

ou secondaires le gonflement des seins, le développement du mamelon et de son aréole, les vergetures des parois abdominales, la coloration de la peau sur certaines parties du corps, les nausées, les vomissements, la perte de l'appétit ou la bizarrerie des goûts, l'état de langueur et de tristesse, etc.

Le gonflement des seins, la formation des mamelons, le développement, la coloration plus foncée de leur aréole, la sécrétion d'une lymphe plus ou moins laiteuse, sont des phénomènes ordinaires pendant la grossesse; mais ils se manifestent à une époque plus ou moins avancée, et ils ne disparaissent pas après l'accouchement; ils prouveraient donc tout au plus, s'il n'y avait pas quelques-uns des signes essentiels dont nous venons de parler, que la femme a été enceinte, mais non qu'elle l'est actuellement. Souvent, d'ailleurs, on ne les observe pas chez les femmes qui continuent d'être réglées; souvent aussi, dans les cas de suppression des règles ou de distension de l'utérus par toute autre cause que la présence d'un fœtus, ce développement et cette sécrétion ont lieu comme dans la grossesse; souvent même des suctions répétées peuvent rétablir la sécrétion du lait chez les femmes qui ne sont pas actuellement enceintes, mais qui ont eu précédemment des enfants.

Les vergetures des parois abdominales, espèces de cicatrices résultant de la déchirure du réseau muqueux sous-cutané trop distendu, ne manquent pas ordinairement dans la grossesse avancée, mais elles ne peuvent servir au diagnostic d'une grossesse commençante, et elles pourraient provenir d'une distension produite par toute autre cause que la grossesse. Lorsqu'une fois elles ont existé, elles persistent et pourraient faire croire à une grossesse actuelle. Les éphélides ou taches au front, au cou ou sur toute autre partie, ainsi que la strie foncée qu'on observe souvent sur la ligne médiane de l'abdomen, manquent souvent chez les femmes enceintes; elles existent souvent chez des femmes qui ne le sont pas.

La perte de l'appétit, les nausées, les appétits bizarres, les spasmes nerveux, etc., méritent peu d'attention, puisque les dérangements des menstrues, la chlorose, l'hystérie et presque toutes les maladies de l'utérus les produisent également.

Les auteurs allemands ont mis au nombre des signes accessoires qui méritent d'être pris en considération la turgescence des grandes lèvres, du vagin, celle du col de l'utérus (Hohl), l'élévation de température du vagin (Stein), parfois la vaginite, l'odeur du mucus vaginal (Pallender), le pouls vaginal (Osiauder jeune) (1); mais tous ces signes n'ont rien de caractéristique et n'ont de valeur que par la concurrence avec les signes précédents; ainsi qu'il est aisé de le comprendre.

*Conclusions.* — 1° Le diagnostic de la grossesse est extrêmement incertain pendant les trois ou quatre premiers mois; mais cette certitude peut être acquise vers le sixième.

2° Les signes fournis par l'auscultation sont les plus concluants; mais telle peut être la position de l'enfant, qu'il soit difficile de percevoir les pulsations fœtales ou placentaires. Les mouvements actifs et passifs du fœtus sont, après les pulsations fœtales, ceux qui méritent le plus de confiance. Tous les autres signes dits rationnels corroborent utilement le diagnostic, mais seraient par eux-mêmes complètement insuffisants.

(1) M. Crédé (*Clinique d'accouchements*, Berlin, 1854) a recommandé ce moyen de diagnostic, et affirme avoir trouvé très-notablement le pouls en explorant les artères de la partie antérieure du vagin et des lèvres du col.

