

ptiste

nd. 1)

LA CAISSA
RESERVE
Coll. Thér
Lucassagne

ROCKEFELLER



D 048 463673 1

SANFA 601582 76

INSTITUT ALEXANDRE LACASSAGNE
Département de Criminologie
U.E.R. FACULTÉ de MÉDECINE GRANGE BLANCHE
8, Avenue Rockefeller - 69373 LYON CEDEX 2

SANFA 601582

INSTITUT ALEXANDRE JACKSON
100 RUE DE LA PAIX
75001 PARIS
Tél. 01 47 33 11 11
Fax 01 47 33 11 12

Thèse Lacassagne, amorce

Série I. - FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. - N° 183

Catalogué AUTEURS

LABORATOIRE DE MÉDECINE LÉGALE

Catalogué MATIÈRES

DES
MORTS SUBITES

OU
RAPIDES

PAR LES
LÉSIONS SPONTANÉES DES ORGANES ABDOMINAUX
AU POINT DE VUE MÉDICO-JUDICIAIRE



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le Vendredi 10 Août 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ÉDOUARD BAPTISTE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Briançon (Hautes-Alpes)

Le 26 Mars 1860.



LYON

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE A. PASTEL

10, PETITE RUE DE CUIRE, 10

Août 1883.

INSTITUT ALEXANDRE LACASSAGNE
Département de Criminologie
U.E.R. FACULTÉ DE MÉDECINE GRANGE BLANCHE
8, Avenue Rocketteller - 69373 LYON CEDEX 2



*S'est achetée par legs de
famille en
1895*

RÉSERVE

SCD Lyon

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN
BONDET	} ASSESSEURS
CROLAS	
MONOYER	

PROFESSEURS, PROFESSEURS ADJOINTS

Anatomie	MM. PAULET.
Physiologie.	PICARD.
Anatomie générale et histologie.	MORAT, professeur délégué.
Anatomie pathologique	RENAUT.
Médecine expérimentale et comparée	PIERRET.
Chimie minérale	CHAUVEAU.
Chimie organique et toxicologie	GLÉNARD.
Physique médicale.	CAZENEUVE
Zoologie et anatomie comparée	MONOYER.
Pharmacie	LORTET.
Pathologie interne.	CROLAS.
Pathologie externe.	BONDET.
Pathologie et Thérapeutique générales	BERNE.
Hygiène.	LETIÉVANT, profes adjoint.
Thérapeutique	MAYET.
Matière médicale et Botanique	ROLLET.
Médecine légale.	SOULIER.
Médecine opératoire	CAUVET.
	LACASSAGNE.
	PONCET.
Cliniques médicales	TEISSIER.
	LEPINE.
	RAMBAUD, Professeur adjoint.
Cliniques chirurgicales	OLLIER.
	TRIPPIER (LÉON)
Clinique obstétricale et Accouchements	BOUCHACOURT.
	DELORE, Professeur adjoint.
Clinique ophtalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	X.

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des Femmes.	MM. LAROYENNE.	Chargé du cours.
Clinique des maladies des Enfants	PERROUD.	Chargé du cours.

Professeur honoraire : M. DESGRANGES.

AGRÉGÉS		CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ		
MM. ARLOING.	MM. LAURE.	MM. TEISSIER.	MM. BERGEON.	MM. DRON.
BOUVERET.	LEVRAT.	VINAY.	CHANDELUX	MARDUEL.
DUCHAMP.	PERRET.	VINCENT.	CHARPY.	MOLLIÈRE.
	SICARD.		COLRAT.	R. TRIPIER.

M. ETIÉVANT, Secrétaire,

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LACASSAGNE, *Président*; M. BOUCHACOURT, *Assesseur* ;
MM. BOUVERET, COLRAT, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MES ONCLES

A MES TANTES

A MES AUTRES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur LACASSAGNE

ET A

M. LE DOCTEUR H. COUTAGNE

Chef des travaux du laboratoire de médecine-légale.



INTRODUCTION

Nous avons puisé l'idée première de ce travail, au laboratoire de médecine légale de la Faculté de Lyon. — Nous y avons rencontré l'accueil le plus bienveillant et profité des très utiles conseils de M. le professeur Lacassagne et de M. le docteur Henry Coutagne, chef des travaux. Que ces Messieurs veuillent bien agréer l'expression de notre profonde gratitude ! C'est par les remerciements les plus sincères envers eux, que nous devons commencer.

La pratique de la médecine judiciaire met fréquemment le médecin en présence de certains faits, en général obscurs et dramatiques, que relie entre eux certaines particularités.

Nous faisons allusion à des cas où la mort est survenue quelquefois d'une façon foudroyante et plus souvent avec une rapidité telle que le diagnostic n'a pu être posé.

Lorsque le malade a été, pendant sa vie, l'objet d'observations auxquelles on puisse se fier, et que le médecin-expert essaye de reconstituer la courte histoire pathologique qui a abouti à la mort sur laquelle il est appelé à donner son avis, on apprend que, dans le cours d'une santé sinon florissante, du moins altérée par des indispositions insignifiantes et insuffisantes pour l'interruption des travaux journaliers, le sujet a été pris brusquement de symptômes, surtout abdominaux, et a été emporté parfois en quelques instants et d'autrefois en quelques heures. La ressemblance étroite des phénomènes observés avec ceux de l'empoisonnement, phénomènes qu'aucun examen médical sérieux n'a eu le temps de contrôler ou d'infirmar, font naître évidemment des soupçons de crime grossis par les voisins et le public, et le plus fréquemment, c'est dans ces conditions qu'une instruction judiciaire s'engage. Malheur aux personnes qui auront pu approcher le décédé dans les dernières heures de la vie, jouer un rôle pendant *la digestion* du dernier repas ou à celles de son entourage qui auront manifesté à son égard des sentiments peu sympathiques ! ils se verront aussitôt l'objet d'une suspicion que pourra seul faire cesser l'examen médico-légal.

Plus rarement, le défunt aura, par une coïncidence malheureuse, pris part, peu de temps avant l'éclosion de sa maladie ultime, à une dispute dans laquelle il aura été censé l'objet de mauvais traitements. De ce côté là encore, l'autopsie médico-légale fournira des lumières parfois absolument décisives et parfois singulièrement atténuatrices, d'une violence soi-disant exercée.

Ce travail a pour but de grouper dans une étude com-

mune, faite au point de vue exclusivement médico-légal que nous venons de développer, des faits assez nombreux, mais très parsemés, de ces morts subites ou très rapides que relient entre eux, au point de vue anatomo-pathologique, les lésions voisines des organes contenus dans une même cavité, celle de l'abdomen, et dont les altérations donnent lieu à un syndrome à peu près identique.

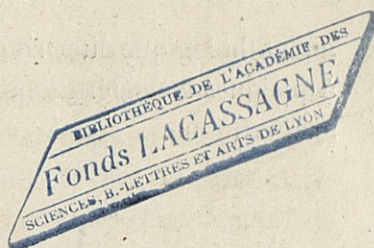
Avant de commencer cette étude, il est indispensable de limiter, aussi exactement que possible, un sujet d'une étendue aussi mal définie. Nous devons nous en tenir exclusivement aux morts subites ou très rapides, produites par lésions spontanées des organes contenus dans la cavité abdominale.

Nous avons dit mort subite et très rapide, car en effet, si l'expression de mort subite présente un sens nettement défini et qui semble de prime abord se rattacher à l'instantanéité de la cessation de la vie (en dehors des cas de traumatisme et d'empoisonnement), il nous faut convenir que les décès survenus dans ces conditions sont d'une rareté telle, que la question de la mort subite, prise dans un sens aussi étroite, devrait n'avoir aucune importance pathologique et médico-légale. Sans nous attacher à dissenter ici sur le sens précis de cette expression, tenons-nous en au titre de notre travail qui réunit entre eux des faits nombreux et d'un intérêt sensiblement égal.

Avant de passer en revue l'étude des lésions assez diverses qui doivent nous occuper, nous pouvons discuter à un point de vue général, la pathologie de la mort qu'elles amènent. Quel que soit en effet l'organe lésé: intestins,

foie, rate, etc., la mort survient par un mécanisme, qui dépend essentiellement de l'action de la cause première sur le péritoine et en particulier sur le système nerveux intra-abdominal.

Nous allons donc commencer par essayer de faire une sorte de pathogénie de la mort rapide survenue dans les cas qui nous concernent.



PREMIÈRE PARTIE

ESSAI DE PATHOGÉNIE DE LA MORT RAPIDE DANS LES DIVERSES LÉSIONS QUI L'ONT CAUSÉE.

Les causes de mort dans les lésions que nous passerons ultérieurement en revue, peuvent se rattacher à trois groupes différents :

- 1° Mort par syncope, comme à la suite de la rupture d'un anévrisme.
- 2° Péritonite.
- 3° Choc nerveux.

Assurément cette division est arbitraire et il est plus fréquent de voir les causes se combiner, mais elle nous facilitera leur étude.

Nous ne parlerons pas de la syncope, mais nous nous permettrons de rappeler certains points de la physiolo-

gie pathologique du péritoine et nous passerons ensuite à quelques considérations sur le système nerveux grand sympathique.

DU PÉRITOINE DANS LA MORT RAPIDE

Si l'inflammation de la grande séreuse contenue dans la cavité abdominale est lente, un médecin peut être appelé à temps pour constater une péritonite et écarter tout soupçon de crime. Nous ne ferons allusion qu'aux cas de péritonite suraigue qui, avant toute intervention médicale, ont précipité le dénouement et laissé germer l'idée de crime autour du défunt.

Mais, disons-le immédiatement, ces faits sont relativement rares, et la susceptibilité inflammatoire du péritoine est moindre qu'on ne paraît le supposer. Elle varie suivant les races, les individus, et il faut garder ce souvenir en médecine légale.

Dans une thèse de la Faculté de Lyon, 1882, le docteur Blanchard a exprimé des idées optimistes à ce sujet; nous les avons adoptées, car elles reposent sur des observations recueillies à des sources très autorisées.

Si nous recherchons, par exemple, comment se comporte le péritoine en présence d'un épanchement sanguin, les expériences de MM. Arloing et Tripier, Livon, Toussaint, etc., nous apprennent que des injections de sang dans la séreuse n'ont amené aucune trace de péritonite chez les animaux. D'autre part, M. le pro-

fesseur Poncet, dans sa thèse d'agrégation (Hématocèle péri-utérine 1878 p. 60) rapporte un certain nombre d'expériences qui mettent bien en lumière la tolérance du péritoine pour de grandes quantités de sang. Une observation empruntée à la *Gazette des Hôpitaux* (1880, p. 917) trouve sa place ici, MM. Golgi et Bizzozero, se fondant sur des recherches expérimentales de transfusion du sang dans le péritoine des animaux, parvinrent à ranimer un lypémanique âgé de 38 ans et atteint d'une déchéance nutritive profonde, en lui injectant 310 c. c. de sang défibriné. Aucun accident ne survint.

D'autres auteurs sont cependant plus sévères, Nélaton, par exemple (*Éléments de path. chir.* tome IV), déclare que les épanchements de sang peuvent donner lieu à une péritonite mortelle. Mais ce n'est pas, en tous cas, la mort foudroyante, et lorsque celle-ci arrivera, il faudra faire intervenir une autre complication.

Les épanchements de bile sont plus dangereux. Breschet (*Dict. des Sciences médicales*, art. déchirure), Velpeau (*Dict. en 30 volumes*, art. Contusions de l'abdomen), ont rassemblé un certain nombre de cas dans lesquels l'épanchement de bile a été assez rapide et assez abondant pour amener la mort en quelques heures, mais là encore il faut faire intervenir un autre élément que l'action directe de la bile sur le péritoine, car si l'épanchement s'est fait abondant ou non mais peu à peu, la péritonite peut ne pas avoir lieu, ceci est attesté surtout par deux observations : l'une de M. le professeur Lépine (thèse de Blanchard, p. 27), l'autre de M. Richard (*Gazette hebdomadaire* 1880 p. 280).

Pour les épanchements d'urine, on connaît l'arrêt

d'Hippocrate : *cui persecta vesica lethale*. De nos jours, cette sentence a été un peu adoucie. La gravité en pareil cas dépend du point où la vessie s'est rompue, et dans la moitié des cas (Houel, thèse d'agrégation 1857), la solution de continuité se fait dans un point qui n'est pas tapissé par le péritoine. Quoiqu'il en soit, lorsqu'une péritonite diffuse a emporté un malade, ce fut toujours en lui laissant un délai qui varie de 3 à 15 jours.

Enfin il arrive fréquemment que le péritoine peut être irrité par la présence de corps étrangers, tels que matières stercorales, rupture de kystes hydatiques (Finsen, arch. de Médecine, 6^{me} série, t. XIII p. 42.) Mais là encore la mort n'arrivera à marche très rapide que par l'addition d'un élément plus important, nous voulons parler de l'irritation nerveuse.

Le péritoine, en effet, possède un réseau nerveux très riche, comme il ressort des recherches de Julien (Lyon Médical 1872, p. 371). Les nerfs, après des dichotomies nombreuses, se terminent par des boutons de forme allongée, d'où partent une ou plusieurs fibrilles extrêmement ténues terminées elles mêmes par un point brillant. C'est l'irritation de ces nerfs qui doit être prise en considération. Il en résulte des phénomènes de la plus haute gravité et de la plus haute importance pour notre sujet. Nous allons donc, à ce propos, donner une idée des travaux nombreux qui ont eu pour but de dégager cette question de l'obscurité en parlant du rôle du grand sympathique dans la mort rapide.

**DU-ROLE DU GRAND SYMPATHIQUE DANS
LA MORT SUBITE**

Si, lors d'une péritonite suraigüe, par exemple, lors d'une rupture d'organe, il arrive au médecin d'avoir sous les yeux des lésions bien évidentes et suffisantes pour amener la mort, dans d'autres cas, au contraire, les lésions seront minimales et la mort ne pourrait s'expliquer si l'on ne connaissait le rôle du système nerveux grand sympathique.

Cette opinion est d'accord avec la tradition, on peut invoquer en sa faveur, parmi d'anciennes autorités, deux noms célèbres à différents titres: celui de Ruysch et celui de Boërhaave. Voici comment s'exprime Boërhaave. (*Proelectiones academicæ, de morbis nervorum, Venitii 1768*) :

Ruyschius per quinquaginta fere annos auctoritate publica fuit præfectus, lustrandis corporibus, violenta morte occisis, ut referret ad iudices deprehensam causam mortis. Ille mihi sæpe dixit quod, si in conflictu classiariorum qui sine ullo mortis metu pugnant, culter ita adactus esset intra corpus, ut nervi mesenterii perscinderentur, tunc semper oriuntur dolores intolerabiles, nullo remedio placabiles, imo ad omnia remedia exardescentes, mox etiam singultus, vomitus, deliria, et tandem mors.

Ubi primum hoc videbat putabat se inventurum miras illius mortis causas; aperiens ergo cadaver invenit simplex vulnus sine inflammatione vel contusione, nullum vas magnum a cultro læsum, vix unciam sanguinis in abdomen effusam, non urinam, non chylum, non stercus; culter tantum penetraverat per mesenterii fabricam et non arterias vel venas, sed tantum nervos disciderat.

L'examen cadavérique ne révélait donc pas de lésions suffisantes pour expliquer l'issue funeste de la blessure. Ruysch, médecin légiste de son temps, ne savait que répondre aux magistrats.

« Hoc dum vidisset, vix sciebat quid iudicibus renunciaret, dubitans an forte alia mortis causa esset, verum ubi hoc multoties expertus fuisset, habuit pro lege naturæ, quod vulnera illorum nervorum in classem morborum lethalium referri debeant. »

Boërhaave n'était pas moins explicite :

« Cadavere aperto invenitur nihil. Si ibi esset inflammatio, suppuratio, gangrena, posset concipi; sed hic simpliciter afficiuntur nervi, mutantur omnia et delentur omnes functiones. »

En définitive, ces deux grands observateurs avaient parfaitement constaté, il y a 200 ans, que les symptômes graves ou mortels des lésions du ventre n'étaient pas en rapport avec les désordres anatomiques des organes renfermés dans cette cavité splanchnique.

Il semblait donc, comme dit Gubler (Du Péritonisme, Bul. de Thér. 1877) que le rôle des successeurs de Ruysch et de Boërhaave dût se borner à suivre les indications de ces grands hommes, à compléter la démonstration de leurs idées. Malheureusement, la pensée des grands maîtres ne fut pas recueillie et les notions si justes qu'ils avaient voulu introduire furent longtemps méconnues.

Il faut arriver à l'époque contemporaine pour voir la question remise à l'étude et son explication favorisée par des expériences physiologiques de Lallemand, Marshall-hall, De Brown-Sequard, De Goltz, sur les

mouvements réflexes du grand-sympathique. A l'histoire de cette période de progrès se rattachent les noms de Gubler, Gosselin, Le Fort, Dieulafoy, Morel.

L'irritation des nerfs ganglionnaires donne la clef d'un grand nombre d'accidents mortels foudroyants, survenus à la suite de coups sur l'abdomen, d'ingestion d'eau glacée, etc. (1)

Goltz, (2) percutant le ventre d'une grenouille, produisait l'arrêt du cœur en diastole, la cause se trouvait dans une paralysie momentanée des vaisseaux sous l'influence du choc reçu par les intestins; en effet, ceux-ci étaient fortement hyperémiés. — Dans de telles expériences, la paralysie vasculaire ne s'étend pas seulement au point percuté, mais bien dans tout l'arbre circulatoire, et non seulement les artères, mais aussi les veines participent au phénomène paralytique. C'est là qu'est passé le sang, et alors on peut se rendre compte de la pâleur marmoréenne des malades, de l'extrême petitesse du pouls.

Brown-Séquard (3), écrasant les ganglions sympathiques des lapins, arrêtait ou diminuait les mouvements du cœur.

Tarchanoff (4) a démontré que lors de l'inflammation du péritoine, les phénomènes réflexes ayant leur point de départ dans la séreuse péritonéale étaient exagérés.

François Franck a repris ces expériences et essayé de les enregistrer; il lui arriva de ne pouvoir recueil-

(1) Vincent, thèse d'agrégation. Paris 1878.

(2) Goltz, Virchows, Archiv. XXVI, t. 2 et XXIX p. 394.

(3) Brown-Séquard (in arch. g. de médecine 5e serie t. VIII p. 583)

(4) Arch. de Physiol. 1875.

car le cœur meurt vite

lir de graphique chez des animaux dont l'intestin était malade, si intense était l'exagération des phénomènes réflexes.

On peut ainsi s'expliquer les morts subites rapportées par Dieulafoy dans sa thèse (1), ainsi que celles que je vais énumérer. — La mort peut arriver à la suite d'une simple ingestion d'eau glacée ; en effet, une irritation galvanique portée sur la muqueuse stomachale, comme Naumann l'a répétée chez les mammifères, amène l'arrêt du cœur en diastole.

Du reste, les excitations dans la sphère du sympathique, sont elles faibles mais continues, se révèlent par des désordres cardiaques comme l'ont mis en lumière MM. Potain, J. Teissier, Stokes, Morel (thèse de Lyon), etc.

Voici donc établie l'influence prépondérante du système nerveux ganglionnaire dans la production des accidents redoutables de la péritonite.

Ces accidents, que Gubler a rangés sous le titre de péritonisme, sont, comme il le dit dans son savant article, (2) autrement complexes et difficiles à interpréter que ceux de la péritonite simple.

Etant donnée une lésion péritonéale capable d'ébranler au loin le système nerveux, si l'excitation est faible, il n'y aura que des phénomènes actifs bornés aux organes abdominaux ; si l'excitation est forte, les troubles limités encore à la même cavité splanchnique consisteront en phénomènes passifs représentés par la paralysie musculaire de l'intestin et ses conséquences.

(1) Dieulafoy, mort subite d. la f. typhoïde, Paris 1869.

(2) Gubler, du péritonisme, in Journal de Thérapeutique 1876-77.

Enfin, si l'irritation transmise est très intense, elle se fera sentir jusque dans les viscères thoraciques qu'elle frappera d'inertie relative.

Au 1^{er} degré se rattachent les mouvements spasmodiques de l'intestin, les bruits insolites qui en annoncent souvent l'existence et le retour du contenu intestinal vers les parties supérieures du canal alimentaire.

Le 2^e degré est caractérisé par la stase des matières alvines et le ballonnement du ventre, phénomènes paralytiques mis en lumière par le professeur Henrot, de Reims.

Dans le 3^e, qui est aussi le plus grave, les grandes fonctions de circulation, d'hématose et de calorification sont plus ou moins compromises et la vie est mise en péril par suite de l'affaiblissement paralytique des poumons, du cœur et des vaisseaux de tout calibre.

Au point de vue symptomatique, les phénomènes semblent encore varier, si c'est la muqueuse qui est lésée, ou si c'est la séreuse.

Dans le premier cas, c'est un sentiment de défaillance avec nausées, pyalisme, vertige, angoisse précordiale, faiblesse et intermittence du pouls, extinction de voix et même syncope. Quelquefois on voit une sorte de sidération, comme dans les cas de convalescence de fièvre typhoïde cités par Dieulafoy, où l'on a affaire à une muqueuse déjà malade.

Dans le second cas, où la face péritonéale est irritée, le tableau se rembrunit et l'on assiste à des désordres ordinairement plus profonds, plus rebelles et trop souvent funestes, des fonctions les plus indispensables à la vie.

En résumé, les affections des organes tapissés par le

*La cause de la mort est soit
directe par une syncope produite
par une lésion du muscle cardiaque
(Kermit de Colrat) - la théorie
de Dieulafoy est engagée*

péritoine ont souvent leurs signes propres modifiés ou même masqués par les désordres sympathiques qu'elles suscitent trop souvent dans les grandes fonctions.

Ces faits sont connus aujourd'hui, et dès lors un médecin ne doit plus être étonné de voir, qu'à côté de désordres considérables qui ont amené la mort d'une façon évidente, un semblable résultat peut être produit par des lésions minimales, quelquefois même introuvables.

C'est ce que le lecteur pourra constater dans la série des faits que nous allons exposer, c'est ce qu'il nous a paru bon de rappeler.

