

La *vésicule biliaire* est remplie d'une bile noirâtre ; ses parois sont épaisses, mais sans altération. Elle ne contient pas de calculs biliaires.

Les *reins* sont décolorés, comme ceux des sujets succombant à une infection aiguë ; ils se décortiquent mal et sont un peu durs à la coupe.

La *rate* est un peu plus molle que normalement.

La muqueuse de la *vessie* est saine ; il en est de même de celle du *rectum*.

L'examen des *organes génitaux internes* se fait après leur enlèvement en bloc par une section rasant les parois du petit bassin et une disjonction de la symphyse pubienne.

Le *vagin* contient un gros drain en caoutchouc qui s'enfonce dans une ouverture pratiquée dans le cul-de-sac postérieur vaginal : cette ouverture admet facilement le petit doigt, difficilement l'index.

L'*ovaire gauche* est volumineux et contient un corps jaune encore hémorragique : le *droit* est normal.

L'*utérus* présente, avons-nous dit plus haut, une déchirure à sa surface péritonéale supérieure et postérieure, dont les lèvres sont réunies par quatre points de suture. Sur le col utérin, dont les lèvres sont fendues à droite et à gauche, on trouve deux points de suture réunissant de chaque côté les lèvres sectionnées.

L'*utérus* est ouvert de façon à permettre l'examen de sa cavité. Cette cavité présente en haut, sur sa paroi postérieure, une surface sanglante et fongueuse, qui a les caractères d'une insertion placentaire.

A la plaie utérine *externe*, signalée plus haut, répond une plaie *interne* de même dimension et fermée par des points de suture. La paroi utérine était donc divisée en entier dans sa hauteur au point signalé. Les lèvres de la section sont imbibées de sang.

La hauteur de la cavité utérine est de 12 centimètres, mesurée de l'extrémité du col au fond ; la largeur, de l'abouchement d'une trompe à l'autre, est de 7 centimètres. La largeur de la paroi interne du col, sectionné et étalé à plat, est de 6 centimètres.

Les parois utérines ont, au niveau du corps, là où elles ont le maximum d'épaisseur, 22 millimètres.

Le poids de l'*utérus* est de 203 grammes.

Les *poumons* sont sains.

Les cavités du *cœur*, l'artère pulmonaire et ses branches ne contiennent pas de caillots. Les valvules cardiaques sont saines.

L'*aorte*, à sa naissance, présente de nombreuses plaques d'athérome, ulcérées et anciennes. Ces plaques existent en moindre quantité sur la crosse et sur l'aorte thoracique qui est remplie de sang noir à demi-coagulé, comme cela se trouve dans certaines infections.

Les organes de la *cavité encéphalique* sont sains.

Résumé et discussion. — Les lésions relevées à l'autopsie, et que nous devons seules retenir ici, comme ayant rapport aux accidents présentés par la demoiselle Thomson pendant la vie à ses derniers moments, aux opérations qu'elle aurait subies et aux causes qui ont pu déterminer la mort, sont les suivantes :

1° La présence d'une insertion placentaire dans l'*utérus* et l'hypertrophie de cet organe.

2° La déchirure de l'*utérus*.

3° La péritonite purulente aiguë.

1° *Présence d'insertion placentaire sur la muqueuse de l'utérus et hypertrophie de cet organe.* Ce sont là des signes certains de grossesse. Préciser l'époque à laquelle est parvenue cette grossesse ne nous est pas encore possible : des constatations ultérieures seront nécessaires. Nous ferons remarquer que les dimensions assignées par nous, lors de l'autopsie de l'*utérus* vide de son produit, ne sont pas celles qu'il avait à l'état de plénitude, la rétraction étant intervenue pour modifier les dimensions de l'organe. Un autre élément devra aussi entrer en ligne de compte : les résultats fournis par l'examen de la tête fœtale dont il sera question plus loin. *Sous toutes ces réserves*, on peut admettre que la grossesse datait de trois mois et demi environ.

2° *Déchirure de l'utérus.* — Cette déchirure ne peut être expliquée que par l'action d'un instrument agissant sur la paroi utérine de dedans en dehors ; il est absolument rationnel de rattacher à la cause mécanique qui a perforé l'*utérus* le détachement du fœtus implanté sur cette muqueuse, fœtus dont nous n'avons trouvé aucun débris.

3° *Péritonite purulente aiguë.* — L'autopsie ne nous met en présence que de deux hypothèses pour expliquer cette péritonite : elle se rattache à la *perforation de l'utérus* ou est de *cause intestinale*.

