

Nous avons aussi fait l'autopsie, entièrement négative, de deux autres femmes enceintes de quelques mois, l'une qu'on avait trouvée morte dans sa chambre, étendue à côté d'un injecteur vaginal à moitié vide; l'autre qui était morte chez elle, subitement et sans témoins.

ARTICLE III. — RECHERCHE MÉDICO-LÉGALE DE L'AVORTEMENT.

Trois questions se posent toujours dans les expertises relatives aux inculpations d'avortement: Un avortement a-t-il eu lieu? A quelle époque de la grossesse s'est-il produit? A-t-il été naturel ou provoqué?

§ I. — Un avortement a-t-il eu lieu?

Quand un avortement a eu lieu à une époque déjà un peu avancée de la grossesse, par exemple après le quatrième mois, le fait est en général facile à reconnaître par l'examen de la mère, si cet examen est pratiqué assez tôt. Le développement de l'utérus, l'état du col, l'écoulement lochial, la présence d'un peu de lait dans les seins, et les autres signes de l'accouchement récent qui ont été exposés déjà (page 418) permettent de reconnaître que la grossesse a été interrompue depuis peu par l'expulsion prématurée du produit de la conception. — Si l'examen est pratiqué tardivement, c'est-à-dire quinze jours, trois semaines ou plus longtemps encore après l'accident, suivant que la grossesse a été interrompue plus ou moins tôt, on peut ne retrouver aucune trace de l'avortement, surtout si la femme avait eu auparavant un ou plusieurs accouchements à terme. S'il s'agit d'une primipare nous avons vu qu'un avortement effectué à partir du sixième mois laissait en général des traces persistantes.

Quand l'avortement se produit de très bonne heure, avant le troisième et surtout avant le deuxième mois, il peut être difficile à reconnaître, alors même que l'examen est pratiqué dans les meilleures conditions, et que l'avortement s'effectue presque sous les yeux du médecin. A défaut de renseignements précis fournis par la mère, et

dont la sincérité est naturellement toujours suspecte dans les expertises médico-légales, ce n'est que l'examen des produits expulsés qui permet de faire un diagnostic, de ne pas confondre un avortement avec une simple perte utérine que les femmes invoquent toujours comme la cause unique de leur malaise. Il faut donc apporter un très grand soin à l'examen du sang et des caillots qu'a rendus la femme et au milieu desquels on peut retrouver l'œuf intact, soit des fragments de ses membranes.

Jusqu'à 2 mois ou 2 mois 1/2, l'œuf se présente sous forme d'une vésicule sphéroïdale ou ovoïde, molle, s'affaissant plus ou moins sur elle-même et dont la surface externe est tomenteuse. Cet œuf peut être retrouvé et étudié en le plaçant dans l'eau et en dissociant avec pré-

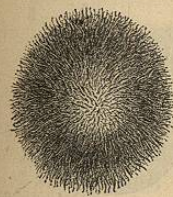


FIG. 37. — Œuf humain de 36 jours environ, grandeur naturelle (Coste).

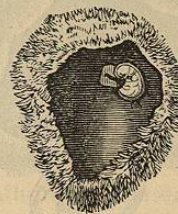


FIG. 38. — Œuf humain du commencement de la quatrième semaine, grandeur naturelle (Thomson).

caution les caillots qui l'entourent; on peut distinguer ainsi notamment les villosités qui recouvrent sa surface. Vers la fin de la quatrième semaine, le diamètre de l'œuf a de 25 à 30 millimètres environ (fig. 37, 38); vers le quarantième jour, de 30 à 35 millimètres; au cinquantième jour, de 40 à 45 millimètres. A partir du deuxième mois, les villosités choriales commencent à se développer uniquement sur le point de la surface qui correspondra plus tard au placenta. Vers la fin du premier mois, l'embryon contenu dans l'œuf n'est guère long que de 6 à 8 millimètres; il est mou, peu consistant et difficile à reconnaître (fig. 39, 40). A la fin du second mois, il mesure en-

viron 25 à 30 millimètres; les yeux, la fente buccale, le nez sont indiqués ainsi que les extrémités des membres (voir le tableau, page 452).