DEUXIÈME PARTIE

DES MORTS SUBITES ET RAPIDES PRODUITES
PAR LES LÉSIONS SPONTANÉES DE CHAQUE
ORGANE PRINCIPAL CONTENU DANS LA
CAVITÉ ABDOMINALE.

A propos de chaque organe contenu dans la cavité abdominale, nous allons maintenant essayer de mettre en relief les conditions pathologiques les mieux connues et les plus fréquemment capables d'amener la mort d'une façon subite ou très rapide. Nous rappelant que notre travail nous a été inspiré par un point de vue médico-légal, nous ne manquerons pas l'occasion d'intercaler à leur place les autopsies judiciaires que nous aurons rencontrées dans nos recherches bibliographiques.

Nous commencerons par le tube digestif, mais auparavant consacrons tout d'abord un premier article à certaines maladies générales à localisations inflammatoires sur l'intestin, qui entrent au mieux dans notre sujet, tant par la rapidité de la mort qu'elles amènent que par les soupçons qu'elles peuvent faire naître, soupçons d'empoisonnement par exemple.

Nous parlerons ainsi du choléra morbus, du choléra infantile, de la fièvre typhoïde, du typhus ambulatorius.

Art. 1. — De certaines maladies générales et localisations sur l'intestin, occasionnant des morts subites ou rapides, et faisant naître également des soupçons d'empoisonnement.

CHOLÉRA MORBUS

Les premières épidémies de choléra qui ont sévi en France ont constamment, au moins à leur début, éveillé des soupçons que la plus frappante analogie, il est vrai, pouvait justifier, et ont été l'occasion d'enquêtes judiciaires, qui, à un double point de vue, offraient, pour le médecin légiste, un immense intérêt.

Ces faits n'ont pas manqué d'attirer l'attention du célèbre Tardieu; il en a fait le sujet d'une étude attentive, et il avouait qu'en dehors des temps d'épidé-

mie confirmée, il ne connaissait pas de ressemblance plus saisissante que celle qui existe entre le choléra et l'empoisonnement par les préparations arsenicales. Une observation caractéristique, que nous lui empruntons, nous dispensera de nous étendre sur ce sujet.

OBSERVATION I. (1)

CHOLÉRA. — SUICIDE PRÉSUMÉ PAR LE VERT ARSENICAL

« En mai 1849, autopsie judiciaire de la jeune Céline L..., âgée de 13 ans, prise le matin à 5 heures de malaise, vomissements, douleurs épigastriques, déjections, refroidissement, et mort au bout de 5 ou 6 heures. Cette jeune fille exerçant la profession de coloriste, on avait supposé qu'elle avait pu avaler du vert de Schweinfurt.

« Rien de notable à l'extérieur.

« Examen négatif du cœur, du cerveau, des poumons.

« La bouche et l'œsophage ne présentent pas d'altérations. L'estomac, à sa face interne est pâle vers le pylore ; seulement on remarque 3 taches brunâtres circonscrites, très peu foncées, et, à partir de cet orifice de l'estomac jusqu'à l'extrémité viscérale de l'intestin grêle, la membrane muqueuse est couverte, dans toute son étendue, d'un nombre considérable de follicules isolés ou agminés, dont le volume est augmenté, et qui forment des granulations caractéristiques des affections cholériformes : ces follicules ne se laissent ni dérouler, ni serrer par la pression. Il n'y a pas la moindre trace de phlegmasie, de congestion, ou d'escharres dans le tube digestif. On y trouve une

(1) Tardieu. — Observations médico-légales sur les empoisonnements supposés. — Des Archives d'Hyg. et de Méd. légale, 1854.

certaine quantité d'un liquide très peu épais. — Conclusion : la mort paraît être le résultat d'une attaque de choléra.

« L'analyse des viscères, pratiquée par Chevalier et Tardieu, ne décèle pas trace de poison. »

C'est surtout avec l'empoisonnement par l'acide arsénieux que la confusion peut être faite, et surtout dans les formes foudroyantes. Quelques caractères particuliers seulement aux accidents dus à l'arsenic : ils se montrent, en général, à une époque plus ou moins rapprochée de l'ingestion d'une substance alimentaire ou d'un breuvage quelconque. La sensation qui tourmente le plus les malades est celle d'une constriction persistante à la gorge et dans l'œsophage ; il survient souvent des spasmes.

Ce n'est pas là ce qu'on observe dans le choléra.

Quant à l'action de certains poisons stupéfiants, qui pourraient être confondus avec la forme asphyxique du choléra, il y aurait moyen de les distinguer par la nature des prodromes de la maladie pestilentielle, par la cyanose, par les phénomènes nerveux spasmodiques, par l'altération du sang, et surtout par la marche des accidents.

CHOLÉRA INFANTILE

Une analogie de nom, et aussi de symptômes, nous fait parler ici du choléra infantile.

L'entérite cholériforme ne frappe que les enfants au-

dessous de 2 ans. Sa marche est souvent foudroyante, et le complexe symptomatique suivant peut faire naître une idée d'empoisonnement : vomissements, diarrhée, matières décolorées et séreuses, soif vive, pouls filiforme, urine supprimée, extrémités froides et cyanosées, voix cassée, dépression des fontanelles, et chevauchement des os du crâne. L'enfant s'éteint au milieu du collapsus, ou est emporté subitement dans une attaque de convulsions.

La thèse de Bontemps (1) rapporte plusieurs autopsies d'enfants, faites par M. Brouardel à la Morgue de Paris. Si la mort est rapide, l'hypérémie peut ne pas laisser de traces après la mort ; le plus souvent la muqueuse digestive est pâle, anémiée, et ne présente aucune lésion appréciable, sauf une saillie normale des follicules et des plaques de Peyer. Dans quelques cas, on constate un ramollissement gélatiniforme de la muqueuse stomacale ou intestinale. Citons les 2 observations suivantes empruntées à la thèse de Bontemps.

OBSERVATION II.

Petite fille de 3 mois ; poids : 3 kilog. 970 ; longueur, 56 cent.

Rien à l'extérieur de notable.

Autopsie : Larynx et trachées vides, etc.

Tube digestif : l'estomac est plein d'un mucus opaque et visqueux, mélangé à quelques grumeaux de lait coagulé. Muqueuse stomacale

(1) Bontemps. — Mort subite chez l'enfant. Paris, 1882.

pâle, anémiée, ramollie. L'intestin n'offre rien d'anormal, à part sa pâleur, sur laquelle tranchent quelques plaques de Peyer, faisant saillie à la surface de la muqueuse, etc.

OBSERVATION III.

Petit garçon âgé de 2 ans,

Examen des viscères contenus dans un bocal :

L'estomac a une coloration blanchâtre particulière ; sa muqueuse très ramollie paraît tout à fait gélatineuse ; elle est très friable ; en certains points, elle a une coloration rougeâtre qui paraît due à une imbibition par la matière colorante du sang contenu dans le bocal. La muqueuse du tube digestif est parsemée dans toute son étendue, de plaques rouges-brûnâtres, longues de trois centimètres environ, faisant une saillie notable, ayant l'aspect gaufré et ressemblant beaucoup à des plaques de Peyer légèrement ulcérées. Ces plaques se montrent surtout dans le duodénum et dans le jéjunum. Le foie est blanc-jaunâtre et paraît avoir subi une dégénérescence graisseuse aiguë ; la rate et les reins sont sains.

Dans ces deux cas, l'état de ramollissement de la muqueuse de l'estomac et les lésions intestinales paraissent indiquer un état inflammatoire grave et rapidement mortel, car elles ne présentent aucun caractère pouvant démontrer qu'elles soient le résultat de l'ingestion d'une substance toxique.

FIÈVRE TYPHOÏDE

OBSERVATION IV. (1)

FIÈVRE TYPHOÏDE SIMPLE, SOUPÇONS D'EMPOISONNEMENT

« Nous avons été appelé, le 22 mai 1853, à faire l'autopsie d'un jeune garçon que l'on supposait empoisonné par un médicament mal préparé et qui avait été emporté par le progrès naturel d'une fièvre typhoïde caractérisée de la manière la plus évidente et exempte de toute complication. L'erreur ici n'avait même pas de prétextes; il suffit d'ailleurs de la constatation du fait pour la dissiper ».

En citant cette observation, nous sommes de l'avis de Tardieu, et il semble surprenant qu'une maladie à évolution lente et régulière comme la fièvre typhoïde ait pu amener de semblables méprises.

Cependant l'erreur nous paraît possible dans certains cas où la mort est arrivée d'une façon foudroyante pendant la longue convalescence. Nous faisons allusion à ces cas rapportés par Dieulafoy dans sa thèse inaugurale (2), où le malade est enlevé brusquement sans que l'autopsie en révèle la cause.

Dans cet ouvrage, Dieulafoy cite à l'appui un certain nombre d'observations dont plusieurs empruntées aux services de médecine des hôpitaux de Lyon, de

(1) Tardieu, loc. cit.

(2) Dieulafoy, loc. cit.

*Thèse de M. Hortolés : un malade atteint
de f. typhoïde eut des attaques épileptiformes
: c'était un Valérien à pure rosule*

MM. Teissier, Rambaud, Faivre, Soulier, Perroud, etc.

Ce qui le frappe, c'est la bonne mine du sujet, des symptômes ultimes de convulsion, l'absence de lésions manifestes à la nécropsie.

C'est alors qu'il recourt, pour trouver l'explication de ce phénomène, à l'interprétation physiologique que nous avons donnée plus haut, lorsque nous avons rappelé les expériences de Naumann et de Tarchanoff démontrant l'exagération des phénomènes réflexes par une muqueuse enflammée.

Quoiqu'il en soit, si un individu meurt en convalescence, il a toujours des antécédents qu'il suffit de considérer pour écarter tous soupçons; mais il est une forme de fièvre typhoïde à marche insidieuse, méconnue; la mort surprend un individu qui n'avait pas interrompu ses occupations. Quelle plus belle occasion de faire germer une idée de crime! Nous avons parlé du typhus ambulatoire et nous allons nous y arrêter un court instant.

TYPHUS AMBULATORIUS

Dans tous les traités de Pathologie, après avoir décrit les formes cycliques du typhus abdominal, on parle d'une variété évoluant d'une façon insidieuse; la plupart des symptômes font défaut, les malades continuent à vaquer à leurs occupations, ils vont et viennent, c'est tout au plus s'ils accusent de la lassitude et un peu de

céphalalgie; la température peut même rester normale (1). Ces formes latentes sont dangereuses; les malades continuent à manger; ils cherchent à dissiper, à l'aide d'excitants, le malaise qu'ils ressentent et il n'est pas rare de voir se produire, dans ces conditions, des perforations et d'autres accidents.

Nous allons citer à ce sujet l'extrait de deux observations que nous devons à l'obligeance de M. le D^r Lannois, médecin-aide-major de 1^{re} classe des hôpitaux militaires.

OBSERVATION V. (inédite)

Chambez, âgé de 22 ans, a fait régulièrement son service jusqu'au 15 août ; ce même jour il s'est levé à l'heure réglementaire sans que ses deux camarades de lit aient rien observé d'anormal; il a déjeuné, s'est ensuite promené dans la cour l'après-midi. Mais en allant chercher sa soupe, il s'est trouvé fatigué, est remonté dans la chambre se plaignant de maux de tête et de malaise général, sans aucune douleur localisée. Une fois couché, il a demandé à boire, puis a été pris d'oppression. L'asphyxie s'est produite immédiatement et le médecin-major, arrivé en toute hâte, n'a pu que constater le décès.

Extrait de l'autopsie, 22 heures après la mort :

Cavité thoracique : poumons congestionnés, mais crépitants sauf en un point situé dans le lobe inférieur du poumon gauche, à l'union avec le lobe supérieur.

Rien au cœur.

(1) Vallin. De la forme ambulatoire de la fièvre typhoïde. In archiv. de médecine 1873.

Tube digestif : Estomac énorme renfermant encore une pleine gamelle de soupe.

L'intestin grêle montre une tuméfaction de tous les follicules clos, une plaque de Peyer légèrement ulcérée au voisinage de la valvule et une autre à environ 0,25 au-dessus.

OBSERVATION VI. (inédite)

Martin, séjour antérieur à l'hôpital de 15 jours, pour une maladie vénérienne ; pendant ce temps ses voisins ne l'ont jamais entendu se plaindre d'aucun malaise.

Le 3 septembre, le malade se grise, le lendemain il se présente à la visite se plaignant de coliques et offrant en même temps un peu de gêne respiratoire. Quelques minutes après, au moment où l'infirmier s'approchait pour le faire déshabiller, il s'aperçoit qu'il est pâle et défait. Cet homme était mort sans que les deux ou trois soldats présents dans la chambre s'en fussent aperçus.

Extrait de l'autopsie :

Poumons congestionnés, mais crépitants.

L'intestin grêle présente, dans toute sa longueur, des plaques de Peyer plus confluentes à la partie inférieure, qui sont légèrement surélevées et fortement colorées en noir d'une façon uniforme, ce sont des plaques réparées. Du reste on peut suivre les étapes de cette réparation : à la partie inférieure une grande plaque de Peyer, mesurant environ 7 ou 8 centimètres, se présente avec des bords un peu élevés et un fond déprimé, à peine cicatrisé. 20 centimètres plus haut, une autre plaque mais plus petite n'est pas complètement réparée et présente encore nettement une perte de substance. Vers la partie moyenne de l'intestin, on trouve également une petite ulcération arrondie, un peu moins large qu'une pièce de 50 centimes. De plus il y a une psorentérie manifeste, surtout vers la partie inférieure et sur le valvule iléo-cœcal dont la surface est littéralement

criblée de follicules clos isolés et hypertrophiés, mais ne présente pas de plaques de Peyer à proprement parler. Les ganglions correspondants du mésentère ont un peu augmenté de volume.

L'estomac est rempli d'une très grande quantité d'aliments, surtout de haricots dont la plupart sont intacts. Le liquide dans lequel ils nagent est très abondant.

Dans ces deux cas, la mort semble résulter d'une ingestion trop copieuse d'aliments. Plus souvent c'est une perforation qui emporte le malade, nous en reparlerons plus loin. Mais la cause essentielle n'est-elle pas dans l'état maladif de l'organe? C'est une notion que le médecin-légiste ne devra pas oublier et qui lui permettra de s'expliquer la mort que les lésions n'auront pas révélée ou démontrée d'une façon suffisante.

Art. 2. — Tube Digestif

Après ce rappel sommaire des maladies générales qui ont un lien direct avec l'étude de l'intestin, poursuivons nos recherches spéciales pour chacun des segments de la partie sous-diaphragmatique du tube digestif.

Tous n'offrent pas la même importance et ne nous arrêteront pas également. Nous parlerons d'abord de l'estomac, insistant sur certaines lésions, puis de l'intestin grêle, mais à propos du gros intestin, nous serons courts, ces paroles de Gubler nous justifieront : « La moindre solution de continuité de l'intestin grêle, sa constriction momentanée, en un mot, la plus légère

offense adressée à cette portion du canal alimentaire suffit pour éveiller les plus douloureuses sympathies et amener les plus funestes conséquences. Il en est à peu près de même pour le colon transverse, pour la surface de l'utérus tapissée par le péritoine et pour l'appareil tubo-ovarique, tandis que le gros intestin, en général, et surtout le rectum montrent une tolérance relative vis-à-vis des blessures et des lésions spontanées (1) »

a). — ESTOMAC

Nous pouvons grouper les affections de l'estomac qui nous ont paru rentrer dans notre sujet en deux classes, une première amenant la mort sans lésions et par voie réflexe, exemple : les ingestions d'eau glacée, les indigestions ; une deuxième où le dénouement fatal résulte d'une solution de continuité de la muqueuse.

DES INGESTIONS D'EAU GLACÉE

Nous avons déjà eu l'occasion d'en interpréter l'effet. Dans un mémoire qui a paru dans les *Annales d'Hygiène et de Médecine légale* de 1842, le docteur Guérard

(1) Gubl. loc. cit.

signale la fréquence et la gravité de ces accidents, et rappelle les soupçons d'empoisonnement qu'ils ont fait naître en maintes circonstances. Il appelle l'attention sur les conditions suivantes :

- 1° L'échauffement préalable du corps;
- 2° La vacuité actuelle de l'estomac;
- 3° La grande quantité de boissons ingérées dans un temps donné;
- 4° La basse température du liquide.

Par basse température, il est à remarquer que la glace semble produire un effet moins nuisible que les boissons à 10° par exemple au-dessus de zéro, ce qui s'explique par la lenteur avec laquelle les boissons glacées sont introduites dans l'estomac. La sensation pénible de froid produite par ces boissons sur le palais fait qu'on les avale à petits coups d'abord et qu'elles ont le temps de s'échauffer; de là l'emploi hygiénique du chalumeau.

La vacuité de l'estomac aide puissamment aux effets fâcheux que nous signalons par le contact plus direct avec la muqueuse. Il en est de même de la quantité ingérée dans un temps donné, puisqu'il en résulte une étendue plus grande de surface impressionnée.

Au point de vue médico-légal, la nature des accidents, les circonstances au sein desquelles ils prennent naissance, doivent mettre en garde le médecin contre le soupçon d'empoisonnement. La comparaison des symptômes observés, avec ceux que produisent les substances vénéneuses dont les effets sont connus, suffira souvent pour dissiper les doutes qui, dans quelques cas rares et moins tranchés, ne résisteront pas aux lumières fournies par l'examen microscopique et l'analyse chimique.

Les morts instantanées dans de telles conditions ne sont pas rares et les observations médico-légales ne manquent pas. Donnons-en un exemple :

OBSERVATION VII. (1)

Un individu se querellait avec son camarade et, au moment où il était le plus animé par la colère, il avala un verre de bière, tomba aussitôt. Une enquête judiciaire ordonna une autopsie qui ne fit rien découvrir de nature à justifier les soupçons émis par la veuve. La mort fut déclarée le résultat de l'impression subite du froid.

Les ingestions glacées peuvent également amener la mort dans des vomissements spasmodiques.

Duncan cite un relieur d'Edimbourg qui, après avoir avalé un grand verre d'eau froide, ressentit aussitôt une douleur épigastrique intense et fut pris de vomissements spasmodiques; la mort eut lieu après 12 heures et l'autopsie ne révéla aucune lésion.

Il est inutile de nous étendre davantage.

Rappelons en terminant que des accidents de pareil genre se manifestèrent d'une façon épidémique en 1825. Dans plusieurs cafés de Paris, des personnes se trouvèrent mal d'ingestions de boissons glacées, et plusieurs plaintes furent adressées à la police avec accusation d'empoisonnement.

MM. Vauquelin, Pelletier et Chevalier se rendirent au

(1) Christison, on poisons, p. 120, (third édition).

Observation à Christison

*Curieuse comme un chapitre
aux causes de la mort par ingestion
d'eau froide.*

Café de la Rotonde, au Palais-Royal, visitèrent avec soin les ustensiles, les matières premières, assistèrent à la fabrication des glaces, les goûtèrent sans en être incommodés. L'analyse démontra qu'elles ne contenaient rien de nuisible. On poussa la précaution jusqu'à ne les distribuer qu'en présence d'un commissaire de police, néanmoins plusieurs consommateurs en furent sérieusement indisposés.

Une enquête judiciaire fut établie et la conclusion que les accidents ne provenaient que de l'action directe du froid sur la muqueuse digestive d'individus à jeun et la transpiration.

DES INDIGESTIONS

Leurs funestes conséquences nous sont déjà connues, et elles ont lieu surtout chez des convalescents, des enfants, des vieillards. Ce sont des notions que le médecin légiste ne doit pas oublier. A la suite d'un repas trop copieux, on observe, surtout chez les vieillards, une congestion cérébrale intense, voisine de l'apoplexie ; chez les enfants, ce sont des convulsions qui peuvent devenir funestes.

Enfin mentionnons, sans y insister, l'influence des bains froids pris immédiatement après le repas, et bornons-nous à citer quelques observations empruntées à Tardieu, qui prouveront d'elles-mêmes que fréquemment les indigestions ont pu causer la mort et faire soupçonner un empoisonnement.

OBSERVATION VIII

En 1851, autopsie médico-légale de 2 enfants morts à la suite d'ingestion immodérée de gâteaux, dont la préparation fut reconnue innocente. — Aucune lésion anatomo-pathologique caractéristique. — L'examen chimique des viscères par Chevalier ne révèle pas trace de poison.

OBSERVATION IX

En 1848, autopsie d'un vieillard, mort à la suite d'une trop grande ingestion de gâteaux.

Epanchement ancien à la surface du cerveau, n'ayant aucun rapport avec ce dénouement.

Estomac atteint d'une inflammation très vive, de même pour l'intestin. — Muqueuse noire infiltrée de sang, ramollie, épaisse surtout vers la région pylorique. Nombreuses taches brunes et ecchymotiques.

Une telle inflammation pourrait résulter de l'ingestion d'un poison irritant.

L'analyse chimique, pratiquée par Chevalier et nous, ne donne qu'un résultat négatif,

OBSERVATION X

MORT PRESQUE SUBITE ATTRIBUÉE A UN EMPOISONNEMENT
PAR UN MÉDICAMENT MAL PRÉPARÉ. INDIGESTION
PROBABLE.

Autopsie du sieur M..., peintre, 33 ans. — Le 10, à 6 heures du matin, ce jeune homme prend, pour un pityriasis chronique du cuir chevelu, un purgatif ordonné par le docteur Piégu (calomel, 0,50, scammonée, 0,50). Il avait dîné la veille comme de coutume; mais couché aussitôt après le dernier repas, il s'était livré à des actes qui étaient de nature à troubler sa digestion, et, au dire de sa femme, il avait pu se trouver dans des conditions très défavorables à l'emploi d'un purgatif. Un quart d'heure après l'ingestion du médicament, il est pris de vertige, malaise, oppression, nausées, faiblesse générale. Il ne tarde pas à perdre connaissance. Vomissements, convulsions, coma et mort. A l'examen de l'abdomen : péritoine sain, pas d'épanchement. L'estomac ne contient pas de matières alimentaires, seulement, plusieurs morceaux d'une matière blanche formée par la magnésie administrée dans les derniers temps; muqueuse saine pour la couleur et la consistance; pas d'infection, d'eschanes ou de perforation. Pas de traces phlegmasiques dans le tube digestif. — En résumé, aucune lésion organique capable d'expliquer la mort.

