

dent que si le cordon a été coupé, cela indique en général que la chute complète de l'enfant aurait pu être empêchée, et qu'il ne serait pas tombé dans les latrines, par exemple, si la mère n'avait pas sectionné le cordon. Il faut remarquer toutefois que le cordon peut être assez long pour permettre le choc de la tête de l'enfant contre le sol, la mère accouchant debout ou accroupie; on doit dans chaque cas particulier vérifier si cette explication est admissible et concorde avec la position que la mère dit avoir eue au moment de l'accouchement. — D'un autre côté, alors même que l'on trouve le cordon rompu, cela peut résulter et résulte très fréquemment non pas de la chute de l'enfant, mais de ce que la mère a déchiré elle-même le cordon en tirant dessus. Cette rupture exige une force assez grande, surtout parce que la surface du cordon est lisse et ne donne pas un point d'appui suffisant; en entamant cette surface avec les ongles, on obtient cependant assez facilement la déchirure.

Il est en général facile de reconnaître si le cordon est rompu, ou, au contraire, s'il a été sectionné avec des ciseaux ou un instrument tranchant. Dans le premier cas, l'extrémité est irrégulière, déchiquetée et présente des lambeaux, allongés quelquefois en forme de lanières. Quand le cordon a été coupé, l'extrémité est nette, régulière, les vaisseaux sont divisés au même niveau que la gaine; cependant, quand la section a été faite avec des ciseaux coupant mal, l'extrémité libre du cordon peut être mâchurée, irrégulière et en zigzag. Si le cordon est desséché, il est nécessaire, pour apprécier l'état de son extrémité, de le ramollir en le laissant macérer pendant quelques instants dans l'eau.

Même quand l'accouchement précipité est admissible, l'examen et l'autopsie de l'enfant montrent souvent que

fant, la mère étant couchée dans son lit. Il faut donc rechercher dans chaque cas particulier quelle est la résistance du cordon, s'il n'a pas un point faible. Il paraît aussi qu'il est plus fragile au moment même de la naissance qu'après la mort (*Soc. de méd. lég.*, juillet 1887).

la mort de celui-ci n'est pas due à cette cause. Nous reviendrons sur ce point à l'occasion de l'infanticide par fracture du crâne et par précipitation dans les fosses d'aisances.

ARTICLE IV. — MEURTRE DE L'ENFANT NOUVEAU-NÉ.

Le meurtre de l'enfant nouveau-né est commis surtout par suffocation, strangulation, fracture du crâne, projection dans les latrines; ce n'est que rarement que l'enfant est tué par d'autres procédés.

Tardieu, qui a eu lieu l'occasion de pratiquer un très grand nombre d'autopsies médico-légales de nouveau-nés, a indiqué dans la statistique suivante la fréquence relative des divers genres d'infanticide¹.

Par suffocation.	281	REPORT.	528
Par immersion dans les fosses d'aisances.	72	Par blessures.	8
Par fracture du crâne.	70	Par combustion.	8
Par strangulation.	60	Par hémorragie ombilicale.	6
Par submersion.	31	Par exposition au froid.	3
Par défaut de soins.	13	Par empoisonnement.	2
		TOTAL.	555
A REPORTER.	528		

Notre statistique personnelle ne comprend, sur quatre-cent trente-quatre autopsies médico-légales d'enfants nés à terme ou après sept mois de gestation, que cent onze cas d'infanticides démontrés par l'expertise; ces cas se répartissent ainsi :

Strangulation.	37
Fracture du crâne.	36
Suffocation ²	13
Projection dans les latrines.	14
Blessures.	7
Divers.	4
TOTAL.	111

1. Tardieu, *Étude médico-légale sur l'infanticide*, p. 99. Paris, J.-B. Baillière, 1880.

2. Plus 9 cas où la suffocation était combinée à la strangulation ou aux fractures du crâne.

Sur ces quatre cent trente-quatre cas, on put affirmer deux cent trente-cinq fois que l'enfant avait respiré.

§ I. — Infanticide par suffocation.

Nous avons indiqué dans un autre chapitre (p. 189) ce que l'on entend par suffocation et quels en sont les divers modes. Mais il est nécessaire de revenir ici sur quelques points de ce sujet, qui appartient d'ailleurs en grande partie à l'histoire de l'infanticide.