Il peut arriver que l'on ne retrouve pas l'œuf, soit qu'il ait été écrasé ou dilacéré après son expulsion, soit qu'il ait été en partie détruit dans la cavité utérine et que l'avortement se soit effectué en deux temps. On peut, dans ces cas, rencontrer encore au milieu des caillots des fragments des membranes: ces fragments présentent, sur l'une de leurs faces, des villosités; à l'examen microscopique, on constate qu'ils sont constitués par des cellules embryonnaires, et non revêtus d'épithélium. Ces caractères

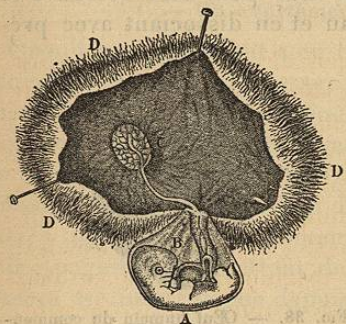


Fig. 39. — Oeuf humain de 36 jours environ ¹.

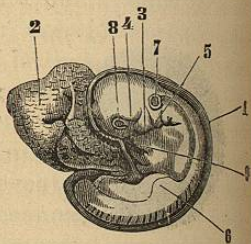


Fig. 40. — Embryon de cet œuf grossi ².

terès permettent de les différencier des lambeaux de muqueuse qui peuvent être expulsés avec des caillots dans les cas de dysménorrhée membraneuse; dans ces membranes, on trouve tous les éléments histologiques de la muqueuse, y compris les glandes en tubes. — Il ne

1. A, embryon; B, amnios; C, vésicule ombilicale; D, le chorion (Coste).

2. 1, amnios; 2, vésicule ombilicale; 3, premier arc pharyngien; 4, bourgeon maxillaire supérieur de cet arc; 5, deuxième arc pharyngien; derrière lequel deux autres plus petits sont encore visibles; 6, ébauche des extrémités antérieures; 7, vésicule auditive; 8, œil, 9, cœur (Thomson).

faut pas oublier, toutefois, que l'œuf est entouré par la muqueuse (caduque), qui l'accompagne au moment où il est expulsé.

A une période plus avancée, on peut encore, à défaut du fœtus et des membranes, retrouver dans les caillots qui sont expulsés consécutivement des fragments plus ou moins volumineux du placenta.

Quand la femme a succombé à l'avortement, on trouve dans les dimensions de l'utérus, dans l'état de sa surface interne, les preuves certaines d'une grossesse récemment terminée.

§ II. — A quelle époque de la grossesse l'avortement a-t-il eu lieu ?

Nous avons vu déjà, à propos des signes de la grossesse et de l'accouchement, quels caractères pouvait fournir l'examen de la mère pour résoudre cette question, au moins d'une façon approximative. Ces caractères n'ont une réelle valeur que s'ils sont constatés peu de temps après l'avortement; en effet, l'utérus revient assez rapidement à ses dimensions normales ou presque normales, et en un temps qui n'est pas absolument le même chez toutes les femmes. Il ne faut pas oublier que la métrite, la métrô-péritonite, et un état général mauvais ont pour effet de retarder notablement l'involution de l'utérus.

L'examen du produit de la conception fournit des résultats plus précis.

Vers la fin du premier mois, l'œuf a environ 25 à 30 millimètres de diamètre; l'embryon est long de 6 à 8 millimètres; quand il est bien conservé, et qu'on se trouve dans de bonnes conditions d'observations, on peut reconnaître que l'intestin proémine sous forme d'une anse pointue hors du ventre qui présente une fente longitudinale; la tête et la colonne vertébrale sont d'une pièce; les centres nerveux et circulatoires existent ainsi que le foie et les corps de Wolff qui sont relativement très volumineux.

