

CHAPITRE SIXIÈME.

INFANTICIDE.

LÉGISLATION.

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, en définissant l'infanticide « le meurtre d'un enfant nouveau-né », ne dit pas que ce que l'on doit entendre par un nouveau-né, au bout de combien de temps l'enfant perd cette qualification. La question a cependant de l'importance au point de vue juridique, car tandis que l'infanticide est puni de mort, le meurtre d'un enfant, qui n'est pas un nouveau-né, rentre dans la classe des homicides volontaires, et n'entraîne la peine capitale que s'il a été commis avec préméditation¹.

La jurisprudence ne fixe pas non plus d'une manière très précise pendant combien de temps un enfant doit être considéré comme un nouveau-né. Un arrêt de la Cour de cassation (20 juin 1822) déclare qu'un enfant âgé de 14 jours, et qui avait été inscrit sur les registres de l'état civil sous le nom de sa mère, n'est plus un nouveau-né. Un autre arrêt (24 décembre 1835) dit que l'infanticide est l'homicide volontaire commis sur un enfant au moment où il vient de naître ou dans un temps très rapproché de celui de la naissance. On voit que ces arrêts ne donnent pas une règle générale applicable à tous les cas particuliers.

Mais l'expert n'a pas à s'occuper de cette question².

1. Les codes des anciens États allemands limitaient la période pendant laquelle l'enfant doit être considéré comme nouveau-né, les uns à 24 heures, les autres à trois jours. Le nouveau Code pénal allemand ne fixe pas la durée de cette période.

2. Ollivier d'Angers avait proposé de considérer l'enfant comme nouveau-né jusqu'au moment de la chute du cordon ombilical.

C'est aux magistrats et aux jurés qu'il appartient de décider si un enfant doit être considéré ou non comme un nouveau-né¹; le rôle du médecin sur ce point se borne à indiquer aussi exactement que possible le temps qu'a vécu l'enfant (pour cette question, voir à la fin du présent chapitre).

Dans toute expertise relative à un infanticide² les trois questions suivantes se posent :

L'enfant est-il né à terme ou à quelle époque de la gestation est-il venu au monde ?

L'enfant a-t-il vécu de la vie extra-utérine ?

Quelle a été la cause de sa mort ?

ARTICLE PREMIER. — SIGNES DE MATURITÉ DE L'ENFANT

Il suffit en général d'un coup d'œil pour reconnaître si un enfant est ou non parvenu au terme normal de la gestation. Mais il est évident que l'expert ne peut motiver

1. Le jury doit, à peine de nullité, être interrogé sur la question de savoir si le meurtre est celui d'un enfant nouveau né (*Arrêt de la Cour de cassation* du 13 mars 1845).

2. Les expertises relatives à l'infanticide sont très fréquentes. Voici le nombre des nouveau nés ou fœtus amenés dans une année à la Morgue de Paris.

Années	NOUVEAU-NÉS A TERME OU AU-DESSUS DE 7 MOIS	FŒTUS	TOTAL	Années	NOUVEAU-NÉS A TERME OU AU-DESSUS DE 7 MOIS	FŒTUS	TOTAL
1880	76	93	169	1890	103	101	204
1881	106	90	196	1891	108	112	220
1882	96	98	194	1892	96	92	188
1883	105	96	201	1893	105	89	194
1884	103	80	188	1894	86	104	190
1885	88	106	194	1895	93	83	176
1886	112	82	194	1896	92	84	176
1887	100	85	185	1897	73	82	155
1888	108	100	208	1898	85	73	158
1889	97	102	199				

son opinion sur une simple impression ; il faut qu'il l'appuie sur un certain nombre de constatations. Les principaux signes qui permettent d'affirmer la maturité de l'enfant, et qui doivent être relevés dans l'expertise, sont : le poids et la longueur du corps, les diamètres de la tête, la présence d'un point d'ossification dans le cartilage de l'extrémité inférieure du fémur, et le cloisonnement des alvéoles dentaires du maxillaire inférieur.

Poids du nouveau-né à terme. — Le poids de l'enfant qui vient de naître est en moyenne de 3 kilogrammes à 3^{kg}500. Il atteint quelquefois 4 kilogrammes ; mais il est exceptionnel qu'il dépasse ce chiffre ; on a vu cependant des nouveau-nés peser jusqu'à 6 kilogrammes (Depaul¹). La limite inférieure est plus utile à connaître ; on trouve fréquemment des enfants dont le poids est compris entre 2^{kg}500 et 3 kilogrammes. Ce poids ne s'abaisse guère au delà de 2 kilogrammes chez un enfant normalement constitué ; mais il peut descendre beaucoup plus bas, jusqu'à 1^{kg}500 et 1^{kg}200, chez des enfants manifestement à terme, mais qui, pour une cause quelconque, ont eu à subir pendant la vie intra-utérine des troubles graves de la nutrition.

