Donc rien de particulier pour le premier accouchement, à moins d'indications précises.

Si les fœtus se présentent transversalement, on fera tous ses efforts pour ramener une extrémité en bas, même au début du travail, et on ouvrira la poche des eaux pour fixer la présentation.

Que se passe-t-il d'ordinaire quand le premier fœtus a été expulsé? Eh bien! il faut savoir que même dans les cas où les deux fœtus ont une extrémité placée en bas, le second fœtus, après l'expulsion du premier, ne présente pas toujours, à l'ouverture du bassin, cette extrémité qu'il avait en bas. Très fréquemment,

de suite après l'expulsion du premier enfant, l'utérus fatigué ne se contracte pas pendant quelques instants; le second fœtus, n'étant pas sollicité à conserver son accommodation longitudinale, tombe sur le côté, son pôle inférieur restant dans la fosse iliaque où il était, et ainsi se trouve constituée une présentation de l'épaule secondaire qui, si on n'y met ordre immédiatement nécessitera une version interne, qui elle-même deviendra plus difficile à mesure qu'on attendra. Voici le moyen d'éviter cette complication :

Dès que le premier enfant sera sorti, avant même de lier le cordon, on cherchera, par une exploration abdominale externe, à reconnaître, comment se présente le second fœtus. S'il ne présente pas le siège ou la tête, on ramènera *immédiatement* au-dessus du détroit supérieur le pôle le plus rapproché; cette manœuvre est *toujours* très facile, si on la pratique immédiatement après l'accouchement, pendant cette période de relâchement qui dure toujours quelques instants. Puis, après avoir pris les précautions antiseptiques habituelles, à l'aide du perce-membranes, *on ouvrira immédiatement la seconde poche* des eaux qui fera hernie dans l'orifice, en faisant fixer le pôle fœtal au-dessus du bassin pour que le liquide en s'écoulant n'entraîne pas le cordon et ensuite pour que la poche étant vide d'eau, le muscle utérin puisse se contracter sur le second fœtus, qui ne sera plus mobile, et puisse l'engager et l'expulser quand il aura retrouvé sa force contractile. Inutile de discuter ici toutes les différentes conduites conseillées depuis les anciens et même de nos jours, à ce moment de l'accouchement gémellaire. Ce procédé empêchera la présentation de l'épaule, coupable dans ce cas, de nombreuses ruptures utérines. Il hâtera l'accouchement du second fœtus qui suivra presque toujours immédiatement, et par conséquent diminuera les risques, pour la mère et pour l'enfant, presque toujours prématuré et par là plus fragile.

*Ligature du cordon du premier enfant.* — Il est classique de faire une double ligature sur le cordon du premier enfant.

Dès que l'utérus aura recouvré sa contractilité, il ne tardera pas à expulser aussi le second enfant, surtout si celui-ci est peu volumineux; on surveillera cette expulsion de la façon ordinaire, prêt à intervenir pour l'extraction si le fœtus ou la femme présentent quelques signes de fatigue.

Cependant, si la période de seconde activité utérine tardait à revenir, ce qui est très rare, et si l'orifice montrait une tendance à se resserrer sur lui-même, et l'utérus à se refermer, il serait absolument indiqué de ne pas laisser l'accouchement se terminer seul: on interviendrait immédiatement.

*Dystocie dans l'accouchement gémellaire.* — 1° Si l'un des fœtus présente la tête et l'autre le siège, celui-ci étant expulsé le premier, il peut arriver qu'au moment de l'engagement de la tête dernière, celle-ci en soit empêchée par la tête du second fœtus qui est engagée la première (Lachapelle-Couvelaire); on essaiera avec la main de désenclaver la tête du premier, et presque toujours celui-ci succombera. S'il est mort on pourra, en sectionnant le cou, libérer ainsi la tête du second fœtus que l'on pourra extraire immédiatement par le forceps (Couvelaire).

2° *Accouchement simultané.* — Les deux pôles inférieurs peuvent chercher à pénétrer ensemble dans l'excavation. Ils ne peuvent y pénétrer ensemble que s'ils sont remarquablement petits ou le bassin très grand (V. Besson, *Th. Paris*, 1877).

