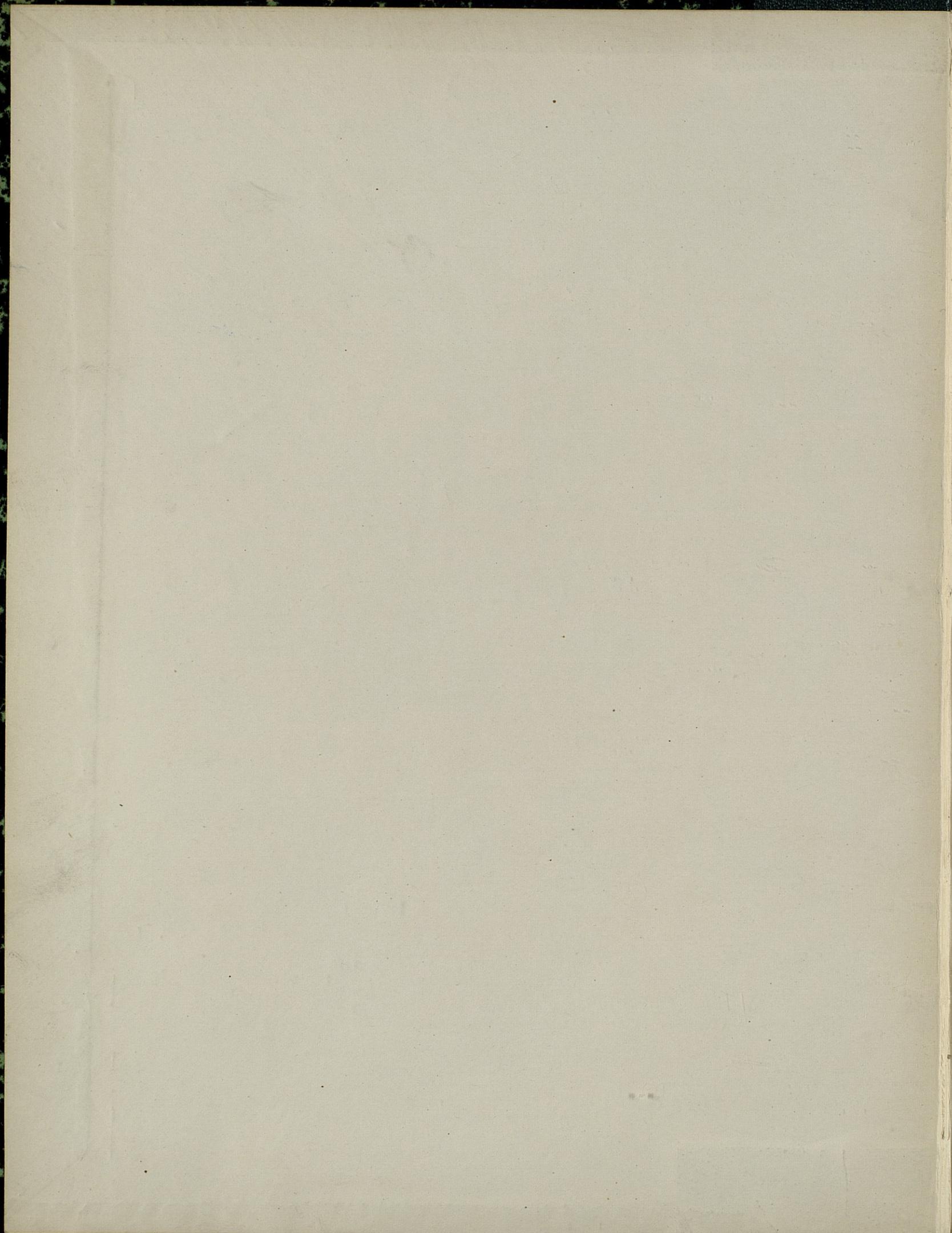


Cognac
J. B. L. Cassagne



SANFA 601S3S749

ROCKEFELLER



D 048 462861 3

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

Me. Lacassagne
Pierre Lacassagne
Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 1130

Catalogué AUTEURS

Catalogué MATIÈRES

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

SUR LA

STRANGULATION MANUELLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Lundi 2 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre MONTAGNÉ

Né à Mareuil-le-Port (Marne), le 6 Décembre 1872

Elève de l'École du service de Santé Militaire



LYON

IMPRIMERIE DE A.-H. STORCK

78, Rue de l'Hôtel-de-Ville, 78

1895

RÉSERVE

SCD Lyon

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

SUR LA

STRANGULATION MANUELLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Lundi 2 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre MONTAGNÉ

Né à Mareuil-le-Port (Marne), le 6 Décembre 1872

Elève de l'Ecole du service de Santé Militaire



LYON

IMPRIMERIE DE A.-H. STORCK

78, Rue de l'Hôtel-de-Ville, 78

1895

RÉSERVE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LÉPINE. ASSESSEUR.

Professeurs honoraires

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE

Professeurs

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
		BONDET.
Cliniques chirurgicales	}	OLLIER.
		PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements		FOCHIER.
Clinique ophthalmologique		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales		PIERRET.
Physique médicale		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.		HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.		FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée		LORTET.
Anatomie.		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie		RENAUT.
Physiologie		MORAT.
Pathologie interne		TEISSIER.
Pathologie externe		AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MAYET.
Anatomie pathologique		TRUPIER.
Médecine opératoire		POLLOSSON (Maurice).
Médecine expérimentale et comparée		ARLOING.
Médecine légale		LACASSAGNE.
Hygiène		BARD.
Thérapeutique.		SOULIER.
Pharmacie		CROLAS.

Professeur adjoint

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE.

Chargés de cours complémentaires

Clinique des maladies des Enfants	MM.	WEILL.	agrégé.
Accouchements		POLLOSSON (Aug.),	—
Botanique		BEAUVISAGE,	—

Agrégés

MM. BEAUVISAGE CONDAMIN COURMONT DEVIC DIDELOT GANGOLPHE	MM. POLLOSSON (A.) ROCHET ROLLET ROQUE ROUX COLLET	MM. BOYER CURTILLET VALLAS SIRAUD DURAND DOYON	MM. BARRAL MOREAU
---	---	---	----------------------

M. ETIEVANT, *Secrétaire*,

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LACASSAGNE, *Président*; M. MAYET, *Assesseur*; MM. ROLLET et BOYER, *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 LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON BEAU-PÈRE
témoignage de profonde gratitude

A MON GRAND-PÈRE

A MON GRAND-ONCLE, LE D^r A. RÉMY

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LACASSAGNE

Chevalier de la Légion d'Honneur



AVANT-PROPOS

*« In testimonio, judicis semper
conscientia ».*

DROIT ROMAIN.

A chacun de nous la société impose des devoirs et accorde des droits. Elle protège l'enfant qui vient de naître, assure son identité et, de plus, la libre disposition de sa personne et de ses biens, quand il est devenu homme, citoyen. Or, dans tous ses intérêts, dans toutes ses actions, dans les actes les plus importants de sa vie, voire même sa naissance et sa mort, la science intervient, appuyée sur la loi, pour légitimer ses droits et déterminer ses devoirs et sa responsabilité; la liberté physique est subordonnée à la liberté morale et celui qui, devant la loi, en détermine la mesure, sous sa responsabilité, c'est le médecin légiste.

La médecine légale a donc sa raison d'être et son but; elle devient l'auxiliaire du législateur, en soumettant son idéal aux nécessités de la vie matérielle.

Combien grande est donc son importance, si de sa décision peuvent dépendre l'honneur, la liberté, la vie même des citoyens! L'opinion de l'expert, suivant la belle expression du Droit romain, est plutôt un jugement qu'un témoignage. Voilà la raison qui a fait confondre autrefois jusqu'à nos jours même, le rôle de l'expert et la fonction du juge.

Véritablement, on ne peut qu'admirer l'établissement définitif dans nos mœurs actuelles de cette science si jeune et pourtant si féconde déjà en faits et utiles enseignements, en songeant aux temps demi barbares, où elle cédait le pas, malgré l'influence chrétienne de l'Église, aux usages les plus cruels et les plus absurdes. L'épreuve du feu, celle de l'eau, sorte de docimasie morale, unique en son genre, et le combat judiciaire, sous l'œil du grand justicier devant qui la simple raison courbait la tête encore. Plus tard même, sous la brillante et dorée civilisation du siècle de Louis XIV, une justice inflexible et souvent égarée par des préjugés cruels se souciait peu des patientes investigations de la science : à vrai dire ceux qui « torturaient » les prétendus sorciers, pour leur faire avouer leurs crimes imaginaires, n'étaient-ils pas dignes d'être dupés par eux, en associant à leurs actes une si basse superstition?

Il a fallu les bouleversements sociaux, qui ont agité ce siècle, qui se meurt; il a fallu les profondes modifications de nos mœurs et de nos lois, pour voir à l'abri de notre civilisation actuelle la médecine légale prendre une place tardive, il est vrai,

mais devenue rapidement imposante. Nous n'avons pas ici à faire son histoire, ce serait dévier de notre ligne de conduite. Ce côté de la grande science humaine nous a particulièrement attiré, car nous y avons vu la marque d'un important progrès dans l'histoire de notre humanité.

Cependant, il est arrivé pour la médecine légale ce que l'on verrait se produire au lit des malades si, par un retour impossible vers les premiers âges de l'art de guérir, on réduisait la science des maladies à leurs symptômes communs, en négligeant les signes propres que l'on peut déduire de l'exploration méthodique des organes. Déjà bien des auteurs ont compris l'importance de ne pas laisser subsister plus longtemps le vague et la confusion, qui ont, jusqu'à ces derniers temps, obscurci l'histoire des morts violentes. C'est sur leurs traces, marquées par de grands noms et de beaux résultats, que nous osons nous aventurer aujourd'hui. On n'est jamais trop prolix sur ce qui intéresse la science au premier chef : c'est donc avec confiance et, ajoutons-le, avec plaisir que nous allons entreprendre ici cette importante étude médico-légale.

Mais auparavant, nous tenons essentiellement à remplir un devoir, qui, hâtons-nous de le dire, ne manque pas de charmes pour nous. Tous ceux qui, de près ou de loin, nous ont porté quelque intérêt ont droit à nos remerciements. Nous ne les leur ménagerons pas. M. le professeur Lacassagne nous a inspiré ce travail ; il voudra bien en accepter les prémices, comme un faible gage de notre reconnais-

sance ; nous garderons un constant souvenir de son enseignement à la fois si philosophique et si utilitaire, exempt des trop grands développements didactiques, qui rendent parfois si pénibles les études supérieures.

Merci également à nos maîtres de la Faculté de médecine et de l'Ecole de Santé militaire et en particulier, à MM. les médecins-majors de 1^{re} classe, Brousse et Hassler et M. le médecin-major de 2^e classe Ferrier qui nous ont en toutes occasions témoigné leur bienveillance.

A nos maîtres de l'Ecole de médecine de Reims, qui ont guidé nos premiers pas dans la carrière médicale, nous garderons plus qu'un souvenir avec l'hommage de nos regrets au docteur Moret si prématurément enlevé à l'affection de tous ceux qui l'approchèrent.

Enfin, avant de clore ici cette entrée en matière un peu longue, nous témoignons toute notre sympathie à nos camarades de l'Ecole de médecine de Reims, que nous avons quittée à regret et à notre promotion de l'Ecole de Santé militaire, où nous avons trouvé de bons amis, qui nous ont aidé à supporter les quelques ennuis inévitables de nos trois années d'internat militaire.

P. M.

- Strangulation et pendaison.

- la dépression p. 13

- les causes de mort (division un peu simpliste), voir p. 37

- l'Inkerman militaire



CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE. — DÉFINITION. — UTILITÉ DE L'ÉTUDE
ENTREPRISE. — DIVISIONS DU TRAVAIL

§ 1.

La strangulation, prise dans son sens le plus général, a peu ou point d'histoire personnelle : on peut même dire qu'elle doit son individualité à Tardieu. Avant cet auteur, en effet, on ne rencontre pas sans étonnement le silence général, qui règne sur ce genre de mort violente, dans les différentes études médico-légales parues jusqu'alors.

