

de syncope pendant lequel son enfant a péri. On conçoit qu'il peut, en effet, en être ainsi lorsque le décollement du placenta implanté sur l'orifice de l'utérus a produit une hémorrhagie considérable, qui peut également devenir funeste à la mère et à l'enfant; mais cet accident ne peut arriver sans que la mère elle-même offre des traces manifestes et durables d'un grand épuisement. On admettra encore cette excuse si les autres circonstances de l'accouchement démontrent que le placenta a été brusquement expulsé avec le fœtus. Mais, dans ces deux circonstances, le placenta devra tenir encore au cordon ombilical; car il n'est guère probable que la mère, revenant de sa syncope et trouvant son enfant mort, se soit occupée de couper et de lier le cordon. Dira-t-elle qu'elle l'a fait dans l'espérance de rappeler son enfant à la vie? Dans ce cas, cette tentative ne sera sans doute pas la seule qu'elle aura faite; on trouvera quelque autre preuve de cette sollicitude maternelle.

2° D'autres fois la mère allègue qu'elle est tombée en syncope à la fin de l'accouchement, que des mouvements convulsifs de l'enfant ont pu rompre le cordon, ou qu'au milieu des douleurs de l'enfantement et d'une agitation spasmodique, elle-même a pu l'arracher involontairement. Dans l'une et l'autre hypothèse, on s'assurera d'abord si le cordon présente réellement des traces d'arrachement. — Si l'on prétend qu'il a été déchiré par l'enfant, on pourra en soumettre le bout à quelques épreuves pour constater quelle est sa force de résistance (voy. page 382), et s'il est vrai que l'enfant ait pu déterminer cette rupture. — La déchirure du cordon par des mouvements désordonnés et involontaires de la mère n'est point impossible, mais ces mouvements ne se seront pas bornés à déchirer le cordon; le corps du fœtus et les organes génitaux de la mère présenteront sans doute quelques autres traces de violence.

3° Quelquefois la mère prétend que, le fœtus ayant été expulsé brusquement pendant qu'elle était debout, la rupture du cordon a été suivie d'une hémorrhagie qu'elle n'a pu arrêter, ayant elle-même perdu connaissance. On remarquera d'abord que l'arrachement violent du cordon rend peu vraisemblable la possibilité d'une hémorrhagie abondante. En second lieu, on admettra difficilement une défense basée sur un semblable moyen, si l'on réfléchit que, dans les 183 accouchements brusques cités par Klein, pas un seul enfant n'a eu d'hémorrhagie ombilicale, quoique chez beaucoup le cordon se soit rompu très-près du ventre, et que même chez 21 il ait été pour ainsi dire arraché dans le ventre. Dans tous les cas, on examinera si le cordon est rompu dans le milieu de sa longueur ou près de l'une de ses extrémités: toutes les fois que le cordon se rompt par l'effet de circonstances qui dépendent de l'enfantement, la rupture se fait, ou très-près de l'ombilic, ou très-près du placenta; par conséquent la déchirure du cordon dans le milieu de la longueur exclurait la probabilité d'une rupture spontanée (voy. page 383).

C. — Infanticide par commission.

Le meurtre volontaire d'un enfant nouveau-né est commis le plus ordinairement en lui portant des coups sur la tête avec un corps contondant (une pierre, un morceau de bois, un marteau), ou en lui frappant la tête contre un mur, un arbre, un meuble: les coups ainsi portés déterminent des contusions, des épanchements internes ou des fractures; ou bien il lui est fait, avec un instrument tranchant ou acéré, des blessures plus ou moins pénétrantes ou des plaies plus ou moins larges; ou bien on lui luxé les vertèbres cervicales; ou bien encore il est étouffé, étranglé, précipité dans l'eau ou dans une fosse d'aisances, enfermé

dans un coffre, enfoui dans la terre, dans un tas de fumier, etc.; quelquefois encore il est livré au feu.

Nous devons passer ici en revue ces genres de mort, mais seulement en ce qu'ils ont de particulier pour la question d'infanticide.