En faveur de la première hypothèse, celle qui attribue la péritonite trouvée par nous à l'irruption dans la séreuse des liquides provenant de l'*utérus* perforé, on peut faire valoir les raisons suivantes :

La péritonite constatée sur le cadavre de la demoiselle Thomson est, comme le sont les péritonites par perforation, aiguë, généralisée et en outre à maximum siège au niveau du voisinage de l'organe perforé.

Nous devons faire remarquer cependant que si la péritonite est la conséquence de la déchirure utérine, entre celle-ci et la mort il se serait écoulé — au dire du Dr Boisieux — vingt-sept heures, et que l'étendue et l'intensité de l'inflammation de la séreuse dépassent peut-être ce que l'on est habitué à rencontrer dans les occasions semblables.

Mais des circonstances particulières au cas d'espèce que nous examinons, ont pu déterminer une aggravation et une marche

plus rapide de la péritonite. Ces circonstances sont le séjour d'une tête fœtale (dont il sera question ci-dessous) dans la séreuse et en second lieu la laparatomie pratiquée quelques heures avant la mort, alors que la péritonite était en évolution.

Les péritonites d'origine intestinale, *sans perforation*, c'est-à-dire consécutives à une inflammation de la muqueuse intestinale, de l'intérieur du canal en d'autres termes, sont au contraire peu fréquentes, très rarement aiguës et encore plus rarement généralisées. Les lésions de la muqueuse intestinale qui leur donnent naissance sont en outre ordinairement très caractérisées.

En prenant en considération que l'entérite relevée par nous sur le corps de mademoiselle Thomson n'était pas intense, que la péritonite était généralisée et aiguë, on doit considérer comme peu vraisemblable l'hypothèse de péritonite d'origine intestinale.

Avant de formuler les conclusions de ce rapport, nous devons donner quelques indications, sommaires et d'attente, sur la tête de fœtus que M. le Dr Boisieux nous a remise comme trouvée par lui — lors de son opération de laparatomie — dans la fosse iliaque de la demoiselle Thomson. Cette tête était conservée dans un local rempli d'un liquide conservateur.

Nous raisonnons comme si cette tête était bien celle du fœtus contenu dans l'utérus gravide de mademoiselle Thomson, mais nous faisons toute réserve sur son origine.

Cette réserve faite, voici la description sommaire de cette pièce, pour l'examen de laquelle des recherches complémentaires s'imposent (dissection, ouverture du crâne, mensuration des parties formant le squelette, etc...).

Cette tête est bien formée, toutes les parties en sont nettement figurées. Elle pèse 15 grammes et les diamètres en sont les suivants: bipariétal 25 millimètres; antéro-postérieur 29 millimètres. — Elle paraît, à un examen rapide, appartenir à un fœtus de trois mois et demi environ. Une suffusion sanguine occupe le sommet du crâne, l'occiput et les pariétaux. La peau est enlevée sur le front et en partie rabattue sur la face.

A gauche, au-dessus de l'apophyse zygomatique, en avant de l'oreille, est un trou ayant 4 millimètres de profondeur, 6 millimètres de hauteur; il est fait de telle sorte que, à sa partie antérieure, la lame crânienne est à peine touchée, et qu'au contraire le crâne est perforé à sa partie postérieure.

Cette tête a été détachée du tronc auquel elle appartenait par une section faite en deux endroits: la première tombe au niveau du larynx et s'arrête à la colonne vertébrale; la deuxième coupe à hauteur de la cinquième ou sixième cervicale. La première section est nette, et la colonne vertébrale droite; la seconde entame la région cervicale postérieure en produisant une figure en croissant.

Conclusions. — 1° L'opération pratiquée sur la demoiselle

Thomson, le 24 novembre 1896 le dire du Dr Boisieux, a déterminé un avortement (interruption de grossesse) et une déchirure de l'utérus.

2° La grossesse, au moment de l'interruption, pouvait remonter à trois mois et demi environ. Des recherches ultérieures sont nécessaires pour donner plus de précision à ce point.

3° Il existait une péritonite aiguë purulente généralisée. La cause de cette péritonite semble avoir été la perforation de l'utérus.

4° La mort doit être attribuée à cette péritonite.

Même affaire. Deuxième rapport.

— MM. BROUARDEL, THOINOT, MAYGRIER —

Pour répondre aux questions à nous posées par M. le juge d'instruction, nous nous appuyons:

1° Sur la note écrite que nous a remise le Dr Boisieux, le 30 mars au soir.

2° Sur la déposition orale faite devant nous par les Dr Boisieux et de La Jarrige, le 11 décembre, en présence de M. le procureur de la République et de M. le juge d'instruction.