La mort peut donc être amenée sans lésions, par irritation de la muqueuse stomacale. Elle peut résulter aussi d'une hémorrhagie. Nous en parlerons d'une façon générale à propos des intestins. Nous allons immédiatement rappeler le souvenir des solutions de continuité, qui, permettant aux aliments de s'épancher dans

le péritoine, causent une péritonite suraiguë promptement fatale.

Ces solutions de continuité peuvent être produites, soit par une rupture spontanée, soit par une ulcération quelconque : ulcère simple, tuberculeux, cancéreux. Les premières sont de forme irrégulière, les autres, au contraire, résultat d'un travail pathologique lent, se révèlent sous des formes, pour ainsi dire, géométriques. Beaucoup d'auteurs les ont confondues dans une même description et sous le même titre. Nous en ferons autant, car ce sont des accidents en quelque sorte connexes ; bien souvent, la rupture ne vient que compléter brusquement une perforation que préparait un travail morbide antérieur. La symptomatologie est identique et ne varie que du plus au moins.

Nous prendrons comme type les perforations par ulcères latents de l'estomac.

Ayant à passer en revue tous les organes de l'abdomen, nous ne nous perdrons pas dans les détails. Ainsi, par exemple, un cancer peut amener une perforation mortelle, une fois sur cent, d'après Brinton ; mais pour rentrer dans notre cadre, il faudrait que l'affection soit restée latente jusqu'au dernier moment. Le fait est possible. Nous pourrions en imaginer bien d'autres ; renfermons-nous plutôt dans des vues générales.

DES ULCÈRES LATENTS DE L'ESTOMAC

Nous abordons ici un des points les plus importants et des mieux connus. Beaucoup d'observations en ont été l'objet. Chaussier le premier a montré l'importance de ces perforations au point de vue médico-légal (thèse de l'année 1814). Puis sont venus les travaux de Cruveilhier et de Rokito~~sky~~ky et un mémoire de Grasset. (1). Nous n'ajouterons rien d'original, donnons seulement à cette affection sa place dans le cadre que nous esquissons. Citons d'abord quelques exemples.

OBSERVATION XI (2).

Les accidents par suite de perforation, raconte Cruveilhier, étant quelquefois survenus immédiatement après l'ingestion d'aliments et de boissons, la question a dû être soulevée dans un grand nombre de cas de ce genre. C'est ainsi que les charbonniers de Paris, qui ont toujours mis obstacle à l'autopsie de ceux de leurs camarades qui succombent à la Maison-Royale de santé, voulurent assister, par députation, à l'ouverture du malade dont on va lire l'histoire, persuadés qu'ils étaient que ce malade avait été empoisonné.

Un charbonnier, âgé de 23 ans, constitution athlétique, est apporté mourant à la Maison-Royale de santé le 15 décembre 1829. Abdomen ballonné, extrêmement douloureux par la pression ; coliques atroces ; face profondément altérée ; pouls grêle ; extrémités froides. Ce mal-

(1) Grasset : Annales d'Hygiène, etc. 1877.

(2) Curveilhier, *Revue médicale*, 1838. « Et à ce propos une curieuse observation publiée dans ce journal par M. le professeur Bouchacourt. »

heureux; qui a toute sa connaissance, demande à grands cris du soulagement. Interrogé sur la cause de cette péritonite suraiguë, il répond que depuis dix jours il éprouve un léger malaise, qui ne l'a pas empêché de continuer ses travaux, ni même de commettre des excès de boisson. La veille du jour de son entrée, au matin, ayant un sac de charbon sur les épaules, il est pris de douleurs abdominales tellement vives, qu'il peut à peine gagner son logis. Un médecin appelé se contenta d'une application de sangsues sur l'abdomen, et le lendemain le fit transporter à la Maison-Royale, où il mourut 3 heures après son entrée.

Avant l'ouverture, j'annonçai que nous allions trouver une perforation spontanée de l'estomac ou des intestins, si toutefois la perforation n'était pas la suite d'un empoisonnement. L'abdomen ouvert avec précaution, nous avons trouvé dans la cavité du péritoine une grande quantité de gaz, des fausses membranes et un liquide boueux. Pour mieux reconnaître le lieu de la perforation, j'ai fait insuffler de l'air par l'œsophage; aussitôt cet air s'est échappé avec bruit au niveau du pylore, et la perforation, masquée par des fausses membranes, a apparu. L'estomac, ouvert du côté opposé à la perforation, nous a présenté une altération en forme de zone, qui occupait toute la circonférence de l'orifice pylorique. Le fond de cette ulcération était formé par des fibres musculaires, et la perforation occupait l'un des points de cette zone.

OBSERVATION XII

En 1844, M. Peste communiqua à la Société anatomique un fait qui rentre tout à fait dans la catégorie que nous étudions

Il y a cinq jours, un homme mange abondamment d'un mets qui avait été cuit dans un vase de cuivre. Dans la nuit il fut pris d'une

douleur très vive dans l'estomac, de nausées et de vomissements. Transporté à l'hôpital le matin, vers sept heures, il était dans l'état suivant : face très altérée, grippée, traits contractés. Le ventre est extrêmement retractoré au niveau de l'épigastre, et développé dans la région sous-ombilicale. Il est très tendu, très sensible à la pression, et le siège de douleurs extrêmement vives; vomissements d'environ deux cuvettes d'une matière liquide, d'une odeur aigre, ressemblant à du vin altéré par la digestion, mais ne présentant pas de détritüs d'aliments reconnaissables. Constipation. On diagnostique une péritonite; on fait appliquer des sangsues sur le ventre, et administrer deux lavements purgatifs. Le second seulement fit effet. Le lendemain, le malade est extrêmement affaîssé, le pouls est misérable, les vomissements continuent, mais le ventre est ballonné. Mort à sept heures du soir.

A l'autopsie, l'abdomen est très ballonné; lorsqu'on l'ouvre il s'échappe une grande quantité de gaz, ayant une odeur fétide et stercorale. Dans le péritoine, il y a un épanchement de liquide présentant la même odeur; mais on n'y remarque pas de matières alimentaires. Sur l'épigloön gastro-hépatique, il y a de fausses membranes de formation récente. Au niveau du pylore, on trouve une perforation arrondie, ayant 1 centimètre de diamètre environ. La membrane muqueuse de l'estomac n'offre aucune altération, pas le moindre ramollissement autour de cette perforation; mais sur la petite courbure, vers la partie moyenne, il existe trois ulcérations à forme circulaire, larges comme une pièce de 20 à 50 centimes. Les bords sont taillés à pic, et la muqueuse, ainsi que les autres membranes de l'estomac, ne présente aucune altération dans le voisinage. Une de ces ulcérations n'intéresse que la tunique muqueuse, une autre intéresse la muqueuse et la fibreuse, et la troisième s'étend jusqu'à la séreuse, qui est restée seule intacte.

OBSERVATION XIII. (inédite) (1)

M. le professeur Lacassagne et M. le Dr H. Coutagne eurent à faire l'autopsie médico-judiciaire du nommé P..., le 28 janvier 1881. Cet homme, qui vivait en concubinage, mourut dans des circonstances analogues et qui éveillèrent des soupçons criminels contre sa maîtresse. Nous donnons seulement un extrait.

Putréfaction assez avancée.

Le thorax est ouvert, rien à noter.

Ouverture de l'abdomen :

Epanchement dans le petit bassin de 250 grammes de sang, couleur chocolat.

Vascularisation rougeâtre de la première partie de l'intestin grêle, tranchant sur la pâleur de la 2^{me} partie.

Si on récline vers le bas la masse intestinale, on aperçoit, touchant le bord gauche du foie, une ouverture presque ovale ayant de 11 millimètres à 12 millimètres de diamètre, à bords épais, taillés comme à l'emporte-pièce et conduisant dans l'estomac.

Toutes les parties voisines indurées adhérentes : ganglions presque durs et lardacés. En somme, tout indique un travail pathologique de date ancienne.

L'estomac est ouvert. Les symptômes d'un ulcère rond s'accroissent encore plus nets et l'on trouve dans ses parois, l'ouverture béante d'une artériole de 1 millimètre et demi de diamètre. (Examen histologique). Les conclusions détruisent un seul soupçon criminel.

(1) Laboratoire de médecine légale de la Faculté.

OBSERVATION XIV.

Communiquée à la Société anatomique en 1873, par M. Landouzy.

M. Landouzy présente un estomac de volume normal, présentant, sur sa face antérieure, à 1 centimètre du pylore, un orifice elliptique à bords nets et irréguliers, de 5^{mm} dans son grand diamètre.

Examinée par la face muqueuse, l'ulcération apparaît parfaitement circulaire; elle occupe le fond d'une petite cavité quadrangulaire à bords saillants taillés à pic. L'orifice pylorique, de même que les autres parties de l'estomac, est absolument sain: il n'y a pas trace d'altérations récentes ou anciennes.

Cette perforation a été trouvée chez un jeune homme vigoureux, qui, après ingestion de vin, fit un effort et mourut dans des circonstances analogues à celles décrites déjà dans les deux observations précédentes.

Mentionnons enfin une observation racontée par Grasset et qui lui suggéra l'idée de son mémoire.

OBSERVATION XV.

Le vendredi 2 février, je fus appelé chez le nommé R. F... rue de Laverune à Montpellier. Je trouvai là un jeune homme de 20 ans qui souffrait horriblement du ventre et qui avait des vomissements continuels.

Les accidents avaient débuté après un léger repas composé de pain, de chocolat et d'un demi litre de vin qu'il avait acheté à Palavas.

Par moment les crises deviennent plus fortes. Le ventre est excessivement ballonné et douloureux au toucher sur toute son étendue. Les vomissements continuent. Pas de selle. Pas de chaleur à la peau; le pouls est petit, concentré, les extrémités un peu refroidies. Le malade succombe vers les 4 heures et demie de l'après-midi.

La justice s'émue naturellement de ce fait et l'autopsie judiciaire eut lieu à la Faculté de médecine dans le laboratoire de médecine égale.

L'abdomen est très volumineux, fortement tendu; dès le premier coup de bistouri, il se fait un énorme dégagement de gaz et le ventre s'affaisse; c'était de la tympanite péritonéale et non intestinale. Le péritoine est tapissé d'un exsudat blanchâtre, granuleux surtout abondant à la partie supérieure du ventre. Dans le fond de la cavité abdominale est un liquide duriforme, rougeâtre, en quantité modérée. Le paquet intestinal et l'estomac sont très légèrement météorisés. Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume et rougeâtres; le foie est gras. Il n'y a rien à noter dans les autres organes, sauf l'estomac.

A la face antérieure de cet organe, à peu près sur l'axe prolongé du cardia, se trouve une ouverture arrondie, à bords très nets, à l'emporte-pièce, ayant 0,004 mm. de diamètre. Cette ouverture est béante et facilement aperçue sans pratiquer d'insufflation. Vu par la face intérieure, l'ulcère est situé à 0,005 mm. environ au dessous du cardia et est taillé en bec de flûte. Une partie, la partie droite correspondant à la moitié de la circonférence, est taillée à pic, et répond exactement au bord de l'ouverture extérieure. L'autre moitié, au contraire, la partie gauche, est taillée en biseau très incliné et aboutit au bord de l'ouverture extérieure. Dans cette partie, la muqueuse est détruite sur une plus grande étendue que la tunique musculieuse. De là une forme elliptique à l'ouverture intérieure, qui mesure 0,004 mm. sur son petit diamètre et 0,007 mm. sur le grand. Toute la muqueuse de l'estomac présente un aspect mamelonné dû à de l'emphysème sous-muqueux.

Nous pourrions multiplier ces citations, leur fréquence appelle une attention toute particulière de la part du médecin.

Une personne, le plus souvent jeune et bien portante, (Niemeyer (1) cite le cas d'un jeune médecin mort rapidement d'ulcère rond de l'estomac, qu'il avait très bien diagnostiqué au dernier moment et affirmait n'avoir jamais ressenti de malaises antérieurs), d'autres fois une femme dyspeptique ou chlorotique, comme le raconte Brinton (2), est prise tout à coup d'une violente douleur épigastrique à la suite d'un repas copieux, d'un effort quelconque, etc.

La douleur est atroce, cause parfois de lipothymies, revient par accès, est suivie de vomissements.

Le ventre est excessivement ballonné, très tendu et douloureux au toucher. La constipation est la règle.

La face est altérée, grippée, couverte de sueurs froides, la peau froide, le pouls petit, misérable, la mort arrive dans le collapsus.

Après la mort, soupçon de crime et autopsie judiciaire.

Le plus souvent l'abdomen est volumineux, fortement tendu par des gaz qui se dégagent au premier coup de bistouri.

Le péritoine est tapissé d'un exsudat blanchâtre; fausses membranes en partie rompues, ayant joué un rôle important, car grâce à elles, l'ulcère a pu évoluer insidieusement jusqu'au moment où elles ont cédé à un

(1) Niemeyer, traité de path. interne; p. 615.

(à rapprocher de la mort subite dans les mêmes conditions du chimiste Darcet.)

(2) Brinton, des maladies de l'estomac, 1870,

petit effort: toux, éternument, défécation, distension de l'estomac par des gaz, etc.

L'estomac est alors examiné, la muqueuse est généralement saine, mais en un point dont le siège est indifférent on rencontre alors une, quelquefois deux ulcérations arrondies de forme géométrique, taillées à l'emporte-pièce, à bords lisses et cicatrisés.

C'est l'ulcère simple de Cruveilhier, avec ses caractères anatomo-pathologiques, que le médecin doit connaître. Par sa connaissance approfondie, par la considération des antécédents et des symptômes qui ont précédé la mort, et par le défaut de matières toxiques, que le chimiste, appelé au besoin, n'aura pas rencontrées, l'homme de l'art ne sera plus capable des méprises qui avaient encore lieu au temps de Chaussier.

Nous faisons allusion à un cas de ce genre arrivé en 1819 où six médecins à la fois déclarèrent, en présence d'un ulcère rond: « que la lésion était due à l'ingestion d'une substance toxique, aucune maladie ne pouvant détruire une aussi grande portion de substance animale vivante ».

Ce fut le triomphe de Chaussier, de sauver un innocent !

b). INTESTIN

A propos de l'intestin, nous passerons en revue les hémorrhagies, les perforations, l'histoire des vers intestinaux, l'étranglement interne.

HÉMORRHAGIES GASTRO-INTESTINALES

Nous n'avons pas à nous étendre sur les hémorrhagies, soit de l'estomac, soit de l'intestin. Leurs causes sont connues, leurs symptômes suffisamment manifestes, lorsque de leur abondance résulte une mort rapide. Dans le cas où elles sont latentes, l'écoulement de sang se fait lentement dans l'intestin; on constate un ballonnement progressif du ventre et une décoloration des téguments, le pouls est petit, le corps froid, le malade est en proie à des syncopes répétées au moindre mouvement qu'il fait. Il nous semble assez rare que des soupçons d'empoisonnement puissent s'en suivre. L'autopsie suffirait pour les faire taire. Nous ne parlerons que des hémorrhagies idiopathiques chez le nouveau-né et chez l'adulte.

Chez le nouveau-né, le médecin-légiste devra avoir à la pensée la possibilité d'une mort foudroyante par hématoméso et méso.

Kiwisch de Prage (1) en attribue la cause à une ligature trop prompte du cordon, Porak (2), au contraire, à une ligature trop tardive; quoiqu'il en soit, ce souvenir ne sera pas inutile, la mort d'un enfant éveillant tout particulièrement des soupçons de crime.

Chez l'adulte, l'hémorrhagie intestinale, comme le dit

(1) Apoplexie abdominale des nouveaux-nés. In Gazette médicale de Paris, 1841.

(2) Porak, Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, 1878.

Tardieu (1), se présente si rarement sous forme essentielle, que l'on ne saurait mettre trop de circonspection dans le jugement à porter sur les causes auxquelles elle peut être attribuée, surtout si l'on songe que certaines substances végétales fortement purgatives déterminent un afflux considérable de sang, et parfois même une hémorrhagie dans l'intestin.

Tardieu cite un exemple remarquable dans lequel, malgré toutes les apparences d'un empoisonnement par la bryone, la mort ne dut être rapportée qu'à une hémorrhagie spontanée, après une analyse faite avec le plus grand soin, et des expériences on ne peut plus complètes, entreprises par le Dr Regnault, professeur à la Faculté de médecine.

OBSERVATION XVI.

HÉMORRHAGIE INTESTINALE; EMPOISONNEMENT SUPPOSÉ
PAR LA BRYONE ADMINISTRÉE DANS UNE POTION DITE HOMŒOPATHIQUE.

Le sieur Culloz, âgé de 40 ans, valet de chambre depuis 25 ans chez le marquis de P..., était très partisan de l'homœopathie. Le docteur Hahnemann était pour lui une sorte de Dieu.

Le lundi 10 mars 1851, premiers symptômes de grippe; dès le premier jour de l'administration de la bryone, colique au niveau de l'es-

(1) Tardieu, loc. cit.

tomac ; mardi et mercredi, douleur au niveau de l'ombilic et dans le reste du ventre, il ne pouvait prendre qu'un peu de bouillon de poulet; cependant il s'était levé et il avait passé une partie de la journée debout les dimanche et lundi; dans la journée du mercredi 19, alternatives de calme et d'exacerbation; dans la nuit, vers 4 heures du matin, il est pris de ce qu'on appelle une crise qui consiste principalement dans une extrême agitation au milieu de laquelle il ramenait les membres inférieurs sur l'abdomen et se plaignait d'atroces coliques.

Le 20, reprise de douleurs très vives.

Le 21, consultation du docteur Amussat; celui-ci, à son arrivée, constate des vomissements bilieux très fréquents, des coliques vives, un foie altéré, le pouls faible et fréquent, des sueurs froides, le ventre rétracté, douloureux à la pression la plus légère, surtout à la région sus-ombilicale. Bientôt après, déjections alvines et vomissements composés surtout de mucosités sanguinolentes. Mort à une heure et demie du matin.

Autopsie :

Ouverture du crâne.

Ouverture du thorax.

Ouverture de l'abdomen.

Le 1^{er} fait qui frappe c'est la coloration brun-rougeâtre de la masse intestinale et la distension du tube digestif par un liquide.

Il n'y a pas la moindre trace d'inflammation du péritoine qui ne présente ni adhérences, ni fausses membranes, ni épanchement d'aucune sorte; l'estomac contient une petite quantité d'une matière brun-noirâtre qui n'est autre chose que du sang décomposé; la membrane muqueuse en est pourtant imprégnée; elle n'offre ni ulcération, ni perforation, ni dégénérescence organique.

La face interne de l'intestin est, dans toute son étendue, d'une couleur rouge extrêmement foncée, allant dans certains points jusqu'au noir, due à une congestion sanguine portée au plus haut degré; elle est de plus recouverte par une grande quantité de sang liquide qui remplit le calibre du tube digestif. On constate en même temps que nulle part les follicules soit isolés, soit agglomérés, ne sont développés. Il n'y a pas non plus d'ulcération ni de perforation. Le foie, etc.

Nous concluons que le sieur Culloz est mort d'une hémorrhagie gastro-intestinale consécutive à une irritation extrêmement violente et suraiguë de la membrane du tube digestif.

Il n'était atteint d'aucune affection ancienne ou récente qui fût de nature à produire la lésion à laquelle il a succombé.

Celle-ci a été très vraisemblablement déterminée par l'ingestion d'une substance vénéneuse très irritante dont l'analyse chimique peut seule démontrer la présence et la nature.

Les résultats complètement négatifs de l'analyse du reste de la potion, la recherche la plus minutieuse des poisons minéraux et végétaux dans les organes, enfin des expériences faites sur des animaux vivants qui n'ont éprouvé aucun effet de l'ingestion d'extraits faits avec les viscères supposés empoisonnés, sont venus détruire l'hypothèse si vraisemblable d'un empoisonnement.

DES PERFORATIONS DE L'INTESTIN

Nous ne répéterons pas à leur sujet ce que nous avons déjà dit pour l'estomac. Mêmes causes auxquelles nous pourrions ajouter l'action des corps étrangers et des vers intestinaux.

Les corps étrangers volumineux ne s'introduisant pas dans l'organisme à notre insu, ne surprennent point par la gravité des accidents qu'ils amènent.

Une mention spéciale seulement pour des corps petits, mais dangereux par leur forme, tels que noyaux de cerise, pépins de pommes, etc. Nous pouvons les avaler sans nous en douter et ils jouent assez fréquemment un rôle fâcheux dans l'appendice iléo-cœcal dont ils

déterminent l'inflammation et la perforation suivie de péritonite suraiguë.

Quant à l'action des vers intestinaux, elle est tout autre. Malgré un grand nombre d'observations ayant trait à une perforation par les entozoaires, des esprits judicieux se refusent à une pareille interprétation, nous en reparlerons à un autre point de vue.

Le perforations intestinales se montrent avec une physionomie particulière et comme un accident *sui generis*, sur deux points de l'intestin, dans le duodénum et dans le cœcum muni de son appendice.

N'ayant pas trouvé d'autopsies judiciaires relatives à l'appendice iléo-cœcal, quoique la possibilité du fait soit attestée par de nombreuses observations cliniques (1) nous préférons donner une large part aux perforations du duodénum.

Nous citerons, à cet effet, une observation typique et détaillée, due à l'obligeance de M. le Dr Coutagne, et nous y ajouterons un exemple de perforation dû à une autre cause, à un rétrécissement de l'intestin.

(2) Larret-Lamalègue. Des perforations de l'appendic iléo-cœcal.
Thèse de Strasbourg, n° 598, 1862.

OBSERVATION XVII (inédite).

DE LA PERFORATION DE L'INTESTIN PAR UN ULCÈRE
SIMPLE DU DUODÉNUM

(*Laboratoire de Médecine légale de la Faculté de Lyon*)

Le 23 mai 1883 à 9 heures du matin, M. Coutagne a pratiqué, à la Faculté de médecine, l'autopsie du nommé Laveste, Paul-Marie, âgé de 48 ans, domicilié rue Romarin, n° 20, et décédé dans les circonstances suivantes.