A la fin du second mois, l'œuf a environ le volume

TABLEAU DE L'ÉTAT DE L'EMBRYON ET DU FŒTUS AUX DIVERS ÂGES DE LA VIE INTRA-UTÉRINE

AGE	LONGUEUR	POIDS	POINTS D'OSIFICATION	ÉTAT DES DIVERS ORGANES	POIDS MOYEN du placenta	LONGUEUR MOYENNE du cordon ombilical
Fin du premier mois	Oeuf 0 ^m ,025 à 0 ^m ,030 de diamètre, longueur de l'embryon 0 ^m ,006 à 0 ^m ,008.	3 à 4 gr.	Noyau osseux dans la clavicule.	Tête et colonne vertébrale d'une pièce. Les centres nerveux et circulatoires existent, ainsi que le foie et les corps de Wolff.		
Fin du deuxième mois	Oeuf de la dimension d'un couf de poule, longueur de l'embryon 0 ^m ,025 à 0 ^m ,030.	3 à 4 gr.	Points des deux mâchoires, des os du bras et de l'avant-bras, de la cuisse et de la jambe, de l'iléon, des six premières côtes, de l'omoplate.	Le ventre est fermé, sauf l'ouverture ombilicale, à travers laquelle l'intestin remonte dans le cordon. Les extrémités apparaissent sous forme de petits tubercules, la division du membre supérieur en bras et avant-bras est indiquée, ainsi que la division des doigts de la main.		
Fin du troisième mois	0 ^m ,43 à 0 ^m ,45	100 à 125	Ossification de l'occipital, des pariétaux, des temporaux, du sphénoïde, des os propres du nez, de l'os malaire, des métacarpiens, des métatarsiens, de la main, de la jambe.	La peau commence à se caractériser. Les yeux sont recouverts par les paupières; les points lacrymaux existent. L'anus est ouvert. Les articulations des doigts et des orteils sont visibles.	40 gr.	0 ^m ,15
Fin du quatrième mois	0 ^m ,16 à 0 ^m ,20	200 à 250	Sacrum, tubérosité de l'ischion, phalanges du pied, corps des vertèbres cervicales et lombaires.	La peau se couvre de duvet, et commence à être doublée de tissu adipeux. Les membres inférieurs sont plus développés que les supérieurs. Les ongles sont formés. Le sexe est bien distinct. On trouve du méconium jaunâtre dans le commencement de l'intestin grêle.	80 gr.	0 ^m ,25
Fin du cinquième mois	0 ^m ,24 à 0 ^m ,27	400 à 500	Pubis calcanéum	L'enduit sébacé apparaît, les cheveux se développent. Le méconium occupe une grande partie de l'intestin grêle. La vésicule biliaire existe et contient du mucus jaunâtre.	180 gr.	0 ^m ,35
Fin du sixième mois	0 ^m ,28 à 0 ^m ,32	800 à 1000	Sternum	Les ongles prennent une consistance cornée. — Le méconium apparaît dans le gros intestin. L'ombilic, qui s'est éloigné de plus en plus du pubis, est encore à 0 ^m ,03 ou à 0 ^m ,04 du point qui correspond à la moitié de la longueur du corps.	275 gr.	0 ^m ,40
Fin du septième mois	0 ^m ,33 à 0 ^m ,36	1500 à 2000	Nouveaux points du sternum. (2 ou 3)	Les paupières commencent à s'entr'ouvrir. Les testicules sont dans l'anneau inguinal; la plus grande partie du gros intestin contient du méconium.	375 gr.	0 ^m ,45
Fin du huitième mois	0 ^m ,40 à 0 ^m ,45	2000 à 2500	Dernières vertèbres du sacrum. Astragale.	La membrane pupillaire disparaît, les convolutions cérébrales sont indiquées. — Les ongles atteignent l'extrémité des doigts et des orteils.	450 gr.	0 ^m ,47
Fin du neuvième mois	0 ^m ,48 à 0 ^m ,54	3000 à 3500	Points d'ossification de l'épiphyse inférieure du fémur, et de l'épiphyse supérieure du tibia.	L'enduit sébacé est abondant, les ongles dépassent l'extrémité des doigts, mais non celle des orteils. Les cheveux atteignent 0 ^m ,02 ou même 0 ^m ,03 de longueur. Le cordon ombilical s'insère très peu au-dessous du milieu de la longueur du corps. Les testicules sont ordinairement dans le scrotum.	500 gr.	0 ^m ,50