1° *Quels sont les troubles survenus dans la santé de mademoiselle Thomson qui justifiaient un curetage?*

Nous n'avons pour répondre à cette question que la note remise par le Dr Boisieux, note d'après laquelle mademoiselle Thomson était atteinte de catarrhe utérin, pertes blanches, leucorrhée abondante et douleurs abdominales.

Il est vrai que ce sont là des signes d'inflammation légère de la muqueuse de l'utérus, qui, pour certains médecins, sont une indication de curetage.

Dans le cas particulier, nous devons faire remarquer que le Dr de La Jarrige, au cours des visites que lui a faites mademoiselle Thomson, n'a, d'après son dire, procédé à aucun examen, et ne s'est pas en particulier assuré de l'état de l'utérus. Il a toutefois conseillé le curetage et c'est dans ce but qu'il a adressé la malade au Dr Boisieux.

2° *La palpation bimanuelle pratiquée comme le dit le Dr Boisieux permet-elle de reconnaître la grossesse, en règle générale et dans le cas particulier?*

Le Dr Boisieux pouvait-il, dans le cas donné, méconnaître la grossesse?

A. — Chez une femme enceinte avant le terme de quatre mois et demi environ, il n'existe pour établir le diagnostic de grossesse que des signes de présomption ou de probabilité; après quatre mois et demi, il y a des signes de certitude (battements du cœur et mouvements actifs du fœtus perçus par le médecin). Mais nous

devons ajouter que le diagnostic de la grossesse est parfois si délicat et si difficile qu'elle peut être méconnue dans ses premiers mois, et même dans toute sa durée.

Dans la première période, celle où n'existent que les signes de présomption ou de probabilité, le médecin a à sa disposition les signes fournis par l'interrogatoire, l'inspection du corps (*seins, organes génitaux, etc.*), le palper seul, le toucher seul et le toucher combiné au palper (examen bimanuel); le dernier moyen est sans contredit celui qui peut fournir les meilleurs renseignements. Grâce à lui, dans la majorité des cas, il est possible de constater l'augmentation de volume de l'utérus, sa consistance souple, molle, élastique, et son durcissement sous la main s'il survient une contraction.

Toutefois, il est des cas où l'examen bimanuel ne donne pas de résultat positif, par exemple lorsque l'utérus présente une mollesse extrême et qu'il ne se contracte pas sous la main.

En règle générale, on peut dire que les résultats de l'examen bimanuel sont d'autant plus probants que la grossesse est plus avancée.

On voit donc que ce moyen de diagnostic n'est pas infaillible et qu'il faut lui associer les signes fournis par les autres modes d'exploration.

B. — Dans le cas particulier, le Dr Boisieux pouvait-il méconnaître la grossesse ?

Pour répondre à cette question, examinons la façon dont il a procédé :

La demoiselle Thomson entra le 23 au soir chez lui. Le Dr Boisieux ne la vit pas ce jour-là.

Le 24, le Dr Boisieux arriva, vers dix heures du matin, rue de l'Arcade; il aurait fait endormir la malade sans se livrer encore à aucun examen et, lorsqu'elle lui fut amenée endormie, il aurait, sur la table d'opération, après un lavage du vagin au lysol, pratiqué l'exploration bimanuelle. Il aurait, par cet examen, constaté à gauche une grosseur qu'il rapporta à un fibrome; il aurait demandé à l'entourage si mademoiselle Thomson avait une suppression des règles, question qui serait restée sans réponse. Il introduisit alors dans la cavité utérine un hystéromètre qui lui donna 10 centimètres, et, tout aussitôt après, la curette.

Telle est la façon dont le Dr Boisieux a procédé. Était-elle suffisante pour éviter une erreur? Nous ne le pensons pas et en voici les raisons :

Le seul procédé d'examen mis en œuvre par le Dr Boisieux a été l'exploration bimanuelle sous le chloroforme; il n'y a eu ni interrogatoire, ni inspection du corps. L'exploration bimanuelle lui démontra l'existence d'une grosseur abdominale; le Dr Boisieux crut, dit-il, à un fibrome, demanda à l'entourage s'il y avait suppression des règles et, sans réponse, procéda, sans plus atten-

dre, à l'opération du curettage. Or, il est de règle, lorsqu'on doit procéder à une intervention opératoire utérine chez une femme que l'on voit pour la première fois, si on vient à découvrir une tumeur abdominale, de toujours songer, lorsque la femme est en état de concevoir, à la possibilité d'une grossesse. On doit alors surseoir à toute intervention jusqu'à ce que l'on ait, par les moyens appropriés, acquis l'assurance que l'utérus n'est pas gravide. Dans le cas particulier, le Dr Boisieux, trouvant une grosseur abdominale chez une jeune femme qu'il n'avait, dit-il, jamais examinée jusque-là, devait prendre toutes mesures pour établir, par l'interrogatoire et par un examen plus approfondi ou ultérieur, le diagnostic différentiel entre le fibrome auquel il croyait et la grossesse dont la possibilité aurait dû se présenter à son esprit, de façon à être certain de ne pas intervenir sur un utérus gravide.