Une remarque importante doit tout d'abord être faite, c'est que les signes internes, bien qu'ordinairement très accusés, ne sont pas absolument caractéristiques; ce sont ceux de l'asphyxie en général, et comme l'asphyxie peut survenir chez le nouveau-né en dehors de toute tentative criminelle, il est ordinairement très difficile ou impossible d'affirmer qu'un enfant a été tué par suffocation, si l'on ne constate pas sur le corps des traces de violences dont l'interprétation ne soit pas douteuse.

Quand la suffocation a été exercée par l'application de la main au-devant de la bouche et du nez, il est rare que ces traces de violences fassent défaut. En effet, une occlusion suffisante pour amener la mort exige une application énergique de la main, et qui doit être prolongée sans doute assez longtemps¹. D'autre part en raison de la pré-

1. On ne peut déterminer exactement combien de temps cette application doit être continuée; mais les expériences sur les animaux permettent quelques présomptions à cet égard. La Société médico-chirurgicale de Londres a établi que chez les chiens adultes, la privation complète de l'air pouvait être prolongée pendant 3 minutes 50 secondes sans que la mort en résulte. Chez les animaux qui viennent de naître, la respiration peut être interrompue plus longtemps (note de la page 482). Il est donc probable que chez l'enfant nouveau-né, les manœuvres criminelles doivent être prolongées assez longtemps, bien que souvent interviennent d'autres violences, telle que la compression des carotides ou du larynx, qui sont de nature à accélérer la mort. — Plusieurs fois nous avons recueilli sur ce point des aveux qui paraissent sincères. Dans un cas, la mère avait étouffé son enfant en lui fermant la bouche et le nez avec la main; elle déclarait que l'enfant avait remué longtemps, et qu'elle avait prolongé l'application

sence de l'enduit sébacé qui rend la peau glissante, il est nécessaire que la main prenne un point d'appui solide à l'aide des ongles; et comme les mouvements de la mère sont souvent rendus tremblants et mal assurés par la fatigue et l'épuisement qui succèdent à l'accouchement, les empreintes des ongles sont fréquemment multipliées et agrandies. — Déjà, à propos de la strangulation (page 183), nous avons décrit ces érosions unguéales; rappelons qu'elles peuvent être curvilignes et correspondre exactement à l'extrémité libre de l'ongle, ou bien irrégulières et représenter des égratignures plus ou moins longues. Ces érosions sont en général d'un rouge vif sur le cadavre frais; au bout de quelque temps elles prennent l'aspect parcheminé, et dans cet état sont souvent plus nettes encore. Quand la putréfaction est assez avancée pour que l'épiderme soit très peu adhérent et que le derme soit coloré en vert, elles sont beaucoup plus difficilement appréciables; si la putréfaction est plus avancée encore, elles ne peuvent être reconnues. — Ces érosions sont quelquefois doublées d'une ecchymose que l'on trouve soit dans le derme, soit dans le tissu cellulo-adipeux sous-jacent, à plusieurs millimètres de profondeur. On comprend que les ecchymoses se produisent d'autant plus facilement que la pression a été exercée en un point qui reposait sur un plan résistant (os ou cartilage). On comprend aussi qu'on peut rencontrer des ecchymoses en des points où n'existent pas d'empreintes unguéales; ces ecchymoses ont en général une forme arrondie correspondant à celle de la pulpe des doigts; elles peuvent être situées profondément, et ne pas être appréciables à l'extérieur; aussi ne doit-on jamais omettre, dans une autopsie de nouveau-né, de pratiquer des incisions nombreuses et profondes sur la peau de la face et du cou¹.

de la main pendant au moins cinq minutes. Dans un autre cas l'enfant avait été étouffé de la même façon, il s'était débattu, au dire de la mère, pendant près d'un quart d'heure. Malgré cela le cadavre ne portait aucune marque de violences, dans ce dernier cas.