d'un œuf de poule; l'embryon est long de 25 à 30 millimètres et pèse 3 à 4 grammes. Les yeux sont représentés par des points foncés, dirigés de côté avec des rudiments de paupières; la fente buccale est très grande; le nez forme une petite éminence, les narines sont ouvertes ainsi que les conduits auditifs. Les extrémités apparaissent sous forme de petits tubercules. La division du membre supérieur en bras et avant-bras est indiquée par des sillons superficiels; la division des doigts est également indiquée. Le ventre est fermé, sauf l'ouverture ombilicale, à travers laquelle l'intestin remonte encore assez haut dans le cordon qui est parfois déjà plus long que l'embryon. La partie inférieure de la colonne vertébrale apparaît sous forme d'un petit appendice caudal fortement recourbé en avant; à la place qu'occuperont les parties génitales se trouve un petit mamelon. Premiers points d'ossification dans la clavicule et dans la mâchoire inférieure.

Au troisième mois, l'œuf a le volume d'un œuf d'oie. L'embryon atteint une longueur de 7 à 9 centimètres et pèse de 30 à 45 grammes. Les paupières et le pavillon de l'oreille se développent; la membrane pupillaire est distincte; les lèvres de la bouche se forment. Le cordon ombilical n'est plus si rapproché de l'anus, et se contourne en spirale; l'ombilic ne livre plus passage à l'intestin. L'ossification est commencée dans un grand nombre d'os. On distingue nettement les orteils et les doigts, et même les endroits où se formeront les ongles. Les parties génitales sont représentées par le clitoris ou le pénis très proéminents; inférieurement se trouve une gouttière qui se ferme sur la verge dans le courant du mois et constitue l'urètre. Le périnée se développe et isole l'orifice anal¹.

L'état du placenta seul peut donner aussi d'utiles indications². Le placenta commence à devenir distinct dans le

1. Description empruntée au *Traité d'accouchement* de Naegèle et Gensler, traduction d'Aubenas, 2^e édition française, Paris, 1880.

2. Voir à ce sujet un rapport médico-légal de Maurice Longuet et Leprince (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 3^e série, t. I).

courant du troisième mois; il augmente graduellement de volume, et l'on sait qu'à terme, ses dimensions sont environ de 15 à 20 centimètres pour son grand diamètre, de 13 à 16 centimètres pour le petit diamètre, et qu'il pèse ordinairement de 500 à 750 grammes. Les vaisseaux qui entrent dans sa constitution sont formés d'abord d'une paroi uniquement épithéliale; on ne commence à rencontrer des vaisseaux à plusieurs tuniques qu'après le cinquième mois.

§ III. — L'avortement a-t-il été spontané ou provoqué ?

Les éléments sur lesquels on peut s'appuyer pour résoudre cette question sont fournis par l'examen de la mère, par celui de l'œuf ou du fœtus, et par l'étude et l'appréciation des circonstances au milieu desquelles s'est produit l'avortement.

Examen de la mère. — Il est bon de rechercher quel est l'état de santé de la femme, de s'enquérir si elle n'a pas eu antérieurement une ou plusieurs grossesses qu'elle a menées à terme sans accidents, ou si au contraire elle a déjà eu des avortements; de s'assurer s'il existe soit dans l'état général, soit dans l'état des organes génitaux, quelque circonstance de nature à expliquer ou à rendre vraisemblable un avortement spontané. Ces constatations ne permettent presque jamais de conclusions absolues, parce que d'une part on est loin de connaître toutes les influences sous lesquelles l'avortement naturel se produit, et que d'autre part une femme paraissant incapable de continuer sa grossesse jusqu'au terme normal peut très bien s'être fait avorter volontairement; toutefois on peut arriver ainsi à des présomptions ayant dans certains cas une grande valeur, qu'il est du devoir de l'expert de faire ressortir.

Nous avons vu qu'en général l'avortement ne peut être obtenu par ingestion de substances dites abortives qu'au prix de troubles graves de la santé de la mère. Ces troubles, s'ils n'existent plus au moment de l'examen, n'auront pas passé inaperçus, et à l'aide du récit de la femme

ou des dépositions des personnes qui l'ont vue, il est quelquefois possible de se rendre un compte assez exact des symptômes, et de montrer qu'ils ne trouvent pas leur explication dans une maladie naturelle.