Les deux fœtus se présentent par le sommet et s'accrochent par le menton, ou bien le premier fœtus se présente par le siège et le second par le sommet et on peut avoir le cas de dystocie relaté plus haut. Quand il existe deux présentations du siège, l'engagement des deux fœtus peut se faire plus profondément, ou bien encore il peut y avoir une présentation de la tête pour le premier fœtus et du tronc pour le second. — Toutes les combinaisons de présentation peuvent se rencontrer.

*Diagnostic.* — Quand l'expulsion du premier enfant se fera attendre trop longtemps, et surtout quand le diagnostic de grossesse gémellaire aura été bien établi, il faudra pratiquer le toucher digital et même le *toucher manuel*, si celui-là ne renseigne pas suffisamment. On sera ainsi très vite instruit du cas de dystocie et on appliquera le *traitement*. Il faut bien savoir que, dans ce cas, la vie des enfants est très compromise et que, avant tout, il faudra protéger la parturiente, car, dans ces cas, on a toujours affaire à des prématurés d'un petit volume et souvent d'une viabilité très amoindrie. Si donc, il n'est pas possible de remonter *très facilement* la partie la moins engagée, n'oublions pas que cette manœuvre est très délicate et peut s'accompagner facilement de rupture utérine; on aura recours aux opérations mutilatrices, variables suivant les cas, à l'éviscération, à l'embryotomie cervicale, etc....

3° *Grossesse gémellaire dans un utérus bicorne* (Gein). — Un fœtus dans chaque corne utérine.

4° *Fœtus adhérents.* — Adhérence au niveau de la tête, du siège ou du tronc. — Si la membrane unissante est assez simple, on a vu des cas où le dégagement du premier fœtus pouvait se faire complètement, sans être gêné par le second fœtus.

S'il y a un engagement simultané, ce cas rentre dans la précédente.

*Conduite à tenir pendant la délivrance.* — Il peut y avoir une seule masse placentaire. Il peut aussi y en avoir deux, séparées par un espace membraneux quand il n'y a qu'un seul placenta. Rien n'est plus simple et la délivrance est semblable à celle que l'on pratique dans la grossesse simple; mais le placenta est énorme et souvent il faut surveiller et guider son engagement, surtout quand il se présente par sa face.

Quand il y a deux masses séparées, il faut attendre avec beaucoup de patience pour ne pas déchirer les membranes, mais il peut arriver que la première masse se décolle et veuille s'engager avant l'engagement du second enfant. La surveillance du second œuf, de l'engagement du pôle inférieur facilité par la rupture immédiate de la poche des eaux, empêcherait cette complication.

Dans tous les cas, il ne faudra jamais chercher à faire la première délivrance avant que le second enfant soit sorti. S'il y a une indication quelconque, il faut d'abord extraire le second enfant, *puis* pratiquer alors seulement la délivrance artificielle.

Dans la délivrance par tractions et expression, sur quel cordon faut-il tirer? Il paraît rationnel de faire des tractions sur le cordon du placenta qui est engagé ou qui tend à s'engager quel qu'il soit.

Ne jamais tirer sur les deux cordons.

*Les hémorragies* peuvent s'observer à la suite de l'accouchement gémellaire, à cause du volume énorme de l'utérus et de sa fatigue musculaire. Il ne

faudra donc pas tarder à intervenir, soit pour une délivrance artificielle, soit pour vider l'utérus de ses caillots.

Enfin, surveiller très attentivement la contractilité utérine pendant plusieurs heures.

**Pronostic.** — Moins favorable que dans la grossesse simple. Plus d'accidents d'intoxication, plus de compression, plus d'œdèmes, plus de surmenage. Accouchement plus difficile et plus long. Délivrance délicate, souvent compliquée d'hémorragies. Enfin, on constate plus souvent de l'albuminurie pendant la grossesse.

Pour les enfants, pronostic moins bon également, à cause de l'accouchement prématuré très fréquent, surtout chez la primipare petite.

Il faudra faire tous ses efforts pour que la femme enceinte se repose. C'est une condition *sine qua non* de prolongation de grossesse.

