

L'accouchement date-t-il de trois ou quatre jours, les traces de contusion et de distension des organes génitaux externes sont déjà bien moins manifestes, mais encore apparentes. Ordinairement il n'y a plus d'écoulement par la vulve, ou bien cet écoulement est très-peu abondant; mais il existe alors un mouvement fébrile plus ou moins prononcé, accompagné d'une transpiration dont l'odeur est plus ou moins aigrelette; les mamelles sont veinées et distendues et laissent écouler un fluide séro-laitéux: la femme est sous l'influence de la fièvre de lait, ou au déclin de cette fièvre.

L'accouchement date d'au moins cinq à six jours et de huit à dix au plus, si la contusion et la distension ne sont presque plus apparentes; si l'utérus, affaissé dans la région hypogastrique, est cependant encore accessible au toucher sous la forme d'une petite tumeur arrondie, et s'il y a en même temps des lochies épaisses, fétides, d'un jaune verdâtre.

S'il n'y a plus de traces de contusion ni de distension, si les lochies sont séreuses et peu odorantes, si l'on a peine à sentir le globe utérin dans le fond de la région hypogastrique, l'accouchement date d'environ quinze jours; et dès lors il n'est plus possible de statuer avec certitude sur l'époque, ni même sur la réalité d'un accouchement récent.

D'après les observations publiées par le docteur Donné, l'examen du lait à l'aide du microscope pourrait peut-être fournir des indices importants pour fixer la date d'un accouchement. Selon cet habile observateur, au lieu de contenir, comme le lait parfait, une multitude de globules sphériques, d'une grosseur variable entre $1/500^e$ et $1/100^e$ de millimètre, mais d'une forme régulière, le *colostrum*, c'est-à-dire le lait des nouvelles accouchées, se présente au microscope sous la forme d'un liquide dans lequel flottent des globules mal formés, irréguliers, très-disproportionnés entre eux, dont quelques-uns ressemblent plutôt à de larges gouttelettes oléagineuses, mais dont la plupart sont très-petits, comme granuleux, et forment au milieu du liquide une sorte de poussière. Ces petits globules, au lieu de flotter librement indépendants les uns des autres, sont agglomérés et liés entre eux par une matière visqueuse. — « Le premier jour, selon Donné, le *colostrum* est jaunâtre, demi-transparent, alcalin; les globules, presque tous agglomérés, sont très-disproportionnés entre eux, et mêlés de corps granuleux d'une forme variée, ainsi que de gouttelettes oléagineuses. Par l'ammoniaque, il se prend tout entier en une masse visqueuse et filante. — Le troisième jour, lors de l'invasion de la fièvre de lait, il présente encore peu de changements; seulement il contient moins de corps granuleux. — Le sixième jour, le lait est très-jaune et bleuit fortement le papier de tournesol rougi, les globules sont mieux proportionnés entre eux; il y a encore des gouttelettes oléagineuses, mais on n'y voit plus cette poussière de petits corps granuleux. — Le septième jour, le lait est encore très-jaune et d'une grande consistance; les globules sont mieux circonscrits et bien proportionnés, les masses agglomérées disparaissent, les corps granuleux deviennent très-rares. — Le dixième jour, le lait, devenu abondant, est formé de globules très-nombreux, très-serrés, mais d'une grosseur encore irrégulière. — Le quinzième jour, le lait est d'un beau blanc mat, avec une légère teinte jaune, et l'on n'y aperçoit plus que de temps en temps de petits corps granuleux et de petites agglomérations. Par l'ammoniaque, il donne encore un peu de viscosité. — Enfin, le vingt-quatrième jour, le lait est tout à fait blanc, riche en globules uniformes et sans aucun autre corps. » (*Cours de microscopie*. Paris, 1844, p. 405.) — Il est évident que ces caractères microscopiques peuvent être d'une grande valeur pour un praticien exercé aux recherches de ce genre; mais, hors ce cas particulier, ils seraient

généralement trop difficiles à saisir; et l'on objecte d'ailleurs, avec raison, qu'il ne s'agit ici que du lait des femmes nourrices, au lieu que, dans les cas de médecine légale, on a le plus souvent affaire à des femmes qui n'allaitent point, qui s'efforcent de *faire passer* leur lait.

