

On peut encore retrouver le délivre en totalité ou en partie; comme nous avons déjà indiqué au chapitre de l'avortement les moyens de le reconnaître, les précautions à prendre pour y parvenir et enfin les renseignements qu'on en peut tirer, nous ne reviendrons pas sur ce sujet.

Restent enfin les liquides et les taches dont l'étude doit maintenant nous occuper. Ces produits peuvent venir de la mère ou de l'enfant. Les premiers ont déjà été étudiés, ce sont le sang, le lait et les lochies. Les seconds comprennent le liquide amniotique, les taches de méconium et les taches sébacées.

Les taches formées par le liquide amniotique sont tantôt isolées, tantôt mélangées à des taches de sang. Dans le dernier cas, elles forment, en se répandant autour de la tache de sang qui occupe le centre, un cercle excentrique qu'on peut comparer au cercle excentrique incolore qui entoure la tache centrale colorée d'un mélange d'eau et de vin ou d'eau-de-vie peu riche en matières colorantes. Elles exhalent l'odeur fade du liquide amniotique; elles sont généralement d'un gris jaunâtre et bordées par un liséré grisâtre très marqué; elles empèsent le linge. Enfin, si l'on se rappelle que le liquide amniotique contient de l'albumine, du chlorure de sodium, on comprendra qu'en les faisant macérer dans l'eau on obtienne sur le liquide qui a servi à la macération les réactions bien connues de ces substances, et surtout des deux premières. L'albumine est coagulée par la chaleur et précipitée par l'acide nitrique; elle est toujours en petite quantité, et pourrait, si l'on ne se mettait pas à l'abri de cette erreur, provenir des taches de sang. Le chlorure de sodium traité par le nitrate d'argent donne un précipité blanc, cailleboté, insoluble dans l'eau, et, dans un excès de réactif, soluble dans l'ammoniaque; exposé à l'air, il verdit d'abord et passe ensuite au violet.

La présence du chlorure de sodium dans le sang doit encore mettre en garde le médecin expert. Le liquide de la macération laisse en outre déposer par le repos quelques cellules épithéliales provenant du fœtus. On comprend facilement l'importance de ces taches une fois que leurs caractères ont été bien constatés.

Le méconium, résultat du mélange de la bile et des matières intestinales sécrétées par le fœtus, donne des taches tellement caractéristiques qu'elles suffiraient presque à elles seules pour produire la conviction. C'est un liquide brun, un peu verdâtre, visqueux, adhérent. En soumettant ces taches à la macération, on obtient un liquide qui présente à l'examen chimique les réactions propres à la bile. Traité par l'acide acétique, il donne des filaments de mucus qui restent en suspension; l'acide nitrique le colore successivement en vert, en jaune, et en rouge de sang lorsque le réactif est en excès. Enfin, la teinture d'iode le colore en vert; ce dernier réactif est peut-être plus sensible que l'acide nitrique (Moutard-Martin).

Enfin l'examen microscopique révèle l'existence de granulations moléculaires, de cellules épithéliales prismatiques provenant de l'intestin, de cristaux de cholestérine, et de grains de biliverdine et de bilifulvine.

Une troisième espèce de taches provient de l'enduit sébacé du fœtus; ces

taches, d'apparence grasseuse, n'imprègnent pas le linge, elles sont simplement déposées à la surface. Elles sont constituées par des cellules épidermiques de forme variée, par des cellules épithéliales pavimenteuses provenant des glandes sébacées, et par de nombreuses granulations grasseuses, solubles dans l'éther.

Les règles reparaisent de la sixième semaine au deuxième mois, quelquefois plus tard: c'est le *retour des couches*, après lequel toute trace d'un accouchement récent a disparu.

On voit en somme qu'aucun des symptômes que nous avons indiqués n'a de valeur s'il est pris isolément, et que la preuve de l'accouchement ne peut résulter que de la réunion d'au moins un certain nombre d'entre eux; en outre, ils ne sont en général bien évidents que pendant les douze ou quinze premiers jours. Cette période d'évidence était même restreinte à huit ou dix jour par les anciens auteurs, car l'étude de la sécrétion laiteuse n'avait pas encore été poussée aussi loin que de nos jours. Ce terme était admis par Alberti, Belloc, Fodéré, etc., et Zacchias lui-même écrivait: « *Ea signa magis conspicua sunt decem prioribus diebus, aut circiter a partu, mox minus conspicua decem sequentibus, et sic, etiam multo minus conspicua, succedente tempore, usque ad quadraginta* <sup>1</sup>. » Dans les deux premiers mois, la détermination, au delà de la limite que nous venons d'indiquer, ne peut plus être faite qu'approximativement en comptant par semaines.