Si la femme a succombé, et que sa mort ait été réellement causée par l'ingestion de substances abortives, on trouvera généralement à l'autopsie une inflammation plus ou moins vive du tube digestif; on soumettra les viscères à l'analyse chimique, et quelquefois on trouvera pendant l'autopsie, au milieu des matières contenues dans l'estomac et dans l'intestin, des parcelles de la plante employée.

Quand des manœuvres directes ont été pratiquées, on peut en retrouver quelquefois les traces sur les organes génitaux, surtout si ces manœuvres ont consisté en l'introduction dans l'utérus d'un instrument plus ou moins piquant. On comprend en effet que l'instrument conduit sans précautions suffisantes, guidé seulement à l'aide du doigt par un opérateur peu habile, produise dans certains cas des blessures plus ou moins profondes soit des parois vaginales, soit du col ou du corps de l'utérus.

Ces blessures peuvent être reconnues sur la femme vivante. Dans les cas communiqués par le docteur Leblond, il existait une fois une cicatrice triangulaire, la femme s'étant servie de ciseaux, et une autre fois une plaie qui guérit facilement. Il est à noter que, dans des circonstances il est vrai tout à fait exceptionnelles, des blessures même très graves produites de cette façon ont pu guérir facilement. Tardieu cite, d'après Froriep, une femme qui ne put retirer une aiguille qu'elle s'était introduite dans la matrice pour se faire avorter; au bout de quelques semaines un abcès se forma dans la région inguinale, et donna issue à ce corps étranger dont la femme fut délivrée sans accidents sérieux. — Trois ou quatre observations analogues ont été publiées.

Quand la femme a succombé, l'examen peut naturellement être beaucoup plus complet puisqu'il porte sur toutes les parties de l'appareil génital. On trouve quelque-

fois des blessures énormes produites par des manœuvres d'une brutalité excessive. Dans deux des observations rassemblées par Tardieu, la matrice avait été perforée de part en part, une fois par un fer à papillottes, une autre fois par un instrument qui avait ensuite ouvert l'artère iliaque externe. Une femme, que son mari avait fait avorter au septième mois en lui introduisant la main tout entière dans les parties génitales, avait une longue déchirure du vagin, une autre de la matrice, et un arrachement de la plus grande partie de l'intestin grêle; chez une autre le vagin était largement déchiré, les intestins mis à nu, et la matrice, complètement renversée, faisait saillie hors de la vulve.

Mais il est très rare que les manœuvres soient exercées avec une telle brutalité et par suite les blessures que nous venons d'indiquer ne sont observées que tout à fait exceptionnellement. Il est moins rare de constater des lésions produites au cours de manœuvres qui visent la piqure de l'œuf. La blessure indique alors non seulement qu'il y a eu des manœuvres abortives, mais parfois aussi que ces manœuvres ont été exercées par tel instrument et non par tel autre. A l'autopsie d'une jeune fille morte peu de temps après une fausse couche, nous avons trouvé une piqure ayant traversé obliquement de bas en haut toute l'épaisseur de la paroi postérieure de l'utérus. Cette piqure était tellement fine qu'il était certain qu'elle n'avait pu être produite que par une aiguille à tricoter ou un instrument aussi mince. Or la sage-femme incriminée avait avoué dès le début qu'elle avait pratiqué l'avortement, mais elle soutint, avec apparence de vérité, qu'elle n'avait employé qu'une sonde de femme. On admit que l'avortée avait été opérée une seconde fois par une personne inconnue, et la sage-femme fut acquittée.

Les plaies par piqures se rencontrent à la surface du col, à l'intérieur du canal cervical, sur la paroi postérieure ou sur le fond de l'utérus; on en a trouvé plus rarement dans les culs de sac vaginaux. Elles ont la forme d'un tunnel ou d'une simple rigole ou encore d'une plaie en séton.

Des blessures produites par la canule qui a servi à faire une injection intra-utérine ont été notées quelquefois. Aussi elles ont une forme moins nette que les piquères.