Notre intention n'est pas de faire ici une sorte de bibliographie de tout ce qui a été dit sur ce sujet ; ce serait répéter ce que Tardieu a si justement établi : « Il y a quelque chose de si étrange, de si inattendu dans l'omission faite par les auteurs des caractères propres à la strangulation, et, d'un autre côté, la prétention d'être neuf sur un sujet, que l'on supposerait au premier abord presque banal, peut si aisément

*La strangulation dans les statistiques
officielles, jugée en 1878 - à Yvernois*

paraître déplacée, que je sens la nécessité et le devoir d'exposer avant tout l'état de la science sur la question de la strangulation. Cela est d'autant plus utile que les travaux, d'ailleurs peu nombreux, qui en portent le titre traitent en réalité d'un tout autre objet. »

Il a donc tout dit et bien dit : insister sur ce fait serait un plagiat ou tout au moins une redite inutile. D'ailleurs, nous nous écarterions un peu de notre sujet, notre but étant de traiter spécialement ce qui a rapport à la strangulation par les mains. Or, qu'on vienne à lire les auteurs anciens ; les documents sur ce sujet sont bien insuffisants. Néanmoins, pour être aussi complet que possible, résumons rapidement l'étude historique entreprise par Tardieu, sans toutefois nous arrêter à l'historique spécial, qui de même que celui de la pendaison remonte à la plus haute antiquité. Il n'est pas douteux que les anciens auteurs n'ont pas méconnu ou ignoré les faits d'étranglement criminel, mais entraînés par une préoccupation doctrinale, ils ont laissé de côté les enseignements de l'expérience, inconséquence fâcheuse, que Tardieu a trouvé urgent de faire disparaître. On pourrait établir trois stades dans l'histoire médico-légale de la strangulation : 1^o La période durant laquelle on n'en parle pas ou du moins à peine : c'est l'époque de Littré, (1704), de Zacchias (1726), de Morgagni, qui emploient ce mot indistinctement dans le même sens que suffocation. Un seul écrivain a entrevu la grande lacune qui régnait dans les connaissances actuelles : c'est Fœdéré (1813) qui

montre la nécessité de distinguer la strangulation simple de celle qui est déterminée par la pendaison; malheureusement les deux études restent confondues.

2^o La seconde étape compte un certain nombre d'auteurs illustres, qui n'ont pas méconnu la strangulation, mais l'ont absolument incomprise. Devergie, dans un chapitre intitulé : « De la pendaison et de la strangulation » énonce cette profession de foi : « La pendaison et la strangulation sont, ici, réunies dans le même chapitre, parce qu'il y a la plus grande analogie entre ces deux genres de mort, qui ne diffèrent que par le mode d'exécution. »

Au point de vue physiologique, peut-être; mais au point de vue médico-légal, c'est une grande erreur. Orfila, le professeur si éminent de Paris, avait déjà émis, en 1823, sous certaines réserves, les mêmes opinions; « parce que, à peu de choses près, il y a identité entre les causes qui les déterminent et les phénomènes qui les accompagnent. La suspension est toujours accompagnée de strangulation. » C'est un simple jeu de mot. Les auteurs qui se sont encore attachés à cette étude, n'ont pas échappé à la même confusion : Remer, Olivier, Fleischmann, Rendu, Desgranges, Duchesnes, dont les articles abondent dans les *Annales médico-légales* de 1830 à 1870, bien que laissant de côté la partie purement doctrinale, pour pénétrer les faits particuliers, n'ont écrit sur ce sujet que des dissertations polémiques, intéressantes à beaucoup de points de vue, mais sans grande utilité pratique. Une seule étude mérite d'être signalée : celle du D^r Durand-Fardel, en 1851,

intitulée : « Suspension et Strangulation » ; mais elle est exclusivement consacrée à la strangulation suicide et laisse tout à fait dans l'ombre le côté le plus intéressant de la question, c'est-à-dire le point de vue criminel.

3° Tout était donc à faire, lorsque Tardieu entreprit de dissiper les ténèbres, qui obscurcissaient la question, en mettant les choses au point. Quelles que soient les faiblesses de son œuvre et les réserves qu'il faut y apporter aujourd'hui avec les progrès de la science, elle n'en est pas moins remarquable et offre un grand intérêt. Depuis, bien des auteurs ont marché sur ses traces : Taylor en Angleterre, Casper et Lisman en Allemagne, Hoffmann à Vienne, Tamassia en Italie, Du Saulle en France et, avec lui, Pauliel, Briand et Chaudié, puis de nos jours M. le professeur Lacassagne se sont livrés à des études expérimentales des plus intéressantes et ont retracé le plus complètement possible, en se basant sur de multiples observations, l'histoire véritable de la strangulation.

Ne reste-t-il donc rien à étudier sur un sujet aussi vaste et aussi longtemps mal compris ? Nous ne le croyons pas ; si haut que soit déjà l'édifice établi, une nouvelle pierre n'est pas sans utilité ; nous nous efforcerons de l'apporter bonne et de la cimenter solidement.

§ 2.

Le docteur Durand-Fardel a introduit dans la définition de la strangulation une distinction un peu

subtile, relativement à la direction suivant laquelle agit la compression; pour lui, en effet, c'est « une compression exercée par une force qui agit perpendiculairement à l'axe du cou, à l'aide d'un *lien* serrant également par tous les points de sa circonférence ». Cette définition laisse ainsi complètement de côté le mode des mains. Il y a donc utilité d'une première distinction à établir.

*Les allemands distinguent
l'erschütung (mains)
et l'Ertröden (lien)*

Prenons maintenant le Dictionnaire de l'Académie, nous y lisons ceci : « Etrangler, c'est faire perdre la respiration et la vie, en pressant le gosier ou en le bouchant. » Définition inexacte, car elle établit une confusion entre la mort par strangulation et la suffocation criminelle. Donc seconde distinction nécessaire.

En dernier lieu, reprenons l'interprétation de Tardieu, adoptée d'ailleurs par les dictionnaires encyclopédiques.

« La strangulation, entendue dans le sens médico-légal, est un acte de violence qui consiste en une constriction exercée directement, soit autour, soit au devant du cou, et ayant pour effet, en s'opposant au passage de l'air, de suspendre brusquement la respiration et la vie. » Un grand progrès se manifeste dans cette définition; néanmoins elle nous semble incomplète, car elle fait abstraction des terminaisons par apoplexie ou mort subite, presque aussi fréquentes que l'asphyxie. Faut-il donc dire avec du Saule, que la strangulation semble n'avoir pas besoin d'être définie autrement que par le mot lui-même? Véritablement, c'est escamoter trop librement la difficulté.

Je dis : la strangulation est une ^{mort violente, le plus souvent criminelle,} asphyxie dans laquelle tout le cou ou seulement sa partie antérieure sont le point d'application d'une violence extérieure. Dans le premier cas, un lien contracté ^{par réflexe tubulaire} arrête la respiration et la vie; dans le second cas, la main comprime les vaisseaux et les nerfs et il y a un réflexe ^{cardiaque} produisant le point de conscience et une syncope souvent mortelle. — D'ici différence avec pendaison et étranglement de la strangulation interne admise par Tardieu et qui est de la suffocation.

C'est pour cette raison, que, frappé de l'indécision, qui paraît exister encore à beaucoup de points de vue, sur la mort par strangulation, nous avons résolu de tâcher d'y remédier, autant qu'il sera en notre pouvoir. Séparer nettement la strangulation manuelle de celle qui emploie les divers liens, la distinguer de la suffocation, seul genre de mort, qui puisse prêter à confusion, et montrer par quels mécanismes bien différents elle peut entraîner la mort, voilà quel est notre but. Est-il légitime et d'une importance suffisamment pratique ? Ce n'est pas le vain désir d'innover qui nous fait écrire, mais la prétention plus légitime de ranger des faits jusqu'ici un peu confondus, dans un cadre mieux approprié et de les présenter dans un ordre plus méthodique. L'histoire de la strangulation n'est pas très difficile à présenter : les faits la retracent d'eux-mêmes, et ils sont assez nombreux et variés pour qu'on ait confiance en ces simples données. En présence de cas qui ne sont ni très rares, ni très extraordinaires, quel n'est pas l'embarras du médecin légiste, à qui la justice demande des réponses catégoriques ? Plus un fait sera connu et étudié, moins les erreurs deviendront possibles, nous croyons donc agir utilement en reprenant cette question.

La strangulation manuelle, étudiée jusqu'ici de pair avec la strangulation par liens, mérite d'en être séparée ; elle a, en effet, une étiologie toute différente ; le mécanisme de la mort qu'elle entraîne est, pour certains points, tout à fait spécial ; les lésions cons-

tatées à l'extérieur nettement distinctes sont, en quelque sorte, caractéristiques; l'autopsie elle-même révèle d'assez notables différences dans les effets constatés sur les organes internes. Enfin, au point de vue judiciaire, les constatations absolument différentes, amènent des conclusions opposées.

La constriction exercée directement avec les mains, est de beaucoup la plus fréquente; elle constitue le procédé le plus ordinaire de la strangulation homicide, beaucoup plus commune que le suicide. Nous commencerons donc cette étude avec l'idée bien arrêtée de combler une lacune, si légère soit-elle; d'ailleurs notre ambition est modérée: aux petits ouvrages, il faut de modestes ouvriers. Nous étudierons successivement les différents points intéressants de ce sujet, en nous efforçant d'être aussi complets et explicites qu'il sera en notre faible pouvoir: le lecteur délicat excusera notre inexpérience en faveur de notre bonne volonté.

Notre plan général sera celui-ci :

CHAPITRE II. — Des causes de la mort par strangulation manuelle et des effets immédiats et consécutifs observés dans ce genre d'asphyxie.

CHAPITRE III. — Des signes de cette mort: leur appréciation, leur valeur.

CHAPITRE IV. — La strangulation manuelle au point de vue judiciaire.

CHAPITRE II

DES CAUSES DE LA MORT PAR STRANGULATION MANUELLE ET DES EFFETS IMMÉDIATS OU CONSÉCUTIFS OBSERVÉS DANS CE GENRE D'ASPHYXIE.

Nous n'avons pas l'intention d'insister ici sur les procédés employés par les étrangleurs de tous les pays, dans le but de se débarrasser de leur victime ; nous y reviendrons en détail, lorsque nous traiterons des expertises judiciaires.

§ 1.

DES CAUSES DE LA MORT.

On a cru pendant longtemps que les étranglés, de même que les pendus, ne mouraient que par défaut de respiration. De nos jours encore la strangulation est rangée au nombre des genres de mort par asphyxie. C'est une simple routine dans le but de faciliter

la classification et l'étude de divers genres de mort violente. Nous l'avons déjà fait remarquer en discutant, dans le chapitre précédent, la valeur des définitions réputées classiques et admises par tous les auteurs, sauf certaines réserves personnelles. Néanmoins les anciens avaient déjà découvert certains faits qui, plus tard, ont été mis en lumière par des expériences célèbres, des observations attentives, à l'aide desquelles on arriva à démontrer que la mort dans la strangulation, aussi bien manuelle que par un lien quelconque, ne devait pas être rattachée exclusivement à l'occlusion des voies respiratoires; on avait à considérer également la compression probable de certains organes ou plutôt de certaines parties de la région sur laquelle s'exerce l'action mécanique.

Pour faciliter l'étude des divers mécanismes de ce genre de mort, nous adoptons la classification jadis proposée par Bichat, pour la mort en général. Un étranglé, à l'aide d'une seule ou des deux mains, sera donc susceptible de succomber par trois voies différentes.

1^o Par le poumon. — C'est l'asphyxie pure et simple, mais nous verrons qu'elle n'est pas toujours seule en cause; l'apoplexie pulmonaire n'est pas sans jouer un certain rôle, mais elle est soumise à des conditions un peu spéciales, et nous n'insisterons pas là-dessus; enfin nous dirons quelques mots au sujet de l'influence des fractures du larynx encore assez fréquentes.

2° Par le cerveau. — Nous ferons intervenir en pareil lieu l'apoplexie cérébrale et l'anémie des centres nerveux, due sans aucun doute à la compression du bulbe et de la moelle, consécutive aux fractures et luxations du rachis cervical.

3° Par le cœur. — La compression des nerfs vagues dont les effets varient en intensité suivant la violence et, d'autre part, la commotion laryngée chez certains tempéraments prédisposés, feront l'objet de ce paragraphe.

Nous allons donc étudier successivement et à part ces diverses causes, tout en admettant qu'elles peuvent intervenir simultanément pour concourir à l'extinction de la vie chez les victimes d'un attentat criminel ou d'une imprudence dangereuse.

A. — MORT PAR LE POU MON

Asphyxie. — L'idée de mort par asphyxie est sans contredit la première qui s'offre naturellement à l'esprit, et cependant bien que les meurtriers comptent avant tout sur cet effet de leur violence, on peut déclarer qu'elle se rencontre moins souvent qu'il ne serait légitime de le supposer, surtout quand on compare la strangulation par les mains à celle qui résulte de l'application d'un lien ou bien encore à la pendaison. Et pourtant, et tel est l'avis de Tourdes, une faible pression exercée sur le larynx suffit souvent à empêcher l'accès de l'air. D'ailleurs il n'est

pas nécessaire que l'interruption de l'air soit complète pour que l'asphyxie se produise. Nous ne croyons pas avec les auteurs classiques, que l'on puisse supporter au-delà de quelques minutes, quatre ou cinq au maximum, les effets d'une strangulation complète. en mettant de côté les conditions individuelles qui peuvent faire varier ce degré de résistance ; la mort arrive par asphyxie, bien que la compression continue sur les vaisseaux et les nerfs. Les expériences de Fluchmann sont concluantes ; il a constaté que la pression ne peut être continuée que pendant un temps très court, et l'étranglement a lieu en expiration. Mais, si puissante que soit la pression développée par les mains, deux circonstances viennent se mettre un peu à l'encontre des précédentes conclusions ; la strangulation, le plus souvent criminelle, suppose, à moins de surprise, une résistance de la part de la victime et, de plus la surprise, l'effroi déterminent chez elle une inspiration violente, qui fait varier les effets de la violence.