## II. — SIGNES DE L'ACCOUCHEMENT ANCIEN

L'expert peut être appelé à reconnaître si une femme a accouché dans le cours de son existence. La présence ou l'absence des signes d'un accouchement ancien est utile non-seulement dans les questions d'identité, mais encore et surtout dans les cas de supposition, de suppression, etc., ou quand une femme est soupçonnée d'infanticide ancien.

Ces signes, sont d'abord la suppression de l'hymen et l'existence des caroncules myrtiformes; le cas vraiment exceptionnel et tout à fait rare où l'hymen serait respecté ne s'explique qu'avec un repli vraiment peu prononcé et un fœtus remarquablement petit. Dans l'observation de Meckel, le fœtus n'avait que cinq mois.

Citons encore, comme signes très importants, outre la laxité des grandes lèvres, la dilatation du vagin et l'effacement de la fosse naviculaire, la cicatrice au périnée, les changements si notables du col, les cicatrices de déchirures qu'il peut offrir, les vergetures de l'abdomen, le relâchement de ses parois, la coloration brune de l'aréole mammaire et de la ligne blanche sous-ombilicale.

Enfin on peut demander à l'expert combien de fois une femme est accouchée. Rien de positif ne peut être établi à cet égard, mais il est constant

1. P. Zacchias, *Quest.*, t. I, p. 259.

pourtant que les déchirures plus nombreuses du col, son effacement plus prononcé, sont en rapport avec un nombre plus considérable d'accouchements.

### III. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Nous avons donné les signes de l'accouchement; quelques-uns peuvent être sous la dépendance d'une autre cause, et cette analogie exige que l'expert se mette en garde contre une confusion possible.

Nous ne dirons rien de la période menstruelle, ni des fleurs blanches : en admettant que, dans ces cas, l'erreur soit possible un instant, elle ne saurait résister à un examen sérieux.

L'imperforation de l'hymen chez une jeune fille et par suite la rétention du flux menstruel peuvent aussi déterminer des symptômes qui rappellent ceux de l'accouchement; mais ou bien une opération chirurgicale sera intervenue et aura laissé des commémoratifs, ou bien, la rupture de l'hymen s'étant effectuée seule, le volume des organes, l'état du col, l'intégrité de la fourchette, l'absence d'autres signes, permettront d'émettre une opinion fondée.

La question est plus délicate, si c'est l'avortement qu'il faut distinguer de l'accouchement. Chez la primipare la déchirure du col et les vergetures indiquent qu'elle a accouché, car ces signes n'ont guère pu se reproduire que lors des derniers temps de la gestation. Si, au contraire, on est en présence d'une multipare et que l'événement soit récent, on se basera sur ce fait que l'avortement ne laisse que les traces d'un accouchement en petit. Si au contraire le fait est ancien la distinction n'est plus possible.

On doit se demander aussi si ce n'est point une môle charnue ou vésiculaire qui a été expulsée. « Le diagnostic chez une primipare présente peu de difficultés, dit G. Tourdes<sup>1</sup>; admettant même que le volume excessif de la tumeur produise tous les signes de la distension, y compris les vergetures abdominales, il est peu probable qu'une tumeur molle, charnue, en grande partie formée de vésicules qui se rompent ou se vident, occasionne des effets de dilatation et de déchirures semblables à ceux de l'accouchement et exerce au passage la même action que le fœtus; chez une femme déjà mère, le diagnostic présenterait de grandes difficultés, la déchirure ancienne du col s'ajoutant aux signes récents de l'expulsion. La présence de débris de tumeur serait un indice et non une preuve, quelques hydatides pouvant accompagner un produit normal. Mais nous touchons ici aux subtilités médico-légales, l'erreur judiciaire n'est possible que par la coïncidence des exceptions les plus rares; comptons sur la lumière qui jaillit des nombreux éléments d'une cause et sur la sagacité du médecin. »

L'extraction d'un polype, d'un corps fibreux assez volumineux pour faire

1. G. Tourdes, *loc. citat.*, p. 460.

naître les signes de l'accouchement, laisse des souvenirs auxquels il est facile de remonter.