Coups. — C'est ordinairement contre le crâne que sont dirigés les coups donnés avec intention d'ôter la vie à un nouveau-né. Mais des contusions, des ecchymoses, et même des fractures des os du crâne, qui sembleraient être l'effet de violences criminelles, ne sont quelquefois que le résultat de causes purement accidentelles ou du travail même de l'accouchement (voy. page 380). D'un autre côté, il pourrait arriver que le corps d'un nouveau-né présentât une ou plusieurs luxations ou fractures des membres, sans que pour cela il ait été en butte à des violences. On a vu, en effet, des enfants naître avec des fractures, soit par suite de violences exercées sur la mère pendant la gestation, soit même sans cause connue, sans aucun accident auquel on puisse les attribuer, et peut-être par l'effet d'une cachexie particulière, d'une fragilité anormale des os, qui ne peuvent supporter la moindre pression. Dans ce dernier cas, qui est très-rare, les diverses opérations, les manœuvres nécessaires pour l'autopsie cadavérique, ne manqueraient pas de faire reconnaître cette altération morbide du système osseux. D'ailleurs, dans le cas de meurtre, indépendamment des coups qui auront déterminé la mort, on trouvera d'autres violences sur d'autres parties du corps: rarement l'auteur de l'attentat aura agi avec assez de calme, assez de précision, pour que la face, le cou, la poitrine ou les membres de la victime, n'offrent point quelques contusions, quelques ecchymoses, produites soit par l'instrument meurtrier, soit par la main qui aura trop fortement serré telle ou telle partie du corps en cherchant à la maintenir. Les diverses circonstances de l'accouchement peuvent aussi écarter ou confirmer les présomptions de meurtre.

Acupuncture. — On lit dans les *Causes célèbres* qu'une sage-femme, poussée par un fanatisme religieux, et voulant, disait-elle à ses juges, peupler le ciel, fit périr plusieurs enfants nouveau-nés en leur enfonçant une longue aiguille dans le cerveau. Ce mode d'infanticide pourrait facilement échapper aux recherches, si l'auteur de l'attentat s'était servi d'une aiguille très-ténue. Pour attaquer le cerveau, l'instrument peut être introduit par les narines, par les oreilles, par les tempes ou par les fontanelles: ces diverses parties devront donc être soigneusement examinées; il faut rechercher jusqu'à la moindre piqûre, examiner l'ecchymose la plus légère, suivre minutieusement le trajet de la moindre lésion. — On agira de même si la piqûre est située sur les régions thoracique, rachidienne ou abdominale; car il peut arriver qu'une aiguille ait été enfoncée dans la région thoracique gauche, pour lacérer le cœur, ou bien entre les vertèbres cervicales, pour déchirer la moelle épinière; ou qu'elle ait été plongée par le rectum ou par la vulve jusque dans le bassin, et qu'elle ait blessé mortellement les viscères abdominaux.

Les blessures faites avec un instrument tranchant, telles que les plaies pénétrantes, la détroncation, la section des membres, ne laisseraient aucun doute sur l'infanticide, du moment qu'il serait démontré que l'enfant était vivant. Mais il peut arriver qu'une mère coupable d'infanticide, ayant dépecé le corps de son enfant pour le soustraire plus facilement, prétende qu'il est mort en naissant, et que c'est seulement après sa mort qu'elle en a séparé les membres. Nous examinerons, au chapitre des *Blessures*, comment on peut reconnaître qu'une blessure, qu'une section a été faite pendant la vie; mais nous devons dire, dès à présent, qu'une plaie faite sur un cadavre, au moment même où la vie vient de cesser, peut difficilement être distinguée de celle qui aurait été faite pendant la vie elle-même.