La plupart des auteurs modernes et contemporains ne regardent pas, il est vrai, l'occlusion des voies respiratoires et le manque d'oxygénation du sang, qui en résulte, comme la cause unique et immédiate de la mort par strangulation, mais tous y attachent une certaine importance et les expériences faites à ce sujet ont montré que cette conclusion joue un grand rôle dans certains cas. Toutefois, nous le répétons la cause de la mort ne dépend pas toujours, comme on le croit vulgairement, de la respiration interrompue primitivement, d'autres éléments entrent en cause,

sur lesquels nous n'insisterons pas présentement. Quoiqu'il en soit, sans être absolu à cet égard d'une manière ou de l'autre, on peut avancer facilement que l'interruption de l'entrée de l'air dans les organes respiratoires a certainement une bonne part dans les effets de l'étranglement.

Mais si ce rôle est admis généralement, on est loin d'être d'accord sur le mécanisme de ce genre d'asphyxie. Beaucoup prétendent que toutes les parties molles qui avoisinent la base de la langue, c'est à-dire qui constituent le plancher buccal, refoulent celle-ci en arrière; l'épiglotte se pressant contre la paroi postérieure du pharynx, oblitère ainsi l'ouverture du larynx. Ceci, bien entendu, quand le creux de la main presse la partie supérieure de cet organe. Devergie se refuse à admettre ce mécanisme et base sa réfutation sur une série d'expériences où il a constaté la saillie de la langue entre les arcades dentaires.

Ces divergences rendent difficile une conception bien nette de la façon dont se produit l'asphyxie dans la strangulation manuelle; mais ce qui est certain, c'est que plus la fermeture du larynx sera complète, plus vite l'asphyxie se produira; toutes réserves faites, bien entendu, sur la constitution anatomique de la région, l'état des tissus adipeux et ganglionnaire et l'ossification de la trachée, qui peuvent contribuer à modifier l'action de la main meurtrière.

Fractures de l'appareil vocal.— Nous devons distinguer d'abord les fractures de l'os hyoïde et du

conduit respiratoire proprement dit ; nous ne parlerons ici que des conditions dans lesquelles la mort peut survenir, nous réservant de compléter ultérieurement ce qui intéresse cette question.

Les lésions de l'os hyoïde sont plus communes dans la strangulation manuelle que dans la pendaison et la constriction par des liens. Une expertise judiciaire qui eut lieu en 1886, relate le fait suivant : « Une femme de 49 ans, trouvée sans connaissance, revint à elle quelque temps après et raconta qu'elle avait été étranglée ; des traces de pression cervicale, sous forme d'empreintes bleuâtres et excoriations situées des deux côtés, la faiblesse de la voix légitimaient cette accusation. On constata la fracture de l'os hyoïde ; la blessée ne guérit pas, des accidents graves entre autres l'aphonie, la gêne progressive de la déglutition, des convulsions dans les membres la firent succomber quelque temps après dans le marasme. Etranglement par les mains, fracture de l'os hyoïde, déformation du larynx, mort par accidents consécutifs, telles ont été les conclusions du rapport. »

Quant aux fractures du larynx qui exigent, aussi pour se produire une force puissante, elles sont le résultat le plus souvent de l'action directe de la main sur le tube respiratoire ; fissures, fractures, brisures, enfoncements et déplacements des fragments, tels sont les divers degrés de ces lésions, qui amènent la déformation du larynx et son aplatissement latéral : l'âge a une certaine influence sur leur production ; chez les sujets jeunes le larynx élasti-

que cède et résiste mieux. Chez les vieillards l'ossification, bien que rendant sans doute la résistance plus grande, leur font perdre en revanche cette précieuse propriété. Ces lésions produisent une dyspnée rapide par réduction du calibre des voies aériennes et leur oblitération.

On comptera aussi parmi les causes de la mort le gonflement de la muqueuse ecchymosée et l'emphysème qui peut survenir à la région du cou. Le spasme de la glotte et ses conséquences peuvent aussi en résulter. La gêne de la phonation et de la déglutition, la dyspnée se prolongent chez ceux qui survivent à ces lésions, presque toujours mortelles d'ailleurs. Somme toute, c'est une forme spéciale de l'asphyxie, mais dont le mécanisme diffère suffisamment pour qu'il nous ait paru utile de l'étudier séparément.

B. — MORT PAR LE CERVEAU.

Apoplexie cérébrale. — La plupart des auteurs ont donné comme cause de la mort dans la constriction du cou par des liens, une large part aux phénomènes cérébraux, qui sont dus, évidemment, bien plus à cette compression qu'à l'asphyxie elle-même. Mais ce mécanisme est encore, et surtout, à invoquer dans la strangulation manuelle, la pression d'un ou de plusieurs doigts étant plus limitée et, partant, plus énergique; c'est le principe de l'hémostase provisoire.

Il est donc nécessaire d'admettre cette influence, mais autrefois, alors que la science progressait lentement, on n'a pas assez prouvé la véritable signification des termes : hyperémie, engorgement, apoplexie et hémorrhagie cérébrale, employés souvent indifféremment. Nous ne définirons pas en détail l'apoplexie, ce serait empiéter sur le rôle de la pathologie. Contentons-nous de dire, avec Grasset et Trousseau que c'est un « syndrome clinique, caractérisé par la soudaineté des accidents qu'il détermine, la suspension générale de toutes les fonctions cérébrales proprement dites et l'altération spontanée d'un ou plusieurs points du cerveau, comme origine des accidents ». Ce dernier phénomène peut être considéré comme caractéristique et permet de distinguer l'apoplexie de l'asphyxie et de la syncope, qui peuvent produire des effets analogues. La respiration et la circulation restent indemnes en effet.

Cependant, bien qu'on soit forcé de reconnaître chez les étranglés certains troubles asphyxiques, il est rare de trouver chez eux des lésions cérébrales indéniables. Il est vrai que ces phénomènes se confondent avec ceux qui résultent de la compression des artères et des veines de la région. Ce qui domine avant tout, c'est la perte de connaissance souvent foudroyante. Il se rencontre souvent, quand la mort arrive par un mécanisme mixte, en quelque sorte, que l'apoplexie et l'asphyxie existent conjointement à des degrés différents. L'apoplexie en ce cas commence lorsque la respiration embarrassée entrave le retour du sang du cerveau, sans cependant don-

ner lieu à une congestion ou même un épanchement sanguin susceptible d'amener une paralysie de cet organe. Dans ce cas la mort par asphyxie arrive plus vite que celle qui est produite passivement par une congestion due à un obstacle au retour du sang de l'encéphale dans l'oreillette droite.

Anémie cérébrale. — En 1854, à Pise, devant une nombreuse société, Colombus provoqua la défaillance subite d'un jeune homme en lui comprimant les carotides, à la grande stupéfaction des assistants.

Ainsi donc, après l'apoplexie résultant de la compression des jugulaires, vient s'ajouter un nouveau genre de mort résultant de celle des carotides. Ne traite-t-on pas d'ailleurs ainsi certains accès d'épilepsie? De nombreuses expériences ont été faites à Vienne par Hoffmann et à Paris par M. Brouardel. Une compression puissante des carotides entravait l'injection dans le crâne d'un courant d'eau, malgré la perméabilité de ces conduits; des injections colorantes furent encore plus concluantes. Il est nécessaire d'ajouter qu'un lien servait de compresseur, mais là où une constriction produit de tels résultats, une pression puissante et limitée, répétons-le, est tout aussi susceptible de réussir. L'expérience classique de comprimer le cou chez un animal dans toute son étendue, et chez un autre sur les vaisseaux seulement est trop connue pour y insister davantage. Le premier meurt en 6 minutes, le second en 20, et tous deux présentent une anémie du

cerveau (Brouardel). Aujourd'hui on ne peut plus douter de l'inutilité et même du danger de la ligature préventive de la carotide primitive. Dans un grand nombre de cas la ligature a été directement la cause de la mort, en provoquant des accidents cérébraux paralytiques, convulsifs, syncopaux ou comateux.

A côté de cela, un fait qui pourrait étonner, c'est que chez les animaux la suppression brusque de l'arrivée du sang dans les carotides ne produit pas généralement des symptômes cérébraux très graves et quelquefois même n'en produit aucun (A. Cooper). Chez l'homme, nous avons constaté le contraire ; il n'en est pas de même cependant de l'oblitération lente, qui permet à la circulation collatérale de se produire. En conséquence la mort par anémie cérébrale se produira plus facilement avec la main, qui comprime brusquement que par l'aide d'un lien plus ou moins lâche dont la constriction sera souvent incomplète et progressive.

Quant aux accidents nerveux qui en résultent, ils sont très variables dans leur nature, leur mode de développement et l'époque de leur apparition. Vertiges ou simple engourdissement ; syncope et voire même le coma, et, en dernier lieu, convulsions et contractures, tels sont les trois degrés qu'il est permis d'établir dans la manifestation de ces accidents. Est-ce l'anémie, que l'on doit véritablement invoquer pour l'explication de ces troubles ? Pas toujours assurément. La compression agit souvent à la fois sur les artères et sur les veines facilement dépressi-

bles ; il y a donc à la fois congestion et anémie : la première domine, si les artères sont moins pressées que les veines, et inversement. C'est ce qui se rencontre surtout chez les pendus, qui sont blancs ou bleus, suivant les cas.

Cependant Tardieu prétend que, dans tous les cas, les veines jugulaires internes restent libres et que la circulation cérébrale n'est pas sensiblement troublée.

Quoi qu'il en soit elle domine chez les étranglés par liens, et l'anémie chez les étranglés par la main. La perte de connaissance rapide qui en résulte est ainsi favorable aux projets du meurtrier, surtout lorsqu'il surprend sa victime. Cependant beaucoup arrêtent là son action et ne lui accordent qu'un rôle secondaire dans la mort par strangulation.

Autrefois (1830) on n'admettait que l'apoplexie et la suffocation dans ce genre de mort, alors confondu avec la pendaison. Remer, de Breslau, y joignit un troisième genre de mort, qu'il désignait sous le nom de *Apoplexie nerveuse*. « Ce n'est pas ici, dit-il, le lieu d'examiner l'inexactitude de cette définition. Ce n'est ni plus ni moins qu'une paralysie du cerveau, existant véritablement et ne laissant après elle aucune trace sur le cadavre. Ce genre de mort survient souvent à la suite d'une forte commotion morale, comme la frayeur et la joie. On peut très bien supposer que quelques uns succombent par l'effet d'une commotion morale, même chez ceux qui se suicident. » Si exagérée que semble au premier abord cette théorie, elle ne mérite pas moins d'être prise

en considération, au point de vue de l'expertise, et rentre par cela même dans le cadre des lésions pouvant amener la mort par le cerveau.

Compression de la moelle et du bulbe. — Au XVIII^e siècle, Louis ayant remarqué que, dans les exécutions publiques, la mort avait lieu le plus souvent très rapidement, tandis que dans quelques cas la vie semblait vouloir se prolonger plus ou moins longtemps, voulut savoir d'où provenait cette différence. Il apprit de la bouche même de l'exécuteur de Paris, qu'il avait l'habitude, aussitôt le corps suspendu, d'imprimer à celui-ci des mouvements brusques de rotation ou de peser de tout le poids de son corps sur les épaules, afin de déterminer immédiatement la luxation ou la fracture des vertèbres cervicales et par suite une compression de la moelle. Louis en conclut que ces lésions nécessitaient la plus grande violence, sans appuyer son opinion de constatations cadavériques. Longtemps on s'en tint à cette idée émise sans preuves anatomiques.

Pour ce qui regarde la pendaison, le fait fut le sujet de controverses incessantes, surtout depuis Orfila, qui le premier fit à ce propos une étude des plus complètes de la question. Partout on en vint à nier ce genre de lésions, Mashka, le dernier, ajouta toutefois « bien que n'ayant jamais vu de fractures ou luxations de vertèbres dans ce genre de mort, même chez les suppliciés, il admettait qu'elles pouvaient survenir, si une force considérable agissait sur le cou et si en même temps la tête se trouvait

fortement fléchie en arrière, » conditions qui se rencontrent dans la strangulation manuelle.

Considérons maintenant ce genre de violence ; les choses sont bien différentes. On cite dans les annales de la science plus d'un exemple d'enfants qui seraient tombés raides morts, après avoir été par forme de badinage soulevés de terre, ceux qui les soulevaient ayant une main sur leur menton. Le mécanisme du meurtre par strangulation manuelle, présente ceci de caractéristique, c'est qu'il nécessite très souvent, de la part du meurtrier, une violence très grande, surtout dans les cas de surprise qui amène chez la victime terrorisée par cette attaque foudroyante un violent rejet de la tête en arrière. Sous cette double influence, il est parfaitement possible d'admettre une luxation des vertèbres ou une fracture ordinaire, ou même une simple déchirure des ligaments, susceptible de produire une entorse. Si le siège de la compression est au-dessus de la quatrième cervicale, la mort est ordinairement immédiate, l'asphyxie provient en ce cas de la paralysie des nerfs, qui se prennent au diaphragme. La fracture de l'apophyse odontoïde vient en premier lieu par ordre de fréquence.