Cet homme avait joui en somme, jusqu'à présent, d'une santé moyenne; de fréquents écarts alcooliques n'avaient pas influé notablement sur elle, et, jusqu'à la veille de sa mort, il avait pu vaquer à ses occupations. Depuis quelque temps seulement, il se plaignait de douleurs assez vives dans la région de l'estomac, douleurs calmées surtout par l'ingestion des aliments; mais ni vomissements sanguins ou autres, ni symptômes gastriques sérieux l'avaient empêché de mener une existence en apparence normale

Le dimanche 20 mai, revenant de Vienne où il avait diné, vers les cinq heures du soir, immédiatement *après avoir bu en compagnie d'amis, une bouteille de vin*, cet homme éprouve des douleurs extrêmement vives dans toute la région abdominale, et rentre chez lui dans l'état le plus grave, il est algide et a des vomissements incessants. Le pouls est petit et singulièrement ralenti. Le docteur Bernay, appelé auprès de lui, ne constate que 52 pulsations à la minute, les symptômes augmentent progressivement d'intensité, les vomissements, accompagnés de selles diarrhéiques, se multiplient malgré le traitement institué, et, le 31 mai, vers les cinq heures du soir, au moment où le malade se levait pour aller à la selle, il tombe mort sur le matelas étendu à terre à côté de son lit.

Le bruit d'un empoisonnement se répand dans le public, et une autopsie judiciaire est ordonnée.

Autopsie (par un temps chaud)

Examen extérieur, putréfaction marquée surtout par le tympanisme abdominal et thoracique, par des lividités verdâtres très accusées, des phlyctènes disséminées sur toute la partie gauche du tronc, et par la distension gazeuse du scrotum.

La rigidité a complètement disparu.

Les dents sont serrées, la langue est en arrière des arcades dentaires, dans l'intervalle desquelles on trouve des débris alimentaires d'origine végétale.

Examen intérieur:

Cavité abdominale; à l'ouverture de l'abdomen on trouve dans la cavité péritonéale environ 1 litre d'un liquide trouble, jaunâtre, au milieu duquel nous recueillons quelques débris herbacés identiques à ceux que nous avons notés à la bouche.

Surcharge graisseuse du péritoine, dont les deux feuillets, surtout le pariétal, présentent en différents points une surface dépolie à arborisations rouges, sans fausses membranes, collections purulentes ou autres signes d'inflammation plus caractérisés.

En soulevant le foie, on constate à la région pylorique une perforation du tube digestif située à la face antérieure, et ayant à priori tous les caractères de l'ulcère simple de Cruveilhier.

Nous extrayons encore de son orifice arrondi des débris alimentaires végétaux identiques.

Sur la partie du colon transverse qui est située immédiatement en dessous, nous notons que le péritoine présente des lésions inflammatoires plus prononcées que le reste de cette séreuse.

Nous plaçons une double ligature sur le cardia, et une autre double ligature à quelques centimètres au dessous de la perforation.

Les organes séparés ainsi sont enlevés et ouverts.

Nous constatons que l'estomac est distendu par des débris alimentaires incomplètement digérés, parmi lesquels nous reconnaissons plus facilement des œufs et des feuilles de salade; la muqueuse est pâle, divisée en îlots, par des colonnes assez saillantes, mais sans lésions ulcéreuses ou autres.

Le duodénum est rempli de bile, c'est aux dépens de sa première portion, à un centimètre au dessous du pylore que s'est développée la perforation; cette lésion a une forme ovale ou plutôt à peu près circulaire de 0,011 mm. de diamètre.

Elle est située, comme nous l'avons dit, à la partie moyenne de la face antérieure de l'intestin.

A sa surface extérieure, nous notons l'existence d'une bride blanche nacrée, fibroïde, de 0,025 mm. de long, étendue verticalement au dessous de la perforation, entre la face externe de l'intestin et le repli péritonéal immédiatement au dessous.

Les bords de l'ulcération sont indurés surtout à sa partie inférieure. L'ulcère est manifestement creusé à pic et affecte une direction légèrement en entonnoir de dedans en dehors. Ce qui contribue encore à ne laisser aucun doute sur le processus pathologique de cette lésion, c'est l'existence, en un point diamétralement symétrique à la face postérieure du duodénum, d'une dépression cupidiforme avec induration du tissu environnant de 0,002 mm. de profondeur, de même dimension que l'ulcération précédemment décrite et qui est évidemment produite par la cicatrisation d'un ulcère de même nature.

Le reste de l'intestin est ouvert, mais nous n'y trouvons rien de particulier à noter, excepté des matières fécales diarrhéiques; le gros intestin contient quelques matières dures.

Le foie pèse 2.250 gr., il est très friable à la coupe et atteint d'une dégénérescence graisseuse généralisée.

Les reins sont pâles et atteints de la même dégénérescence.

Thorax: Adhérences pleurales généralisés à droite, moins nombreuses à gauche.

Poumons normaux.

Cœur flasque, contient des caillots dans les quatre cavités, surtout à droite, ses valvules sont saines.

Pas d'athérome sensible des gros vaisseaux.

L'ouverture du crâne a été jugée inutile.

OBSERVATION XVII (1)

MORT RAPIDE PAR PERFORATION INTESTINALE CONSÉCUTIVE
A UN RÉTRÉCISSEMENT. — SOUPÇONS DE MEURTRE

La femme d'un menuisier, âgée de 45 ans, tomba subitement malade le 27 février 1877, avec des symptômes de vomissements et de violentes douleurs abdominales. La mort survint au bout de dix heures dans le coma. Le mari fut accusé d'avoir exercé des violences sur sa femme.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoula une quantité considérable d'un liquide trouble, purulent et mêlé de flocons, les anses intestinales étaient collées les unes aux autres et couvertes de fausses membranes blanchâtres et se détachant facilement. Sur un point de l'intestin superficiellement placé et éloigné de trois millimètres du pylore, on trouva un rétrécissement du canal intestinal de 4 centimètres de long. La partie rétrécie était dure et calleuse au toucher et couverte de fausses membranes. Après avoir enlevé celles-ci, on constata immédiatement au-dessus du rétrécissement, une perforation de la grandeur d'une lentille arrondie dont les bords rongés étaient irréguliers et amincis. Sur le reste du canal intestinal, on ne trouva pas d'autre lésion. Après avoir ouvert l'intestin, on trouva à l'endroit rétréci une cicatrice blanchâtre, lisse, calleuse et dure au toucher, faisant tout le tour de l'intestin et dont l'étendue longitudinale mesurait 3 centimètres. Le diamètre transversal de la partie calleuse mesurait 5 centimètres, tandis que le diamètre de l'intestin était de 9 centimètres au-dessus et de 7 centimètres au-dessous du rétrécissement. A 5 millimètres au-dessus du bord supérieur de la partie calleuse se trouvait une perte de substance allant jusqu'au revêtement péritonéal, à bords bour-

(1) Professeur Maschka. — Prag. Viertelyarsch 86, page 43, 1877

soufflés, calleux et colorés en gris; cette perte de substance large de 3 millimètres faisait le tour de l'intestin comme un anneau. C'est au milieu de cette perte de substance que se trouvait la perforation dont nous avons parlé. Une enquête ultérieure apprit que cette femme avait été malade cinq ans auparavant en présentant de violentes douleurs abdominales, des vomissements, des pertes de connaissance, de sorte qu'on avait pensé alors à un empoisonnement. Depuis ce temps, la santé de cette personne avait toujours été chancelante.

VERS INTESTINAUX

Nous avons exprimé notre opinion au sujet des prétendues perforations qu'ils ont amenées. Ils sont intéressants à un autre point de vue : ils amènent des morts rapides que l'on ne peut expliquer que par l'irritation qu'ils produisent sur la muqueuse intestinale. Les deux observations suivantes à l'appui.

OBSERVATION XVIII (1)

ENTOZOAIRE — MORT SUBITE.

« Enfant ayant succombé inopinément. Autopsie faite par autorité de justice, tout fut trouvé à l'état naturel, à l'exception d'une grande quantité de vers dont la présence suffit pour expliquer la cause de la mort.

(1) Ebermaier, *Rust's Magazin für die gesammte Heil-Kunde.* — *Gaz. méd.* 1834, p. 615.

OBSERVATION XIX

ENTOZOAIRE. — MORT SUBITE

Une jeune fille de 8 ans, assez faible, mais ayant cependant toujours joui d'une bonne santé, éprouve tout-à-coup de violentes coliques, accompagnées de vomissements, d'évacuations alvines sanglantes et d'une espèce de coma. M. Stern trouva le ventre tendu, volumineux, douloureux, le pouls à peine sensible. Puis, pendant qu'il était là, il survint des convulsions et la jeune fille eut une syncope et cessa de vivre, n'ayant souffert que 5 heures environ.

Une autopsie judiciaire fut ordonnée et permit de constater la présence de treize ascarides lombricoïdes dans l'estomac, et de plusieurs centaines de ces entozoaires dans le canal intestinal, et principalement dans l'intestin grêle. Ce qu'il y avait de plus curieux, c'est que la malade n'avait jamais rendu d'ascaride, et pendant sa vie, n'avait pas eu d'accidents propres à l'helminthiase.

ÉTRANGLEMENT INTERNE

Nous finissons avec lui ce qui a trait à l'intestin.

C'est en se basant sur des morts dues à des hernies étranglées, réduites, ayant amené cependant la mort, et une mort inexplicable par l'exiguité de la lésion, que Gubler a fondé sa théorie du péritonisme. Nous en avons parlé au début de notre travail. Contentons-nous ici de citer des observations.

(1) *Stern, Méd. Jarhb des osterr. Staats Bd. XXII. p. 547 1837*

OBSERVATION XX (1)

ETRANGLEMENT INTERNE DE L'INTESTIN QUI A PU EN IMPOSER POUR UN EMPOISONNEMENT

« La demoiselle Hullin, Virginie, 28 ans, danseuse à l'Opéra, avait éprouvé, durant son existence, un grand nombre d'indispositions du côté des voies digestives.

Elle se maria en septembre 1828, sa santé avait été rétablie par un régime rigoureux, et elle continua à être parfaite jusqu'au mardi 17 février 1829. Ce jour-là, se manifestèrent des vomissements réitérés de matières glaireuses, alimentaires, anxiété, agitation extrême, peau froide, pouls petit, ventre douloureux. Le mercredi, les symptômes s'amendent. Le jeudi, ils redoublent d'intensité : vomissements de matières jaunâtres et fortement colorées, mais sans odeur. On se demande si la malade n'a rien pris qui puisse expliquer cette coloration. Les vomissements augmentent en fréquence et les matières vomies devinrent noirâtres et fécaloïdes. Pouls petit, fréquent, ventre ballonné, traits de la face altérés. La malade expire à 10 heures du soir. »

Devant certaines présomptions de crime, le mari réclame l'autopsie. L'examen médico-légal fut fait par Orfila, et les intestins furent l'objet d'un examen particulier, aucun indice n'ayant été remarqué dans les autres organes.

En déroulant les intestins, on découvrit que la mort était due à un étranglement produit par une bride celluleuse et grasseuse qui circonscrivait l'iléon. Cette ligne n'avait pas plus d'un quart de ligne de

(1) Rostan, médecin de la Salpêtrière, *Arch. g. de Médecine*, t. 19, p. 333 de la 7^e année.

diamètre dans la moitié de sa longueur. Voici la réponse d'Orfila dans son rapport :

« Un appendice graisseux d'environ un pouce de longueur, d'une largeur d'une ligne et demie dans son plus grand diamètre, adhérente par une extrémité à l'une des faces du mésentère, dans le voisinage de l'intestin, était venu contracter une adhérence morbide, à l'aide d'un filet ligamenteux, vers la face opposée de l'endroit correspondant du mésentère, de manière à comprendre l'iléon comme un anneau comprend une bourse.

Cet anneau celluleux ayant comprimé l'intestin, intercepté le cours des matières alimentaires et le cours du sang, explique de la manière la plus satisfaisante, et les accidents arrivés pendant la vie, et les traces trouvées après la mort.

Que si l'on nous demande comment a pu se former l'anneau celluleux que nous avons décrit ? Comment cet appendice a pu contracter adhérence vers le point opposé du mésentère ? Comment l'étranglement est plutôt arrivé dans ce moment que dans un autre ? Nous dirons que nous devons nous abstenir de toute réponse, la nature ne nous ayant pas dévoilé tous ses procédés. »

Quelques années se sont écoulées depuis Orfila, mais on ne pourrait faire de meilleure réponse de nos jours. Aussi nous semble-t-il inutile d'entrer dans de longues considérations à ce sujet.

Citons encore deux observations d'étranglement intestinal empruntées à Tardieu. Nous en aurons fini avec le tube digestif, et nous passerons à l'étude de ses annexes, le poumon et le foie.

OBSERVATION XXI.

HERNIE ÉTRANGLÉE

La femme T..., à Courbevoie, en mai 1853, mourut d'une hernie crurale étranglée, dont les symptômes méconnus avaient présenté une intensité foudroyante. L'homme, avec lequel cette femme vivait en assez mauvaise intelligence, avait été mis en état d'arrestation. Les désordres constatés à l'autopsie motivèrent des conclusions formelles qui amenèrent la mise en liberté immédiate de l'inculpé.

OBSERVATION XXII

ILÉUS

Le sieur T..., rue de la Vieille-Monnaie, à Paris, mourut presque subitement, après avoir eu des vomissements répétés. Il était atteint d'un iléus des plus considérables, avec étranglement de 4 ou 5 anses, très étendues d'intestin grêle. La mort avait été attribuée à une erreur de la femme du défunt, dans l'administration d'une potion composée, où entraient des substances actives. — Cette circonstance seule motiva, malgré l'évidence de la lésion qui avait causé la mort, une analyse chimique, à laquelle j'eus l'honneur de procéder avec M. Devergie, et dont les résultats furent complètement négatifs.

Art. 3. — Du Pancréas

Le pancréas, jusqu'ici, ne paraît pas avoir fourni son tribut à la médecine légale. Pourtant, si nous parcourons son histoire pathologique, nous voyons qu'une mort subite et inattendue a résulté parfois de son altération.

C'est ainsi qu'une dégénérescence graisseuse peut être cause d'hémorrhagies très graves (1).

Zenker (2) a rapporté 3 observations d'individus morts subitement, à l'autopsie desquels on trouva un pancréas graisseux, déchiré, avec infiltration sanguine du tissu péritonéal. Dans une première, c'est un employé de commerce qui mourut subitement en se réveillant, et jusque là n'avait pas accusé de malaise. La nécropsie révéla une infiltration sanguine du parenchyme et de son atmosphère de tissu cellulaire; il y avait aussi un épanchement dans le duodénum.

Dans une deuxième, mêmes lésions, chez un épileptique trouvé mort dans une forêt. La troisième concerne un ivrogne, remarquable comme les deux sujets précédents par son obésité, qu'on trouva mort dans une rivière, et chez lequel on constata une dégénérescence graisseuse avec hémorrhagie du pancréas.

(1) Friedreich (Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie).

(2) Zanker (Berlin, Klin-Wochenschr, 1874. Leipzig, Bd VIII, page 288. N° 48, page 611.

Hittly de Saint-Gall (1) rappelle une observation analogue : à l'autopsie, se trouva une infiltration sanguine abondante au voisinage du pancréas.

M. H. Mollière (2) a observé sur le cadavre d'une femme morte de catarrhe pulmonaire une infiltration sanguine du pancréas. Dans ce cas, l'artère principale de l'organe était oblitérée par un caillot.

Enfin, outre la dégénérescence graisseuse, d'autres affections et, entre autres, le cancer du pancréas, peuvent également causer une fin rapide ; nous en citerons un cas rapporté par *Huber* dans les Archives de clinique allemande (3).

OBSERVATION XXIII

J. R..., âgé de 35 ans, très-vigoureux, bien musclé. Je le traitais le 5 mai 1862, pour une douleur violente à l'épigastre et des vomissements ; le 6 mai, il avait un léger ictère de la face. Les accidents revinrent avec violence dans la nuit du 7 mai ; mais ils cédèrent cependant à la morphine à faibles doses. Je croyais être en présence d'une colique hépatique, et je prescrivis des alcalins. Je recherchai également dans les selles les concrétions. Jusqu'en décembre, l'état général fut satisfaisant.

Le 29 décembre, une douleur violente éclata dans l'épigastre : morphine.

(1) Hittly de Saint-Gall (Correspondenz Blatt, für Schweizer, 15 nov. 1877.

(2) H. Mollière, Art. pancréas in. Dict. de Méd. et de Chir. pratiques.

(3) Huber : Deutsch. Archiv. für Klin. Méd., vol. XV, p. 455.

Le soir, le malade se plaignait seulement de pesanteur dans l'estomac; les douleurs avaient disparu, pas de dyspnée, le pouls faible et les mains froides. A 3 heures du matin, il mourut sans convulsions, après avoir pris, une heure avant, une tasse de café noir.

L'autopsie montra un néoplasme s'étendant depuis la tête du pancréas, engainant le canal cholédoque facilement perméable à la sonde, et descendant jusque vers le pédicule du mésentère. Dans ce néoplasme, qui présentait les caractères microscopiques du carcinome simple, on voyait nombre de points hémorrhagiques et pigmentés.

Ce tissu, de nouvelle formation, avait 5 pouces de longueur, 2 1/2 de large et 3/4 d'épaisseur, etc.

Dans tous ces cas, la mort a été l'objet d'une discussion, et rapportée au choc nerveux par Zenker, qui rappelle les expériences de Goltz. — On ne peut formuler une hypothèse plus plausible, surtout quand on doit écarter toute idée d'empoisonnement.

Peut-être quelque jour un médecin aura-t-il à faire des expertises judiciaires pour des cas semblables.

C'est dans cette pensée que nous les avons rappelés.

Art. 4. — Du foie et des voies biliaires.

a). — DU FOIE

Les affections de cet organe si important dans l'économie ne fournissent pas un bien grand apport à l'ensemble de notre travail. Ceci s'explique bientôt, si l'on considère que ses lésions se produisent lentement,

et, même à l'état aigu, ne laissent pas prise aux soupçons de crime, grâce à leurs symptômes particuliers : ictère, déformation, douleur dans l'hypochondre droit, etc.

L'ictère, par exemple, trahit aussitôt le siège de la lésion, la cause de la mort et s'il est vrai qu'une intoxication par le phosphore, l'éther, le chloroforme peuvent aussi le produire, il est très facile du moins de reconnaître ces variétés d'empoisonnements.

Nous avons donc à éliminer toutes les maladies à évolution lente, ou à caractères tranchés. Il ne nous restera à parler que des hémorrhagies du foie prétendues foudroyantes et imprévues, des altérations vasculaires de l'artère hépatique ou de la veine porte, de tout ceci par hypothèse, mais avec certitude des kystes hydatiques.

Les hémorrhagies du foie sont rares, liées à l'impaludisme, au scorbut et autres affections semblables, et se révèlent par les symptômes signalés.

Cependant certains auteurs, Louis, Honoré, Andral ont cité des hémorrhagies hépatiques qui, sans aucun symptôme préalable, ont éclaté tout à coup et tué ceux qui en étaient affectés au bout d'un temps très court.

Andral rapporte le fait d'un administrateur de la Monnaie, mort ainsi subitement, sans le plus léger malaise antérieur. A l'autopsie on trouva une vaste quantité de sang dans l'abdomen, et sur la partie convexe du lobe droit du foie, l'extrémité du doigt pouvait pénétrer dans une ouverture qui donnait accès dans une cavité de la grosseur d'un œuf de poule, au fond de laquelle existait un rameau ulcéré de la veine porte. Malheureusement, Andral ne parle pas des altérations de la paroi des vaisseaux.

Il est probable, dit Frerichs (1), que ces hémorrhagies résultaient d'une altération inaperçue des tuniques du vaisseau ; il rapporte lui-même un cas de dégénérescence adipeuse des membranes de la veine porte qui en amena la déchirure et par suite une hémorrhagie mortelle.

Quoiqu'il en soit, ces lésions sont peu fréquentes et les morts subites et inattendues qui en résultent sont possibles, mais infiniment rares.

Nous ne parlerons pas des anévrysmes de l'artère hépatique, Crisp les cite dans la proportion de 1 sur 550 et dans tous les cas avec des symptômes manifestes pendant une certaine période de temps.

Quant à la veine porte, son inflammation, la pylé-phlébite adhésive ou suppurative, entraîne des accidents mortels, mais qui toujours ont été prévus pendant une évolution assez longue. Nous noterons seulement qu'il existe, dans la littérature médicale, des exemples en très petit nombre de ruptures de ce vaisseau, sous l'influence sans doute de cette dégénérescence à laquelle Frerichs a fait allusion.

Testa (*Delle malattie del cuore*) cite une observation de Folchi où il s'agit d'une jeune fille qui mourut subitement après avoir mangé sa soupe. La cavité abdominale contenait une masse de sang fluide, l'intestin était couvert de caillots, la veine porte semblait dilatée et présentait une plaie béante large d'un demi pouce.

Meli (*Sulle febbri biliose*), Lobstein (Tr. d'An. path. t. II), Toulmouche (arch. de médecine 1873) ont rapporté des cas analogues.

(1) Frerichs, Maladies du foie.

Bref, nous citons des faits possibles, mais qu'aucune observation médico-légale n'autorise jusqu'ici à faire entrer dans notre cadre.

Il n'en est pas de même des kystes hydatiques :

Nous n'avons pas à les décrire, rappelons seulement que tous les auteurs ont noté l'impossibilité où l'on se trouvait parfois de les reconnaître ; ceci arrive en effet lorsqu'ils sont logés au milieu du foie ou à la partie postérieure. Ils peuvent alors évoluer lentement, acquérir un certain volume et se rompre spontanément dans la cavité péritonéale.

Qu'arrive-t-il ? Une péritonite suraiguë, fatalement et rapidement mortelle d'après Frerichs ; Finsen (arch. de méd. 1869), est moins sévère : sur sept cas de rupture dans l'abdomen, il n'a observé la mort que deux fois, alors que le contenu était purulent. Pourtant nous trouvons là des faits qui entrent bien dans notre sujet par cette évolution lente, et ce dénouement rapide et imprévu. La meilleure preuve en est dans cette observation empruntée à Tardieu (1).