1. Il peut arriver que la mère cherche à hâter la sortie de l'enfant en

La dessiccation des lèvres, l'aplatissement du nez, ont été considérés comme indiquant une compression exercée sur les orifices respiratoires. Mais ce sont là des signes auxquels on ne peut attribuer aucune valeur ; la dessiccation des lèvres est un phénomène cadavérique très fréquent, et l'aplatissement du nez peut résulter d'une compression accidentelle après la mort, par exemple quand le cadavre est resté couché sur la face.

Si la suffocation a été produite soit en introduisant l'enfant entre les draps du lit, soit en lui recouvrant le corps ou la tête avec une serviette ou une autre pièce d'étoffe, il n'en résulte aucune lésion extérieure. Il en est de même quand l'enfant a été laissé étendu sur le ventre, la face s'enfonçant dans un oreiller. Quand la justice soupçonne qu'un enfant a été tué ainsi, l'expert ne peut que rechercher si, d'après ses constatations et d'après les circonstances du fait, ce genre de mort est admissible. Il y a lieu de rappeler ici que dans ces cas les signes de l'asphyxie peuvent être eux-mêmes très peu accentués.

La suffocation peut résulter de l'introduction, dans les cavités de la bouche et du pharynx, de linge ou de papier ou simplement des doigts. On peut retrouver à l'autopsie soit le corps étranger en entier, soit quelques-uns de ses fragments, par exemple des filaments de linge ou d'étoffe qui restent adhérents à la langue, à la face interne des joues, à la face postérieure du pharynx, à l'épiglotte, etc. En outre, ces manœuvres occasionnent presque toujours des érosions, de petites déchirures ou des ecchymoses

le tirant par la tête, et produise ainsi des blessures rassemblant plus ou moins exactement à celles qu'occasionne la strangulation. D'après les faits de ce genre qui ont été publiés, ces blessures consistent en égratignures, ecchymoses, extravasations sanguines dans les interstices des muscles du cou, et même, quand le doigt a été introduit dans la bouche en guise de crochet, des plaies de la langue et de la muqueuse buccale.

Dans de tels cas, l'expert aurait d'une part à rechercher si l'expulsion de l'enfant a pu être assez difficile pour nécessiter de pareilles manœuvres, et d'autre part à interpréter l'origine des blessures d'après la nature et le siège de celles-ci.

des parois de la bouche et du pharynx, lésions qui doivent être recherchées dans une autopsie de nouveau-né. Aussi faut-il avoir soin de fendre largement les joues par une incision partant des commissures labiales, et d'examiner minutieusement les diverses parties de muqueuses buccale, linguale et pharyngée.

L'enfant peut avoir été placé sous un matelas ou sous un oreiller, et la mort résulte non seulement de l'oblitération des orifices respiratoires, mais aussi de la compression du thorax et de l'abdomen, qui empêche la dilatation des poumons. Il est rare que cette compression exercée par des objets mous, non rugueux, agissant par une large surface, produise des lésions. Cependant chez un enfant que la mère avouait avoir placé sous la paille sur laquelle elle s'était ensuite couchée, nous avons vu la face antérieure du corps couverte d'érosions très irrégulières, et non ecchymotiques ; il existait en outre dans la région lombaire un épanchement assez abondant de sang mélangé de sérosité. On conçoit qu'une compression violente de la poitrine puisse occasionner des fractures de côtes ou d'autres lésions facilement appréciables.

On connaît des exemples de suffocation amenée par l'*enfouissement* du nouveau-né dans la terre, dans un tas de fumier, de feuilles sèches, de cendre, de sable, etc. Les signes que l'on peut invoquer pour reconnaître ce genre de mort ont déjà été exposés (page 195).

Ce qui est à remarquer, c'est la longue résistance que les nouveau-nés opposent quelquefois à ce genre de mort. Bardin¹ a rapporté le cas d'un enfant enterré à 25 centimètres de profondeur, qui fut retiré au bout de quatre ou cinq heures, et qui vécut ensuite quatre jours (il était à la fois hydrocéphale et anencéphale). Maschka² a publié l'observation d'un enfant qui resta enterré cinq heures, put être rappelé à la vie et mourut trois jours

1. *Loc. cit.*

2. Maschka, *De la vie du nouveau-né sans respiration*, Prague, 1854.

après, à la suite d'un phlegmon développé autour d'une plaie. Kohn cite aussi l'exemple de deux enfants ensevelis immédiatement après la naissance, et qui furent déterrés vivants. On doit supposer que dans ces cas, bien que le corps ait été enfoui à une certaine profondeur, un peu d'air pouvait arriver à travers les interstices de la terre jusqu'aux orifices respiratoires. Ces faits montrent néanmoins, comme les expériences sur les jeunes animaux, combien le nouveau-né supporte facilement la privation d'air.