D'autre part, on conçoit que chez des personnes âgées, de constitution faible ou malade, où sous le coup d'une influence diathésique spéciale, l'effort du meurtrier et la résistance de la victime suffisent pour déterminer des désordres du côté du système osseux ou articulaire du rachis, capables d'amener la mort instantanée, par commotion, compression,

déchirure de la moelle ou de ses enveloppes. On n'a pas encore une solution exacte et surtout complète de ces diverses questions si importantes en médecine légale, puisqu'elles peuvent servir à déterminer si la mort est due à un crime ou à un suicide et si un individu trouvé pendu, l'a été durant sa vie ou après sa mort.

C. — MORT PAR LE CŒUR.

Rupture du cœur. — Nous ne parlerons que pour mémoire de la rupture du cœur dans l'asphyxie des strangulés ; certains auteurs, en présence d'observations de ce genre, admettaient que pendant la strangulation la compression des carotides suffisait pour augmenter la pression cardiaque, de façon à amener la déchirure du cœur. Ce mécanisme difficile à admettre, pas plus que la compression de l'aorte protégée par le sternum, est cependant possible, si l'on a affaire à un cœur dont la paroi soit ulcérée. Dans ce cas, on conçoit aisément que le sang, en contact avec les fibres musculaires déjà dissociées, s'infiltré entre elles et puisse produire cette lésion. C'est ce dont fait foi l'observation suivante rapportée par M. Brouardel dans les *Annales de Médecine légale* (année 1886).

OBSERVATION I.

Il s'agit d'un enfant de 19 mois, trouvé étranglé et présentant, à l'autopsie, les lésions caractéristiques de ce genre de

mort: congestion, couleur lie de vin, etc.; cependant on ne constata aucune ecchymose sous-cutanée, de plus le péricarde contenait de la sérosité limpide en quantité normale. A la partie moyenne de la face antérieure du cœur, se dirigeant un peu obliquement de haut en bas et de droite à gauche, un bourrelet saillant, mou et fluctuant, de 1 cent. environ de largeur. Il contournait le ventricule gauche et se continuait en arrière jusque vers la ligne médiane. Les vaisseaux étaient pleins, ainsi que les cavités, d'un sang noir et épais. Les caillots enlevés par un lavage, on aperçoit une profonde crevasse intéressant toute l'épaisseur des parois, moins le feuillet viscéral du péricarde doublé d'une légère couche musculaire. Il y avait donc rupture incomplète du cœur, lésion extrêmement rare chez l'enfant dont le cœur est très résistant, n'ayant pu encore subir de lésions dégénéralives.

M. Brouardel examina plus attentivement ce cœur, et constata, malgré une assez longue macération dans l'alcool, la présence de végétations ulcérées au niveau les sigmoïdes. Il en conclut que cet enfant avait une affection du cœur récente, un anévrisme de la paroi probablement. Rien n'empêchait donc d'admettre la rupture de cet anévrisme sur la partie moyenne, amenant consécutivement la déchirure constatée à l'autopsie. L'éminent médecin légiste n'avait d'ailleurs jamais rencontré de cas analogues: aussi n'a-t-il pas formulé de conclusions absolues sur ce cas.

Compression des nerfs vagues. — Waller employait la compression du nerf vague comme anesthésique et a vu des individus tombés par terre comme frappés de la foudre, après une pression d'une certaine durée sur ce nerf. Casper, en voulant déterminer les causes de la mort rapide par compression du cou, parlait d'une neuro-paralysie, ou paralysie cardiaque, celle-ci résultant d'une violence, qui ne laisse sur le cadavre aucune trace matérielle, permettant de reconnaître sur quelle partie du sys-

tème nerveux l'action a été exercée, de quelle façon et par quels moyens.

Douze expériences de compression unilatérale firent voir un ralentissement du pouls et des battements du cœur chez un jeune étudiant en médecine, qui se comprimait lui-même le nerf vague sur l'index de la main gauche. Enhardi par ce succès, le jeune expérimentateur essaya de comprimer les deux nerfs à la fois. Il perdit aussitôt connaissance et le cœur s'arrêta. L'œil fixe et vitreux, il regardait en face de lui sans répondre aux appels. On eut beaucoup de peine à écarter du cou sa main, qui gardait toujours la même position.

Le cadre restreint de notre thèse ne nous permet pas de détailler ici les nombreuses et belles expériences entreprises sur ce sujet par le professeur italien Tamassia. Nous nous contenterons d'en dire quelques mots. Il expérimentait sur deux cochons d'Inde, dont le pouls et la respiration étaient soigneusement observés. Après avoir mis à découvert les deux faisceaux vasculo-nerveux du cou et isolé les nerfs vagues, il les touchait simultanément avec des sondes à extrémités molles, pour éviter la production de solutions de continuité : compression maintenue uniforme, afin que l'animal ne put s'habituer à la violence ; quinze jours durant, cette compression fut exécutée, puis l'animal fut sacrifié et autopsié : il ne présentait aucune altération des organes. La compression simultanée des vaisseaux du cou amena, au contraire, une mort rapide et l'on constata à l'autopsie les lésions de l'anémie céré-

brale et de la suffocation. Tamassia en conclut que : « dans les cas de mort par strangulation, on devra tout d'abord chercher à ramener la victime à la vie, par la respiration artificielle, les excitants cardiaques et généraux ne devant venir qu'en second lieu ». Il était d'avis que la compression digitale ne peut être bien puissante, à cause de la présence des tissus qui recouvrent les nerfs pneumo-gastriques; à la suite de cette compression, il pourrait y avoir production de phénomènes morbides, sans être pourtant mortels dans les appareils respiratoire ou circulatoire ou le larynx.

Les troubles fonctionnels peuvent cesser rapidement, ou, dans certains cas, la mort n'arriver qu'après quelques heures par dilatation aigue du cœur, chez les gens prédisposés, ou même quelques jours, par suite de l'altération de l'appareil respiratoire, œdème emphyzème et pneumonie. Ces conclusions de Tamassia ne sont pas absolument acceptables, les expériences entreprises sur les animaux donnant trop souvent des résultats contradictoires. Nous ne citerons, à ce propos, qu'une remarque curieuse de M. le professeur Morat, déjà communiquée : « Sur un chien, un lapin, une simple compression du pneumo-gastrique peut très bien ne pas arrêter le cœur. Chez certains animaux à sang froid (tortue) le moindre pincement l'arrête d'un façon durable ». D'ailleurs l'exemple, cité plus haut, du jeune étudiant est plus que probant; malheureusement le danger extrême interdit presque de nouvelles recherches dans ce sens.

Rappelons enfin, pour terminer l'histoire d'un malade de M. le professeur Teissier, alors médecin de l'hôpital du Perron. « Il s'agissait d'un sujet ataxique, atteint en même temps d'une affection cardiaque. Il suffisait, chez cet homme, de presser légèrement les parties molles du cou, pour réveiller une vive douleur ; pressait-on plus fortement, on déterminait une syncope plus ou moins accusée. » Il nous semble, en effet, d'après cette observation, qu'en dehors de l'action mécanique simple, on doit tenir compte également des influences pathologiques, qui peuvent se présenter à la suite d'altérations plus ou moins grandes des organes sur lesquels ce nerf exerce son pouvoir. Il est entendu que nous ne tirons pas conclusion absolue de ce fait, des recherches plus nombreuses et plus approfondies étant nécessaires.

Commotion ou ictus laryngé. — Bien que Casper considère le fait comme peu vraisemblable, les coups portés sur le larynx peuvent provoquer la mort subite. Les médecins légistes ont maintes fois eu l'occasion de pratiquer des autopsies dans un but juridique, autopsies dont le résultat était négatif ; ni ecchymoses, ni fractures, ni autres traces d'une lésion tangible. Et cependant on se trouvait en présence d'une mort subite, à la suite de contusion du larynx. Comment expliquer cette mort ? Le Dr Fischer, élève de Billroth, en parlant de la commotion laryngienne s'exprime de la façon suivante. « Un coup ainsi qu'une *pression digitale* intense exercée sur le larynx, organe si riche en filets nerveux peu-

vent devenir subitement mortels, sans qu'on puisse constater, ni fracture ni aucune lésion; dans ces cas, c'est le spasme de la glotte, survenu par suite du choc ou de l'interception de la respiration, qui amène la fin funeste. C'est de cette façon que les « garotteurs » des rues de Londres enlèvent la connaissance à leurs victimes, avant de les piller. Généralement il y a perte de connaissance, pouvant aller jusqu'à la mort. Comment expliquer cette mort subite dans la généralité des cas, sinon par un phénomène d'arrêt soit, de la respiration, soit de la circulation? Le récurrent et le laryngé supérieur se partagent l'innervation du larynx. L'excitation du laryngé supérieur arrête la respiration. (Expérience de Rosenthal); là est la clef de cette inhibition. Est elle incomplète? Il y a perte de connaissance seulement, complète elle amène la mort.

Il est plus que probable que les pneumo-gastriques exercent sur le cœur une influence modératrice, comparable à l'action toxique d'un nerf moteur, puisque la section de ces nerfs détermine l'accélération de cet organe. Cette influence est fréquemment et puissamment modifiée, accrue ou diminuée, dans des conditions très diverses, agissant par l'intermédiaire des origines bulbaires des fibres modératrices. Une excitation énergique peut amener l'arrêt du cœur. C'est ce que montre l'expérience suivante due à François Frank. La muqueuse sus-glottique d'un lapin mise à nue, est irritée par le contact d'une solution concentrée d'alcali. L'animal fait un brusque mouvement inspi-

ratoire et arrête ensuite, pour un temps variable, sa respiration en expiration. En même temps le cœur se ralentit au point de ne plus donner par seconde qu'un battement, au lieu de quatre ou cinq normalement.

Il est vrai, comme nous l'avons dit plus haut, que la mort peut arriver par œdème de la glotte, consécutif au choc. Soit. Mais dans les cas d'œdème foudroyant, il y a toujours des troubles respiratoires, rapidement progressifs. Or dans le choc laryngé, il n'est même pas mention de ces troubles respiratoires. Mort immédiate, sans cris, sans convulsions, sans agonie, sans dyspnée surtout. Il y a donc un phénomène d'inhibition manifeste, soit par l'arrêt du cœur, soit celui de la respiration ou les deux simultanément.

Claude Bernard a montré, depuis longtemps, qu'une action traumatique du nerf laryngé supérieur pouvait déterminer ces phénomènes. Brown-Séquard a repris encore tout récemment ces expériences et a trouvé que, dans ces cas, les effets étaient à peu près les mêmes, qu'après la piqûre du bulbe rachidien. Voici comment il s'exprime : « Le larynx, et surtout la trachée, probablement aussi la peau, qui les recouvre, sont capables, sous l'influence d'une irritation mécanique, de produire l'inhibition du cœur, du poumon et aussi de toutes les facultés cérébrales, d'où perte incomplète de connaissance et une syncope respiratoire ou cardiaque. Des expériences nombreuses m'ont montré qu'il y a entre ces effets et ceux de la piqûre du bulbe rachidien une très grande

analogie. Dans les deux cas : 1° perte de connaissance. 2° Diminution et même (assez rarement d'ailleurs) arrêt du cœur et de la respiration. 3° Cessation des échanges entre les tissus et le sang, qui passe rouge des artères dans les veines, contraste frappant avec ce que nous montre l'asphyxie. »

OBSERVATION II

MASCHKA. — *Vierteljahrsschrift für Gericht. Medicin.* 1881. — Mort subite par coup sur le larynx.

Il s'agit d'un homme, Joseph S..., qui, s'étant disputé avec son compagnon P..., fut saisi par lui, poussé contre un mur par les épaules; comme il essayait de se dégager, P... l'empoigna brusquement par le cou de façon à ce que le creux de la main droite se modela sur la partie antérieure du cou. — Immédiatement après cette violence, S... tomba par terre et expira en quelques secondes;

L'enquête montra que S... était fortement adonné aux boissons, mais qu'il s'était toujours bien porté avant l'accident et ne s'était jamais plaint de quelque affection ou maladie.

Autopsie : 18 mars. — Rigidité fortement accusée, peau jaunâtre, langue rétractée; pas de traces de blessures, pas un signe de lutte quelconque. — Les enveloppes crâniennes et les os du crâne sont intacts: méninges pâles, vaisseaux bien remplis; rien du côté des ganglions gris centraux. — Cerveau et cervelet normaux. A la base du crâne, pas de traces de fractures; aucune hémorragie sous cutanée ni musculaire. Colonne vertébrale, larynx, côtes sans lésions.

Ecume sanguinolente dans les poumons; mucus visqueux dans les bronches. — Cœur mou, gros, dilaté, rempli de sang fluide foncé. — Foie muscade dur, congestionné. Reins graisseux, épaissis, brun cerise. — Estomac rétracté, ecchymosé. Gros vaisseaux remplis de sang.

Le Dr C..., commis pour faire l'autopsie, conclut à la mort

par paralysie cardiaque, conséquence d'une commotion cérébrale provoquée par des mauvais traitements. Cette dernière hypothèse est combattue par des contre-experts, qui mettent alors l'alcoolisme en cause.

Conclusions de M. le Dr Maschka : 1° Le nommé S..., n'a jamais présenté, sa vie durant, d'affection pouvant constituer un antécédent pathologique. 2° L'autopsie donne un résultat complètement négatif; 3° L'enquête a prouvé qu'il y avait eu violence directe et saisie brusque du cou contre un mur.