OBSERVATION XXIV.

« Le 2 septembre 1851, nous avons procédé à l'autopsie de la dame L.,..., qui avait succombé très rapidement, en proie à des vomissements incoercibles et à des souffrances intolérables, à la suite

(1) Tardieu, loc. cit.

*En Angleterre, l'usage
des individus qui sont
morts subitement : à l'autopsie
on trouve le kyste hydatique
et la cause de l'infarctus, dans ces cas
Bulle, pour les cas anglais
est mort ainsi*

de circonstances qui pouvaient autoriser une suspicion d'empoisonnement ; elle avait été surprise par son mari en flagrant délit d'adultère. L'examen cadavérique révéla une toute autre cause de mort qui ne pouvait laisser place au doute, un kyste hydatique du foie rompu dans le péritoine où il avait déterminé une inflammation suraiguë ».

Cette observation en suppose d'autres. C'est la seule affection du foie qui nous paraisse jusqu'ici avoir sollicité l'attention du médecin devant la justice.

b.) — VOIES BILIAIRES

La mort, dans les affections des voies biliaires, peut résulter soit d'une péritonite suraiguë, soit d'une action réflexe.

Il y a péritonite suraiguë, lorsque la bile arrive au contact du péritoine. Ceci peut avoir lieu à la suite d'une déchirure des parois de la vésicule ou des canaux excréteurs, mais à l'état sain il faudrait un véritable traumatisme pour amener ces lésions. Elles ne peuvent se produire spontanément qu'après l'envahissement des parois par un travail pathologique quelconque, qui aura toujours eu le temps de se manifester et de créer pour le sujet des antécédents capables d'éloigner toute idée criminelle.

Ici, en effet, nous retrouvons encore des symptômes bien accusés : l'ictère révélateur par excellence de ces affections, les douleurs dans l'hypochondre droit, les ren-

seignements fournis par la palpation, nous avons des anamnestiques.

On a accusé des ascarides lombricoïdes de s'être introduits dans les voies biliaires et d'en avoir causé la perforation. Ceci est douteux et c'est à un point de vue bien différent qu'on doit envisager les accidents qui résultent de leur présence.

Guersaut (dict. de méd. t. XXI) rapporte l'observation d'un enfant qui éprouvait de légers accès de coliques et mourut rapidement dans les convulsions. L'autopsie ne révéla d'autres lésions que la présence de deux lombrics, d'une longueur de 7 à 8 pouces, dans le canal hépatiques et ses bronches.

Lorry, Cruveilhér, Broussais, Laënnec ont cité des exemples analogues de morts rapides au milieu des convulsions et de pareils accidents ont été causés par des distomes lancéolés, des distomes hématobies. (1).

Pour expliquer ces funestes effets nous devons recourir à cette interprétation physiologique à laquelle nous avons fait emprunt déjà souvent, à cette irritation de laquelle résulte une activité réflexe qui, passant par la moëlle épinière et le bulbe, retentit sur le nerf pneumogastrique et occasionne finalement, si l'irritation est intense, un arrêt du cœur en diastole.

«Selon toute vraisemblance (2), c'est surtout par ce mécanisme que surviennent les morts rapides observées dans un certain nombre de cas de colique hépatique calculeuse, par le seul fait de l'irritation nerveuse causée par la présence seule de corps étrangers ».

(1) Article Entozoaires de Luton, in dict. de Jaccoud.

(2) Charcot, maladies du foie.

C'est M. Brouardel qui cite ces paroles de M. Charcot dans une relation (ann. d'hygiène et de méd. lég. 1882), sur un cas de mort subite pendant la durée d'une colique hépatique (1). En pareil cas, il a invoqué un semblable mécanisme et appuyé son opinion sur des faits rapportés par Portal, Curry, Boudet, Durand-Fardel etc. (2).

Voici un extrait de cette observation :

OBSERVATION XXV.

Le 12 Mars 1882, une demoiselle de magasin, âgée de 30 ans, ayant joui jusqu'alors d'une excellente santé, courait vers la gare de Strasbourg se croyant en retard pour prendre un train.

S'apercevant qu'il lui restait encore quelques minutes, elle entra dans un café voisin et prenait un verre de sirop de groseille et d'eau de Seltz.

Quelque temps après, elle fut prise dans le wagon de douleurs abdominales très violentes et s'écriait: « je ne sais ce que je viens de boire, mais je crois que je suis empoisonnée ».

A Nogent-sur-Marne on la conduisit dans un hôtel. Ses souffrances continuaient, il y eut des vomissements incessants, dont la nature ne fut pas indiquée. Un médecin appelé, diagnostiqua une colique hépatique et rassura les assistants; mais contre ses prévisions, la malade succomba dans la nuit vers une heure du matin. A l'autopsie judiciaire, voici ce que contenaient les viscères abdominaux :

Dans l'estomac, des gaz et quelques débris d'orange, la muqueuse

(1) Dans ce mémoire, M. Brouardel déclare que, en médecine légale, le mot MORT SUBITE veut dire simplement mort rapide et imprévue.

(2) Ces observations sont citées dans le mémoire de Brouardel.

colorée en jaune mais saine, le tissu cellulaire sous muqueux infiltré de sérosité. Pas de traces de péritonite.

L'intestin grêle (duodénum et première portion du jéjunum) semblait constituer un cylindre plein et dur. Même infiltration du tissu cellulaire sous muqueux, dans ces deux portions seulement.

Le foie était pâle et exsangue. Le canal cholédoque dilaté. Au niveau de l'ampoule de Vater, on voyait un petit calcul qui faisait hernie, coiffé par la muqueuse comme le gland l'est par le prépuce.

Les parois de la vésicule très épaisses, et dans la vésicule 71 calculs de cholestérine, tous taillés à facettes.

Le pancréas était le siège d'une infiltration hémorragique; les autres organes étaient sains.»

Quelle est la cause de cet œdème, dit M. Brouardel, est-il le résultat d'une lésion nerveuse?

Peut-être, ajouterons-nous, l'action d'une boisson fraîche sur la muqueuse stomacale d'une personne échauffée par la course, est-elle venue s'ajouter pour produire ce dénouement fatal? mais en tous cas, ce sont là des questions qui ne seront résolues que par l'étude de nouveaux faits, et si aujourd'hui nous traitons si brièvement cet article, reconnaissons du moins que le dernier mot est loin d'avoir été dit en pareille matière.

Art. 5. — Rate

Nous avons donné à la rate une place que justifie son importance comme organe vasculaire.

Les gros troncs artériels ou veineux qui en dépendent, artères et veines spléniques, sont sujets à des alté-

ractions que nous noterons au moins en passant, et qui apportent leur tribut à la mort rapide.

Les anévrysmes, par exemple, de l'artère splénique, ne sont pas rares (1), en voici quelques exemples :

Miquel (*Journal du Progrès des Sciences et int. méd.*, 1829, t. XVII, p. 247), cite un anévrysme de l'artère splénique du volume d'une petite noisette, situé à un travers de doigt de la rate, présentant à son sommet une ouverture de la grandeur d'une lentille, en partie oblitérée par un caillot fibrineux. Un épanchement sanguin considérable dans l'abdomen, avait amené une mort foudroyante.

Bérard (*Dict. en 30 vol., art. coeliaque*), raconte, d'après Breschet, que Louis XVIII était atteint d'un anévrysme de l'artère splénique.

Cruvelhier en cite deux cas dans son *Traité d'Anatomie pathologique gén.*, t. II, p. 753. Un autre est signalé par Chambert dans le *Bulletin de la Soc. Anat.* 12^e année, 1837, p. 228.

Les perforations de l'artère splénique en découlent immédiatement. Elles peuvent être le résultat d'une rupture de ces anévrysmes, ou encore de l'extension d'un travail inflammatoire voisin, et aux dépens le plus souvent de l'estomac ou du pancréas.

Caseaux, par exemple, rapporte dans le *Bulletin de la Société anatomique*, p. 250, 1835, un cas de perforation de l'artère splénique par un ulcère simple de l'estomac ; l'hémorrhagie se fit dans les voies digestives et entraîna la mort.

(1) Besnier, art. du *Dict. Dechambre*.

Josselin (Bulletin de la Société anatomique, 10^e année, 1841, p. 209).

Gerdy (*eodem loco*, 18^e année), Perey, Méd. tim. and Gaz. 1866), rapportent des cas analogues.]

De même, les altérations de la veine splénique sont nombreuses et se relient aux affections de la rate, tantôt comme cause, tantôt comme effet. Ce sont des phlébites, des thromboses, des varices avec toutes les conséquences propres aux phlébectasies. — Enfin, la rupture de la veine splénique a été observée.

Besnier, dans son remarquable article, Pathologie de la Rate du Dictionnaire encyclopédique de Dechambre, rapporte que Toulmouche pratiqua l'autopsie d'un médecin qui, au moment où il allait faire une saignée à un malade, fut saisi d'une violente douleur au-dessous de la région du cœur et mourut peu d'heures après : l'abdomen était distendu par du sang liquide et des caillots, dont la masse entourait la rate volumineuse, flasque et presque exsangue. La veine splénique, plongée au milieu d'une masse de sang concrété, ne put être dégagée qu'avec difficulté; ses parois étaient très minces et d'un rouge intense, sa rupture avait eu lieu vers l'endroit où elle se divise en grosses branches avant de pénétrer dans la rate.

Un point essentiel nous semble dominer dans les affections de la rate, c'est que leur gravité se lie à la richesse vasculaire de l'organe. L'hémorrhagie en est l'accident le plus funeste et la terminaison la plus ordinaire.

Aussi, au lieu de réviser les diverses espèces de lésions spléniques qui peuvent amener la mort rapide, et de

faire des suppositions pour les concilier à notre point de vue médico-judiciaire, nous allons nous borner à décrire les ruptures de la rate. Quand la rate se rompt, le sang coule en abondance comme d'un vaisseau rompu. Faire l'histoire des morts rapides par un accident de ce genre, c'est donc nous placer, en même temps, à un point de vue général.

DES RUPTURES DE LA RATE

Elles sont relativement rares dans nos pays, moins cependant qu'on ne le croit généralement.

La rate se rompt plus souvent que le foie et les reins, parce qu'elle est, plus fréquemment que ces organes, et dans des proportions plus considérables, déplacée, augmentée de volume et altérée dans sa consistance.

Voilà trois causes occasionnelles qui se rencontrent au mieux chez des individus atteints de cachexie paludéenne.

L'Europe n'est pas le terrain favori de l'impaludisme, c'est peut-être ce qui explique la moindre importance qu'une pareille question occupe dans notre littérature médicale.

Toutefois des travaux importants ont été écrits sur ce sujet. Besnier cite les suivants :

Bailly (Revue Médicale, 1825, t. IV), Gendrin (Journ. gén. de méd. Juillet 1827), Vigla (Arch. gén. de méd., 1843 et 1844), Eug. Colin (Mém. de méd., chir. et pharm. milit., Paris 1855), travail original, d'une étendue considérable, basé sur des observations personnelles, rempli de faits et d'idées.

N'oublions pas d'y ajouter Besnier lui-même, qui, dans son article, a résumé dans un tableau parfaitement suffisant les conditions dans lesquelles la mort a eu lieu et les lésions que l'on trouva, à l'autopsie, de 36 cas de ruptures spontanés et de 23 de ruptures traumatiques.

Les médecins des pays chauds ont été mieux placés pour observer de pareils faits. Notamment un médecin de l'Inde anglaise, Chevers, dans son *Manual of medical jurisprudence in India* 1870 (ouvrage que nous avons parcouru avec M. H. Coutagne), s'est appliqué à les décrire. Il a recueilli, dans l'espace de onze ans, treize observations, dont une est un exemple de rupture spontanée survenue sans la moindre violence chez un de ses malades européens à l'hôpital de Calcutta.

Tout récemment, le docteur Pellereau, médecin de la police et des prisons à Port-Louis (Ile-Maurice), a fait paraître dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1882, des considérations médico-légales sur les ruptures de la rate. Ce mémoire est pour nous de la plus haute importance, il expose toutes les questions qu'un magistrat peut faire à un expert en pareil cas.

Comme nous n'avons aucune prétention à l'originalité, et que notre seul désir est d'exposer ici des faits bien établis, nous ne saurions mieux faire que d'en donner un résumé :

Sous l'influence de l'impaludisme, la rate est sujette à des altérations profondes et variées dans sa capsule comme dans son tissu. Elle accroit énormément de volume en même temps qu'elle devient molle et friable au point de se rompre soit spontanément, soit à la suite

des plus légers traumatismes. A l'île Maurice, ces ruptures occupent une place importante dans le contingent des morts subites, puisque, d'après une statistique de Pellereau, elles comptent pour le chiffre de treize sur cinquante-quatre.

Nous donnons ci-dessous un tableau résumé de ces treize ruptures ; nous en déduirons avec Pellereau des données générales sur les causes, les symptômes et les lésions trouvées à l'autopsie, enfin nous terminerons par les questions qu'un magistrat peut faire à un expert et les réponses qui sont permises à celui-ci.

Résumé de 13 Observations de Ruptures Spontanées ou Traumatiques

AGE SEX RACE	CAUSES	SYMPTÔMES PARTICULIERS. — MORT	RÉSULTAT DES AUTOPSIES
I. Garçon de 12 ans	Chute d'un sac de sucre sur les lombes.	Perte subite de connaissance. Mort 1 heure 1/2 après l'accident	Pâleur de tous les viscères, aucune ecchymose — 1 litre de sang fluide dans la cavité abdomi- nale, mélangé avec un petit nombre de caillots. Rate énorme, ramollie, divisée par une déchirure irrégulière. Un fragment pendait dans la cavité abdominale retenue par un mince filet de tissu splénique.
II. Homme 40 ans	Chute	Il ne put se relever et expira quelques minutes après.	Ventre bombé. — 1 litre 1/2 de sang avec caillots, capsule couleur gris de fer très-mince, Rupture profonde et bifurquée, aucune marque extérieure de violence.
III. Homme 35 ans	Dans une que- relle l'individu a reçu une simple poussée.	Il s'affaissa après avoir poussé un cri, vomit, rendit une selle et mourut.	1 litre 1/2 de sang avec nombreux caillots. — Rate énorme, très molle, rouge foncé. — Cap- sule très-fine. Prés des gros vaisseaux; laceration étendue, a ant une forme étoilée, à bords plus ou moins dentelés et qui avait ouvert les vais- seaux spléniques. — Foie gras.

N ^o	AGE SEXE RACE	CAUSES	SYMPTOMES PARTICULIERS. — MORT	RÉSULTAT DES AUTOPSIES
IV.	Homme 23 ans	Chute dans un buisson de ra- quettes.	Ne ressentit aucune douleur, se releva et retourna chez lui, et mourut une heure après.	Echymoses sur le flanc gauche. — Dans l'abdomen près de 2 litres de sang liquide mêlé avec une quantité énorme de caillots noirs et durs situés partout, mais surtout dans la région de la rate et la fosse iliaque g. Rate énorme adhé- rente au diaphragme, et à la paroi abdominale mis- sur une table elle ressemblait à une outre pleine d'eau. — Sa couleur était lie de vin. — déchirure triang. de 3 centimètres de profondeur.
V.	Indien 25 ans	Coup de poing dans le ventre.	Mort quelques minutes après.	Lésions analogues, variant seulement du plus au moins, toujours rate ramollie, volumineuse etc.
VI.	Jeune g. 16 ans.	Chute de voi- ture.	Mort 20 minutes après.	Abdomen bombé et ballonné. Beaucoup de sang etc... 3 déchirures. Capsule légèrement épaissie.

N ^o	AGE SEXE RACE	CAUSES	SYMPTOMES PARTICULIERS. — MORT	RÉSULTAT DES AUTOPSIES
VII.	Homme 56 ans	Rupture spontanée	Depuis 3 jours cet homme accusait une violente douleur l'hypoch. gauche. Mort quelques heures après son entrée.	Hépatisation du poulmon gauche. — Cette ob- servation nous montre une rupture spontanée de la rate survenant dans le décours d'une pneu- monie, et donnant lieu à une inflammation partielle du parenchyme splénique qui à son tour devient le point de départ d'une péritonite généralisée.
VIII	Homme 50 ans.	Idem.	Mort subitement dans sa chambre. Il souffrait depuis quelques jours de fièvre paludé- enne et accusait une douleur à l'hypoch. gauche.	1 litre de sang coagulé. Rate pre-que fluide etc. A la face interne, près de l'extrémité supé- rieure, <i>ulcère</i> circulaire de la grandeur d'une pièce de 5 francs à bords élevés et taillés à pic. Au fond de cet ulcère fissure ayant donné lieu à l'hémorrhagie.
IX.	Homme 25 ans.	Passage d'une charrette	Mort 3/4 d'heures après l'acci- dent.	Abondance et multiplicité des lésions.
X.	Homme 44 ans.	Rupture spontanée	Fébricitant, entré à l'hôpital accusant une douleur de l'hyp. gauche. 2 heures après son entrée à l'hôpital il expire.	Ventre saillant, organes sains, rate énorme, ramollie, capsule amincie.

No	RACE AGE SEXE	CAUSES	SYMPTÔMES PART. CULIERS. — MORT	RÉSULTAT DES AUTOPSIES
XI.	Chinois	Coup de pied	Quoique souffrant d'atroces douleurs, il eut la force de marcher jusque chez lui où il arriva pour se mettre au lit. Mort 3 h. 50 minutes après.	Du sperme sur le gland. — Aucune trace de contusion. — Abdomen très bombé. — Abondance de sérosité et de caillots sur la face concave, 2 ruptures à bords irréguliers. — Rate en outre adhérente au lobe G. (du foie).
XII.	Homme 30 ans	Rupture spontanée	Un professeur de langue française entre chez un barbier. A peine assis il demande un verre d'eau, puis sa tête se penche en avant et il meurt sans souffrance.	Organes sains sauf la rate, celle-ci presque liquide, hypertrophie et capsule amincie. L'abdomen est bombé et contient une énorme quantité de caillots. Au centre du parenchyme splénique on aperçoit un os arrondi et de la grosseur d'une pilule de 0,30 centigrammes.
XIII	Homme 44 ans.	Idem.	Survenue dans une salle de l'hôpital des prisons de Port-Louis Le malade présentait le type rémittent ou continu sans complication. Chute subite devant les médecins, et mort 6 h. après	Rate ramollie analogue à une vessie pleine d'eau. — Capsule amincie. — Sur la face concave déchirure en forme d'étoile et assez profonde.

Les causes de ces ruptures ont été déjà indiquées.

Comme on le voit d'après ce tableau, c'est surtout chez des hommes que la rate se rompt; les femmes y sont moins prédisposées à cause de leurs habitudes sédentaires; quant aux nouveaux-nés et aux enfants au-dessous de douze ans, Pellereau n'en fait pas mention.

Cependant Charcot, en 1856, eut à faire l'autopsie d'un enfant qui succomba une heure après la rupture de cet organe; la mère rapportait cet accident à deux chutes qu'elle avait faites pendant sa grossesse; l'explication en fut donnée plus tard : l'enfant était syphilitique et sous l'influence de cette diathèse, la rate avait doublé de volume.

Les symptômes sont en général ceux d'un collapsus plus ou moins intense. Si la lésion est peu étendue et non localisée à l'origine des gros vaisseaux, le malade ressent une vive douleur dans l'hypochondre gauche; il peut encore, pendant quelques heures, continuer ses occupations; mais le résultat est le même, c'est toujours la mort par hémorrhagie, plus brusque lorsque la déchirure est plus étendue, auquel cas les malades tombent souvent sans souffrir.

D'une façon générale, après cet accident, l'individu pâlit, ses yeux se cerclent, son corps se refroidit, en même temps qu'il survient des vomissements et une évacuation involontaire de matières fécales et de liquide spermatique.

La péritonite est rare, seulement lorsque le malade met plusieurs jours à mourir. Ordinairement, la mort est plus rapide, comme on peut le voir d'après ce tableau.

A l'autopsie, qui est d'un intérêt capital pour le médecin légiste, voici ce qu'on observe le plus fréquemment :

Les téguments sont pâles comme dans toutes les morts par hémorrhagie interne. Les parties voisines de l'anus sont souillées de matières fécales, il y a du sperme à l'extrémité de la verge.

Un caractère important attire l'attention, c'est la proéminence du ventre qui est bombé et ballonné, en même temps que le diaphragme est refoulé par l'épanchement sanguin.

Quelquefois des ecchymoses et des écorchures du côté de l'hypochondre gauche, mais c'est loin d'être la règle générale.

A l'ouverture du cadavre, ce qui frappe, c'est la pâleur profonde de la peau, des muqueuses, des tissus cellulaires, de l'aponévrose crânienne, des muscles et de tous les viscères.

Le plus ordinairement, on arrive à l'examen de l'abdomen sans avoir rien noté de particulier.

Alors, l'incision de la cavité abdominale laisse échapper une certaine quantité de sang ou de sérosité sanguinolente mêlée à des caillots plus ou moins gros ou plus ou moins nombreux, et qui se trouve en plus grande abondance dans l'hypochondre gauche. La rate en est entourée.

L'examen de cet organe doit être fait d'abord in situ, puis, pour l'enlever, il devient nécessaire d'employer beaucoup de précautions, elle est quelquefois comparable à une vessie pleine d'eau. Une fois retirée, c'est alors qu'on constate son augmentation de poids et de

volume dans les trois diamètres : antéro-postérieur, vertical et horizontal.

La capsule est ordinairement amincie, plus rarement épaissie.

Le parenchyme est toujours ramolli, couleur tantôt lie de vin, tantôt chocolat. Le tissu subit en outre des altérations qui ne contribuent pas moins à en faciliter la rupture ; on peut les observer à l'œil nu et au microscope. Il y a une atrophie plus ou moins marquée des corpuscules de Malpighi et du tissu fibreux qui forme la trame de l'organe.

Amincissement de la capsule, ramollissement du parenchyme, altération du tissu dans sa constitution intime, tels sont les éléments essentiels de ces ruptures.