Le médecin appelé à constater une grossesse devra donc s'enquérir d'abord de l'état de la menstruation, si elle a lieu ou si elle est supprimée, de quelle époque date cette suppression, si elle a été précédée de quelques irrégularités, à quelle époque le ventre a commencé à se développer, quel est l'état des seins, s'ils ont plus de volume qu'à l'ordinaire, s'ils sécrètent un fluide laiteux, etc. — Si la femme a intérêt à se dire enceinte, elle ne manquera pas de donner des détails très-circonstanciés sur ces divers signes généraux; si, au contraire, elle a intérêt à cacher son état de grossesse, elle dira n'en éprouver aucun; mais dans l'un comme dans l'autre cas, le médecin, attentif à ses réponses, aura la plupart du temps occasion de démêler la vérité. — Après avoir ainsi provoqué les explications propres à l'éclairer, le médecin fera sentir la nécessité de procéder à l'exploration de l'abdomen et de l'utérus. La femme étant couchée, la tête élevée, les jambes demi-fléchies et écartées, il palpera d'abord l'abdomen pour en constater le volume et rechercher (dans le cas où la grossesse serait assez avancée) s'il sent les mouvements actifs du fœtus. Pour constater le volume de l'utérus et l'état de l'orifice utérin, il introduira un doigt dans le vagin, et comprimera en même temps successivement les divers points de la région hypogastrique. Ensuite, à l'aide du stéthoscope, il auscultera les pulsations fœtales et placentaires, qu'il recherchera sur divers points de l'abdomen, s'il ne les trouve pas au lieu où on les rencontre le plus communément. Pour ausculter les pulsations fœtales, il emploiera le stéthoscope avec l'embout; pour ausculter les pulsations placentaires, il supprimera cette dernière partie de l'instrument. Enfin il constatera les mouvements passifs, ainsi que nous l'avons dit page 198.

Si la grossesse est trop peu avancée, il demandera un délai suffisant pour renouveler plusieurs fois ses recherches; il continuera d'observer le gonflement du ventre et les autres signes; il s'assurera, en faisant exercer une surveillance attentive, si la femme intéressée à se dire enceinte ne soustrait pas des linges qui attesteraient le retour périodique des menstrues; ou si, au contraire, ayant intérêt à celer sa grossesse, elle ne simule pas une menstruation qui n'existerait pas réellement.

Ce n'est jamais qu'avec une très-grande circonspection qu'il se prononcera négativement, puisque l'on a de nombreux exemples de grossesses méconnues jusqu'au moment de l'accouchement, et que sa décision peut avoir de funestes conséquences. En 1846, la fille Embarka, accusée d'empoisonnement, se disait enceinte; elle fut soumise à l'examen du médecin, qui conclut, après l'avoir visitée pendant vingt jours, qu'elle ne l'était pas: trois mois après, elle accoucha d'un enfant à terme et très-bien portant. (*Gaz. des Trib.*, 7 janv. 1847). — Nous rapporterons à l'article de la suppression d'enfant un exemple curieux des erreurs qui peuvent quelquefois se commettre à ce sujet (Nancy, 18 janv. 1869). Mais lorsque l'auscultation fœtale et placentaire et les mouvements actifs et passifs du fœtus fourniront au médecin des indices concordants, il déclarera la grossesse indubitable; il pourra également la tenir pour constante lors même qu'il ne découvrira que les pulsations fœtales: son opinion affirmative devra être exprimée avec plus de réserve si elle n'est fondée que sur les mouvements actifs et passifs. Au moyen de ces signes, il peut constater l'existence de la grossesse; mais il ne saurait, dans tous les cas, déterminer que d'une manière approximative la date de la conception, attendu les nombreuses variations que nous avons indiquées.

En général, lorsqu'ils connaissent la date de la dernière menstruation, les accoucheurs supposent approximativement que la conception a eu lieu du

dixième au quinzième jour suivant. Mais ce calcul, qui ne tire point à conséquence dans les circonstances ordinaires, est inadmissible lorsqu'il s'agit de constater la date d'une grossesse dans une instruction judiciaire, puisqu'il n'est pas rare que des femmes continuent de *voir* pendant les deux ou trois premiers mois de leur grossesse, comme aussi il peut très-bien arriver qu'une femme ait eu une suppression accidentelle pendant un ou deux mois avant de devenir enceinte. A défaut de données précises, il faut prendre en considération, pour déterminer autant que possible la date de la conception, les mouvements actifs du fœtus qui se font sentir, ainsi que nous l'avons dit, du quatrième au cinquième mois; les mouvements passifs (le ballotement), qu'on ne peut bien constater que dans le courant du cinquième mois; et les pulsations fœtales ou placentaires, qu'on entend à l'aide du stéthoscope du troisième au septième mois, suivant la position, le volume et le degré de vigueur du fœtus, etc. Enfin il faut aussi considérer quel est le degré de développement de l'abdomen et le volume de l'utérus, en se rappelant que, dès que le ventre commence à se développer, l'ombilic devient moins enfoncé; que bientôt il est de niveau avec la surface abdominale; que, du troisième au quatrième mois, il commence à faire une saillie de plus en plus proéminente; que la partie la plus élevée de l'utérus, son fond, contenu dans le bassin pendant les trois premiers mois, se trouve à trois mois au niveau du détroit supérieur; qu'à quatre, on peut le sentir dans la région hypogastrique; à cinq, à la partie inférieure de la région ombilicale; à six, au niveau de l'ombilic; à sept, à la partie supérieure de cette région; à huit, dans l'épigastre; et qu'à neuf, il se maintient à cette dernière hauteur, ou même il redescend un peu, la tête du fœtus s'engageant dans l'excavation pelvienne.

