

troisième mois, 20 millimètres, et pendant chacun des mois suivants, 10 à 15 millimètres.

Un signe très utile pour reconnaître, sans pesée, si un nouveau-né augmente ou diminue, est fourni par l'état des sutures et des fontanelles :

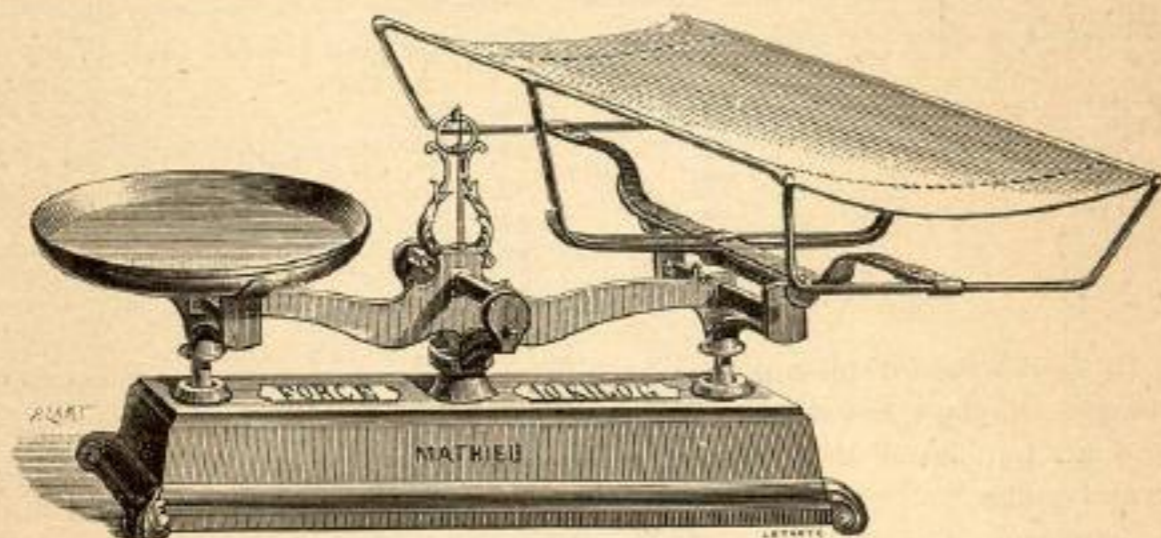


Fig. 556. — Balance pour peser les enfants.

en promenant la face palmaire de l'index au niveau des sutures, on constate qu'elles sont suffisamment larges, modérément tendues si l'enfant se porte bien. Lorsqu'au contraire sa nutrition est insuffisante, les sutures deviennent linéaires et les fontanelles se dépriment; les os qui limitent chaque suture sont au contact ou chevauchent l'un sur l'autre. Cette dépression des fontanelles, ce chevauchement des sutures, tiennent à la fois à une diminution de tension dans la cavité crânienne et à une résorption du liquide céphalo-rachidien.

SIXIÈME PARTIE

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS MULTIPLES

La grossesse est *multiple* lorsque la cavité utérine renferme plusieurs fœtus : elle est *gémellaire* ou *double*, *triple*, *quadruple*, *quintuple*, suivant que le nombre des fœtus contenus dans l'utérus est de 2, 3, 4 ou 5.

La fréquence relative des grossesses multiples est très différente suivant les auteurs, ainsi qu'on en peut juger par les statistiques suivantes, qui donnent :

1 accouchement double	pour	78 (Dubois),	89 (Veit)	accouchements simples.
1 — triple	pour	6 209 —	7 488 (Mme Lachapelle)	—
1 — quadruple	pour	121 082 —	371 126 (Veit)	—

Bien que l'étude des grossesses multiples présente quelques points communs, il faut décrire d'abord complètement tout ce qui a trait à la grossesse gémellaire, en raison de sa fréquence, bien plus grande que celle des autres grossesses multiples.

I

GROSSESSE GÉMELLAIRE

Fréquence. — La grossesse gémellaire s'observe en moyenne une fois sur quatre-vingt-sept accouchements (Charpentier). P. Dubois a trouvé pour la France 1 accouchement sur 92. Sur 16667 accouchements faits dans le service de Pinard, il y a eu 251 accouchements gémellaires, ce qui donne la proportion de 1 sur 66,4 accouchements : cette proportion, un peu trop forte, provient de ce qu'on reçoit toute femme ayant une grossesse double alors qu'un certain nombre de femmes ayant une grossesse simple ne peuvent être admises dans le service.

La fréquence varie d'ailleurs suivant les pays. En effet, la statistique de Bertillon donne la proportion suivante : sur 1 000 accouchements on trouve :

En France . . .	9,9	grossesses doubles.	En Prusse . . .	12,5	grossesses doubles.
Belgique . . .	9,70	—	Hollande . . .	15,1	—
Italie . . .	11,4	—	Danemark . . .	14,20	—
Autriche . . .	11,9	—	Suède . . .	14,50	—
Norvège . . .	12,5	—			

Dans un même pays, la gémellité varie suivant les provinces ou les départements. Ainsi, pour la France, voici les départements où la gémellité est au :

MINIMUM	Sur 1000 accouchements.	MAXIMUM	Sur 1000 accouchements.
Gironde	6,77	Finistère	11,56
Haute-Garonne	7,05	Jura	11,57
Charente	7,06	Morbihan	11,40
Corrèze	7,16	Nord	11,45
Ain	7,55	Mayenne	11,44
Ardèche	7,57	Cher	11,47
Lozère	7,48	Vaucluse	11,75
Gers	7,59	Vosges	11,94
Cantal	7,59	Vendée	12,54
Puy-de-Dôme	7,59	Moselle	12,41
Dordogne	7,95	Savoie	12,80
		Haute-Savoie	12,90

Causes. — L'influence de la latitude n'est pas démontrée. Celle de la race est évidente. Tchouriloff pense que, parmi les caractères de la race, c'est la taille qui a l'action la plus manifeste; il a montré que la taille et la gémellité semblent décroître ensemble, c'est-à-dire que la gémellité est rare dans les régions où il y a une forte proportion d'exemptés pour défaut de taille.

Hérédité. — Reste à savoir si cette influence de la taille n'est pas indirecte et si elle n'est pas le résultat de l'hérédité, qui, elle, agit d'une manière très nette sur la production des conceptions multiples. « Il y a des familles qui ont pour ainsi dire le privilège des grossesses multiples. Une jumelle accouche très souvent de jumeaux, et rien n'est plus commun que d'entendre une femme qui accouche de deux jumeaux dire que sa mère ou sa grand-mère, ou sa tante, ou sa cousine, ont également eu des accouchements multiples » (Pinard). Dans certains cas l'hérédité saute une et même deux générations (Leroy).

A côté de l'influence de l'hérédité maternelle, qui est incontestable, faut-il accepter l'influence paternelle? Sue, Gardien, Velpeau, en citent des exemples authentiques. Témoin le fait du paysan russe Wasilef, qui, marié deux fois, eut de ses deux femmes 87 enfants : la première femme eut 4 couches quadruples, 7 triples et 16 doubles; la seconde eut 2 grossesses triples et 6 grossesses doubles. — Un autre paysan russe, présenté en 1755 à l'impératrice Catherine, eut de ses deux femmes 72 enfants. Ces faits montrent surtout l'aptitude individuelle qu'ont certaines femmes et même certains hommes à procréer des jumeaux; plus démonstrative est peut-être l'observation racontée par Sue : « Ménage nous apprend qu'un petit bourgeois de Paris, nommé Brunet, eut de sa femme 21 enfants en sept années de suite; on doutait lequel des deux contribuait le plus à cette espèce de prodige, mais il abusa d'une servante qu'il avait, laquelle, au bout de neuf mois, accoucha de 5 enfants mâles. »

Age. — Les statistiques de Kleinwächter, Lebel, Pinard, etc., montrent que c'est de vingt et un à vingt-huit ans, c'est-à-dire à l'âge où l'activité de

la vie féminine est le plus développée, que les grossesses gémellaires se rencontrent en plus grand nombre.

Multiparité. — Lebel, Collins (de Dublin), Duncan, ont montré que la multiparité joue un rôle important dans la production des grossesses gémellaires. D'après la statistique de Pinard, portant sur cent cinquante observations de grossesses gémellaires, elle serait deux fois plus fréquente chez les multipares que chez les primipares.

Enfin le développement plus considérable des ovaires a été indiqué par Puech (de Nîmes) comme une des causes qui prédisposent à la grossesse multiple.

Pour qu'il y ait grossesse gémellaire¹, les conditions suivantes sont nécessaires du côté de la femme :

1° Deux vésicules de de Graaf appartenant au même ovaire ou chacune à un ovaire différent se rompent et laissent échapper deux ovules.

2° Une vésicule de de Graaf contient deux ovules qui sont fécondés en même temps.

3° Une seule vésicule de de Graaf se rompt et n'émet qu'un seul ovule, mais cet ovule contient deux germes (Balbiani).

En résumé, la grossesse gémellaire est le résultat de la fécondation de deux germes.

Superimprégnation. — Quand deux germes femelles sont fécondés, la fécondation peut être due à un coït unique, ou au contraire à deux coïts plus ou moins éloignés.

Dans ce dernier cas on dit qu'il y a superimprégnation.

La superimprégnation comprend deux ordres de faits dont les uns sont admis par tous les auteurs (superfécondation), dont les autres sont plus discutés (superfétation).

A. **Superfécondation.** — Une blanche ou une négresse ont à quelques heures ou quelques jours d'intervalle des rapports avec un blanc et avec un nègre. Elles mettent au monde un enfant blanc et un mulâtre. Pinard a vu dans son service de Lariboisière une femme qui avait eu dans la même journée des rapports avec son amant ordinaire et un amant de rencontre. Ce dernier était syphilitique. Deux enfants naquirent, l'un parfaitement sain, l'autre manifestement syphilitique.

Ces faits, qui ne sont pas très fréquents, s'observent communément chez les animaux. Les éleveurs ont maintes fois remarqué la superfécondation chez des juments saillies par deux chevaux de races différentes, ou par un cheval et un âne. La naissance de deux poulains de races différentes, ou d'un poulain et d'un mulet, ne laisse place à aucun doute sur la réalité du phénomène. Les chasseurs et les amateurs de chiens ont de tout temps été édifiés sur sa fréquence dans la race canine.

¹ Dionis (*Traité général des accouchements*, 1721, p. 155) donnait de la genèse de la grossesse multiple une comparaison imagée. « Autant d'enfants il y a, ce sont autant d'œufs qui tombent à la fois des ovaires dans la matrice. En voulant faire tomber une poire d'un arbre, si vous secouez trop fortement le poiré (sic) il en tombera deux ou trois, au lieu d'une; de même si le mari travaille avec trop d'ardeur à faire tomber un œuf, au lieu d'un il en tombe deux ou trois principalement quand il a une femme féconde, aussi sensible au plaisir et aussi emportée que lui. »

B. *Superfétation*. — Une première grossesse existe depuis plusieurs semaines ou même plusieurs mois lorsqu'une deuxième fécondation se produit. Théoriquement cette superimprégnation tardive est possible tant que les caduques ovulaire et utérine du premier œuf ne s'opposent pas par leur fusion au passage des spermatozoïdes, c'est-à-dire pendant les trois ou quatre premiers mois. L'autre condition nécessaire est la maturation d'un follicule de de Graaf; c'est là une condition dont la réalisation a été constatée plus d'une fois à l'autopsie de femmes mortes pendant la grossesse.

Les faits cliniques que l'on a invoqués à l'appui de la superfétation sont les suivants :

Tantôt les fœtus expulsés à quelques heures d'intervalle présentent dans

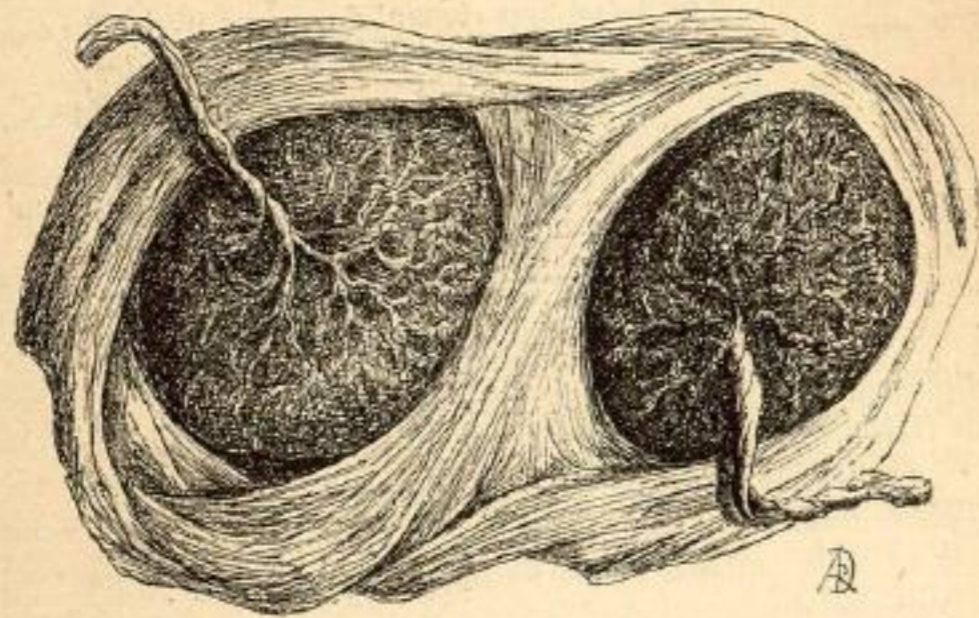


Fig. 357. — Deux masses placentaires distinctes réunies par un petit pont membraneux. (D'après nature.)

leur volume et leur aspect une différence telle que l'un semble à terme et l'autre paraît n'avoir que quatre ou cinq mois de vie intra-utérine.

