

est un excellent signe de grossesse, qu'il ne prête guère à erreur et qu'il doit être rangé dès lors dans les signes de quasi certitude, sinon de certitude absolue, comme le pensent certains auteurs.

Nous avons dit que pour obtenir le ballottement, il faut que la femme soit debout et que le doigt soit placé dans le cul-de-sac antérieur. Quand la femme est couchée, le ballottement est difficile à sentir, excepté dans les cas de ventre en besace. Il peut être recherché dans le cul-de-sac postérieur, lorsque le col est porté en avant.

Dès que le col est entr'ouvert et que l'orifice interne est perméable, le ballottement est possible par cette voie; sinon ce n'est jamais de ce côté qu'on doit chercher à le percevoir.

Dans les derniers temps de la grossesse et pendant le travail, le toucher donne des renseignements de la plus grande importance; aucun autre mode d'investigation ne peut alors le remplacer; le toucher est devenu indispensable et permet au praticien de suivre toutes les phases de l'accouchement.

Pendant les derniers jours de la grossesse, le toucher fait constater la diminution de longueur du col, puis son effacement.

Dès que l'orifice interne est entr'ouvert, le doigt arrive sur les membranes et peut sentir la partie fœtale, en reconnaître quelques caractères.

Dans beaucoup de cas, on peut même distinguer la partie qui se présente, pendant les 2 derniers mois de la grossesse, par les culs-de-sac et à travers le segment inférieur de l'utérus. Ce diagnostic est d'habitude très facile chez les primipares arrivées au 9^{me} mois; chez elles, en effet, la tête s'engage déjà à ce moment dans le haut de l'excavation; le segment inférieur de l'utérus dont elle est coiffée, est souvent très mince, comme une feuille de papier; de sorte que le doigt n'éprouve pas de difficulté à reconnaître le sommet, les sutures et les fontanelles, ainsi que nous l'avons déjà dit précédemment. Chez les multipares, il n'en est pas de même parce que la tête ne s'engage pas et reste au détroit supérieur jusqu'au moment du travail.

On reconnaît par le toucher que le travail est commencé, chez les primipares, par la dilatation du col; chez les multipares, par l'effacement du bourrelet. Chez les unes et les autres, on constate certaines modifications de l'orifice pendant les contractions; on suit les progrès de la dilatation; on constate les anomalies du col (spasme, tumeurs, etc.); on fait le diagnostic de la présentation et de la position; on sent la poche des eaux, l'insertion vicieuse du placenta, la tumeur séro-sanguine, la descente de la partie fœtale, les procidences, etc., etc. Nous reviendrons, dans des chapitres spéciaux, sur tous les détails que ces différents points comportent. Quant à l'examen des parties dures par le toucher, il sera décrit dans le chapitre consacré à la *pelvimétrie*.

Toucher anal ou rectal.

Ce toucher est plus répugnant et il est rarement employé.

On n'y a recours que dans des circonstances assez rares, ainsi lorsque l'on a un examen à pratiquer chez une vierge et que l'on veut épargner l'hymen, ou bien quand l'hymen est imperforé, ou encore quand il y a atrésie du vagin et que l'on désire s'assurer de la présence ou de l'absence de la matrice (v. *Anomalies des organes génitaux*, p. 97).

On doit encore pratiquer le toucher anal dans les cas de tumeurs de la cloison recto-vaginale et du cul-de-sac de Douglas. Le doigt va constater par là que la tumeur ne vient pas du sacrum, puisqu'elle est en avant du doigt. On peut, en introduisant un doigt dans le vagin et un autre dans l'anus, s'assurer que la tumeur se trouve entre deux.

Toucher utérin, intra-utérin.

Pendant l'accouchement, les doigts qui touchent pénètrent évidemment aussi loin que c'est nécessaire; le col étant effacé et dilaté, les doigts y entrent sans peine et vont plus ou moins haut dans l'utérus. Il en est de même dans l'avortement.

Mais le toucher utérin s'entend plus spécialement des cas où la femme n'est pas enceinte et des cas douteux de grossesse extra-utérine; les premiers rentrent dans la gynécologie, les seconds sont du ressort de l'obstétrique.

Dans ces circonstances, quand on est décidé à pratiquer le toucher intra-utérin, il faut au préalable dilater le col, le rendre perméable, de façon que l'indicateur puisse pénétrer dans la matrice et aller examiner ce qui s'y passe.

