L'*injection d'eau* et l'*introduction d'une sonde* dans la matrice ne laissent que des contusions du col utérin, produites par le bec de la seringue, ou par la sonde, fugaces et peu probantes, à moins que le fœtus ne présente une lésion similaire.

L'avortement provoqué par l'*ingestion de l'ergot de seigle, de la rue*, etc., n'arrive qu'après des troubles généraux graves, dont le récit est fait par la femme ou les témoins, et qui, à l'autopsie, laissent une vive inflammation de la muqueuse digestive : parfois des fragments de la substance ingérée sont retrouvés dans le tube digestif.

B. *Examen du produit de la conception.* — Quand les manœuvres abortives sont constituées par la ponction de l'œuf, on constate assez fréquemment sur le fœtus des piqûres et des contusions, accompagnées d'un épanchement sanguin indiquant que ces lésions ont été faites pendant la vie du fœtus.

Il est admis que lorsque l'expulsion se fait pendant les premières semaines, l'œuf est expulsé en entier, car l'avortement se fait sans déchirure des membranes (dix-sept fois sur dix-huit observations de Le Blond). D'après le rapport de Charpentier à la Société de médecine légale (séance du 13 novembre 1876), on admet :

1° Dans les six premières semaines l'avortement se fait presque toujours en bloc, le volume et la capacité de l'œuf étant à cette époque très minimes ;

2° De la sixième à la dixième semaine ou environ, l'avortement peut se faire en bloc, mais il se fait au moins aussi souvent en deux temps, tout dépend de la résistance de l'œuf, de la force des contractions utérines, de la résistance du col, des adhérences de l'œuf ou de ses altérations ;

3° L'absence du fœtus ne prouve pas l'intervention criminelle, car le fœtus peut avoir subi la dissolution si l'œuf mort a séjourné encore longtemps dans la cavité utérine ;

4° A partir de trois mois, trois mois et demi, la rupture est la règle, l'avortement se fait en deux temps : d'abord expulsion du fœtus, puis expulsion du placenta, cette partie de l'avortement pouvant durer plus ou moins longtemps ;

5° La rupture des membranes ne peut être considérée à elle seule comme un signe d'avortement provoqué ; on n'est pas autorisé à en faire un signe de certitude d'avortement criminel, même lorsqu'on le constate dans les premiers mois.

C. *Circonstances dans lesquelles s'est produit l'avortement.* — Il arrive parfois que le résultat de l'examen de la mère et du fœtus étant négatif, on demande au médecin légiste quelle est la valeur des renseignements recueillis (au point de vue médical).

De plus l'expert assiste à la perquisition faite au domicile des inculpés et doit examiner les plantes (telles que sabine, absinthe, seigle ergoté, etc.), médicaments, instruments saisis (canules, sondes, tiges rigides, etc.) ; il doit examiner s'ils présentent des traces de sang, et il peut ainsi arriver à réunir un ensemble de présomptions qui peuvent influer sur la décision du jury.

CHAPITRE VI

INFANTICIDE.

Code pénal. Art. 300. — Est qualifié infanticide le meurtre d'un enfant nouveau-né.

Art. 302. — Tout coupable d'assassinat, de parricide, d'infanticide et d'empoisonnement sera puni de mort.

La loi qualifie *infanticide* « le meurtre d'un enfant nouveau-né », et punit le coupable de mort, mais ne définit pas la qualité de nouveau-né, qui est diversement interprétée. Ollivier d'Angers considère l'enfant comme nouveau-né jusqu'à la chute du cordon ombilical (fin de la première semaine). Cette interprétation est trompeuse, car on a souvent constaté chez les jumeaux une différence notable entre les moments de la chute du cordon chez les deux enfants (Billard). Parrot se base sur la fin de la circulation fœtale, cependant on constate parfois chez l'adulte une perforation du trou de Botal persistant pendant toute la vie. Pour certains législateurs, la qualification de *nouveau-né* cesse dès que l'existence de l'enfant est rendue notoire par l'inscription à l'état civil (troisième jour au plus tard). Du reste, c'est au tribunal qu'il appartient de décider si l'enfant est nouveau-né; un arrêt de la cour de cassation (20 juin 1822) a déclaré qu'un enfant, âgé de quatorze jours, inscrit sur les registres d'état civil sous le nom de sa mère, n'est plus un nouveau-né; d'autre part, un autre arrêt (24 décembre 1835) qualifie d'infanticide l'homicide volontaire commis sur un enfant au moment où il vient de naître ou dans un temps très rapproché de celui de sa naissance.

Le médecin n'a qu'à établir l'identité de l'enfant, à prouver qu'il a vécu de la vie extra-utérine, à déterminer les causes de la mort.