Ces mesures de prudence, le Dr Boisieux ne les a pas prises. Il a reconnu lui-même, en notre présence, que son examen et son diagnostic avaient été, sans contestation, insuffisants et qu'il s'en était rapporté, pour son intervention opératoire, aux renseignements (catarrhe utérin) qui lui avaient été fournis.

3° *Comment l'hémorragie a-t-elle averti le Dr Boisieux que l'utérus était gravide?*

Il ressort de la déposition orale du Dr Boisieux que ce n'est pas l'hémorragie qui lui a démontré qu'il se trouvait en présence d'un utérus gravide, mais bien la sortie de débris fœtaux, débris informes suivant son dire.

Le Dr Boisieux n'aurait pas remarqué, avant la sortie de ces débris, qu'il se fût écoulé du liquide amniotique.

4° *Le Dr Boisieux, lorsqu'il s'est aperçu qu'il se trouvait en présence d'un utérus gravide, devait-il s'arrêter?*

A. — Si le Dr Boisieux avait soupçonné qu'il se trouvait en présence d'un utérus gravide avant l'issue des débris fœtaux et seulement à la suite d'une hémorragie, il est incontestable qu'il devait s'arrêter, la sortie du sang consécutive à l'introduction d'un instrument dans l'utérus gravide n'impliquant pas toujours que la grossesse ne continuera pas son cours. Il existe en effet un certain nombre d'observations où l'hystérométrie, par exemple, pratiquée dans un utérus gravide, n'a pas provoqué l'avortement.

B. — Tel n'est pas le cas, puisque c'est l'issue de débris fœtaux qui aurait averti le Dr Boisieux, suivant son dire, de son erreur. Dans ce cas il n'y avait plus eu lieu d'espérer que la grossesse pût suivre son cours, et le Dr Boisieux était autorisé à vider complètement l'utérus.

5° *Comment la tête du fœtus a-t-elle pu être tranchée et détachée du tronc dans l'opération pratiquée par le Dr Boisieux? et comment cette tête a-t-elle pu sortir de la plaie de l'utérus?*

Le Dr Boisieux se serait servi, au cours de son intervention,

de curettes et de pinces, ces dernières ont été employées pour extraire les débris fœtaux. Le cou, comme les autres parties du fœtus, a très vraisemblablement été dilacéré par la curette ou arraché par traction.

Pour expliquer le passage de la tête dans la fosse iliaque, il suffit de tenir compte de la perforation utérine trouvée à l'autopsie, perforation qui, après rétraction de l'organe, avait encore 4 centimètres et qui aurait été révélée au Dr Boisieux pendant son opération par l'issue d'une anse intestinale maternelle à travers le col. Le Dr Boisieux ne pouvant faire la laparotomie que nécessitait cette complication, laparotomie qu'il aurait proposée et qui lui aurait été refusée, s'est livré alors à des tentatives de réduction de l'intestin qui ont été, à son dire, très pénibles: introduction d'un dilatateur dans le col, refoulement avec les doigts. Ces manœuvres ont prolongé l'opération, qui a duré plus de deux heures.

La tête a pu passer de l'utérus dans la cavité abdominale à la suite de la contraction spontanée de l'organe ou pendant les manœuvres de réduction de l'anse intestinale.

6° *Quel était l'âge du fœtus?*

Pour établir l'âge de la grossesse nous n'avons à notre disposition que l'utérus. Les débris fœtaux nous auraient fourni de précieux renseignements et nous aurions pu en tirer des caractères de valeur, mais ils ne nous en ont pas été présentés. Or, l'examen de l'utérus seul est insuffisant pour caractériser l'époque à laquelle était parvenue la grossesse, et cela pour les raisons suivantes:

a. Les dimensions que nous avons trouvées à l'autopsie ne sont pas celles que l'organe avait à l'état gravide: la malade a survécu près de cinquante heures à l'extraction du fœtus, et l'utérus s'est rétracté pendant ce laps de temps.

b. Cette rétraction utérine a été troublée, dans une mesure que nous ne pouvons établir, par la péritonite qui a succédé à l'opération: cette péritonite n'a pu en effet que retarder le retrait de l'utérus.

c. On sait enfin que l'épaisseur des parois utérines n'est nullement uniforme chez toutes les femmes, à âge égal de grossesse: il y a sous ce rapport des variations individuelles considérables.