On sait que pendant les premiers jours qui suivent la naissance, les enfants subissent une perte de poids pouvant dépasser 250 grammes. Après la mort, le corps du nouveau-né perd aussi en quelques jours, par évaporation, une quantité très notable de son poids. Cette perte s'accroît à mesure que la putréfaction se développe, et peut dépasser 3 ou 400 grammes². Ce fait est utile à connaître parce qu'il explique les divergences qu'on remarque quelquefois sur ce point entre la déclaration du médecin et celle du commissaire de police ou d'une autre personne qui a pesé le cadavre de l'enfant quelques jours avant l'autopsie.

1. Article NOUVEAU-NÉS du *Dict. encycl. des sc. méd.*

2. On trouvera sur ce point des renseignements précis dans la thèse de M. Dupont, *De la perte de poids que subissent les cadavres.* Paris, 1889.

Longueur. — La longueur de l'enfant à terme est en moyenne de 50 centimètres, chiffre qui est fréquemment noté ; le plus ordinairement les oscillations ont lieu entre 46 et 54 centimètres ; comme limites extrêmes et exceptionnelles de la taille de l'enfant à terme, on cite 405 et 580 millimètres.

Comme il arrive assez souvent que l'enfant a été mesuré une première fois par le commissaire de police ou d'autres personnes avant d'être soumis à l'examen du médecin, il importe que celui-ci pratique la mensuration d'une façon exacte, toujours par le même procédé, afin d'être sûr du chiffre qu'il donne, et de pouvoir expliquer la différence qui existe quelquefois entre son assertion et celle du rapport de police. Pour cela, il convient d'étendre le corps sur une table, les membres inférieurs dans l'extension complète, de placer un couteau ou une autre tige tangentiellement au vertex, et de mesurer avec un mètre rigide la distance qui sépare cette tige de la plante des pieds.

Dimensions de la tête. — Le diamètre occipito-frontal varie ordinairement entre 105 et 120 millimètres ; le diamètre bipariétal entre 85 et 100 millimètres ; l'occipito-mentonnier entre 130 et 140 millimètres. Chacun de ces diamètres, considéré isolément, peut osciller entre des limites extrêmes plus étendues, ce qui dépend de la conformation naturelle de la tête, et aussi des circonstances de l'accouchement (bosses séroanguines¹).

Point d'ossification de l'extrémité inférieure du fémur. — Ce point apparaît ordinairement vers la dernière quinzaine de la gestation dans le cartilage de l'extrémité inférieure du fémur. Pour l'apercevoir et apprécier ses dimensions, on fléchit l'articulation du genou et on ouvre celle-ci avec un fort couteau ; on divise ensuite le car-

1. Les diamètres antéro-postérieur et bipariétal sont les seuls qu'il est utile de mesurer ; mais cette mensuration ne doit jamais être omise dans une autopsie, parce qu'elle sert non seulement à montrer si l'enfant est à terme, mais, ainsi qu'on le verra plus loin, à contrôler certaines assertions de la mère relativement à la façon dont l'accouchement s'est effectué.

tilage en tranches minces perpendiculaires à l'axe du fémur; les premières tranches sont constituées uniquement par du cartilage, puis le couteau rencontre une résistance et l'on voit un petit point osseux qui, sur les cadavres frais, est d'un rouge vif, se détachant sur la teinte du cartilage; sur les cadavres putréfiés le point osseux apparaît du contraire comme une tache blanche sur le cartilage qui a pris une teinte rouge sale. Sur les tranches suivantes, le point osseux s'élargit, puis il diminue de nouveau, disparaît et l'on retombe sur une couche de cartilage pur jusqu'à ce que l'on arrive à la diaphyse de l'os. Le noyau d'ossification revêt en effet la forme d'une sorte de lentille biconvexe insérée au milieu de l'épiphyse et dont le grand axe est perpendiculaire à celui de l'os. Chez le nouveau-né à terme, le grand diamètre de cette lentille varie de un millimètre ou un demi-millimètre à 5 millimètres et plus.

Il est très rare que ce point d'ossification fasse défaut chez un nouveau-né à terme; sur plus de 250 nouveau-nés, nous ne l'avons vu manquer qu'une seule fois chez un enfant que les autres caractères indiquaient comme manifestement à terme. Sur 413 enfants à terme, Liman a noté son absence 14 fois.

Cloisonnement des alvéoles dentaires du maxillaire inférieur. — Chez le nouveau-né à terme, le maxillaire inférieur présente, sauf de très rares exceptions, huit alvéoles dentaires complètement cloisonnées au-delà ces huit alvéoles médianes, on trouve de chaque côté une loge unique dans laquelle se développeront ultérieurement les cloisons destinées à séparer chaque dent; une ébauche très incomplète de ce cloisonnement existe quelquefois au moment de la naissance (fig. 41).

Pour constater commodément l'existence de ce signe, on fend la joue en suivant une des commissures labiales; on détache la gencive, on désarticule la mâchoire de ce côté et on enlève la moitié correspondante de l'os qui, chez le nouveau-né, est réunie sur la ligne médiane à l'autre moitié par un fragment cartilagineux. Avec un

couteau ou des ciseaux on tranche le bord libre de la mâchoire, puis, à l'aide d'une pointe de scalpel, on enlève les dents contenues dans les alvéoles; on peut reconnaître alors si le cloisonnement est complet.