Quelquefois la blessure qui a donné la mort n'est point apparente extérieurement, l'instrument vulnérant ayant été porté par une des ouvertures naturelles jusque dans la profondeur des organes. C'est ainsi qu'Ollivier (d'Angers) a eu à constater deux cas d'infanticide dans lesquels il y avait eu section ou dilacération des artères et veines cervicales au moyen d'un couteau ou de ciseaux introduits dans le pharynx, à peu près comme lorsque l'on *saigne* les pigeons, et cette circonstance mit la justice sur la voie des coupables, dont elle révélait la profession (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1848, t. XXXIX, p. 152).

Sur le cadavre d'un nouveau-né bien constitué, autopsié à la Morgue le 7 mars 1875, M. Delens a constaté à la pointe de la langue un épanchement sanguin du volume d'un petit pois, qui paraissait le résultat d'une pression violente exercée pour attirer la langue hors de la bouche. Sur le plancher de celle-ci, du côté droit, dans le sillon qui limite la langue vers sa base, existait une plaie irrégulière, allongée, dont les bords étaient infiltrés de sang. La dissection permit de constater, en suivant cette infiltration sanguine, que l'instrument piquant et tranchant (probablement une paire de ciseaux) avait été poussé en bas, du côté droit, jusqu'au niveau du corps thyroïde, en longeant les gros vaisseaux du cou. Des branches importantes de ceux-ci avaient dû être ouvertes, car il s'en était suivi une hémorrhagie assez abondante. Il existait en même temps une incision de 12 millimètres environ au voile du palais, au-dessus de la luette. Des pressions exercées sur le cou avaient laissé des traces, et les poumons présentaient quelques très-petites ecchymoses sous-pleurales. La mort, dans ce cas, était due à la fois à l'hémorrhagie et à la strangulation.

La luxation des vertèbres cervicales, soit que la tête ait été fortement renversée en arrière, soit qu'on lui ait fait exécuter violemment un mouvement de rotation, détermine presque toujours des ecchymoses, des infiltrations sanguines qui décèlent le crime. Cependant il peut arriver qu'il n'y ait à l'extérieur aucune lésion apparente, et que l'ouverture cadavérique seule fasse connaître le tiraillement ou la rupture, soit complète ou partielle, des ligaments vertébraux, et la lésion de la moelle épinière froissée ou déchirée. Mais cette lésion pourrait être le résultat de manœuvres maladroites faites lors du travail de l'accouchement, dans l'intention de hâter la sortie de l'enfant. L'expert devra donc s'informer, par des questions faites avec sagacité, des diverses circonstances de l'accouchement, des difficultés qu'il a pu présenter, des tractions que l'on a dû exercer sur l'enfant lorsqu'il était retenu aux passages.

C'est aux divers modes d'*asphyxie*, et particulièrement à la suffocation, que l'infanticide emprunte ses procédés les plus habituels : sur 132 enfants nouveau-nés sur lesquels M. Tardieu a été chargé par la justice de rechercher les causes de la mort, il a pu constater que 72 avaient péri étouffés. L'enfant meurt asphyxié, soit qu'il ait été enfermé dans un coffre ou enfoui dans la terre, dans de la paille, dans du fumier, ou étouffé entre des matelas, sous des couvertures, dans des linges, ou qu'on lui ait tenu la bouche et les narines fermées. Il périt également par asphyxie lorsqu'on lui verse un liquide dans la bouche, qu'on lui introduit jusque dans le pharynx un tampon de linge ou tout autre corps solide ; ou bien lorsqu'on lui serre étroitement le cou avec la main, ou avec une corde, ou avec tout autre lien, ou lorsqu'on le précipite dans une fosse d'aisances, dans un puits, dans une mare, dans une rivière.

Le plus souvent on ne trouve sur le petit cadavre aucune trace de lésions extérieures, si ce n'est dans le cas où le corps, précipité dans un puits, dans une carrière, dans une fosse, aurait rencontré dans sa chute des pierres ou quelque autre corps vulnérant ; mais il y aura le plus ordinairement afflux d'un sang

noir dans les cavités droites du cœur, et coloration plus vive de la membrane muqueuse des voies aériennes. Rarement le crime se sera accompli assez instantanément pour qu'il n'y ait pas eu quelques mouvements respiratoires, quelque introduction de l'air dans les poumons, dont la surnatation, lors de l'épreuve hydrostatique, prouvera d'abord que l'enfant avait vécu, que la mort est l'œuvre du crime ; on trouvera en outre les signes caractéristiques propres à chaque espèce d'asphyxie.

