

§ VI. — *Infanticide par omission*

On comprend sous ce nom les cas où la mort de l'enfant résulte de ce que la mère a omis volontairement de donner au nouveau-né les soins qui lui sont nécessaires.

L'enfant peut succomber ainsi à des causes diverses : par hémorragie ombilicale, le cordon n'ayant pas été lié (p. 430), par suite de l'application sur la face de fragments des membranes de l'œuf empêchant la respiration, ainsi que nous en avons observé des exemples très nets (voir le rapport à la fin de ce livre), ou bien parce que l'accès de l'air est empêché en raison de la position dans laquelle est laissé le corps.

La mort peut arriver aussi parce que l'enfant a été abandonné pendant un certain temps nu ou presque nu dans une chambre froide. Nous avons vu, dans le paragraphe consacré à la mort par l'action du froid (p. 164 et suivantes), sur quels signes on pouvait se baser pour établir le diagnostic, et nous avons indiqué que ces signes n'étaient pas toujours suffisamment caractéristiques ¹.

Dans une accusation d'infanticide par omission, l'expert a le devoir de rechercher si l'intention criminelle de la mère ne doit pas être écartée. Il est quelquefois admissible que l'inculpée ait ignoré la nécessité des soins qu'elle a omis ; c'est ainsi qu'une primipare, jeune fille inexpérimentée, peut très bien ne pas savoir qu'il faut lier le cordon, ou ne pas comprendre le danger de l'enveloppement de la face par des fragments des membranes de l'œuf.

Dans quelques cas, la mère allègue que par suite de faiblesse ou de perte de connaissance, elle était dans l'impossibilité matérielle de porter secours à son enfant. Les soins indispensables à un nouveau-né ne réclament pas beaucoup d'efforts ; il s'agit de le préserver du froid, d'écarter les couvertures qui peuvent lui recouvrir la tête, d'empêcher que la face ne baigne dans les liquides de l'accouchement, etc., tou-

¹ Voir aussi L. Laborde, *Action du froid sur les nouveau-nés et les enfants à la mamelle* ; thèse de Paris, 1866.

tes choses qui n'exigent pas beaucoup de force physique et peuvent être faites par une femme très affaiblie. Quant à la perte complète de connaissance, elle est ordinairement le résultat d'une syncope qui ne peut guère être produite que par une hémorragie très abondante, et celle-ci laisse un état général qui ne se dissipe pas immédiatement et dont les traces peuvent quelquefois être encore reconnues au moment de l'examen de l'inculpée. L'inspection de l'endroit où s'est effectué l'accouchement, l'état des linges, objets de literie, etc., peut aussi donner quelques renseignements sur l'abondance de l'hémorragie.

Certaines circonstances particulières indiquent aussi quelquefois que la mère aurait pu donner des soins à son enfant ; par exemple si le cordon ombilical a été coupé ou déchiré par elle, si elle s'est transportée de l'endroit où a eu lieu l'accouchement à une certaine distance, etc.

ARTICLE V. — *QUESTIONS ACCESSOIRES RELATIVES A L'INFANTICIDE*§ I. — *Combien de temps l'enfant a-t-il vécu ?*

Il est indispensable, pour qualifier une accusation d'infanticide, de savoir s'il s'agit ou non d'un enfant nouveau-né. Nous avons vu que la jurisprudence ne délimite que d'une façon vague la période pendant laquelle l'enfant doit être considéré comme un nouveau-né et que l'expert, sans avoir à se prononcer sur l'appellation qui convient à l'enfant, doit s'efforcer de déterminer aussi exactement que possible combien de temps celui-ci a vécu, afin de fournir des éléments précis d'appréciation aux magistrats et aux jurés. Cette question se pose du reste assez rarement.

Dans d'autres cas, la qualification de nouveau-né n'étant pas discutée, la justice a intérêt à savoir si l'enfant est mort immédiatement après sa naissance, ou s'il a survécu quelques instants ; cela peut être utile dans certaines circonstances pour apprécier les allégations et le système de défense de l'accusée.

Pour résoudre ces questions, on s'appuie sur les signes suivants.

Contenu de l'estomac. — L'estomac d'un enfant qui n'a pas vécu renferme une quantité variable de mucus sous forme d'un liquide visqueux, tenace, transparent ou mélangé de flocons blanchâtres, qui prend avec les progrès de la putréfaction une teinte d'un rouge brun sale.