Les expertises au sujet de l'infanticide sont très fréquentes et le médecin doit répondre à trois questions (1) :

1° L'enfant est-il né à terme; ou à quelle époque de la gestation est-il né ?

(1) Brouardel, *L'infanticide*, Cours de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris, 1897.

2° L'enfant a-t-il vécu de la vie extra-utérine ?
3° Quelle a été la cause de sa mort ?

Article Ier. — Détermination de l'identité de l'enfant.

Elle consiste à reconnaître si l'enfant est né *à terme ou non*, s'il est né *viable ou non viable*.

A. **Signes de maturité de l'enfant.** — 1° *Poids de l'enfant à terme.* — Il est environ de 3 kilogrammes à 3 kilogr. 500; ce n'est qu'exceptionnellement qu'il arrive à 5 et 6 kilogrammes (Depaul). Quand l'enfant a eu, dans la vie intra-utérine, à subir des troubles de la nutrition (surtout par suite de maladies de la mère et en particulier d'albuminurie et d'affections cardiaques), son poids descend à 1500 ou même 1200 grammes, bien qu'il soit né à terme et normalement constitué.

Pendant les premiers jours de la vie extra-utérine, l'enfant subit une perte de poids pouvant dépasser 250 grammes, par suite de l'évacuation du méconium. Quand le nouveau-né est mort depuis plusieurs jours, il perd par évaporation une partie de son poids pouvant dépasser 400 grammes (1).

2° *Longueur.* — Elle est en *moyenne* de 50 centimètres; les limites oscillent entre 46 et 54 centimètres. Pour mesurer, le corps doit être étendu sur une table, les membres inférieurs étendus complètement; on place une tige rigide au niveau du vertex et on mesure la distance qui s'étend entre cette tige et la plante des pieds; cette constatation est très importante.

3° *Dimensions de la tête.* — Les *diamètres de la tête* sont de 11 centimètres sur 9; 11 à 11,5 pour le diamètre occipito-frontal; 9 à 9,5 pour le bipariétal; ces

(1) Dupont, Th. Paris, 1889.

limites peuvent varier dans de grandes proportions, soit par suite de la conformation naturelle de la tête, soit à cause de circonstances particulières de l'accouchement, et particulièrement de la production de bosses séro-sanguines.

4° *Points d'ossification.* — Il y a un point d'ossification dans le cartilage de l'extrémité inférieure du fémur; il apparaît le plus souvent dans la dernière quinzaine de la gestation. Pour le découvrir, on fléchit la jambe sur la cuisse et on ouvre l'articulation du genou; puis on divise le cartilage en tranches minces perpendiculaires à l'axe du fémur; à un moment, le couteau sent une résistance causée par le noyau d'ossification long de 5 millimètres et ayant la forme d'une lentille biconvexe dont le grand axe est perpendiculaire à celui de l'os. Sur un cadavre frais, le point d'ossification a une teinte rouge vif; sur les cadavres putrifiés, au contraire, il a une coloration blanchâtre qui tranche sur celle du cartilage devenu de teinte rouge sale.

5° *Cloisonnement des alvéoles du maxillaire inférieur.* — Sauf dans des cas très rares, le maxillaire inférieur présente *8 alvéoles dentaires médianes cloisonnées complètement;* puis au delà on trouve une loge unique où se développeront plus tard les autres dents.

Pour constater l'existence de ce signe, on fend la peau en suivant la commissure labiale; on désarticule la mâchoire; avec des ciseaux on tranche le bord libre de la mâchoire; on extrait les dents contenues dans les alvéoles; il est ensuite facile de voir si le cloisonnement est complet.

B. **Signes accessoires de maturité.** — Les *signes accessoires de la maturité* sont : enduit sébacé général et duvet sur la peau; ongles dépassant l'extrémité des doigts; présence du méconium dans la

partie inférieure du gros intestin et des testicules dans le scrotum; insertion du cordon ombilical à la moitié du corps ou très peu au-dessous.

On peut reconnaître l'*âge d'un enfant dont on ne possède que quelques os :* si c'est un fémur ou un maxillaire inférieur, on en recherche le point d'ossification ou le cloisonnement alvéolaire; pour les autres os, on compare leur longueur aux dimensions connues d'os semblables d'un enfant à terme.