Tantôt la grossesse se termine par l'expulsion successive et séparée par un intervalle de plusieurs semaines, de deux enfants vivants.

Le fait bien connu de Marianne Bigaud en est un remarquable exemple. Elle mit au monde, le 1^{er} avril 1748, un enfant vivant et viable, et le 17 septembre de la même année, c'est-à-dire cinq mois et demi plus tard, elle accoucha d'un enfant à terme.

De même l'observation de Benoite Franquet, qui accoucha le 20 janvier 1780 d'une fille paraissant avoir sept mois, et le 6 juillet d'une autre fille à terme.

De même encore celle d'une femme d'Arles qui, le 11 novembre 1796, accoucha d'une fille paraissant à terme, et le 11 avril 1797 d'une autre fille à terme.

Rappelons encore les faits assez nombreux rapportés par Diemerbroek, Le Bas, Mœbus, Thielmann, F. Barker, Giuseppe Generali, dans lesquels les deux accouchements se sont succédés à un mois, à six semaines

d'intervalle, et dans lesquels le deuxième fœtus était plus petit que le premier.

Les objections des auteurs qui n'admettent pas la superfétation peuvent se résumer en quelques lignes. Ils expliquent l'inégal développement des fœtus : 1^o par une sorte d'*inertie physiologique* de l'un des ovules fécondés, qui par suite se développerait moins rapidement que l'autre; 2^o par ce fait que l'un des fœtus naît un peu avant terme, et l'autre un peu après.

Ces hypothèses n'expliquent guère les écarts de cinq mois et demi que nous avons vus exister dans les observations de Marianne Bigaud, de Benoite Franquet, etc.

On a prétendu enfin que la superfétation coïnciderait avec une bifidité congénitale de l'utérus. Les faits répondent à cette objection. L'autopsie de Marianne Bigaud, pratiquée en 1755, démontra qu'elle avait un utérus unique. La bifidité de l'utérus n'a été relevée que deux fois par F. Barker et par Generali.

Dispositions anatomiques de l'œuf. — Dans la grossesse gémellaire on peut observer les deux dispositions suivantes : A, l'œuf est double; B, l'œuf est simple.

A. *Œuf double*. — 1^o Lorsque les deux ovules fécondés se sont greffés sur deux points de l'utérus assez distants l'un de l'autre, on trouve deux œufs

complètement distincts, chacun d'eux possédant ses trois membranes (amnios, chorion, caduque), son placenta et renfermant son fœtus.

La circulation d'un œuf est complètement indépendante de celle de l'autre.

La cloison d'adossement des deux œufs comprend deux amnios, deux choriions et deux caduques, c'est donc une *cloison à six feuillets*. Mais il est assez fréquent de voir les caduques réfléchies s'accoler, se fusionner en une seule membrane. Celle-ci peut même se résorber partiellement ou en totalité.

Ce qu'il importe de retenir, c'est que les *membranes d'origine fœtale existent au complet et distinctes pour chacun des œufs*. Aussi l'un de ceux-ci peut-il être expulsé alors que l'autre continue à vivre et à se développer dans l'utérus.

Pinard a signalé une disposition particulière de la cloison dans certains cas où il y a deux placentas séparés. Au lieu de se trouver à peu près à égale



Fig. 358. — Placenta de grossesse gémellaire : la cloison de l'un des œufs empiète sur le placenta de l'autre. (D'après nature.)

distance des bords des deux placentas, la cloison empiète plus ou moins sur l'un d'eux. Les membranes de l'un des œufs viennent contracter des adhérences avec la face fœtale de l'autre placenta, par suite de refoulement d'un œuf par l'autre (fig. 558).

Il est facile de comprendre que lorsque deux œufs sont contenus dans la cavité utérine, il faut qu'ils s'accommodent l'un à l'autre : c'est ainsi qu'on peut expliquer la situation respective de deux œufs indiquée par Budin : sur la périphérie des membranes se trouvaient deux masses placentaires distinctes. « En regardant par l'orifice, on voyait une cavité qui avait contenu le premier fœtus, dont le cordon allait s'insérer sur un placenta ; en arrière de cette cavité, il en existait une autre qui avait contenu le second fœtus, dont le cordon allait s'insérer sur l'autre placenta. Le premier œuf formait une grande poche qui recouvrait le deuxième œuf absolument comme un bonnet de coton coiffe la tête » (Budin). Lepage a observé en 1895 un fait analogue à la clinique Baudeloeque : l'un des œufs étaient recouvert par l'autre œuf qui l'enveloppait de toutes parts. Les membranes du petit œuf refoulées par



Fig. 559. — Placenta unique auquel aboutissent les cordons des deux jumeaux. (D'après nature.)

La circulation est commune, comme l'indiquent les anastomoses entre les gros troncs superficiels.

l'œuf enveloppant avaient envahi la face fœtale du placenta le plus volumineux.

2° Les deux ovules fécondés sont venus se loger l'un près de l'autre, dans un même repli de la muqueuse utérine. *Une seule caduque ovulaire se réfléchit autour d'eux* et les englobe.

Au début, la cloison d'adossement des deux œufs se compose donc de deux amnios et de deux chorions. Ceux-ci se fusionnent et peuvent plus ou moins se résorber, laissant les deux amnios en contact former à eux seuls la cloison.

Les deux placentas forment une seule masse à circulation ordinairement indépendante ; cependant on voit parfois des anastomoses entre les gros vaisseaux funiculaires de l'un et de l'autre (fig. 559). Les vaisseaux ainsi anastomosés sont surtout des vaisseaux veineux. La mort d'un des fœtus n'entraîne pas toujours la mort de l'autre (voy. fig. 545) ; mais l'expulsion d'un œuf amène presque fatalement celle du second.

Les cordons sont quelquefois reliés à la cloison par un repli amnio-chorial formant une sorte de méso. Ils peuvent être entièrement inclus dans la cloison.

B. *Œuf unique.* — Tantôt l'œuf est unique. Il semble rationnel d'admettre qu'en pareil cas un seul ovule a été fécondé, mais qu'il contenait deux germes. Le placenta est unique, la circulation des deux fœtus est commune. La mort de l'un d'eux entraîne fatalement celle de l'autre.

Ordinairement il existe deux cordons. Cependant on peut exceptionnellement observer la disposition suivante. Du placenta commun part un cordon

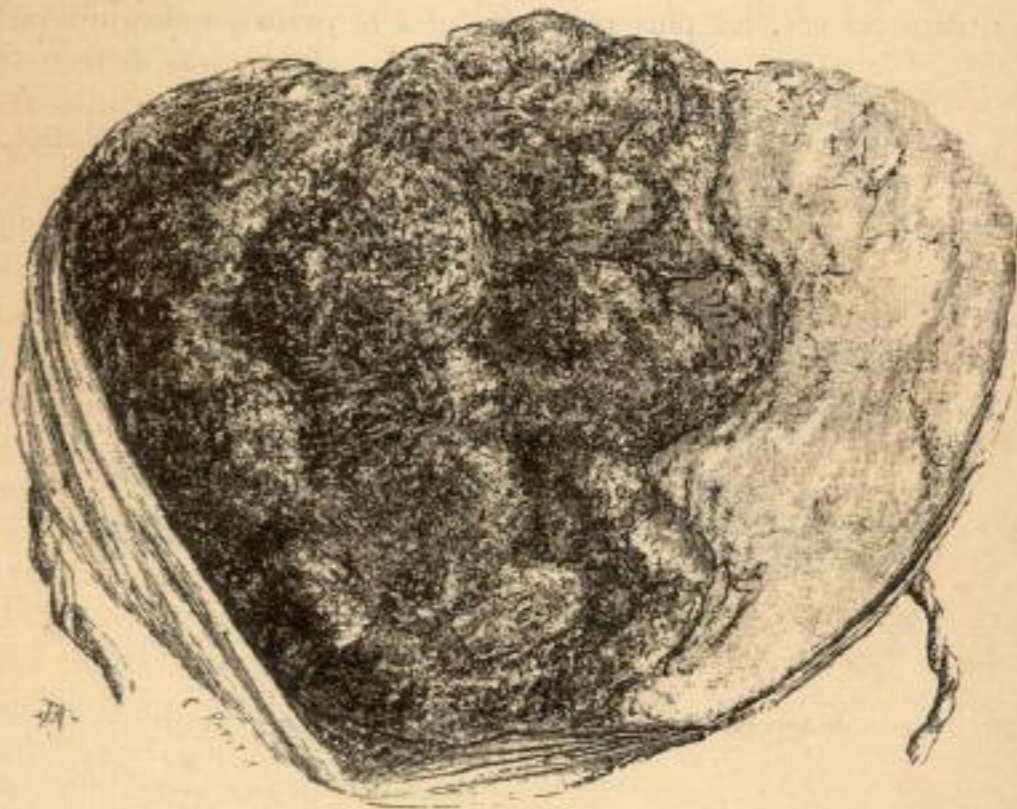


Fig. 540. — Masse placentaire vue par sa face utérine. (D'après nature.)

Les deux cordons se voient sur chaque côté de la figure. La portion foncée du placenta répond au fœtus né vivant, la portion décolorée qui se trouve à gauche appartenait au fœtus qui était mort.

unique, lequel se divise bientôt en deux tiges, dont chacune se rend à l'ombilic d'un fœtus.

Les deux fœtus libres dans une cavité unique peuvent par leurs mouvements, par leur déplacement, déterminer un enroulement de cordons qui se tordent en forme de corde, ou provoquer la formation de nœuds très divers. Dans un cas rapporté par Neumann, le cordon du premier enfant formait un nœud simple qui étreignait le cordon du second. Soete a rapporté un cas dans lequel les cordons formaient un nœud double parfaitement régulier. L'un des enfants était mort vraisemblablement par suite de l'arrêt de la circulation dans sa tige funiculaire.

Ribemont-Dessaignes a observé et dessiné d'après nature un nœud très compliqué recueilli dans le service de Tarnier à la Maternité (fig. 541).

Liquide amniotique. — Il est fréquent d'observer pour l'un des œufs,

et quelquefois pour les deux, une exagération notable dans la quantité de liquide amniotique. Il y a hydropisie de l'amnios; cette disposition n'est pas sans entraîner quelques difficultés de diagnostic, ainsi que nous le verrons plus loin.

Il est utile, à différents points de vue, de distinguer dans les grossesses multiples, et en particulier dans les grossesses gémellaires celles qui résultent de la fécondation de *deux ovules* ou d'un *ovule* à deux germes : c'est ce qu'a fait Pinard¹ après avoir rappelé les travaux de Dareste, de Beckel et un mémoire de Bertillon qu'il résume ainsi : « Il y a, dit-il, plusieurs sortes de grossesses gémellaires : dans les unes, chaque jumeau a ses enveloppes propres; dans ces cas, les plus fréquents, dès le principe chaque embryon

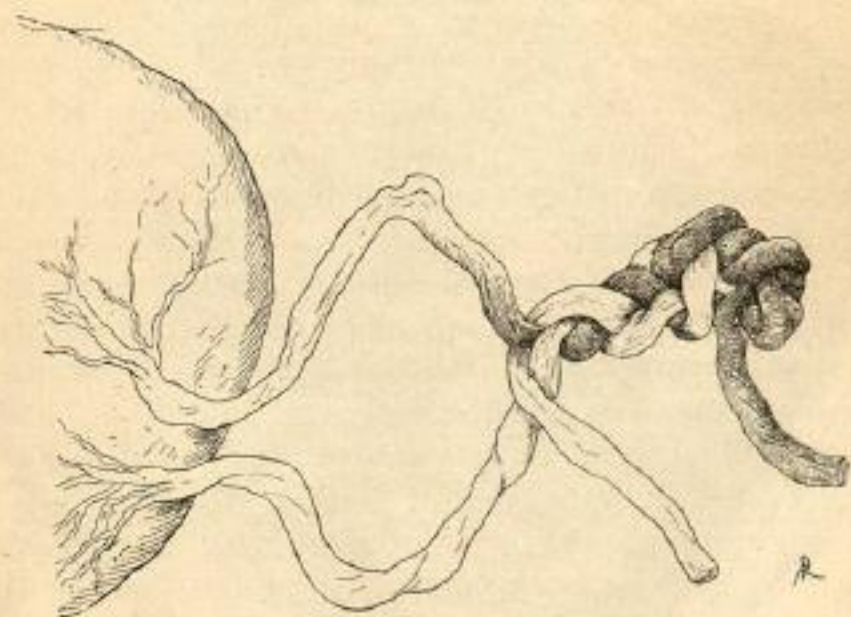


Fig. 541. — Nœuds de deux cordons dans un cas de grossesse gémellaire observée à la Maternité. (D'après nature.)

jumeau est *enclos dans son chorion*, bientôt muni d'un placenta spécial et de son cordon ombilical; cet état résulte de *deux ovules* qui se sont développés simultanément, mais isolément; dans les autres, on rencontre dès le principe les deux jumeaux inclus dans le *même chorion*, ayant alors un placenta plus ou moins commun, même quelquefois le même amnios et alors flottant à nu dans le même liquide. Donc dans l'ovaire de la femme il n'y a pas seulement des *ovules simples*, arrivant dans l'utérus le plus souvent un à un, quelquefois par deux (grossesse gémellaire), mais aussi des *ovules doubles* ou à *deux germes* et développant deux embryons soit *libres*, soit *plus ou moins unis* (monstres doubles, adhérents). »

Il ne faut pas confondre les deux jumeaux indépendants avec les deux jumeaux issus de deux ovules libres; ils s'en distinguent anatomiquement par les enveloppes ovulaires, physiologiquement par le *sexe*; en effet, ces jumeaux libres ou soudés, provenant d'un *seul ovule*, sont toujours du *même sexe*, plus souvent filles que garçons.

