

bizarres, sont la conséquence tantôt d'affections prurigineuses du côté des organes génitaux externes, tels que l'herpès préputialis, l'eczéma du scrotum, de l'anus, ou bien tantôt d'affections plus profondes des organes de l'urination, tels que les rétrécissements de l'urètre, les affections catarrhales de la vessie et surtout de son col, les affections prostatiques, etc. Or, sans parler ici de l'examen de l'état mental dont l'importance ne saurait échapper à personne, il faut savoir que les affections dont nous avons parlé peuvent nécessiter en effet des attouchements, des postures, des positions bizarres sur le caractère desquelles les témoins peuvent se méprendre, sur le caractère desquelles on s'est plus d'une fois mépris; c'est au médecin légiste qu'il appartient de dissiper des erreurs si regrettables.

Enfin, dans son ouvrage sur les attentats aux mœurs, Tardieu rapporte un cas curieux dans lequel il a été obligé de donner son opinion. Il s'agissait de *photographies obscènes* dans lesquelles l'œil pénétrait si loin qu'il semblait que l'écartement fût maintenu à l'aide de quelque procédé artificiel, hypothèse qui devait aggraver l'accusation portée contre le photographe. Des expériences faites à Saint-Lazare permirent à Tardieu de conclure que « l'écartement des parties sexuelles résultait soit de la conformation naturelle des formes, soit de la manière dont elles avaient été posées ».

## II. — ATTENTAT A LA PUDEUR.

Avant d'aborder l'étude de l'attentat à la pudeur, de la tentative de viol et du viol, nous croyons utile de donner sur la disposition, sur l'anatomie des formes des organes génitaux chez la femme, quelques notions indispensables. En effet, comme c'est d'après l'examen de ces organes que le médecin légiste est obligé de se prononcer, il est nécessaire qu'il en connaisse bien l'aspect à l'état normal, les variétés qu'ils peuvent présenter selon les individus ou aux différents âges de la vie, et enfin certaines particularités de structure sur lesquelles on n'insiste généralement pas assez, et qui seules peuvent donner la clef de certaines déformations acquises.

**Conformation des organes génitaux externes chez la femme.** — La vulve est l'ensemble des organes génitaux externes. Elle est verticale chez la petite fille et entr'ouverte à sa partie supérieure. Chez la jeune fille et surtout chez la femme, elle est dirigée de haut en bas et d'avant en arrière, l'écartement des lèvres est faible en haut et plus prononcé à la partie inférieure. La vulve comprend en haut une surface saillante, couverte de poils, chez la femme pubère, c'est le pénis ou mont de Vénus. De chaque côté, elle est limitée par les grandes lèvres qui se réunissent au-dessous et au milieu du pénis, forment la commissure supérieure ou antérieure; en bas leur union constitue la commissure inférieure ou postérieure, connue sous le nom de fourchette. En dedans des grandes lèvres et un peu plus profondément se trouvent de haut en bas le clitoris et les petites lèvres. Celles-ci, en arrière et en bas, se confondent avec les parties correspondantes de la vulve; en haut elles se dédou-