Chez un enfant à terme, les longueurs moyennes sont les suivantes :

Du vertex au pubis	0m,30
Du pubis à la tubérosité du condyle interne du fémur.	0m,095
Du condyle interne du fémur au bord inférieur et postérieur du calcanéum	0m,105
De l'apophyse acromion à l'épicondyle	0m,09
De l'épicondyle à l'apophyse styloïde du cubitus	0m,07

Le poids des viscères peut également donner d'utiles renseignements (1) :

	Grammes.
Poumon droit	23
— gauche	28,5
Cœur	15
Thymus	8,5
Foie	91,5
Masse encéphalique	288,5
Rate	8,5
Rein	11,5

Le *placenta*, au terme de la grossesse, a le plus souvent une forme ovalaire; sa longueur varie de 16 à 20 centimètres et sa largeur de 14 à 16; son épaisseur moyenne est de 3 centimètres, son poids oscille entre 500 et 750 grammes (Tardieu).

C. **Preuves que l'enfant est né viable.** — La question de viabilité se pose rarement à propos d'infan-

(1) Letourneau, Th. Paris, 1858.

ticide, celui-ci existant du moment où le meurtre a été commis sur un nouveau-né, qu'il soit viable ou non. Mais elle est souvent posée à propos de successions ou de donations.

Quoiqu'un enfant, sorti du sein de sa mère, donne des signes par quelques vagissements, ou par quelques mouvements de ses membres, il peut néanmoins n'être pas développé et conformé de manière à vivre.

Les *conditions de viabilité* sont au nombre de quatre. Pour être *viable*, il faut :

I. Que l'enfant ait un *développement organique suffisant*, accusé par une taille de 35 centimètres, un poids de 1 kilogramme, de l'enduit sébacé sur la peau, des valvules conniventes dans l'intestin, du méconium dans presque tout le gros intestin, des ongles arrivant presque à l'extrémité des doigts : ce développement est celui d'un *fœtus de six à sept mois*, le Code civil admettant qu'à la fin du sixième mois (180e jour) le fœtus est viable, état qu'il ne faut pas confondre avec celui du fœtus à terme, ayant atteint neuf mois.

II. Qu'il ait une *énergie fonctionnelle suffisante*, se traduisant par une respiration complète, des cris, des mouvements généraux intenses.

III. Qu'il n'apporte *aucune maladie mortelle* en naissant.

IV. Qu'il ne présente *aucun vice de conformation* incompatible avec la vie, ne pouvant être traité et guéri par des moyens certains, acéphalie, anencéphalie, etc. Au contraire, un enfant né avec une imperforation du prépuce, du méat urinaire, de l'anus, et autres vices de conformation opérables et curables, doi être considéré comme viable, même en supposant que les opérations puissent être suivies de mort. La viabilité est donc en partie subordonnée aux progrès de l'art de guérir.

Article II. — Preuves que l'enfant a vécu de la vie extra-utérine.

C'est la partie la plus importante de l'expertise.

A. **État des poumons.** — 1° *Volume.* — Si les poumons n'ont pas respiré, ils sont peu volumineux et ne remplissent qu'une partie de la poitrine ; si l'enfant à respiré, le thorax est bombé et sonore, l'abdomen saillant ; les poumons sont volumineux, et remplissent la cavité thoracique, recouvrant le cœur en partie, déprimant le diaphragme.

2° *Couleur.* — Avant l'établissement des mouvements respiratoires, les poumons sont le plus souvent de couleur brune, tandis qu'après, leur teinte devient *rosée*, avec un nombre plus ou moins grand de marbrures.

3° *Consistance.* — Les poumons n'ayant pas respiré ont une consistance ferme et charnue ; ceux qui ont respiré ont une consistance élastique et spongieuse ; ils crépitent sous le doigt ; leur structure est aréolaire ; leur surface couverte de petites vésicules remplies d'air et visibles à la loupe. A l'incision, ils laissent échapper du sang rutilant.

4° *Poids.* — Les poumons n'ayant pas respiré sont plus lourds que l'eau, tandis que ceux qui ont respiré flottent à la surface du liquide ; ce caractère, de beaucoup le plus important de tous, sert de base à la *docimasie hydrostatique*.

Docimasie pulmonaire hydrostatique (*méthode de Galien*). — Épreuve à laquelle on soumet le poumon pour voir s'il a respiré ou non : dans le premier cas, il est plus léger que l'eau, et surnage ; dans le deuxième, il est plus lourd que le liquide et tombe au fond. L'épreuve consiste à enlever les poumons, le cœur et le thymus, et à laisser tomber le paquet

ainsi isolé dans une cuvette large et profonde, contenant de l'eau ordinaire, à la température ambiante : l'usage de l'eau distillée n'est pas nécessaire, non plus que la ligature préalable de la trachée et des vaisseaux du cou.