RÉSUMÉ. — Ces détails sur les signes de l'accouchement indiquent suffisamment la marche que doit suivre l'homme de l'art appelé à constater si une femme est accouchée et depuis combien de jours. Si déjà les traces de l'accouchement sont en partie effacées, des renseignements sur l'état antérieur de la santé de la femme que l'on suppose être accouchée, et sur sa conduite à l'époque de l'accouchement présumé, concourront, dans certains cas, à dissiper les doutes qui pourraient rester. On devra s'enquérir avec adresse s'il y a longtemps qu'elle a cessé d'être réglée; depuis quelle époque son ventre et ses seins sont développés; si elle a cherché à dissimuler son état ou à donner le change en simulant quelque indisposition; si on l'a vue faire des préparatifs qui annonçassent qu'elle s'attendait à être alitée, etc.

Nous venons de dire qu'au bout d'environ quinze jours il n'est plus possible de constater la date d'un accouchement, que souvent même on ne peut déjà plus affirmer qu'une femme soit récemment accouchée; à plus forte raison est-il impossible de prononcer avec une entière certitude, lorsqu'il s'agit de constater si une femme a jamais été mère, à moins qu'elle ne soit encore vierge et qu'elle ne se prête à l'examen des signes de la virginité; la présence d'un hymen écarterait la supposition d'un accouchement. — S'il s'agit, au contraire, d'une femme qui ait eu plusieurs enfants, on peut retrouver chez elle les traces que laissent les grossesses réitérées: une aréole brunâtre autour des mamelons, l'existence d'une ligne brune s'étendant de l'ombilic au pubis, la flaccidité, les rides et les vergetures de la peau de l'abdomen, l'absence de la fourchette, l'ampleur de la vulve et du vagin, des traces de déchirure sur l'orifice utérin, attesteraient qu'il y a eu une ou plusieurs grossesses, sans qu'on puisse en assigner la date.

Relativement aux signes qui permettent de reconnaître un accouchement antérieur, M. Stoltz (*Dict. de méd. et de chir. prat.*) s'exprime ainsi: « Quand la grossesse a été à terme ou à peu près, il est rare de ne pas trouver les sugillations de la peau du ventre et la rupture de la commissure gauche du cercle de l'orifice de la matrice connue sous le nom d'échancrure, sans parler d'une foule d'autres signes moins importants. Cependant s'il s'est écoulé des années depuis une seule et unique couche, ces signes peuvent avoir disparu ou, du moins, être effacés au point de ne plus être bien reconnaissables. Chez les multipares, ils ne disparaissent pas facilement et même jamais entièrement. Néanmoins, en médecine légale, on peut rarement affirmer, les signes de grossesse antérieure pouvant être attribués à d'autres causes. »

De l'examen d'environ trois cent cinquante femmes qu'il a pu interroger en se mettant, aussi complètement que possible, à l'abri des causes d'erreur, M. Strohl (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1870, t. XXXIV, p. 141) conclut ainsi sur la valeur de quelques-uns des signes reconnus comme caractéristiques d'un accouchement ancien:

- 1° Les dimensions considérables de la fente du col se rencontrent avec ou sans grossesse antérieure;
- 2° L'accouchement a pu se faire à terme sans déterminer la déchirure du col;
- 3° La grossesse a pu arriver à terme sans causer de vergetures abdominales;
- 4° Les vergetures des cuisses peuvent exister sans grossesse antérieure.

Si l'on avait à constater qu'une femme décédée, ou trouvée morte, était récemment accouchée, les indices dont nous venons de faire mention se trouveraient corroborés par ceux que peut fournir l'autopsie cadavérique. Si la femme est accouchée depuis peu de jours, les symphyses du bassin sont mobiles, l'utérus est volumineux, charnu, rouge; il pèse de 500 grammes à 1 kilogramme; sa surface interne est sanguinolente et présente de larges orifices veineux. — Si l'accouchement est un peu plus ancien, cette même surface est mamelonnée et enduite d'une couche albumineuse irrégulière à l'endroit qu'occupait le placenta. — Cet état de la surface utérine s'efface à mesure que s'éloigne l'époque de l'accouchement; mais il en reste quelques traces jusqu'à la fin du deuxième mois. — Enfin, lors même que l'accouchement est trop ancien pour que l'on puisse en déterminer l'époque, on trouve constamment les ovaires ridés et l'utérus plus volumineux que chez une femme qui n'aurait pas eu d'enfants.