blent, une des branches s'unit à celle du côté opposé au milieu de la partie inférieure du clitoris; l'autre supérieure passe au-dessus de l'organe, et se confondant également avec la branche de bifurcation de l'autre côté, forme le capuchon du clitoris ou prépuce. Plus profondément encore, c'est-à-dire au-dessous et en arrière du clitoris et en dedans des petites lèvres, on observe le vestibule, surface triangulaire dont la base répond sur la ligne médiane au méat urinaire et de chaque côté à l'orifice du vagin limité chez la femme vierge par l'hymen; celui-ci est en bas séparé de la fourchette par une petite dépression nommée fosse naviculaire. Telles sont, au point de vue descriptif, les parties constituant de la vulve; topographiquement, elle peut être, suivant la remarque de Devergie, divisée en deux régions: une antérieure ou urinaire; l'autre postérieure ou *génitale*. La première qui contient l'urètre et le clitoris avec son capuchon préputial, est la plus développée chez la petite fille, elle se découvre facilement à travers les grandes lèvres qui, comme nous l'avons dit, s'écartent en haut, et laissent voir l'orifice externe du canal de l'urètre; la seconde comprend la fourchette qui la limite en avant et en bas; derrière et au-dessus de la fourchette, on trouve la fosse naviculaire, et enfin, plus profondément placé, l'orifice vulvo-vaginal avec la membrane hymen; on a donc en allant des parties les plus superficielles vers les parties profondes: l'orifice vulvaire, le canal vulvaire, le détroit vulvo-vaginal et le vagin. En résumé, le conduit qui va de l'orifice vulvaire au col utérin est formé de deux conduits secondaires, séparés l'un de l'autre par le détroit vulvo-vaginal et la membrane hymen. Or, selon la remarque de Dolbeau, ces rapports qui existent entre eux changent avec l'âge, si bien que le conduit vulvaire, qui est le plus long chez la petite fille, devient de plus en plus court par rapport au conduit vaginal dont la longueur relative va sans cesse en augmentant jusqu'à ce que l'évolution pubère soit complète.

Chacune des portions constituant de la vulve présente des particularités qui au point de vue médico-légal peuvent nous importer.

Le *mont de Vénus*, couvert de poils chez la femme pubère, doit toujours être exploré avec soin. C'est quelquefois en ce point que l'on a retrouvé des preuves irrécusables (spermatozoïdes desséchés), d'un rapport sexuel consenti ou non, mais en tout cas nié.

Les *grandes lèvres* sont en général fermes et bien appliquées l'une contre l'autre chez la femme jeune, bien portante et nullipare. On a voulu faire de cette disposition un caractère de virginité. Presque tous les auteurs contestent actuellement cette assertion et d'ailleurs l'examen des faits la condamne. De même cette opinion de Tardieu qui, à propos de la disposition ordinaire des grandes lèvres chez les petites filles, s'exprime ainsi: « Dans les cas d'actes vénériens commis sur les petites filles, on trouve les grandes lèvres épaissies, écartées à la partie inférieure, la vulve largement ouverte. » M. Brouardel répond, sans nier d'ailleurs la valeur fréquente de ce signe, en citant des cas où une conformation anormale peut prêter à la confusion.

En effet, chez les enfants, les grandes lèvres sont épaissies à leur partie supérieure et semblent atrophiées à leur partie inférieure, la fourchette

touche presque l'hymen, il existe à ce niveau un enfoncement notable et l'orifice de l'anus est très rapproché de l'orifice vulvaire. La conséquence est facile à comprendre : quand la petite fille écarte les cuisses, c'est la partie inférieure qui s'entr'ouvre.

Les *petites lèvres* sont à l'état normal recouvertes par les grandes lèvres; elles sont alors d'un blanc rosé, ou d'un blanc pâle chez les femmes de constitution faible ou anémique.

Leur disposition est la même chez la jeune fille vierge et chez la femme déflorée.

Si, dans bien des cas, on voit ces organes allongés, dépassant les grandes lèvres, flétris, brunâtres, cela ne signifie rien pour ou contre la *virginité*. La preuve en est qu'il n'est pas rare de rencontrer cette disposition sur des filles vierges et même sur de jeunes enfants. C'est qu'en effet un grand nombre de circonstances doivent ici être prises en considération, ce sont entre autres : la conformation individuelle et surtout les frottements répétés causés par le prurit vulvaire et le grattage, le travail à la machine à coudre, l'équitation, le coït *fréquent*, les habitudes de masturbation et même de saphisme, etc., etc.

*Clitoris*. — Ici encore les différences individuelles sont nombreuses, mais, nous le verrons plus loin, les habitudes vicieuses peuvent modifier la disposition normale de cet organe et produire souvent des déformations assez nettes pour les faire reconnaître.