I. *Le poumon surnage.* — Cela peut tenir à trois causes :

1° *La respiration a eu lieu normalement :* alors non seulement la masse entière du poumon reste à la surface de l'eau, mais il en est de même pour chaque partie de l'organe coupé en petits fragments ; de plus, chacun de ces fragments, pressé entre les doigts sous l'eau, laisse échapper des bulles d'air extrêmement fines, ayant le diamètre des alvéoles pulmonaires d'où elles sortent ;

2° *Le poumon contient des gaz développés pendant la putréfaction :* dans ce cas il existe sous la plèvre et dans le tissu pulmonaire des bulles gazeuses, bien plus volumineuses que précédemment ; ces bulles, recueillies et analysées, ne contiennent pas d'air, mais de l'acide sulfhydrique et d'autres gaz putrides ; les fragments de poumon pressés sous l'eau dégagent ces gaz, puis tombent au fond du vase ; s'ils continuent à surnager après qu'on a crevé des bulles, c'est que la respiration a eu lieu dans le poumon actuellement putréfié ;

3° *L'insufflation artificielle a eu lieu pour ranimer l'enfant :* alors l'air ne pénètre pas également dans toutes les portions du poumon, certains morceaux sont déprimés et ne surnagent pas, d'autres sont dilatés et emphysémateux ; de plus, le poumon est exsangue, tandis que celui qui a respiré contient du sang.

La surnatation des poumons, dégagée de ces deux causes d'erreur (putréfaction, insufflation), permet donc d'affirmer que l'enfant a respiré et a vécu de la vie extra-utérine.

On a noté certains cas où des poumons n'ayant pas respiré surnagent ; ce cas se produit s'ils ont été congelés ou si on les a placés pendant peu de temps dans l'alcool ; ces causes d'erreur sont faciles à éviter.

Certaines parties des poumons ayant respiré peuvent ne pas surnager, s'ils ont été le siège d'hémorrhagies.

La coction, le séjour prolongé dans l'alcool, la putréfaction avancée sont autant de causes qui empêchent le poumon ayant respiré de surnager.

II. *Le poumon ne surnage pas.* — L'enfant n'a pas respiré, mais il ne s'ensuit pas que l'enfant n'ait pas vécu.

III. *Interprétation des résultats obtenus.* — Le plus souvent l'interprétation est très simple et si les poumons contiennent de l'air l'enfant a respiré ; s'ils n'en contiennent pas, il n'y a pas eu de mouvements respiratoires.

Cependant il existe quelques causes d'erreur (par exemple lorsque la putréfaction a déjà commencé).

Alors, si l'enfant a été tué, on peut trouver des lésions au niveau desquelles existe un épanchement de sang *coagulé*, ce qui prouve que les blessures ont été faites pendant la vie. S'il n'y a aucune lésion, on a égard aux signes suivants, qui peuvent prouver que l'enfant a vécu, bien qu'il n'existe dans les poumons aucune trace de respiration :

1° *Respiration intra-utérine.* — Il peut arriver que l'enfant, soit à la suite de manœuvres obstétricales, soit simplement par suite de l'introduction des doigts, les membranes une fois rompues, respire de l'air introduit dans l'utérus ; dans le cas d'autopsie, pratiquée à la suite de l'accouchement opéré dans ces conditions, l'expert doit s'aider des commémoratifs et les personnes ayant assisté aux manœuvres obstétricales doivent être interrogées. Ces cas sont très rares.

On a également noté que l'enfant a pu respirer, non de l'air, mais des gaz développés dans l'intérieur de l'utérus avant la déchirure des membranes (tympanisme utérin); ce cas est exceptionnel (Klein).

2° *Respiration n'ayant pas laissé de traces dans les poumons.* — Il est arrivé qu'à l'autopsie on trouve vides d'air des poumons d'enfants ayant vécu pendant plusieurs heures, ayant respiré et ayant fait entendre des cris. Le plus souvent il s'agit d'enfants chétifs nés à 6 mois 1/2 ou 7 mois, et dont l'appareil respiratoire n'est pas assez développé pour permettre le jeu régulier des poumons (Brouardel, Budin, Vibert).

3° *Vie sans respiration.* — Chez certains enfants nés à terme, les mouvements respiratoires ne s'établissent qu'à la suite d'une série de manœuvres pratiquées par l'accoucheur pendant un temps parfois très long (plusieurs heures, d'après Depaul); souvent la respiration est gênée par du mucus, un morceau de la membrane amniotique qui obture les fosses nasales, etc. L'enfant encore pourvu de son cordon peut supporter la privation d'air pendant un certain temps.

B. **Radiographie du poumon.** — M. Bordas a constaté que les poumons d'enfant n'ayant pas respiré sont imperméables aux rayons Roentgen, tandis que ceux qui ont respiré sont traversés; ce procédé n'est pas encore entré définitivement dans la pratique médico-légale.