Quoi qu'il en soit, et dans les conditions défavorables où nous sommes placés, nous estimons (en nous basant: d'une part sur la comparaison de l'utérus recueilli à l'autopsie de mademoiselle Thomson avec d'autres utérus recueillis au cours de diverses expertises médico-légales; d'autre part sur les données fournies par les auteurs) que la grossesse était certainement arrivée au delà du troisième mois, et il semble probable qu'elle n'avait pas, au moins sensiblement, dépassé le quatrième mois.

Nous rappelons que l'utérus de mademoiselle Thomson pesait

203 grammes, que la cavité mesurait 12 centimètres, et que les parois utérines, là où elles avaient le maximum d'épaisseur, atteignaient 22 millimètres.

XVII. — *Présomption d'infanticide. Asphyxie accidentelle par les membranes de l'œuf.*

— PERSONNEL —

(La mère était une jeune fille de 19 ans, primipare).

Aspect extérieur. — Le cadavre est celui d'un enfant nouveau-né du sexe féminin, mesurant 50 centimètres de longueur et pesant 2^{kg},689. La tête mesure 110 millimètres de diamètre antéro-postérieur, et 89 de diamètre bipariétal. Le cordon ombilical est encore relié au placenta; celui-ci ne présente pas d'altérations pathologiques.

La putréfaction n'est pas commencée.

La moitié inférieure du cuir chevelu et la partie supérieure de la face sont recouvertes par un morceau des membranes de l'œuf qui adhère encore d'autre part au placenta. Ce morceau couvre entièrement l'orifice de la bouche et des narines.

Il n'existe pas sur les diverses parties du corps, notamment sur la face et sur le cou, de plaies, d'érosions, d'ecchymoses, ni d'autres marques de violences.

Ouverture du corps. — La bouche et le pharynx ne renferment pas de corps étrangers.

Le larynx et la trachée contiennent une petite quantité d'écume incolore à fines bulles.

Les poumons sont volumineux et remplissent toute la cavité thoracique. Ils sont d'un rouge violacé, et présentent chacun une dizaine d'ecchymoses sous-pleurales du diamètre d'une tête d'épingle. Outre ces ecchymoses, il existe encore un grand nombre de taches noirâtres, du diamètre d'un pois, disséminées assez régulièrement sur toute la surface pulmonaire. On trouve encore deux fines ecchymoses sur le diaphragme. — Les poumons plongés dans l'eau avec le cœur et le thymus surnagent: isolés, ils surnagent également ainsi que chacun des fragments en lesquels on les divise; en comprimant ces fragments sous l'eau, on en fait sortir une foule de très fines vésicules gazeuses qui viennent se réunir en groupes à la surface du liquide. — En pressant le tissu pulmonaire hors de l'eau, on voit sortir du sang liquide et foncé en assez grande abondance, et de l'écume incolore à fines bulles.

Le cœur présente deux ecchymoses sous-péricardiques; ses cavités renferment du sang liquide et foncé, mais pas de caillots.

L'estomac contient du mucus et une petite quantité de gaz.

L'intestin grêle est vide ; le gros intestin est rempli de méconium.

Le foie est volumineux et très congestionné.

La rate et les reins ont leur aspect normal.

La vessie contient un peu d'urine.

— Le cuir chevelu est intact, au-dessous de lui il n'existe pas de bosse séro-sanguine ni d'épanchement sanguin. Les os du crâne ne sont pas fracturés. Les méninges sont congestionnées, et la pie-mère présente une fine injection vasculaire ; il n'existe pas d'épanchement sanguin dans la cavité crânienne. Le cerveau n'offre pas de lésions.

— Le maxillaire inférieur contient huit alvéoles dentaires complètement cloisonnées.

Le cartilage de l'extrémité inférieure du fémur contient un point d'ossification de 3 millimètres de diamètre.

Conclusions. — 1° Le cadavre est celui d'un enfant nouveau-né du sexe féminin, parvenu au terme normal de la gestation.

2° Cet enfant a respiré et par conséquent vécu de la vie extra-utérine.

3° La mort a été le résultat d'une asphyxie produite elle-même par l'obturation de la bouche et du nez par un fragment des membranes de l'œuf appelé vulgairement *la coiffe*.

4° Le corps ne porte pas de traces de violences.