Quand la femme a survécu quelque temps, l'aspect primitif de toutes ces blessures peut être considérablement modifié par la suppuration et plus encore par la gangrène qu'on a vu plusieurs fois se produire autour du point traumatisé¹. Au milieu de la partie sphacelée, la blessure apparaît comme une perforation complète ou non dont les parois n'ont plus l'aspect net et régulier qu'elles présentaient tout d'abord.

Il faut encore signaler une cause d'erreur qui ne se présente d'ailleurs que tout à fait exceptionnellement : c'est la rupture spontanée de l'utérus. Cette rupture spontanée est très rare (une fois sur 1,000 accouchements, d'après Auvart) ; elle se produit presque toujours au moment de l'accouchement ou dans les derniers temps de la grossesse. Elle est ordinairement expliquée par quelque circonstance facilement appréciable. Tantôt il existe un obstacle insurmontable à la sortie du fœtus parce que le col reste rigide et non dilaté, parce que le bassin est très rétréci, ou parce que l'expulsion du fœtus est empêchée par une autre cause, alors que la matrice se contracte énergiquement ; tantôt les parois de l'utérus ont subi une altération pathologique antérieure qui a diminué leur résistance ; tantôt il s'agit d'une grossesse interstitielle, laquelle se termine presque constamment par la rupture de la paroi utérine. Mais dans quelques cas, extrêmement rares il est vrai, la déchirure de la matrice s'est effectuée à une époque peu avancée de la grossesse sans qu'on ait pu trouver l'explication anatomique de cet accident².

1. Richardière a rapporté un de ces cas qu'il a observé personnellement et qu'il compare à d'autres empruntés à divers auteurs (*Annales d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 3^e série, t. XVIII, 1887).

2. Consulter sur ce point un mémoire du Dr Coutagne : *Des ruptures*

Ces ruptures sont complètes ou incomplètes ; dans plusieurs des observations publiées, elles étaient assez vastes pour que le fœtus ait pu passer dans la cavité abdominale ; elles sont ordinairement irrégulières, à bords dentelés et déchiquetés. Elles se produisent ou bien brusquement, ou bien graduellement en plusieurs temps successifs, et amènent la mort, soit en quelques heures avec les signes de l'hémorragie interne et de la péritonite suraiguë, soit en trois en quatre jours au milieu des symptômes de la péritonite. Quand le travail était commencé il s'arrête, et souvent le fœtus, dont la tête était engagée dans le col, remonte dans l'utérus et passe dans la cavité abdominale. Ajoutons que dans presque toutes les observations il s'agissait de femmes d'un âge relativement avancé (25 ans au minimum), ayant eu une ou plusieurs grossesses antérieures.

Il est difficile d'admettre que des manœuvres abortives déterminent, au lieu de perforations étroites, de plaies assez bien limitées, des ruptures comme celles qui viennent d'être décrites ; cependant on peut concevoir qu'une perforation se transforme, sous l'influence des contractions de l'utérus, en une déchirure plus ou moins étendue, et dans certains cas (comme dans l'observation personnelle de Coutagne et dans la 43^e observation de Tardieu), il est permis de conserver des doutes sur l'origine de la lésion utérine. — L'examen du fœtus a dans ces cas une grande importance, il semble difficile que des manœuvres abortives entraînent de telles ruptures de l'utérus, sans occasionner en même temps sur le fœtus des lésions facilement appréciables.

Examen du produit de la conception. — Les manœuvres abortives, surtout celles qui sont constituées par la ponction des membranes de l'œuf, peuvent occasionner des

utérines pendant la grossesse et de leurs rapports avec l'avortement criminel, Paris, 1882. — Voir aussi : A. Lesser, *Demonstration einiger Verletzungen der Geschlechtstheile, bedingt durch instrumentelle Provocation des Aborts* (*Eulenbergs Vierteljahrschrift*, neue Folge, XLIV, 1).

blessures du fœtus. Le fait est rare, cependant Tardieu en a réuni cinq cas (dont deux observés par lui), et nous-même en avons vu deux exemples très nets. Ces blessures consistent en piqûres, ou autres plaies, siégeant le plus souvent sur le sommet de la tête ou à la face et sont accompagnées d'un épanchement sanguin, indiquant qu'elles ont été faites pendant la vie du fœtus.