En conséquence, des expériences physiologiques ayant démontré que des coups ou autres violences, exercés sur le larynx si riche en nerfs, peuvent déterminer, sans laisser de traces visibles, une paralysie réflexe du cœur; d'autre part l'absorption des boissons n'étant pas suffisante pour déterminer, dans ce cas, la mort subite.....

Conclusion : 1° La mort a eu lieu par paralysie réflexe venant d'un choc brusque de la région laryngée; 2° P..., ne pouvant pas prévoir la mort de son adversaire, n'est coupable que d'homicide par imprudence.

En résumé, il ne s'agit pas d'un ébranlement mécanique ayant pour effet un ébranlement physique avec mort consécutive. Nous nous trouvons en présence de simples réflexes, comme en font preuve les nombreuses observations du professeur Maschka de Vienne. Hoffmann cite, par exemple, le cas suivant devenu classique : « Une femme fut surprise dans son magasin par un individu, qui la saisit brusquement au cou, la renversa à terre et s'enfuit. Quelques instants après, la femme, trouvée à terre sans connaissance fut ranimée et déclara ensuite que, dès le contact des mains du meurtrier, la connaissance lui avait manqué sans anxiété, ni douleur : aucune lésion apparente. »

*Donc non, dans la strangulation par le cou il y a un réflexe du côté du bulbe
d'un côté de la respiration. — Dans le choc laryngé, le réflexe a lieu du
côté du cœur. —
C'est ce que nous a vu le professeur Maschka (d'après lequel il y a hypertonie
cardiaque, depuis H. S. il y a ischémie cardiaque)*

Dans quel cas doit-on penser à ce genre de mort? Il présente trois caractères médico-légaux : 1^o Absence d'antécédents pathologiques. L'alcoolisme est discutable. 2^o Les violences, causes de la mort, la précédaient immédiatement. 3^o Résultats négatifs de l'autopsie. Aussi, à la question posée par la loi : Dans les coups portés sur le larynx, y a-t-il meurtre? on répondra affirmativement. L'article 295 du Code pénal dit que le meurtre est l'homicide commis volontairement. L'expert n'a pas à entrer dans ces considérations et, pour se mettre à l'abri de tout reproche, il pourra dire que les coups ou fortes pressions exercés sur le larynx, même sans pensée meurtrière, suffisent à entraîner la mort subite.

§ 2.

DES EFFETS DE LA MORT

Strangulation complète. — L'étude des effets immédiats et consécutifs de la strangulation manuelle trouve naturellement sa place à la fin de ce chapitre, attendu que ceux-ci se rattachent directement aux théories physiologiques que nous avons exposées et complètent en quelque sorte ce que nous venons de dire. Cette étude délicate et difficile a été faite, d'une part, à l'aide d'expériences sur les animaux et aussi par des essais tentés par des expérimentateurs, sur eux-mêmes, dans le but d'analyser les premières sensations que détermine ce genre de mort, enfin au moyen d'observations recueillies dans les cas de

strangulation non suivie de mort. Nous nous bornons, dans cet exposé, à l'analyse des faits et à la simple description des caractères, nous réservant d'en discuter plus tard et d'en apprécier la valeur médico-légale, comme signes propres à faire reconnaître ce genre de violences et de mort et à donner la solution des questions qui s'y rattachent.

La strangulation manuelle n'amène la mort ni d'une manière constante, ni d'une manière identique dans tous les cas. Si parfois la résistance de la victime se prolonge, on est véritablement frappé de la facilité déplorable que présentent, en général, ces manœuvres meurtrières. Il n'est besoin ni de beaucoup de forces, ni de beaucoup de temps pour que la constriction du cou à l'aide de la main soit poussée jusqu'à la mort. Si, dans certains cas, lorsqu'il s'agit d'un homme capable de résister, la strangulation ne peut être accomplie qu'à la suite d'une lutte prolongée et à la condition d'une rare vigueur de la part de l'assassin; dans d'autres circonstances, on a pu voir des femmes succomber en quelques minutes sous une étreinte peu énergique et par une main peu robuste, qui ne cherchait qu'à arrêter dans la gorge des cris accusateurs. « Je suis convaincu, dit Tardieu, que la strangulation, qui, dans certaines conditions, est difficile et avorte en trompant des tentatives criminelles, dans les conditions contraires, c'est-à-dire lorsqu'elle s'opère à l'improviste et sur un individu faible ou incapable de résister, reste l'un des genres de mort violente les plus prompts et les plus terribles. »

Dans ce genre de mort, on peut distinguer trois périodes : la première, de résistance et de suffocation incomplète, produite par des pressions insuffisantes encore et mal appliquées ; la seconde, de perte de connaissance et de convulsions et la troisième d'asphyxie avec anesthésie complète. Une pression rapide, absolue, peut supprimer la première période et produire directement la perte de connaissance ou l'asphyxie sans convulsions. On a supposé qu'une syncope pouvait ralentir les effets de l'asphyxie ; c'est, en tout cas, une hypothèse difficile à justifier. Il est bien rare qu'une syncope soit assez absolue pour que la compression des voies aériennes cesse de nuire.

Nous ne reviendrons pas sur les belles expériences de Tamassia et sur les recherches personnelles *in proprio* du jeune étudiant, dont nous avons déjà parlé au sujet des commotions nerveuses. Nous rappellerons seulement l'intéressante expérience de Faure, 1856. Un tube de caoutchouc étant fixé dans la trachée d'un chien, au moyen d'un embout métallique, on en diminue progressivement le calibre, de manière à amener une privation d'air graduelle. L'animal pouvait supporter un rétrécissement de la moitié du calibre, mais passé cette limite, il fut pris d'une angoisse extrême ; un rétrécissement plus considérable de l'ouverture portait les convulsions au comble. Il mourut subitement, au milieu d'une crise des plus terribles, bien que le cylindre ne fut pas tout à fait fermé.

Ces belles expériences peignent avec une rare

exactitude cet ensemble de troubles, qui précèdent la mort, angoisse, agitation, convulsions, perte de la sensibilité et du mouvement, écume sanguinolente, évacuations involontaires, diminution rapide et bientôt définitive des battements du cœur. Mais si ce tableau est fidèle pour les animaux sacrifiés, il est certaines particularités essentielles pour l'homme étranglé par une main criminelle.

« En effet, la persistance et l'action rapidement progressive de la constriction exercée sur le cou par le meurtrier, qu'anime l'impatient fureur du crime, abrège nécessairement la première période de cette scène de mort. Elle peut même arriver à ce point que l'on voit manquer complètement les phénomènes d'agitation convulsive, surtout si la victime, femme, enfant ou vieillard, n'oppose qu'une faible résistance » (De Saulne). C'est ainsi que peut s'expliquer et se comprendre l'apparente immobilité de certaines personnes victimes d'une attaque de strangulation manuelle.

Strangulation incomplète ou ratée. — Songeons aux circonstances dans lesquelles se produit la strangulation criminelle et représentons-nous l'impulsion, en quelque sorte instinctive, qui pousse tout meurtrier à saisir à la gorge celui dont il a tant d'intérêt à étouffer les cris. Nous comprendrons ainsi que, dans un grand nombre de cas, des violences de toute espèce se compliquent de strangulation; celle-ci, arrêtée avant de devenir mortelle, reste souvent bornée à une simple tentative.

Voici comment Tardieu décrit les effets consécutifs à une strangulation manuelle incomplète. « A la suite d'une tentative de strangulation portée assez loin pour avoir laissé des traces, la face se montre gonflée, violette, marbrée, piquetée de rouge, livide. L'écume sort des narines et de la bouche, signe déjà noté par Morgagni; celui-ci rapporte avoir connu une femme à qui des voleurs, introduits de nuit dans sa maison, avaient tellement serré le cou, qu'ils la crurent morte et ne lui firent point d'autre mal. Les yeux sont sanglants et, sous la conjonctive, les extravasations ne sont pas rares. Le cou est gonflé et douloureux, la voix brisée, la déglutition pénible. Dans quelques cas, l'empreinte des doigts est visible, elle l'est même plus encore que dans la strangulation complète, les progrès de l'écchymose ayant eu le temps de se produire et de la rendre plus apparente (Tardieu). » Les suites d'une tentative de strangulation sont naturellement longues et peuvent devenir graves, d'autant plus que, la plupart du temps, d'autres violences viennent y ajouter leurs propres complications.

En résumé, la strangulation manuelle est un des genres de mort les plus prompts et les plus terribles : asphyxie, apoplexie ou syncope, telle était l'ancienne formule consacrée. Nous avons vu que l'anémie cérébrale, la compression de la moelle et un état convulsif du larynx intervenaient aussi, bien que d'une façon inégale. Nous les avons appréciés au point de vue de leur influence sur la rapidité de la mort, étudions-les maintenant dans leurs manifestations extérieures.

CHAPITRE III

DES SIGNES DE LA MORT PAR STRANGULATION MANUELLE ; LEUR APPRÉCIATION ET LEUR VALEUR MÉDICO-LÉGALE.

Les signes de la mort par strangulation manuelle, comme ses causes, doivent être considérés dans leur ensemble et non être pris en particulier, pour arriver à des conclusions sûres, car ils sont très nombreux, mais aussi très variables et chacun d'eux n'a qu'une valeur relative. Nous passerons d'une manière générale successivement en revue dans ce chapitre les lésions constatées à l'examen extérieur du corps, tout à la fois sur le crâne et la face, les lésions superficielles et profondes du cou, et, en dernier lieu, celles du tronc et des membres, ainsi que des organes internes.

L'attitude du corps doit être examinée avec soin : il est utile que le médecin puisse voir le corps en face et dans ses rapports avec les objets voisins ;

il importe aussi, hors le cas de secours possible, que les vêtements ne soient pas dérangés. L'étranglement laisse le plus souvent, à l'extérieur, des traces apparentes, mais celles-ci n'acquièrent, pour l'expert, une signification réelle qu'à la condition d'être exactement décrites, étudiées avec soin et nettement dégagées de toutes les autres marques, plus ou moins analogues, qui peuvent se produire soit à la région du cou, soit ailleurs, sous l'influence de causes très diverses. On a noté ainsi les doigts crispés, les ongles bleus, l'attitude de la main dirigée vers le cou, des taches rosées ou bleuâtres, dites asphyxiques sur diverses régions du corps. Les vêtements présentent souvent les traces de l'évacuation involontaire des matières fécales, de l'urine et du sperme.

Les traces de violence que peut présenter le corps servent à distinguer l'homicide du suicide et n'appartiennent pas d'une manière directe à ce genre de mort. Certaines lésions cependant, telles que les contusions de la face et de la tête, les coups portés pour étourdir la victime, accompagnent si fréquemment la mort par strangulation manuelle, que, suivant la remarque de Tardieu, elles contribuent à la caractériser.

§ I.

LÉSIONS DE LA TÊTE ET DE LA FACE.

Je ne crois pas utile d'insister sur les traces de contusions diverses, qui peuvent se montrer sur le

corps et qui, témoignant de la lutte soutenue par la victime, se rattachent à des violences générales. Mais il est impossible de ne pas mentionner, d'une manière toute spéciale, les coups à la **tête** et les blessures qui compliquent si souvent la strangulation. « Il semble, nous dit Tardieu, que la plupart des meurtriers, par un concert odieux, se rencontrent tous dans la même pensée, et cherchent, par un premier coup porté sur la tête, à étourdir la victime, qu'ils achèvent en l'étranglant. » On devra donc en exposer soigneusement la situation, la forme, le nombre, l'étendue, la nature et la direction.

Le plus ordinairement chez les étranglés, **la face** est tuméfiée, rougeâtre ou violacée. Fidelis a dit, en effet: « Item facies non equidem pallida, sed violacea et tanquam purpura est coloris ». On y voit l'expression de la mort violente; les lèvres et les oreilles sont bleuâtres, mais ici une distinction doit être faite suivant le mécanisme et la rapidité de la mort. La face peut être pâle et cela d'autant plus que l'attaque a été plus prompte et la résistance plus rapidement éteinte. La compression des carotides entravera la congestion qui sera favorisée, au contraire, par une pression médiocre, n'intéressant que les vaisseaux veineux. Ce qui congestionne surtout la face, ce sont les efforts désespérés de la victime; aussi n'est-il pas étonnant de voir la congestion manquer souvent dans la strangulation manuelle, qui amène la plupart du temps une mort rapide, sinon foudroyante. L'altération de la physionomie sera d'ailleurs d'autant moins accentuée que la victime sera moins

robuste. Chez les nouveau-nés, par exemple, elle n'existera qu'à un faible degré. Ajoutons que cette altération peut se modifier dans les premières heures qui suivent la mort.

D'après Tardieu, le signe le plus constant serait la formation d'ecchymoses très nombreuses et de très petites dimensions sur la face, sous la conjonctive, au-devant du cou et sur la poitrine ; l'aspect pourpre de ces taches leur a valu, de la part de M. le professeur Lacassagne, le nom de « piqueté scarlatin ». Il est vrai qu'elles peuvent se rencontrer dans un assez grand nombre d'accidents épileptiques ou éclamptiques, à la suite d'un accouchement laborieux, mais nulle part ailleurs ces taches ne sont plus fréquentes, plus tranchées, plus significatives.