1° Si c'est par *suffocation* que la mort a eu lieu, ainsi que cela arrive le plus souvent, il y a, comme l'a montré M. Tardieu, à la surface des poumons, de petites taches d'un rouge foncé presque noir, dont les dimensions varient depuis celles d'une tête d'épingle jusqu'à celles d'une petite lentille ; dont le nombre varie de cinq ou six à trente ou quarante, et peut être quelquefois si considérable, que ces petites taches donnent aux poumons l'aspect d'un granit, et qu'elles forment par leur agglomération des plaques ou des espèces de marbrures, caractère anatomique d'autant plus important qu'il persiste tant que le tissu pulmonaire lui-même n'est pas détruit, et que M. Émile Blanchard a pu le retrouver chez un nouveau-né qui avait séjourné dix mois dans une fosse d'aisances.

Notons ici que ces ecchymoses sous-pleurales se rencontrent même chez les enfants qui n'ont qu'imparfaitement respiré, chez les enfants nés vivants avant terme, dont les poumons n'ont été qu'imparfaitement dilatés par l'air et ne surnageront pas dans l'épreuve docimastique. De là une distinction essentielle : toutes les fois que l'on trouvera des ecchymoses sous-pleurales sur des poumons que l'air aura manifestement pénétrés, il y aura lieu de penser que l'enfant a péri suffoqué ; mais toutes les fois qu'on trouvera ces ecchymoses sur des poumons qui, bien qu'appartenant à des sujets nés vivants, n'auront qu'incomplètement respiré, on doit se garder d'admettre qu'il y ait eu meurtre. Dans ce dernier cas, en effet, c'est la faiblesse du nouveau-né qui a fait obstacle à l'entrée de l'air, et l'effort qu'il a fait pour surmonter cet obstacle a déterminé la lésion qui, dans le premier cas, est l'indice de la suffocation.

Le docteur Séverin Caussé, d'Alby (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, juillet 1869, p. 122), analysant avec une grande sagacité les conditions de la production de ces ecchymoses, qui apparaissent non-seulement sous la plèvre viscérale, mais encore sous le péricarde, sous l'arachnoïde, et même sous le péricrâne, les a considérées comme « le résultat des efforts instinctifs de l'enfant pour continuer sa vie respiratoire », et il a établi que les efforts n'entraînent cette conséquence qu'à la condition que le sang ne trouve pas une autre issue que le tissu cellulaire sous-pleural. La suffocation d'un enfant dont le cordon n'est pas lié ne s'accompagnerait jamais d'ecchymoses sous-séreuses ; des expériences comparatives faites sur cinq jeunes chiens semblent confirmer cette manière de voir. La conduite du médecin-légiste est toute tracée en présence d'un soupçon de suffocation : il ne devra attribuer de valeur à l'excellent signe trouvé par M. Tardieu que lorsqu'il aura la certitude qu'une hémorrhagie chez l'enfant n'en a pas rendu la production impossible.

La valeur des ecchymoses sous-pleurales comme signe *pathognomonique* de la suffocation a été vivement contestée dans ces dernières années. Nous examinerons au chapitre SUFFOCATION les objections faites à l'opinion de M. Tardieu, et nous indiquerons les travaux récemment publiés sur ce sujet. Mais dès maintenant nous devons dire qu'il résulte de ces travaux et des expériences nombreuses entreprises par divers expérimentateurs, que les ecchymoses sous-pleurales peuvent se rencontrer également dans la strangulation, la pendaison, la submersion et même dans d'autres cas de mort violente et rapide. Elles appartiennent donc

aux différents modes d'asphyxie ; mais il est juste de dire qu'elles ne sont jamais si nombreuses ni si étendues que dans la suffocation, et que leur présence sur les poumons d'un nouveau-né qui présente en même temps des traces de pression au niveau de la bouche et des narines, ou sur les parois thoraciques, conserve sa signification.