XVIII. — *Infanticide par strangulation.*

— PERSONNEL —

Aspect extérieur. — Le cadavre est celui d'un enfant nouveau-né du sexe féminin, mesurant 48 centimètres de longueur et pesant 2^{kg},450. La tête mesure 104 millimètres de diamètre antéro-postérieur et 88 millimètres de diamètre bipariétal. Le cordon ombilical est intact et encore relié au placenta.

La putréfaction n'est pas commencée.

Il existe autour du cou un lacet noir très fortement serré, attaché par un double nœud très solidement noué ; ce lien passe au-dessous du larynx, et fait horizontalement le tour du cou. Il a laissé sur la peau un sillon profond, bleuâtre, non parcheminé ; sur le côté droit du cou, ce sillon est double et laisse entre ses deux branches un bourrelet de peau rouge et saillant, de 3 à 4 millimètres de largeur. Cet aspect est dû à ce que le lien, large de 1 centimètre, avait formé des plis en ce point.

Sur la face et sur les autres parties du corps il n'existe pas de traces de violences.

Ouverture du cadavre. — En disséquant les diverses parties du cou, on constate qu'il existe au niveau du lien, et sur la face antérieure de la trachée, une ecchymose de 7 millimètres de dia-

mètre. Sur la carotide gauche, la membrane interne présente une déchirure occupant environ les 3/4 de la périphérie du vaisseau ; au niveau de cette déchirure, il existe une suffusion sanguine de la paroi.

Le larynx et la trachée sont vides ; leur muqueuse est d'un blanc très légèrement rosé.

Les poumons sont volumineux, d'une coloration rose ; ils sont criblés d'ecchymoses sous-pleurales très fines ; à leur surface on ne remarque pas de plaques d'emphysème. Plongés dans l'eau avec le cœur et le thymus, ils surnagent : isolés, ils surnagent également ainsi que chacun de leurs fragments. En comprimant ces fragments, on en fait sortir une foule de vésicules gazeuses extrêmement fines qui viennent se réunir en groupes à la surface du liquide. Le parenchyme pulmonaire ne contient qu'une faible quantité de sang et d'écume. Les bronches sont vides.

Le cœur présente une douzaine d'ecchymoses ponctuées. Ses cavités renferment du sang liquide.

L'estomac contient du mucus et un peu d'air.

L'intestin grêle est vide. Le gros intestin est rempli de méconium.

Le foie est très volumineux et très congestionné.

La rate, les reins et les autres viscères abdominaux ont leur aspect normal.

Il n'existe pas de bosse séro-sanguine au-dessus du cuir chevelu. On remarque à la partie postérieure du pariétal droit, et au-dessous du périoste, un épanchement de sang liquide de 2 centimètres de diamètre.

Les os du crâne ne sont pas fracturés.

À la surface des deux hémisphères cérébraux se trouvent de larges et minces lamelles de sang coagulé. Du sang liquide (environ 3 ou 4 grammes) est épanché au-dessous du cervelet. Le cerveau ne présente pas d'altérations pathologiques.

Le cartilage de l'extrémité inférieure du fémur contient un point osseux de 3 millimètres de diamètre.

Le maxillaire inférieur présente huit alvéoles dentaires complètement cloisonnées.

Conclusions. — 1° Le cadavre est celui d'un enfant nouveau-né, du sexe féminin, parvenu au terme normal de la gestation.

2° Cet enfant a respiré.

3° Il est mort étranglé par un lien fortement serré autour du cou.

XIX. — *Infanticide par fracture du crâne.*

— PERSONNEL —

Aspect extérieur. — Le cadavre est celui d'un enfant nouveau-

né du sexe masculin, mesurant 51 centimètres de longueur et pesant 2^{kg},900. La tête mesure 108 millimètres de diamètre antéro-postérieur et 87 millimètres de diamètre bipariétal.

Le cordon ombilical est déchiré à 17 centimètres de l'abdomen, il ne porte pas de ligature.

La putréfaction n'est pas commencée.

Il n'existe pas sur les diverses parties du corps, et notamment sur la face et sur le cou de plaies, d'érosions, d'ecchymoses, ni d'autres marques extérieures de violence.

Ouverture du cadavre. — Les cavités de la bouche et du pharynx ne renferment pas de corps étrangers.

Le larynx et la trachée contiennent une petite quantité d'écume.

Il n'existe pas de traces de violences dans les parties profondes du cou.