*Vestibule, méat urinaire, glandes vulvaires*. — Ces organes offrent beaucoup d'importance car ils sont souvent le siège de la blennorrhagie aiguë, et le refuge de la blennorrhagie chronique; nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur ce point important. L'exploration de l'urèthre se fait en exerçant avec le doigt, à travers la paroi vaginale, une pression suffisante et continue d'arrière en avant, cet examen doit être plusieurs fois répété, et surtout, lorsque cela est possible, la personne suspectée ne doit pas être préalablement informée de la visite médicale. M. Terrillon a imaginé pour l'exploration du canal de l'urèthre chez la femme, une curette qui a fait plusieurs fois reconnaître à cet habile chirurgien la présence du pus blennorrhagique dans des urèthres dont l'examen habituel ne décelait pas la lésion. De même, nous recommanderons l'inspection attentive des orifices des glandes vulvo-vaginales ou de Bartholin, qui s'ouvrent sur les parties latérales et inférieures de la vulve immédiatement en avant de l'hymen ou des caroncules myrtiformes. Les autres glandes vulvaires, disséminées sur les diverses portions de la muqueuse, les dépressions, lacunes et follicules qui avoisinent le méat urinaire, et en particulier les deux longues glandules que l'on observe souvent à deux ou trois millimètres des bords latéraux de cet orifice devront soigneusement être inspectés. — Quant à la béance de l'orifice uréthral, qui était pour quelques auteurs un signe de prostitution, elle dépend ordinairement d'une conformation spéciale, elle peut aussi être due à l'introduction répétée de corps étrangers dans l'urèthre; mais la valeur qu'on voulait lui attribuer paraît devoir être considérée comme nulle.

*Fosse naviculaire*. — C'est à ses dépens que se forme l'infundibulum vulvaire, décrit par Tardieu, après les tentatives répétées de viol chez les petites filles. Cette déformation se rencontre également chez les jeunes femmes dont la défloration a été difficile, mais aussi bien chez les enfants que chez les adultes, il ne faut pas oublier que des vices de conformation peuvent simuler cette lésion.

*Fourchette*. — La fourchette fait en avant du cul-de-sac postérieur ou inférieur de la vulve, connu sous le nom de fosse naviculaire, une saillie en croissant, à concavité supérieure, d'autant plus marquée et d'autant plus résistante que le sujet est plus jeune; son bord libre atteint ou dépasse le relief de la demi-circonférence inférieure de l'anneau vulvo-vaginal; mais successivement déprimée et refoulée en arrière dans les rapports sexuels, elle ne tarde pas à s'effacer peu à peu, ce qui diminue de plus en plus la profondeur de la fosse naviculaire, et laisse complètement à découvert l'orifice du vagin. Ajoutons que la fourchette est souvent déchirée dans l'accouchement.

*Anneau vulvaire*. — *Hymen*. — *Caroncules myrtiformes*. — La partie fondamentale de l'orifice vulvo-vaginal, ce qui fait obstacle au passage d'un corps volumineux de la vulve dans le vagin, c'est bien moins, comme le fait remarquer avec raison Richet<sup>1</sup>, la présence de la membrane hymen que celle du constricteur du vagin (*constrictor cunni*). Ce muscle, à fibres striées, disposé en sphincter, présente quelquefois une résistance telle que, même chez la vierge qui a été déflorée, l'orifice vulvo-vaginal n'admet qu'avec peine l'index qui s'y trouve serré; c'est, avec d'autres causes, la présence de ce muscle, analogue au sphincter de l'anus, qui explique comment, chez les petites filles, Tardieu a pu constater plus d'une fois, à la suite d'attentats à la pudeur répétés, une déformation analogue à l'infundibulum des pédérastes. Les dispositions anatomiques étant les mêmes dans les deux régions, il n'y a rien d'étonnant à ce que la déformation infundibuliforme se soit produite dans un cas comme dans l'autre, et par le même mécanisme.