La forme de l'utérus est, en outre, modifiée d'une manière sensible à la suite d'un accouchement. Le fond de l'organe, au lieu de rester à peu près rectiligne, comme il l'est chez la femme qui n'a pas eu d'enfants, devient *convexe et bombé*. Cette convexité du fond de l'utérus persiste souvent jusqu'à un âge avancé, bien qu'elle tende à s'atténuer et qu'elle puisse même disparaître complètement.

Dans certains cas, l'examen de l'enfant attribué à la femme que l'on suppose être accouchée viendra confirmer les présomptions acquises; d'autres fois, au contraire, l'âge de l'enfant ne coïncidant pas avec l'époque présumée de l'accouchement, ce sera pour l'homme de l'art un motif de plus de doute et de circonspection. Nous aurions donc à exposer ici les signes auxquels on peut reconnaître l'âge d'un nouveau-né; mais ces considérations appartenant plus directement encore au chapitre de l'*Infanticide*, nous croyons devoir y renvoyer.

§ II. — Une femme peut-elle accoucher à son insu?

Il est certain qu'une femme complètement idiote peut n'avoir pas la conscience de son accouchement. M. Chambeyron en cite un exemple observé à la Salpêtrière. Il en serait de même si une femme était frappée d'apoplexie au moment de son accouchement, ou sous l'influence d'une substance stupéfiante, comme la comtesse de Saint-Géran (*Causes célèbres*).

Depuis un certain nombre d'années l'administration du chloroforme s'est introduite dans la pratique des accouchements. Mais comme l'emploi de cet anesthésique suppose l'assistance d'un médecin, et que, d'ailleurs, à moins d'opération obstétricale grave, l'anesthésie complète n'est jamais obtenue, dans ces cas, nous ne faisons que mentionner ce fait. Il importe cependant de remarquer que l'expulsion du fœtus, dans ces conditions, peut avoir lieu sans que la femme en garde le souvenir.

Une attaque d'éclampsie peut aussi enlever à une femme la conscience de son accouchement.

Mais hors ces circonstances toutes particulières, il est difficile d'admettre qu'une femme se méprenne sur les douleurs de l'enfantement, qu'elle accouche sans le savoir.

Mais ne peut-il pas arriver qu'une femme prise des douleurs de l'accouchement, éprouvant en même temps le besoin d'aller à la garde-robe, et s'étant placée sur l'ouverture des latrines, accouche sans le vouloir et que son enfant tombe dans la fosse? « Que l'on suppose, dit M. Devergie, une femme *primipare*, qui, seule

et sans secours (parce qu'elle veut cacher son accouchement), éprouve un pressant besoin d'aller à la garde-robe : elle va se placer sur l'ouverture d'une latrine, *en y montant*, au lieu de s'asseoir (*par cela même qu'elle est dans l'impossibilité de le faire, à cause des douleurs qui portent sur le siège*); l'enfant va tomber dans les latrines, le cordon se rompra sous l'influence de sa chute, et le crime pourra être regardé comme consommé, alors même qu'il n'eût pas été accompli si la mère avait vu son enfant! » Ainsi, selon M. Devergie, le fait de l'accouchement involontaire et de la chute de l'enfant dans les latrines serait possible; mais, pour l'admettre, il faudrait supposer que la femme *a pu monter* sur le rebord des latrines; car elle est, ajoute-t-il, dans l'*impossibilité de s'y asseoir, à cause des douleurs qui portent sur le siège*. — Au mois d'août 1855, la fille X..., qui avait jusqu'au dernier moment cherché à cacher sa grossesse, accoucha dans les lieux d'aisances de la maison habitée par ses maîtres, qui s'en aperçurent presque aussitôt. Cette fille, qui était *primipare*, déclara qu'ayant éprouvé un pressant besoin, elle était accouchée *assise sur le siège des latrines*, et qu'alors son enfant était tombé dans la fosse. On vit, en effet, dans la fosse (où le jour pénétrait) l'enfant nouveau-né, qui fut retiré vivant. Près de lui étaient trois grosses pierres, jetées par la fille X..., non pas, dit-elle, pour tuer son enfant (elle le croyait mort), mais pour enfoncer son corps dans les matières et le dérober à la vue. Le fait s'était-il accompli ainsi qu'elle le déclarait? Un premier rapport du docteur D... tenait pour vrais les détails qu'elle donnait; mais le juge d'instruction demanda au docteur D... un supplément de rapport plus clair et plus explicite. Il commit en même temps le docteur L.... Le premier persista dans son opinion, le second en émit une toute contraire. Adelon fut appelé, et dans un long rapport il s'exprime ainsi :