Il n'est pas nécessaire que tous les signes qui viennent d'être énumérés soient réunis pour qu'un enfant soit considéré comme étant parvenu à terme. Ainsi, un enfant mesurant 50 centimètres de longueur et pesant 3 kilogrammes, peut être déclaré à terme, alors même que le point osseux du fémur ou le cloisonnement des alvéoles font défaut. De même, un enfant est à terme, s'il a un du point osseux dans le fémur et que sa longueur soit seulement de 47 centimètres et son poids de 2 kilogrammes 500 par exemple, etc.

Signes accessoires de la maturité. — Les ongles atteignent l'extrémité des orteils et dépassent celle des doigts, la peau est couverte de duvet et d'enduit sébacé, abondant surtout au niveau des aines et des aisselles. Les cheveux atteignent 2 ou 3 centimètres de longueur. Les testicules sont dans le scrotum.

§ I. — Peut-on reconnaître si un enfant est à terme quand on ne possède que des fragments du corps ?

Si parmi les fragments se trouvent la cuisse ou la mâchoire inférieure on peut constater la présence ou l'absence des signes qui ont été indiqués précédemment. Sur d'autres os, on peut constater aussi des signes permettant de résoudre la question. Chez les enfants à terme, le carti-

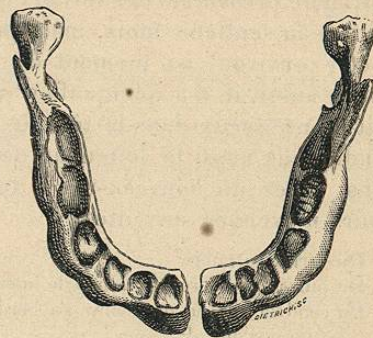


FIG. 41. — Maxillaire inférieure d'enfant nouveau-né à terme. De chaque côté se trouvent quatre alvéoles complètement cloisonnées; au delà, le cloisonnement d'une cinquième alvéole est commencé.

lage de l'extrémité supérieure du tibia contient presque toujours un point d'ossification (plus petit que celui du fémur); le cuboïde du tarse renferme un point de 2 à 3 millimètres, lequel n'apparaît que dans la seconde moitié du dernier mois de la grossesse; le calcanéum et l'astragale présentent des noyaux qui ont commencé à apparaître au septième mois, mais qui sont très gros (1 centimètre environ) au moment de la naissance. A cette époque aussi, il y a quelquefois (mais non toujours) un petit point osseux dans la tête de l'humérus.

Indiquons aussi la longueur des divers segments du corps. Chez un nouveau-né à terme, on note les longueurs moyennes suivantes :

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

Le poids des divers viscères peut donner aussi quelques points de repère. Chez le nouveau-né à terme, ces poids seraient, en moyenne¹, les suivants :

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

Ces indications ont beaucoup moins de valeur que les précédentes, parce que le poids d'un organe varie considérablement suivant la quantité de sang qu'il contient, et aussi suivant qu'il est frais ou putréfié.

L'examen du placenta est également utile. Cet organe est bien formé vers le troisième mois de la vie fœtale. Au

1. Ces données sont empruntées à Letourneau : *Quelques observations sur les nouveau-nés*, thèse de Paris, 1858.

terme de la grossesse, il est ordinairement ovalaire, long de 16 à 19 centimètres, large de 135 à 160 millimètres, épais de 3 centimètres, pesant de 500 à 750 grammes. Ces chiffres concernent le placenta frais; ils s'abaissent notablement quand il s'agit d'un placenta expulsé depuis plusieurs jours.

ARTICLE II. — PREUVES DE LA VIE EXTRA-UTÉRINE DE L'ENFANT.

Cette partie de l'expertise a une importance capitale, car si l'enfant est né mort, l'accusation d'infanticide tombe complètement, quelles que soient les charges relevées contre l'inculpée.

La meilleure preuve de la vie extra-utérine est tirée de l'établissement de la respiration. Ce n'est pas la seule, et il y a lieu quelquefois d'en rechercher d'autres, car on verra plus loin que le nouveau-né peut vivre un certain temps sans respirer; mais ce sont là des faits exceptionnels, et dans l'immense majorité des cas, c'est en démontrant que l'enfant a respiré qu'on démontre qu'il a vécu.

Cette démonstration repose sur des caractères ordinairement très nets, tirés de l'état des poumons. La respiration détermine en effet dans ces organes des modifications durables, persistant après la mort, et qui les rendent très différents de ce qu'ils étaient auparavant. Ces modifications sont les suivantes.

§ I. — État des poumons avant et après l'établissement de la respiration.

Volume des poumons. — Tandis que les poumons qui n'ont pas respiré sont en général peu volumineux, et ne remplissent qu'une partie de la cavité thoracique, après l'établissement de la respiration ces organes présentent des dimensions beaucoup plus considérables; ils remplissent la poitrine et recouvrent presque toujours en partie le cœur, notamment du côté gauche. Cette différence est très accentuée quand on compare les poumons d'un enfant ayant largement respiré avec ceux d'un enfant