Nous avons vu que la présence de l'air dans l'estomac et l'intestin indique que l'enfant a vécu. La quantité de cet air n'est pas toujours proportionnelle à la durée de la vie de l'enfant; quelquefois, tout l'intestin grêle en est rempli après quelques heures, et dans d'autres cas, certaines de ses parties en sont encore dépourvues après plusieurs jours. Cependant, quand on trouve beaucoup d'air dans l'estomac, il est certain que la mort n'a pas été immédiate. Si cet air est mélangé au mucus, forme avec lui des bulbes plus ou moins volumineuses, si en même temps, on rencontre dans l'estomac de la salive spumeuse, on peut en conclure que l'enfant a vécu pendant un temps qui, sans pouvoir être fixé exactement, peut être évalué, croyons-nous, à un minimum d'environ deux minutes.

Il va sans dire que si le corps est putréfié, ce signe perd toute valeur; il en serait de même s'il était établi qu'on a pratiqué l'insufflation.

Il est inutile d'insister sur l'importance que présenterait la constatation de la présence du lait dans l'estomac.

État des poumons. — Nous ne mentionnons ici l'état des poumons que pour mettre en garde contre les conclusions erronées qu'on pourrait être tenté d'en tirer. Il faut savoir, en effet, que les poumons peuvent être complètement remplis d'air après un très petit nombre d'inspirations, peut-être même après une seule; c'est ce que montrent les expériences sur les animaux et aussi certaines observations médico-légales faites dans des circonstances où des renseignements très exacts ont pu être obtenus. D'autre part, il est certain qu'un enfant peut vivre plusieurs heures et plusieurs jours alors que ses poumons n'ont reçu de l'air que dans une portion de leur étendue.

Bosse séro-sanguine. — La bosse séro-sanguine qui se forme fréquemment sous le cuir chevelu pendant l'accouchement disparaît rapidement. La présence d'une de ces tumeurs volumineuse, bien limitée, et contenant une grande quantité de sérosité, indique que l'enfant n'a pas vécu plus de deux ou trois jours.

État du cordon ombilical et des vaisseaux ombilicaux. — Après la naissance, le cordon se dessèche¹ puis tombe en se détachant au niveau de l'ombilic. La séparation se fait par l'ulcération d'abord des parties périphériques, puis des vaisseaux; l'ulcération s'accompagne de la production d'une petite quantité de pus. Elle commence en général après les 48 premières heures qui suivent la naissance, par la formation d'un liseré rouge autour de la peau; la chute du cordon a lieu ordinairement dans le cours du cinquième ou du sixième jour. C'est là ce qui s'observe le plus communément; mais il y a quelques exceptions, l'élimination du cordon peut être plus tardive ou plus rapide; Depaul l'a vue terminée une fois au bout de 36 heures, et dans un autre cas le treizième jour seulement. Après la chute, il reste une petite plaie minime qu'on aperçoit en écartant les plis de l'ombilic, et qui se cicatrise après deux ou plusieurs jours.

Il peut arriver que le cordon ait été arraché au ras de l'ombilic au moment de la naissance ou peu de temps après. Quand le cadavre est encore frais on reconnaît en général facilement qu'il s'agit d'un arrachement et non d'une élimination naturelle, car il est rare qu'il ne reste pas quelques fragments de la gaine amniotique ou des vaisseaux. Sur les cadavres putréfiés, cette distinction est souvent impossible à faire.

Après la ligature du cordon, il commence à se former des caillots à l'extrémité de la portion intra-abdominale des vaisseaux ombilicaux, dont le calibre n'est pas, cependant, complètement oblitéré. Quelque temps après la chute du

¹ La dessiccation du cordon n'est pas un phénomène vital; elle peut se faire également après la mort, et d'autant plus vite que le cadavre a séjourné dans un endroit plus sec et plus chaud. Sur le vivant, le cordon reste quelquefois humide et se putréfie sans s'être desséché.

cordons, 5 jours au plus tôt, les vaisseaux ombilicaux quittent l'ombilic, ou du moins n'y restent plus reliés que par leur tunique externe; les deux autres tuniques se rétractent graduellement, et quelquefois dès la fin du deuxième mois les extrémités des artères se trouvent au niveau du sommet de la vessie¹.