Une écume fine et rosée dans les bronches et la trachée, de petits épanchements sanguins à l'intérieur et à la surface du thymus, une extrême fluidité du sang contenu dans le cœur et dans les gros vaisseaux ; sous le péricarde et à l'origine des gros vaisseaux, de petites taches ecchymotiques analogues aux ecchymoses sous-pleurales ; des taches semblables disséminées sur la voûte crânienne, non pas dans l'épaisseur du cuir chevelu, mais dans le tissu cellulaire périostique, tels sont encore les phénomènes essentiels que l'expert rencontrera sur les enfants morts *suffoqués*. Toutefois, il ne faut pas oublier que l'asphyxie d'un nouveau-né peut dépendre de l'engouement de la trachée par des mucosités ou par les eaux de l'amnios (voy. page 385) ; que souvent aussi des enfants naissent avec une pneumonie ou une simple congestion sanguine aux poumons, qui pourrait d'autant mieux en imposer pour un infanticide qu'il existe quelquefois, chez ces mêmes enfants, des épanchements de sang dans le tissu cellulaire sous-cutané de quelques parties du tronc ou des membres (voy. page 304). Mais dans ces divers cas les enfants succombent ordinairement au bout de quelques heures d'existence : leurs poumons, souvent emphysémateux à la surface, ne contiennent de l'air qu'à leur bord antérieur ; et lors même que l'existence de ces enfants s'est prolongée pendant plusieurs jours, jamais la surnatation des poumons soumise à l'épreuve hydrostatique n'est complète.

Lorsqu'un enfant aura été *suffoqué* par un corps étranger introduit jusque dans le pharynx, les traces qu'il aura laissées, et quelquefois même la présence de ce corps, attesteront l'attentat. Mais il ne suffit pas de constater qu'un corps étranger a été trouvé dans le pharynx ; il pourrait arriver qu'il ait été introduit par malveillance, après la mort naturelle du nouveau-né, dans l'intention de faire planer des soupçons d'infanticide sur la mère ou sur les personnes chargées de prendre soin de l'enfant. Il importe donc de constater s'il a été introduit pendant la vie de l'enfant, et nous devons reproduire ici les judicieuses observations de M. Devergie : « Lorsque la suffocation a été produite par un tampon de linge plié et fortement serré, la cavité de la bouche et celle du pharynx allant en diminuant jusqu'à l'œsophage, les parties les plus profondément situées sont aussi celles où la compression est plus forte. De cette pression inégale résulte un état particulier de la membrane muqueuse du palais et du pharynx, dans les divers points de son étendue, ainsi qu'une coloration différente des deux extrémités du tampon ; dans la partie la plus profonde de l'arrière-bouche, là où la compression a été plus forte, la membrane muqueuse est blanche, amincie, sans aucune trace d'injection vasculaire ; en deçà de ce point, cette membrane est rouge ou violacée, tuméfiée et épaissie, à cause de l'obstacle que le tampon a opposé à la circulation du sang. Ce tampon lui-même est imprégné d'humidité, mais non taché de sang, dans les points où la pression a été plus forte ; quelquefois même il est sec dans ses replis intérieurs. Au contraire, la portion de ce tampon qui est restée libre dans la cavité de la bouche est humide, dans toute son épaisseur, et colorée en rouge vermeil par une exsudation sanguine. » Tout porte à croire, bien que M. Devergie n'ose l'affirmer, que ces phénomènes n'existeraient pas si le tampon n'avait été introduit qu'après la mort naturelle, pour simuler un infanticide ; et, lorsqu'ils existent, s'ils ne sont pas une preuve irréfutable que le nouveau-né a péri suffoqué, ils établissent du moins les plus graves présomptions.