Les **lèvres** sont cyanosées ; Maschka accorde plus d'importance à cette teinte violacée qu'à la congestion de la face, de même qu'aux taches ecchymosiques et à l'écume blanchâtre ou sanguinolente qui s'écoule de la bouche et des narines. La **langue** est proéminente, gonflée, noirâtre, sortant de la bouche et serrée entre les dents ou tout au moins appliquée contre les arcades dentaires ; souvent on y reconnaît l'empreinte des dents, phénomène qui se rencontre rarement dans la pénétration.

Les **yeux** sont ouverts ou demi fermés, injectés, saillants, la pupille dilatée. L'infiltration sanguine de la conjonctive a été souvent notée. Les ecchymoses des conjonctives doivent être signalées d'une façon spéciale ; on peut observer non seulement des

hémorrhagies ponctuées, mais des suffusions sanguines étendues et un véritable chémosis sanglant. « Nous-même, écrit Vibert, avons vu, chez une femme étranglée par les mains, une ecchymose occupant toute la conjonctive bulbaire de l'œil. » Il va sans dire que ces ecchymoses peuvent se produire en dehors de la strangulation, sans parler des cas où elles résultent des violences exercées directement sur les yeux, fractures du crâne, etc., elles peuvent apparaître dans tous les cas où il y a congestion violente ou répétée de la tête, dans les maladies convulsivantes en particulier. Les pupilles sont le plus souvent, fortement dilatées. Les examens ophtalmoscopiques ont démontré que l'anémie rétinienne pouvait être si prononcée, que l'on ne retrouverait plus un seul vaisseau; le fond de l'œil paraissait blanc. La congestion veineuse modifie naturellement cet état de choses, mais elle prédomine surtout dans la strangulation par liens.

L'**oreille** externe peut aussi, mais plus rarement, être le siège d'un écoulement semblable à celui que l'on rencontre dans les narines et la bouche. L'hémorrhagie peut résulter de la déchirure du tympan; le refoulement de la langue, en comprimant l'orifice de la trompe d'Eustache, amenant un excès de pression dans l'oreille interne. C'est du moins l'opinion de médecins étrangers, mais les auteurs s'accordent pour regarder ce fait comme très rare. Taylor, Hoffmann, Tamassia, Grellé, prétendent, en effet, que cette hémorrhagie relève, de la même origine que le chémosis conjonctival. La congestion

céphalique, la violence de l'effort, amèneraient d'abord la production d'ecchymoses dans la muqueuse de l'oreille externe, l'écoulement épidermique n'étant que secondaire. Comme conclusion, nous garderons de donner aucune appréciation sur la possibilité de ce signe ; en tous cas, dans la pratique, l'examen du fond de l'œil et de l'oreille interne procure difficilement un criterium sûr de ce genre de mort.

§ 2

LÉSIONS SUPERFICIELLES DU COU.

L'étude de la région du cou et des empreintes ou signes particuliers qu'on y rencontre est sans contredit la plus importante et doit attirer avant tout l'attention. Parmi ces empreintes et ces signes, les uns sont superficiels et peuvent être décrits en examinant attentivement la peau. Les lésions superficielles sont, outre les rougeurs et injections cutanées, les impressions digitales ainsi que les excoriations et coups d'ongle, et en second lieu les ecchymoses sous-cutanées ou sous dermiques. Nous les étudierons successivement et séparément, car elles sont des caractères en quelque sorte spécifiques et d'une importance considérable au point de vue des recherches médico-légales. Ces lésions occupent la partie antérieure du cou ; c'est au larynx que le meurtrier s'adresse ; la plus petite trace sur cette région est suspecte ; comme il ne

ménage pas ses efforts et que les effets de la violence sont concentrés sur un espace restreint, ils se produisent avec une notable intensité. Il est d'ailleurs indispensable de consigner ici une observation importante ; les lésions extérieures peuvent ou faire défaut ou n'être pas apparentes, au moment de l'examen. De plus, elles peuvent se borner à quelques traces superficielles, sans rapport exact avec les lésions profondes. C'est ce qui a lieu, quand la constriction du cou a été exercée par la pression de la main tout entière.

Empreintes digitales. — Le résultat des efforts du meurtrier est d'autant plus facilement obtenu, que l'extrémité des doigts, fortement contractés, pourra saisir et serrer le devant du cou. De là ces traces d'un rouge vif dans les premiers moments, violacées ou bleuâtres plus tard, formées par le froissement des tissus et l'extravasation du sang, et dessinant la pulpe des doigts si nettement quelquefois que l'on peut juger, au premier coup d'œil, par la disposition des empreintes, laquelle des deux mains a agi et quelle place occupait l'assassin par rapport à sa victime. Nous lisons dans l'article si intéressant consacré à ce sujet par M. Tourdres la description qui suit « : La forme de la lésion est caractéristique, on a l'empreinte de la main du meurtrier. Sur le côté droit du larynx, le pouce laisse une dépression profonde et la trace des autres doigts s'est imprimée sur le côté de l'organe.

Ces empreintes sont plus ou moins rondes, un

peu allongées, leurs dimensions correspondant à celles des doigts. Les excoriations produites par les ongles ne permettent pas de se méprendre sur la cause de ces dépressions. Cette disposition est la plus ordinaire ; elle est surtout manifeste chez les nouveau-nés ou les personnes dont la résistance a été faible ou nulle. Le cou est alors parfois sillonné de longues écorchures linéaires, comme si l'ongle avait glissé sur l'enduit sébacé, qui revêt les téguments du nouveau-né. De plus, dans les cas d'infanticide, il n'est pas rare de rencontrer des ecchymoses qui s'étendent jusque sur les joues, les oreilles, les tempes et même la colonne vertébrale.

S'il y a eu résistance et pour peu que la lutte se prolonge, les impressions et excoriations se multiplient et s'étendent à d'autres régions. On les remarque au-dessus du larynx, sous le maxillaire inférieur, près de ses angles ; entre le bord postérieur du cartilage thyroïde et les muscles sterno-mastoïdiens, en haut du sternum. Elles sont moins régulières et plus disséminées, mais une observation attentive y fera reconnaître dans quelques-unes au moins la courbe caractéristique de l'ongle. Ces excoriations curvilignes sont la meilleure preuve de la strangulation par les mains. Leur convexité est le plus souvent en haut, sans qu'il y ait rien d'absolu à cet égard ; elle peut être latérale et très exceptionnellement dirigée en bas.

Ici se place naturellement l'observation qui suit et que nous empruntons aux archives d'anthropologie criminelle de 1886 :

OBSERVATION III.

Meurtre par strangulation ; détermination de l'identité du coupable par les caractères de l'empreinte de ses doigts sur le cou de la victime. Rapport du Dr Desmont, de Saint-Affrique (26 août 1886).

Nous, sousigné..., déclarons nous être transportés le 26 août 1886, avec M. le Procureur, à la maison commune de Montclar, à l'effet d'y procéder à l'examen du cadavre de Marie Vieu, d'en faire l'autopsie et donner notre avis sur les causes et circonstances de la mort de cet enfant nouveau-né.

I. — *Comémoratifs.* — Le 23 août dernier, la fille Vieu quittait avec son nouveau-né l'hôpital de Montpellier où elle était accouchée quinze jours auparavant ; elle arrive le 24 au soir aux Escavieux, chez son ancien maître Bonnet, qu'elle considérait comme le père de son enfant. Une heure après, elle se présente à la mairie de Montclar, pour y faire enregistrer le décès de sa petite fille qu'elle portait morte dans son tablier. Deux femmes présentes, ayant jeté un coup d'œil sur le petit cadavre, croient reconnaître sur son cou des traces de meurtrissures et en avisent l'officier municipal. Celui-ci fait arrêter la fille Vieu et son maître, en attendant l'arrivée de la justice.

II. — *Examen extérieur du cadavre et autopsie.* — 1° Nous avons été mis en présence du cadavre le 27 août ; c'était celui d'une petite fille née à terme, depuis 15 à 20 jours, vivace et bien conformée. Confrontée avec lui, l'inculpée l'a reconnu pour sa fille Marie. Taille 53 cm. ; cicatrice ombilicale complètement fermée : la rigidité existe encore sur quelques points et c'est à peine si nous constatons un début de putréfaction. La langue, fixée contre les arcades dentaires, laisse apercevoir dans l'arrière-gorge une légère écume blanchâtre à bulles très fines. A la partie antérieure du cou, nous avons constaté sur les côtés du larynx cinq empreintes digitales, dont quatre à gauche et une plus large à droite. Ces empreintes consistaient en taches brunes ecchymotiques, de forme arrondie et surmontées d'une excoriation d'ongle à convexité extérieure. Celles de gauche

étaient disposées, les trois inférieures sur la même ligne et très rapprochées et la supérieure, produite par l'index, écartée de deux centimètres des trois autres, vers la ligne médiane, dont elle se rapprochait. Nous avons essayé d'appliquer nos doigts sur ces empreintes sans y parvenir; pour y placer l'index en recouvrant de nos doigts les quatre autres empreintes, nous étions forcés de le fléchir fortement et l'ongle seul pouvait exercer une certaine pression. Il devenait évident, pour nous, que la main homicide devait offrir une anomalie ou une mutilation de l'index et qu'en outre ce devait être une main d'homme, vu la largeur des empreintes ecchymotiques résultant de la pression de la pulpe des doigts. Nulle violence ailleurs. 2° Le larynx et les bronches contiennent une écume très fine et abondante; les poumons sont gorgés de sang, ecchymosés, le cœur plein d'un sang noir et fluide; nous constatons sur sa face postérieure une ecchymose arrondie, lenticulaire, sous le péricarde. L'estomac est rempli de lait récemment ingéré au moment de la mort, car ce lait n'a subi aucun commencement de digestion. Les autres viscères sont normaux.

III. — *Visite des prévenus.* — M. Vieu a une main forte comme les filles, de la campagne, mais ses doigts, relativement minces et effilés ne peuvent avoir produit les larges empreintes constatées sur le cadavre; en outre, les mensurations faites sur ces empreintes et rapportées sur les mains de cette fille se trouvent toutes trop longues. Bonnet a des doigts larges, épais s'appliquant exactement à ces traces: l'index droit a subi un raccourcissement suite de panaris: aucune ankylose, ni raideur articulaire, rendant la violence impossible.

IV. — *Conclusions.* — 1° La petite fille a succombé à une mort par strangulation peu d'instants après avoir amplement pris le sein de sa mère; la mort remonte à deux jours environ. 2° La strangulation a été opérée à l'aide de la main droite, dont les doigts ont exercé une vive pression sur le larynx et les organes voisins. 3° La dimension des empreintes, leur disposition et la particularité relative à celle de l'index, qui ne pouvait être qu'un doigt anormal ou mutilé, comparés aux résultats de l'examen du prévenu, nous donnent la conviction que Bonnet est l'auteur du crime commis sur le petite Marie Vieu.

Lorsque le meurtrier est gaucher, la disposition est inverse de celle précédemment décrite : à gauche du larynx, on aperçoit l'empreinte du pouce et, à droite, l'impression des quatre autres doigts. Dans certains cas, il y aura deux empreintes de mains, l'une en arrière sur la nuque, l'autre en avant sur le cou : on se rend facilement compte du mode d'action. De plus, comme le meurtrier se contente rarement d'une compression unique et continue, et que la victime cherche à se soustraire aux étreintes de l'assassin, on comprend que l'on trouvera rarement une reproduction simple de la main sur le cou, mais plutôt de nombreuses écorchures de différentes natures sur des places plus ou moins éloignées du larynx. Ajoutons qu'après la mort, ces excoriations se transforment en plaques parcheminées, c'est-à-dire sèches et dures.

Il nous reste à examiner une question très délicate se rapportant à l'infanticide ; nous reviendrons d'ailleurs ultérieurement sur cette question. Souvent les femmes accusées déclarent, pour se justifier, qu'elles ont involontairement étranglé leur enfant, en pratiquant elles-mêmes son extraction au cours d'un accouchement inopiné où les secours leur avaient manqué. Dans ce cas, comme le fait justement remarquer Tardieu, les empreintes des ongles devraient avoir leur convexité tournée en bas, quand l'enfant est redressé. Or, c'est généralement l'inverse qui existe, la marque des ongles ayant la convexité tournée en haut, direction qui dénonce le crime. Ajoutons, avec Tourdes, que les auteurs ne

citent pas d'observations de strangulation involontaire opérée dans ces conditions par des femmes non suspectées.