Nous nous sommes occupés jusqu'ici de la constatation de la grossesse chez la femme vivante; chez une femme décédée ou privée de la vie par un crime ou par un accident quelconque, l'autopsie mettrait à même de vérifier d'abord si elle est enceinte, et l'examen anatomique du fœtus ferait ensuite connaître la date de la conception (Voy. article V, *De l'avortement*).

§ II. — De la grossesse composée, de la grossesse compliquée, de la grossesse extra-utérine et des affections malades qui peuvent simuler la grossesse.

Quelquefois la matrice contient deux fœtus (*grossesse composée*); quelquefois aussi l'état de grossesse se complique d'une affection pathologique de l'utérus: une femme enceinte peut être affectée, par exemple, d'une hydropisie utérine, d'hydatides, d'un polype (*grossesse compliquée*). — Il peut arriver qu'au lieu d'être contenu dans la cavité de la matrice, le fœtus se soit développé hors de cet organe (*grossesse extra-utérine*), soit dans l'épaisseur de ses parois (*grossesse interstitielle*), soit dans une des trompes (*grossesse tubaire*), soit dans un des ovaires (*grossesse ovarienne*), soit même dans l'abdomen (*grossesse ventrale*).

I. Les signes de la *grossesse composée* sont les mêmes que ceux de la grossesse ordinaire: de même que dans celle-ci, les mouvements actifs et passifs des fœtus et les pulsations fœtales et placentaires sont les seuls qui aient une importance réelle. Mais si ces mouvements des deux fœtus sont quelquefois (surtout pendant les cinquième et sixième mois) plus sensibles, plus tumultueux que ne le seraient ceux d'un seul, souvent aussi le défaut d'espace empêche ces fœtus d'exécuter des mouvements aussi étendus que lorsque la

matrice n'en contient qu'un, et le diagnostic n'en devient que plus difficile. L'auscultation médiate est encore, dans ce cas, le principal moyen de diagnostic; elle peut constater, non-seulement la présence, mais aussi le nombre des fœtus, en constatant les doubles pulsations dans plusieurs points de l'abdomen.

II. La *grossesse compliquée* ne peut donner lieu, sous le rapport médico-légal, à aucune considération particulière. La complication a seulement l'inconvénient de rendre encore plus obscurs et plus incertains les signes caractéristiques de la grossesse.

III. De même dans les *grossesses extra-utérines*, les phénomènes sont ordinairement tellement variables, tellement équivoques, que le médecin ne parvient presque jamais à constater la présence du fœtus, encore moins à constater le *siège* de la grossesse. Le plus communément, il y a, comme dans la grossesse ordinaire, suppression des règles, et, plus tard, gonflement des seins, sécrétion du lait, etc.; mais rarement l'utérus se développe comme nous l'avons indiqué; et l'abdomen, au lieu d'augmenter de volume d'une manière uniforme et régulière, ne présente ordinairement qu'une tumeur beaucoup plus prononcée d'un côté que de l'autre. L'existence de cette tumeur, sans augmentation ou avec peu d'augmentation de volume de l'utérus, les battements du cœur du fœtus perçus à l'aide du stéthoscope, et la coïncidence des signes généraux de la grossesse, sont donc les seules bases sur lesquelles on puisse établir un diagnostic. Il peut arriver que l'on sente les mouvements actifs; mais, le plus ordinairement, ils sont trop gênés, trop comprimés, pour ainsi dire, par les organes au milieu desquels le fœtus est logé, pour qu'on parvienne à les constater. Quant aux mouvements passifs, au ballotement, ils ne peuvent exister, puisque le fœtus n'est pas, comme dans la grossesse ordinaire, au milieu d'un liquide dans lequel il se meurt.