C. **Preuves de la vie extra-utérine étrangères à l'appareil respiratoire.** — I. La *présence de l'air dans le tube digestif* prouve que l'enfant a vécu, même s'il n'a pas respiré, le tube ne contenant aucun gaz avant la naissance. Ce signe n'a plus aucune valeur dès que la putréfaction est commencée.

II. L'*examen de l'oreille moyenne* montre que si le nouveau-né n'a pas respiré, la caisse du tympan contient un magma muqueux, brunâtre; s'il a

respiré, le magma a disparu de la cavité, qui s'est remplie d'air (*épreuve de Wreden*). Cependant, d'après Wend, le magma ne disparaît complètement que 24 heures après la naissance; sa présence a donc moins de signification que son absence; de plus cette recherche est très délicate (Brouardel).

III. Le *dépôt d'acide urique dans les reins*, où il forme des stries disposées en éventail ayant une coloration rouge ou jaune orangé et visibles à l'œil nu n'existe habituellement que chez les enfants ayant vécu au moins un jour.

Article III. — Détermination de la cause de la mort.

§ 1er. — *Mort naturelle.*

Elle peut avoir lieu avant le travail ou pendant le travail (*état de l'enfant mort-né*), ou après l'accouchement.

I. **Mort avant le travail.** — C'est généralement de deux à huit jours avant le début du travail que l'enfant a succombé. Alors, en plus des signes qui prouvent qu'il n'a pas respiré, ni vécu (voy. 227), il présente les altérations qui résultent de la *macération*, et qui diffèrent de ceux de la putréfaction : peau rouge ou gris ardoisé, tissu cellulaire boursouflé et imbibé de sérosité rougeâtre, épiderme se détachant en grands lambeaux rouges, cordon ombilical infiltré, os du crâne chevauchant les uns sur les autres, cerveau et autres viscères ramollis, épiphyses osseuses décollées, corps mou et sans consistance, pas d'odeur de putréfaction.

Exceptionnellement, la putréfaction de l'enfant a lieu, quand la poche amniotique s'est ouverte prématurément, et que l'air y a pénétré : alors il naît putride et verdâtre.

II. **Mort pendant le travail.** — Elle peut résulter de l'*interruption de la circulation placentaire*, par contractions exagérées de l'utérus, du décollement du placenta, de la procidence du cordon. Alors il existe des mouvements respiratoires prématurés : les poumons sont vides d'air, mais fortement congestionnés, marbrés d'ecchymoses sous-pleurales ; les bronches contiennent du liquide amniotique, mélangé d'enduit sébacé ou de méconium, le cœur présente des ecchymoses sous-péricardiques.

La mort peut reconnaître pour cause une *compression de la tête*, amenant une fracture du crâne (voy. p. 236, *Mort violente*), ou une hémorrhagie méningée à la base du crâne ou sur la convexité du cerveau : quelquefois cependant les lésions intra-crâniennes manquent, alors même qu'il existe une bosse sérosanguine voluminense du cuir chevelu.

III. **Mort après l'accouchement.** — Les causes habituelles sont celles de la non-viabilité, indiquées plus haut. Il peut arriver qu'un enfant né viable meure par omission des soins nécessaires, par hémorrhagie ombilicale, fracture du crâne ou par accouchement précipité : il est rare que ces genres de morts soient naturels, bien plus souvent, ils résultent de manœuvres coupables.

§ 2. — *Mort violente.*

Le meurtre de l'enfant nouveau-né, d'après la statistique de Tardieu, est commis :

Par suffocation	281 fois.
Par immersion dans les fosses d'aisances	72 —
Par fracture du crâne	70 —
Par strangulation	60 —
Par submersion	31 —
Par défaut de soins	13 —
A reporter	527 fois.

Report	527 fois.
Par blessures	8 —
Par combustion	8 —
Par hémorrhagie ombilicale	6 —
Par exposition au froid	3 —
Par empoisonnement	2 —
Total	555 fois.

I. **Suffocation.** — Le nouveau-né résiste très longtemps à la suffocation. Celle-ci ne saurait être produite par le resserrement des cuisses de la mère, pendant l'expulsion qui sollicite au contraire l'écartement des membres inférieurs.

C'est le mode d'infanticide le plus souvent employé.

A l'autopsie on trouve les ecchymoses sous-pleurales et l'emphysème pulmonaire qui sont habituels dans la suffocation (voy. *Suffocation*, p. 110), mais qui, appartenant à l'asphyxie en général, ne permettent pas d'affirmer l'infanticide, si on ne trouve pas les caractères propres à chaque mode de suffocation.