Les caractères des déchirures sont infiniment variés, et leur surface est presque toujours recouverte de petits caillots.

Les autres organes de l'abdomen sont généralement sains, à l'exception du foie, qui est hypertrophié et graisseux.

Avec de telles données, quelles sont les réponses que le médecin fera au magistrat ?

Pellereau établit les suivantes :

1° Est-il facile de rompre la rate ? faut-il encore un grand degré de violence ?

Chez des paludéens dont le parenchyme sphérique est ramolli, abondant, dans une capsule amincie, la plus petite violence amène la rupture. Au contraire, chez des individus sains, il faudrait une violence considérable.

2° Est-il nécessaire que le coup ou la chute soit directe ?

Le moindre effort [suffisant pour provoquer la rupture, il est très naturel d'admettre une déchirure par contre-coup.

3. Peut-on distinguer entre une rupture spontanée et une rupture traumatique ?

Hors les cas rares où l'on rencontre, du côté de l'hypo-chondre gauche, des ecchymoses, des écorchures, la réponse est absolument impossible.

4. La rate peut-elle se rompre sous l'influence d'un coup ou d'une chute sans qu'il y ait des marques extérieures ?

La réponse est affirmative d'emblée.

5. Un homme peut-il continuer à marcher ou à vaquer à ses occupations après que la rate s'est rompue ?

Il n'y a aucun doute à ce sujet.

6. Combien de temps un homme peut-il vivre après la rupture de la rate ?

De quelques minutes à plusieurs jours. Le tableau résumé ci-dessus montre que la mort est plus habituellement foudroyante.

Telles sont les conditions que Pellereau a établies sur les ruptures de la rate et que nous avons résumées.

Quoique de pareils faits s'observent de préférence dans les pays chauds, ce n'était pas une raison pour les omettre, d'autant que les paludéens peuvent mourir en tous lieux, et enfin, nous le répétons, avoir traité cette question, c'est avoir parlé également à un point de vue général des morts quelconques par hémorragie intro-abdominale,

Art. 6.— Des organes génitaux (internes de la femme)

Nous ne nous occuperons ici que des organes génitaux de la femme, par la raison bien simple que la trop modeste place dans l'abdomen qu'occupent ceux de l'homme les met à l'abri de toute altération rapide pouvant amener la mort. Chez la femme, au contraire, les causes de dangers sont multiples et la mort peut survenir par le fait de lésions intéressant soit l'utérus, soit l'ovaire et ses annexes. Comme dans beaucoup de circonstances, elle survient chez une femme paraissant être en excellent état de santé, elle éveille souvent l'idée de crime et devient la cause de recherches médicales. Les douleurs abdominales, les vomissements, l'anxiété, et surtout la rapidité avec laquelle elle se produit, simulent les symptômes d'un empoisonnement. D'autre part si ces accidents surviennent chez une femme enceinte, on peut toujours supposer qu'ils sont sous la dépendance d'une tentative d'avortement et c'est à l'expert à rechercher minutieusement quelle est leur cause naturelle. Ainsi Tardieu cite dans son étude sur l'avortement un exemple remarquable de ce genre : il s'agit d'un vieux médecin qui était accusé d'avortement par manœuvres directes suivies de mort ; à l'autopsie de la femme on trouva une perforation du fond de l'utérus qui expliquait les accidents mortels et mettait le médecin hors de cause.

L'utérus et l'ovaire peuvent être tous les deux le point de départ d'accidents mortels, soit par leur rupture, soit

par les hémorrhagies qui s'y produisent. Ces hémorrhagies sont de deux ordres : les unes sont relativement lentes à se produire et donnent naissance à un épanchement sanguin qui devient une hématocele, les autres sont très abondantes, foudroyantes et amènent la mort en quelques heures.

C'est de ces dernières que nous allons nous occuper spécialement. Nous diviserons donc notre sujet de la façon suivante, et nous dirons que la mort subite peut être produite par :

- 1° Rupture de l'utérus,
- 2° Rupture d'un kyste de l'ovaire,
- 3° Hémorrhagie par reflux du sang hors de l'utérus,
- 4° Rupture des trompes,
- 5° Apoplexie ovarienne,
- 6° Rupture des varices ovariennes,
- 7° Enfin nous dirons quelques mots de l'Hématocele péri-utérine.

1° RUPTURE DE L'UTÉRUS.

Les organes génitaux de la femme sont appelés, par le fait de leurs fonctions physiologiques, à subir soit pendant les époques menstruelles, soit pendant la grossesse, des modifications dans leur manière d'être qui retentissent sur l'économie toute entière. Le plus souvent les changements qui s'opèrent alors en eux se font d'une façon régulière, toute physiologique et ne mettant nullement en prix la vie de l'individu. Mais dans quelques cas, très rares heureusement, sous l'influence de causes

pathologiques diverses, ces fonctions peuvent être troublées et donner lieu à des accidents qui deviennent promptement mortels. L'utérus surtout, quand il est distendu par le produit de la conception et que la structure de ses parois est profondément modifiée par une distension rapide, peut être le siège de lésions très graves et intéressantes pour le médecin légiste. Nous voulons parler des perforations de l'utérus.

Les perforations de l'utérus peuvent reconnaître plusieurs causes; les unes peuvent être produites par un instrument piquant qui a pénétré par le vagin ou à travers les parois abdominales, les autres surviennent spontanément, ce sont les ruptures utérines. Toutes les deux jouent un rôle important en médecine légale, car dans le premier cas la perforation a pu être faite dans un but criminel et dans le second la mort, survenant brusquement chez une personne jouissant en apparence d'un état de santé excellent, peut faire croire à des manœuvres qui en réalité n'ont pas été commises. Toutes les deux aussi peuvent déterminer la mort subite. Mais pour être fidèles à notre titre, nous éliminerons les cas traumatiques, et nous nous bornerons à dire quelques mots des ruptures spontanées de l'utérus.

Nous n'avons pas l'intention de faire ici l'histoire entière des solutions de continuité de ce genre que peut présenter la matrice; ce sujet nous entraînerait trop loin, nous insisterons seulement sur le côté pratique qu'elles offrent pour l'expert qui est chargé par la loi de reconnaître si la mort qu'elles ont amenée est naturelle ou due à des tentatives criminelles. Cette étude a du reste été faite d'une façon très complète par le Dr H.

Coutagne dans une excellente monographie à laquelle nous empruntons plusieurs observations (1).

Ce n'est guère que vers la fin du XVI^e siècle que des notions précises furent obtenues sur les ruptures de la matrice. C'est Guillaume et Fabrice de Hildeu qui en ont parlé les premiers, et la première observation porte la date de 1593. Depuis cette époque, les faits se sont multipliés et une étude plus attentive a permis de classer à peu près les différentes causes de cet accident.

Nous nous bornerons à rappeler ici les travaux de Mauriceau, de Murat, de Duparcque qui ont mis en lumière leur pathogénie et symptomatologie et les notes plus récentes qui se trouvent dans les divers traités d'accouchement de Schroder, Noegélé etc.

Au point de vue médico-légal ce sujet n'a guère été qu'effleuré par les auteurs qui s'en sont occupés. Tardieu en a dit quelques mots, mais nous ne trouvons la question traitée avec ensemble que dans le travail du Dr H. Coutagne.

Les ruptures de la matrice peuvent se produire aux diverses époques de la gestation, les unes surviennent pendant les premiers mois ou vers la fin de la grossesse, les autres se font pendant l'accouchement lui-même. Ces dernières nous intéressent bien moins que les autres, car la mort qu'elles entraînent s'explique presque toujours facilement. Il est rare en effet qu'un accouchement se fasse sans témoins et dans le cas contraire un examen superficiel des organes et la vue d'un fœtus à terme suffisent à écarter l'idée d'un crime. Quand la mort sur-

(1) H. Coutagne. Des ruptures utérines pendant la grossesse et de leur rapport avec l'avortement criminel

vient pendant l'état puerpéral et surtout pendant les premiers mois, on songe facilement à un avortement et c'est un examen attentif de l'utérus qui doit seul lever les accusations portées sur les personnes ayant approché la malade. La rupture se produisant tout à fait au début alors que la grossesse est ignorée de tout le monde et parfois même de la femme elle-même, amène une mort subite que rien ne semble expliquer et dont la cause demande à être éclairée par l'autopsie. C'est sur des cas de ce genre que nous allons dire quelques mots, nous contentant de rappeler sommairement le mécanisme et de rappeler quelques cas dans lesquels a eu lieu l'intervention judiciaire.

Les causes des ruptures spontanées de l'utérus sont nombreuses et fort mal connues : elles paraissent plus fréquentes chez les multipares que chez les autres, peut-être par suite de l'amincissement des parois utérines, ou des transformations subies par le tissu de la matrice, entre autres une dégénérescence graisseuse plus ou moins avancée. Elles sont du reste beaucoup plus rares au début de la grossesse qu'à la fin. Cependant nous trouvons des cas de rupture à deux mois et demi (Moulin), à deux mois (Collineau), à quatre mois (Chapotin), mais les observations de ce genre sont rares et elles ne deviennent relativement nombreuses que par les derniers mois à partir du septième. Trask en 1868 a réuni 12 cas de déchirure pendant les six premiers mois et 26 à partir de cette époque jusqu'à la fin de la grossesse.

Toutes ces ruptures sont le plus souvent sous la dépendance d'un amincissement tel de la paroi, qu'elle ne peut résister à un effort musculaire un peu violent. Des

lésions anciennes peuvent jouer un rôle important comme causes adjuvantes, et parmi elles il faut citer les cicatrices d'anciennes opérations césariennes, les tumeurs et les tubercules. Duparcque admet les ruptures par compression ou par contre-coup, elles se produisent alors soit directement sous l'influence d'une pression extérieure exercée à travers les parois abdominales, soit à la suite de la contraction brusque et violente des muscles abdominaux.

D'après Charpentier, les symptômes varient selon que la rupture se produit pendant les quatre premiers mois ou pendant les cinq derniers. Dans la première période, la femme éprouve une douleur vive à la partie inférieure de l'abdomen, elle ressent dans le ventre comme un craquement, ses traits s'altèrent, la face devient pâle, le pouls petit et fréquent. Elle a du hoquet, des vomissements, des syncopes, l'abdomen devient volumineux et dur, et dans la plupart des cas la mort survient au bout de quelques heures. On voit donc que ces symptômes peuvent faire penser à un empoisonnement, ou à des tentatives ayant pour but de produire l'avortement.

A partir du cinquième mois, on trouve les mêmes symptômes, mais de plus la forme du ventre est souvent modifiée par le passage du fœtus dans l'abdomen. Le palper peut alors fournir des renseignements si un médecin arrive à temps pour le pratiquer.

La rupture est en général unique, mais on peut en trouver cependant plusieurs, son étendue varie et peut aller à huit centimètres. Son siège se rencontre indifféremment sur les diverses parties de l'utérus, le plus souvent toutefois il occupe le fonds du corps. Elle donne

lieu à un épanchement sanguin qui s'accumule dans la cavité pelvienne et peut s'étendre jusqu'aux ligaments larges, et la mort arrive soit par choc traumatique, soit par péritonite suraigüe.

Il est important de pouvoir distinguer les plaies produites par les ruptures spontanées de celles qui sont causées par un instrument piquant introduit pour pratiquer l'avortement et ayant perforé les tuniques musculaires. Ce diagnostic n'est pas toujours facile, cependant on arrivera à le faire convenablement en examinant les différents caractères offerts par la blessure. La solution de continuité dans la rupture est en général assez étendue, celle qui est produite par un instrument est étroite, arrondie, ses bords sont nets. Elle siège dans le premier cas sur les parties latérales et surtout sur le fond de l'organe, dans le second, c'est vers les régions voisines du col qu'on la rencontre. De plus les membranes fœtales sont plus souvent intactes dans la rupture spontanée que dans l'autre, et l'examen des culs de sac du vagin et du col peut, à cet égard, donner de précieux renseignements.

Les observations de rupture en dehors de l'accouchement sont encore assez nombreuses, nous nous contenterons d'en citer quelques unes parmi celles qui ont donné lieu à une expertise médico-légale ou qui présentent en dehors de cela des caractères tout à fait intéressants.

La grossesse interstitielle est une cause de rupture intérieure dans les premiers mois; en voici des exemples.

OBSERVATION XXXIX

Rupture au 3^e mois. — Grossesse interstitielle (anal. p. J. Simon).

La malade était une femme de 24 ans, déjà mère de trois enfants, qui ne se croyait pas enceinte quoique ses règles n'eussent pas reparu depuis trois mois. Elle fut saisie tout à coup d'une violente douleur dans le ventre, avec sensation de déchirure suivie de syncope prolongée. Le lendemain, à son entrée à l'hôpital, M. Dance l'examina avec beaucoup de soin et crut à une tentative d'avortement. L'état du col le confirma dans son opinion. La femme expira vingt-quatre heures après l'invasion.

A l'autopsie, on trouva une grande quantité de sang dans l'abdomen. Le mésentère largement adhérent à l'utérus était largement déchiré. Au sommet de l'angle tubaire droit et dans la paroi de la matrice, se trouvait une ouverture irrégulière laissant voir un embryon dans une cavité qui était séparée par une cloison de celle de la matrice. La trompe droite était déviée et comprimée par le kyste, mais son canal libre dans toute son étendue ne communiquait avec le kyste que par une ouverture très-petite produite par l'arrachement du placenta. Le tissu de la matrice était mou, vasculaire, compressible et légèrement rosé.

OBSERVATION XL (1)

Une fille de 32 ans, forte et robuste, s'occupant de travaux assez pénibles et qui avait déjà eu un enfant, se trouvait grosse, sans d'ailleurs dissimuler son état, dont elle n'éprouvait aucune espèce

(1) Payan (rapport de Breschet et Villeneuve in Bull. de l'Acad. de méd. de Paris, t. IV.)

d'incommodité. Un soir, et sans avoir travaillé plus que de coutume, elle se sentit prise de vives douleurs dans la région hypogastrique, de grande lassitude et de défaillance. S'étant mise au lit, ces accidents continuèrent, on s'aperçut qu'elle pâlissait et s'affaiblissait de plus en plus, et à deux heures du matin, elle expira. Une mort aussi soudaine ayant donné lieu à des soupçons d'avortement, une nécropsie judiciaire fut ordonnée. M. Payan et deux autres médecins procédèrent à cette opération dont voici le résultat.

L'abdomen ayant été ouvert, on y trouva une abondante quantité de sang et de sérosité. Il existait vers l'hypogastre des caillots volumineux qui remplissaient le petit bassin et recouvraient la matrice. Cet organe ayant été débarrassé de ces caillots, qui d'ailleurs, n'y adhéraient nullement, fut trouvé plus volumineux qu'à l'état ordinaire. On remarquait une proéminence située à sa partie supérieure et présentant dans une grande partie de son étendue une paroi diaphane à travers laquelle on apercevait un embryon plongé dans un liquide aqueux. Les parties génitales de cette femme ayant été enlevées à l'aide d'un trait de scie de chaque côté du pubis, on trouva quelques taches d'un rouge brunâtre à l'extrémité du vagin dont la muqueuse ne présentait, d'ailleurs, aucune trace sanguinolente. L'orifice et le col de la matrice offraient assez d'extensibilité pour permettre l'introduction du doigt auriculaire. Une incision ayant été pratiquée jusqu'au fond de l'organe, on trouva dans le col des taches semblables à celles du vagin, et d'ailleurs aucune espèce de lésion. La matrice, qui était aussi développée qu'au deuxième ou troisième mois de la grossesse, et dont les parois étaient épaissies, se trouvait tapissée par une matière putrescible assez épaisse, sorte d'enduit muqueux, velouté, grisâtre, formant une espèce de pseudo-membrane incomplètement organisée qui le remplissait presque en totalité. Il n'y avait d'ailleurs aucune trace de sang. Au-dessus de la cavité utérine, s'en trouvait une autre formée dans l'épaisseur du tissu utérin et située à la partie supérieure et gauche de l'organe vers l'endroit où aboutit la trompe de Fallope. Cette deuxième cavité, cavité interstitielle, allait tellement en s'amincissant par le fait même de la distension des parties, qu'elle était devenue translucide dans une certaine étendue et permettait de distinguer l'embryon

qui s'y trouvait avec son placenta et une certaine quantité de liquide presque transparent. Cet embryon, exempt de toute lésion, offrait un cordon ombilical qui se rendait à un placenta greffé en haut et en arrière.

Un des médecins qui avaient pratiqué l'autopsie soutint qu'une sonde introduite entre l'ovule et la partie interne de la matrice avait produit au fond de l'organe une perforation suffisante pour donner issue à l'œuf qui serait venu s'implanter et se greffer extérieurement.

Payan expliqua la mort par une rupture de quelques vaisseaux anormalement distendus (dont il ne spécifie pas autrement le siège) et repousse absolument l'idée de manœuvres abortives. Son opinion fut partagée par le troisième médecin qui avait pratiqué l'autopsie, et approuvée par l'Académie.

OBSERVATION XLI (1)

Une femme de 22 ans, qui cachait sa grossesse, bien portante le 8 juin, fait deux visites à une sage-femme et meurt tout-à-coup, le 10, à la suite de vomissements et d'une grande faiblesse. L'utérus est perforé à son côté gauche et inférieur, l'ouverture a deux centimètres $1/2$ de diamètre, ses bords sont noirâtres et ramollis. Un embryon long de dix centimètres est couché en travers sur le fond de l'organe, dans la cavité abdominale qui n'offre point de traces de péritonite. La surface interne de l'utérus est tapissée d'un putrilage noirâtre qui comprend la muqueuse et les débris de l'œuf; le tissu de l'organe est ramolli autour de la perforation. Le col est dilaté. Était-ce une gangrène spontanée, une désorganisation produite par un liquide caustique, une inflammation gangreneuse,

(1) Jourdes (Art. Avortement, au point de vue médico-légal du *Dict. Encycl. des Sciences médicales*).

compiquant brusquement une lésion traumatique ? La manœuvre abortive semblait indiquée par la marche rapide du mal.

OBSERVATION XLII (1).

La fille M..., brodeuse en ornements d'Eglise, succombait, le 23 juin 1881, à Lyon, dans des circonstances suspectes sur lesquelles l'attention du parquet fut bientôt appelée par une lettre anonyme. Une enquête judiciaire, immédiatement ouverte, apprit ce qui suit : Marie M... avait quitté sa famille depuis un an environ et entretenait, avec un jeune ouvrier, des relations qui aboutirent à une grossesse, sur laquelle elle n'eut plus de doutes en mai 1881 ; elle pouvait accoucher en octobre, mais nous verrons que le terme qu'elle s'assignait n'était exact qu'à un mois ou un mois et demi près. Abandonnée par son amant, elle résolut immédiatement de mettre fin à sa position et manifesta à plusieurs voisins et amis l'intention de se faire avorter, dut-elle en mourir !

Suivant la marche classique qu'on observe dans l'accomplissement de ce crime chez la population ouvrière de nos villes, la fille M... commence à prendre, sur les indications d'une amie, des remèdes internes réputés abortifs et qui, dans ce cas, semblent avoir été des plus anodins (safran, armoise) ; elle fut, en outre, surprise au moins une fois s'administrant des injections vaginales avec de l'eau d'arquebuse, mais avec un instrument et dans des circonstances qui ne permettent pas d'admettre une pénétration du liquide au delà du vagin. Ces diverses manœuvres n'exercèrent aucune influence appréciable, sur la santé générale ; il en fut de même d'une chute faite en descendant d'un tramway dans les premiers jours de juin.

Les moyens précédents échouant radicalement et aucun symptôme

(1) H. Coutagne (Des ruptures utérines pendant la grossesse).

local ou général ne faisant pressentir une fausse-couche, on recourt aux grands expédients.

Marie M... se faisait indiquer l'adresse d'une sage-femme expert en la matière, et le 18 juin, annonce à ses voisines en revenant de lui faire une première visite, qu'une accoucheuse lui avait promis de la faire avorter moyennant 95 francs, dont 30 comptant. Le 20, nouvelle visite à la sage-femme, dans laquelle elle est vue par la femme de ménage de cette dernière. Enfin le 21, se portant parfaitement bien, elle sort à sept heures du matin environ, annonçant qu'elle va chez l'accoucheuse qui doit la blesser, comptant rentrer bientôt et se chargeant de plusieurs commissions. Une heure après, la femme de ménage en question arrive chez l'accoucheuse et y trouve Marie M. couchée sur un lit dressé à la hâte et paraissant sérieusement malade. Que s'est-il passé dans cet intervalle et que va-t-il se passer jusqu'à la mort de la victime ?

Nous sommes réduits sur ce point aux déclarations de l'inculpée, qui cache à tout le monde l'état de sa pensionnaire et refuse de donner son adresse même au père inquiet de la disparition de sa fille. Elle prétend que dès que la fille M... est entrée, elle a été prise simultanément (?) d'une syncope et d'une métrorrhagie abondante; le sang qui s'écoulait était noirâtre, sans caillots, ni délivre membraneux, à odeur fétide mais non lochiale. Inquiète de cet état, elle a couché la malade et, pour arrêter la perte, lui a administré, dans la journée, 1 gr. de seigle ergoté. Les symptômes ne lui ont pas paru assez alarmants pour nécessiter des soins médicaux spéciaux; elle a pratiqué deux fois le toucher, sans constater de commencement de travail. Ce n'est que le 22, à neuf heures du soir, qu'elle envoie chercher le docteur R. Cet honorable confrère déclare avoir été appelé *in extremis* et avoir constaté tous les signes d'une péritonite suraiguë, sans espoir de guérison; le toucher vaginal lui permet de constater que le col est entr'ouvert, mais que son orifice supérieur ne peut être franchi. La mort arrive le lendemain 23, à 5 heures du matin.

Le cadavre enterré le 24, fut exhumé le 29 du même mois par une température élevée. Voici les résultats de l'autopsie que j'en pratiquai le même jour à la morgue.

Putréfaction très avancée, se manifestant surtout à l'extérieur par la coloration verdâtre des tissus avec détachement faible de l'épiderme et par la boursouffure de la face accompagnée d'une saillie extrême des globes oculaires. — L'examen de la surface extérieure du sujet ne permet de constater rien autre d'anormal. La vulve entrouverte, présente un hymen déchiré sans lésions de la fourchette et laisse écouler une sanie puriforme.