A l'occasion de ces grossesses contre nature, nous devons signaler des exemples, aujourd'hui assez nombreux et bien avérés, d'individus qui sont nés et qui ont vécu plus ou moins longtemps, renfermant en eux-mêmes des fœtus avortés ou des rudiments de fœtus, qui, vraisemblablement, avaient été conçus en même temps qu'eux, et qu'une inexplicable anomalie avait, pour ainsi dire, enlavrés dans leurs organes. Ne pourrait-il pas arriver, dans certains cas, qu'un fait de ce genre en imposât pour une grossesse extra-utérine?

Amédée Bissieu se plaignait depuis longtemps de douleurs et de gonflement dans le côté gauche de l'abdomen: il éprouve de la fièvre, la tuméfaction augmente progressivement; au bout de trois ou quatre mois, il rend, dans une selle, un peloton de poils. Il meurt phthisique à l'âge de quatorze ans, et, à l'ouverture du corps, on trouve dans l'abdomen une masse organisée, dans laquelle on distingue, non-seulement les divers os dont se compose la charpente animale, mais aussi un cerveau, une moelle épinière, des nerfs, des muscles, etc. La Société de l'École de médecine, sur le rapport détaillé que lui fit Dupuytren, pensa qu'il y avait eu chez la mère du jeune Bissieu une conception double; que des deux fœtus jumeaux, l'un s'était trouvé, pour ainsi dire, enclavé dans l'autre et avait été nourri par lui. — Supposons une jeune fille à la place d'Amédée Bissieu; il y a tout lieu de croire que l'on aurait attribué l'existence de ce fœtus à une grossesse extra-utérine; et que, méconnaissant cette étrange bizarrerie de la nature, on aurait tenu pour avéré que la jeune fille avait enfreint les lois de la chasteté. La supposition que nous faisons ici peut se réaliser avec des circonstances plus singulières encore, s'il est vrai qu'une femme des environs de Naumbourg soit accouchée d'une fille qui, elle-même, se débarrassa d'un petit fœtus quelques jours après sa naissance.

Tout en révoquant en doute cette dernière assertion, concluons du moins du fait précédent qu'il ne faut prononcer qu'avec une extrême circonspection sur la réalité d'une grossesse extra-utérine, et que, dans ce cas bien plus encore que dans les autres questions relatives à la grossesse, l'homme de l'art est le plus souvent réduit à s'abstenir d'énoncer une opinion décisive.

IV. *Des fausses grossesses.* — Diverses affections plus ou moins graves peuvent simuler la grossesse au point d'en imposer aux praticiens les plus instruits : une môle, des hydatides, de l'air, du sang, des mucosités qui distendent l'utérus, l'hydropisie, les polypes ou les corps fibreux de cet organe, des maladies de l'ovaire, une foule d'affections des viscères abdominaux, constituent autant d'espèces de *fausses grossesses*, de *grossesses apparentes*. Ces affections coïncident souvent avec la suppression des règles, et cette suppression suffit, comme nous l'avons dit, pour produire divers phénomènes analogues à ceux de la grossesse ordinaire : l'abdomen augmente de volume, les seins se gonflent ; il y a des dégoûts, des nausées, des vomissements, parfois des appétits bizarres, et quelquefois même la femme finit par éprouver des douleurs qui semblent annoncer un prochain accouchement.

Dans un couvent près de Toulouse, trois religieuses voient le volume de leur ventre grossir assez rapidement sans aucune indisposition préalable. On soupçonne leur chasteté ; on invoque les lumières de la médecine, et, les avis étant partagés, un accoucheur renommé est chargé de prononcer en dernier ressort : il les déclare enceintes. Quelques mois après, lorsque ces religieuses avaient déjà dépassé toutes trois le terme ordinaire de la gestation, l'une d'elles meurt, et l'on reconnaît que le volume du ventre dépend d'une *hydropisie enkystée des ovaires*.

Les seules maladies qui puissent effectivement simuler la grossesse, sont les kystes de l'ovaire et les corps fibreux interstitiels de l'utérus.

C'est à tort que l'on parle toujours, à propos des fausses grossesses, de ces grossesses nerveuses et de ces tympanites intestinales qui ont donné lieu à des méprises : ces méprises ne résistent pas à un examen sérieux.