L'existence de l'hymen, cette membrane qui est reconnue depuis les travaux du Dr Budin (*Progrès médical*, 1879) comme appartenant au vagin et constituant son extrémité antérieure, sur laquelle on a tant discuté à d'autres époques, est aujourd'hui admise par tout le monde comme à peu près constante; son absence totale, comme le dit Devilliers<sup>2</sup>, doit être considérée comme une anomalie. L'hymen est situé à l'entrée du vagin, ou si l'on veut, à l'union du conduit vulvaire et du conduit vaginal. La longueur relative du premier, la saillie de la fourchette, chez la petite fille, font que l'hymen est profondément situé à cet âge de la vie, et qu'il peut ainsi passer inaperçu; ce n'est souvent qu'en écartant fortement les cuisses et les lèvres, comme le conseille Tardieu, qu'on peut l'apercevoir à 6 ou 8 millimètres de l'entrée de la vulve. L'effacement, la dépression de la fourchette leissent plus tard plus superficiel, et, pour ainsi dire à nu.

1. *Anat. Méd. Chir.*

2. *Rech. sur la membr. hym.* 1840.

Sa disposition varie avec les individus; à peine prononcée chez certaines femmes, la membrane hymen forme quelquefois chez d'autres une barrière complète. Tardieu ramène ces différences individuelles aux cinq types suivants, classés par ordre de fréquence :

1° Disposition labiale, les bords séparés par une ouverture verticale et affrontés l'un à l'autre, font saillie à l'entrée du vagin ;

2° Diaphragme irrégulièrement circulaire, interrompu vers le tiers supérieur par une ouverture plus ou moins large et plus ou moins haut placée ;

3° Diaphragme exactement et régulièrement circulaire percé d'un orifice central ;

4° Diaphragme semi-lunaire, en forme de croissant, à bord concave supérieur plus ou moins échancré, et dont les extrémités vont se perdre en dedans des petites lèvres ;

5° Enfin, le repli ou la bandelette semi-lunaire, dont la hauteur varie de 2 millimètres chez les petites filles à 6 ou 8 chez les adultes.

Inutile d'ajouter que cette classification ne prétend nullement se prêter à toutes les variétés individuelles plus ou moins bizarres que peut présenter la membrane hymen; c'est ainsi que l'on a décrit encore des hymens en forme de pont. Cette forme correspond à ce que les anciens appelaient *foramen hymenæum bipartitum*, elle consiste en ce qu'une bandelette, de même structure que l'hymen, divise longitudinalement l'orifice en deux parties (Hofmann).

De même nous citerons l'hymen cribriformis; l'hymen frangé (Luschka) important à connaître, pour ne pas confondre les franges de son bord libre et son aspect déchiqueté avec des lésions dues à un traumatisme. Hofmann insiste avec raison sur ces confusions possibles, il montre que dans nombre de cas, il existe normalement des échancrures sur le bord libre de l'hymen, que ces échancrures existent ordinairement à l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur, et sont presque toujours symétriques.

Nous reviendrons d'ailleurs sur les dangers d'un examen inattentif au paragraphe du viol.

Les *caroncules myrtiformes*, que l'on ne doit pas confondre absolument avec les lambeaux de l'hymen consécutifs aux déchirures causées par la défloration, résultent de la cicatrisation et de la rétraction cicatricielle des débris de l'hymen après l'accouchement. Elles présentent, comme le dit Devilliers, un caractère constant qui permet le plus souvent de les distinguer des autres productions charnues des parties génitales; comme l'hymen dont elles proviennent, elles n'existent qu'à la place occupée par cette membrane dont elles marquent l'insertion sur le pourtour de l'orifice vulvo-vaginal. Ordinairement de trois à cinq, elles peuvent présenter les plus grandes variations, tant sous le rapport du nombre que sous celui de leur consistance et de leur forme, végétations, tubercules, crêtes de coq, languettes, excroissances polypiformes. Quant à la cavité vaginale elle-même, ses dimensions, la tonicité de ses parois, sont tellement variables qu'on n'en peut rien dire de précis; l'expérience seule peut permettre, dans un cas donné, de tirer de l'état de ce

conduit de son degré d'étroitesse ou de relâchement, des renseignements plus ou moins utiles.