Sur un nouveau-né enfermé dans une boîte qui avait été déposée dans une église, on a trouvé à l'autopsie les lésions caractéristiques de la suffocation : cependant la mort d'un nouveau-né enfoui dans une boîte ne nous paraît pas être réellement un cas d'asphyxie. (Voy. plus loin au chapitre ASPHYXIE.)

L'enfant que l'on aurait fait mourir en lui tenant la bouche et les narines fermées, ou bien en comprimant la trachée-artère, présente presque toujours, outre les caractères de la suffocation, des traces de violences à la partie antérieure du cou ou autour de la bouche et du nez ; souvent il y a un aplatissement persistant du nez et des lèvres.

Si un enfant nouveau-né a été enfoui dans la terre, dans les cendres, dans du fumier, etc., il faut rechercher s'il a été enfoui vivant ou mort. Dans ce dernier cas, la terre, les cendres, les matières pulvérulentes, ou les parcelles de matières ténues dans lesquelles le corps a été déposé, ne pénètrent ordinairement pas au delà de l'entrée de la bouche et des narines ; rarement il s'en trouve dans l'arrière-bouche, et ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'on en trouverait dans les voies aériennes : s'il y en a dans l'œsophage ou dans l'estomac, l'enfant a été enfoui vivant. — Ces mêmes principes sont applicables au cas où des cadavres de nouveau-nés sont retirés de fosses d'aisances, etc., et où il s'agit de constater si l'enfant a été préalablement étouffé, ou si, l'enfant étant mort-né, la mère s'est seulement débarrassée d'un cadavre.

2° La *strangulation* est encore un des genres de mort que subissent le plus souvent les nouveau-nés ; mais, de même que dans les cas de suffocation, il est rare qu'entre la naissance et la mort la respiration n'ait pas lieu, ne fût-ce que pendant quelques instants, et que l'épreuve hydrostatique ne révèle un crime, dont on constate ensuite la nature par l'examen anatomique des organes de la respiration. Pendant longtemps, les auteurs ont regardé comme signes essentiels de la strangulation les ecchymoses circulaires, les épanchements de sang dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'empreinte que présente le cou. Ils se sont attachés à décrire les caractères de ces ecchymoses : on les distingue, disent-ils, de celles qui peuvent être produites, pendant le travail de l'accouchement, par l'entortillement du cordon ombilical autour du cou de l'enfant ou par la constriction du col utérin, en ce que la surface très-lisse du cordon ou du col utérin ne peut déterminer qu'une ecchymose uniforme, sans excoriation de l'épiderme. Mais il est aujourd'hui bien avéré que « si l'étranglement opéré avec la main, avec un lacet, ou avec une corde, produit une lésion locale appréciable, cette lésion consiste bien plus souvent en une coloration brune de la peau, sans qu'il y ait du sang épanché dans le tissu cellulaire sous-cutané, qu'en une *ecchymose* ou un épanchement de sang dans ce tissu » (Orfila). La strangulation laisse dans les poumons des signes caractéristiques, indépendamment des lésions extérieures que la main coupable, toujours tremblante et maladroitement, fait ordinairement sur le cou, sur la figure et la poitrine de la victime. C'est le plus souvent, en effet, avec la main et au moment où la tête se présente que la mère étrangle son enfant ; et les ongles font souvent une ou plusieurs empreintes, ou même de petites plaies reconnaissables à leur forme semi-lunaire ; ou bien les marques laissées par les doigts imprimés sur le cou mettent à même de juger de la position de la main meurtrière, position qui est nécessairement toute différente selon que c'est la mère ou un complice qui a commis le crime. Si c'est la mère qui a étranglé son enfant au moment où la tête se présentait hors de la vulve, la face tournée naturellement en arrière, elle a dû, pour saisir le cou, appliquer sa main droite (à moins qu'elle ne soit gauchère) de manière à l'embrasser tout entier ou presque tout entier entre son pouce placé sur la région cervicale postérieure, et les quatre

autres doigts embrassant sa partie latérale droite, de manière que le conduit respiratoire se trouve comprimé par le plat de la main, et que l'extrémité des doigts et les ongles, ramenés sur le côté opposé, viennent s'affronter avec le pouce et laissent aussi leur empreinte.