L'ascite, les kystes de l'ovaire, peuvent produire les vergetures, mais non les autres signes de l'accouchement.

### IV. — ACCOUCHEMENT RECONNU APRÈS LA MORT OU D'APRÈS DES DÉBRIS D'ORGANES

L'expert peut être appelé à rechercher les traces de l'accouchement après la mort: 1° Pour constater l'identité du cadavre d'une femme; 2° dans le cas d'une accusation d'infanticide avec complices.

*a. — Accouchement récent.* — L'utérus est l'organe principal qui doit faire l'objet des investigations. — Ses dimensions, après l'accouchement, sont d'environ 27 centimètres de long sur 16 de large. Ces dimensions diminuent rapidement du dixième au onzième jour, le fond de l'utérus des primipares est descendu au-dessous du bord supérieur de l'arcade pubienne; cette descente s'effectue moins rapidement chez les multipares. On peut établir en règle que, dans les six premières semaines, où même les deux premiers mois les dimensions restent supérieures à celles de l'état normal.

La muqueuse est épaissie et rouge, ses vaisseaux sont dilatés : vers l'insertion placentaire, elle est ramollie, peut présenter des débris de cet organe transitoire, et montre les ouvertures béantes des vaisseaux déchirés. On rencontre dans la cavité de l'organe, du sang et des débris de la membrane caduque. La tunique musculieuse est hypertrophiée : les fibres contractiles sont allongées et épaissies. Normalement elles ont 0<sup>mm</sup>,05 à 0<sup>mm</sup>,07 de longueur sur 0<sup>mm</sup>,005 de largeur, et la grosseur leur donne de 0<sup>mm</sup>,2 à 0<sup>mm</sup>,5 de longueur, sur 0<sup>mm</sup>,01 et même plus d'épaisseur.

Le ligament rond est augmenté de volume.

La présence du *corpus luteum* dans l'ovaire ne mérite qu'une confiance relative, car, s'il peut rester encore assez volumineux après l'accouchement, il n'est pas rare non plus de le trouver développé en dehors de toute gestation (G. Tourdes). — L'absence du foyer hémorragique récent dans l'ovaire est un meilleur signe, car il indique au moins que les règles ont été suspendues.

L'accouchement récent ne peut guère se reconnaître que pendant six semaines ou deux mois. Durant cet espace, on pourra arriver à des données approximatives, par l'examen de l'état de rénovation de la muqueuse et des dimensions des fibres musculaires.

*b. — Accouchement ancien.* — Les dimensions utérines le démontrent. Nous renvoyons à ce sujet au tableau que nous avons mis sous les yeux du lecteur à propos de l'avortement. En outre il est certains signes, vergetures, dépôts pigmentaires, etc., qu'il est facile de constater sur le cadavre comme sur le vivant.

Quant à distinguer l'accouchement de l'avortement, on peut le faire chez

une primipare si le volume de l'embryon n'était pas considérable. Chez la multipare, au delà des premiers jours, le diagnostic présentera de grandes difficultés.

V. — DIFFICULTÉS DE L'EXPERTISE

Un des cas les plus fréquents où l'expert est appelé à constater l'accouchement, c'est celui d'infanticide. Les allégations de la femme sont alors mensongères et elle fournit des armes contre elle-même, si l'on sait discerner le vrai du faux dans ce qu'elle avance; il importe donc de connaître les principaux subterfuges auxquels elle pourra avoir recours pour expliquer et la mort de l'enfant et les circonstances révélées par l'expertise; il faut aussi, autant que possible, établir des règles avec lesquelles elle ne manquera pas de se trouver en contradiction. Nous allons donc examiner certaines conditions dans lesquelles on peut être appelé à dire si un accouchement s'est ou ne s'est pas produit, ou s'il a été accompagné de circonstances spéciales.

1° *L'accouchement peut-il se faire rapidement, et l'enfant tomber alors des parties de la mère?* — C'est ainsi qu'on explique les fractures du crâne, la chute de l'enfant dans une fosse d'aisance, dans un bain de siège, etc.