Terminons enfin cette longue mais nécessaire digression anatomique par une remarque importante sur l'état du squelette du bassin chez la petite fille. Les os du bassin sont très peu développés chez l'enfant en bas âge; ce n'est que plus tard que la partie des os iliaques, qui forme le détroit inférieur, s'excave en se déjetant en dehors et en écartant les deux branches de l'arcade pubienne. Aussi, jusqu'à l'âge de dix ans, le peu d'écartement de cette arcade constitue-t-elle, selon la remarque de Tardieu, une barrière le plus souvent insurmontable à l'intromission du membre viril. Toulmouche portait cet âge jusqu'à treize ans.

L'*attentat à la pudeur* constitue le second degré des attentats aux mœurs. Sans nous préoccuper autrement, pour le moment, de la définition qu'il faudrait donner de ce terme générique, nous dirons qu'au point de vue qui nous occupe, le crime dont il s'agit réside dans l'accomplissement de manœuvres indécentes commises sur les parties sexuelles d'une personne du sexe féminin, la *membrane hymen restant intacte*. L'intégrité ou la non-intégrité de l'hymen est, en effet, pour le médecin légiste, le seul caractère qui lui permette de distinguer l'attentat à la pudeur pur et simple, de la tentative de viol ou du viol consommé. Tant que l'hymen est intact, rien ne prouve qu'il y ait eu, de la part du coupable, tentative violente d'intromission du pénis; mais ainsi que le fait observer M. Brouardel, « lorsque le médecin légiste constatera chez une petite fille âgée de douze ans au moins, la présence d'un hymen à bords annulaires, à orifice labié, l'intégrité des bords de la membrane ne sera pas pour lui la preuve que l'introduction du pénis en érection n'a pas pu avoir lieu, et sa dilatabilité ne suffira pas non plus à démontrer qu'il y a eu des rapprochements sexuels répétés »; dès que l'hymen vient à être déchiré ou rompu, la preuve de l'intention du viol ou du viol consommé, selon le cas, est manifeste.

Les dix premières années de la vie sont, si l'on peut s'exprimer ainsi, l'âge d'élection des attentats à la pudeur. En effet, pour les raisons anatomiques que nous avons données plus haut, il est toujours excessivement difficile, et la plupart du temps complètement impossible, qu'un corps aussi volumineux que le pénis en érection franchisse l'arcade pubienne, et par conséquent pénètre dans le vagin. D'après Toulmouche, la limite, d'âge *minimum* du viol devrait même être portée jusqu'à treize ans. Mais comme le fait remarquer Tardieu, l'habile professeur de Rennes, parti d'une observation exacte et judicieuse, a dépassé la vérité. En effet, il n'est pas extraordinairement rare de trouver des jeunes filles, de douze ou même de onze ans, dont le bassin est assez développé pour permettre des rapports sexuels même avec des individus doués d'un membre viril ordinaire, à plus forte raison s'il s'agissait de jeunes garçons, comme il n'en existe que trop d'exemples. Dans ce dernier cas, du reste, la limite doit même être abaissée au-dessous de dix ans.

La violence n'est pas nécessaire pour constituer le crime au-dessous de

treize ans accomplis (loi du 23 mai 1863); les sollicitations mêmes, les provocations de l'enfant n'excusent pas l'auteur de l'attentat.

**Signes de l'attentat à la pudeur.** — Les signes de l'attentat à la pudeur se tirent de l'examen des organes sexuels. Le plus souvent, en effet, les enfants séduits par de trompeuses promesses, dominés par une sorte de tentation irréfléchie du nouveau et de l'inconnu ou maîtrisés par la peur, abandonnés de plus à leur grande faiblesse physique, opposent une résistance assez peu réelle (L. Pénard). Aussi ne devrait-on pas s'attendre à trouver, en dehors des organes de la génération des lésions traumatiques multiples, des traces de résistance et de lutte en dehors desquelles il n'est guère possible, chez une femme adulte et dans son état normal, de croire à un attentat. Encore arrive-t-il souvent que les manœuvres accomplies du côté des organes génitaux eux-mêmes ne laissent pas de traces ou n'en laissent que de très éphémères. Il en est nécessairement ainsi lorsque tout s'est borné à de simples attouchements, ou à des frottements sans violence ou à des pratiques obscènes. Aussi voyons-nous Tardieu n'arriver qu'à des résultats négatifs dans cent quarante-neuf cas sur quatre cent dix-neuf.