On va même jusqu'à conseiller le repos au lit : le but bien déterminé étant d'obtenir deux enfants aussi près du terme que possible. Au contraire, on pourra se trouver obligé, par l'état général de la femme ou les accidents de compression, de pratiquer l'accouchement prématuré thérapeutique.

BOUFFE DE SAINT-BLAISE.

**GROSSESSE MULTIPLE. — Trois enfants.** — 1 sur 6 à 8000 accouchements chez les grandes multipares et dans les familles très fécondes, surtout quand il existe une hérédité maternelle ou paternelle. Pour la délivrance, très souvent, il n'existe qu'un seul placenta, rarement trois. De même il peut n'y avoir qu'une ou deux poches.

**Diagnostic.** — Développement énorme du ventre dès le cinquième mois, sans qu'on puisse l'attribuer à de l'hydramnios. Le palper a permis à Pinard de faire pour la première fois le diagnostic de grossesse triple, en 1875. L'auscultation aurait servi deux fois à faire le diagnostic. Les règles données pour l'accouchement gémellaire sont applicables à toutes les grossesses multiples. Le pronostic pour les enfants est plus grave que dans la grossesse double, les enfants étant ordinairement expulsés très prématurément.

**Quatre enfants.** — Le diagnostic n'a jamais été fait.

BOUFFE DE SAINT-BLAISE.

**GROSSESSE (HYGIÈNE).** — Nombreuses sont les questions qui sont posées au médecin par la femme enceinte, ou par son entourage, sur les précautions à prendre pendant la grossesse, pour éviter les complications, et sur les changements que doit apporter la femme à ses habitudes journalières. Il est évident, qu'à cet égard, on ne peut que formuler des règles générales.

**Hygiène alimentaire.** — Si la femme enceinte se porte très bien, si elle ne présente aucun signe d'auto-intoxication, elle peut continuer son régime alimentaire habituel; mais nombreuses sont les femmes chez lesquelles, surtout dans les premiers mois, il existe des signes d'insuffisance hépatique. A ces femmes, il faut prescrire un régime alimentaire qui produise peu de ptomaïnes et qui se compose surtout de lait, de viandes blanches, d'œufs, de purées, de pâtes; il faut leur interdire les viandes rouges, les viandes de conserves. Le lait est un aliment de premier ordre, lorsqu'il est toléré : non seulement il

entretient les forces, mais il favorise la diurèse et contribue au développement du fœtus.

Comme boisson, la femme enceinte s'abstiendra le plus possible de boissons alcooliques; elle peut prendre un peu de vin coupé fortement avec de l'eau, du thé léger, un peu de café, mais renoncer aux liqueurs fortes et aux vins trop généreux. La bière est permise.

**Rapports sexuels.** — C'est une question délicate à trancher — et souvent posée par les intéressés — que celle des rapports sexuels pour la femme enceinte. Il est évident qu'au point de vue idéal de l'évolution normale et jusqu'à terme de la grossesse, l'abstention complète — que Pinard préconise actuellement — est préférable. Les rapports sexuels doivent être interdits dans les derniers mois de la grossesse, surtout chez les primipares; la tête étant engagée il peut y avoir traumatisme du col et éveil avant l'heure des contractions utérines. L'abstention complète sera conseillée chez les femmes dont les grossesses antérieures n'ont pu être menées jusqu'à terme sans qu'aucune cause bien nette ait pu expliquer cet incident, ou bien encore lorsque, très nettement, l'avortement ou l'accouchement prématuré aura été causé d'une manière nette par un coït intempestif.

**Hygiène générale.** — Sauf contre indication particulière, la femme peut et doit continuer pendant sa grossesse les soins d'hygiène corporelle dont elle a l'habitude; elle peut donc faire des lotions froides ou tièdes sur tout le corps, elle peut même dans les premiers mois de la grossesse prendre des bains entiers à la condition qu'ils ne soient pas trop longs (10 min. environ) et que leur température soit inférieure à 35°. Bien entendu, si les bains causent des malaises (céphalée, bouffées de chaleur), la femme doit s'en abstenir. Les douches froides, tièdes ou chaudes peuvent être continuées, cependant il faut éviter qu'un jet violent, portant sur l'utérus saillant ou sur la colonne vertébrale, puisse éveiller avant l'heure la contraction utérine.