1° *Il y a eu application de la main au-devant de la bouche et du nez.* — On constate des érosions unguéales, des ecchymoses et la trace des doigts, car la pression doit être prolongée pendant un temps assez long, variant de trois à dix minutes et même un quart d'heure ; de plus la surface de la peau de l'enfant étant rendue très glissante par la présence de l'enduit sébacé, la main est obligée de prendre un appui solide sur les ongles pour ne pas glisser. Les caractères de ces érosions sont les mêmes que ceux que nous avons indiqués à l'article *Strangulation* (voy. p. 117).

La *dessiccation des lèvres* et l'*aplatissement du nez* étant des signes cadavériques ordinaires n'ont aucune valeur médico-légale.

2° *Il y a eu introduction d'un corps étranger dans le pharynx.* — On retrouve à l'autopsie la totalité ou une partie du corps étranger (chiffons, terre, papier, etc.) ;

de plus on constate presque toujours des érosions ou des déchirures de la face interne des joues, du voile du palais, du pharynx, etc.

3° *Il y a eu compression abdominale et thoracique* par un matelas ou un oreiller ou autres objets mous. — On ne trouve aucune lésion extérieure appréciable; si la compression ainsi exercée a été violente, elle peut occasionner des fractures de côtes facilement visibles à l'autopsie.

4° *Il y a eu enfouissement.* — On constate la présence de terre, de fumier, de cendre, etc., dans l'œsophage et l'estomac. La résistance des nouveau-nés à ce mode de mort est considérable ; on a cité des cas d'enfants qui sont restés enfouis pendant quatre et cinq heures et qui cependant ont pu être rappelés à la vie.

5° *Il y a eu séquestration dans un lieu confiné* (malle, armoire, boite, panier). — On ne constate aucune lésion extérieure, car la mort arrive très lentement, en quelque sorte naturellement par privation d'air respirable (Tardieu).

II. **Strangulation.** — Elle est pratiquée soit à l'aide d'un lien, soit à l'aide des mains.

1° *Strangulation à l'aide d'un lien.* — S'il s'agit d'un *cordon* ou d'une *ficelle*, on constate le sillon caractéristique ; si le lien est constitué par un *mouchoir*, un *foulard*, un *bas*, le sillon est à peine marqué (voir *Strangulation*, p. 117).

On a pu confondre les sillons de flexion de la tête, qui chez les enfants gras ont un fond blanc et les bords de teinte rosée, avec le sillon laissé par un lien ; dans ce cas, le sillon n'entoure pas complètement le cou et il n'est jamais parcheminé.

2° *Strangulation par les mains.* — On constate des érosions unguéales et les lésions profondes habituelles (voy. *Strangulation*, p. 117), mais surtout des ecchymoses intra-musculaires de la partie supérieure du thorax au niveau des pectoraux, des sterno-hyoïdiens, et des sterno-mastoïdiens (Brouardel). On trouve dans l'estomac des mucosités sanguinolentes venant des poumons.

3° *Strangulation par enroulement du cordon.* — Si la strangulation a été produite par l'*enroulement accidentel du cordon ombilical* autour du cou, l'enfant n'a pas respiré ; le sillon laissé par le cordon est mou, non parcheminé, peu profond, continu avec d'autres traces d'enroulement sur le corps.

Si la strangulation avait été produite par les *tractions exercées par la mère sur le cou de l'enfant*, celui-ci n'aurait pas respiré, et les ecchymoses unguéales auraient leur concavité tournée en haut, tandis qu'elles ont la direction opposée quand la strangulation a eu lieu après la naissance.

III. **Infanticide par blessures.** — La plus fréquente est l'*acupuncture*, introduction d'une longue aiguille dans le cerveau, le bulbe, la moelle, le cœur ; quelquefois les carotides sont coupées en pénétrant par l'intérieur de la gorge.

La coagulation du sang prouve que les blessures ont été faites pendant la vie.

De même, la présence d'eau dans l'estomac, d'un liséré rouge autour d'une partie brûlée, montre que l'enfant était vivant au moment de la *submersion* ou de la *combustion*.

IV. **Omission volontaire des soins nécessaires au nouveau-né.** — Dans l'*omission de la ligature du cordon*, la mort survient par *hémorrhagie ombilicale* mais l'absence de ligature n'entraîne pas fatalement une hémorrhagie. Le corps est exsangue, les vaisseaux sont vides de sang.

Dans l'*omission des aliments*, mort par la *faim*, le tube digestif est vide, la muqueuse digestive ramollie et amincie, l'émaciation extrême.

