

n'ont pas respiré; c'est alors qu'il est important puisqu'il constitue une preuve de la vie sans respiration.

Cette preuve ne doit être admise toutefois que sous certaines réserves. Elle n'est pas valable quand la putréfaction du cadavre est commencée; en pareil cas, il se développe plus ou moins rapidement une quantité plus ou moins abondante de gaz dans le tube digestif, et l'on ne peut savoir si ces gaz sont ou non mélangés d'air atmosphérique. — En outre, ce qui a été précédemment dit à propos de l'entrée de l'air dans les poumons avant la naissance, ou à la suite de manœuvres de respiration artificielle, s'applique ici.

État de l'oreille moyenne. Épreuve de Wreden¹. — Chez le fœtus, la cavité du tympan ainsi que la trompe d'Eustache sont remplies par un bouchon muqueux. Au moment de la naissance, quand l'enfant a respiré vigoureusement, ce bouchon disparaît en général plus ou moins complètement et est remplacé par de l'air, ou bien dans quelques cas par du liquide amniotique, des matières fécales, etc., suivant le milieu dans lequel l'enfant a respiré.

L'expérience a montré que même chez des enfants à terme, vigoureux et ayant bien respiré, et à plus forte raison chez des enfants chétifs n'ayant qu'incomplètement respiré, on pouvait trouver le bouchon muqueux intact; d'après Wend, il ne disparaît *complètement* que vingt-quatre heures après la naissance. La présence de ce bouchon a donc beaucoup moins de signification pratique que son absence². Il est probable aussi que la substance

1. Wreden (*Vierteljahrschrift für gerichtl. Medic.*, 1874) et Wend (*Arch. für Heilkunde*, 1873) ont appelé l'attention sur ce signe.

2. Encore faut-il remarquer que, d'après la plupart des auteurs compétents, le bouchon muqueux a presque toujours disparu avant la naissance, et qu'il est remplacé par un liquide. Ce qu'il faut donc constater, ce n'est pas l'existence d'une cavité, mais la présence de l'air, seule preuve de la respiration*. Il faut donc ponctionner sous l'eau la membrane du tympan.

Après avoir enlevé le cerveau et détaché la dure-mère, on isole le

* Lannois, l'oreille au point de vue médico-légal (*Journ. de l'Anthropol. crimin.*, septembre 1870).

qui le compose se liquéfie rapidement sous l'influence de la putréfaction. Aussi ce signe ne peut-il guère être invoqué dans les cas où il serait précisément le plus utile, c'est-à-dire quand les poumons sont putréfiés.

État des reins. — On trouve assez souvent dans le rein du nouveau-né des dépôts d'acide urique qui apparaissent à l'œil nu sous forme de stries en éventail, formées par les tubes de Bellini remplis de ces cristaux et dont la couleur est celle des sédiments uriques ordinaires (rouge ou jaune orangé).

Ordinairement, ce n'est que chez des enfants ayant vécu au moins un jour qu'on trouve ces infarctus uriques; mais on en a rencontré parfois chez des morts-nés, de sorte que ce signe n'établit nullement que l'enfant a vécu.

ARTICLE III. — MORT NATURELLE DE L'ENFANT.

L'expert ne peut pas toujours reconnaître à quelle cause a succombé un enfant nouveau-né; souvent il doit se borner à dire qu'il n'a pas trouvé d'indices d'une mort violente. Il est évident qu'une plus grande précision est désirable et qu'il faut toujours chercher s'il existe des indices d'une mort naturelle. L'enfant peut succomber à des causes naturelles avant, pendant ou après l'accouchement.

§ I. — Mort de l'enfant avant la naissance.

Ce n'est pas ici le lieu d'exposer les diverses causes qui peuvent faire succomber l'enfant dans le sein de sa mère. Il suffit de rappeler qu'en général un fœtus mort dans

rocher en désarticulant la mâchoire inférieure et l'atlas, et en faisant passer deux traits de scie en arrière de l'apophyse mastoïde et au niveau de l'apophyse zygomatique. Après avoir ponctionné le tympan sous l'eau, on ouvre avec des ciseaux la partie supérieure de la caisse. Il peut y avoir intérêt à recueillir les matières contenues dans cette cavité pour les examiner au microscope (matières fécales, méconium, etc.).

l'utérus n'est pas expulsé immédiatement, et que lorsqu'il naît quelques jours ou plus longtemps après sa mort, il a subi certaines modifications qui lui donnent un aspect caractéristique; on dit alors que le fœtus est *macéré*, qu'il a subi la *macération*.