État de la peau. — La peau du nouveau-né est recouverte d'une couche d'enduit sébacé, substance blanche, savonneuse, tenace, abondante surtout en certaines régions: face, aisselles, aines, partie postérieure du tronc. La quantité de cet enduit est très variable; quelquefois il a jusqu'à 0^m.002 d'épaisseur, dans d'autres cas il manque presque complètement. Comme il est très adhérent à la peau, il peut n'avoir pas disparu complètement au bout de plusieurs jours, quand il n'a pas été enlevé par une toilette de l'enfant convenablement faite. — On ne le trouve pas sur les cadavres dont la putréfaction est avancée.

L'épiderme des nouveau-nés tombe en laissant au-dessous de lui une nouvelle couche épidermique; la désquamation est tantôt très fine, et tantôt elle se fait par de larges lambeaux. Cette chute de l'épiderme commence en général vers le troisième ou quatrième jour; elle peut durer 15 jours et plus. On a signalé quelques cas, rares il est vrai, où elle était déjà commencée et même très avancée au moment de la naissance.

Méconium dans l'intestin. — Au moment de la naissance, l'enfant peut avoir expulsé déjà une grande partie du méconium. Dans un cas cité par Tardieu (d'après le docteur Bineau) le gros intestin était absolument vide chez un nouveau-né à terme, étouffé presque aussitôt après sa naissance. On ne peut donc guère, au point de vue de la survie de l'enfant, tirer de conclusions de l'absence ou de la faible quantité de méconium. Mais la présence de ce produit est plus utile à noter; Depaul déclare qu'il n'a jamais vu la première évacuation tarder plus de 27 heures après la naissance, et que l'expulsion

¹ Pour la description complète des phénomènes qui se passent alors, voir Ch. Robin, Mémoire sur la rétraction des vaisseaux ombilicaux et sur l'appareil ligamenteux qui leur succède (*Mém. de l'Acad. de méd.*, lu à l'Académie en 1858, t. XXIV, p. 387, avec planches).

est ordinairement complète au bout de 2 ou 3 jours, exceptionnellement le cinquième jour seulement.

Ce signe est surtout précieux quand le cadavre est très putréfié, car alors il est quelquefois le seul qu'on puisse invoquer. Il faut savoir seulement que sous l'influence de la putréfaction, le méconium peut perdre sa coloration verte pour devenir jaunâtre ou jaune d'or éclatant; néanmoins il est encore facile de le distinguer des matières fécales, grâce à sa consistance visqueuse, tenace et, au besoin, à l'aide de l'examen microscopique (voyez à la quatrième section de ce livre *Examen des taches*).

État du cœur et du tronc artériel. — On sait que chez le fœtus les deux oreillettes du cœur communiquent par un orifice ovalaire appelé *trou de Botal*. Après la naissance, cet orifice s'oblitére, mais en laissant un petit pertuis qui peut persister des années. L'oblitération du trou de Botal est en général terminée vers le quinzième jour, mais elle est quelquefois beaucoup plus tardive. Dans certains cas pathologiques, le trou de Botal persiste indéfiniment.

Le *canal artériel*, qui chez le fœtus fait communiquer l'artère pulmonaire avec l'aorte, se rétrécit, puis s'oblitére aussi après la naissance. Cette oblitération s'opère, comme celle du trou de Botal, en un temps très variable; il est rare qu'elle soit complète avant la fin du premier mois.

État du squelette. — Le squelette ne subit pas de modifications caractéristiques dans les premières semaines qui suivent la naissance. Le point osseux du cartilage de l'extrémité inférieure du fémur s'accroît graduellement (après le dixième jour seulement?) d'après Tardieu; mais comme ses dimensions sont très variables à la fin de la gestation, que son diamètre peut, dans certains cas, atteindre à ce moment 9 millimètres, il n'y a pas de conclusions certaines à tirer de sa grosseur. On pourrait cependant si le noyau osseux avait plus de 1 centimètre et, en l'absence de tous autres signes, déclarer que l'enfant n'est probablement plus un nouveau-né¹.