Enfin, l'enfant peut être tué par séquestration dans un espace confiné, dans une malle, une boîte, un panier, etc. La mort arrive au bout d'un temps variable qui dépend naturellement de la quantité d'air dont l'enfant peut disposer. Tardieu, qui a observé plusieurs de ces cas, n'a jamais noté de violences, et il est alors le plus souvent impossible d'affirmer que l'enfant a été enfermé vivant dans l'espace où son cadavre a été trouvé.

§ II. — Infanticide par strangulation.

La strangulation est exercée sur le nouveau-né soit avec les mains, soit avec un lien.

La strangulation à la main est souvent combinée avec l'obturation de la bouche et du nez. On aperçoit sur la face antérieure du cou des empreintes unguéales, des érosions, des égratignures semblables à celles qui ont été décrites déjà. Ces érosions peuvent s'accompagner, comme chez l'adulte, de lésions des diverses parties profondes du cou (voir p. 183). L'interprétation de ces érosions et de ces violences que l'on constate sur le cou est en général évidente. On ne pourrait avoir à discuter que si la mère alléguait qu'elle a tiré sur la tête de l'enfant pour hâter la sortie du corps (voir la note de la page 497); ce cas ne s'est jamais présenté dans notre pratique.

Quand la strangulation a été effectuée par un lien, si ce lien est une ficelle ou un cordon provenant des vêtements de la mère, il laisse un sillon bien marqué et caractéristique. S'il s'agit d'un lien constitué par un mouchoir,

un foulard, un bas, etc., le sillon peut être à peine marqué et difficilement appréciable. Les caractères du sillon et les lésions profondes qui l'accompagnent quelquefois sont les mêmes que chez l'adulte. Il faut seulement signaler ici une erreur qui a été commise quelquefois. Chez les enfants vigoureux et gras, il existe souvent sur le cou des sillons correspondant aux plis de flexion de la tête, et qui, après la mort, offrent une coloration blanche dans leur partie profonde, avec une teinte plus ou moins rouge sur leurs bords. Ces sillons se distinguent facilement de ceux produits par un lien: ils ne se prolongent pas en arrière de façon à entourer complètement le cou; ils ne sont jamais parcheminés, et l'on peut s'assurer qu'ils coïncident exactement avec les plis que forme la peau quand la tête est fléchie.

On doit se demander dans quelques cas si la strangulation n'a pas été produite par l'enroulement accidentel du cordon ombilical autour du cou. Suivant Tardieu, quand l'enroulement du cordon amène la mort, c'est pendant la naissance, par suite de l'interruption de la circulation dans les vaisseaux comprimés; l'enfant meurt sans avoir respiré, de sorte que jamais l'enroulement ne peut expliquer la strangulation d'un enfant chez lequel on trouve les preuves d'une respiration complète. — Devergie déclare, au contraire, que si le cordon ombilical est assez long, il peut, en s'enroulant autour du cou, permettre la sortie de la tête hors de la vulve, sans être assez tendu pour empêcher la respiration de s'établir, le thorax étant encore dans le bassin. Puis, si la femme tire sur l'enfant pour faciliter sa sortie, le cordon peut se tendre assez, lorsque le placenta résiste, pour produire une véritable strangulation. Devergie s'est d'ailleurs assuré que le cordon ombilical a une résistance suffisante pour opérer une constriction amenant une strangulation mortelle. Plusieurs auteurs admettent également la possibilité de l'étranglement par le cordon.

On peut reconnaître que le sillon a été produit par le cordon ombilical, quand il est mou, peu profond, d'une

largeur à peu près uniforme et égale à celle du cordon, et surtout quand il se continue avec des marques de l'enroulement du cordon autour d'autres parties du corps. Mais certains faits montrent que la constriction du cordon peut aussi produire un sillon déprimé, avec parcheminement de la peau et même des ecchymoses, et d'autre part que toute trace de sillon peut manquer; si la constriction a duré peu de temps.