On serait plus facilement induit en erreur par une hydropisie de la matrice ; mais l'hydromètre, comme on l'appelle, est une lésion extrêmement rare : la pratique ne repose pas sur des exceptions ; avec de l'attention l'erreur est d'ailleurs impossible.

Ainsi, en général, l'ascite, l'hydromètre, l'hydropisie enkystée de l'abdomen, les squirrhes de l'utérus ou des ovaires, en imposent rarement pour une grossesse, car il y a toujours absence des signes essentiels (des mouvements actifs et passifs et des pulsations fœtales).

Quelquefois encore la matrice peut contenir ou une *môle*, résidu informe d'un embryon détruit, ou une *fausse môle*, qui n'est autre chose qu'une concrétion sanguine résultant de la rétention et de l'accumulation du sang menstruel. Dans l'un et dans l'autre cas, c'est encore sur l'absence des signes caractéristiques de la grossesse que l'on se fondera pour établir l'absence d'une grossesse ordinaire ; et ce n'est qu'après l'expulsion du corps contenu dans l'utérus qu'on pourra en distinguer la nature, distinction qui est d'une bien grande importance, puisque la *fausse môle* exclut toute prévention de grossesse, et que, bien qu'elle présente parfois quelque apparence d'organisation, ce n'est qu'une concrétion sanguine ou quelquefois un corps charnu ou fibreux, ou un polype sarcomateux, tantôt adhérent aux parois de l'utérus, tantôt libre dans sa cavité par suite de la rupture de son pédicule.

La *vraie môle*, la *môle légitime*, selon l'expression de Morgagni, formée sous

l'influence de la fécondation, peut se présenter sous trois formes différentes : — Si la destruction de l'embryon a eu lieu dans le cours du premier mois (et il suffit souvent alors d'une secousse, d'une chute ou d'une émotion vive), la *môle* ou *faux germe* est une poche ovoïde et transparente dont les parois sont formées par la membrane amnios et sur laquelle on peut déjà reconnaître la membrane caduque et le chorion. Cette *poche est remplie d'eau*, et parfois des filaments flottants dans sa cavité semblent être des restes du cordon ombilical ; ou bien quelques petits corps charnus, informes et morbides, occupent le lieu où sans doute ce cordon était implanté. Souvent aussi la coque, dans laquelle sont contenues les eaux de l'amnios, a une assez grande épaisseur et une compacité qu'elle doit au sang dont sont pénétrés le tissu feutré de la membrane caduque et les villosités du chorion. — Si ce faux germe, qui ordinairement ne séjourne guère au delà de deux ou trois mois dans la matrice, y reste plus longtemps et s'y nourrit du sang destiné au fœtus, les caillots combinés avec le tissu placentaire du chorion et de la caduque, c'est-à-dire avec les éléments du placenta, prennent une organisation à peu près pareille à celle du placenta lui-même : il en résulte une *môle charnue*, dont le séjour dans l'utérus peut persister au delà d'une grossesse normale. Les enveloppes de l'œuf acquièrent alors une consistance et une épaisseur extraordinaires ; et, selon qu'elle est plus ou moins promptement expulsée, tantôt cette *môle charnue* est *creuse*, sa cavité est lisse et remplie d'eau, sa surface externe est fongueuse, inégale, parfois lobée ou anguleuse, plus ordinairement arrondie ou ovoïde, quelquefois recouverte d'une croûte calcaire ; son volume varie depuis celui d'un gros œuf jusqu'à celui d'un fœtus à terme ; tantôt la *môle charnue* est *compacte*, soit que l'oblitération de la cavité centrale résulte de l'absorption du liquide amniotique, soit qu'une crevasse ait livré passage à ce liquide. Les secondines restant alors adhérentes à la face interne de la matrice et s'y hypertrophiant en proportion du temps qu'elles y passent, constituent une masse plus irrégulière encore que dans le cas précédent et ordinairement plus considérable, présentant un tissu filamenteux ou spongieux comme celui du placenta, ou bien une texture charnue d'aspect parenchymateux, quelquefois des caillots fibrineux ou cruoriques, quelquefois aussi des restes de fœtus qui s'y sont incorporés ou qui n'y tiennent que par des adhérences extérieures. — La *môle hydatique* ou *môle vésiculaire* est également le résultat d'une conception ; elle a son siège immédiat et son principe dans les rudiments d'un placenta : c'est la dégénérescence du placenta qui a entraîné la destruction de l'œuf. Tantôt la môle hydatique est une masse qui offre dans une certaine étendue de sa surface correspondant au placenta, ou sur toute sa périphérie, un nombre plus ou moins considérable de vésicules séparées par de simples membranes ou par une couche plus ou moins épaisse, d'une cavité intérieure contenant, avec ou sans liquide, des parties reconnaissables d'un fœtus ; d'autres fois, on ne rencontre dans cette cavité qu'un liquide dans lequel l'embryon, mort de bonne heure, s'est dissous, et où flotte encore quelquefois un petit filet, qui est un débris du cordon ombilical ; d'autres fois aussi, la cavité formée par l'amnios n'existe plus, mais on rencontre, au centre de la tumeur, un tissu mou, jaunâtre, granuleux et spongieux tout à la fois. Tantôt la môle hydatique consiste en un grand nombre de grappes vésiculaires et pédiculées, unies par des filaments qui se rendent à une masse rougeâtre qui a encore quelque ressemblance avec un placenta.