¹ Suivant des médecins légistes très autorisés (Ollivier d'Angers, Casper, Tardieu) cette conclusion est déjà permise quand le point osseux mesure 0^m.006; cette limite est certainement trop faible, et nous-même avons noté plusieurs

Résumé des signes propres à reconnaître combien de temps l'enfant a vécu. — En ne tenant compte que des plus importants de ces signes, et en laissant de côté les exceptions très rares signalées à propos de chacun d'eux, on peut établir le tableau suivant :

L'ENFANT A VÉCU

Au moins 2 ou 3 minutes	L'estomac renferme beaucoup d'air, ainsi que du mucus aéré et de la salive spumeuse. Il existe aussi de l'air dans l'intestin. On trouve un caillot dans les vaisseaux ombilicaux.	Au plus 36 heures	L'estomac ne renferme que très peu d'air et du mucus non aéré. La peau est recouverte d'enduit sébacé. Le gros intestin est rempli de méconium.
Au moins 1 jour	Le cordon présente à sa base un commencement de travail d'élimination	Au plus 3 jours	Il y a une bosse séro-sanguine bien limitée et contenant beaucoup de sérum.
Au moins 2 jours	L'épiderme est exfoliée	Au plus 4 jours	Il n'y a pas de traces d'un commencement d'élimination à la base du cordon.
Au moins 4 jours	Le cordon ombilical est détaché.	Au plus 5 jours	Il y a encore beaucoup de méconium dans le gros intestin.
Au moins 5 jours	Les vaisseaux ont quitté l'ombilic.		

§ II. — L'enfant a-t-il crié ?

Tous les auteurs admettent qu'un enfant vigoureux, dont les poumons ont reçu de l'air dans toutes leurs parties, crie après sa naissance. Si au contraire les poumons ne contiennent de l'air que dans certaines portions, il peut arriver que l'enfant ne crie pas, ou du moins ne fasse entendre que des cris très

fois chez des enfants qui venaient de naître un diamètre de 8 et 9 millimètres. En s'appuyant sur les données de ces auteurs, le D^r Boyron avait affirmé qu'un enfant dont le corps avait été dépecé, et dont on avait trouvé seulement des fragments, avait vécu, parce que le point osseux du fémur mesurait 9 millimètres $\frac{1}{2}$. La Société de médecine légale, après un rapport du D^r Descoust, déclara que cette conclusion n'était pas suffisamment fondée (Séance du 8 mai 1882).

faibles, qui ne sont pas perçus à quelque distance, par exemple par les personnes qui se trouvent dans une chambre voisine de celle où a lieu l'accouchement.

§ III. — La femme peut-elle être, par le fait de l'accouchement, dans un état mental qui la rende irresponsable du meurtre de son enfant ?

C'est là un argument fréquemment invoqué par les avocats, et quand ils en font usage, ils ne manquent pas de s'appuyer sur l'autorité de Marcé¹, qui déclare en effet qu'une femme peut être prise au moment de l'accouchement d'un accès de délire pendant lequel elle tue son enfant, après quoi elle recouvre complètement la raison. Cette opinion de Marcé repose sur trois observations, qui ne lui sont pas personnelles, dans lesquelles l'accouchement a été clandestin ; et le meurtre de l'enfant est attribué à la folie de la mère, uniquement parce que celle-ci a fait l'aveu complet de son crime ou qu'elle n'a pris que des précautions très insuffisantes pour le cacher. Marcé cite aussi d'autres cas, qu'il reconnaît être extrêmement rares, dans lesquels la femme est prise au moment de l'accouchement d'un délire maniaque qui se manifeste par des tentatives de suicide ou de meurtre de l'enfant, tentatives arrêtées par l'intervention des assistants.

S'il est vrai, ce que personne ne conteste, que l'accouchement occasionne quelquefois un véritable délire, les observations relatées par Marcé ne prouvent pas que ce délire puisse apparaître chez une femme jusque-là parfaitement saine d'esprit, se manifester uniquement par le meurtre de l'enfant, pour disparaître aussitôt après sans laisser de traces. Dans les cas qui ont été bien observés, on voit, au contraire, presque toujours le délire persister pendant quelques jours ou au moins quelques heures, et l'on trouve ordinairement dans les antécédents de la femme quelque circonstance qui

¹ Marcé, *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*. Paris, J.-B. Baillière, 1858.

montre que l'excitation causée par l'accouchement a agi comme cause occasionnelle chez un sujet préparé au dérangement intellectuel.