§ III. — Infanticide par fracture du crâne.

Les fractures du crâne chez le nouveau-né sont produites de différentes façons. Tantôt le crâne est brisé par des coups portés directement avec un corps contondant; tantôt l'enfant, maintenu ou non par les pieds, est lancé contre un mur, un meuble, etc., de façon que la tête heurte violemment; tantôt les fractures résultent d'une chute ou de la précipitation d'une certaine hauteur. Elles peuvent aussi être produites par le passage forcé de la tête à travers la lunette des cabinets d'aisances ou un tuyau de chute.

Les fractures siègent presque toujours sur les pariétaux; elles partent ordinairement des bosses pariétales et irradient de ce point en diverses directions; les fractures par compression forcée de la tête présentent presque constamment cette disposition. Quand la fracture résulte d'une chute, elle peut, quoique rarement, intéresser uniquement la base du crâne; c'est ce que nous avons vu sur un nouveau-né qui avait été jeté dans une cave et qui présentait une fracture concentrique au trou occipital. — Les fractures par coups comprennent quelquefois un grand nombre de fragments, qui peuvent être plus ou moins déprimés. Ces fractures s'accompagnent quelquefois aussi de plaies du cuir chevelu, qu'on observe rarement dans les autres variétés.

Fractures produites après la mort. — Comme il arrive très souvent que des fractures du crâne sont produites après la mort, parce que le cadavre abandonné a été exposé à diverses violences accidentelles, on doit examiner avec beaucoup de soin dans chaque cas particulier s'il est

bien certain que la fracture a été faite pendant la vie. Très souvent, on trouve à l'autopsie des nouveau-nés une congestion très vive des méninges, des os du crâne, du cuir chevelu, congestion qui s'accompagne quelquefois d'épanchements sanguins plus ou moins étendus entre la face externe des os et le périoste. Si le crâne est fracturé quelque temps après la mort, on verra alors les bords de la fracture fortement imbibés de sang et même entourés d'une certaine quantité de sang liquide ayant soulevé le périoste¹. Ces signes qui, en d'autres circonstances, indiqueraient une lésion produite pendant la vie, perdent ici beaucoup de leur valeur; et l'affirmation n'est permise que si l'on trouve du sang *coagulé* ou un épanchement demi-liquide, abondant et occupant uniquement les bords et le voisinage de la fracture².

Fissures et solutions de continuité congénitales du crâne.

— Il peut exister sur les os crâniens des solutions de continuité congénitales, c'est-à-dire des manques ou défauts d'ossification, qui se présentent soit sous forme de fentes ou fissures, soit sous forme de lacunes ou trous arrondis. Les fissures occupent surtout l'occipital et les pariétaux; sur ces derniers os, elles partent presque toujours de la moitié postérieure de la suture sagittale pour se diriger vers la bosse pariétale qu'elles n'atteignent pas en général. Ces fissures congénitales se distinguent des fractures en ce que leurs bords sont lisses, rectilignes ou légèrement onduleux, mais toujours parallèles aux rayons d'ossification; en ce qu'il existe presque toujours une mince

1. C'est ce qu'on voit quelquefois se produire au moment même de l'autopsie quand on fracture accidentellement le crâne. Pour éviter ces fractures pendant l'autopsie, qui peuvent se faire très facilement et laisser dans l'esprit du médecin un doute sur leur origine, il faut avoir soin d'enlever le cuir chevelu, puis le périoste, et de n'ouvrir le crâne qu'après s'être bien assuré qu'il est intact.

2. Casper croyait que les fractures produites pendant la vie avaient des bords irréguliers et dentelés, et que celles faites après la mort étaient à bords réguliers et nets. L'observation et l'expérience ont montré que cette opinion était erronée.

couche de cartilage entre ces bords ; enfin, en ce qu'elles ont un siège spécial et sont en général disposées d'une façon symétrique. — Les lacunes sont faciles à distinguer des fractures ; elles ont une forme arrondie et peuvent dépasser les dimensions d'une pièce de 50 centimes ; elles représentent un véritable tron, ou bien à leur niveau il existe soit du cartilage, soit une couche osseuse d'une excessive minceur. Ces lacunes siègent ordinairement entre la bosse pariétale et la suture sagittale, ou bien sur l'os frontal et l'occipital.