Les organes thoraciques sont sains, à part un emphysème sous-pleural généralisé, d'origine évidemment cadavérique.

L'abdomen très distendu, étant ouvert, et le péritoine incisé, nous constatons une saillie de la masse intestinale. Les organes de cette cavité présentent des traces de putréfaction relativement peu avancée, à part le foie atteint d'emphysème cadavérique. Rien à noter du côté de l'estomac, de la rate et des reins. Les intestins ont gardé leur coloration normale dans leur partie, mais sont manifestement congestionnés dans leur portion pelvienne et y participent aux lésions du péritoine. Cette membrane est absolument saine dans sa portion supérieure, mais, au niveau du bassin elle est épaissie et présente quelques fausses membranes louches. La masse intestinale étant relevée, nous constatons dans la cavité pelvienne un épanchement liquide dont la quantité peut être évaluée à un verre et demi environ et qui est constitué par un mélange de caillots noirâtres et de sérosité trouble encore à peine purulente (péritonite commençante). Cette collection entoure une tumeur d'aspect singulier, irrégulière, rougeâtre, située à la partie inférieure du bassin entre le rectum et l'utérus dont les dimensions sont en rapport avec une grossesse de quelques mois. En essuyant avec précaution cette tumeur, nous ramenons sur notre linge un petit corps facile à reconnaître pour un os pariétal de fœtus, et pouvons extraire du petit bassin un fœtus, (poids, 33 gr., longueur 0.15 cent.) relié par un cordon intact à un placenta de 12 gr. 1/2 également entier. Ce fœtus ne présente, pas plus que ses annexes, de traces de blessures: il est dans un état de décomposition qui n'est en rapport qu'avec la putréfaction générale du sujet; aucune adhérence ne le retient dans la cavité où nous l'avons trouvé logé.

Nous donnons alors quatre traits de scie à la face antérieure

et moyenne du bassin et enlevons les organes qu'il contient sur lesquels nous constatons les particularités suivantes:

L'utérus présente comme dimension:

Longueur totale; 11 cent. 1½.

Longueur du corps: 9 cent. 1½.

Son fond a complètement disparu entre les deux insertions tubaires pour faire place à une vaste solution de continuité, dont les bords, uniformément frangés, sont constitués par un tissu musculaire aminci comme s'il avait été étiré avant son éclatement. Aucune altération prédisposante ne peut être reconnue à l'œil nu dans le tissu de l'organe dont nous croyons que l'examen microscopique serait inutile, vu son état de décomposition et de macération dans le liquide péritonéal. La muqueuse est recouverte d'une couche noirâtre, sans odeur spéciale, ne s'éloignant pas sensiblement de ce qu'on constate dans les premiers jours qui suivent un accouchement ou une fausse couche.

La cavité de l'organe est complètement vide et ne contient en particulier ni sang, ni débris placentaires. Le col est entr'ouvert largement et ne présente ni cicatrices anciennes, ni traces de blessures récentes; il en est de même du vagin et de la vulve.

Corps jaune occupant le tiers environ de l'ovaire gauche; rien à noter du côté de la vessie et du rectum.

L'ouverture du crâne a été jugée inutile

Les résultats de cette autopsie et l'appréciation des différentes circonstances médicales de l'affaire sur lesquelles l'instruction a demandé notre avis nous ont conduit aux conclusions suivantes:

1^o M. M.... a succombé à une inflammation péritonéale causée par une rupture de l'utérus à la fin du 3^e ou au commencement du 4^e mois de la grossesse.

2^o Il est impossible de préciser avec une certitude absolue la cause de cette rupture, que rien n'explique et ne fait prévoir dans l'histoire pathologique de Marie M... jusqu'à l'éclosion des accidents du 21 juin. Une rupture absolument spontanée est improbable. Nous ne pouvons admettre, eu égard à l'état des voies génitales et du produit de conception, rapproché du caractère professionnel de l'inculpé que cette vaste perforation ait été l'œuvre directe d'un instrument manié par la main de la sage femme.

Mais nous sommes tout disposé à admettre qu'une manœuvre de cette dernière nature a produit une lésion utérine limitée qui se sera compliquée consécutivement et par irradiation de la rupture du fond de l'organe. Pour la production de ce dernier accident, il y a lieu de faire entrer en ligne de compte, à défaut d'une altération destructive antérieure dont la nature nous échappe, ou concurremment avec elle, l'administration dangereuse de l'espèce du seigle ergoté.

3. Il y a lieu d'estimer que la fille M... a avorté, au point de vue médico-légal, le cours de la grossesse ayant été interrompu prématurément, bien qu'il puisse y avoir de l'incertitude, si l'on interprétait trop strictement la définition de Tardieu, qui regarde l'avortement criminel, comme constitué essentiellement par l'expulsion prématurée et provoquée du produit de la conception.

4. La sage-femme inculpée a fait preuve au moins de la plus grossière impéritie professionnelle, en méconnaissant la gravité des accidents et en attendant deux jours avant de faire appel au médecin.

2° RUPTURE D'UN KYSTE DE L'OVAIRE

Les cas de kyste de l'ovaire amenant par leur rupture une péritonite rapidement mortelle, sans être fréquents, se voient quelquefois. Mais, dans ces cas, le kyste est généralement déjà assez volumineux, il a altéré depuis longtemps la santé générale. Une mort, même subite, survenant dans ces conditions, par le fait de la rupture, ne peut guère éveiller des soupçons d'empoisonnement et nécessiter une expertise. Nous tenons simplement à mentionner une telle éventualité.

3° REFLUX DU SANG DE L'UTÉRUS

Le reflux du sang de l'utérus est souvent le mode de production d'une hématocele péri-utérine, mais parfois elle est assez abondante pour occasionner la mort en quelques heures. Plusieurs faits en sont des exemples frappants. Les observations de Schuh (1), de Latour (2) et de Brodie en font foi. Dans ces cas il existait un obstacle au cours des règles qui expliquait le passage du sang menstruel dans les oviductes. L'épanchement, dans le péritoine, du sang mélangé avec du mucus utérin, explique sans peine la promptitude de la mort.

4° RUPTURE DES TROMPES UTÉRINES

Les maladies des trompes utérines existent rarement isolées; les plus graves ne sont même presque jamais primitives et ne sont que l'extension de celles du péritoine, des ovaires, ou de l'utérus. Nous n'avons pas à compter avec ces lésions au point de vue médico-légal, puisqu'elles ne peuvent amener la mort qu'après des symptômes qui éclaireissent le diagnostic. Nous parlerons seulement de la rupture de la trompe vide et nous citerons un des rares cas connus, car il est sous tous les rapports plein d'intérêt pour notre sujet.

(1) Schuh. Wien Wochenblatt, t. 1. 1857.

(2) Latour, cité par Duparque. Ruptures de la matrice.

*(pourage de l'ovaire sur l'hématocele)
M. Bonchanson en a publié un cas*

M. Bonchanson a vu des femmes succomber

le chloroforme car le l'ovaire dans les cas de dystocie, si son artère se prolonge, le placenta s'arrête, il y a une inerte utérine avec hémorrhagie qui peut mener la mort.

OBSERVATION XLIII (1).

La femme Renaut ne vivait pas en bonne intelligence avec son mari. Le soir du 16 novembre 1820, il s'éleva entre eux une vive altercation, presque une lutte en règle. La femme se retranche d'abord derrière une chaise, mais bientôt la fureur l'emporte et ce meuble est lancé avec effort sur le mari. La nuit fut encore orageuse; tout paraissait oublié le lendemain matin. Madame Renaut fait du pain et mange avec ses enfants. A 11 heures du matin, elle est saisie de violentes coliques et de vomissements et d'un fort dévoiement. Le ventre se gonfle, les douleurs redoublent; les vomissements et les selles se précipitent. L'anxiété est extrême, hoquet, sueurs froides, syncopes et enfin au milieu d'horribles convulsions, la mort arrive.

L'autopsie faite judiciairement, 10 jours après l'inhumation, a montré un cadavre parfaitement conservé, la peau d'une blancheur singulière, sans traces d'ecchymoses, sans le plus léger indice de violences extérieures. Les seins volumineux. Dans la tête et dans la poitrine, tout était sain.

Le ventre très gonflé paraissait distendu par un liquide d'une fluctuation obscure. Comme on soupçonnait un empoisonnement, on ne pensait qu'au tube intestinal; ce ne fut pas sans surprise qu'en ouvrant l'abdomen on en vit jaillir du sang. La cavité péritonéale en était toute remplie. Ce liquide dont la quantité fut évaluée à plus de dix livres, était ramassé en caillots dans l'hypogastre, pressait la matrice et la vessie, et avait refoulé en haut les intestins en un paquet serré; la partie séreuse surnageait en caillot. Le canal intestinal était sain,

Après avoir enlevé le sang, lavé et nettoyé toute la cavité du péritoine et en avoir soigneusement exploré toute la surface, on dé-

(1) Godelle. Nouvelle blioth. médicale. (Tome 1. p. 2617.)

couvert, dans la trompe droite, tout près de son insertion utérine, une perforation oblongue, dont les bords irréguliers et comme frangés pouvaient avoir un pouce de circonférence. Cette ouverture était entourée d'une auréole rougeâtre d'environ 3 lignes de rayon.

Le reste du péritoine examiné de nouveau avec la plus grande attention, n'a laissé apercevoir aucun point qui eut pu fournir la moindre quantité de sang, cette membrane ayant conservé dans toute son étendue la transparence qui lui était naturelle. La matrice était blanchâtre dans sa texture et tout à fait exsangue; elle contenait une demi-once de mucosités et pas une goutte de sang. Les autres viscères abdominaux étaient sains.

C'est la déchirure de la trompe qui fut la cause de la mort, nul doute à cet égard; mais comment peut-on expliquer la rupture elle-même? Doit-on dire ainsi, du reste, que l'on fait les experts, qu'elle est le résultat d'un raptus sanguin, d'une sorte d'apoplexie provoquée par la colère chez une nourrice, ou bien peut-on penser qu'elle est la conséquence d'un coup porté sur le ventre pendant la lutte et dont l'atteinte serait arrivée à la trompe sans laisser de traces sur les parois abdominales?

Cette dernière hypothèse n'est pas la moins vraisemblable, d'autant que l'on sait que des chocs extérieurs amènent fréquemment des lésions des viscères sans intéresser d'une façon notable, la peau et les couches musculaires qui les protègent. L'intervalle qui s'écoula entre la querelle et le début des accidents ne lui est pas plus défavorable qu'à l'autre interprétation. Les mouvements et les efforts de cette femme pendant son travail ont pu ensuite activer une déchirure incomplète et provoquer l'hémorrhagie. De quelque manière qu'on envisage ce fait, il reste très curieux et il méritait de trouver sa place ici.

La trompe utérine peut être, comme l'ovaire, le siège de kystes plus ou moins volumineux, et dont l'existence passe inaperçue quand ils sont petits. Dans plusieurs cas ils ont fait irruption par l'utérus et le vagin, mais nous ne connaissons pas de faits où ils se soient rom-

pus dans le péritoine et aient amené une mort subite. Nous devons citer aussi la rupture de la trompe à la suite de l'accumulation du sang menstruel retenu par une imperforation de l'hymen. (Dehaen, Rat., méd., T. 3, p. 32)

5° APOPLEXIE OVARIENNE

L'élément vasculaire entre pour une large part dans la structure de l'ovaire. — Des vaisseaux nombreux remplissent le corps même de l'organe, en le transformant en une masse érectile; d'autres, surtout des veineux, dessinent à sa surface les mailles d'un tube plexus. D'un autre côté, ces vaisseaux sont le siège tantôt de fluxions physiologiques, tantôt de congestions non moins intenses qui sont sous la dépendance de certaines conditions pathologiques. Ces congestions fréquentes expliquent facilement les hémorrhagies dont l'ovaire est souvent le siège.

Les artères de l'ovaire sont fournies par un tronc qui lui est commun avec l'utérus, l'artère utéro-ovarienne. Arrivée à la partie inférieure de l'ovaire, cette artère se divise en une douzaine de rameaux qui, après s'être entrecroisés en décrivant de nombreuses flexuosités, pénètrent par le hile dans la couche médullaire et fournissent des artérioles hélicines dont les divisions se répandent dans la substance corticale. Des vaisseaux capillaires où aboutissent les dernières ramifications

de ces artères utéro-ovariennes, naissent des veinules qui convergent vers le centre de l'organe et s'y distribuent en formant un réseau veineux qui donne à cette portion de l'ovaire la texture d'un appareil érectile. Ce dernier, ou bulbe de l'ovaire, est le point de départ du plexus veineux sous-ovarique, qui n'est lui-même que le commencement du plexus pampiniforme. Ces plexus qui entourent toutes les parties inférieures et latérales de l'ovaire, et qui le relient au système veineux de l'ovaire sont extrêmement serrés, et les mailles peuvent dans certaines circonstances acquérir un développement exagéré qui augmente souvent de beaucoup le volume de l'appareil. Ces dilatations veineuses sont de véritables varices analogues à celles des veines des membres inférieurs ou des veines hémorroïdales et constituent ce qu'on appelle le varicocèle ovarien.

Si nous avons rappelé brièvement ces notions élémentaires d'anatomie, à propos des vaisseaux de l'ovaire, c'est pour bien faire comprendre que les hémorrhagies auxquelles ils peuvent donner origine sont de deux ordres. Les unes, celles qui proviennent des vaisseaux du stroma, sont intra-ovariques ; les autres, celles du plexus sous-ovarien s'écoulent dans la cavité péritonéale. Toutes les deux peuvent, si elles sont abondantes, occasionner une mort rapide, et surtout une mort qu'aucun symptôme n'avait annoncée à l'avance.

Une hémorrhagie abondante peut quelquefois se produire dans l'intérieur d'un kyste de l'ovaire volumineux ou non. Dans ce cas, l'hémorrhagie est produite soit par usure des parois du kyste et altération des vaisseaux, soit par apoplexie de l'ovaire et épanchement du sang

dans la cavité que lui offre le kyste. Nous connaissons un tel cas où l'hémorrhagie a été mortelle en peu de temps.

Scanzoni parle de l'apoplexie de l'ovaire comme pouvant amener la mort, et cite le cas d'une jeune fille de 18 ans, qui mourut subitement pendant sa menstruation. L'autopsie démontra la présence, dans l'ovaire droit légèrement amplifié, d'une poche de la grosseur d'un œuf de poule, remplie de sang coagulé, et dans la partie postérieure de laquelle se trouvait une ouverture d'environ 2 centimètres $1/2$ de long, au travers de laquelle 3 kilogs de sang avaient pénétré dans la cavité abdominale (1). Scanzoni admet qu'un semblable épanchement ne peut se produire que lorsque les parois des vaisseaux sont altérées par des affections différentes et prédisposées à une rupture. Pour lui, les hémorrhagies apoplectiques ont lieu ou bien dans la cavité des vésicules, ou bien dans le parenchyme de l'organe.

Neumann donne l'observation d'une femme, qui mourut presque subitement après avoir lavé du linge à l'eau froide pendant la période catéméniale. Le petit bassin était rempli de sang, l'ovaire droit était converti en une masse de sang. Ces détails laissent, comme on le voit, beaucoup de vague sur la nature des lésions.

Deux autres observations se trouvent dans les *Annales de médecine* (2). — Dans l'une, il s'agit d'une femme mal réglée, à menstrues abondantes, qui succomba

(1) Scanzoni. — Traité des maladies des organes sexuels de la femme. Paris 1858.

(2) *Ann. de méd.*, tome XI et XVIII, 4^e série.

quelques heures après des accidents de péritonite et d'hémorrhagie interne. L'abdomen contenait 3 pintes de sang : l'ovaire gauche, de la grosseur d'un œuf de poule, était noir ; à sa surface, était une scissure par laquelle on faisait sourdre du sang noirâtre.

Dans l'autre, la source de l'hémorrhagie était une tumeur ovarienne gauche du volume d'une pomme. La trompe de Fallope gauche contenait un caillot gros comme une amande, et présentait une déchirure bouchée par un caillot.

Enfin, dans la thèse de Puech, nous voyons citée l'observation d'une femme qui mourut en 48 heures à la période des menstrues. A l'autopsie on constata que le sang avait formé dans l'ovaire droit une tumeur sanguine qui avait aplati et presque effacé la trompe correspondante. Le kyste contenait des caillots en couches de différents âges. Cette observation paraît être un exemple d'hémorrhagie intra-vésiculaire.

Citons, pour finir, l'observation d'une hémorrhagie dans un kyste.

OBSERVATION XLIV.

HÉMORRHAGIE MORTELLE A L'INTÉRIEUR D'UN KYSTE OVARIQUE.

Femme L. ..., 32 ans, a eu 3 enfants. Depuis huit ans, accès hystériques liés à la menstruation. Depuis 3 ans, tumeur hypogastrique. Le 13 juin faux pas suivi d'une douleur perforante dans le bassin.

Le 14 juin, attaque d'hystérie subite. Perte de connaissance, convulsions, peau pâle, pouls petit. Douleurs abdominales vives, ventre distendu, il a le volume qu'il présente chez une femme enceinte de 4 mois. Lipothymies. Mort 6 heures après le début des douleurs. Autopsie. Dans l'abdomen, tumeur ovale, rouge-brun et remplie de liquide. Pédicule de la tumeur formé par le ligament ovarique gauche, de là partent des vaisseaux du plexus pampiniforme très dilaté. Le pédicule paraît avoir été coudé par une tension que cette masse aurait subie sur son axe. La tumeur est formée par un kyste uniloculaire dont toutes les locules sont remplies de sang brunâtre et fluide ; la quantité peut en être évaluée à 5 livres.

L'auteur attribue l'hémorrhagie à la torsion du pédicule qui a déterminé la constriction des veines et l'apoplexie ; on a prétendu autrefois que l'orgasme des parties génitales et les désirs vénériens pouvaient occasionner parfois une congestion intense suivie de mort subite.

On lit dans l'article ovaire du Dict. en 60 volumes, l'observation de plusieurs cas de ce genre.

OBSERVATION XLV.

« J'ai connu une fille de mon voisinage, dit Blancard (Prax. méd. p. 135), qui par amour tomba dans une véritable fureur utérine et mourut subitement quand on y pensait le moins ; à l'ouverture de son cadavre on trouve l'ovaire droit du volume et de la grosseur du poing ; il était plein de sang.

OBSERVATION XLV. bis (1)

Une des filles enfermées à la Salpêtrière qui était déjà tombée plusieurs fois dans la fureur utérine, fut surprise d'un si violent accès qu'on dût la lier. Dans les efforts qu'elle fit, elle mourut subitement; l'ovaire gauche présentait des lésions semblables.

Ces deux cas ont été observés à une époque où l'apoplexie ovarienne était mal connue, mais il n'en n'est pas moins certain qu'en l'absence de tout autres lésions, c'est à l'épanchement sanguin dans l'ovaire que la mort subite doit être attribuée. Ce mécanisme de la mort pourrait s'expliquer par le choc nerveux qui a pu se produire. En effet, l'hémorrhagie intestinale ne peut pas être assez abondante pour la déterminer par elle-même et la poche sanguine ne s'étant pas rompue dans le péritoine, on n'a pas eu à constater de péritonite suraiguë. La compression subite de tous les nerfs de l'ovaire survenant chez un sujet dont le système nerveux est très impressionnable peut seule rendre compte, à notre avis, de la terminaison rapide qui a suivi l'apoplexie ovarienne.

6° RUPTURE DES VARICES OVARIENNES

Nous avons déjà dit que la rupture des veines sous ovariennes dans le péritoine pouvait occasionner des

(1) Blancard, (Grav. méd. page 135.

hémorrhagies abondantes amenant rapidement la mort. Celle-ci se produit alors avant tout travail d'enkystement et par conséquent sans qu'il se forme une hématocele, ce qui s'explique par ce fait que dans les cas de varices, le sang est fourni par un gros vaisseau et en quantité d'autant plus considérable que la contractilité des veines variqueuses est diminuée, et que l'orifice a plus de peine à se fermer. On comprend que ces varices peuvent, comme les varices des membres, se rompre sous l'influence d'une turgescence due à la congestion menstruelle ou à un mouvement de la femme qui en est porteur, et amener des accidents mortels qui intéressent au plus haut chef le médecin-légiste. La soudaineté de la mort, l'absence de maladie antérieure, et les symptômes de la péritonite suraiguë peuvent égarer l'opinion publique et faire croire à un empoisonnement là où il n'y a eu qu'une mort naturelle.

Les veines ovariennes peuvent subir une dilatation lente et se transformer en varices sous l'influence de causes diverses. Richet note comme cause anatomique leur absence de valvules qui permet au sang de refluer à leur intérieur et leur situation au milieu de tissus peu résistants qui ne peuvent suppléer à l'insuffisance de leurs parois. Leur direction verticale, les grossesses antérieures, l'usage du corset, augmentent la gêne de la circulation veineuse pelvienne et surtout dans les plexes utéro ovariens. La veine utéro ovarienne droite est plus exposée à cette dilatation à cause de son abouchement direct dans la veine cave, et parce que le système cutané droit, se trouvant pressé entre le foie et le corset, elle-même ne peut trou-

ver la circulation superficielle complémentaire. La stase veineuse de la congestion menstruelle joue aussi un rôle des plus importants dans la pathogénie de ces varices.

Il est probable que les veines variqueuses ne peuvent se rompre sous l'influence de la simple turgescence menstruelle, mais que ce résultat peut être amené vraisemblablement par une congestion plus intense due soit à des désirs vénériens, soit à un effort un peu prolongé. Malheureusement, dans les quelques cas de mort subite par rupture de ces varices, l'étiologie n'a pu être découverte d'une façon certaine, et l'explication de ce phénomène, comme celle de bien d'autres encore, est livrée aux conjectures. Quelle que soit la cause de l'issue du sang par les veines du plexus, l'épanchement qui en est la conséquence vient se collecter dans la cavité pelvienne et reste à l'état liquide. C'est là un point important qui sépare nettement les hémorrhagies de ce genre de l'hématocèle. Dans cette dernière, en effet, le sang s'enkyste grâce à la lenteur de l'hémorrhagie et amène des accidents relativement beaucoup plus lents à se produire. La mort subite n'existe donc pas dans ce cas. La rupture des varices, au contraire, amène une hémorrhagie parfois si abondante que le malade succombe à la perte de sang et à la douleur. Quand le sang venait des veines variqueuses dans les cas où l'autopsie a été faite, il ne s'était pas enkysté une seule fois. Le volume du vaisseau rompu et la rapidité avec laquelle se fait l'épanchement sont les causes de la mort, et c'est cette rapidité avec laquelle surviennent les accidents mortels qui empêche tout travail d'enkystement.