Pour les attentats plus caractérisés eux-mêmes, il importe d'établir une distinction entre ceux qui sont constitués par des *actes récents* ou *isolés* et ceux qui sont constitués par des *actes anciens* et *répétés* (Tardieu).

A la première catégorie appartiennent, sinon exclusivement, au moins d'une manière spéciale : 1° les lésions traumatiques immédiates de la vulve telles que les ecchymoses, lésions, déchirures, ruptures, etc.; 2° l'inflammation vulvaire plus ou moins violente avec écoulement purulent ou mucopurulent.

1° *Lésions traumatiques immédiates de la vulve.* — Les *ecchymoses* ne sauraient être, comme le prétendent Briand et Chaudé, le résultat de l'inflammation vulvaire. Elles sont, comme chacun sait, à part certains états pathologiques graves, le résultat de la contusion qu'elles révèlent aux regards de l'observateur. Dans l'espèce elles ont pour siège les grandes et les petites lèvres, la fourchette et même la portion antérieure ou urinaire de la vulve; elles sont dues à la compression subie par cette partie entre l'arcade pubienne d'un côté et le membre viril de l'autre. Dans les maladies générales hémorrhagiques, des ecchymoses peuvent comme ailleurs se montrer à la vulve, mais une erreur dans le diagnostic de la cause est presque impossible.

Les *érosions* de la muqueuse, conséquence fréquente des violences brutales ou des frottements répétés, ont le même siège; elles peuvent donner lieu à de légères hémorrhagies, sans qu'il y ait rupture ou déchirure proprement dite. La tuméfaction et la rougeur inflammatoire des parties en rendent souvent la constatation difficile. Certaines érosions sont quelquefois d'un diagnostic étiologique fort difficile; nous reviendrons un peu plus loin sur ce point important.

Les *déchirures* et les *ruptures* de la vulve, sans déchirure ou rupture concomitantes de l'hymen sont rares; aussi croyons-nous devoir en renvoyer

l'étude au paragraphe suivant où il sera parlé de la tentative de viol. La fourchette en est le siège de prédilection. Il nous suffira pour le moment d'établir que ces lésions ont été plus d'une fois constatées même chez des jeunes filles. La rupture du périnée elle-même avec déchirure du rectum, n'est pas aussi impossible que certains auteurs ont bien voulu le dire. Il suffit, pour s'en convaincre, de se reporter aux cas cités par Colles (*Med. Times a. Gaz.*, *June 2, 1860*) et par le docteur Kinlay (*Glasgow, Med. Journ.*, *July 1859*, p. 140). Dans le premier, il s'agit d'une enfant de huit ans, chez laquelle, sans trace de violences extérieures, on trouva, à l'examen, une rupture du vagin et le périnée presque déchiré de part en part; dans le second, le vagin était déchiré en divers sens: une de ces déchirures s'étendait de la partie inférieure en bas, divisant la cloison recto-vaginale et le périnée jusqu'à la marge de l'anus. Il y avait eu en même temps une déchirure des parois du rectum. Il s'agissait d'une enfant de six ans environ! Devant de pareils faits, toute discussion devient oiseuse et inutile.

Telles sont les lésions traumatiques directes qui accompagnent assez souvent l'attentat à la pudeur chez les petites filles; mais elles peuvent ne pas exister, et tout peut se borner à une irritation légère de la vulve avec un peu de douleur et de chaleur aux parties; irritation qui n'a rien de caractéristique, et sur laquelle l'expert ne doit se prononcer qu'avec la plus grande réserve.