Oui, ces accouchements rapides sont possibles; trop d'auteurs dignes de foi les ont affirmés pour que nous cherchions à les démontrer. Mais les suites sont-elles funestes si l'enfant tombe à terre? Bien rarement: Klein n'en cite qu'un cas sur deux cent quatre-vingt-trois. Ce fait surprenant au premier abord s'explique facilement: la hauteur est très peu considérable, vu l'attitude demi-fléchie prise forcément; le cordon se brise ou le placenta se décolle, nouvel élément de résistance; le corps frotte contre les parois vaginales et sur les cuisses qui lui présentent un plan décline, et l'élasticité ainsi que la résistance des os du crâne en préviennent les fractures.

Le danger de l'expulsion rapide n'est donc évident que si la femme accouche au-dessus d'une fosse d'aisance ou d'un vase quelconque, chaise percée, bain de siège, etc. Le manuel des gardes-malades de Berlin recommande même de recouvrir le bain de vapeur d'un réseau. La possibilité de la chute dans la fosse a été contestée, mais on a vu des femmes chez qui la compression du rectum déterminait un besoin de défécation imaginaire, demander pendant le travail à l'en soulager: on a allégué alors la direction du trajet à parcourir par l'enfant, pour dire qu'il ne pouvait arriver dans la lunette, mais qu'il devait nécessairement tomber sur son rebord ou à terre. Il n'est pas permis d'être aussi affirmatif. Si beaucoup de sièges sont construits de façon à donner raison à cette objection, d'autres peuvent l'être tout autrement; et on ne peut pas du reste déterminer d'une façon précise la position qu'aura la femme accouchant au-dessus de la fosse d'aisance, ni par suite la direction que suivra le fœtus. Nous ne voulons pas dire que ce cas soit fréquent, nous croyons le contraire, mais cela nous paraît possible; disons seulement que le concours des circonstances nécessaires se rencontre bien rarement.

En présence d'une allégation de ce genre, divers éléments seront nécessaires pour bien asseoir le diagnostic. L'étude du lieu de l'accouchement, les dimensions du siège, de l'orifice, la distance du mur, les taches de sang, etc., devront être l'objet de recherches spéciales. Dans tous les cas, on demandera à la femme de préciser son attitude et on n'oubliera pas que la station verticale est impossible, les douleurs la faisant promptement modifier. Hohl a fait des essais, il employait les promesses et une seule fois, il a pu obtenir l'attitude debout: or les femmes surprises par l'accouchement n'ont aucun motif pour garder cette attitude et dès lors la quittent forcément. On comparera aussi l'attitude indiquée avec la direction qu'aura suivie le corps de l'enfant, et on verra s'il y a compatibilité. On considérera aussi la conduite de la femme après sa délivrance, et on cherchera si le genre de mort de l'enfant est en rapport avec ce qu'elle avance.

2° *Une femme peut-elle accoucher sans le savoir?* — Depuis que l'usage des anesthésiques a été étendu à l'art des accouchements, on voit nombre de femmes qui accouchent à leur insu. Mais ce n'est pas dans ce sens qu'il faut résoudre la question. Nul doute que toute affection pouvant anéantir la sensibilité ne produise le même résultat, telles sont: l'apoplexie, la syncope, l'épilepsie. Le coma qui suit certaines névroses, le sommeil qui succède à l'ingestion d'un breuvage narcotique, comme dans l'exemple si connu de la comtesse de Saint-Géran, et dans quelques cas un sommeil naturel très profond peuvent aussi enlever à la femme la conscience de ce qui se passe en elle. Mais doit-on admettre, comme le voudraient quelques auteurs, qu'une femme accouche *sans le savoir* en allant à la garde-robe? Cette hypothèse ne supporte pas l'examen, car d'une part il y a impossibilité pour elle de s'asseoir sur les latrines, à cause des douleurs qui portent sur le siège. De plus, la dilatation du périnée change la direction de l'axe vulvaire et si l'accouchement venait à s'effectuer dans cette position, l'enfant serait projeté en avant sur la partie antérieure de la lunette. D'autre part, il faut supposer à la femme la force de monter sur le rebord des latrines, de s'y maintenir au milieu des douleurs de l'enfantement, ce qui est impossible, surtout chez les primipares; d'ailleurs une femme qui n'est pas *complètement idiote* ne peut pas se méprendre sur la nature des douleurs qu'elle éprouve et ne peut en aucun cas les confondre avec les efforts de la défécation.