La macération diffère très notablement de la putréfaction ordinaire¹. Ici la décomposition s'effectue sans qu'il se produise de gaz, sans teinte verte de la peau, sans odeur. Le corps est très mou, sans consistance; quand on le place sur une table, la poitrine et l'abdomen s'affaissent et s'étalent, la tête s'aplatit sur elle-même; les articulations relâchées permettent aux membres de garder toutes les positions qu'on leur donne. La cornée et les liquides de l'œil ont une couleur rose sale. Il en est de même de la peau qui présente aussi en quelques points, principalement autour de l'ombilic, une teinte d'un gris ardoisé. L'épiderme s'enlève facilement, sauf à la face et sur le cuir chevelu; en quelques points, il forme des bulles remplies de sérosité sanguinolente. Les os du crâne chevauchent fortement les uns sur les autres; leur périoste est décollé. Le cerveau est ramolli; les divers viscères le sont également. Les cavités pleurales, péricardique et péritonéale, contiennent de la sérosité sanguinolente.

Cet état est celui d'un fœtus mort depuis environ huit jours; avant ce délai, les effets de la macération sont moins marqués. La flaccidité du corps et la teinte rosée de la peau se manifestent en premier lieu et sont déjà appréciables au bout de deux jours. Après huit jours, les altérations indiquées plus haut s'accroissent. L'épiderme a disparu ou s'enlève au moindre frottement; c'est au cuir chevelu qu'il reste le plus longtemps adhérent. La teinte ardoisée de la peau se généralise; le cuir chevelu est décollé par un liquide rougeâtre. Les os du crâne sont

1. Voir : Sentex, *Des altérations que subit le fœtus après sa mort dans la cavité utérine, et de leur valeur médico-légale*, Paris, 1868.
Lempereur, *Des altérations que subit le fœtus après sa mort dans le sein maternel*, thèse de Paris, 1867.

disjoints, leur périoste détaché, le cerveau est liquide. Le tissu cellulaire de tout le corps est imbibé de sérosité sanguinolente qui le colore en rouge (*fœtus sanguinolentus*). Tous les viscères sont très ramollis.

Quand les fœtus macérés restent exposés à l'air, la putréfaction continue chez eux suivant la forme vulgaire, et au bout de quelques jours leur aspect devient beaucoup moins caractéristique.

§ II. — Mort de l'enfant pendant la naissance.

La mort de l'enfant pendant l'accouchement est presque toujours causée soit par l'interruption de la circulation placentaire, soit par une compression ou des lésions traumatiques du cerveau ou du bulbe rachidien. Ces deux causes agissent quelquefois simultanément.

L'interruption de la circulation placentaire peut être amenée par divers mécanismes: par des contractions trop fortes et trop prolongées de l'utérus, qui occasionnent une compression du placenta; par le décollement prématuré de celui-ci, par procidence et compression du cordon. L'interruption de la circulation placentaire a pour effet d'amener des mouvements respiratoires prématurés¹; et il peut s'introduire ainsi dans les bronches une certaine quantité de liquide amniotique mélangé quelquefois d'enduit sébacé ou du méconium expulsé par l'enfant. En même temps, il se produit une congestion des poumons, souvent très prononcée et pouvant s'accompagner de noyaux hémorragiques; il se forme des ecchymoses sous-pleurales et sous-péricardiques. Quand on trouve à l'autopsie des poumons vides d'air et présentant cet aspect, et surtout quand on reconnaît dans les bronches du liquide amniotique mélangé d'enduit sébacé ou du méconium, on possède la preuve que l'enfant est mort pendant l'accouchement ou tout au moins qu'il a subi une asphyxie

1. On attribue ces mouvements à l'influence qu'exerce sur les centres nerveux le sang désartérialisé.

plus ou moins complète, étant encore renfermé dans l'utérus.