¹ Article Grossesse. *Dict. encycl. des Sciences médicales*, 1887, p. 88.

P. Bar et son élève Eleuterescu¹ ont insisté à nouveau sur la nécessité de distinguer les grossesses multiples et en particulier les grossesses gémellaires, suivant qu'elles sont *univitellines* ou *bivitellines*, c'est-à-dire suivant qu'elles résultent de la fécondation d'un *seul ovule* (un jaune chez les oiseaux) ou de deux *ovules* (deux jaunes).

Voici d'après P. Bar et Eleuterescu les caractères particuliers à chacune des deux variétés de grossesse qui diffèrent au point de vue de la *genèse*, de l'anatomie du *développement*, des *caractères que présentent les enfants issus de ces deux genres de grossesses*.

A. *Grossesse multiple univitelline*. — La *grossesse multiple univitelline* est due soit à une fécondation pathologique, par la pénétration de deux ou plusieurs spermatozoïdes ou d'un spermatozoïde à deux masses nucléaires dans un ovule en apparence normal — soit à la fécondation d'un ovule à deux vésicules germinatives.

Un *seul chorion* est commun aux deux fœtus qui peuvent être contenus dans le même amnios ou dans deux cavités amniotiques distinctes. Il n'y a qu'une *seule masse placentaire* dans laquelle les territoires vasculaires se confondent sur de nombreux points par des anastomoses superficielles et profondes. Les communications superficielles semblent être plus nombreuses et plus importantes quand il n'y a qu'une cavité amniotique. Dans ce cas les insertions du cordon sur la surface fœtale du placenta sont plus nombreuses et plus volumineuses que dans les cas où il y a deux amnios.

Les *enfants sont toujours du même sexe*. En outre ils sont solidaires entre eux; cette solidarité se manifeste :

1° *Par des communications vasculaires* : a, *funiculaires* ou *placentaires* : dans ce cas, chez les mammifères, la solidarité cesse au moment de la naissance; b, *extra-embryonnaires*. Les enfants peuvent être alors parfaitement égaux et semblables ou bien être inégaux et dissemblables soit par l'inégalité de poids, soit par la mort précoce de l'un des produits, soit par l'arrêt de développement de l'un des embryons.

2° *Par la soudure des deux lignes primitives* et la formation de *monstres doubles adhérents* : la solidarité persiste alors même dans la vie extra-utérine.

B. *Grossesse bivitelline*. — La *grossesse multiple bivitelline* est due à la ponte presque simultanée et à la fécondation de *deux ovules*.

Il existe *deux chorions*; la *circulation* des deux fœtus est absolument *distincte*, qu'il y ait deux masses placentaires séparées ou qu'elles soient accolées.

Quant aux fœtus bivitellins, ils peuvent être du même sexe, mâle ou femelle, ou bien être de sexes différents; la proportion suivant laquelle se rencontre l'une et l'autre de ces combinaisons est de 50 pour 100.

Les enfants sont absolument indépendants l'un de l'autre; les différences qu'ils présentent tiennent à des lésions organiques qui ont atteint un des enfants et ont apporté une entrave à son développement; ces maladies sont accidentelles, sans relation aucune avec la grossesse multiple.

¹ Contribution à l'étude des grossesses multiples univitellines et bivitellines. Th. Paris, 1896.

Utérus. — Au lieu d'une cavité unique, l'utérus peut présenter deux cavités, être cloisonné. En pareil cas les œufs sont absolument distincts et complets, c'est-à-dire que chacun d'eux, outre ses membranes fœtales, possède une caduque ovulaire et une caduque utérine.

On a cité des faits de grossesse gémellaire dans laquelle il y avait à la fois grossesse utérine et grossesse extra-utérine.

Fœtus. — *Sexe.* Les fœtus jumeaux sont le plus souvent du même sexe : les couples unisexués sont en France dans la proportion de 65, les couples à sexe croisé de 55 pour 100 ; le nombre des garçons l'emporte sur celui des filles, bien que cependant le rapport des sexes soit légèrement modifié en faveur des filles. En effet, au lieu de trouver 106, 6 garçons contre 100 filles comme dans les grossesses simples, on ne trouve que 104 dans les grossesses doubles. Sur 150 grossesses gémellaires Pinard a constaté :

2 garçons	46 fois
2 filles	46 —
1 garçon et 1 fille	58 —

Dans une statistique récente portant sur 52 accouchements gémellaires observés sur 2 727 accouchements, Etienne, interne de la Maternité de Nancy, a trouvé :

2 filles	41 fois
2 garçons	9 —
1 fille et 1 garçon	15 —

Bertillon a étudié d'une manière complète les combinaisons de sexe dans les grossesses gémellaires et leurs causes ; il a montré que les causes qui, dans les grossesses simples, amènent tantôt un garçon, tantôt une fille, ne sont pas les mêmes quand il y a émission simultanée de deux ovules par l'ovaire ; que, de plus, les ovules à deux germes favorisent la production des couples unisexués, et qu'enfin l'âge respectif des époux a une action incontestable sur la sexualité. Aussi y a-t-il lieu de séparer, au point de vue du groupement des sexes, les grossesses univitellines des grossesses bivitellines. En 1887, sur 22 cas de grossesses univitellines, Pinard a trouvé 22 fois les fœtus du même sexe. P. Bar et Eleuterescu ont examiné 24 cas de grossesses multiples dont 8 étaient univitellines et 16 étaient bivitellines. Dans les 8 grossesses univitellines les fœtus étaient du même sexe. Sur les 16 cas de grossesses bivitellines, 8 fois les couples étaient de sexe différent et 8 fois de même sexe (4 fois du sexe masculin et 4 fois du sexe féminin). De telle sorte que, sur les 24 grossesses multiples, il y avait 16 couples d'enfants du même sexe, c'est-à-dire les 2/3 du nombre total ; c'est la proportion donnée ci-dessus par Bertillon sans distinguer le mode de genèse des grossesses multiples.

Développement. — Le poids et le volume des jumeaux sont presque toujours au-dessous de la moyenne, même lorsqu'ils naissent à terme, ce qui est exceptionnel. Leur poids varie surtout de 2 000 à 5 000 grammes. Assez souvent les deux fœtus sont d'inégal volume.

Il peut arriver que l'un des fœtus soit bien conformé, tandis que l'autre présente tous les caractères d'un monstre. Enfin l'un des enfants peut être mort depuis un temps variable, tandis que l'autre est parfaitement développé et vivant.

Attitude des fœtus. — Quant à l'attitude des fœtus dans la cavité utérine, elle est soumise à la même loi d'accommodation que pour la grossesse simple. Toutefois l'accommodation pelvienne ne peut exister pour le second fœtus, qui est toujours contenu dans la grande cavité abdominale. On trouve le plus souvent (fig. 542) les deux fœtus ayant tous deux la tête en bas, le tronc de l'un à droite, le tronc de l'autre à gauche ; ou l'un ayant la tête en bas, l'autre la tête en haut (fig. 543). Enfin on rencontre assez fréquemment les deux têtes en haut (fig. 544). En additionnant les chiffres donnés par Depaul et Tarnier, on trouve sur 516 accouchements gémellaires, les présentations suivantes :

Deux sommets	151 fois	Sommet et face	4 fois
Sommet et siège	81 —	Face et sommet	2 —
Siège et sommet	47 —	Siège et face	1 —
Deux sièges	29 —	Épaulé et sommet	1 —
Sommet et épaule	14 —	Épaulé et siège	1 —
Siège et épaule	4 —	Deux épaules	1 —

Sur 150 cas Pinard a constaté :

Deux sommets	56 fois	1 ^{er} sommet, 2 ^e face	1 fois
1 ^{er} sommet, 2 ^e siège	56 —	1 ^{er} face, 2 ^e siège	1 —
1 ^{er} siège, 2 ^e sommet	27 —	1 ^{er} front, 2 ^e sommet	1 —
Deux sièges	19 —	1 ^{er} épaule, 2 ^e siège	1 —
1 ^{er} sommet, 2 ^e épaule	2 —	1 ^{er} épaule, 2 ^e sommet	1 —
1 ^{er} siège, 2 ^e épaule	2 —	Ignorée	5 —

Budin distingue trois variétés dans la situation relative des œufs et des fœtus :

1^o Dans la première, qui est classique, les deux fœtus sont placés l'un à côté de l'autre ; l'un occupe la moitié droite, l'autre la moitié gauche de l'utérus.

2^o Dans la seconde variété, les fœtus sont placés l'un au-dessus de l'autre. Ils sont superposés ; l'un occupe le fond de l'utérus, l'autre son segment inférieur.

3^o Dans la troisième variété, ils sont placés l'un au-devant de l'autre ; l'un d'entre eux occupe la moitié antérieure de l'utérus, l'autre la moitié postérieure.

Ces deux dernières variétés doivent être rares ; elles sont niées par différents accoucheurs. Ribemont-Dessaignes a observé un cas type de la troisième variété.

Les fœtus sont parfois fusionnés (œuf unique) et se présentent sous forme de monstres doubles (voy. *Dystocie fœtale*).

Signes de la grossesse gémellaire. — Quand chez une femme grosse on observe quelque discordance entre les constatations faites à l'aide

des différents moyens d'exploration mis en œuvre et les renseignements fournis par la femme sur l'époque de ses dernières règles, lorsque la grossesse semble plus avancée que ne le dit la femme, on doit penser à l'existence d'une grossesse gémellaire. Songer à sa possibilité, c'est se placer dans les meilleures conditions pour ne pas la méconnaître.

1° *Interrogatoire.* — Les troubles digestifs et nerveux sont plus accusés. Les femmes remarquent généralement un développement insolite de l'abdomen; celles qui ont eu déjà des enfants constatent que leur ventre est plus volumineux qu'il ne l'était lors des grossesses antérieures à une époque correspondante. Certaines femmes perçoivent des mouvements fœtaux de différents côtés à la fois et pour ainsi dire dans tout l'utérus. Cependant il n'est pas rare de voir, même chez des multipares, la grossesse gémellaire évoluer, tout au moins pendant les premiers mois, sans donner lieu à une symptomatologie spéciale.

A une époque variable se produisent des *phénomènes de compression* dus au développement excessif du ventre : la compression des gros troncs vasculaires situés sur la partie postérieure de l'abdomen

produit une gêne de la circulation en retour et amène de l'œdème et des varices au niveau des membres inférieurs et de plus l'œdème sus-pubien.

Depaul attachait une grande importance à ce signe, surtout lorsqu'il coïncidait avec des varices des membres inférieurs, de la vulve et des veines hémorroïdales. Tarnier et Pinard ne lui reconnaissent pas la même valeur et l'ont rencontré souvent dans les grossesses simples, avec un fœtus volumineux ou dans les cas d'hydropisie de l'amnios.

En outre, la femme éprouve une *dyspnée* plus ou moins accusée due au refoulement du diaphragme (Peu); elle marche assez difficilement et ressent des crampes dans les membres inférieurs.

2° *Inspection.* — Lorsqu'on examine la femme, on constate par la vue, outre l'œdème des membres inférieurs, de la région sus-pubienne, que l'ab-

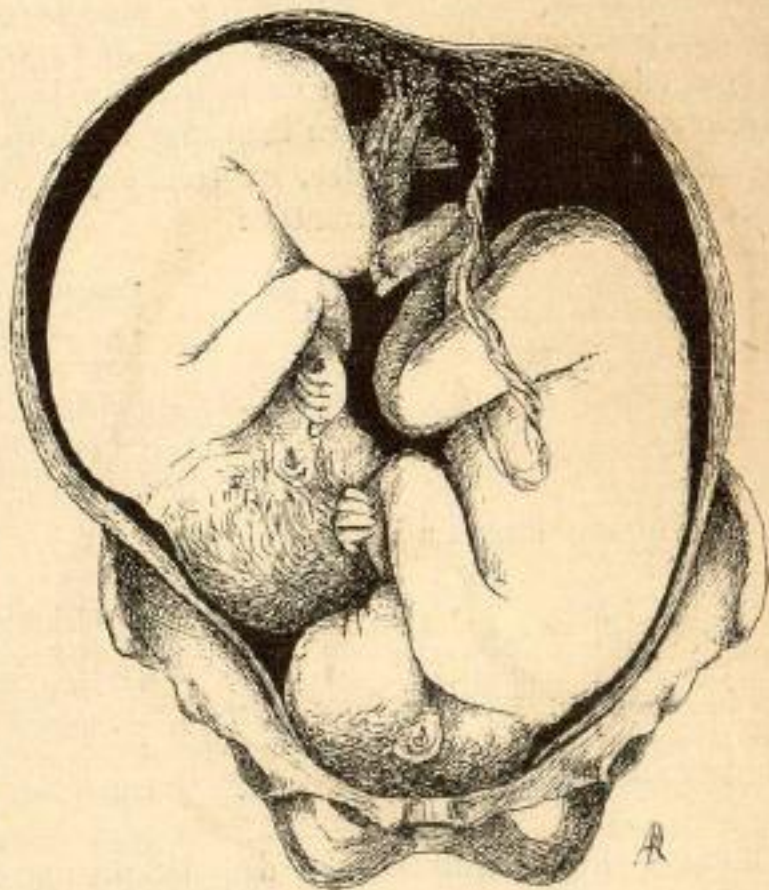


Fig. 542. — Grossesse gémellaire.