*Conclusions.* — Lorsqu'une masse plus ou moins volumineuse, ayant quelque apparence charnue, aura été expulsée par le vagin, on devra chercher si cette masse est une simple concrétion sanguine ou une vraie môle. On la placera dans

un vase, et l'on y projettera de l'eau à diverses reprises avec une petite seringue, afin de détacher et de séparer les caillots; on évitera surtout de la comprimer et de la distendre entre les doigts, ou de la remuer avec un instrument qui puisse la couper ou la déchirer. Si l'on trouvait au centre de la masse *une cavité tapissée par une membrane séreuse*, on pourrait en conclure que c'est une vraie môle, qu'il y a eu conception, mais que l'embryon a été détruit à une époque assez rapprochée de sa formation. Si, au contraire, on ne rencontrait point de cavité centrale, si l'on trouvait une môle charnue compacte, on pourrait conclure, d'après l'organisation plus ou moins avancée de la masse, que la conception remonte à une date plus ou moins ancienne. Dans l'un et l'autre cas, il y a eu probablement coït et conception; et cependant on ne devrait l'affirmer que dans le cas où l'on aurait découvert quelques vestiges de l'embryon.

### § III. — De la superfétation.

*La superfétation est-elle possible, c'est-à-dire peut-il arriver qu'une femme déjà enceinte conçoive une seconde fois?*

Sans rappeler ici les exemples de superfétation rapportés par les auteurs anciens, nous nous bornerons à citer les suivants :

1° Buffon rapporte qu'à Charlestown une femme accoucha d'un enfant blanc et d'un enfant noir le même jour, et avoua qu'elle avait eu le même jour des relations avec un nègre et avec son mari; mais cet exemple est trop peu net, et l'autorité scientifique de Buffon trop peu solide, pour qu'on puisse accepter ce fait sans réserve.

2° Le docteur Norton a publié (*New-York medical Reportery*) un cas analogue; mais d'après les aveux de la mère, le premier de ces enfants serait né au terme de huit mois, ainsi qu'on pouvait d'ailleurs le reconnaître d'après son degré de développement; le deuxième, au contraire, n'aurait pas eu plus de quatre mois.

3° Marie-Anne Bigaud, femme Vivier (de Strasbourg), accoucha d'un garçon vivant le 30 avril 1748, et le 16 septembre, c'est-à-dire quatre mois et demi après, d'une fille vivante parfaitement à terme; elle devint de nouveau enceinte en 1751, et sa grossesse n'offrit rien de particulier. A sa mort, arrivée en 1755, Eisenmann procéda à l'autopsie, s'attendant à trouver une matrice double; il la trouva simple et conformée comme chez les autres femmes.

4° Benoîte Franquet, femme Villard (de Lyon), accoucha d'une fille le 20 janvier 1780; trois semaines après, elle éprouva encore dans la matrice des mouvements semblables à ceux d'un fœtus, et, le 6 juillet (cinq mois et seize jours après sa première couche), elle mit au monde une seconde fille parfaitement à terme et bien portante. Le 19 janvier 1781, elle se présenta devant MM. Caillat et Dusurgey, notaires à Lyon, avec ses deux enfants et leurs extraits baptistaires pour faire dresser de ce fait un acte authentique.