Lorsque l'avortement se fait à une époque peu avancée de la grossesse, l'examen de l'œuf peut fournir des renseignements utiles. On admet généralement que quand la grossesse se termine dans les premières semaines de la gestation, l'œuf est le plus souvent expulsé en entier, l'avortement se faisant en un seul temps, sans rupture préalable des membranes. Ainsi M. Leblond, qui a réuni dix-huit observations d'avortements accomplis dans les dix premières semaines, a noté que dix-sept fois l'œuf a été expulsé intact ; dans le cas unique où les membranes étaient rompues le placenta présentait en même temps une altération antérieure. — Partant de cette donnée et se basant en outre sur une observation personnelle, Gallard pense que lorsque l'on trouve un œuf dont les membranes sont rompues et que cette rupture ne s'explique pas par une maladie antérieure de l'œuf, il y a lieu de croire qu'elle a été produite par des manœuvres criminelles. Gallard ajoute que les membranes de l'œuf présentent une assez grande ténacité qui leur permet de résister quelque peu à des chocs ou à des pressions, et que par conséquent elles ne peuvent être rompues accidentellement après l'expulsion de l'œuf, que si celui-ci a subi après sa sortie de l'utérus des violences notables.

Cette opinion de Gallard a fait l'objet d'une discussion approfondie à la Société de médecine légale¹ qui ne l'a admise qu'avec beaucoup de réserves. M. Charpentier, chargé d'un rapport sur la question, a formulé les conclusions suivantes : 1° Dans les six premières semaines,

1. Séance du 13 novembre 1876 et suivantes. Compte rendu (*in Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2^e série, t. XLVIII).

l'avortement se fait presque toujours en bloc, le volume et la cavité de l'œuf étant à cette époque extrêmement minimes ; 2° de la sixième à la dixième semaine ou environ, l'avortement peut encore se faire en bloc, mais il se fait au moins aussi souvent en deux temps ; tout dépend de la résistance de l'œuf, de la force des contractions utérines, de la résistance du col, des adhérences de l'œuf ou de ses altérations ; 3° l'absence du fœtus ne prouve pas l'intervention criminelle ; car ce fœtus peut avoir subi la dissolution, si l'œuf mort a séjourné encore longtemps dans la cavité utérine ; 4° à partir de trois mois, trois mois et demi, la rupture est la règle, l'avortement se fait en deux temps : expulsion du fœtus, expulsion du placenta, cette dernière partie de l'avortement pouvant durer plus ou moins longtemps ; 5° la rupture des membranes ne peut être considérée à elle seule comme un signe d'avortement provoqué ; on n'est pas autorisé à en faire un signe de certitude d'avortement criminel, même lorsqu'on le constate dans les premiers mois.

Circonstances dans lesquelles s'est produit l'avortement.

— Il arrive bien souvent que l'examen de la mère et celui du produit de la conception ne donnent que des résultats négatifs. Il est rare en effet que les manœuvres abortives produisent des blessures sur les organes génitaux. On comprend du reste que l'injection intra-utérine, l'un des procédés le plus fréquemment employés, ne peut guère léser les parois de la matrice, et que même la perforation des membranes ne laisse aucune trace dans le plus grand nombre des cas. Les blessures du fœtus sont encore plus rares que celles de la matrice.

Mais le rôle du médecin légiste dans les affaires d'avortement ne se borne pas à ces simples constatations anatomiques. Presque toujours on lui communique les résultats de l'enquête judiciaire et on lui demande d'apprécier, au point de vue médical, la valeur des renseignements qui ont été recueillis, de dire si telles ou telles manœuvres décrites par les accusés ont pu amener l'avortement ; si ces manœuvres ne doivent être considé-

rées que comme une exploration médicale régulière et légitimée par l'état de la femme, si telle substance est capable de produire l'avortement, si les dépositions des divers témoins concordent bien entre elles et retracent les diverses phases d'un avortement, etc. Les paragraphes qui précèdent contiennent les données générales sur lesquelles l'expert peut s'appuyer pour accomplir cette partie de sa tâche ; on trouvera d'ailleurs à la fin de ce volume quelques rapports qui montreront et la nature des questions qui peuvent être posées et quelles réponses elles comportent suivant les circonstances du cas particulier.