Les deux fœtus sont contenus dans le même œuf; ils ont tous deux l'extrémité céphalique en bas; la tête du fœtus situé à gauche commence à s'accommoder au bassin, la tête de l'autre fœtus est située dans la fosse iliaque droite.



Fig. 545. — Grossesse gémellaire.

Les deux fœtus sont contenus dans le même œuf; le fœtus de gauche a l'extrémité céphalique en bas, celui de droite a l'extrémité céphalique en haut.

domen est volumineux, que le développement de l'utérus n'est pas en rapport avec l'âge de la grossesse, qu'il est plus considérable qu'il ne devrait être. La forme de l'utérus présente quelques particularités : son fond peut être distendu au niveau des deux cornes de l'utérus par les têtes des deux fœtus, une dépression qui sépare ces deux saillies fait ressembler l'utérus à un cœur de carte à jouer (F. J. Herrgott). Parfois il existe une dépression qui s'étend du haut en bas de l'utérus et qui se dessine plus ou moins obliquement sur sa face antérieure (Mauriceau).

3° *Palper.* — Le palper fournit des renseignements précieux pour le diagnostic de la grossesse gémellaire : on est frappé tout d'abord par la *tension permanente de la paroi utérine* dans les cas où l'utérus contient plus d'un produit de conception : « Au lieu de déprimer avec facilité la paroi utérine, dit Pinard, on sent que cette paroi est tendue, résistante; c'est une sensation analogue à celle qu'on éprouve quand on déprime la paroi d'une vessie de caoutchouc distendue par du liquide ou par de l'air. Ce n'est pas la sensation molle qu'on perçoit, en l'absence de toute contraction, quand on dé-

prime la paroi de l'utérus normalement rempli; ce n'est pas davantage la sensation dure, presque ligneuse, qu'on perçoit quand on déprime la paroi utérine, lors de la contraction; c'est une sensation intermédiaire qu'on peut comparer encore avec celle très connue des médecins et qu'on perçoit quand on déprime la paroi d'un kyste bien rempli. »

Cette tension permanente de la paroi utérine, si elle éveille l'idée d'une grossesse gémellaire, n'est pas, quand elle est un peu accusée, sans gêner l'examen. Peu prononcée, elle n'empêche pas l'accoucheur de se rendre compte de l'existence des deux fœtus. On trouve un pôle fœtal inférieur engagé dans l'excavation ou au niveau de l'une des fosses iliaques, puis au fond de l'utérus un second pôle fœtal; le plan résistant de ce fœtus est reconnu plus ou moins facilement.

En déprimant la paroi abdominale du côté opposé au plan résistant, on ne trouve ni la rénitence du liquide amniotique, ni la sensation des petites parties fœtales.

On arrive sur un second plan résistant, ou bien on constate l'existence d'un troisième pôle fœtal au niveau de l'une des fosses iliaques, et d'un quatrième pôle au fond de l'utérus.

Parfois on ne peut parvenir à reconnaître que trois pôles; mais lorsque cette constatation est faite d'une manière très nette, elle suffit pour affir-



Fig. 541. — Grossesse gémellaire.

Les deux fœtus, séparés par une cloison membraneuse, ont tous deux le pôle pelvien en bas; le fœtus de gauche se présente par le siège décompleté.

mer le diagnostic de grossesse gémellaire. Par exemple, lorsque l'un des fœtus a la tête en bas bien engagée et que l'on constate, outre le pôle fœtal supérieur, une troisième tumeur ballottant dans l'une des fosses iliaques, cette triple constatation suffit à affirmer la grossesse gémellaire. C'est à tort que l'on a prétendu que le ballotement était difficilement perçu dans les cas de grossesse gémellaire, les deux fœtus s'immobilisant en quelque sorte l'un l'autre. Le ballotement est souvent d'autant plus facilement obtenu qu'il y a hydramnios de l'un des deux œufs.

Il est un autre signe que le palper fournit au point de vue du diagnostic de la grossesse gémellaire. Lorsque, par les commémoratifs, on sait que la grossesse est de sept mois par exemple, alors même qu'on ne sent que deux pôles, on peut soupçonner qu'il y a deux fœtus à cause de la grande distance qui sépare ces deux pôles; c'est surtout lorsque la femme est près du terme que la distance entre ces deux pôles est telle qu'ils ne pourraient appartenir qu'à un fœtus gigantesque. Ce signe, auquel Pinard attache une certaine importance, n'est pas un signe de certitude absolue; mais il met pour ainsi dire sur la voie du diagnostic, et il est rare qu'avec un peu de patience on n'arrive pas à trouver le troisième pôle fœtal.

Enfin la constatation nette de l'existence de deux plans dorsaux suffit encore à établir le diagnostic de grossesse gémellaire.

4° *Auscultation*. — L'*auscultation* rend quelques services dans le dia-

gnostic des grossesses gémellaires; c'est plutôt un procédé de contrôle qu'un moyen de diagnostic. C'est à tort que Hohl a prétendu que le souffle utérin entendu sur une large surface dans plusieurs endroits, avec une sonorité intense et de la rudesse, constituait un signe certain de la grossesse double.

Lorsqu'il y a deux fœtus vivants dans la cavité utérine et que la grossesse est assez avancée, on entend les bruits du cœur de chaque fœtus en un foyer distinct de l'autre; toutefois, lorsqu'on a trouvé deux foyers d'auscultation, il ne faut pas en conclure que l'on se trouve forcément en présence d'une grossesse gémellaire.

Dubois, Pinard, Cantacuzène, ont en effet démontré que les bruits du cœur d'un seul fœtus peuvent être entendus en deux zones différentes de la paroi abdominale. Lors donc que par le palper on a la quasi-certitude qu'on se trouve en présence d'une grossesse gémellaire et qu'on veut contrôler ce diagnostic par l'auscultation, il faut prendre certaines précautions: s'assurer que le nombre des pulsations cardiaques diffère au niveau de chaque foyer, et s'en assurer par l'auscultation pratiquée à plusieurs reprises.

Il est un procédé plus sûr, mais qui rencontre quelques difficultés pratiques: deux observateurs exercés auscultent en même temps au niveau de chacun des foyers et comptent simultanément les battements cardiaques pendant le même temps.

Toutefois, lorsque les deux cœurs du fœtus battent d'une manière isochrone, l'auscultation n'est plus d'aucun secours. Elle ne peut également fournir de renseignements utiles lorsque l'un des fœtus est mort ou lorsque la quantité de liquide amniotique est trop considérable pour permettre de percevoir les bruits du cœur du fœtus.

5° *Toucher*. — Le *toucher* ne sert guère à reconnaître pendant la grossesse l'existence de deux jumeaux qu'en permettant de constater qu'il y a une partie fœtale engagée, qui se distingue ainsi nettement des deux ou trois autres pôles fœtaux que l'on trouve dans la cavité utérine; dans certains cas des mouvements imprimés avec le doigt à la partie fœtale qui est en bas se transmettent au reste du corps du fœtus, l'autre main, appliquée sur la paroi abdominale, délimite alors plus facilement le fœtus ainsi mobilisé.

Pendant le travail le *toucher* a parfois permis de reconnaître l'existence de deux poches adossées l'une à l'autre et s'engageant en même temps (Smellie).

Dans d'autres cas moins rares, on a constaté par le *toucher* l'existence d'une seconde poche, après la rupture complète d'une première.

Diagnostic. — Le *diagnostic de la grossesse gémellaire pendant la grossesse* peut être fait d'une manière certaine, si l'on procède avec méthode; on ne doit l'affirmer que lorsqu'on perçoit d'une manière nette au moins trois pôles fœtaux ou deux plans dorsaux. Parfois ce diagnostic est difficile: il vaut mieux ne pas se prononcer sur la gémellité, pratiquer quelques jours après un nouvel examen, plutôt que de formuler un diagnostic dont la rapidité n'excuserait point la fausseté.

Quelles sont les conditions qui peuvent faire croire à tort à une grossesse gémellaire? Lorsqu'un œuf unique prend un développement exagéré, lorsqu'il existe un gros œuf (fœtus volumineux, liquide amnio-

tique abondant, masse placentaire étendue), la distension qui en résulte pour l'utérus peut faire penser qu'il y a deux produits de conception. Chez certaines primipares arrivées au septième mois de la grossesse, l'utérus se développe assez rapidement et produit des phénomènes de compression (œdème des membres inférieurs, de la région sus-pubienne) assez marqués pour qu'on hésite au point de vue du nombre des fœtus; si la paroi abdominale est bien musclée, tendue, le diagnostic est momentanément très difficile. Peu à peu le liquide amniotique devient moins abondant, et l'on peut affirmer qu'il n'y a qu'un fœtus volumineux.

L'erreur sera d'autant plus facile si le fœtus se présente par le sommet en position gauche variété postérieure. On retrouve en effet, dans ce cas, un certain nombre de signes de la grossesse double: sensations multiples de petites parties fœtales, ballottement du pôle fœtal supérieur (le siège), alors qu'on trouve un sommet engagé; mais il est impossible de trouver un troisième pôle.

L'*hydramnios* rend le diagnostic de grossesse double difficile; nous étudierons ce diagnostic différentiel au chapitre *Hydramnios*. Si dans certains cas la distension de l'utérus par un excès de liquide gêne pour reconnaître la présence de deux fœtus, souvent c'est cette distension anormale qui appelle l'attention de l'accoucheur et le met sur la voie du diagnostic de la grossesse double.

Un *fibrome* arrondi peut être assez volumineux pour simuler une tête fœtale, et être prise pour elle; mais il est rare qu'il ballote aussi facilement, siégeant le plus habituellement dans l'épaisseur même du muscle utérin; il n'est en tout cas pas mobile comme une extrémité appartenant au fœtus. Il devient en outre plus aisément perceptible pendant la contraction utérine. Une partie fœtale est au contraire masquée par le muscle utérin en contraction.

Dans certains cas la grossesse gémellaire passe inaperçue et il n'y a nul reproche à en faire à l'accoucheur, parce que l'un des fœtus est de petites dimensions, mort depuis un certain temps, aplati dans les membranes. Le diagnostic n'a ici aucun intérêt pratique.

Si le diagnostic de grossesse gémellaire n'a pas été posé pendant la grossesse, il peut être fait au cours du travail. Les règles à suivre sont les mêmes que pour le diagnostic pendant la grossesse. Les contractions utérines du travail, plus ou moins rapprochées, gênent le palper; parfois cependant le palper est rendu plus facile par la rupture hâtive de la poche des eaux, surtout s'il y a deux œufs distincts: celui qui est intact donne à la portion de l'utérus qu'il occupe, une consistance qui diffère de celle du reste de l'utérus. Enfin par le toucher on obtient des renseignements utiles sur les caractères de la partie fœtale qui se présente. En tout cas on doit toujours faire ce diagnostic pendant le travail après l'expulsion du premier fœtus: il suffit de porter la main sur l'utérus, qui conserve un volume plus considérable que d'ordinaire; lorsque le second fœtus est contenu dans une cavité amniotique distincte, il est particulièrement facile de reconnaître sa présence.

Lorsque, en raison des contractions intenses de l'utérus, le palper et l'auscultation ne donnent que des renseignements vagues, le toucher vient lever toute

incertitude: s'il y a un second fœtus, en pénétrant avec un ou deux doigts dans le canal cervical on arrive à atteindre, soit une seconde poche des eaux, soit une partie fœtale qui tend à s'engager. Il est à peine besoin d'ajouter que, dans les cas douteux, il faut se comporter comme s'il y avait un second fœtus, c'est-à-dire placer une ligature sur le bout placentaire du cordon du premier fœtus.

Dans nombre de cas, non seulement on affirme le diagnostic de la grossesse double, mais on reconnaît à l'avance que les deux fœtus sont logés dans des poches distinctes, en raison de la différence de tension que l'on constate de chaque côté de l'utérus.

Marche de la grossesse. — La grossesse gémellaire se termine rarement à terme, surtout chez les primipares; l'avortement est relativement fréquent.