Si c'est un complice qui a saisi l'enfant au passage, les traces devront varier selon qu'il était placé ou en avant, ou à droite, ou à gauche de la femme; mais elles seront en général plus prononcées, et laisseront toujours quelques indices accusateurs.

Si c'est avec un lien que la strangulation a été opérée (cas le plus rare), il y a eu nécessairement un temps plus ou moins long entre la naissance et la mort: la respiration a été complète. Le lien appliqué et serré autour du cou aura laissé, sinon sur toute sa circonférence, au moins sur quelques points, un sillon transversal à peu près horizontal, peu profond et non parcheminé, qui change à peine la coloration de la peau. Souvent ces traces ne sont que très-superficielles et ne donneraient que des indices fort incertains; mais, à l'ouverture de la poitrine, on trouve sur la plèvre un emphysème plus ou moins étendu résultant de la rupture d'un certain nombre de vésicules pulmonaires superficielles. Il semble que la surface du poumon soit parsemée de petites plaques pseudo-membraneuses; mais ce ne sont que de très-petites bulles d'air qu'une simple piqûre fait disparaître; et ce signe caractéristique de la strangulation est tout différent des ecchymoses sous-pleurales, qui sont le phénomène habituel de la suffocation. A la vérité, les deux signes peuvent exister simultanément, et l'expert peut être incertain sur celui des deux genres de mort auquel l'enfant a succombé; mais peu importe, puisque dans l'un et l'autre cas le meurtre n'est pas moins constant.

Quelquefois on allègue, pour repousser l'inculpation d'infanticide, que c'est par le cordon ombilical entortillé autour de son cou que l'enfant a été étranglé au moment de la naissance (voy. page 381). Il est incontestable que la mort peut arriver ainsi, et que le cordon peut laisser une empreinte formant autour du cou un sillon légèrement ecchymosé; mais il est certain aussi que, dans ce cas, il n'y a ni respiration complète, ni surnatation entière des poumons dans l'épreuve hydrostatique. Donc, si l'on trouve la respiration complètement établie, l'expert peut affirmer que ce n'est pas le cordon qui a produit l'étranglement. — Si, comme M. Tardieu en a observé un exemple, une femme s'était servie du cordon ombilical lui-même pour étrangler son enfant, les effets seraient les mêmes que ceux produits par d'autres liens.

Dans tous ces cas il faut bien faire attention, lorsque le cou est libre de tous les liens et ne présente qu'un sillon sans apparence d'ecchymoses, que, souvent chez l'enfant nouveau-né, la flexion de la tête sur le cou détermine une espèce de sillon très-profond, et que, si le petit cadavre a séjourné dans l'eau, ce sillon est d'autant plus déprimé que les parties graisseuses environnantes, venant à se saponifier, forment des bourrelets très-saillants.

3° *Submersion.* — Lorsque le cadavre d'un nouveau-né est retiré d'un puits, d'une mare, d'une rivière, on a d'abord à se rendre compte si la submersion est bien la cause réelle de la mort. Le plus souvent, au dire de la mère, elle serait accouchée d'un enfant mort-né, ou bien il serait mort en naissant, avant d'avoir respiré; la submersion n'aurait été pour elle qu'un moyen de se débarrasser d'un cadavre dont elle avait intérêt à cacher l'existence, ou d'éviter des frais d'inhumation. Si l'enfant est mort-né, l'épreuve hydrostatique le constatera et exclura toute présomption de crime; si elle prouve qu'il a respiré, il y aura à rechercher s'il a péri noyé ou s'il n'a pas été préalablement privé de la vie; dans cette dernière hypothèse, on trouvera sur le corps des traces de coups ou

de blessures faites par un instrument vulnérant, ou bien l'examen des poumons constatera l'un des genres d'asphyxie dont nous venons de parler: il y aura des ecchymoses sous-pleurales très-nombreuses, s'il a péri par la suffocation; des plaques d'emphysème sous-pleural résultant de la rupture des vésicules pulmonaires superficielles, si la mort a eu lieu par strangulation; et si l'on trouve ces phénomènes caractéristiques sur le corps retiré de l'eau, on pourra supposer qu'un crime a précédé la submersion, qu'on n'a noyé qu'un cadavre.