La compression de la tête et (dans certaines présentations vicieuses) le tiraillement des vertèbres du cou, peuvent amener des troubles fonctionnels des centres nerveux, qui ont pour conséquence soit ici encore des mouvements respiratoires prématurés, soit une impossibilité définitive de l'établissement de la respiration. Cette compression du cerveau et du bulbe peut ne se traduire à l'autopsie que par une congestion peu significative de ces organes. Mais souvent aussi elle détermine des épanchements méningés plus ou moins abondants qui occupent ordinairement la base du crâne ou la convexité des hémisphères cérébraux et qui résultent sans doute de la déchirure des vaisseaux des méninges sous l'influence d'un chevauchement trop considérable des os du crâne. Il est certain que ces épanchements sanguins, même assez abondants, n'amènent pas toujours la mort, du moins immédiatement. Nous avons trouvé de larges lamelles de sang coagulé à la surface du cerveau, à l'autopsie d'un enfant qui était mort plusieurs jours après sa naissance, et par suite d'un accident.

En l'absence de ces lésions intra-crâniennes, l'existence d'une bosse séro-sanguine volumineuse au-dessous du cuir chevelu indique aussi une compression énergique de la tête. Mais cette compression peut ne pas avoir retenti d'une manière fâcheuse sur le cerveau, et l'on voit très fréquemment des enfants survivre sans présenter de troubles appréciables de la santé, bien qu'atteints d'une bosse séro-sanguine énorme.

On trouve très souvent, à l'autopsie, des bosses séro-sanguines peu volumineuses. Il est facile de ne pas confondre celle-ci avec un épanchement sanguin produit par des coups ou un autre traumatisme. Dans ce dernier cas, l'épanchement est constitué par du sang pur, dans le premier, il s'agit d'un mélange de sang et de sérosité infiltrant le tissu cellulaire et formant une tumeur molle, tremblotante et à demi transparente; en comprimant cette

tumeur entre les doigts, on en exprime la sérosité, et il ne reste plus qu'une très petite masse formée par le tissu cellulaire¹.

Il ne faut pas non plus se méprendre sur la signification des ecchymoses épicroâniennes qui se rencontrent à peu près constamment sous le cuir chevelu, sous forme de petits épanchements arrondis dont les dimensions varient entre celles d'une tête d'épingle et celles d'une pièce de 50 centimes. Ces ecchymoses sont produites par la déchirure des petits vaisseaux sous l'influence du chevauchement des os du crâne.

Des fractures du crâne peuvent aussi se produire pendant l'accouchement (voir page 502).

§ III. — Mort naturelle ou accidentelle de l'enfant après la naissance.

Les causes qui viennent d'être indiquées comme amenant la mort pendant l'accouchement peuvent ne pas avoir une action immédiate et laisser vivre l'enfant quelque temps après la naissance. On comprend, en effet, que chez un enfant né en état d'asphyxie, dont les poumons sont très congestionnés et en partie remplis de substances aspirées dans l'utérus, la vie puisse persister un certain temps et ne s'éteigne qu'après que la respiration s'est effectuée plus ou moins complètement; on a vu plus haut que la vie pouvait même persister sans respiration. De même, les lésions des centres nerveux peuvent permettre une certaine survie accompagnée ou non de mouvements respiratoires. On sait du reste que chez les enfants nés en état de mort apparente, il arrive souvent que la vie ne peut être ranimée malgré les soins les plus minutieux, à plus forte raison cela doit-il arriver dans les accouchements clandestins où tout secours efficace manque à l'enfant.

1. La présence d'une bosse séro-sanguine n'indique pas toujours que l'enfant était vivant au moment de l'accouchement; elle peut se former sur des fœtus morts.

Défaut de maturité ; monstruosités, non-viabilité. — Les enfants nés notablement avant terme, chétifs et peu vigoureux, peuvent, alors même qu'ils ont respiré complètement, mourir peu de temps après leur naissance, sans l'intervention de manœuvres criminelles ou du manque des soins vulgaires et sans que les divers organes présentent à l'autopsie des lésions assez graves pour expliquer la mort.