« En un mot, soit une femme parvenue à la fin du travail de l'accouchement, et arrivée à ce moment suprême où une dernière douleur va produire l'expulsion de l'enfant; que cette femme soit en ce moment saisie du besoin impérieux de la défécation (il en est souvent ainsi); qu'elle se place, pour satisfaire à ce besoin, sur un siège de latrines, il pourra arriver que l'enfant soit expulsé en même temps que les matières fécales et qu'il tombe avec celles-ci dans la fosse... Il en existe en effet des exemples; et, bien que ces faits soient plus communs et plus faciles à se produire chez les femmes qui ont fait beaucoup d'enfants, *ils sont possibles aussi chez les femmes primipares*. Lorsque celles-ci sont dans les premiers temps de l'accouchement, elles sont absolument dans les mêmes conditions que la femme qui a déjà accouché; leurs organes exécutent les mêmes opérations, et si, au dernier moment du travail, elles éprouvent le besoin de la défécation et se placent pour le satisfaire, il y a pour elles le même risque ou la même possibilité que pour la femme qui a déjà accouché. » (*Annales de méd. lég.*, 1855, t. IV, p. 466.)

Sans nous arrêter à réfuter cette assimilation de la femme primipare à celle qui a déjà eu plusieurs enfants, nous nous bornerons à opposer à l'opinion de l'éminent professeur de médecine légale de la Faculté de Paris, la remarque judicieuse faite ci-dessus par un médecin légiste non moins estimé : *Il y a impossibilité de s'asseoir sur les latrines, à cause des douleurs qui portent sur le siège*. Alors, en effet, la tête de l'enfant, refoulée de haut en bas par les contractions de l'utérus, pousse devant elle et fait proéminer la vulve et le périnée qui porteraient sur la circonférence antérieure de la lunette; alors aussi (si l'on admettait que cette position fût possible), l'accouchement venant à s'effectuer, *l'enfant serait projeté en avant* sur la tablette antérieure de la lunette ou au devant de cette lunette; et si l'enfant tombait dans la fosse, ce ne pourrait être que

par la volonté de la mère, qui le refoulerait en arrière, dans la direction de l'ouverture de la lunette.

Ce fait est-il plus possible lorsque la femme *est montée* sur la circonférence de la lunette? Alors sans doute, la femme étant plus ou moins *accroupie* et plus ou moins en arrière de la tablette antérieure de la lunette, le nouveau-né pourrait se trouver dans l'axe de la lunette, et sa chute dans la fosse serait possible; mais la femme peut-elle se méprendre sur la nature de ses souffrances et prendre pour un *besoin* les douleurs déchirantes de l'enfantement? Peut-elle, au milieu de ces douleurs, *se tenir montée* sur le rebord d'une latrine? Tout au plus peut-on l'admettre s'il s'agit d'une femme ayant eu plusieurs enfants, et chez laquelle l'accouchement s'opère avec une facilité exceptionnelle; mais chez le plus grand nombre, et surtout chez les femmes primipares, cela nous paraît impossible, à moins que le mode de construction des latrines et des localités ne se prête à ce que la femme puisse y prendre une attitude plus commode que dans les latrines ordinaires, à ce qu'elle y trouve des points d'appui. Souvent donc, la simple inspection des lieux suffit pour réfuter de semblables assertions. Ainsi, dans un cas où la fille B... disait être accouchée au moment où, pour satisfaire un besoin, elle était *montée* sur le siège des latrines, Bayard constata que ce siège était disposé de telle manière qu'on ne pouvait s'y accroupir, qu'il fallait s'y tenir debout. « Or, disait-il, si la fille B... était accouchée *montée* sur les latrines, elle serait accouchée debout, et *le nouveau-né aurait été projeté en avant, à raison de l'obliquité de l'ouverture pelvienne*; il ne serait pas tombé dans la fosse. » — Cependant, quelque invraisemblable que soient les allégations des femmes qui font de pareilles déclarations, on ne peut les repousser sans examen, puisqu'on trouve des faits analogues dans les cent quatre-vingt-trois observations d'accouchements brusques cités par Klein; et que dans quelques cas il s'agit même de femmes primipares (voy. plus loin l'article INFANTICIDE). Il y aurait, disons-nous, à constater d'abord les localités et le mode de construction des latrines, et dans quelle position la femme a dû se trouver au moment de l'expulsion du fœtus, et à examiner aussi si sa constitution et la conformation du bassin se sont prêtées à un pareil accouchement.