On a pu voir chez des multipares et dans des avortements des fœtus être ainsi projetés tout à coup hors des organes de la mère; mais la plupart du temps celle-ci s'en apercevait de suite; aussi, dans un de ces cas d'accouchements brusques dont il existe des exemples, si l'enfant tombait dans la fosse, ce ne pourrait être que par la volonté de la mère qui le refoulerait en arrière dans le trou béant de la lunette.

3° *L'accouchement peut-il déterminer une folie subite et temporaire?* L'étude de cette question nous paraît devoir être renvoyée au chapitre de l'infanticide, de même que celle qui a rapport à l'impossibilité dans laquelle se serait trouvée la mère de porter secours à l'enfant.

4° *Les efforts de la femme pour se délivrer peuvent-ils tuer l'enfant?*

Dans ce cas en supposant que la mère ait saisi son enfant par le cou, l'hypothèse de la strangulation n'est pas admissible puisque, tant que le cordon ombilical est intact, l'enfant n'a nul besoin de respirer.

Les fractures du crâne ne paraissent pas non plus pouvoir se produire dans ces conditions. Quelle que soit en effet la difficulté de la délivrance, les tractions exercées par la mère ne comportent évidemment qu'une force très-limitée, vu la direction défavorable et la diminution de ses forces due à l'intensité des douleurs.

5° *L'accouchement peut-il produire des lésions sur le fœtus?* — Sans aucun doute, la mauvaise conformation du bassin, la longueur du travail interceptant la circulation, l'hémorrhagie consécutive à la déchirure du cordon ou du placenta peuvent déterminer la mort du fœtus. Ces différentes causes et leurs effets seront étudiés au chapitre de l'infanticide.

6° *L'accouchement est-il possible après la mort?* — Oui, mais le plus souvent le fœtus a cessé d'exister. Son expulsion est déterminée alors par la persistance de la contractilité utérine, ou, le plus souvent, par le développement de gaz dus à la putréfaction.

#### VI. — DE LA SURVIE ENTRE LA MÈRE ET L'ENFANT

Si nous supposons le cas d'un ménage sans enfant, dans lequel la femme au terme de sa grossesse viendrait à périr, ainsi que son enfant, pendant le travail de l'accouchement, nous trouverons l'occasion d'appliquer les articles ci-dessus : or, si l'enfant nouveau-né a survécu à sa mère, il en a hérité, et il peut transmettre la succession à son père; tandis que, s'il est mort le premier, les biens de sa mère rentrent dans sa famille, à moins de donation entre les époux. On voit de suite l'importance de cette question de survie.

Lorsqu'un médecin peut donner des renseignements sur les circonstances qui ont accompagné l'accouchement, ces renseignements sont pris en considération. Il faut donc que le médecin ait constaté, peu d'instant avant la mort de la mère, que les mouvements ainsi que les battements du cœur du fœtus étaient actifs, que ce fœtus ne porte pas de traces de mort intra-utérine remontant à quelques jours, comme la momification des tissus, leur flaccidité, ou leur infiltration, le décollement de l'épiderme sur de larges surfaces et autres signes qui seront exposés à propos de l'infanticide, pour qu'il soit présumé avoir survécu à sa mère. On aura à examiner l'action plus ou moins rapide des différentes causes de mort, la rupture d'anévrysme, l'apoplexie par exemple, impliquant plutôt que la mère a succombé avant le fœtus.

L'état d'épuisement ou de maladie de la mère ne sont pas des preuves absolues de la mort concomitante de l'enfant; mais en général, quand la mère est bien portante, et que survient un accouchement laborieux, l'enfant succombe bien avant la mère. Ce fait a été noté par beaucoup d'observateurs et en particulier par le professeur Hubert, de Louvain. Des expériences sur les animaux ont montré qu'il devait en être ainsi dans un certain nombre de cas

spéciaux : C'est ainsi que, dans l'empoisonnement de la mère par l'acide carbonique, on a constaté que le fœtus mourait avant sa mère, et qu'il cédait à sa mère tout l'oxygène qu'il pouvait fournir.

Enfin, s'il n'y a pas eu de témoins de l'accouchement et si la mère et l'enfant ont été trouvés morts, les dispositions des art. 720 et 721 du code civil sont applicables.