L'expert est chargé aussi d'assister à la perquisition qui est faite au domicile des inculpés, d'indiquer toutes les substances ou objets : plantes, médicaments, instruments, linges tachés de sang ou de matières suspectes, qui doivent être saisis et qu'il examine ensuite. Certains de ces objets constituent par leur seule présence chez l'inculpé une grave présomption de culpabilité ; par exemple, la rue, la sabine, l'absinthe, le seigle ergoté et toutes les substances qui ont une réputation abortive bien établie. Dans un cas nous avons trouvé chez une femme, très probablement avorteuse de profession, une collection de canules toutes parfaitement appropriées aux injections ultra-utérines, et dont l'inculpée ne pouvait expliquer l'usage. Quelquefois, c'est l'avortée elle-même qui indique l'instrument qui a été employé, et l'on a à rechercher si cet instrument est en effet capable de produire l'avortement, s'il porte encore des traces de sang, etc. L'expert arrive ainsi dans certains cas à réunir un ensemble de preuves ou de présomptions dont il doit indiquer la signification vraie, sans en exagérer jamais l'importance, et qui, jointes aux preuves d'ordre non médical, suffisent souvent à entraîner la conviction du jury¹.

1. Il arrive aussi que l'expert peut montrer que l'avortement a été impossible. Nous sommes arrivés à cette conclusion dans une affaire où trois femmes avouaient s'être fait avorter par une autre femme

ARTICLE IV. — AVORTEMENT MÉDICAL.

On sait que l'avortement constitue une opération médicale, un moyen thérapeutique précieux, dans les cas où il est certain que l'accouchement ne pourrait avoir lieu à terme, par suite de rétrécissement des voies génitales, ou bien quand la grossesse détermine des accidents qui deviendraient mortels : vomissements incoercibles, hémorragies par insertion vicieuse du placenta, etc. Une telle opération, à s'en rapporter strictement au texte de la loi, tombe sous le coup du Code pénal ; mais il est évident qu'on ne saurait considérer comme un crime une inter-

qui avouait également. Cette dernière, tout à fait illettrée et peu intelligente, racontait qu'elle avait entendu dire qu'il suffisait de se faire une injection vaginale après le coït pour éviter une grossesse ; elle avait usé de ce procédé sur elle-même avec succès. Elle en avait conclu que ce même procédé pourrait provoquer l'avortement. Plus tard, ayant vu dans un musée d'une fête foraine la reproduction en cire des organes génitaux d'une femme gravide, elle avait compris qu'il fallait tâcher de pousser l'injection jusque dans la matrice. Mais en réalité, malgré ses vanteries, elle était incapable de trouver l'orifice utérin, et en lui faisant pratiquer le toucher nous avons pu constater qu'elle n'atteignait que rarement le col, et que même quand elle y arrivait, elle croyait qu'il fallait placer la canule dans un des culs-de-sac du vagin. Nous interrogeâmes séparément chacune des trois avortées, qui ne se connaissaient pas entre elles ; toutes nous donnèrent la même description précise et minutieuse des manœuvres employées, qui était exactement conforme à ce que nous pûmes voir. En effet, nous fîmes répéter ces manœuvres par l'avorteuse elle-même sur chacune de ses clientes avec l'instrument que toutes reconnaissaient avoir été employé ; un simple injecteur vaginal à boule, et nous pûmes nous convaincre que tout se réduisait à une simple injection vaginale. D'ailleurs le fait était d'autant plus vraisemblable que toutes les femmes reconnaissaient que les manœuvres avaient duré seulement deux ou trois minutes et n'avaient pas occasionné la plus légère douleur ; parfois il n'y avait même pas eu introduction du doigt dans le vagin. Deux de ces femmes avaient eu un retard de quatre et de douze jours : c'était là ce qu'elles croyaient être un avortement provoqué. Quant à la troisième, enceinte de trois mois, elle avait eu recours à une série de drogues qui avaient été sans doute la véritable cause de l'avortement. L'accusation fut abandonnée contre ces quatre femmes, malgré leurs aveux.