Dans l'*omission des vêtements*, mort par le *froid*, la peau est couverte de plaques rouges ou uniformément pâle, le tissu adipeux est dur comme du suif, le poumon est congestionné et rutilant à l'incision, le cœur et les gros vaisseaux de la poitrine sont pleins d'un sang rouge vermillon, le cerveau est congestionné.

V. **Fractures du crâne.** — Elles sont produites par une contusion (maillet, talon de botte, etc.), par le choc contre un mur ou un plancher, par la précipitation d'une certaine hauteur. Les fractures siégeant surtout sur les pariétaux sont ordinairement multiples, irradiées dans plusieurs directions; les bords de l'os fracturé et le foyer de la fracture sont le siège d'une infiltration ou d'un épanchement de sang *coagulé*, ce qui prouve que la lésion a été produite pendant la vie.

Pendant le travail, la tête peut être comprimée dans le bassin trop étroit ou présentant une exostose, au point que les os du crâne soient fracturés: mais alors ce sont des fissures, des fêlures, et non un véritable broiement comme dans le cas d'infanticide; on pourra constater si les dimensions du bassin ont pu rendre l'accouchement prolongé et difficile; enfin on vérifiera si l'enfant a respiré (Depaul).

Quant à l'*accouchement précipité*, effectué à l'improviste, si rapidement que la femme reste debout ou accroupie, il peut déterminer des fractures du crâne par la chute de l'enfant sur le sol; mais les exemples en sont très rares; du moins les faits connus n'ont pas été suivis de mort.

Il peut exister des *fissures congénitales du crâne;* on les rencontre le plus souvent au niveau des pariétaux et de l'occipital ; on les distingue facilement des fractures, en ce que leurs bords sont lisses, rectilignes, ou légèrement onduleux, toujours parallèles aux rayons d'ossification, et en général disposés d'une façon symétrique.

VI. **Infanticide par immersion.** — C'est une variété d'infanticide très rare. L'enfant semble résister plus longtemps à l'immersion que l'adulte, il est possible qu'un enfant ait été rappelé à la vie après quinze minutes de séjour dans l'eau. D'après les expériences faites sur les nouveau-nés d'animaux, la mort peut survenir encore moins rapidement (William Edwards, P. Bert, Vibert).

Les lésions sont les mêmes que celles qu'on rencontre chez les noyés.

VII. **Précipitation dans les fosses d'aisances.** — C'est un mode d'infanticide très fréquent dans les villes : à Paris (circulaire du préfet de la Seine, 26 janvier 1882), les familles, médecins ou sages-femmes doivent faire la déclaration des fœtus et embryons depuis six semaines de gestation; l'inhumation doit toujours avoir lieu.

L'enfant a une odeur infecte et une couleur vert grisâtre.

S'il a été précipité vivant, et si par conséquent il a respiré, les matières des fosses d'aisances ont pénétré dans l'œsophage, dans l'estomac et dans l'oreille moyenne ; diverses parties du corps, la tête surtout, peuvent présenter des fractures, des excoriations, qui proviennent des violences exercées pour lui faire franchir la lunette ou des chocs contre le tuyau de chute, et qui sont couvertes de sang coagulé, s'il est arrivé vivant dans la fosse.

Si l'enfant est précipité dans les tinettes de variété dite *filtrantes*, dans lesquelles les liquides s'écoulent, on ne constate pas d'introduction de matières fécales dans les bronches.

Il peut arriver que l'enfant jeté dans les latrines ne se fasse pas des blessures graves et surnage sur

les matières; dans ce cas, la mort est beaucoup moins rapide et arrive par l'action des gaz toxiques; l'autopsie, ne révèle que de la congestion pulmonaire.

S'il a été jeté mort dans les latrines, on constate les traces d'un autre genre de mort.

La défense allègue souvent que la chute de l'enfant a eu lieu *pendant un accouchement précipité*, tandis que la femme était à la garde-robe.

La présence d'excoriations, la comparaison entre les dimensions de la lunette et de la tête de l'enfant montrent si on a forcé celle-ci à passer.

De plus, l'accouchement prématuré entraîne l'expulsion immédiate du placenta ou du moins la rupture du cordon: si celui-ci présente une extrémité irrégulière, déchiquetée, c'est qu'il s'est cassé; si son extrémité est nette, régulière, c'est qu'il a été coupé, et le crime est donc facile à caractériser.

Article IV. — Époque de la mort.

La *putréfaction* chez les enfants qui n'ont pris aucune nourriture et qui par conséquent n'ont pas de microbes dans l'intestin, débute de dehors en dedans; elle commence au niveau des orifices de la bouche, du nez, de l'anus. La rapidité avec laquelle le corps se putréfie est variable suivant la température et l'humidité de l'air.