Les poumons sont volumineux et congestionnés; ils présentent une douzaine de fines ecchymoses sous-pleurales. — Plongés dans l'eau avec le cœur et le thymus, ils surnagent; isolés, ils surnagent également ainsi que chacun de leurs fragments; en comprimant ces fragments au-dessous de l'eau, on en fait sortir une foule de vésicules gazeuses extrêmement fines qui viennent se réunir en groupes à la surface du liquide. — Le parenchyme pulmonaire contient une quantité abondante de sang et d'écume; cette écume occupe aussi les ramifications bronchiques.

Le cœur ne présente pas d'ecchymoses sous-péricardiques, ses cavités contiennent du sang liquide.

L'estomac renferme du mucus non mélangé de gaz. Il n'existe pas de gaz dans l'intestin grêle. Le gros intestin est rempli de méconium.

Le foie est volumineux et congestionné.

La rate, les reins et les autres viscères abdominaux ne présentent pas d'altérations pathologiques.

Au-dessous du cuir chevelu, il existe du côté droit du crâne un abondant épanchement de sang en partie coagulé.

L'os pariétal de ce côté est fracturé, divisé en cinq fragments, dont deux complètement détachés et enfoncés vers la cavité crânienne. L'os pariétal gauche est également fracturé; mais cette fracture consiste en un trait unique, qui part de la bosse pariétale pour gagner la suture sagittale.

Après avoir enlevé les os du crâne, on constate qu'il existe un épanchement sanguin dans la cavité crânienne formant un caillot lamellaire de 1 à 2 millimètres d'épaisseur qui recouvre presque toute la face supérieure de l'hémisphère cérébral droit; au niveau de la fracture, ce caillot est plus épais, irrégulier et englobe en partie les fragments osseux.

Le cerveau est resté intact.

Il existe dans le cartilage de l'extrémité inférieure du fémur un point osseux de 4 millimètres de diamètre.

Le maxillaire inférieur contient de chaque côté quatre alvéoles dentaires complètement cloisonnées.

Conclusions. — 1° Le cadavre est celui d'un enfant nouveau-né du sexe masculin, parvenu au terme normal de la gestation.

2° Cet enfant a respiré.

3° Il a succombé à des fractures du crâne produites par un coup ou un choc violent.

XX. — Question d'identité.

— PERSONNEL —

« Nous, juge d'instruction.... »

« Attendu que le squelette dont les ossements sont annexés à la présente commission rogatoire a été mis à découvert dans la matinée du 8 avril.

« Qu'il importe de constater s'il est un squelette de femme et de spécifier les signes distinctifs, de dire autant que possible la taille et l'âge de la personne à laquelle appartiennent ces ossements, à quelle époque peut remonter l'enfouissement; — si à la mâchoire supérieure existent, comme l'a dit un témoin qui a reconnu à ce signe la femme S., trois dents gâtées d'un côté, deux de l'autre; si à la mâchoire inférieure, au fond de la bouche, deux dents manquent de chaque côté; — de dire si la mâchoire inférieure, par sa conformation, devait être en avant de la mâchoire supérieure; si le trou existant au temporal droit qui gisait contre terre, peut avoir une cause accidentelle, ou s'il n'est pas plutôt la conséquence d'un coup porté du vivant de la femme.

« Attendu que trois échantillons de terre ont été saisis, l'un provenant du tas où les ossements charriés ont été trouvés, l'autre provenant de la fouille faite pendant les travaux; le troisième recueilli à l'endroit exact où gisait la tête du squelette; qu'il importe de vérifier si la terre provenant du sol dans lequel a été enfoui le cadavre, et prise à l'endroit où a été recueilli le crâne, contient, eu égard au terrain calcaire, une quantité de chaux normale ou supérieure, auquel cas l'on serait autorisé à admettre que le cadavre a été recouvert de chaux; — si d'autre part l'aspect des ossements dénote qu'une couche de chaux a été jetée sur le cadavre, ou s'ils ont l'aspect que doivent avoir des ossements ayant séjourné environ trois ans à 15 ou 18 centimètres sous terre, dans un terrain calcaire dont la composition sera déterminée par l'examen préalable ci-dessus... »

Serment préalablement prêté, nous avons procédé aux opérations pour lesquelles nous étions commis.

A. Examen du squelette. — Le squelette soumis à notre examen est presque complet. Il manque seulement une vertèbre dorsale,

trois côtes, tous les os des mains et des pieds, sauf deux métacarpiens et cinq métatarsiens.

Le tibia droit est fracturé au niveau de l'union du tiers inférieur avec son tiers moyen ; le cubitus est également fracturé un peu au-dessous de sa partie moyenne. Ces fractures ne présentent pas de traces d'épanchement sanguin ; au contraire la surface de section est d'un blanc pur, exempt de souillures, et qui contraste avec la teinte jaunâtre de la surface des os ; leurs bords sont très irréguliers, mais très nets et très aigus. Ces caractères indiquent que les fractures ont été produites récemment, probablement au moment où le squelette a été découvert. — Cinq des côtes sont également fracturées complètement ou incomplètement.