Cette dilatation se fait ordinairement à l'aide de tubes de laminaria digitata, de crayons de tupelo, des sacs de Barnes, de cônes d'éponges préparées; on emploie aussi des sondes ou bougies de différents calibres, des bourdonnets de charpie, des pinces à plusieurs branches divergentes; parfois, on est obligé de faire une ou plusieurs incisions.

Nous n'entrerons pas ici dans le détail de ces divers procédés de dilatation; nous dirons seulement que tous exigent les soins antiseptiques les plus minutieux, sinon les plus graves accidents peuvent en être la conséquence.

DES SIGNES DE GROSSESSE RELATIVEMENT A LEUR VALEUR.

Parmi tous les signes de grossesse que nous avons énumérés, les uns ne peuvent que faire présumer la gestation, d'autres la rendent probable, quelques-uns établissent le diagnostic d'une façon certaine. De là vient la division entre les *signes de présomption, de probabilité et de certitude*.

Mais certains auteurs rangent dans les signes de présomption des symptômes que d'autres placent dans les signes de probabilité et

décrivent parmi ces derniers des phénomènes qui sont indiqués ailleurs comme de certitude absolue.

C'est ainsi que M. Tarnier considère tous les signes rationnels ou maternels comme n'ayant qu'une valeur de présomption ; il donne parmi les signes de simple probabilité plusieurs phénomènes sensibles ou fœtaux, tels que le ballottement, le choc fœtal, les mouvements actifs, considérés par la plupart des accoucheurs comme signes de certitude. La vérité est que la valeur de la plupart des signes dépend en grande partie des personnes qui les constatent, de leur habileté, de leur habitude, des soins et des précautions dont ils s'entourent, de la finesse de leurs sens.

Ainsi les doubles battements fœtaux sont considérés par tous les auteurs comme donnant une certitude absolue, ce qui est parfaitement exact ; cependant, il n'est pas rare d'observer des erreurs : certains praticiens n'entendent pas des doubles battements fœtaux parfaitement perceptibles pour d'autres, et croient parfois qu'ils existent alors qu'il n'y a pas de grossesse ou que l'enfant est mort. Des méprises de ce genre ont été signalées, même dans les cliniques obstétricales et dans de grands hôpitaux.

D'un autre côté, quand on veut poser un diagnostic, on ne doit pas considérer chaque signe isolément, mais bien l'ensemble des symptômes. On l'a dit en médecine : *unum signum, nullum signum* (quand il n'y a qu'un seul signe, c'est comme s'il n'y en avait aucun). Il faut associer tous les éléments, faire un tableau complet du cas, puis décider.

Ces réserves faites, nous allons classer les principaux signes, en suivant les trois catégories admises par les auteurs.

A. — Signes rationnels.

Nous rangeons ici, comme M. Tarnier, tous les symptômes venant de la mère, en indiquant la valeur de chacun d'eux.

1. La suppression des règles a une grande valeur, mais à la condition expresse qu'il s'agisse d'une femme bien portante, habituellement bien réglée, non arrivée à l'âge de la ménopause, n'ayant été soumise à aucune cause d'aménorrhée.

Ces circonstances, quoique assez nombreuses, sont assez souvent réunies pour donner dans beaucoup de cas à la suppression des règles une importance notable.

Il faut remarquer cependant que certaines femmes ont encore des écoulements sanguins réguliers, au moins dans les premiers mois de la grossesse. Il faut se rappeler aussi que les causes d'aménorrhée sont bien nombreuses, parfois insignifiantes ou peu apparentes.

Donc la suppression des règles, réduite à la solitude, pourrait

souvent induire en erreur, soit pour avancer qu'une femme est enceinte, soit pour indiquer qu'elle ne l'est pas.

2. Les troubles du système nerveux, changements d'humeur, de caractère, idées bizarres, envies singulières, désirs inexplicables, névralgies, n'ont guère d'importance ; ils se présentent très souvent en dehors de la grossesse et n'existent que chez un petit nombre de femmes enceintes.

3. La coloration violacée de la vulve et du vagin peut manquer pendant la grossesse et se voit parfois dans les jours qui précèdent la menstruation et même dans quelques états morbides. Ce signe n'a donc qu'une importance relative.