§ III. — Lorsque, dans le travail de l'accouchement, la mère et l'enfant ont succombé, lequel est supposé avoir survécu?

Cette question peut être d'un grand intérêt dans le cas où deux époux n'auraient pas d'autres enfants issus de leur mariage : car si l'enfant a survécu, il a hérité de sa mère, il transmet cette succession à son père; mais s'il a succombé le premier, la succession de la mère doit retourner à sa famille, sauf les dispositions conventionnelles. C'est dans les art. 720 et 721 du Code civil qu'il faut en chercher la solution, et nous l'examinerons dans le chapitre que nous consacrerons aux différentes questions de survie qui peuvent se présenter.

§ IV. — Lorsqu'une femme enceinte vient à décéder, que doit faire l'homme de l'art à l'égard de l'enfant qu'elle porte dans son sein?

La loi romaine prescrivait de faire l'extraction de l'enfant : « *Negat lex Regia mulierem que prægnans mortua sit humari antequam partus ei excidatur; qui contra fecerit, spem animantis cum gravidâ peremisse videtur.* » (Digest., lib. XI, tit. 8.) Nos lois sont muettes à cet égard; mais nul doute que, lorsque la mort de la mère est certaine, on ne doive procéder à une opération pour extraire l'enfant, si l'on a la moindre espérance qu'il puisse vivre. — Or, à

quelle époque de la grossesse l'enfant est-il déjà assez développé pour pouvoir survivre à sa mère? En fixant au cent-quatre-vingtième jour (six mois accomplis) le terme le plus court de la gestation, la loi civile n'a eu en vue que de régler la position de l'enfant dans la famille; elle n'a pas prétendu que tout enfant né avant cette époque soit nécessairement inapte à vivre; nous verrons, en effet (au chap. des *Naissances précoces*), que l'on a des exemples bien avérés d'enfants qui ont vécu, quoique nés avant le sixième mois accompli, peut être même vers la fin du cinquième mois. L'homme de l'art doit donc prendre sur lui, à défaut de renseignements précis sur la date de la conception (la mère n'existant plus pour l'éclairer à cet égard, et pouvant d'ailleurs se tromper souvent elle-même), de faire l'extraction du fœtus, s'il y a présomption que la grossesse était parvenue à la fin du cinquième mois, puisqu'il n'est pas absolument impossible que l'enfant survive.

Mais, dira-t-on, il faut distinguer entre le cas où la mère a péri par un accident subit et celui où elle a succombé à une maladie. Dans le premier cas, l'enfant était comme la mère plein de vie et de santé, et l'accident qui a frappé la mère a pu ne pas l'atteindre; dans le second, les souffrances qui ont épuisé les forces de la mère, le principe morbide qui a circulé dans ses veines, ont aussi fait périr le fœtus, qui ne vit que du sang maternel. Nous répondrons qu'en effet il en est le plus souvent ainsi, mais qu'on a des exemples contraires, et qu'il suffit qu'il en soit *quelquefois* autrement pour qu'on doive s'assurer si l'on n'est pas en présence d'une de ces heureuses exceptions.

Il est évident que moins il se sera écoulé de temps depuis le décès de la mère, plus il y aura espérance de sauver le fœtus. Aussi Ambroise Paré, André du Laurens, Gardien et quelques auteurs modernes recommandent-ils de procéder immédiatement à l'extraction. Toutefois, si quelque empêchement avait occasionné un retard de quelques heures, ou même d'un à deux jours, toute espérance ne serait point perdue. La princesse Pauline de Schwartzberg, une des victimes de l'incendie qui éclata au milieu du bal donné en 1810 à l'occasion du mariage de Napoléon avec Marie-Louise, était enceinte; l'autopsie ne fut faite que le lendemain de sa mort, et l'enfant vivait encore. Il en serait sans doute ainsi dans les cas de mort accidentelle, plutôt qu'après les décès par maladie; cependant, dans ce dernier cas même, on cite des faits de persistance de la vie du fœtus qu'il est difficile de révoquer en doute. Or, plus il s'est écoulé de temps depuis le décès de la mère, plus il y a certitude que la mort est réelle, qu'il n'y a aucun danger à pratiquer sur elle une opération : on devra donc ne pas balancer; mieux vaut une opération inutile que de laisser échapper la moindre chance de sauver un être qui aurait encore un souffle de vie.