Sur le crâne on remarque, au niveau de l'os temporal droit, un trou dont la description sera donnée plus loin. — Sur l'os coxal droit, il existe, près de l'articulation avec le sacrum, un trou de forme carrée, mesurant 2 centimètres de côté ; ce trou a été produit par un coup porté de dedans en dehors, car la substance osseuse n'a pas été complètement détachée, et se trouve reportée sur la face externe de l'os. Il n'existe pas de traces d'épanchement sanguin à ce niveau.

Les autres os sont intacts ; aucun d'eux ne présente de cal, de déformations, ni d'autres traces de lésions. Tous ces os sont détachés les uns des autres et complètement dépourvus de parties molles ; muscles, tendons, ligaments, périoste et cartilages. — Sur le crâne, il existe en plusieurs points des cheveux coupés très courts (environ 1 centimètre) mais sans qu'il reste de vestiges de cuir chevelu. On trouve aussi dans quelques-uns des paquets où sont enveloppés les divers os, des morceaux d'*adipocire* ou *gras de cadavre*, matière qui résulte de la transformation des parties molles de l'organisme par un mode particulier de putréfaction. Cette transformation est ici complète, et il est impossible de reconnaître aucun des tissus qui entrent dans la composition du corps humain ; les plus gros de ces morceaux d'*adipocire* ont environ le volume du poing ; ils sont complètement détachés des os.

Avec quelques-uns des morceaux de gras de cadavre, on trouve un fragment d'étoffe de drap (appelé, paraît-il, satin de laine), ce fragment à la forme d'une sorte de patte de vêtement, et porte trois boutonnières. On y rencontre aussi des morceaux d'une toile blanche très grossière.

Enfin, on trouve un paquet de cheveux très fins, de couleur châtain foncé, disposés en mèches de longueurs variables, mais dont les plus longues ne dépassent pas 10 centimètres. Ces cheveux sont devenus très friables et se cassent à la moindre traction. Ils sont mélangés de quelques brins de paille, plusieurs sont encore attachés par un cordon noir, en lacet de coton.

Les diverses constatations faites sur le squelette vont être expo-

sées successivement dans l'ordre où elles pourront servir d'éléments de réponse aux questions posées par M. le juge d'instruction.

Première question. — *Le squelette provient-il d'une femme ?*

De tous les signes qui peuvent permettre de reconnaître si un squelette provient d'un homme ou d'une femme, le plus caractéristique, celui qui possède à lui seul une valeur presque absolue, est tiré de la conformation du bassin.

Le bassin est la cavité qui se trouve à la partie inférieure du tronc, et qui est formée par la réunion de quatre os ; le sacrum

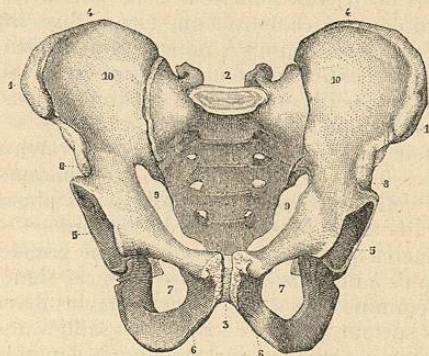


FIG. 86. — Bassin d'homme 1.

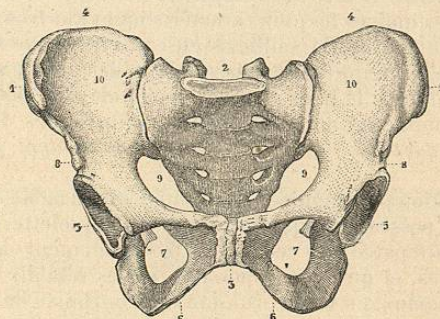


FIG. 87. — Bassin de femme 1.

1, 1, grand bassin, plus large et moins élevé chez la femme. 2, sacrum. 3, symphyse pubienne. 4, 4, crêtes iliaques. 5, 5, cavités cotyloïdes, plus écartées chez la femme. 6, 6, branches ischio-pubiennes. 7, 7, trous sous-pubiens, triangulaires chez la femme. 8, 8, épines iliaques antérieures et inférieures. 9, 9, détroit supérieur offrant, chez l'homme, la figure d'un triangle curviligne, plus grand et de figure elliptique chez la femme. 10, 10, fosses iliaques internes. (Sappey.)