Si le cadavre est *momifié*, la présence de nymphes, de larves, ou de cadavres d'insectes permet de reconnaître avec une grande approximation le moment de la mort; M. Megnin a même pu, à l'aide de cette *méthode entomologique*, prouver qu'un cadavre d'enfant avait été transporté de la ville à la campagne.

Article V. — Questions accessoires relatives a l'infanticide.

§ 1er. — *Combien de temps l'enfant a-t-il vécu hors du sein de la mère?*

I. *Signes fournis par l'estomac et l'intestin.* — Si l'estomac renferme de l'air, avec du mucus aéré et de la salive mousseuse, s'il y a aussi de l'air dans l'intestin, l'enfant a vécu au moins pendant quelques minutes. La présence de lait, d'eau sucrée, dans l'estomac, prouve à plus forte raison que la mort n'a pas été immédiate.

L'enfant peut avoir expulsé une partie de son méconium au moment de la naissance ; cependant le plus souvent la première évacuation a lieu avant la vingt-septième heure et elle est complète au bout de deux à trois jours (Depaul). Ce signe est très bon dans les cas où la putréfaction est très avancée; mais il ne faut pas oublier que sa couleur change et que de verdâtre il devient jaunâtre ou jaune d'or ; il est du reste toujours facile de le caractériser à l'aide du microscope (voy. *Taches*, p. 51).

II. *Desquamation épidermique.* — Quand l'enduit sébacé a disparu, l'épiderme exposé à l'air se fendille, et tombe par petites écailles furfuracées ou par grands lambeaux. Cette desquamation commence du deuxième au quatrième jour et se termine du quinzième au vingt-cinquième.

III. *Appareil ombilical.* — Le cordon, mou et blanchâtre au moment de la naissance, se dessèche, brunit et tombe par ulcération : au bout de quarante-huit heures, un cercle rouge apparaît à sa base, où se forme ensuite un sillon de suppuration ; la *chute du cordon* a lieu ordinairement le cinquième ou le sixième

jour ; la plaie qui en résulte est cicatrisée vers le dixième.

Quelques minutes après la naissance, on trouve un *caillot sanguin dans les vaisseaux ombilicaux*, près de l'anneau ; leurs tuniques internes se rétractent, et, cinq à six jours après la chute du cordon, ils ne sont plus reliés à l'ombilic que par leur tunique externe.

IV. *Oblitérations vasculaires.* — Le *trou de Botal*, qui fait communiquer entre elles les deux oreillettes, et le *canal artériel*, qui fait communiquer l'artère pulmonaire avec l'aorte, se rétrécissent après la naissance et sont ordinairement oblitérés vers le quinzième jour, à moins de résistance anormale.

V. *Bosse séro-sanguine du cuir chevelu.* — Si elle est volumineuse, et contient beaucoup de sérosité, l'enfant n'a pas vécu plus de deux ou trois jours.

VI. *Ossification.* — Le point épiphysaire inférieur du fémur ayant, en moyenne, 5 millimètres à la naissance, on a cru pouvoir conclure que l'enfant avait vécu quand ce point avait des dimensions notablement supérieures : mais son diamètre est trop variable pour permettre une telle affirmation, en l'absence d'autres signes.

VII. *Poumons.* — La quantité d'air qu'ils contiennent ne fournit pas non plus de renseignements certains, l'air pouvant manquer dans les poumons d'enfants qui ont vécu plusieurs heures, et même plusieurs jours ; d'autre part, une ou deux grandes inspirations peuvent suffire à les remplir complètement d'air.

§ 2. — *L'enfant a-t-il crié?*

Si toutes les parties de ses poumons renferment de l'air il est probable que oui ; si certaines portions seulement en renferment, on est en droit d'affirmer que non.

§ 3. — *Quel est l'état mental de la femme?*

Il est des femmes, très rares d'ailleurs, chez qui l'excitation nerveuse produite par l'accouchement est assez forte pour déterminer un instant de délire, pendant lequel elles tuent leur enfant. Mais aucun fait ne prouve que ce délire puisse apparaître et se terminer juste au moment du travail, sans se manifester autrement que par l'infanticide. Ordinairement, il a existé antérieurement, et il persiste au moins quelques heures après l'accouchement : l'expert a donc des indications suffisantes pour répondre aux questions qui lui sont posées sur le degré de responsabilité et indiquer si des états pathologiques antérieurs de l'accusée ou la longueur et la difficulté du travail ont amené un état de surexcitation pouvant atténuer le crime et appeler l'indulgence du jury.

§ 4. — *Réalité et époque de l'accouchement.*

Le médecin doit enfin établir la *réalité* et l'*époque de l'accouchement* (voy. p. 202, 206).