Fractures du crâne produites pendant l'accouchement. — Il arrive quelquefois que les os de la voûte du crâne présentent une minceur excessive sur une plus ou moins grande portion de leur étendue ; on comprend que dans ce cas les fractures puissent se produire facilement, même à la suite d'une compression modérée de la tête pendant l'accouchement.

Même quand les os ont une épaisseur normale, ils peuvent encore se fracturer pendant un accouchement difficile et prolongé en raison du rétrécissement du bassin de la mère, ou des dimensions trop grandes de la tête de l'enfant¹. Si la fracture a été produite par une compression de la tête sur une exostose du bassin ou sur la saillie de l'angle sacro-vertébral, elle siège ordinairement à la partie antérieure des pariétaux et s'accompagne d'enfoncement. Dans les autres cas, la fracture résulte d'un chevauchement exagéré des os du crâne et elle se présente sous forme de fissure ou fêlure siégeant presque toujours sur les pariétaux, partant de la suture sagittale et se dirigeant vers la bosse pariétale en suivant les rayons d'ossification.

Quand les fractures du crâne présentent les caractères qui viennent d'être indiqués, on pourra admettre qu'elles ont été produites pendant l'accouchement, et cette hypothèse sera vérifiée par l'examen de la mère, l'appréciation

1. Voir Danyau, Des fractures du crâne du fœtus qui sont quelquefois le résultat d'accouchements spontanés (*Journal de chirurgie*, t. I, 1848).

des dimensions du bassin, et les déclarations de l'inculpé relativement à la longueur et à la difficulté de l'accouchement.

Les fractures peuvent résulter aussi de l'application du forceps ; elles s'accompagnent alors ordinairement d'un enfoncement de l'os, et l'on constate souvent sur les tégu-ments la trace des branches de l'instrument. Du reste, l'intervention de l'accoucheur ne reste pas secrète et suffit à écarter l'inculpation d'infanticide.

Fractures du crâne résultant d'un accouchement précipité. — Nous avons vu (p. 492) que l'accouchement peut s'effectuer d'une façon tellement rapide et imprévue, que la femme n'a pas le temps de prendre une position convenable, reste debout, de sorte que l'enfant tombe de la hauteur des parties génitales de la mère. Il est incontestable que cette chute peut occasionner des fractures du crâne, surtout si elle a lieu sur un sol résistant. Mais le fait est rare¹.

Il est à noter d'ailleurs que les fractures du crâne, même étendues, peuvent ne pas entraîner une mort immédiate. Il y a des exemples d'enfants nés vivants après avoir subi la céphalotripsie, et il y en a d'autres d'enfants ayant survécu à une fracture du crâne² ; il est même probable que

1. Chaussier, et après lui d'autres expérimentateurs ont montré qu'en laissant tomber un cadavre de nouveau-né de la hauteur des parties génitales, presque constamment il se produisait des fractures du crâne. Mais quand la chute a lieu au moment de la naissance, les fractures sont beaucoup plus rares. Sur les 183 cas de Klein, il n'y a eu aucune fracture du crâne ou du moins tous les enfants ont survécu sans qu'on ait soupçonné chez eux la fracture. — Certains auteurs font remarquer qu'au moment de la naissance, le passage du corps à travers les parties génitales, et aussi la résistance du cordon ombilical, amortissent beaucoup la chute de l'enfant, ce qui explique la rareté des fractures dans ces cas. D'autres auteurs pensent au contraire que la force expulsive de l'utérus est plutôt de nature à accélérer la vitesse de la chute. En tout cas, des exemples incontestables montrent que des fractures peuvent se produire sur un enfant tombant des parties génitales sur un sol dur.

2. Nous avons fait l'autopsie d'un enfant qui immédiatement après sa naissance avait été jeté d'un premier étage dans la rue ; l'enfant, né un peu avant terme, mourut athrepsique au bout de 21 jours ; on trouva une fracture en V du pariétal, avec chevauchement des fragments, et qui