**Exercices.** — La femme peut continuer à vaquer aux soins du ménage, il est même utile qu'elle fasse un peu d'exercice au grand air, en évitant les exercices violents. L'usage de la bicyclette est mauvais. Les promenades en automobile ont moins d'inconvénient, à la condition de n'être pas trop prolongées, d'éviter les ressauts brusques; elles ont l'avantage, surtout pour les citadines, de les aérer et d'exciter les fonctions digestives.

**Voyages.** — La femme enceinte peut circuler en chemin de fer, à la condition cependant de ne pas répéter trop fréquemment les voyages et surtout de ne pas rester trop longtemps dans un compartiment surchauffé et mal aéré. Certaines femmes éprouvent à chaque époque correspondant aux règles qui manquent des sensations de pesanteur, de douleurs dans la région lombaire, des phénomènes congestifs pouvant aller jusqu'à des suintements sanguins; les femmes qui présentent ces particularités doivent éviter toute fatigue à cette époque et s'abstenir de voyager.

**Vêtements.** — Les vêtements de la femme enceinte doivent être amples et ne gêner ni la circulation abdominale ni la circulation des membres; les jarretières sont proscrites et doivent être remplacées par des jarretelles qui fixent les bas au corset. Le corset ordinaire doit être supprimé de bonne heure et remplacé par un corset dépourvu de busc ou en ayant un extrême-

ment souple et muni sur les parties latérales d'entre-deux de tissu élastique.

Chez les femmes bien musclées, la sangle abdominale suffit à maintenir l'utérus augmenté de volume; chez d'autres femmes, l'utérus gravide ne s'élève que lentement dans la cavité abdominale et, lorsqu'il est devenu volumineux, il existe un affaissement de la paroi abdominale, un écartement plus ou moins large entre les muscles droits: par suite de ces déformations, l'utérus a tendance à être projeté en avant, la femme conserve difficilement son centre de gravité et éprouve des malaises dus à cette antéversion exagérée. Chez ces femmes, il est bon de conseiller le port d'une ceinture abdominale en tissu élastique, qui, dans certains cas, sera amarrée avec avantage par des bretelles passant sur les épaules.

Les chaussures doivent être confortables et avoir des talons bas et larges, de manière à ce que la femme ait une base de sustentation solide.

**Professions et repos.** — On sait quelle influence a le repos sur la marche de la grossesse ou plutôt combien les fatigues physiques produisent souvent l'accouchement prématuré (V. ACCOUCHEMENT, GROSSESSE). Il résulte de ces données que, pendant toute la grossesse, la femme ne doit pas se livrer à des travaux pénibles, et de plus que, pendant les trois derniers mois de la gestation, elle doit se reposer ou du moins éviter la fatigue, le travail debout. Cependant les nécessités de l'existence font que le plus souvent les femmes continuent à travailler de leur métier pendant leur grossesse; il est certaines professions telles que celles de cuisinière, de blanchisseuse, qui sont particulièrement insalubres, à cause des émanations d'oxyde de carbone auxquelles sont exposées les femmes. D'une manière générale, il est mauvais que la femme enceinte vive et travaille dans une atmosphère où l'aération ne se fait que très imparfaitement et où la ventilation n'est pas suffisante.

Quelle que soit la profession de la femme, il importe qu'elle ne se surmène à aucune époque de sa grossesse et surtout qu'elle se repose pendant les trois derniers mois. Nous avons vu quelle était l'importance de ce repos, au point de vue du développement des enfants. « Si les enfants, dit Pinard, sont plus volumineux chez les reposées que chez les surmenées, c'est tout simplement parce que leur vie intra-utérine n'a pas été troublée, leur incubation a été parfaite. Ils sont sortis parce qu'ils étaient mûrs pour la vie extra-utérine. Chez les autres, expulsés prématurément, le surmenage est le coup de vent qui fait tomber les fruits verts..., la femme, pendant la gestation, ne doit pas être surmenée. »