2° *Inflammation vulvaire.* Mais le plus souvent le traumatisme de la vulve est suivi d'une violente inflammation vulvaire, surtout chez les petites filles âgées de moins de douze ans. Remarquable par la rapidité de son début, qui varie depuis quelques heures, chez les très jeunes enfants, jusqu'à deux ou trois jours au plus, elle s'annonce par une chaleur cuisante, par une douleur qui gêne la marche et oblige l'enfant à des attouchements qui, de concert avec les souillures de la chemise, ne tardent pas à attirer l'attention. En même temps les grandes lèvres se gonflent, l'entrée du vagin est rouge et tuméfiée; des érosions, des excoriations se montrent sur les bords et dans l'intervalle des lèvres; la douleur est tellement vive que l'examen, toujours difficile, est quelquefois impossible. Enfin, l'écoulement muco-purulent, qui a paru dès le deuxième ou le troisième jour devient plus abondant, franchement purulent, de couleur jaunâtre ou gris jaunâtre, de consistance sirupeuse; il tache en jaune et empêche le linge porté par la malade.

Si nous avons autant insisté sur les caractères et sur la marche de cette vulvite traumatique, c'est qu'elle a dans la pratique médico-légale la plus grande importance. En effet, c'est le plus souvent l'existence de l'écoulement muco-purulent qui éveille l'attention des parents; et, comme il pourrait être facilement confondu avec des écoulements de nature et de cause différentes; comme aussi, plus d'une fois, des parents ont voulu profiter de la possibilité de cette confusion pour extorquer de l'argent, il est nécessaire que le médecin légiste ne se prononce qu'en parfaite connaissance de cause et après un examen aussi éclairé que consciencieux. Sans doute, certains auteurs ont étrangement accru la fréquence des méprises dans des cas

semblables. Il suffit de lire, pour s'en convaincre, les réflexions évidemment entachées d'exagération que fait Astley Cooper dans ses *Leçons de chirurgie*. Mais ce n'est pas là une raison pour tomber dans l'excès contraire, et adopter un système de scepticisme qui menace de devenir à la mode.

L'inflammation vulvaire peut être confondue : 1° avec la leucorrhée constitutionnelle; 2° avec une inflammation catarrhale non traumatique; 3° avec une vulvite traumatique; 4° avec un écoulement spécifique; 5° enfin avec la gangrène de la vulve (Taylor).

1° La *leucorrhée constitutionnelle* est celle à laquelle on a le plus souvent affaire chez les petites filles; manifestation de la scrofule ou du lymphatisme, elle est sinon déterminée au moins entretenue par de mauvaises conditions hygiéniques, et surtout par la malpropreté. L'écoulement auquel elle donne lieu ne peut pas être toujours distingué de celui de la vulvite consécutive à l'attentat à la pudeur, surtout quand les deux affections sont à la période d'état. Cependant, son abondance moins grande et la matière séro-muqueuse qui le constitue contrastent étrangement avec l'abondance et la consistance sirupeuse de celui de la vulvite traumatique. Si l'on y ajoute l'aspect blafard des parties, le relâchement des tissus, la durée pour ainsi dire indéterminée de la maladie, on sera le plus souvent en mesure d'établir un diagnostic. Dans le cas où un premier examen laisserait dans le doute, l'expert devra demander à en faire un second à quelques jours d'intervalle; si l'écoulement n'a pas notablement changé, et si les parties sont toujours dans le même état, il serait autorisé à conclure à la non-existence d'une vulvite traumatique, dont la marche est essentiellement aiguë. Un cas plus embarrassant, car il faut tout prévoir, serait celui de la coexistence des deux affections; on conçoit en effet que des attentats à la pudeur puissent être commis sur des enfants leucorrhéiques; mais dans ce cas, il sera quelquefois facile de faire le départ entre les troubles leucorrhéiques constitutionnels et ceux autrement violents de la vulvite qui les a accompagnés pendant quelque temps.

2° L'*inflammation catarrhale* n'est pas très rare, surtout chez les enfants de six à sept ans, même en dehors de la scrofule; elle est due le plus souvent à la dentition, dont l'influence sur les muqueuses est bien connue. La vulvite catarrhale, il ne faut pas l'oublier, est contagieuse et épidémique, souvent on l'observe dans les pensionnats, les hospices et, dans quelques cas, sa constatation par les parents d'abord, puis par des médecins qui se trompaient sur la véritable nature de l'affection, a fait croire à des lésions résultant d'attentats à la pudeur.