Il est certain toutefois que la femme qui accouche, et surtout celle qui accouche clandestinement, se trouve quelquefois dans un état d'excitation morale et physique qui peut être de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité. C'est en partie pour cela que dans certains pays la loi punit moins sévèrement l'infanticide que le meurtre ordinaire. C'est là une excuse que l'avocat peut faire valoir devant les jurés; mais le médecin, alors qu'il n'a pas constaté une véritable affection mentale, n'est pas spécialement compétent pour entrer dans ces considérations, pas plus qu'il ne lui appartient en général de mesurer le degré d'irresponsabilité dont peut bénéficier un homme qui a agi sous l'empire de la colère, de la jalousie ou d'une autre passion. L'expert doit seulement indiquer, s'il y a lieu, la portée de quelques circonstances qui peuvent appeler l'indulgence du jury, telles que des états pathologiques antérieurs de la femme, la longueur ou la difficulté du travail.

ARTICLE VI. — MARCHE A SUIVRE DANS UNE AUTOPSIE DE NOUVEAU-NÉ

Les paragraphes suivants indiquent les recherches qui doivent être faites dans une autopsie de nouveau-né et dont il faut consigner les résultats dans le rapport.

- 1) Noter le sexe.
- 2) Déterminer la longueur; pour cela placer une tige verticalement et tangentiellement au vertex, mesurer avec un mètre rigide la distance qui s'étend de cette tige à la plante des pieds; avoir soin d'étendre complètement les membres inférieurs.
- 3) Déterminer le poids; séparer le placenta s'il est encore relié au corps, et le peser à part.
- 4) Mesurer les diamètres antéro-postérieur et bipariétal de la tête.
- 5) Etat du cordon ombilical; mou ou desséché; sa longueur, sectionné nettement, déchiré ou rompu, s'il porte une ligature; s'il existe à la base les traces d'un travail d'élimination.
- 6) Noter la putréfaction; son degré.

7) Etat de la surface du corps; si elle est souillée de sang, de méconium ou du corps étrangers. Enduit sébacé.

8) Congestion de la face; ecchymoses des conjonctives.

9) Traces de violences à l'extérieur du corps, les décrire minutieusement. Faire sur la face et sur la partie antérieure du cou de nombreuses incisions, rapprochées les unes des autres, et comprenant la couche cellulo-adipeuse, afin de constater s'il existe des ecchymoses sous-cutanées.

10) Inciser les parois de la bouche en suivant les commissures labiales; rechercher s'il existe des corps étrangers dans les cavités de la bouche et du pharynx, ou des traces de violences sur la langue, les parois de la bouche et du pharynx.

11) Désarticuler une des moitiés du maxillaire inférieur, l'enlever en détachant la gencive; sectionner les bords libres, et rechercher s'il existe quatre alvéoles dentaires cloisonnées.

12) Ouvrir l'articulation du genou, diviser le cartilage de l'extrémité inférieure du fémur en tranches minces, perpendiculaires à l'axe de l'os, rechercher et mesurer le point d'ossification.¹

13) Rechercher s'il existe des traces de violences dans les parties profondes du cou: épanchements sanguins, déchirures musculaires; détacher les carotides depuis la base du cou jusqu'à leur bifurcation, constater s'il existe des ecchymoses de leur paroi externe ou des déchirures de la tunique interne.

14) Ouvrir par une incision le larynx et la trachée; noter s'il existe dans leur intérieur de l'écume, ou des corps étrangers. Etat de la muqueuse.

15) Ouvrir également l'œsophage.

16) Inspecter l'état de la colonne cervicale.

17) Inciser la peau suivant une ligne qui part de la base du cou, suit le thorax en passant hors du mamelon descend sur l'abdomen jusqu'au pubis et remonte de l'autre côté. Éviter de blesser les intestins et les organes abdominaux. La paroi antérieure de l'abdomen étant relevée, inciser les attaches antérieures et latérales du diaphragme, puis couper les côtes au niveau de l'incision cutanée avec de forts ciseaux ou un costotome.

18) Noter le volume des poumons, l'état des gros vaisseaux de la poitrine (réplétion, vacuité, injection des parois).

19) Couper en travers la trachée et l'œsophage à la base du cou; enlever en bloc les poumons, le thymus et le cœur.