Certaines monstruosités, certains vices de conformation qui ne sont pas compatibles avec une existence prolongée, permettent cependant l'établissement complet de la respiration. C'est ainsi que nous avons fait l'autopsie d'un nouveau-né à terme, vigoureux et bien conformé extérieurement, dont les poumons étaient remplis d'air, mais chez lequel le cerveau manquait. M. Bardinet a vu un anencéphale survivre quatre jours.

Dans des cas semblables, un infanticide peut parfaitement être commis et l'expert ne doit pas négliger d'en rechercher les traces. Il doit déclarer aussi, quand il y a lieu, que l'enfant était incapable de vivre au delà d'un certain temps, qu'il n'était pas *viable*, soit parce qu'il était né à une époque trop peu avancée de la gestation, soit parce qu'il était atteint de quelque vice de conformation, incompatible avec la vie. Toutefois, il semble, d'après l'avis des jurisconsultes les plus autorisés, et d'après la jurisprudence admise, que la question de viabilité ne doit pas être soulevée dans les inculpations d'infanticide, ou du moins qu'elle ne constitue pas un élément nécessaire du crime, et qu'aux yeux de la loi le meurtre commis sur un nouveau-né ayant vécu, quoique non viable, est toujours un infanticide. Au point de vue pratique, il est heureux qu'il en soit ainsi, car dans bon nombre de cas il serait très difficile d'affirmer qu'un enfant était ou non viable¹.

1. La question de viabilité peut être posée au médecin légiste dans d'autres cas où elle est formellement indiquée par la loi ; c'est-à-dire à propos de désaveu d'enfant, d'héritage ou de donation.

Code civil. Art. 314. — L'enfant né avant le cent quatre-vingtième

Obstruction accidentelle des orifices respiratoires. — La mort peut être la conséquence de l'obturation de la bouche et du nez par un fragment de la membrane amniotique, ou bien parce que l'enfant reste la tête plongée dans les liquides de l'accouchement, etc. On reviendra sur ce sujet au paragraphe de *l'Infanticide par omission* (page 510).

Hémorragie ombilicale. — Il est rare que le médecin légiste ait à constater la mort du nouveau-né par hémorragie ombilicale, bien que dans l'immense majorité des accouchements clandestins, le cordon ne soit pas lié.

La mort par hémorragie ombilicale a été cependant observée quelquefois par les accoucheurs. Elle se produit d'autant plus facilement que le cordon est divisé plus près de l'abdomen ; elle est favorisée aussi par les troubles de la respiration, et elle ne survient quelquefois qu'un certain temps après la naissance, quand les mouvements respiratoires se trouvent entravés, par exemple, ainsi que le signale Depaul, chez des enfants qui ont été fortement serrés dans leurs langes. Elle peut aussi ne se produire qu'après plusieurs jours, et elle est souvent alors l'une des manifestations d'un état général grave. L'hémorragie n'amène pas ordinairement la mort d'une façon très rapide, mais au bout de plusieurs heures seulement¹.

A l'autopsie, on trouve les signes de toute hémorragie

jour du mariage ne pourra être désavoué par le mari dans les cas suivants... 3^o si l'enfant n'est pas déclaré viable.

Art. 725. — Pour succéder, il faut nécessairement exister à l'instant de l'ouverture de la succession. Ainsi sont incapables de succéder... 2^o l'enfant qui n'est pas né viable.

Art. 906. — Pour être capable de recevoir entre vifs il suffit d'être conçu au moment de la donation. Pour être capable de recevoir par testament, il suffit d'être conçu à l'époque du décès du testateur. Néanmoins la donation ou le testament n'auront leur effet qu'autant que l'enfant sera né viable.

1. Les cas de mort par cette cause concernent souvent des enfants qui ont été atteints d'hémorragie au moment de la chute du cordon, et cela par suite d'un état particulier du sang, par hémophilie. Il peut se faire en même temps des hémorragies par d'autres voies.

abondante, c'est-à-dire l'état exsangue des divers viscères. Cet état est surtout prononcé sur le foie, organe qui, comme on le sait, est, à l'état normal, extrêmement vasculaire chez le nouveau-né.