#### VII. — CONDUITE DE L'HOMME DE L'ART QUAND LA MÈRE SUCCOMBE AVANT D'ACCOUCHER

Une loi de Numa défendait d'ensevelir une femme morte en état de grossesse sans lui avoir ouvert l'abdomen pour en retirer l'enfant. C'est à cette loi que la république romaine dut Scipion l'Africain, Manlius, etc. Cette opération est la gastro-hystérotomie plus connue sous le nom d'opération césarienne *post mortem*. Que la mère soit morte ou vivante, les précautions à prendre par le chirurgien seront absolument les mêmes, puisqu'en opérant très près du décès présumé de la mère on risque que celle-ci ne soit qu'en état de mort apparente, et que d'ailleurs nos lois exigent qu'on ne procède à une opération quelconque sur un cadavre, que vingt-quatre heures après la constatation du décès; donc, en opérant comme nous venons de le dire, la femme est encore censée vivante. Du reste, la loi elle-même ainsi que la morale et la religion font un devoir au médecin, chaque fois qu'il est appelé auprès d'une femme enceinte qui vient d'expirer, de pratiquer l'opération césarienne.

Une grande question s'est élevée cependant, c'est de savoir combien de temps le fœtus peut survivre à sa mère? D'abord il faut considérer l'époque de la viabilité du fœtus, afin de ne pas troubler la douleur d'une famille par une opération inutile.

Après avoir reconnu une grossesse de deux cent dix jours, il faudra s'assurer de l'état de vie ou de mort du fœtus; l'auscultation nous aidera beaucoup, mais il ne faut pas se baser sur ce seul moyen d'exploration qui peut, dans certains cas, ne donner que des signes imperceptibles, malgré la persistance de la vie fœtale.

Quand la mère succombe par suite de maladie, la mort du fœtus arrive souvent la première, et elle est généralement précédée de mouvements actifs, tumultueux, de battements de cœur précipités et irréguliers; si la mère succombe accidentellement, l'enfant survit le plus souvent, mais pendant un temps très court. Cependant l'expérience nous apprend, que l'on a plusieurs fois conservé la vie à des enfants extraits dix minutes, vingt minutes et même une demi-heure après la mort de leur mère.

Quant aux enfants nés vivants un jour et plus après le décès de la mère, on ne peut expliquer ce phénomène que par la confusion de la mort apparente avec la mort réelle.

Dans une discussion qui a eu lieu à l'Académie en 1861, Depaul a fixé à

six mois l'époque de la viabilité et à une heure au plus, après la mort de la mère, le temps que l'enfant peut continuer à vivre dans l'utérus. Villeneuve, de Marseille, a rapporté dans la même discussion, des faits d'enfants ayant vécu deux heures, trois heures, et même dans un cas, quatre heures et demie après la mort de leur mère. Il pense que la recherche des bruits du cœur avant la section abdominale fait perdre un temps précieux; mais il admet que, dans le cas où l'accoucheur aurait constaté tout d'abord les battements fœtaux, et, quelques minutes plus tard, leur disparition, il devrait alors s'abstenir de toute opération.

Enfin, quand la femme a succombé pendant le travail, on peut hésiter entre l'opération césarienne et l'accouchement forcé *post mortem*. Dans ce dernier cas, si le col n'est pas assez dilaté pour que l'extraction du fœtus puisse se faire rapidement, malgré le relâchement des fibres musculaires qui résistent moins sur la femme morte, malgré la possibilité du débridement utérin, on aura peu de chances de sauver l'enfant, à cause du temps perdu pour les manœuvres, et des violences que l'on est obligé d'exercer sur lui par la version ou le forceps; la gastro-hystérotomie au contraire est facile, son exécution est prompte, et elle ne porte pas la plus légère atteinte à l'enfant, dont l'opérateur a pour devoir de conserver la vie.

La question se trouvant ainsi décidée par la loi et le code civil, toute discussion scientifique devient oiseuse. Certainement le législateur n'a point entendu énoncer une vérité absolue, ni décider en physiologiste une question sur laquelle sont partagées les opinions des plus savants médecins. Mais en agissant ainsi il a tari la source des procès difficiles et scandaleux qu'occasionnaient les naissances tardives et prématurées en traçant aux juges une règle positive pour fixer leur incertitude et prévenir désormais l'arbitraire des décisions et la contradiction des jugements.

#### VIII. — DE L'EXPOSITION, DE LA SUPPOSITION, DE LA SUPPRESSION, ET DE LA SUBSTITUTION D'ENFANT<sup>1</sup>

*Définitions.* — On entend par *exposition d'enfant* son abandon et son délaissement dans un lieu public. Ce crime est commis ordinairement par une mère coupable, dans le but de se soustraire à la honte, ou pour éviter les charges de la maternité.