Maygrier et Demelin ont fait ressortir les particularités de l'avortement multiple et en particulier de l'avortement gémellaire¹: cet accident est souvent (7 fois sur 10) produit par l'*hydramnios*, qui se développe d'une manière rapide et intense dès les premiers mois de la grossesse. Il importe de remarquer que, tandis qu'à une époque avancée de la grossesse l'*hydramnios* peut gêner le diagnostic de la grossesse double, il est au contraire dans les premiers mois un bon signe qui appelle l'attention sur le développement anormal de l'utérus et fait penser à la possibilité d'une grossesse gémellaire.

Dans la presque totalité des cas, en effet, lorsque l'avortement multiple se fait vers le troisième ou le quatrième mois, le diagnostic de grossesse double n'a pas été fait. — L'expulsion du second fœtus n'est pas toujours immédiate: elle peut n'avoir lieu que quelques heures, quelques jours (7 dans un cas de Habit) après la naissance du premier; elle peut même n'avoir lieu qu'à terme, s'il existe une seconde poche avec un fœtus vivant.

Lorsque les placentas sont séparés, il arrive que le placenta du premier fœtus soit expulsé immédiatement après lui; puis l'autre œuf sort ensuite. Dans un cas observé par Girode, après la sortie du premier fœtus, un œuf entier non ouvert fut expulsé, puis le placenta du premier fœtus.

Maygrier et Demelin insistent sur la fréquence plus grande de la rétention placentaire dans les avortements multiples que dans l'avortement simple vers le troisième et le quatrième mois, surtout lorsque le placenta est unique: « en effet, l'expulsion de l'arrière-faix se fait plus aisément lorsque, les deux œufs étant complètement séparés, les placentas peuvent sortir isolément ». — De plus, en raison du plus gros volume du délivre, les accidents de septicémie éclatent plus facilement, analogues à ceux que l'on observe dans les mêmes circonstances après un accouchement. Ainsi, sur six avortements gémellaires du troisième et du quatrième mois, il y a eu six fois rétention et deux fois la mort est survenue par septicémie. Aussi faut-il, dans les cas de rétention placentaire à la suite d'avortement multiple, être plus interventionniste que dans les autres cas.

Souvent c'est à huit mois ou huit mois et demi que l'accouchement survient; l'époque varie suivant que le muscle utérin tolère plus ou moins bien la distension à laquelle il est soumis; c'est dire que d'une manière générale la grossesse gémellaire évoluera jusqu'à une époque plus ou moins

¹ Arch. de toc., et de gynéc., 1892.

rapprochée du terme, suivant que les parties contenues dans la cavité utérine y occuperont un volume plus ou moins considérable.

L'hydropisie de l'amnios joue à cet égard un rôle assez important au point de vue de l'accouchement prématuré dans la grossesse gémellaire, soit que cette hydropisie porte sur un œuf unique, soit sur l'un des deux œufs.

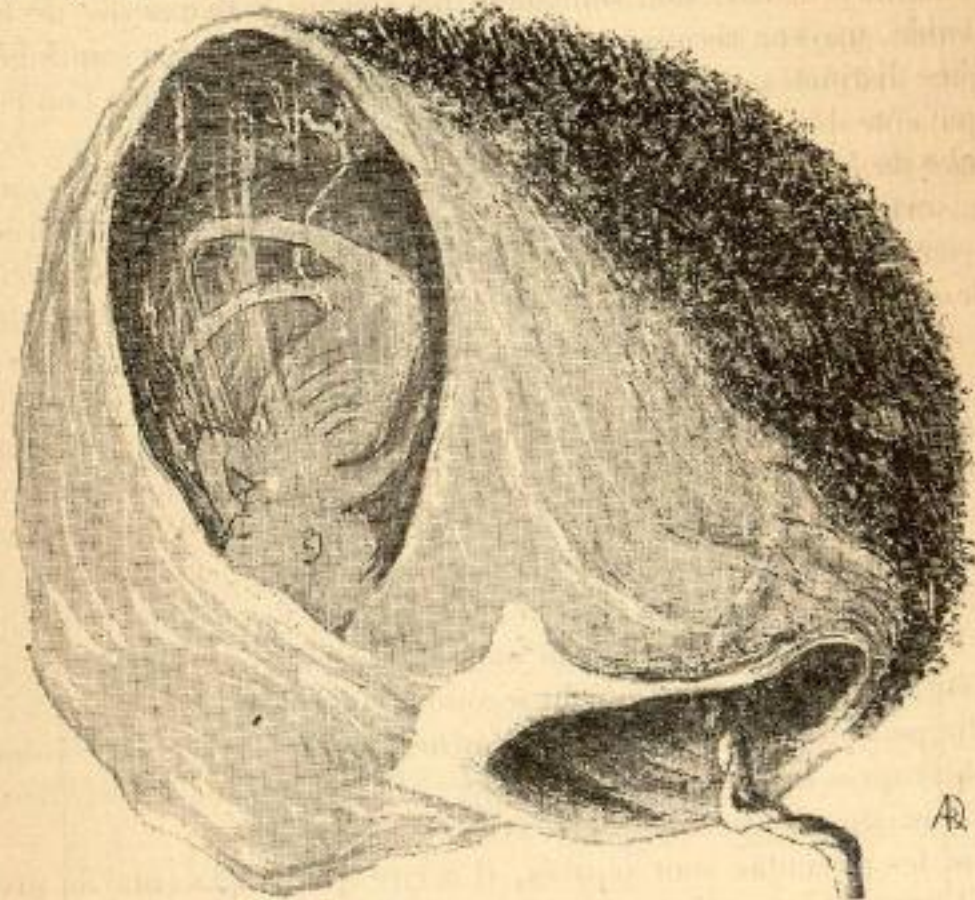


Fig. 545. — Dessin d'après nature de la délivrance dans un cas de grossesse double; le premier fœtus s'est à peu près normalement développé. Le second fœtus, mort au cours de la grossesse, était aplati et momifié.

Une statistique de Pinard, basée sur 150 cas, donne les proportions suivantes:

Femmes :

Femmes à terme ou près du terme.	42 cas	Femmes à 6 mois et demi	9 cas
— 8 mois et demi	24 —	— 6 mois	7 —
— 8 mois	35 —	— 5 mois et demi	5 —
— 7 mois et demi	10 —	— 4 mois et demi	4 —
— 7 mois	14 —	— 4 mois	5 —

Il arrive qu'au cours de la grossesse multiple, l'un des fœtus succombe (voy. *Mort du fœtus pendant la grossesse*). On peut observer dans ces cas les terminaisons suivantes : le fœtus mort irrite l'utérus par sa présence, des contractions utérines surviennent qui expulsent en même temps ce corps étranger et le fœtus vivant; dans des cas plus rares, le fœtus mort est seul expulsé et l'autre fœtus continue à se développer, la grossesse pouvant aller à terme; enfin, parfois le fœtus mort se momifie, s'aplatit, et sa présence n'est reconnue dans les membranes que lorsque le fœtus est expulsé et la délivrance faite (fig. 545).

Accouchement. — L'accouchement dans la grossesse gémellaire présente une physionomie différente : tantôt les deux fœtus se présentent successivement au détroit supérieur, et pénètrent isolément et l'un après l'autre dans l'excavation pelvienne; tantôt, s'engageant simultanément dans le bassin, ils arrivent à former à un moment donné, par la juxtaposition de telle ou telle de leurs régions, une masse trop volumineuse pour pénétrer plus avant dans le canal pelvien, et créent ainsi un cas de dystocie tout spécial. Étudions d'abord la marche de l'accouchement dans le premier cas, de beaucoup le plus fréquent. C'est l'accouchement gémellaire physiologique.

1° *Accouchement successif.* — Cet accouchement a lieu assez rarement à terme, surtout chez les primipares.

Cette différence dans l'époque à laquelle se produit l'accouchement gémellaire chez les primipares ou les multipares ressort de la statistique dressée par Monteiro dans le service de Pinard.

DATE DE L'ACCOUCHEMENT.	PRIMIPARES.	MULTIPARES.
6 mois	2	1
6 1/2	1	7
7	8	8
7 1/2	5	9
8	14	56
8 1/2	6	29
9	7	50
Totaux . . .	45	120

La proportion des primipares accouchant avant terme est de 85,72 pour 100, celle des multipares de 75 pour 100. Quelques statistiques donnent cependant la proportion inverse, c'est-à-dire une proportion de primipares accouchant avant terme inférieure à celle des multipares.

Certaines raisons théoriques ont fait dire que l'accouchement était plus long que d'ordinaire : les phénomènes de ramollissement du côté du col et du segment inférieur n'étant point suffisamment complets, la dilatation se ferait lentement; en outre, le muscle utérin distendu ne se contracterait pas d'une façon suffisamment énergique : la force résultant de cette contraction ne se transmettrait que d'une manière imparfaite au fœtus qui se présente le premier.

Accouchement du premier fœtus. — D'après certains auteurs, l'accouchement pour le premier fœtus serait plus long que dans l'accouchement simple. « La durée du travail peut être aussi courte que dans l'accouchement unipare, mais c'est un fait exceptionnel; elle est en général plus longue, et il n'est pas étonnant qu'il en soit ainsi. La période de *dilatation* et la période d'*expulsion* sont toutes deux prolongées d'une façon anormale. Il semblerait tout d'abord qu'il dût en être autrement et que le fœtus, d'un volume ordinairement médiocre dans les grossesses doubles, dût être chassé

rapidement. Mais la présence du second œuf dans la matrice est une cause de déperdition des forces destinées à l'expulsion du premier enfant; car l'effet des contractions utérines se dissémine et se perd en partie sur celui des jumeaux qui n'est pas en rapport avec les ouvertures du bassin. Dès lors, on comprend sans peine que l'intensité des contractions utérines finisse par s'affaiblir et que le travail languisse. » (Tarnier et Chantreuil.)

Monteiro est arrivé à des conclusions opposées: « Dans la pluralité des cas, dit-il, la durée de la période d'effacement et de dilatation, celle de la période d'expulsion et par conséquent la durée totale du travail pour le premier fœtus, est, toutes choses égales d'ailleurs, sensiblement la même que pour l'accouchement simple. » Monteiro a en effet trouvé que la durée moyenne des périodes d'effacement et de dilatation réunies, calculée du début du travail à la dilatation complète, était de 9 heures pour les primipares et de 8 heures pour les multipares. — Quant à la période d'expulsion, elle a duré de 5 à 30 minutes chez 17 primipares sur 29 et chez 70 multipares sur 88. Rarement cette période a dépassé 1 heure.

Accouchement du second fœtus. — Lorsque le premier enfant est né, au bout de combien de temps a lieu l'expulsion du second? Cet espace de temps est variable: habituellement au bout de 10 à 20 minutes, la femme éprouve à nouveau des contractions utérines douloureuses; s'il y a une seconde poche des eaux, elle ne tarde pas à se rompre ou on la rompt; le second fœtus s'engage et est expulsé assez rapidement.

Dans un certain nombre de cas, l'utérus, fatigué par le travail qu'a nécessité la sortie du premier fœtus, ne se contracte plus; sa rétraction est suffisante pour éviter une hémorrhagie, mais la contraction fait défaut. L'orifice utérin, qui ne s'était qu'incomplètement dilaté, revient sur lui-même; le segment inférieur et même le col se reconstituent, et la femme peut rester pendant plusieurs jours dans cet état; on a même vu la grossesse évoluer ensuite jusque près du terme.

Tarnier, dans une statistique recueillie à la Maternité, a noté que, sur 188 accouchements gémellaires, l'expulsion du second fœtus a eu lieu:

6 fois au bout de	5 minutes.	15 fois au bout de	25 minutes.
15	—	10	—
22	—	15	—
49	—	20	—
		19	50
		6	55

Dans les autres cas, l'expulsion a eu lieu dans un intervalle de temps variant de 40 minutes à 12 heures.

Sur 147 cas Monteiro a trouvé que l'intervalle avait été 5 fois de moins de 5 minutes et:

12 fois de 5 minutes.	6 fois de 55 minutes.	1 fois de 1 h. 40
5	—	2
27	—	5
29	—	1
9	—	1
6	—	12
25	—	1
	8	—
	10	—
	15	—
	20	—
	25	—
	1 heure.	—
	1 h. 10.	—
	40	—
	45	—
	50	—
	55	—
	1 h.	—
	1 h. 15	—
	1 h. 30	—

Les derniers cas où l'intervalle a été aussi long sont exceptionnels; ils concernent des femmes chez lesquelles le premier fœtus mort et momifié avait été expulsé à travers un orifice incomplètement dilaté. Il a fallu un certain temps pour que la dilatation s'achève et devienne insuffisante pour le passage du second fœtus.

2° Accouchement simultané. Dystocie spéciale. — Au lieu de se succéder dans leur passage à travers le bassin, les fœtus peuvent, par leur présence simultanée au détroit supérieur, gêner réciproquement leur engagement et créer de la sorte un cas tout spécial de dystocie.

Les fœtus sont isolés ou adhérents, contenus dans des œufs distincts ou dans une cavité unique.

L'amplitude du bassin maternel, la petitesse du fœtus, dont un seul ne suffit pas à remplir l'excavation pelvienne, ce qui permet au second d'y pénétrer en même temps, le défaut d'accommodation pelvienne du premier fœtus pendant la grossesse, sont autant de causes qui favorisent l'accouchement dystocique.