4. Les troubles digestifs, nausées, vomissements, appétits bizarres, dépravés, envies diverses, goûts extraordinaires, se produisent souvent à la suite d'une suppression des règles étrangère à la grossesse et dans beaucoup de maladies de l'estomac.

Les nausées et les vomissements bilieux, le matin, à jeun, joints à la disparition des menstrues, ont une valeur réelle pour le diagnostic de la grossesse.

5. Les modifications des seins sont considérées par plusieurs accoucheurs comme des signes très sérieux, spécialement la coloration de l'aréole, la sécrétion de sérosité, le développement des tubercules de Montgomery, le boursoufflement de l'aréole. Mais elles peuvent manquer pendant la grossesse et exister en dehors de la gestation. Les femmes qui ont déjà eu des enfants conservent la plupart de ces changements, de sorte que ceux-ci ne prouvent plus rien du tout. Au contraire, chez les femmes qui n'ont jamais été enceintes, les modifications des seins doivent être prises en considération.

Il faut se rappeler que la coloration de l'aréole diffère selon les femmes. La sécrétion de sérosité peut se faire à la suite de simples excitations du mamelon, peut se présenter dans certaines maladies de l'utérus, persiste parfois des mois et même des années chez les femmes qui ont allaité.

Les tubercules proéminents et l'aréole souflée ont plus de valeur ; selon certains auteurs, quand l'un ou l'autre de ces signes existe chez une femme qui n'a jamais eu d'enfant, la grossesse est très probable.

6. Le développement du ventre n'a évidemment de valeur que s'il vient de l'augmentation de volume de la matrice — nous laissons de côté la grossesse extra-utérine, dont nous parlerons plus tard. — La valeur est d'autant plus grande que cette augmentation se produit avec les caractères indiqués précédemment, c'est-à-dire commence par la partie inférieure et médiane de l'hypogastre, se continue lentement, progressivement, en suivant la marche préfixe bien connue.

Pour le vulgaire, l'augmentation de volume du ventre est un des meilleurs signes de la grossesse. Il est vrai de dire, en effet, que la grossesse est la cause la plus commune de l'augmentation de volume du ventre. Mais il ne faut pas oublier que beaucoup d'autres causes peuvent produire le même résultat : ainsi la distension des intestins par des gaz, la rétention d'urine, l'accumulation de graisse dans les parois du ventre et autour des viscères abdominaux, spécialement sur le grand épiploon et le mésentère ; l'hypertrophie de différents organes, foie, rate, rein ; l'hydropisie ascite amenée par l'une ou l'autre maladie ; les kystes de l'ovaire et autres tumeurs solides ou liquides ; la métrite, les polypes et les fibromes utérins, la physométrie, l'hydrométrie.

Nous devons également rappeler à cette occasion l'augmentation parfois assez considérable de l'utérus à l'époque de la menstruation.

On voit par cette longue énumération que les causes d'augmentation de volume de la matrice et de l'abdomen sont excessivement nombreuses. Il ne faut donc pas s'en laisser imposer par ce signe, trop souvent trompeur, pour croire légèrement à une grossesse, qui peut-être n'existe pas.

Un examen complet et minutieux est indispensable avant que le praticien donne son avis.

7. Le souffle utérin est entendu souvent lorsqu'il y a une tumeur quelconque du bassin, et même dans la simple congestion de l'utérus avec augmentation notable du volume de l'organe. Ce signe n'a donc qu'une valeur minime.

8. Les modifications du col utérin ne sont pas caractéristiques. Le col dur n'exclut pas absolument la grossesse, quoique ce soit fort rare de constater un défaut complet de ramollissement.

D'un autre côté, le ramollissement, la perméabilité, le changement de forme peuvent se présenter chez les femmes atteintes de leucorrhée chronique ou lorsqu'il y a un corps étranger dans la matrice.

9. L'état du corps et du col, constaté par l'examen bimanuel comme nous l'avons indiqué précédemment (page 263) est un bon signe de grossesse.

10. Les signes donnés par l'examen des urines (kystéine, etc.), l'aspect de la face et de la paroi abdominale, l'œdème et les varices des jambes, etc., n'ont qu'une minime valeur au point de vue du diagnostic de la grossesse.