Mais la loi et les ordonnances qui veulent qu'on ne procède à une inhumation ou même à une opération quelconque sur un cadavre que vingt-quatre heures après la constatation du décès ne s'opposent-elles pas à ce que l'extraction du fœtus ait lieu avant ce délai? Non sans doute. Le but de la loi est de protéger la vie des individus, d'empêcher que des opérations, qui peuvent être différées, ne soient faites précipitamment sans motif, sans utilité réelle, tant qu'un commencement de décomposition n'atteste pas la réalité de la mort. Mais ce serait évidemment aller contre ce but que de temporiser, que de différer une opération qui a d'autant plus de chances de succès qu'elle est pratiquée plus tôt. Lorsque l'homme de l'art s'est assuré, par les divers moyens que lui indique la science, que la mère a cessé de vivre, qu'il a donné avis à l'officier de l'état civil de l'urgence de l'opération, qu'il l'a pratiquée, selon la recommandation expresse de tous les auteurs, par les mêmes procédés et avec les mêmes soins

que s'il opérât sur une femme vivante, il est à l'abri de tout reproche.

Toutefois l'opération césarienne, étant évidemment une *grande* opération chirurgicale, ne peut être pratiquée que par les docteurs; les officiers de santé, les sages-femmes qui la pratiqueraient, à moins de nécessité absolue, contreviendraient aux art. 29 et 33 de la loi de ventôse an XI, et tout individu non médecin encourrait assurément les condamnations portées par l'art. 35 de la même loi. — En 1833, la femme Piraud, garde-malade, remplissait sans diplôme les fonctions de sage-femme auprès d'une pauvre femme qui succomba dans les douleurs de l'enfantement. Trois heures après la mort, par les conseils et sur les instances d'un ecclésiastique, elle pratiqua l'opération césarienne. Ils furent poursuivis l'un et l'autre pour violation indirecte de la loi sur les inhumations et pour exercice illégal de la chirurgie. La Cour de Grenoble, saisie par appel de la cause, décida (31 août 1833), tout en censurant la conduite de l'ecclésiastique: 1° qu'il n'y avait pas violation de la loi sur les inhumations; 2° qu'un fait isolé ne pouvait constituer l'exercice illégal de la chirurgie. La Cour de cassation (1^{er} mars 1834) confirma, sur le premier chef, l'arrêt de la Cour; mais elle décida qu'il suffit d'une opération chirurgicale pour qu'il y ait exercice illégal de la chirurgie; que l'acte auquel s'était livré la femme Piraud, étant une opération essentiellement chirurgicale, il y avait lieu de lui infliger les peines portées par l'art. 35 précité, et l'ecclésiastique fut condamné comme complice (Sir. 34. 1. 382; Dall. 34. 1. 188). — Un fait analogue s'est présenté en 1846, et M. de Kergaradec, considérant d'abord la question comme médecin légiste, a conclu exactement comme nous l'avons fait; mais, se plaçant ensuite au point de vue théologique et religieux, se fondant sur la doctrine de l'Église et sur les opinions émises dans le *Traité d'embryologie sacrée* du chanoine Cangiamila, de M^{rs} Bouvier et du docteur de Breyne, il soutient qu'il y a obligation religieuse de pratiquer l'opération césarienne aussitôt après le décès d'une femme enceinte et quelle que soit l'époque de la grossesse; et que, à défaut d'un homme de l'art, tout individu de l'un et de l'autre sexe *peut et doit* pratiquer cette opération pour que l'enfant ne soit pas privé du sacrement de baptême. Nous n'avons pas à discuter ici ces opinions (voy. *Revue de l'Armorique*, 5 févr. 1846; *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1846; et dans le *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXVI, la discussion soulevée par la lecture de M. de Kergaradec).