Quelquefois des mères dénaturées, après avoir ôté la vie à leur enfant, cherchent à détruire les traces de son existence en consumant *par le feu* le petit cadavre; et si l'on en découvre les restes, elles allèguent que l'enfant était mort-né. Si le fait est récent, les portions du cadavre retrouvées présenteront peut-être des phlyctènes, indices de l'action du feu sur un corps vivant (voy. plus loin à l'article BRULURES); si les poumons n'ont pas été consumés, on peut encore appliquer l'épreuve hydrostatique.

Nous croyons devoir rapporter ici deux faits constatant les effets du calorique, sans action directe du feu, sur des cadavres de nouveau-nés, déposés, l'un dans une cheminée, l'autre derrière un calorifère.

Le 22 mars 1850, on trouva, en réparant une cheminée, le cadavre d'un enfant nouveau-né qui avait été introduit dans un des jambages de cette cheminée, par une ouverture pratiquée en déplaçant des briques et refermée aussitôt. Toutefois il était resté une petite fissure par laquelle avaient pénétré les insectes dont il sera fait mention ci-après. Le petit cadavre n'avait pas été desséché par la chaleur du foyer, car depuis longues années on n'y faisait pas de feu. Il avait été desséché, momifié, dit le docteur Bergeret, parce qu'il avait été renfermé dans un espace étroit et parfaitement sec, où l'air ne se renouvelait pas. Il présentait toutes les dimensions, tous les caractères d'un enfant à terme; ses formes extérieures étaient bien conservées, et il était facile de reconnaître qu'il était du sexe féminin; mais, à l'intérieur, les poumons, le cœur, le cerveau, avaient disparu, et l'on trouvait à leur place une multitude de petits corps de la forme de grains de blé volumineux, secs, friables, creux, ouverts à une de leurs extrémités, et d'une couleur un peu foncée: c'étaient les coques de nymphes d'où étaient sortis les insectes dont les larves avaient dévoré les organes du petit cadavre. L'intérieur des membres était rempli de larves ou vers blancs de 7 à 8 millimètres de longueur, pleins de vie, qui s'étaient creusé de longues galeries dans les chairs. Celles-ci n'étaient encore qu'en partie détruites, et il en restait sur plusieurs points une couche de plusieurs millimètres d'épaisseur, d'une consistance analogue à celle du savon, s'écrasant sous le doigt, et offrant de l'analogie avec le gras de cadavre. La peau, parcheminée, noire, formait une sorte de coque dure enveloppant les cavités où étaient logées ces larves.

Cet enfant avait-il vécu? De larges taches d'un vert foncé et noirâtre, formées çà et là par du méconium, sur le linge qui l'enveloppait, faisaient présumer qu'il avait vécu; mais le cordon ombilical avait encore à son extrémité, près du ventre, un diamètre de 7 à 8 millimètres sans aucune ligne de démarcation qui indiquât un travail éliminateur; d'où l'on pouvait conclure qu'il n'avait guère vécu qu'un jour.

Comment était-il mort? L'état du cadavre ne permettait pas de retrouver les lésions matérielles qui avaient pu causer sa mort; mais tout portait à croire à un crime: l'accouchement clandestin, la précaution prise de couper un coin du linge sur lequel était sans doute la marque; la longueur du cordon ombilical et la manière dont il avait été coupé, qui annonçaient qu'il n'y avait pas eu assistance d'un homme de l'art; les nombreuses taches de méconium et de sang éparses sur le linge.