20) Examiner toute la surface des poumons, noter leur coloration, les ecchymoses sous-pleurales, les plaques d'emphysème, la putréfaction. Ecchymoses ponctuées des plèvres costales et diaphragmatique du thymus.

21) Plonger dans l'eau la masse formée par les poumons, le cœur

¹ Les opérations indiquées aux n^{os} 10, 11 et 12 peuvent être faites plus commodément à la fin de l'autopsie.

et le thymus, et procéder à l'épreuve de la docimasie pulmonaire hydrostatique (p. 413).

22) Congestion des poumons; quantité de sang et d'écume qui s'écoule d'un fragment pressé entre les doigts. Corps étrangers dans les bronches, sang, mucus, méconium, matières fécales, etc.).

23) Etat du cœur; ecchymoses sous-péricardiques; quantité de sang liquide ou coagulé contenu dans les cavités¹.

24) Détacher l'estomac en coupant l'extrémité inférieure de l'œsophage et la partie moyenne du duodénum, l'ouvrir sous l'eau pour reconnaître s'il contient de l'air ou des gaz; noter si le mucus est mélangé de bulles gazeuses plus ou moins fines et nombreuses. Corps étrangers.

25) Examen de l'intestin; s'il contient des gaz; quantité de méconium dans le gros intestin. — L'anus n'est-il pas imperforé?

26) Foie, son degré de congestion, état des vaisseaux ombilicaux.

27) Reins; infarctus d'acide urique.

28) Autres viscères abdominaux; anomalies.

29) Incision du cuir chevelu suivant une ligne circulaire qui passe au-dessus des oreilles; l'enlever. Bosse séro-sanguine; son siège et son volume. Ecchymoses épicroïennes abondantes ou non. — Epanchements sanguins au-dessus ou au-dessous du périoste. Congestion des enveloppes du crâne.

30) Détacher le périoste et s'assurer si les os ne sont pas fracturés. Noter leur minceur anormale, les lacunes ou les fissures.

31) Ouvrir le crâne soit à l'aide de la scie, soit avec de forts ciseaux qu'on introduit par la fontanelle antérieure, et qu'on dirige suivant la suture fronto-pariétale, puis transversalement en arrière en divisant le pariétal et l'occipital. Noter s'il existe du sang épanché à la surface du cerveau.

32) Enlever l'encéphale, examiner ses diverses parties, noter son degré de congestion et celui des méninges.

33) Ouvrir la colonne vertébrale en sciant la série des corps vertébraux. Examiner la moelle, surtout au niveau de la portion cervicale².

¹ Il est préférable dans certains cas d'ouvrir le cœur alors qu'il est encore en place dans le thorax; on apprécie mieux ainsi la quantité de sang qu'il contient et dont une partie s'échappe presque toujours pendant l'extraction des organes thoraciques, et les manœuvres de la docimasie.

² L'ouverture de la colonne vertébrale peut être le plus souvent omise. On ne la pratique que si l'on soupçonne qu'une torsion a été exercée sur le cou.

TROISIÈME SECTION

DE L'IDENTITÉ. — DE L'EXAMEN DES TACHES

CHAPITRE PREMIER

DE L'IDENTITÉ

Les questions relatives à l'identité se posent dans des circonstances diverses.

Quelquefois, il s'agit d'un individu vivant qu'on soupçonne se donner une personnalité qui ne lui appartient pas. Le médecin-légiste intervient dans ces cas pour comparer l'état actuel de l'individu avec les renseignements recueillis sur l'âge et les diverses particularités de conformation de la personne que celui-ci est présumé être réellement, ou de celle dont il a pris le nom. Plusieurs procès célèbres ont montré l'importance des constatations médicales dans ces cas¹.

Le plus souvent, l'expert se trouve en présence du cadavre d'un individu inconnu, dont le signalement précis doit être dressé, afin qu'on puisse établir ultérieurement son identité; le médecin doit rechercher et consigner dans son rapport tous les signes corporels, toutes les particularités de conformation physique qui peuvent faire reconnaître l'inconnu.

Enfin, la question se présente encore depuis quelques

¹ Voir notamment dans le *Traité de médecine légale* de Fodéré (1813, t. I) et dans celui de Taylor, la relation de quelques-uns de ces procès.