On a fait jouer également un certain rôle à l'administration de l'ergot de

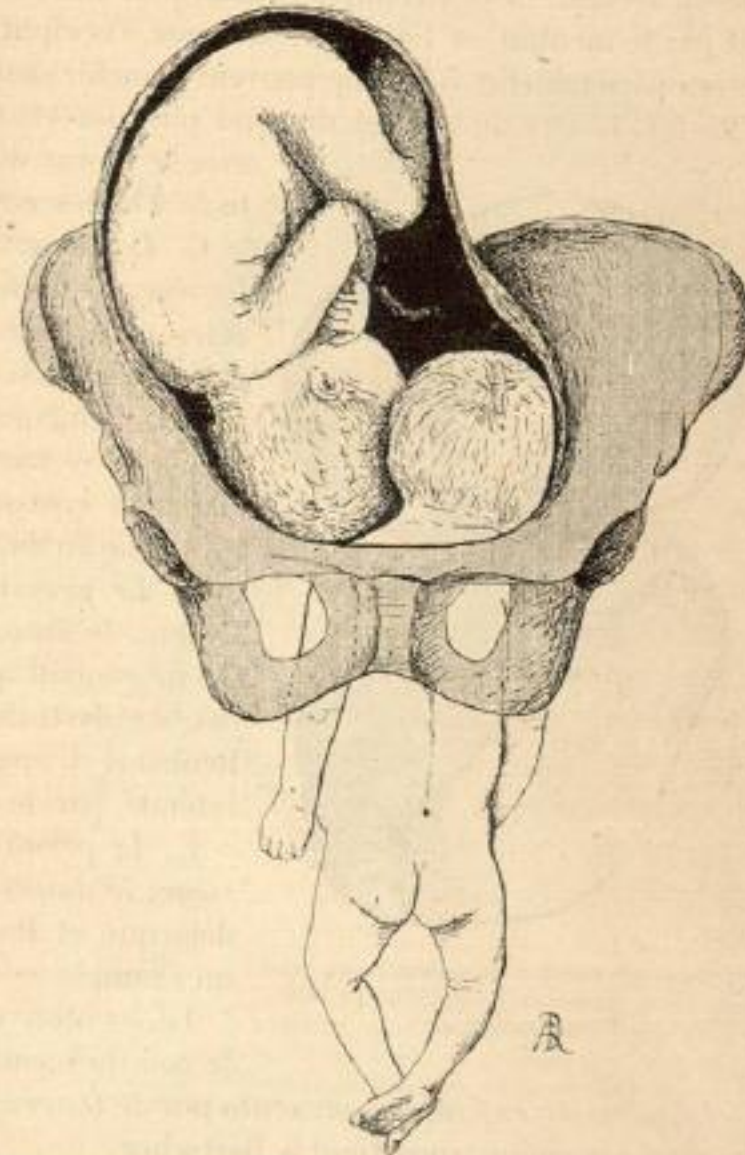


Fig. 516. — Schéma représentant deux fœtus s'engageant en même temps; la tête du premier est arrêtée par la tête du second.

seigle, aux contractions spasmodiques de l'utérus, à une version podalique par manœuvres internes mal conduite (Voakes).

Lorsque les fœtus sont contenus dans deux œufs distincts, la descente du premier peut être arrêtée par l'engagement du second œuf, ainsi que l'ont observé Mauriceau et Smellie.

L'attitude des fœtus détermine le mode d'accrochement des fœtus. Presque tous les cas qu'on peut rencontrer en clinique ont été bien étudiés par Besson¹.

¹ Th. inaug. Paris, 1877.

A. *Les deux fœtus se présentent par le sommet.* — Le premier fœtus s'engage et la tête du deuxième, en rapport avec le cou du premier, pénètre plus ou moins dans l'excavation pelvienne, mais à moins d'être très petits, les deux troncs ne tardent pas à être arrêtés dans leur engagement.

B. *Le premier fœtus se présente par le siège, le second par le sommet.* — Le tronc du premier peut sortir sans difficulté, mais sa tête entraîne la tête du second. Les extrémités céphaliques accrochées, soit par les mentons, soit par le menton et l'occiput, soit par l'occiput et la nuque, soit par la région pariétale (fig. 546), ne peuvent franchir ensemble le détroit supérieur.

Parfois la tête du second descend plus tôt et, en se mettant en rapport avec le thorax du premier, constitue l'obstacle à la descente.

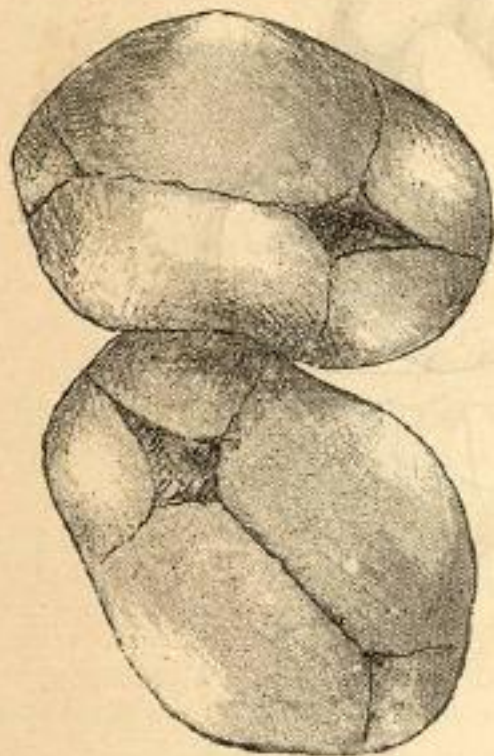


Fig. 547. — Schéma représentant deux têtes de fœtus jumeaux s'engageant en même temps au détroit supérieur.

C. *Les deux fœtus se présentent par le siège.* — Complets, les deux sièges s'arrêteront au détroit supérieur; mais si l'un des deux, ou si tous les deux sont décomplets, l'engagement simultané peut commencer à se faire. Mais le volume progressivement croissant des fœtus met bientôt un terme au mouvement de descente.

D. *Le premier fœtus se présente par la tête, le second par le plan latéral.* — On ne connaît que deux observations de ce cas de dystocie (Morgagni, Solayrès de Renhae). L'épaule du premier enfant est retenue par le cou du second.

E. *Le premier fœtus se présente par le siège, le deuxième par le tronc.* — Baudelocque et Dunal en ont rapporté chacun un exemple.

Le menton du premier est retenu par le cou du second.

Le premier enfant se présente par le tronc, le second par le siège. — Le seul cas connu appartient à Bartscher.

Diagnostic. — Quand le diagnostic de grossesse gémellaire a été fait pendant la grossesse, il n'est pas difficile de soupçonner lorsque, malgré les efforts de la femme et l'intensité des contractions de l'utérus, on voit s'arrêter les progrès de l'accouchement, qu'un des cas de dystocie que nous venons de passer en revue s'est produit.

Si le diagnostic n'a pas été fait d'avance, il faut de suite rechercher la cause de cet arrêt. Rien de plus facile lorsque dans le vagin, à la vulve ou même hors d'elle, on trouve trois ou quatre pieds, mais lorsque les fœtus sont retenus au détroit supérieur, ou lorsque le siège du premier étant à moitié expulsé, il est impossible d'achever son dégagement, on doit se demander s'il s'agit d'un rétrécissement du bassin, d'une hydrocéphalie, d'une tumeur pelvienne jusqu'alors méconnue? Autant d'hypothèses qu'il est possible de faire.

Le toucher digital suffit pour reconnaître l'existence d'un bassin vicie; mais le *toucher manuel* est nécessaire lorsqu'il s'agit de reconnaître l'existence d'un obstacle siégeant au niveau ou au-dessus du détroit supérieur.

Ce n'est qu'en introduisant la main tout entière dans le vagin qu'on pourra se renseigner assez pour intervenir à propos. — Il ne suffit pas, en effet, de savoir qu'il y a grossesse gémellaire, et de constater que l'engagement simultané de deux fœtus dans le bassin cause l'obstacle à l'accouchement, il faut encore, et la main introduite profondément peut seule le faire, reconnaître exactement quel est celui des deux fœtus dont la descente prématurée a causé tout le mal.

Pronostic. — Le pronostic, toujours sérieux, est parfois très grave. Tout dépend, on le conçoit, de la rapidité avec laquelle on établit le diagnostic, de la décision avec laquelle on intervient, et de l'habileté de l'opérateur.

Méconnaître la cause de la dystocie, hésiter à intervenir, ou intervenir aveuglément, c'est s'exposer à voir le pronostic singulièrement s'assombrir.

Traitement. — Avant tout il doit être dirigé en vue de sauvegarder les jours de la parturiente. On s'efforcera, en outre, toutes les fois que cela sera possible, de sauver les deux enfants. Si l'un d'eux a déjà succombé, on lui fera subir les opérations de réduction (*embryotomie céphalique ou rachidienne, éviscération*), souvent indispensables.

Ceci dit en thèse générale, voyons quelle conduite on devra tenir dans chaque cas particulier.

Les deux têtes se présentent-elles en même temps au détroit supérieur, on cherche à en refouler une avec la main. Si l'on n'y parvient pas et si le forceps ne suffit pas à extraire un des fœtus, on pratique la basiotripsie sur la tête la plus engagée.

Si l'on trouve au détroit supérieur les membres inférieurs d'un fœtus accompagnant la tête du second, on cherche à réduire ces membres et à faire, à l'aide du forceps, s'engager cette tête.

Si l'on n'y parvient pas et que la mère soit en danger, on pratique



Fig. 548. — Dessin d'après nature de la tête d'une fille née vivante dans un cas d'accouchement gémellaire dystocique. On voit sur la région temporo-pariétale gauche du premier fœtus l'empreinte laissée par la pression exercée par la bosse frontale droite du deuxième fœtus se présentant par le sommet. (Voy. fig. 546.)

l'extraction du fœtus qui se présente par le siège, jusqu'aux épaules (on ne sera souvent appelé pour intervenir que lorsque les choses seront en cet état), et l'on procède à la décollation. On doit d'autant plus rapidement se décider à cette mutilation que ce fœtus est habituellement déjà mort;

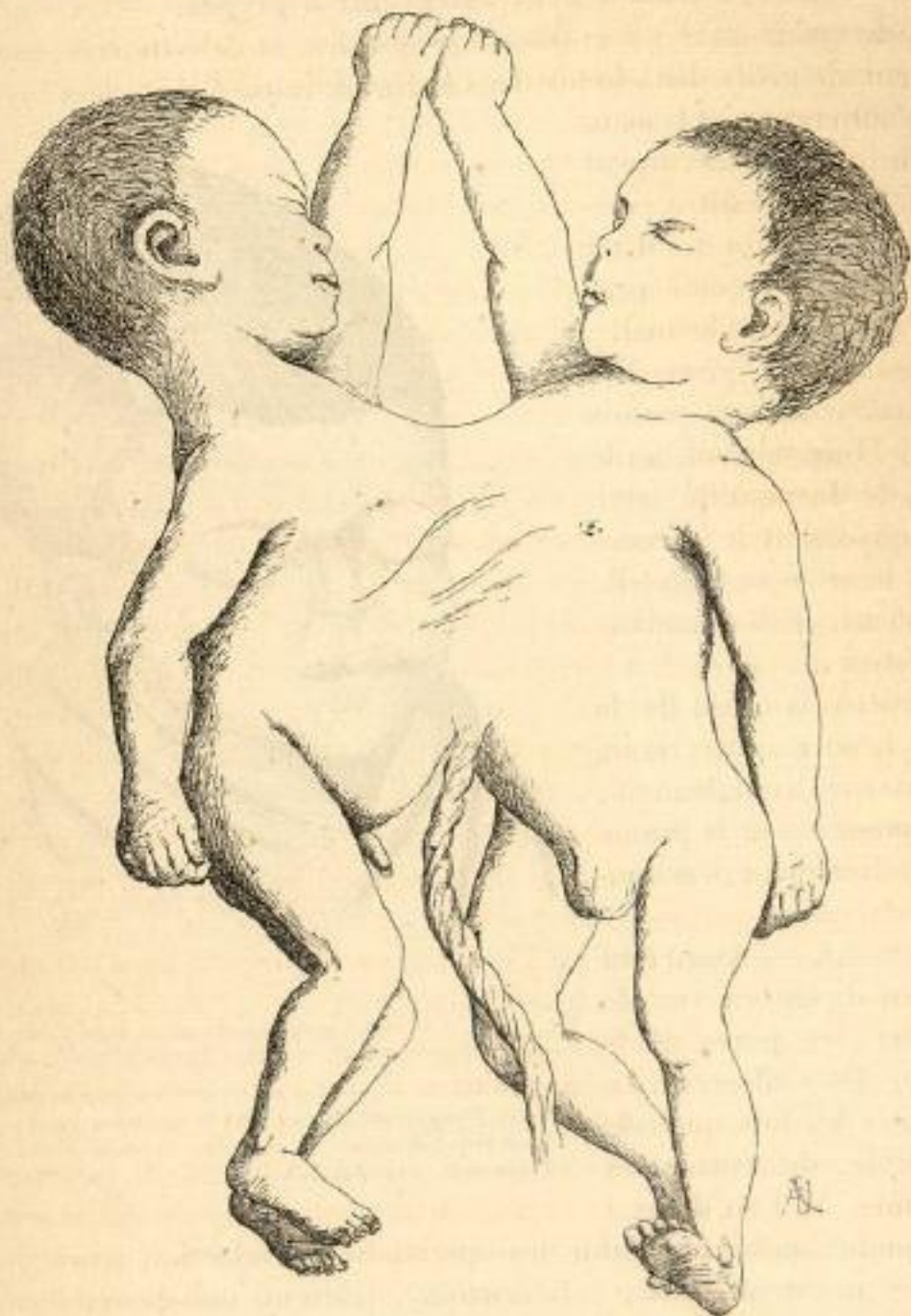


Fig. 549. — Fœtus adhérents au niveau du tronc (d'après nature).

on refoule alors la tête dans l'utérus et l'on pratique l'extraction du second fœtus.