L'hémorragie ombilicale peut être la conséquence de circonstances particulières, dont la mère ne saurait être rendue responsable ; le cordon peut s'être rompu au niveau de l'ombilic, de sorte que l'application d'une ligature était impossible ; quelquefois une ligature a été mal faite, soit que le fil trop étroit ait coupé les vaisseaux, soit que le lien ait été trop peu serré. Cette dernière circonstance est difficile à reconnaître quand le cordon est desséché, car alors la ligature paraît toujours trop lâche et permet souvent l'introduction d'une sonde cannelée à travers les vaisseaux.

Mort de l'enfant à la suite d'un accouchement précipité.

— On appelle, en médecine légale, *accouchement précipité* l'accouchement qui s'accomplit à l'improviste et si rapidement que la femme n'a que le temps de se coucher, en sorte que l'expulsion de l'enfant a lieu la mère restant debout ou accroupie. La mort de l'enfant peut être quelquefois la conséquence de la chute qui accompagne alors sa naissance.

La possibilité de l'accouchement précipité ne saurait être mise en doute ; Klein¹ a pu en réunir cent quatre-vingt-trois cas, et presque tous les accoucheurs et médecins légistes en citent des exemples. Ces accouchements ont lieu quelquefois sur la voie publique, et c'est pourquoi on les appelle en Allemagne *naissances de rues* ; ils se produisent fréquemment aussi au moment où la mère satisfait un besoin impérieux d'aller à la garde-robe, ou croit éprouver ce besoin².

1. En 1813, Klein fit faire sur ce sujet une enquête officielle dans toute l'étendue du royaume de Wurtemberg ; il rassembla ainsi 183 cas d'accouchement précipité : 155 fois la mère était debout ; 22 fois dans la position assise ; 6 fois à genoux. Sur les 183 accouchées, il y avait 21 primipares.

2. Corin (*Cas rare d'accouchement précipité*, Liège, 1893) a vu

Il arrive fréquemment qu'une femme accusée d'infanticide déclare (souvent sur le conseil de son avocat) qu'elle est accouchée d'une façon précipitée, et que l'enfant s'est tué en tombant sur le sol, ou dans les latrines, un seau, etc., avant qu'elle ait eu le temps de le retenir. L'expert est alors chargé de dire si ces explications sont admissibles.

En général, quand on constate l'existence d'une bosse séro-sanguine sur le crâne de l'enfant, ou que la tête de celui-ci est très volumineuse relativement aux dimensions du bassin de la mère, on doit en conclure qu'il est peu probable que l'accouchement se soit effectué rapidement. Cependant Hofmann fait remarquer que c'est quelquefois la dernière partie seule de l'accouchement qui est rapide, la tête ayant pu rester longtemps retenue dans le bassin. Aussi l'expert ne peut-il que rarement repousser d'une façon absolue, en s'appuyant sur cette considération, la possibilité de l'accouchement précipité.

L'examen du cordon ombilical peut fournir des indications très précieuses. Dans un accouchement précipité, il arrive quelquefois que le placenta est expulsé en même temps que l'enfant et que le cordon reste par conséquent intact. Dans d'autres cas, le cordon se rompt sous l'influence de la chute du corps de l'enfant¹. Mais il est évi-

une femme multipare, qui, étant sur un vase de nuit, a expulsé un enfant de huit mois, et qui aurait été persuadée, même après cette expulsion, qu'elle avait seulement évacué une selle.

1. Negrier, puis Devergie ont montré qu'un cordon ombilical pouvait supporter sans se rompre un poids notablement supérieur à celui de l'enfant à terme (5 kilog. et même 9). Mais il n'en est pas de même quand au lieu de suspendre simplement le poids après le cordon, on le laisse tomber d'une certaine hauteur en imitant ainsi ce qui a eu lieu au moment de l'accouchement ; les expériences de Pfannhuck (cité par Hofmann) montrent que le cordon se rompt alors sous l'influence d'un poids de 1 kilogramme et moins encore. Du reste des exemples authentiques ne laissent aucun doute sur la possibilité de la rupture du cordon dans les accouchements précipités.

Il faut noter qu'il y a parfois une fragilité exceptionnelle du cordon. Budin a cité des cas où il s'était rompu par la simple propulsion de l'en-

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 revenons 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
A REPORTER.	528	TOTAL.	555

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.