Toutes les fois qu'un fait de ce genre se présente, l'esprit de parti, qui semblerait ne rien avoir à faire ici, s'en empare et se plaît à répandre les récits les plus fantastiques. Dès l'instant que l'opération a été opérée après la mort, il est bien évident qu'il ne peut y avoir de poursuites pour homicide par imprudence; qu'il n'y a là, comme nous l'avons déjà dit, qu'un acte d'exercice illégal de la médecine, c'est-à-dire une contravention; que la peine est encourue pour une seule opération de ce genre; mais que, contrairement à l'arrêt du 1^{er} mars 1834, elle ne peut être prononcée pour complicité. Car, ainsi que nous le verrons, il n'y a pas de complicité en matière de contravention (Trib. corr. de Roanne, 14 juin 1878; *Gaz. des trib.* du 18 juin 1878). — Quant au docteur, il est de son devoir de ne pas se laisser arrêter par la crainte de récits ridicules, et de faire tous ses efforts pour sauver la vie d'un enfant; toutefois il ne saurait prendre trop de précautions pour faire constater la nécessité de l'opération, et, dans la manière même de pratiquer cette opération, il doit prendre pour règle de conduite la conclusion adoptée par l'Académie de médecine, et qui est ainsi conçue: « Le médecin qui a l'espoir d'extraire du corps de la femme enceinte décédée un enfant dans des conditions d'aptitude à la vie extra-utérine, *peut et doit*, médicalement parlant, pratiquer l'opération césarienne en observant les principes

de la science. » (Voy. aussi Stoltz, *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1873, t. LI, p. 137.)

En Autriche, une femme au terme de sa grossesse étant morte du choléra, le médecin fut accusé de n'avoir pas pratiqué sur elle l'opération césarienne *post mortem*; il fut déchargé de cette accusation par le collège des docteurs de la Faculté de Vienne, parce qu'il était arrivé seulement une heure après la mort de la femme; que dans le choléra le fœtus meurt toujours avant la mère, et qu'on ne peut citer d'exemple où l'opération césarienne, pratiquée sur une femme morte du choléra, ait pu donner le jour à un enfant vivant (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1872).

La délivrance *par les voies naturelles*, tentée immédiatement après la mort, a donné quelques succès, notamment dans un cas publié par Duparque. Elle éviterait toutes les difficultés que soulève l'opération césarienne, si, comme l'a proposé récemment le D^r Thévenot (*Congrès international de médecine légale*, 1878), elle pouvait être pratiquée par le médecin appelé auprès d'une femme enceinte qui vient de succomber.

§ V. — De l'accouchement spontané après la mort.

La question de la possibilité de l'expulsion spontanée du fœtus après la mort de la mère a occupé, à diverses époques, les accoucheurs et les médecins légistes. Elle a été récemment étudiée à nouveau par M. Pénard (*De l'accouchement spontané après la mort*, in *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1873, 2^e série, t. XXXIX, p. 213). Antérieurement, Deneux, dans sa thèse inaugurale (1823), avait abordé cette même question et rapporté un certain nombre de faits empruntés aux auteurs anciens, mais dont la plupart n'offrent qu'une authenticité très-contestable.

Il est possible, lorsqu'au moment de la mort de la femme le travail est déjà avancé et la dilatation du col complète, que le fœtus soit expulsé des parties maternelles par un reste de la contractilité utérine; mais, ainsi que le fait remarquer M. Pénard, ce n'est pas là, à proprement parler, le cas de l'accouchement spontané après la mort.

Il faut envisager le cas où, au moment de la mort, il n'y a pas de signes manifestes de travail et où cependant on retrouve un fœtus expulsé auprès de la femme morte, par exemple, depuis trente-six heures. M. Depaul admet la possibilité de l'accouchement posthume par suite de la pression des gaz intestinaux sur l'utérus lorsque la femme a expiré pendant le travail. Avec la plupart des accoucheurs, il rejette l'idée d'une contraction active de l'utérus après la mort.

Près d'une femme apportée à la morgue et qui avait séjourné dans l'eau huit à dix jours, on retrouva le lendemain un fœtus de cinq à six mois qui avait été expulsé des parties génitales. Mais la putréfaction et le développement des gaz intra-abdominaux rendent compte de cette expulsion, et, jusqu'à plus ample informé, ces dernières conditions sont les seules qui permettent d'expliquer les faits analogues, mais différemment interprétés, qui ont été cités. Il faut remarquer, en effet, qu'après la mort, s'il y a disparition de la contractilité musculaire de l'utérus, il y a aussi disparition de la tonicité des muscles qui, pendant la vie, offrent le plus de résistance au passage du fœtus, et que, si celui-ci n'a qu'un petit volume, il peut facilement traverser le conduit vulvo-vaginal qui ne lui oppose plus la résistance accoutumée.

Le retournement ou inversion de l'utérus s'explique également par la pression des gaz intra-abdominaux, résultat de la putréfaction, et accompagne parfois cette expulsion toute physique du fœtus.