Les observations de varicocèle ovarien amenant la

mort subite par leur rupture sont rares. Nous allons rapporter quelques-unes des plus saillantes.

OBSERVATION XLVI (1)

Grossesse tubaire. — Plexus de veines variqueuses dans l'épaisseur du ligament large. — Rupture d'une de ces veines. — Mort au bout de 9 jours.

Vincent Pierrette, 25 ans. — Depuis longtemps dans un état valétudinaire, éprouva une perte vers le commencement d'avril 1834, pour laquelle elle alla consulter un charlatan, le 24 du même mois; celui-ci lui donna des pilules composées de terre bolaire et d'extrait de ratanhia. Malgré l'usage de ces médicaments, la perte n'en continua pas moins, quand elle ressentit tout à coup, le 9 mai 1834, à deux heures de l'après-midi, des douleurs de ventre, avec hoquets, syncopes, vomissements, froid des extrémités, décoloration de la peau, en un mot, tous les symptômes d'une hémorragie interne. Ces accidents persistèrent nonobstant tous les moyens qu'on employa pour les combattre, et la fille Pierrette Vincent succomba le soir à 9 heures.

La rapidité de la mort qui coïncidait avec l'administration des pilules vendues par un charlatan, ayant fait penser qu'une terminaison aussi promptement funeste pouvait avoir été déterminée par le médicament prescrit, je fus chargé par M. le Procureur du roi, conjointement avec le Dr Boys de Loury, de procéder à l'ouverture du cadavre qui fut faite le lendemain, 10 mai.

Autopsie: Décoloration générale de la peau, peu d'amaigrissement, ventre énormément tuméfié, mais particulièrement dans la région hypogastrique qui fait une saillie conoïde très prononcée.

(1) Olivier d'Angers, Arch. q. de méd. 1834 q. 413.

En incisant les parois abdominales, il s'écoule une grande quantité de sang noir liquide encore tiède. Tous les intestins distendus par du gaz sont soulevés par une masse énorme de sang coagulé qui remplit toute l'excavation du bassin, formant caillot dense et noirâtre encore chaud, du poids de 4 livres environ.

Au-dessus de l'ovaire droit, nous trouvons une tumeur ovoïde longue de 3 pouces, large de 1 pouce et demi, dirigée transversalement, de couleur noirâtre, contenue dans la trompe de ce côté qui était ainsi fort élargie.

Du côté de son extrémité libre, c'est-à-dire du pavillon, cet orifice, complètement fermé, était remplacé par un prolongement conique qui semblait être formé par la réunion de toutes les dentelures de la trompe qui adhéraient entre elles, sorte de cicatrice rayonnée dont la disposition était assez analogue au froncement de l'enveloppe de l'extrémité d'un saucisson.

Du côté de l'utérus, le reste de la trompe, dont la longueur était d'un pouce environ, après s'être retrécie progressivement, conservait le volume d'une plume ordinaire. Le conduit de cette trompe était libre et plus dilaté que celui de la trompe gauche.

Je pratiquai une incision dans toute la longueur de la tumeur et je mis ainsi à découvert une masse spongieuse d'un brun rougeâtre, analogue au placenta par son aspect charnu et vasculaire et sa consistance. A peu près à la partie moyenne de cette masse spongieuse, on remarquait une ampoule membraneuse, affaissée sur elle-même, formée par une lame excessivement mince, transparente, que soulevait un liquide rougeâtre et limpide.

Au milieu de ce liquide nageait un petit corps blanchâtre.

J'incisai avec beaucoup de précaution et je reconnus que dans ce corps existait un embryon aplati latéralement, dont le développement était celui qu'on observe à 4 ou 5 semaines de conception.

Dans l'épaisseur du ligament large droit existait un plexus veineux rempli de sang noir et coagulé, chaque rameau veineux de la grosseur d'une plume d'oie, offrait, dans son trajet, plusieurs étranglements analogues à ceux qui correspondent à l'insertion des valvules. Il y avait une véritable dilatation variqueuse des parois de ces canaux, l'un d'eux était le siège d'une rupture très circonscrite

qui avait donné lieu à l'hémorrhagie mortelle que l'autopsie nous avait fait constater. Il n'existait rien de semblable dans le ligament large gauche.

Le nombre et le volume des branches veineuses de ce plexus me portent à penser qu'il existait antérieurement à la grossesse tubaire, mais le mouvement fluxionnaire du sang, devenu plus considérable dans les annexes de l'utérus, dès le début de la grossesse extra-utérine, a sans doute contribué à produire une dilatation rapide et inégale de ces vaisseaux et à déterminer la rupture.

Cette observation, qui est très complète et à laquelle l'autopsie médico-légale donne un grand intérêt, est un exemple remarquable d'hémorrhagie foudroyante due à un varicocèle. Elle met, de plus, en relief ces faits que l'état de gestation favorise le développement variqueux des veines ovariennes et les met dans des conditions telles que la rupture en est possible.

OBSERVATION XLVII (1).

C'est une dame veuve, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, âgée de 29 ans, mère de 2 enfants, jouissant habituellement d'une parfaite santé. A l'occasion d'un bal qu'elle donnait chez elle, elle se fatigua beaucoup en s'occupant des préparatifs de la fête, néanmoins elle avait déjà commencé à danser, quand elle éprouva une défaillance subite. On l'emporta hors de la salle, on la plaça sur son lit et une demie heure ne s'était pas écoulée qu'elle avait cessé de vivre. A l'ouverture de l'abdomen, on trouva une

(1) citée par Ollivier, d'Angers.

couche large et épaisse de sang coagulé, recouvrant tous les viscères de cette cavité. Au-dessous tous les organes du ventre étaient à l'état sain. Comme le sang remplissait en même temps l'excavation du petit bassin, on l'enleva avec précaution et on découvrit que le plexus pampiniforme du côté droit, était variqueux et présentait une déchirure.

Tardieu cite 2 cas d'hémorrhagies dans le petit bassin, suivis de mort rapide et dont il ne relate pas l'origine. Leur caractère médico-légal nous fait un devoir de rapporter ce qu'en dit cet auteur.

OBSERVATION XLVII.

HÉMORRHAGIE RÉTRO UTÉRINE

« Nous avons rencontré deux exemples de ces épanchements singuliers de sang dans le petit bassin, de ces tumeurs sanguines développées en arrière de l'utérus, l'une en mars, l'autre, de concert avec le docteur Masson, en novembre 1852, chez deux jeunes femmes. Elles étaient atteintes de cette affection en dehors de toute tentative d'avortement et succombèrent avec une telle rapidité que chez toutes deux des soupçons d'empoisonnement suscitèrent des poursuites judiciaires, sans qu'aucune autre cause de mort que celle que nous avons signalée pût être constatée. »

D'après les observations précédentes, nous pouvons indiquer comme caractéristiques d'un épanchement sanguin non enkysté, les lésions anatomiques suivantes :

Le ventre est tuméfié, particulièrement dans la région hypogastrique. Après avoir incisé les parties abdominales, il s'écoule une quantité considérable de sang noir liquide. Tous les intestins sont remplis par des gaz, ce qui leur permet de nager au-dessus de la masse sanguine. Celle-ci est surtout abondante dans le petit bassin. Les viscères et les anses intestinales sont recouverts de petits caillots. Le poids du sang épanché est variable, mais en général il est assez fort. L'examen attentif des organes génitaux permet de reconnaître en quel point s'est faite la rupture vasculaire. Nous avons vu que le point de départ pouvait être l'ovaire, une varice ovarienne, une trompe utérine ou l'utérus.

7. HÉMATOCÈLE PÉRI UTÉRINE ANCIENNE (1)

Pour terminer cette longue énumération de faits de morts subites produites par des lésions spontanées des organes génitaux de la femme, il nous reste à dire quelques mots des hématoécèles péri-utérines. On désigne sous ce nom un épanchement sanguin enkysté dans l'excavation pelvienne siégeant au pourtour de l'utérus, soit en dedans soit en dehors de la cavité péritonéale. C'est donc une affection qui a les plus grands

(1) Poncet, thèse d'agrégation 1878.

rapports avec les hémorrhagies utérines et ovariennes dont nous venons de nous occuper, et en effet, quand celles-ci n'amènent pas une mort rapide par suite de leur abondance ou du choc nerveux qu'elles déterminent, elles forment une tumeur hématique ou si l'on veut une hématocele.

L'hématocele se produit en général au moment des règles et il est rare qu'elle amène une mort subite. Les morts les plus rapides ont demandé 30 à 48 heures pour se produire; et le diagnostic de l'affection pouvant toujours être fait pendant la vie, nous ne connaissons pas de cas de mort de ce genre ayant amené une enquête judiciaire. Aussi nous voulons simplement insister sur ce point, que l'hématocele constitue une tumeur qui met toujours un temps assez long à s'y résoudre et qui peut, sous l'influence de diverses excitations devenir le siège de nouvelles poussées inflammatoires parfois mortelles.

On a vu des hématoceles que l'on croyait guéries depuis longtemps, occasionner à la suite de rapports sexuels ou d'un exercice violent, de nouvelles hémorrhagies et déterminer une péritonite suraiguë.

Dans d'autres cas, la poche se rompt et se met en communication par une fistule avec le vagin ou le rectum. Cette dernière circonstance est susceptible d'amener la pénétration de gaz et de matières fécales dans la poche et la mort prompte des malades. Cette terminaison est très rare et sur cinq cas de perforations recueillies par Voisin, la mort n'est survenue que dans un cas.

En résumé, la mort rapide par rupture ou inflammation intense d'une hématocele ancienne est un fait rare. Nous tenons seulement à en indiquer la possibilité.

Art. VII. — Des organes urinaires

Nous terminons notre revue des organes abdominaux, par celle de l'appareil urinaire.

Nous serons brefs de détails sur ce point, la meilleure raison en est que nous avons cherché en vain des faits qui nous concernent. Cette lacune apparente s'explique du reste assez facilement.

A propos de la vessie, par exemple, quelles sont les lésions ayant le triple caractère d'être spontanées, d'amener la mort rapide et la mort au milieu de symptômes pouvant faire naître des soupçons de crime? — Nous n'en supposons même pas, et les personnes plus compétentes que nous en pareille matière, auxquelles nous nous sommes adressé, sont du même avis.

Si nous prenons maintenant l'appareil sécréteur, le rein, nous avons à considérer qu'il est profondément caché dans la région lombaire et recouvert par une grande épaisseur de parties molles. Il est plongé dans une gangue de tissu cellulaire et cet amas de tissus mous, élastiques et légers, fournit un appareil de protection des plus parfaits.

De plus on ne saurait trop insister sur la situation absolument extra-péritonéale de l'appareil rénal tout entier (1). Cette indépendance relative, par rapport au

(1) D. Mollière, art. *Rein* (Anat) in dict. Dechambre.

péritoine, le met déjà hors d'état de produire des péritonites suraiguës qui pourraient résulter de la rupture spontanée de kystes ou d'abcès.

Des hémorrhagies peuvent avoir lieu, mais aux dépens des gros vaisseaux. Leudet cite un cas d'anévrysme de l'artère rénale qui resta latent jusqu'à sa rupture, laquelle amena une mort prompte et imprévue. Nous savons quelle peut être la symptomatologie d'un pareil cas, et nous sommes déjà étendus sur ce sujet à propos de la rate.

Quant aux sympathies-réflexes qui peuvent résulter de l'irritation des nerfs sensitifs du rein ou de l'uretère, les expériences de MM. Morat et Weill (1) ont montré qu'il en résultait une élévation de la pression artérielle. Nous pourrions alors supposer que des coliques néphrétiques peuvent amener la mort comme les coliques hépatiques, mais nous n'avons rien trouvé qui confirme cette opinion.

En somme, nous ne pouvons présenter ici aucune observation se rapportant à notre sujet.

Cependant nous ne terminerons pas, sans parler d'accidents, quoiqu'ils ne présentent que des liens indirects avec notre titre, qui, dans certains cas, par la rapidité de la mort qu'ils ont amenée et dans des circonstances imprévues, et par leurs symptômes particuliers, ont pu faire croire à un empoisonnement.

Nous faisons allusion à ces cas d'urémie foudroyante, bien décrits par Jaccoud (2), qui ne sont pas sans im-

(1) Weill, thèse de Lyon. 1882.

(2) Clinique de la Charité, 28^e leçon.

portance au point de vue médico-légal — et que nous pouvons citer quoique la mort résulte ici de l'action de l'urée sur le cerveau. Jaccoud cite le fait suivant: « Un jeune homme qui avait de la diarrhée depuis quelques jours entre chez un pharmacien, et il avale séance tenante une potion contenant de la rhubarbe et un peu de teinture d'opium. En sortant de la pharmacie, il est pris de vertiges, de vomissements et il perd connaissance. Transporté chez lui, il recouvre momentanément ses sens sous l'action d'une stimulation énergique, mais bientôt il retombe dans le coma et il meurt ». Comme l'ajoute Jaccoud, ne pouvait-on croire à un empoisonnement? L'autopsie écarta cette idée et démontra l'urémie. Les reins étaient atrophiés, l'urine chargée d'albumine et le cerveau d'urée.

Pihan-Dufeillay (1) rapporte une observation analogue d'un enfant de 9 ans qui fut tué en quatre heures par une urémie foudroyante à forme dyspnéique.

Enfin, le professeur Gairdner, d'Edimbourg, a rapporté deux cas de mort également foudroyante, chez deux Brightiques qui n'avaient éprouvé jusque là aucun accident nerveux.

Mais dans ces cas, la mort ne doit pas être cherchée seulement dans la cavité abdominale, et notre titre nous ordonne de ne pas en sortir. En avons-nous seulement fouillé tous les recoins? Nous ne l'espérons pas.

Nous aurions pu, enfin, parler quelque peu du contenant; les parois de l'abdomen offrent des ouvertures naturelles par lesquelles les viscères s'engagent et à tra-

(1) Thèse de Paris 1861, mort subite de l'enfance.

vers lesquels nous pourrions les suivre; mais les accidents qui en résultent, nous les connaissons déjà, ce sont ceux de l'étranglement interne, nous en avons assez parlé.

Outre ces orifices naturels, il peut s'en former spontanément d'accidentels, et nous en donnerons un exemple en parlant des ruptures du diaphragme. Les premiers sont faciles à explorer, les seconds ne se révèlent qu'à l'autopsie.

A la suite de violents efforts, le diaphragme peut se remplacer; si la solution de continuité est grande, la pénétration dans le thorax d'une partie des viscères abdominaux peut amener une asphyxie soudaine. Percy rapporte l'observation d'une jeune femme dont le diaphragme se rompit pendant les douleurs de l'enfantement et qui expira aussitôt. L'estomac était passé aux deux tiers dans le thorax, entraînant l'épiploon et une anse du colon, à travers le diaphragme déchiré obliquement et en franges, dans sa partie charnue du côté gauche et dans l'étendue de cinq pouces.

Lieutaud, St-André, ont aussi constaté des exemples de ces ruptures occasionnées par des convulsions ou des vomissements. De semblables lésions font toujours naître un vif soupçon de causes externes. Enfin la rupture est-elle moins étendue, l'étranglement peut cependant résulter d'une très petite partie d'organe engagé.

Nous avons tenu à rappeler ici ces ruptures du diaphragme afin de pouvoir penser avoir été au moins complet dans l'ensemble. — Nous arrêtons là nos recherches, et nous croyons avoir exposé les faits

*Les individus à réphrite interstentielle peuvent avoir une urine phosphorée
de médium ou très acide des phosphates, non décomposée mais d'urémie.*

*Cas de Monneret: jeune fille de 25 ans, dyspeptique, l'œuf éprouvé à petite dose. 2 cordons
l'œuf. Métrite. Le 3^e jour, attaques épileptiformes, 1 quart au S, dans l'après-midi.
pale, fécaloïde, et albumineuse.*

*Thore de Chauvet: danger des médicaments acides dans les
cas de lésions des reins.*

les plus saillants, et les mieux connus de mort rapide par lésions spontanées des organes abdominaux.

CONCLUSIONS

L'étude que nous venons de faire eût pu être plus détaillée, mais nous serions sorti des limites d'une thèse.

Nous osons espérer, cependant, que ce travail sera suffisant pour appeler l'attention sur la fréquence relative de ces morts subites ou rapides par lésions spontanées des organes abdominaux, et faire ressortir leur importance en médecine judiciaire.

A propos de chaque viscère, nous pensons avoir exposé les faits les plus saillants et les mieux connus de morts rapides et imprévues.

Nous avons parlé d'abord des maladies générales à localisations inflammatoires sur l'intestin, qui surprennent, par la rapidité de l'évolution, la mort imprévue qu'elles amènent et les symptômes qui l'ont précédée.

Passant au *tube digestif*, nous avons averti que, si parfois les lésions parleront d'elles-mêmes (ulcères, perforations), dans d'autres cas (indigestions, boissons

glacées, action de vers intestinaux, étranglement interne), elles seront minimales, et la mort ne pourra s'expliquer qu'en recourant à l'interprétation physiologique que nous avons établie dans la première partie de notre thèse.

Parmi les annexes du tube digestif, nous avons rappelé le rôle que peuvent jouer les déchirures et les hémorrhagies du *pancréas*.

A propos du *foie*, nous n'avons eu à citer que des péritonites suraiguës dues à des ruptures de kystes hydatiques, et à des morts par action réflexe, sous l'influence de l'irritation des voies biliaires par les entozoaires, ou les calculs biliaires.

Les ruptures de la *Rate* nous semblent le type de la mort par hémorrhagie intra-abdominale, et à ce titre nous avons donné quelques détails.

Les organes génitaux internes de la femme, en raison du volume qu'ils occupent dans la cavité abdominale, ont une place marquée dans notre cadre ; c'est ici que nous n'avons pas l'espoir d'avoir été complet, mais seulement d'avoir exposé les faits les plus saillants.

Enfin, des *organes urinaires* (reins, vessie), nous ne nous sommes guère entretenu, pour les raisons que nous avons exposées.

Un pareil champ était vaste, et nous ne pouvions l'embrasser dans ses détails.

Déjà certains mémoires sont venus jeter du jour sur quelques points, mais le dernier mot est loin d'avoir été dit en pareille matière.

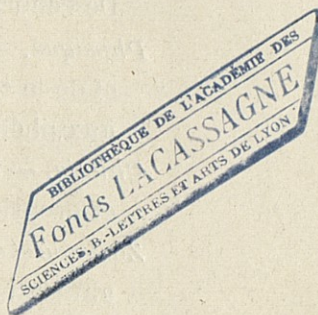
Puissions-nous un jour apporter un complément natu-

rel à ce travail, en contribuant à grossir ce faisceau
d'observations pleines d'intérêt et d'une importance qui
ne se discute pas, celle d'absoudre un innocent devant
le Tribunal!

VU, LE DOYEN :
LORTET.

VU BON A IMPRIMER :
Le Président de thèse,
LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur,
EM. CHARLES.



QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie générale et histologie. — Tissus entrant dans la composition du squelette.

Physiologie. — De l'inspiration et de l'expiration. — De l'effort.

Physique. — Application des lois de l'hydrodynamique et de la théorie des ondes à la circulation du sang et aux phénomènes du pouls.

Chimie. — Corps gras en général. Constitution chimique et propriétés.

Zoologie et anatomie composée. — *Tœnia solium.* — Organisation. — Ses migrations. — Ses transformations.

Matière médicale et Botanique. — Décrire les diverses sortes d'hipécacuanha. — Structure et fonctions des feuilles.

Pathologie externe. — Des effets locaux du froid.

Pathologie interne. — De la gastrite et de l'ulcère simple de l'estomac.

Thérapeutique. — De l'iode.

Hygiène. — Du coup de chaleur.

Accouchements. — Hémorrhagie des premiers mois de la grossesse.

Pathologie générale. — Du symptôme et du signe en général.

Ophthalmologie. — Anatomie de la Zonule de Zinn et de la capsule du cristallin.

Médecine opératoire. — Des hémorrhagies de la paume de la main. Indications et moyens de la remplir.

Anatomie. — Du canal inguinal.

Maladies cutanées et syphilitiques. Des lésions osseuses de la syphilis.

Anatomie pathologique. — Des lésions glandulaires qu'entraîne la rétention des produits.

Médecine légale. — Des signes propres à établir que l'enfant est né vivant.

Médecine expérimentale et composée. — Des conditions qui permettent de reproduire expérimentalement les symptômes et les lésions de la pyohémie.

Clinique médicale. — Des épilepsies dyscrasiques. — Diagnostic de l'angine de poitrine.

Clinique chirurgicale. — Indications de la résection du coude. — Appréciation de divers procédés opératoires au point de vue de la reconstitution d'une articulation nouvelle. — De l'influence du diabète sur les suites des traumatismes et des opérations.



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	PAGE 5
1 ^{re} PARTIE. — Pathogénie de la mort rapide dans les lésions spontanées....	9
2 ^e PARTIE. — Des morts subites ou ra- pides par les diverses lésions des divers organes contenus dans l'abdo- men.....	19
ART. 1 ^{er} . — De certaines maladies généra- les à localisation inflam- matoire sur le tube digestif.	20
» 2 ^e Du tube digestif. <i>a</i> estomac.....	30
» <i>b</i> intestin.....	44
» 3 ^e Du pancréas	59
» 4 ^e Du foie et des voies biliaires.....	61
» 5 ^e De la rate	68
» 6 ^e Des organes génitaux internes de la femme.....	82
» 7 ^e Des organes urinaires.....	114
CONCLUSIONS	119
QUESTIONS sur les diverses branches des sciences médicales.....	122