**Hygiène génitale.** — La femme enceinte doit faire, matin et soir, des lavages à l'eau savonneuse des organes génitaux externes; dans le dernier mois de la grossesse on peut ajouter à l'eau un antiseptique à faible dose. Une question très controversée est celle de l'utilité des injections vaginales pendant la grossesse. Il est évident que nombre de femmes accouchent sans avoir fait aucune injection vaginale antiseptique ou non et ne présentent aucun incident immédiat ou tardif pendant les suites de couches. D'autre part, il est certain que, chez quelques femmes, il existe des vaginites qui nécessitent des lavages pendant la grossesse, si l'on veut éviter les affections oculaires chez le nouveau-né, et des accidents fébriles, et des complications locales chez la femme. Il est donc hors de doute que, chez les femmes qui ont des écoulements vul-

vaires pendant la grossesse, l'usage des injections vaginales antiseptiques est utile, mais il est nécessaire qu'elles soient faites avec certaines précautions, de manière à ne pas traumatiser le col et à ne pas être une cause d'infection.

**Soins à donner aux mamelons.** — Les femmes, qui ont le vif désir d'allaiter, demandent souvent conseil, pendant leur grossesse, pour savoir s'il est utile de faire des lotions des mamelons avec des liquides astringents ou autres, afin d'éviter les crevasses; l'expérience semble montrer que les lotions faites avec des liquides antiseptiques astringents n'empêchent pas le développement des crevasses. Il est donc inutile de conseiller ces lotions. Si cependant la femme y tient absolument, on peut lui prescrire des onctions au glycérolé de tanin, ou des lotions avec un liquide alcoolisé.

Certaines femmes, ayant le mamelon peu développé, cherchent pendant la grossesse à le rendre saillant à l'aide de succions faites avec une pipe, avec une ventouse ou avec une pompe; ces manœuvres doivent être absolument prosrites, d'abord parce qu'elles sont inutiles, mais surtout parce qu'elles peuvent produire l'accouchement prématuré en amenant avant l'heure des contractions utérines.

**Conduite à tenir pendant la grossesse.** — Nous venons d'envisager les questions les plus fréquentes qui seront posées au médecin pendant le cours d'une grossesse; il doit se garder de donner, tant au point de vue du régime alimentaire que des précautions à prendre, des conseils trop rigoureux qui risqueraient de ne pas être suivis. Il est une recommandation capitale à faire, c'est l'examen des urines au point de vue de la présence de l'albumine; le médecin doit insister sur la nécessité absolue de cet examen pratiqué tous les mois pendant les 5 premiers mois, tous les 15 jours pendant les 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup>, tous les 8 jours pendant les 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup>; il doit faire comprendre à la femme les dangers qu'elle pourrait courir et qu'elle ferait courir à son enfant, en omettant de se soumettre à cet examen répété. Il doit insister sur ce que cet examen est surtout nécessaire dans les dernières semaines de la grossesse.

Il est bon, au cours de la grossesse, de pratiquer à 2 ou 3 reprises un examen médical au point de vue de l'état des principaux viscères (cœur, poumons).

Le toucher vaginal, dont s'abstiennent à tort certains accoucheurs, doit être pratiqué au moins deux fois: une première fois dans les premiers mois de la grossesse pour s'assurer qu'il n'y a pas d'anomalie du côté des organes génitaux internes et surtout pour être certain qu'il s'agit bien d'une grossesse utérine et non pas d'une grossesse ectopique; le second examen, fait dans les 2 derniers mois de la grossesse, a pour but de rechercher si le bassin est normal et s'il n'y a pas de tumeur faisant saillie dans le vagin. Le palper peut être fait beaucoup plus souvent; il permet de se rendre compte de l'augmentation progressive du volume de l'utérus, de diagnostiquer en temps utile la grossesse gémellaire, de reconnaître l'existence d'une complication telle que l'hydramnios et, à une époque avancée de la grossesse, de diagnostiquer l'attitude du fœtus dans la cavité utérine.

L'accommodation du fœtus doit être surveillée de près, à l'aide du palper, pendant les deux derniers mois de la grossesse. Chez la primipare, lorsque la tête est bien engagée, on peut être tranquille, puisque l'accommodation peut être considérée comme définitive. Chez la multipare, l'engagement n'a souvent