Ces empreintes subissent des modifications parfois considérables suivant la profession du criminel. Ces modifications constituent une excellente marque d'identité. Elles sont d'une grande ressource, pour que la lumière soit faite complètement. Voici, rapidement, les principales : Crevasses profondes chez les buandiers, boulangers, blanchisseurs de tissus, cordonniers ; les vitriers présentent une disposition spatuliforme des doigts. D'après des observations de M. le professeur Porcet, la main en crochet serait spéciale aux verriers et ne se rencontrerait dans aucune autre profession manuelle. Cette déformation intéresse le médecin-légiste au plus haut point. La flexion porte sur la deuxième phalange, inclinée, presque à angle droit sur la première ; tous les doigts sont fléchis, mais en particulier le petit et l'annulaire. Pour les ongles, il y aura excès de développement chez les dentelières (index gauche) et horlogers (pouce droit). Certaines personnes portent les ongles longs et pointus ; d'autres, comme les polisseurs, assez usés ; enfin, citons en passant les onychophages. Les mains, la rainure des ongles sont imprégnées de matières étrangères chez les mineurs, boulangers, terrassiers. A cette occasion, nous ferons remarquer que les mains sont toujours plus ou moins imprégnées de sueur et de substances grasses, dues à la sécrétion sébacée. Nous ne citerons que pour mémoire les modifications

pathologiques (cicatrices, amputations, déformations) et tératologiques (ectrodactylie, palmage des doigts), ces derniers sont souvent héréditaires.

Ajoutons, pour terminer, que, d'après Lombroso, chez les meurtriers les mains larges ou courtes seraient prépondérantes, tandis que les longues et étroites se rencontrent davantage chez les voleurs ! Pour être complet, disons que les lésions pouvant résulter d'une action combinée des liens et de la main font que l'on rencontre parfois sur les étranglés le sillon parcheminé classique et les excoriations en coups d'ongles.

Ecchymoses sous-cutanées. — Des suffusions sanguines peuvent exister dans le tissu même de la peau, sous certaines écorchures, mais, le plus souvent, elles sont intra-dermiques ou dans le tissu cellulaire où le sang s'est infiltré dans les intervalles des muscles. Nous venons d'étudier les ecchymoses circonscrites, correspondant aux impressions digitales. D'autrefois elles sont diffuses, profondes et pénétrant entre les muscles hyoïdiens, s'étendent sur le larynx et la trachée, la membrane crico-thyroïdienne et derrière ces organes. Ces ecchymoses ne sont pas toujours en rapport avec la lésion extérieure de la peau ; elles peuvent être considérables sous des excoriations légères. Elles sont d'ailleurs un des signes caractéristiques de la strangulation par les mains ; elles semblent plus étendues dans les pressions latérales que dans celles qui s'exercent d'avant en arrière. Ne passons pas sous silence un

fait rapporté par Hoffmann ; « Sur le larynx d'un homme étranglé se trouvaient trois empreintes rondes, reliées entre elles par une raie étroite et qui avaient été prises pour des traces de strangulation manuelle ; elles provenaient de trois boutons de col qui s'étaient placés précisément sur le larynx. Leur disposition symétrique, leur siège, leur régularité, tout expliquait cette erreur intéressante. » Elles ne sont pas toujours bornées à la région du cou, qui répond aux voies aériennes ; on les rencontre sous les mâchoires, le sternum, et même entre les muscles pectoraux ; elles sont souvent si étendues que l'expert peut supposer une compression du haut thorax par le genou.

OBSERVATIONS

(Résumées)

Communiquées par M. le professeur Lacassagne.

OBSERVATION IV. — Autopsie d'un nouveau-né, paraissant avoir été étranglé avant son dépôt dans une cour du quartier des Carmélites (août 1882). Sexe féminin. Poids : 3 k. 200. Bien conformé. Mort récente, pas de putréfaction. Sur le côté gauche du cou, sillon brunâtre de 5 centimètres d'étendue. A son niveau et au-dessous de lui, dans la région profonde du cou, l'aponévrose qui enveloppe le thyroïde gauche est le siège d'un épanchement sanguin superficiel. Les poumons surnagent, ils sont couverts de taches de Tardieu,

Conclusion.—Enfant né viable à terme ; mort due à une pression exagérée, portant sur le côté gauche du cou ; le doigt a éraillé la peau, et déterminé une hémorrhagie dans le thyroïde, ce qui a amené l'asphyxie.

OBSERVATION V. — Enfant nouveau-né trouvé enveloppé dans une chemise et caché dans une poêle de la chambre de sa mère (mai 1889). Enfant bien constitué, mais n'ayant pas reçu de soins : pupilles normales. Mousse sanguinolente dans les narines. Le cou présente des taches noires, couleur suie. Sous le larynx, coloration rougeâtre en fer à cheval, avec peau éraillée. Rien sur la poitrine, ni sur les membres. Sur la conjonctive inférieure gauche, piqueté scarlatin. Lèvres noirâtres et desséchées. A la dissection du cou, ecchymoses, infiltration sanguine, surtout à gauche, sur une surface de 3 centimètres, et dans les gaines aponévrotiques gauches. Sang épanché dans le corps thyroïde. Poumons volumineux ; nombreuses taches de Tardieu. Le cœur contient du sang noirâtre. Rien au crâne, ni au cerveau.

Conclusion. — Enfant mort par asphyxie, résultant d'une compression de la partie gauche et moyenne du cou.

OBSERVATION VI. — Enfant nouveau-né, trouvé dans une cour, le 27 décembre 1887. Cordon sans ligature, coupé irrégulièrement. Paupières congestionnées : nez rempli de caillots, érosions à la lèvre supérieure, taches de décubitus. A 3 centimètres de la clavicule gauche, sur le cou, érosion en croissant très prononcée. Sur le côté droit, deux plaies superficielles, épidermiques, de 15 millimètres.

Infiltrations sanguines sous le cuir chevelu en divers points de sa face interne : pas de fracture des os du crâne.

Dans le cou, infiltrations sanguines de la peau et du tissu cellulaire, au niveau des érosions, mais s'étendant à toute la région antérieure. Dans le trapèze droit, trois caillots, gros comme une lentille, des hémorragies intra-musculaires des muscles hyoïdiens ; sur la glande thyroïde, taches sanguines disséminées.

Le poumon a respiré incomplètement ; toute sa surface est couverte d'une véritable pluie de taches de Tardieu. Rate, foie et reins fortement congestionnés.

Conclusions. — Enfant ayant succombé par suite des manœuvres qui ont porté sur le cou, à droite en particulier.

Ici se pose un problème que tout médecin expert peut être appelé à résoudre. Peut-on distinguer les ecchymoses résultant des violences produites pendant la vie, de celles qui apparaissent après la mort ? Un médecin légiste doit se garder de l'erreur de supposer que lorsqu'un coup a été porté à une personne vivante, il est nécessaire que l'individu atteint survive assez longtemps pour que l'ecchymose puisse se produire. C'était l'opinion de Casper. Des observations nombreuses (Duchesne, août 1847) montrent qu'une ecchymose peut être le résultat d'une violence appliquée à un corps récemment privé de vie. Si la marque était bleue ou livide et sans coloration spéciale de ses bords, elle résulterait probablement de coups portés immédiatement avant la mort. Le sang liquide, encore chaud, peut, dans un cas de mort subite par ictus se frayer un passage dans le tissu cellulaire et produire l'aspect extérieur habituel.

Les changements de coloration qui se produisent sur une tache ecchymotique sont dignes d'attention, puisqu'ils peuvent aider l'expert à soupçonner la date de la violence. La coloration suivra les modifications du sang et, de bleue deviendra successivement violette, verte, jaune, pour disparaître ensuite complètement. L'étendue augmentera, mais le centre restera toujours plus foncé. Si on se fie exclusivement aux apparences extérieures, la confusion est donc possible. Si une contusion a été faite quelque temps avant la mort, il y aura du gonflement de la partie et probablement aussi des changements de

coloration, bien que ceux-ci puissent manquer dans certaines circonstances.

En résumé, un coup fort porté sur un cadavre ressemble à des coups légers donnés pendant la vie. Dans les deux cas, il existe une ecchymose, sans aucun moyen de les distinguer entre elles. La présence d'une ecchymose est ordinairement cause de présomption en faveur d'une violence, mais son absence n'annule nécessairement pas cette supposition. Il est parfaitement certain que les petits vaisseaux de la peau échappent souvent à la rupture provenant d'un choc brusque et qu'ainsi le contenu peut ne pas se répandre au dehors. L'interposition d'un linge ou d'un tissu mou quelconque peut, également, contribuer à cette absence.

§ 3.

LÉSIONS PROFONDES DU COU.

Les lésions que nous allons étudier successivement ici comprennent : les déchirures musculaires et ruptures des tuniques vasculaires d'une part, les fractures, luxations et déformations de l'os hyoïde, du larynx, de la trachée et du rachis d'autre part. L'expert ne doit jamais conclure sans avoir contrôlé les premières données par l'examen des organes internes, dont les lésions plus constantes permettent seules des conclusions assurées. L'état des parties profondes du cou, chez les étranglés, n'est nullement indiqué par celui de la peau, qui les

recouvre. Des ecchymoses profondes peuvent exister exclusivement et se rencontrent plus spécialement dans la strangulation manuelle ; nous avons déjà suffisamment insisté sur ce sujet pour nous répéter ici.

Lésions musculaires et vasculaires. — Nous ne dirons que deux mots sur les déchirures musculaires qui se rencontrent dans plusieurs genres de mort violente. Une statistique nous révèle 11 cas sur 50, sans préciser le muscle atteint le plus généralement. L'ecchymose peut ne pas être en rapport avec l'étendue de la déchirure ; parfois même elle manque tout à fait, selon les circonstances. L'importance de ces lésions est surtout mise en évidence dans les questions d'expertises, car elles indiquent le plus souvent que la victime vivait encore. Nous reviendrons là-dessus ultérieurement.

La rupture des membranes **interne et moyenne** de la carotide est assez rare dans la strangulation manuelle, la pression étant insuffisamment précise ; elle peut exister cependant ; une seule artère ou les deux se trouvant endommagées. Une pression exercée de côté, entre le larynx et la base de la langue, est susceptible d'atteindre la carotide externe, le plus souvent au niveau de la bifurcation ; les membranes interne et moyenne peuvent être rompues simultanément, mais la première cède le plus souvent seule.

La déchirure sera complète ou incomplète, selon la longueur de circonférence atteinte. Dans le pre-

mier cas, la rupture a lieu et le recroquevillement se produit aussitôt. Le point le plus intéressant, c'est l'ecchymose qui en résulte et qui indique une lésion faite sur un individu vivant, en pleine circulation. Si la déchirure est complète, il y aura simple infiltration des tuniques par suite de la rupture des **vasa vasorum**. Amussat, le premier (1828), puis longtemps après (1878), Friedberg ont appelé l'attention sur ce fait, même isolé, qui résulte souvent des efforts de l'étranglement. Parfois, c'est le seul signe qui permette de conclure en toute sûreté; cependant nous ferons de grandes réserves sur cette assurance, ne serait-ce qu'en songeant à la fragilité des artères plus ou moins athéromateuses des vieillards. M. le professeur Lacassagne insiste d'ailleurs sur l'importance de la circonstance d'une lésion des nerfs accolés à la carotide, pour affirmer le diagnostic.

Fractures, luxations et déformations. — La fréquence de ce genre de lésions a été le sujet de nombreuses controverses. Tardieu émet l'avis que le larynx et la trachée sont rarement le siège de désordres graves, la fracture des cartilages et de l'os hyoïde étant tout à fait exceptionnelle. D'un autre côté, Casper prétend que c'est exclusivement ou de préférence dans la strangulation manuelle que se produisent ces lésions. En 1886, Hoffmann entreprit une étude approfondie de la question, qui réfuta en grande partie la proposition du professeur de Berlin. Sur ses indications, Gurlt établit la statistique suivante : Sur 43 cas observés, 16 fois l'os hyoïde était

atteint et 4 fois seulement la trachée; le larynx obtenait 23 citations. Ces fractures ou luxations résultaient de pendaison 6 fois, de strangulation par liens 4 fois, de strangulation manuelle 10 fois, de compression générale du cou 8 fois et de blessures 12 fois, sans compter les causes inconnues. De très nombreuses et très intéressantes observations viennent confirmer les opinions de Hoffmann.

Les fractures de l'**os hyoïde** sont non seulement possibles, mais encore assez fréquentes; elles auraient lieu surtout au niveau de la grande corne de l'os et passeraient facilement inaperçues, en raison de la mobilité relative de ses extrémités, si on ne disséquait avec soin les parties molles qui l'entourent. Hoffmann dit avoir rencontré deux fois cette lésion. Tourdres cite le cas de M. Rousset, dans un cas d'étranglement par les mains. Celui-ci constata que les deux grandes cornes de l'os hyoïde avaient une mobilité remarquable, surtout la droite repliée à angle droit sur le corps de l'os. MM. Isnard et Dieu ont observé la luxation de la grande corne à gauche, à son point d'union avec le corps de l'os et une ecchymose profonde en ce point. Tardieu, en une cinquantaine de cas, n'a pas rencontré une seule lésion de ce genre. Nous n'insisterons pas davantage, ayant eu déjà l'occasion de parler de ces faits.