Dans l'hypothèse de la superfétation, le premier cas nous offrirait un exemple de deux conceptions à quelques heures d'intervalle l'une de l'autre; dans les cas suivants, la seconde conception daterait des quatrième, cinquième et sixième mois de la grossesse. D'où il faudrait conclure, non-seulement que la superfétation ou surconception est possible, mais encore qu'elle peut avoir lieu à diverses époques de la première grossesse.

La possibilité de la superfétation, niée par La Motte, par Smellie, par Baudelocque, l'est encore aujourd'hui par la plupart des auteurs dont le nom fait auto-

rité en cette matière. « Presque toutes les histoires de superfétation, dit Velpeau, paraissent pouvoir être rapportées : 1° à des grossesses doubles, dans lesquelles l'un des fœtus, mort longtemps avant terme, s'est conservé dans les membranes et n'a été expulsé qu'avec celui qui avait continué de vivre; 2° ou bien à des grossesses de jumeaux inégalement développés et nés à des termes différents; 3° ou bien à des cas de grossesse extra-utérine qui n'ont pas empêché la gestation naturelle; 4° ou bien enfin à des cas où l'utérus était bicorne, c'est-à-dire partagé en deux cavités.

» Rien n'est plus commun, en effet, ajoute cet auteur, que de voir dans le cas de grossesse composée, de conception double et simultanée, l'un des embryons ou des fœtus cesser de vivre, et ne présenter, lors de la naissance de son congénère, que les caractères d'un fœtus de deux, trois, quatre, cinq ou six mois, quoique, dans le fait, tous les deux en aient neuf; et c'est ainsi que très-souvent les monstres se trouvent avec des enfants bien conformés.

» Il peut aussi arriver, dit encore Velpeau, que deux germes vivifiés par la même copulation ne descendent dans la cavité utérine qu'assez longtemps l'un après l'autre; que, les deux ovules n'ayant pas un égal degré de maturité lors de leur union avec le principe fécondant, l'un de ces germes ne se dégage que difficilement de l'ovaire, y reste adhérent sans se développer avec la même rapidité que son congénère, ne sorte de la vésicule et ne passe dans la trompe qu'après un intervalle plus ou moins considérable (1). — Ou bien, les deux jumeaux contenus dans l'utérus se gênant réciproquement, cette gêne nuit plus à l'un qu'à l'autre : l'un se développe d'autant moins vite que l'autre prend plus d'accroissement; l'un peut naître avant terme, l'autre peut ne naître qu'après. » C'est sans doute ainsi, selon Velpeau, que l'on doit expliquer le double accouchement d'Anne Bigaud, celui de Benoîte Franquet, et d'autres faits du même genre recueillis par M. Rexain, par M. Delmas (de Rouen), par M. Pignot (d'Issoudun), par M. Wendt (de Breslau), par le docteur Fahrenhorst, etc.

Velpeau ne se dissimule pas cependant que les deux observations d'Anne Bigaud et de Benoîte Franquet *sont difficiles à comprendre*. En effet, s'il y a eu chez l'une et chez l'autre conception double, grossesse double et simultanée, le premier enfant de la femme Bigaud est né à sept mois, et le second à onze et demi; et de même, chez la femme Benoîte, il y a eu un accouchement à sept mois et un à douze mois et demi, terme qui dépasse de beaucoup la durée ordinaire de la gestation.

On objecte, contre la superfétation, la présence de la membrane caduque, qui se forme *presque immédiatement* après la conception et qui tapisse toute l'étendue des parois de la cavité utérine, de manière à intercepter tout contact entre le principe séminal de l'homme et celui de la femme. Mais l'ovule ne descend dans l'utérus que quelques jours après la fécondation, et la membrane caduque ne se forme pas non plus instantanément après le coït fécondant : il faut donc admettre, et l'on admet, en effet, qu'une *surconception, une superfétation, peut avoir lieu si une femme se livre plusieurs fois au coït, soit avec le même homme, soit avec des hommes différents, le même jour ou dans l'espace de deux à trois jours, c'est-à-dire jusqu'au moment où l'excitation produite par le premier coït fécondant a fait épancher dans la cavité utérine la*

(1) Un germe vivifié peut mettre jusqu'à dix ou douze jours pour arriver dans l'utérus; on peut donc admettre la possibilité de la surconception pendant ce laps de temps.