1. Voici quelle est la législation relative à ces questions spéciales :

Code pénal, Art. 349. Ceux qui auront exposé et délaissé *en un lieu solitaire* un enfant au-dessous de l'âge de sept ans accomplis; ceux qui auront donné l'ordre de l'exposer ainsi, si cet ordre a été exécuté, seront, pour ce seul fait, condamnés à un emprisonnement de six mois à deux ans, et à une amende de 16 fr. à 200 fr.

Art. 350. La peine portée au précédent article sera de deux à cinq ans, et l'amende de 50 fr. à 400 fr. contre les tuteurs ou tutrices, instituteurs ou institutrices de l'enfant exposé et délaissé par eux ou par leur ordre.

Art. 351. Si, par suite de l'exposition et du délaissement prévu par les articles précédents, l'enfant est demeuré mutilé ou estropié, l'action sera considérée comme blessures

La loi ne déclare l'exposition un délit que quand l'enfant a moins de sept ans accomplis. Elle punit assez sévèrement pour empêcher cette faute de se multiplier, mais pas trop afin de ne pas pousser les femmes à commettre des infanticides. La peine est graduée selon que le lieu d'exposition est ou n'est pas solitaire et enfin selon que l'enfant a subi ou non un mauvais traitement antérieur.

La *supposition* d'enfant est un délit qui a pour effet de changer l'état civil d'un enfant. Par exemple une femme feint la grossesse pour obtenir l'accomplissement d'une promesse de mariage. Au terme supposé elle présente comme sien un enfant qu'elle s'est fait amener en secret et quelquefois qu'elle a dérobé.

L'esprit judicieux de P. Zacchias n'avait point laissé passer cette question sans la traiter en détail sous ce titre : *De simulata prœgnantia et de partu supposito*, il passe en revue toutes les causes de stérilité, toutes celles qui peuvent faire soupçonner la grossesse, les causes d'impuissance chez l'homme, et va même jusqu'à examiner la valeur de la ressemblance de l'enfant avec les parents<sup>1</sup>.

Par *suppression* on entend le cas où un enfant est soustrait et caché; il se trouve par ce fait privé de son *état civil* mais non de la vie; ce qui est bien différent de l'infanticide. La suppression peut avoir lieu soit par la mère qui veut dérober la preuve d'une faiblesse ou d'une infidélité, soit par des tiers que la naissance d'un enfant privait d'une fortune convoitée.

Enfin la *substitution* se confond avec la supposition, elle a pour but de priver les collatéraux d'un titre ou d'une succession en introduisant dans la famille un héritier direct. Des pères et des mères ont substitué des enfants vivants à des enfants morts-nés. Des collatéraux ont substitué des enfants morts-nés à des enfants vivants.

Le rôle du médecin, dans le cas d'*exposition* d'enfant, est de rechercher les conséquences de ce délaissement pour l'enfant et les maladies qui ont pu en être la suite. Dans le cas où il serait mort, il faut constater s'il était né vivant, né viable et si la mort est le résultat des blessures ou de l'abandon.

volontaires à lui faites par la personne qui l'a exposé et délaissé; et si la mort s'en est suivie, l'action sera considérée comme meurtre; au premier cas, les coupables subiront la peine applicable aux blessures volontaires; et, au second cas, celle du meurtre.

Art. 352. Ceux qui auront exposé et délaissé *en un lieu non solitaire* un enfant au-dessous de sept ans accomplis, seront punis d'un emprisonnement de trois mois à un an, et d'une amende de 16 fr. à 100 fr.

Art. 353. Le délit prévu par le précédent article sera puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans, et d'une amende de 25 fr. à 200 fr., s'il a été commis par des tuteurs ou tutrices, instituteurs ou institutrices de l'enfant.

Code pénal, art. 345. Les coupables d'enlèvement, de recel ou de suppression d'un enfant, de substitution d'un enfant à un autre, ou de supposition d'enfant à une femme qui ne sera pas accouchée, seront punis de la réclusion.

Il ne s'agit pas seulement, dans ce dernier article, des enfants nouveau-nés mais des mineurs en général. Arrêt du 18 novembre 1824; Dalloz, XII, 47.

1. P. Zacchias, *loc. citat.*, t. I, p. 255.