On voit donc quelles conséquences terribles peut avoir dans ces cas l'ignorance et surtout l'imprudence d'un expert. Il est toujours permis de dire que l'on doute, mais on devient coupable si l'on affirme une chose que l'on ne peut démontrer, et qui peut entraîner le déshonneur et la ruine d'un honnête homme.

Dans la vulvite catarrhale l'écoulement séro-muqueux ou séro-purulent qu'elle détermine, peut donner lieu à des érosions, à des excoriations de la peau. Mais la coexistence d'autres troubles déterminés par la dentition, le peu

de consistance de l'écoulement, et surtout l'absence de toute lésion traumatique proprement dite, permettront d'éviter une erreur qui pourrait compromettre la liberté ou l'honneur d'un innocent.

3° La *vulvite est quelquefois due à des influences directes* dans le but de simuler un attentat aux mœurs, dont on espère tirer un ignoble profit. On comprend combien il peut être difficile, sinon impossible, dans ces cas, de se prononcer d'une façon précise. L'expert n'en a du reste pas besoin; son rôle se borne à constater l'existence de violences ou les résultats qu'elles ont contribué à déterminer, à indiquer, autant que possible, la nature des manœuvres et les lésions qu'elles ont produites, à décider enfin si elles peuvent ou non avoir été accomplies avec le membre viril; le reste est l'affaire des magistrats.

4° L'*inflammation spécifique ou blennorrhagique* ne saurait, quoi qu'on ait dit, être distinguée par la nature de l'écoulement de l'inflammation traumatique de la vulve. Quelle que soit la cause de l'inflammation, les résultats, abstraction faite du degré auquel elle est portée, sont toujours les mêmes. Il est toutefois deux particularités qui ont une valeur diagnostique réelle: l'une, signalée pour la première fois par Tardieu, c'est la turgescence extraordinaire des vaisseaux répandus à l'entrée de la vulve et du vagin, qui offrent tout à fait l'apparence que présentent si fréquemment les veines de la verge, et le prépuce turgescence chez les individus atteints d'une chaudepisse très aiguë; l'autre, bien connue, c'est l'écoulement du pus par l'urèthre. « Dans la phlegmasie non blennorrhagique, dit Tardieu, lorsque l'on presse sur le périnée, la matière de l'écoulement sort plus ou moins abondamment par le vagin, mais non par l'urèthre. Dans l'inflammation spécifique, au contraire, on voit l'écoulement se faire à la fois par l'urèthre et par le vagin. L'importance de l'urétrite est donc grande, cependant l'inflammation aiguë de l'urèthre peut être consécutive au traumatisme vulvaire, et souvent aussi à l'introduction de corps étrangers irritants ou non dans le canal.

Avant donc de formuler le diagnostic: blennorrhagie, si l'on a le moindre doute, on devra attendre huit, dix, quinze et vingt jours. Sans traitement approprié, une blennorrhagie ne guérira pas dans ce court espace de temps; souvent même on la verra devenant subaiguë, se localiser dans les glandes et follicules vulvaires en même temps qu'elle existera dans l'urèthre.

Dès lors le diagnostic n'est plus douteux, car telle n'est pas la marche des lésions traumatiques. L'examen au microscope du liquide recueilli n'est pas inutile, mais le micro-organisme de la blennorrhagie, bien qu'il paraisse réellement découvert à l'heure actuelle n'a pas encore été assez discuté et vulgarisé pour que nous ayons le droit d'attacher à sa constatation une valeur médico-légale.

Plusieurs auteurs attachent peu d'importance à l'absence de l'urétrite dans la blennorrhagie vulvaire. Zeissl, cité par Hofmann, « regarde même la blennorrhagie uréthrale comme l'affection catarrhale vénérienne la plus rare chez la femme ». Certes, l'urétrite peut manquer, mais contrairement à l'avis qui vient d'être exprimé, on doit regarder son absence comme rare. Si,