Quand les deux fœtus se présentent par le siège, on cherchera à en réduire un. On se garde bien, si l'on n'y parvient pas, de tirer sur plus d'un membre à la fois. Si les deux troncs sont profondément engagés et enclavés dans le bassin, on relève le fœtus antérieur, et l'on applique le forceps sur la tête du second. Si l'on échoue, on pratique la décollation du fœtus antérieur.

Si l'on se trouvait en présence d'un cas analogue à ceux observés par Mor-

gagni, Solayrès et Bartscher, on devrait pratiquer la décollation du fœtus qui se présente par l'épaule.

Cette opération serait au contraire pratiquée sur le cou du premier enfant, si l'on avait affaire à un cas semblable à ceux qu'ont rapportés Baudelocque et Dunal.

Grossesse gémellaire dans un utérus bicorne. — Gein a rapporté une observation de grossesse gémellaire dans laquelle chaque fœtus occupait une corne de l'utérus.

Il y eut indépendance des contractions utérines pendant le travail, qui fut très lent. On dut faire la version pour l'un et l'autre fœtus.

Fœtus adhérents. — L'adhérence existe au niveau, soit de la tête, soit du siège, soit du tronc (fig. 549). La membrane unissante est d'ordinaire assez souple, non seulement pour permettre aux deux fœtus de ne pas se présenter simultanément, mais pour rendre possible le dégagement complet du premier.

Il peut cependant se faire un engagement simultané de deux régions homogènes, d'autant qu'habituellement la grossesse n'arrive pas à terme.

Le diagnostic n'est fait le plus souvent qu'après la naissance du monstre. On devra donc se comporter comme dans le cas de fœtus isolés. Il est de toute évidence que si par hasard on avait reconnu la monstruosité pendant le travail, on devrait, devant une difficulté sérieuse, moins hésiter encore que dans le cas des fœtus isolés, à employer les moyens de réduction.

Nous renvoyons donc, pour le traitement, à ce que nous avons dit précédemment.

Délivrance. — La délivrance est un temps important de l'accouchement gémellaire; elle nécessite toujours, de la part de l'accoucheur, une attention soutenue et l'oblige parfois à intervenir.

Habituellement la délivrance se fait en une seule fois, après l'expulsion du second fœtus : lorsqu'il n'y a qu'une seule masse placentaire, il en est toujours ainsi. D'après la statistique faite dans le service de Pinard, sur 142 cas on a trouvé 79 fois une masse placentaire unique et 69 fois deux placentas séparés. Le placenta se décolle avec plus ou moins de rapidité suivant que le muscle utérin se contracte plus ou moins énergiquement; en raison de son volume assez considérable, il s'engage lentement et l'accoucheur est assez souvent obligé d'intervenir pour terminer cette extraction.

Lorsqu'il y a deux masses placentaires distinctes réunies par un pont membraneux, la délivrance se fait encore de la même façon; mais il se peut qu'aussitôt après l'expulsion du premier fœtus, le placenta correspondant se décolle et entraîne partiellement le décollement du second placenta, ce qui peut avoir les plus grands inconvénients pour le second fœtus.

Dans les cas exceptionnels où les deux œufs sont complètement séparés, lorsque les deux masses placentaires sont complètement distinctes et qu'il n'y a entre les membranes que des rapports de contiguïté sans rapports de continuité, l'expulsion des deux délivres peut n'avoir lieu qu'après la sortie des deux fœtus; mais on peut aussi observer l'expulsion du placenta du premier fœtus avant la sortie du second fœtus : Monteiro n'a relevé ce fait

que 2 fois sur 164 cas. C'est dans ces cas exceptionnels qu'on a pu voir la grossesse continuer à évoluer pour un seul fœtus, mais ce sont là des faits sur lesquels il ne faut pas compter.

Il est autrement important de se rappeler que dans la délivrance gémellaire, la femme est tout particulièrement exposée à perdre du sang : son utérus se rétracte et se contracte mal, parce qu'il a été surdistendu pendant la grossesse et surmené au cours du travail. En outre, le placenta, même décollé, en raison de son volume exceptionnel, peut tarder à s'engager.

Pronostic. — La grossesse gémellaire est d'un pronostic un peu moins favorable pour la mère et surtout pour les fœtus que la grossesse simple.

La mère a généralement une grossesse plus pénible : les phénomènes sympathiques de la grossesse prennent assez rapidement un caractère pathologique. De plus, les phénomènes de compression se traduisent par de l'œdème des membres inférieurs, des varices et surtout par de l'albuminurie, qui vient singulièrement compliquer cet état. — La femme arrive ainsi au moment du travail, dans de mauvaises conditions, fatiguée par une grossesse pénible ; le surmenage causé par un travail laborieux vient ajouter son action nocive et met ainsi la femme dans des conditions favorables au développement des infections. — Faut-il ajouter que l'hémorragie de la délivrance vient encore débilitier la femme et la mettre davantage en état de réceptivité microbienne ?

Il ne faut cependant pas croire que la femme qui présente une grossesse gémellaire soit beaucoup plus exposée qu'une autre ; elle a besoin d'être surveillée de plus près, d'être soignée très attentivement et surtout elle a besoin d'être mise à un repos complet dès le 6^e ou le 7^e mois ; mais il ne faut pas oublier que surtout chez les multipares et chez les femmes ayant une assez haute stature, la grossesse gémellaire peut évoluer jusque près du terme et même jusqu'à terme sans aucune complication.

Chez ces mêmes femmes, le pronostic pour les deux fœtus n'est guère moins favorable que dans la grossesse simple : une statistique, dressée par Lepage, montre bien cette différence du pronostic pour les jumeaux issus de primipares ou de multipares : sur 18 jumeaux issus de primipares, 10 seulement ont survécu ; sur 58 jumeaux issus de multipares, 4 seulement sont morts. Ces différences tiennent surtout à ce que, chez la primipare, la grossesse gémellaire se termine à une époque assez éloignée du terme : de telle sorte que les fœtus naissent petits, et qu'en raison même de ce faible volume, ils sont assez exposés au cours du travail, qui est long, laborieux.

D'une manière générale le pronostic pour les jumeaux est réservé, parce qu'en raison de la non-accommodation pélvienne les seconds fœtus ont souvent des présentations vicieuses qui nécessitent des interventions.

Conduite à tenir dans la grossesse gémellaire. — Pendant la grossesse, il importe de faire le diagnostic aussitôt que possible ; est-il besoin d'ajouter qu'il ne faut jamais affirmer ce diagnostic qu'autant qu'on en a la certitude absolue ? Une telle affirmation est trop facile à contrôler pour qu'on puisse l'avancer à la légère.

Il importe, lorsqu'on a la certitude de la gémellité, d'en faire part à une ou deux personnes de la famille et de n'en rien dire à la femme, pour qui ce serait une cause de préoccupation. Il faut simplement prévenir la femme que pour une raison quelconque (hydramnios par exemple) l'accouchement pourrait avoir lieu avant le terme et qu'elle doit faire ses préparatifs en conséquence ; on doit lui recommander de prendre le plus de repos possible à partir du 6^e mois.

Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on est autorisé à faire part à la femme de sa fécondité : Lepage a pu ainsi en 1890 rassurer une femme ayant dépassé la trentaine, qui n'avait pas encore d'enfant et qui fut tout heureuse d'apprendre que les troubles si intenses qu'elle présentait au cours de la grossesse étaient dus à la présence de deux fœtus dans la cavité utérine.

Lorsqu'on a fait le diagnostic, il faut surveiller la femme d'assez près et pratiquer l'examen répété des urines, au moins deux fois par semaine, pendant les trois derniers mois de la grossesse.

Pendant le travail, la conduite à tenir ne diffère guère, pendant l'accouchement du premier fœtus, de celle qui est tenue dans l'accouchement simple : tout en se rappelant que pour les raisons que nous avons données l'accouchement est parfois assez long, il ne faut pas, pendant la période d'expulsion, attendre aussi longtemps avant d'intervenir que pour l'accouchement simple ; si, au bout d'une heure et demie ou de deux heures après la dilatation complète, l'accouchement ne se termine pas, il faut procéder à l'extraction du fœtus.

Lorsque le premier fœtus est né, une précaution capitale est de faire la ligature du cordon non seulement du côté du bout ombilical, mais encore du côté du placenta : sans cette précaution, dans le cas rare, il est vrai, où les deux circulations fœtales seraient communes au niveau du placenta, le sang du second fœtus pourrait s'écouler par le cordon coupé du premier fœtus.

Lorsque cette précaution est prise, ou même avant de faire cette double ligature et de pratiquer la section du cordon, il faut s'assurer de la présentation du second fœtus et, si elle n'est pas longitudinale, la transformer en présentation du siège ou mieux en présentation du sommet. L'utérus doit être surveillé avec soin pour voir s'il ne se distend pas.

S'il y a une seconde poche des eaux, deux conduites différentes peuvent être à ce moment tenues, répondant à deux indications différentes :

Les uns, craignant que le second fœtus ne souffre par suite d'un décollement prématuré du placenta, n'attendent guère et rompent les membranes, pour faciliter la descente du second fœtus et son expulsion. Les autres, désirant surtout que l'utérus fatigué reprenne de la tonicité, préfèrent attendre, et ce n'est guère qu'au bout d'une heure, de deux heures, qu'ils interviennent en rompant les membranes. En aucun cas, il ne faut attendre que le col revienne sur lui-même et qu'on ne puisse ainsi terminer l'extraction.

Lorsque le second fœtus est expulsé, il est bon d'attendre un certain temps avant de pratiquer la délivrance, pour permettre à l'utérus de revenir

suffisamment sur lui-même; sans cette précaution, une hémorrhagie abondante peut se produire; mais cette attente n'est rationnelle qu'à la condition de surveiller de près l'utérus, afin de voir s'il se rétracte bien.

Lorsque le moment semble venu de faire la délivrance, c'est-à-dire lorsque le placenta est engagé dans le vagin, comment faut-il procéder? En faisant la délivrance mixte par tractions et par expression, mais comme on ne sait trop sur quel cordon il vaut mieux tirer, on utilise surtout les pressions exercées sur le fond de l'utérus, en prenant en main le cordon qui mène sur la portion du placenta la plus facilement accessible.

Si la femme perd du sang, il faut pratiquer la délivrance artificielle (utérine), et ne pas attendre; car l'hémorrhagie est ici rapidement plus grave que dans l'accouchement simple.

DE LA GROSSESSE TRIPLE

Fréquence. — Les auteurs donnent des chiffres un peu différents pour exprimer la fréquence absolue de la grossesse triple et sa fréquence relative propre à chaque pays.

On trouverait 1 grossesse triple sur 7 910 accouchements d'après Veit; 1 sur 6 209 d'après P. Dubois, dont la statistique porte sur 484 550 accouchements observés en France, en Angleterre et en Allemagne; 1 sur 6 505 d'après Puech. La Russie, d'après ce dernier auteur, est représentée par 1 sur 4 054, l'Irlande par 1 sur 4 995, le Wurtemberg par 1 sur 5 464, la France par 1 sur 8 256.

D'après G. Mirabeau¹, le principal facteur dans l'étiologie des grossesses triples paraît être la fécondité des femmes; la plupart des grossesses triples s'observent chez les multipares et en particulier dans les familles fécondes. L'hérédité se fait sentir du côté de l'homme aussi bien que de la femme, et lorsque cette influence existe chez les conjoints, elle accumule ses effets.

Disposition des œufs. — **Placenta.** Dans plus de la moitié des cas, 27 fois sur 50 cas (Puech), il n'y avait qu'un placenta. Les 25 autres arrièrefaix se composaient 15 fois de 2 placentas et 8 fois seulement de 3 placentas distincts. Dans un cas observé par Ribemont-Dessaignes (fig. 550), il y avait deux placentas. A la masse placentaire la plus volumineuse se trouvait annexé un cotylédon accessoire.

Quand il n'y a qu'un seul placenta, il peut n'exister qu'une seule poche sans cloison, ou au contraire une cloison comme dans certaines grossesses gémeillaires, ou même deux cloisons, de sorte que chaque fœtus est logé dans un œuf distinct.

Avec deux placentas on trouve toujours au moins deux poches. Les deux placentas sont en pareil cas inégaux de volume. Un fœtus répond au petit placenta. Le placenta le plus volumineux est destiné aux deux autres fœtus;

¹ *Deutsche med. Zeit.*, n° 45, 1895.

ces derniers sont, comme pour la grossesse gémeillaire, dans une loge unique ou dans une loge cloisonnée.