N. B. — Certains signes rationnels acquièrent dans des cas spéciaux une grande valeur ; ainsi des femmes constatent que dès qu'elles sont enceintes, elles ne peuvent plus supporter la viande, ou le vin, ou la bière, ou tel mets, ou telle odeur, ou bien les veines d'une jambe ou des deux jambes gonflent, ou c'est un goût particulier qui se montre, ou c'est l'humeur qui change, etc.

Ce sont là des signes personnels, un véritable *signalement gravidique individuel*, dont il faut tenir grand compte, tout en se rappelant que des erreurs sont très possibles.

B. — Signes de probabilité.

Ce sont des signes sensibles et tous d'origine fœtale, c'est-à-dire que s'ils ne laissent aucun doute sur l'exactitude de la sensation, ils deviennent par le fait même des signes de certitude.

1. Sensation par le palper de parties fœtales. Dans certains cas, la perception est tellement nette qu'aucun doute n'est permis. Mais parfois les parois abdominales sont épaisses, ou tendues, ou sensibles, la femme est indocile, contracte ses muscles, se retire, se remue, les intestins sont distendus, les parois utérines se prêtent mal à l'examen. Dans ces circonstances, on ne sent rien ou l'on sent mal, on peut croire que l'on palpe des parties fœtales, mais on n'oserait donner une affirmation absolue.

Quand il y a un fibrome irrégulier présentant différents lobes de formes diverses, on s'imagine facilement parfois reconnaître certaines parties fœtales, la ressemblance est dans quelques cas tellement frappante que les plus habiles s'y trompent.

C'est pourquoi l'on range la sensation de parties fœtales parmi les signes de grande probabilité, mais non de certitude.

2. La perception de parties fœtales, par le toucher, à travers le segment inférieur de l'utérus, a la même valeur et donne lieu aux mêmes observations.

3. Les mouvements actifs accusés par la mère n'ont qu'une valeur de présomption, car les erreurs sont fréquentes. Sentis par l'accoucheur, ils peuvent être rangés sur le même rang que la perception des parties fœtales. En effet, ils sont parfois simulés par des déplacements de gaz intestinaux ou par des contractions brusques des muscles de l'abdomen. Dans certains cas, ils sont vus et sentis si nettement, sont si nombreux et si bien caractérisés, qu'ils donnent une certitude absolue.

4. Le choc fœtal perçu par l'auscultation n'est pas assez net pour permettre d'affirmer la grossesse. C'est un signe de probabilité seulement.

5. Le ballotement abdominal n'a de même qu'une valeur de simple probabilité.

6. Mais le ballotement vaginal est un signe de quasi certitude, lorsque l'on a pris les précautions indiquées pour éviter les erreurs.

C. — Signes de certitude.

Ils sont peu nombreux et se réduisent à deux, qui présentent une garantie absolue.

1. Les bruits du cœur fœtal ou de souffle ombilical indiquent certai-

nement la présence d'un enfant, mais encore faut-il avoir soin de tâter son poulx et celui de la femme pour constater le défaut d'isochronisme.

2. Quand le col est entr'ouvert, le doigt va directement reconnaître les parties fœtales, tête, siège ou membres. Il n'y a pas de méprise possible.

Remarques sur le diagnostic de la grossesse.

Nous venons de le voir, les moyens d'arriver à affirmer catégoriquement qu'une femme est enceinte se réduisent, en somme, pendant la grossesse, à un seul : les doubles battements fœtaux ; en effet, pour que l'on sente directement les parties par le toucher, le col doit permettre l'introduction du doigt.

Or, ces doubles battements ne sont très nettement perçus qu'à 5 ou 6 mois et pas encore chez toutes les femmes. Si, chez quelques-unes, on peut les entendre entre 4 et 5 mois, chez la plupart ils sont encore, à ce moment, trop faibles ou trop éloignés pour servir de base absolue au diagnostic ; chez certaines femmes, il faut même attendre 7 et 8 mois avant de se prononcer.

Il est certainement regrettable de devoir faire un tel aveu. Le public s'imagine que rien n'est plus aisé que de reconnaître la grossesse et taxerait, sans aucun doute, d'ignorant, le praticien qui refuserait de donner un avis formel avant 5 ou 6 mois de gestation. Nous devons bien cependant nous tenir, jusqu'à cette époque, sur une prudente réserve et trouver, à l'occasion, une formule assez large qui nous offre une échappatoire, en ne compromettant ni notre responsabilité, ni notre dignité.