A trois placentas séparés répondent toujours trois œufs distincts.

Fœtus. — Les fœtus, rarement à terme, petits en général, sont le plus souvent de sexe différent. Le sexe mâle prédomine toujours. Ces deux propositions découlent des chiffres suivants donnés par Veit.

1 689 accouchements trigémellaires ont fourni :

921 enfants de sexe différent.	{ 501 fois.	{ 2 garçons.
	{ 420 fois.	{ 1 fille.
		{ 2 filles.
		{ 1 garçon.
768 enfants du même sexe.	{ 409 fois.	{ 5 garçons.
	{ 359 fois.	{ 5 filles.

Diagnostic. — Le palper et l'auscultation sont les deux seuls procédés d'exploration qui permettent, le premier surtout, de faire le diagnostic de grossesse triple.

Le développement considérable du ventre dès le cinquième mois, signalé par Dunal, l'œdème des membres inférieurs, l'œdème sus-pubien, conséquence des phénomènes de compression vasculaire, se rencontrent également dans la grossesse gémeillaire, dans l'hydramnios. Ces phénomènes ne sont pas d'ailleurs constants.

Le palper abdominal, souvent très difficile à pratiquer à cause de la tension extrême des parois utérine et abdominale, est pourtant le meilleur moyen d'investigation. Il a permis à Pinard¹ de faire pour la première fois le diagnostic de la grossesse triple pendant la grossesse chez une femme entrée en 1875 à l'hôpital des Cliniques. Cette femme était arrivée au cinquième mois de la grossesse et accoucha sept semaines après.

En 1881, Ribemont-Dessaignes², alors chef de clinique, observa une femme enceinte de sept mois environ et dont l'utérus avait acquis des proportions considérables par suite d'hydramnios. Malgré ces conditions défavorables Ribemont-Dessaignes trouva, en pratiquant le palper, une tête au détroit supérieur, une autre tête au-dessus de la fosse iliaque gauche, et une troisième tête près de la région xiphoidienne; il put faire ainsi le diagnostic de grossesse triple. Le toucher pratiqué ensuite et combiné avec le palper confirma l'indépendance de deux extrémités fœtales perçues dans la région inférieure de l'abdomen. L'auscultation ne lui permit pas, non plus qu'à Depaul, d'entendre plus d'un foyer d'auscultation. Quelques jours après l'entrée de cette femme dans le service, l'accouchement eut lieu. Il y avait trois œufs distincts. Le premier seul contenait une quantité modérée de liquide. Les deux autres étaient fortement hydropiques.

Le 30 octobre 1888, Pinard a de nouveau fait le diagnostic d'une grossesse triple chez une femme entrée à la maternité de Lariboisière: la tension de l'utérus était modérée et la minceur de la paroi utérine permit de con-

¹ *Traité du palper abdominal*, 2^e édition, Paris 1889, p. 189.

² *Id.*, 2^e édition, Paris 1889, p. 191.

stater d'une manière bien nette l'existence de six pôles fœtaux. Des trois foyers d'auscultation, l'un siégeait entre l'épine iliaque gauche et l'ombilic; les deux autres, moins nettement séparables, étaient perçus en haut et à droite, au-dessus de l'ombilic; ils se déplaçaient du reste assez fréquemment. La femme entra en travail le 12 novembre et mourut subitement au cours de la dilatation: les trois enfants furent extraits vivants par Mlle Carrier, sage-femme de garde. Pinard et Varnier ont publié¹ cette observation en y ajoutant la description et les dessins des coupes de l'utérus congelé contenant deux placentas.

Le palper, pratiqué avec méthode, empêche de porter à tort le diagnostic de grossesse triple. Pinard a eu, en 1892, dans son service, une femme

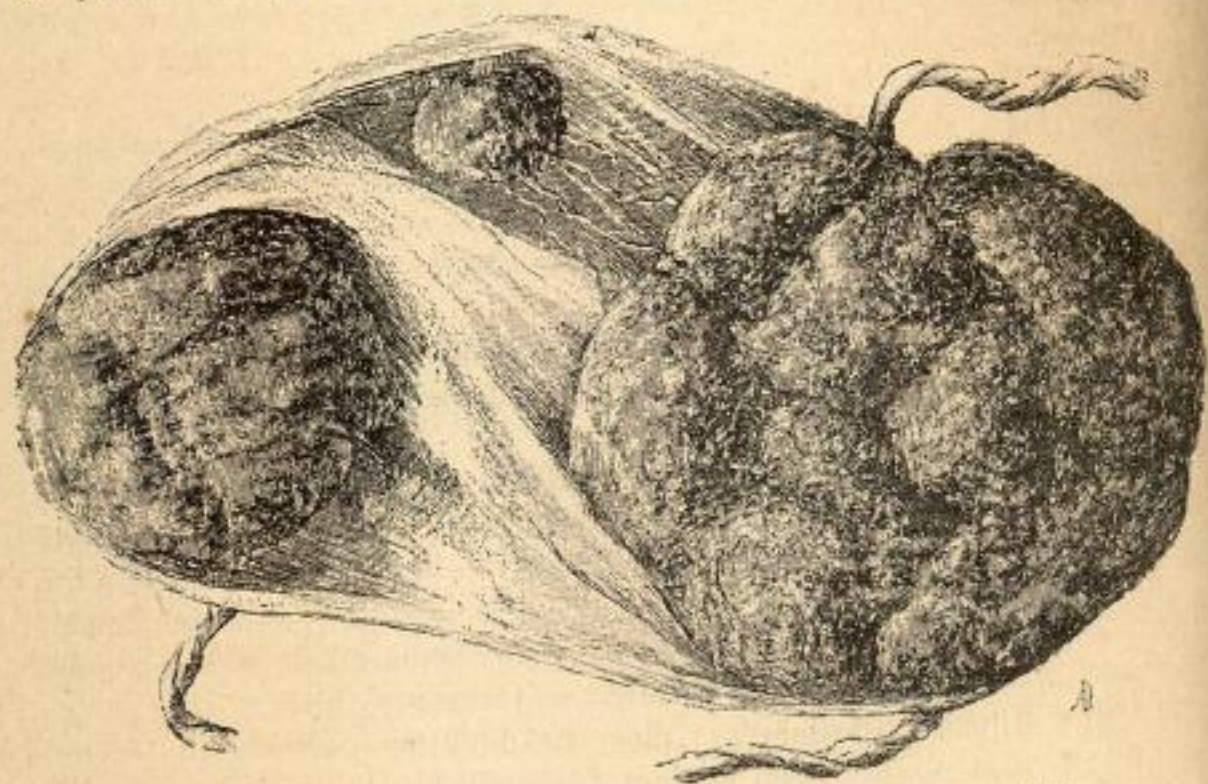


Fig. 550. — Dessin d'après nature représentant le délivre d'une grossesse triple. A la masse placentaire principale aboutissent deux cordons; un seul se rend à l'autre masse placentaire. Il existe à la partie supérieure de la figure un cotylédon accessoire.

chez laquelle le volume de l'utérus était considérable: après des examens multiples, il affirma le diagnostic de grossesse double, mais élimina la grossesse triple, tout en faisant remarquer qu'il y avait quelque chose d'anormal. Cette femme mourut subitement pendant l'accouchement, après l'expulsion d'un premier fœtus; à l'autopsie, on trouva que le fond de l'utérus était occupé par un énorme fibrome ayant presque le volume de celui des deux jumeaux qui avait été expulsé.

L'auscultation a pu permettre à Rausset (de Bordeaux) et à Dunal (de Montpellier) de distinguer trois foyers d'auscultation, à pulsations non isochrones, et de diagnostiquer ainsi une grossesse triple.

Nægele fils a passé pour avoir fait lui aussi le diagnostic avec le stéthoscope; mais il ne fit en réalité que le diagnostic de grossesse gémellaire,

¹ *Études d'anatomie obstétricale*, Paris, G. Steinheil, éd. 1892.

après l'expulsion d'un premier fœtus. Ce ne sera parfois qu'après l'accouchement d'un des enfants qu'on pourra, soit par le palper, soit par l'auscultation ou le toucher, reconnaître la présence de deux autres enfants. Dans quelques cas le troisième enfant n'a été reconnu qu'après la naissance des deux autres.

Les enfants trijumeaux naissent presque toujours avant terme (Puech). Il n'est cependant pas rare, disent Tarnier et Chantreuil, « de voir les trois enfants d'une grossesse triple naître viables et s'élever parfaitement; pour notre part, nous connaissons, à Paris même, quatre exemples de ce genre. » D'après G. Mirabeau, les enfants issus de grossesses triples seraient viables dans la moitié des cas.

Quand un des fœtus succombe pendant la grossesse, il peut être expulsé au bout de peu de temps, tandis que la grossesse continue pour les deux autres: ou bien il est expulsé seulement à terme en même temps que les enfants restés vivants. Lambinon a rapporté une observation dans laquelle après expulsion d'un fœtus vivant pesant 5200 grammes, Mlle Fils, accoucheuse à Verviers, put extraire de l'utérus un premier placenta, puis deux fœtus ratatinés reliés chacun par un cordon mince à un petit placenta unique pour ces deux jumeaux. Ces deux fœtus étaient momifiés et véritablement laminés; comprimés par suite du développement du troisième, ils avaient été complètement aplatis entre celui-ci et les parois de l'utérus.

GROSSESSE QUADRUPLE

Veit lui assigne comme fréquence 1 sur 571 126 grossesses. Il a pu en trouver 56 cas, qui ont donné 25 fois des enfants de sexe différent, et 15 fois des enfants de même sexe. Il y avait 76 garçons et 68 filles.

Le plus habituellement, les enfants naissent avant terme et ne sont pas viables. Cependant une des femmes du paysan russe Wasilew, dont nous avons parlé déjà, eut quatre grossesses quadruples, et les enfants vécurent.

Le diagnostic n'a jamais été fait pendant la grossesse.

GROSSESSE QUINTUPLE

La grossesse quintuple est d'une extrême rareté. Hall (de Manchester), Chambau, Kennedy, Ramsbotham en ont rapporté des exemples.

Il en de même de Galopin, de Mac Clintock, de Every Kennedy; Puech en cite deux cas, dus aux auteurs allemands.

Ribemont-Dessaignes a recueilli de la bouche d'un témoin oculaire, ancien étudiant en médecine et très digne de foi, la relation d'un fait analogue, qu'il eut occasion d'observer à la Louisiane: une négresse mit au monde cinq fœtus de cinq mois environ. Le nègre, père de ces enfants, rempli de frayeur par cette suite surnaturelle de naissances, s'était pendu après la naissance du dernier fœtus.

GROSSESSE SEXTUPLE

Il n'y a guère d'authentique que le fait rapporté par Vassali en 1888 : il s'agit d'une secundipare enceinte de quatre mois, chez laquelle l'utérus présentait le volume d'un utérus à terme avec œdème des membres inférieurs. Vassali, aidé d'un confrère, put extraire successivement six fœtus (4 garçons et 2 filles) qui pesaient ensemble 1750 grammes; le plus gros pesait 505 grammes, le plus petit 240 grammes. Le placenta formait une masse unique, volumineuse, donnant insertion aux six cordons; il fut extrait artificiellement. Les suites de couches furent normales.

SEPTIÈME PARTIE

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

GÉNÉRALITÉS

Nous avons étudié jusqu'à présent la *grossesse physiologique*, celle qui existe chez une femme bien portante et qui évolue d'une manière normale, régulière, sans accident notable ou tout au moins sans incidents assez accusés pour être pathologiques.

Il n'en est pas toujours ainsi; la grossesse peut être *compliquée* de deux manières différentes :

1° La femme enceinte présente une tare pathologique antérieure à la conception, ou est atteinte d'une affection morbide quelconque au cours de la grossesse. Pour prendre deux exemples : une femme tuberculeuse devient enceinte ou bien une femme enceinte est atteinte de fièvre typhoïde. Dans les deux cas il est intéressant de connaître quelle influence la maladie préexistante ou intercurrente va exercer sur la physionomie de la grossesse, et inversement comment la grossesse va retentir sur cet état morbide.

L'étude de ces faits est en réalité celle de la *pathologie (interne et externe) pendant la grossesse* : malgré les nombreux travaux parus dans ces dernières années sur ce sujet, cette étude est loin d'être achevée. Il faut en effet que l'observateur de ces faits soit en même temps un pathologiste sagace et un accoucheur instruit, pour distinguer ce qui appartient en propre à la maladie et ce qui appartient à la grossesse.

De plus, les progrès incessants de la bactériologie ont, sur beaucoup de points, apporté des données nouvelles sur le mode d'action des maladies infectieuses sur l'utérus gravide et sur son contenu. C'est grâce aussi à la bactériologie qu'on a commencé l'étude scientifique des infections à microbes déterminés (staphylocoques, bacterium coli) chez la femme enceinte; au fur et à mesure que les médecins connaissent mieux les différents symptômes produits par tel ou tel microbe pathogène, les accoucheurs peuvent mieux différencier comment les mêmes micro-organismes agissent sur la femme enceinte et quelle peut être leur action ou celle de leurs toxines sur le fœtus.

Nous commencerons par le chapitre de la *pathologie pendant la grossesse*, parce que ce sont souvent les maladies intercurrentes ou préexistantes à la grossesse qui créent les véritables complications de la grossesse, celles