Dans la clientèle ordinaire, on n'a que bien rarement l'occasion d'être appelé pour poser un diagnostic *absolu* de grossesse, c'est-à-dire après 4 1/2 mois. Les femmes viennent consulter avant cette époque et les signes de certitude n'existent pas encore ; les signes de probabilité sont même peu nombreux et peu marqués. Dès que ces femmes ont senti les mouvements, elles savent à quoi s'en tenir et trouvent complètement inutile de se faire examiner.

Quand donc on est appelé plus tard, c'est qu'il s'agit d'un cas douteux, difficile, prêtant à erreur.

Voici les conclusions que nous croyons pouvoir tirer de tout ce qui précède :

1° Dans les circonstances où le praticien est appelé à se prononcer, le diagnostic certain de la grossesse présente toujours de sérieuses difficultés ;

2° Il ne faut jamais considérer la question comme simple, ni donner son avis après un examen incomplet, rapide, superficiel ;

3° Il faut s'habituer à toujours examiner avec attention, à passer en revue tous les détails, à scruter tous les symptômes ;

4° Il faut, dans cet examen, suivre une marche méthodique, avoir recours successivement à tous les procédés d'investigation, en commençant par l'interrogatoire et en terminant par le toucher ;

5° Si l'on agit ainsi dans toutes les circonstances, sans exception, on acquerra une grande habileté pour les cas douteux, difficiles, et l'on ne risquera pas de tomber dans des erreurs grossières, très préjudiciables à la réputation du praticien qui les commet ;

6° Dans le doute, on s'abstient ; on demande à examiner de nouveau quinze jours plus tard et, s'il le faut, on attend encore et l'on arrive au moment où les signes sont bien caractérisés ;

7° S'il y a doute et qu'une détermination doive être prise par le fait d'une maladie ou d'un accident quelconque, on agit comme si la grossesse était démontrée ; on n'a donc recours à aucun moyen capable de nuire à l'enfant, de provoquer son expulsion, que si les circonstances sont assez graves pour compromettre la vie de la femme ; au besoin, on a recours au chloroforme ;

8° Il faut juger non pas sur un seul signe, mais sur l'ensemble des symptômes ; il faut les combiner, les contrôler les uns par les autres. On peut arriver ainsi à un ensemble de preuves concordantes, qui prises chacune isolément n'ont qu'une valeur secondaire, mais par leur assemblage équivalent à la certitude et permettent d'affirmer, autant qu'on le peut en médecine.

Prenons comme exemple le cas peut-être le plus fréquent : une femme de 18 à 30 ans, bien portante, toujours parfaitement menstruée, n'ayant jamais eu d'enfant, n'a plus eu ses règles depuis 3 mois environ ; depuis lors, elle a des pertes blanches plus ou moins abondantes ; elle avait toujours eu un bon estomac, mais dans ces derniers temps, elle a eu des troubles digestifs ; elle a eu surtout des nausées, des vomissements le matin, parfois pendant la journée, mais presque jamais elle n'a vomi d'aliments, « c'était un peu d'eau ou de bile » ; la constipation est ordinaire, il y a des jours cependant où plusieurs selles liquides arrivent ; il n'est pas rare que la femme se plaigne de douleur dans le ventre, dans les reins, ou de quelques-uns des troubles dont nous avons parlé. Si c'est une femme mariée, elle espère bien être enceinte et ne cherche aucune autre explication ; si c'est une jeune fille, elle s'ingénie d'habitude à trouver une cause banale à la suppression (peur, fatigue, travail, refroidissement, etc., etc.) ; ce dernier cas est évidemment le plus délicat, celui qui exige le plus d'adresse, d'habitude. Il faut alors examiner la matrice par le palper combiné au toucher. Si l'on trouve le vagin un peu chaud et lubrifié, le col légèrement ramolli à sa pointe, l'utérus lourd, augmenté de volume, rénitent ou plus ou moins mou, gros comme une orange environ, le doute ne sera pour ainsi dire pas permis : il n'y a que des signes de

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

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

DIAGNOSTIC DE L'ÂGE DE LA GROSSESSE.

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

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

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

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

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

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

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

GROSSESSES MULTIPLES.

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

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

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

Grossesse gémellaire.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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