Les fractures du **larynx** et de la **trachée** sont plus fréquentes; elles exigent aussi, pour se produire, une force plus puissante, qui ne se rencontre pas toujours. Elles sont si difficiles à exécuter sur le cada-

vre, que leur découverte à l'autopsie indique, d'après les expérimentateurs, que la victime était encore en vie. Plusieurs observateurs, en effet, ont remarqué que les contusions, heurts, chutes, écrasements, produisent beaucoup moins facilement des lésions mécaniques des divers tissus sur le cadavre que sur le vivant. Il en serait ainsi notamment pour les fractures du larynx. C'est pourquoi Casper et Lisman déclarent que ces lésions ne peuvent se produire que pendant la vie, opinion certainement exagérée, bien que ce dernier ait pu faire passer sur un cou une voiture à deux chevaux, sans produire de lésions du larynx ; d'autres observateurs et en particulier Heiller, d'Edimbourg (1885), ont pu fracturer cet organe par une simple pression exercée avec les doigts. Ces fractures sont donc le résultat de l'action directe de la main sur ces organes. Le cartilage thyroïde est le plus fréquemment fracturé, puis le cricoïde et les premiers anneaux de la trachée. On a aussi noté, mais exceptionnellement, la lésion des cartilages arythénoïdes. Parfois, on ne constate que de simples fissures ; d'autrefois une véritable brisure avec enfoncement et déplacement des fragments ; la mort rapide peut en résulter par pénétration du sang dans les voies respiratoires. Mais ce qu'il importe de signaler, c'est la déformation du larynx et son aplatissement latéral, même sans solution de continuité apparente. Cet aplatissement peut persister pendant des mois, en cas de survie. Inutile de dire que l'âge influe beaucoup sur la production de ces lésions ; l'ossification du moins,

quand elle n'est pas trop avancée, en rendra l'exécution plus facile. Hoffmann cite le cas d'un meurtrier qui, ayant étranglé sa femme, avait déterminé chez celle-ci une fracture du larynx: il attribua cette lésion à un choc violent sur le rebord d'une table, et le jury l'acquitta. A cause de l'extrême rareté d'une fracture traumatique, isolée du larynx, et de sa fréquence par la strangulation manuelle, on opposera la plus grande circonspection à des assertions semblables; cependant, il est certains cas où les faits viennent à l'encontre du raisonnement; nous en parlerons ultérieurement, en traitant des expertises médico-légales.

OBSERVATION VII

Fracture du larynx, docteur Aubry, de St-Brieux. (*Annales de médecine légale*, 24 février 1893).

Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années, étranglé par sa femme, qui s'était fait assister de trois de ses parents. Le corps était littéralement couvert d'ecchymoses et d'excoriations. Mais aucune ne présentait de caractère spécialement intéressant. Je décrirai sommairement les lésions principales et superficielles du cou. A gauche, dans la dépression située entre le muscle sterno-mastoïdien et le larynx, une plaque brun grisâtre et à peu près carrée, mesurant 2 cent. de côté; sous la peau, un léger épanchement sanguin. Du côté droit, en arrière du larynx, des excoriations faites manifestement avec les doigts; au-dessous, pas d'épanchements sanguins sous-cutanés. Sous la glande maxillaire gauche et la débordant d'un centimètre, on constate un épanchement. Du côté droit, au point symétrique, il débordé la glande de 4 centimètres. En disséquant plus profondément l'épanchement de gauche sous l'excoriation unique, on voit qu'il ne gagne pas en profondeur.

Celui de droite, au contraire, devient de plus en plus abondant; c'est celui qui est situé sous l'empreinte des doigts; de ce côté, je constate une fracture de la grande corne de l'os hyoïde, au point de son union avec le corps. Du côté gauche, au contraire, la grande corne ne s'est pas coudée, car nous trouvons une articulation complète. C'est sur cette anomalie unilatérale et ses conséquences, qu'elle peut avoir dans la pratique, que le Dr Aubry attire l'attention.

OBSERVATION VIII

Due à l'obligeance (Inédite), de M. le professeur Lacassagne).

Sur la réquisition..... ce 30 décembre 1890, me suis transporté le même jour, rue de la Guillotière, à l'effet d'examiner le cadavre de la nommée S..., 73 ans, puis à la Morgue pour en faire l'autopsie, afin de dire les causes de la mort.

I. — Le corps repose tout habillé sur le lit devant lequel se trouvent un tabouret renversé, une descente de lit dérangée, un petit fichu blanc en laine. Le cadavre est dans le décubitus dorsal. Le membre supérieur droit est allongé le long du corps, l'avant-bras gauche replié sur la poitrine. La rigidité est assez forte aux membres supérieurs, nulle aux inférieurs.

II. — La tête repose sur l'oreiller, qui est taché du côté gauche et en haut par un piqueté de sang projeté par pulvérisation. Ce sang, expulsé par la bouche de la victime, indique que la mort n'a pas été immédiate et qu'elle est survenue dans la position qu'occupe actuellement la tête. Le revers du drap, à droite de la tête, présente de larges taches de sang, qui résultent évidemment d'une application sur la bouche. — Diverses ecchymoses se remarquent sur la face.

III. — *Autopsie.* — 4 h. de l'après-midi : membres supérieurs toujours rigides. Les vêtements sont enlevés. Nous trouvons sur la robe, au niveau de la ceinture, quelques cheveux. Sang sur les mains, surtout à droite. Sur un jupon, au-dessous de la poche gauche, qui contient un mouchoir, nous trouvons de la monnaie. Certaines parties du corps sont encore chaudes, no-

tamment le ventre et les fesses. Une boucle d'oreille à droite ; le lobule gauche est fendu depuis longtemps.

IV. — Cheveux presque blancs. Paupières mi-closes ; globe de l'œil affaissé, cornée terne. — Sur le pourtour de l'orifice buccal, une série de petites blessures ; dont une écorchure en tête d'épingle, incurvée en coup d'ongle vers le bas à droite.

Sur la lèvre droite on voit une douzaine d'érosions plus ou moins grandes, plusieurs du volume d'une lentille, rouge vif, faites pendant la vie. La lèvre est injectée, surtout à gauche, où se trouvent un plus grand nombre de plaies hémorrhagiques.

La commissure droite est fissurée en trois endroits. La muqueuse de la lèvre inférieure présente à droite trois ecchymoses et quatre à gauche de la grosseur d'une lentille. Les dents manquent complètement à droite et, près du frein de la lèvre supérieure, nouvelle plaie très manifeste en coup d'ongle... Vers l'angle de la mâchoire ecchymose profonde de la largeur d'une pièce de 0 fr. 50 centimes. Sur la partie antérieure du cou, légères rougeurs diffuses. Infiltrations sanguines à la partie postérieure du bras droit. Les taches de sang pur sur la main montrent que la victime a dû passer la main sur sa bouche pour essuyer le sang qui s'en échappait. A remarquer, que les téguments des membres inférieurs sont complètement blancs et exsangues.

V. — On voit une première morsure sur le bout de la langue et une seconde sur son bord gauche. — A la dissection du cou on note de nombreuses infiltrations sanguines. La région parotidienne droite est ecchymosée. Des deux côtés du larynx les muscles sterno-hyoïdien et thyroïdien, ainsi que leurs interstices, présentent des ecchymoses très prononcées. Elles s'étendent même à la face postérieure du larynx et empiètent sur l'œsophage. Les muscles prévertébraux et la colonne cervicale n'offrent rien à signaler. La glande thyroïdienne est légèrement infiltrée à gauche. — A une première inspection on constate que le cartilage *thyroïde présente trois fractures, deux à droite, l'une à la partie inférieure du corps, l'autre à la base de la grande corne, la dernière à la base de la petite corne.*

VIII. — En pratiquant des dissections profondes, en diverses parties du corps, nous trouvons de nombreuses ecchymoses par pression de la main à gauche, un peu en arrière de l'acromion, infiltration sanguine très marquée. Ecrasement des muscles du côté droit avec de nouvelles taches à la pointe du deltoïde et à l'extrémité interne de la clavicule. Toutes ces lésions ont été produites par des pressions énergiques.

VII. — A l'ouverture de la poitrine, on constate que les poumons sont volumineux. Ils sont très adhérents à droite où l'on remarque surtout de la congestion, tandis qu'à gauche il y a surtout de l'emphysème, une consistance spongieuse et beaucoup de liquide spumeux, que fait sourdre la pression. Caractères de la suffocation. Le cœur présente une plaque laiteuse sur la face antérieure. Les cavités contiennent du sang liquide. Les orifices paraissent normaux.

VIII. — Dans l'abdomen, hémorrhagie diffuse au dessous du foie à la partie supérieure du mésentère; le sang, en petite quantité du reste, s'est répandu entre les divers organes.

Foie congestionné ainsi que les reins, qui sont petits. Rate normale. Rien dans la vessie.

Cerveau congestionné : léger piqueté hémorrhagique superficiel.

X. — La victime a succombé aux suites de manœuvres ayant produit la strangulation et la suffocation. En effet, les traces d'ongles, du côté du cou, les lésions de cette région, telles que : *les suffusions sanguines dans les muscles et les fractures du cartilage thyroïde*, ne peuvent laisser de doute sur la strangulation.

Celle-ci n'a pas été immédiatement mortelle et l'assassin, pour étouffer les cris de sa victime ou amener la mort plus rapidement a eu recours à la suffocation.

Il est probable que cette femme a été étranglée, étant debout ou assise, et que l'assassin l'a transportée ainsi sur son lit où l'étouffement a eu lieu à l'aide des draps et de l'oreiller. Il est certain qu'il y a eu lutte entre la victime et l'agresseur, ce que montrent les ecchymoses profondes du thorax et des bras. En râlant elle a pulvérisé du sang sur les objets du voisinage. Il est impossible d'établir s'il y avait un ou plusieurs assassins.

Dans tous les cas, il est démontré que le criminel était d'une certaine force.

Pour être complet, citons encore les fractures de l'apophyse **styloïde**, que l'on a un peu trop souvent négligé, ce qui, d'après M. le professeur Lacassagne, est un grave oubli, car ces apophyses longues et grêles, surtout chez les femmes, peuvent être brisées par une violence exagérée.

Deux mots pour finir sur les lésions du **rachis** : elles appartiennent bien plus à l'histoire qu'à celle de la strangulation. Il est des cas, cependant, où l'on a noté une dislocation de la tête et des vertèbres cervicales. Sur les enfants, entre autres. Nous avons déjà dit quelques mots sur le genre de mort qu'elle détermine. Orfila a montré que la torsion du cou s'exerçait surtout sur les vertèbres inférieures de cette région ; parfois l'apophyse odontoïde a pu être rompue. Tardieu regarde ces faits comme plus plausibles dans les cas d'infanticide ; encore nécessiteraient-elles une violence énorme et des mains très robustes.

Nous avons terminé ainsi, nos considérations particulières sur l'examen du cou, et donné les indications nouvelles à cet égard. Nous allons maintenant examiner brièvement les principaux signes tirés de l'examen du tronc et des membres, avant d'entreprendre l'étude rapide des lésions organiques constatées à l'autopsie sur les organes internes.

§ § 4.

LÉSIONS DU TRONC ET DES VISCÈRES

L'examen du tronc doit être en général très rapide, cependant, il ne faut pas oublier qu'en dehors des marques de violence spéciales, qu'on peut y rencontrer, dans le cas d'homicide, il faut se souvenir que, dans les convulsions qui précèdent la mort par asphyxie, un point quelconque du corps peut porter sur un objet voisin plus ou moins résistant, d'où il en résulte une contusion, une meurtrissure plus ou moins accusée, susceptible d'être confondue avec un coup donné par une main étrangère. M. le professeur Lacassagne attache une assez grande importance aux lividités cadavériques, ecchymoses punctiformes et lenticulaires, qui ressemblent exactement aux taches de purpura.

Les membres supérieurs sont ou peuvent être le siège d'ecchymoses, de contusions, de blessures et autres marques particulières ; on y rencontre aussi les taches de purpura. Les extrémités sont cyanosées ; les membres inférieurs doivent être examinés avec encore plus de soin ; chez les pendus, le sang reste très fluide, tend à se porter vers les parties déclives ; chez les étranglés, le décubitus étant la règle après la mort, au lieu de larges taches livides ou bien disséminées sur un fond violacé, l'on voit apparaître des petits points hémorragiques, formant ce qu'on appelle le purpura hémostatique,

qu'il faut bien se garder de confondre avec le scarlatiniforme de la face, de la conjonctive et des paupières, comme l'a fait remarquer M. le professeur Lacassagne, dans une de ses leçons. Il les regarde, d'ailleurs, comme un phénomène *post-mortem*, qui se rencontre chez les individus dont les parois artérielles, altérées par un processus pathologique quelconque, ont perdu leur résistance et cèdent à la pression qu'entraîne le décubitus.

Là se bornent nos considérations sur l'examen extérieur du tronc ; nous allons actuellement exposer succinctement ce qui a rapport aux lésions des organes internes. Nous ne dirons que peu de choses du **cerveau**. D'après Tardieu, il est, le plus souvent, exempt d'altération, à l'envers de ce que l'on constate chez les pendus, l'engouement est assez rare. Dans l'étranglement par les mains, la stase sanguine résultant d'une compression prolongée des jugulaires manque le plus souvent. L'anémie cérébrale serait plus fréquente dans la strangulation manuelle, ainsi que nous l'avons déjà dit. Toutefois, en cas de strangulation extrêmement violente, la congestion peut être assez intense pour déterminer des hémorragies cérébrales ou méningées. Tourdresa a constaté l'existence d'une nappe sanguine à la surface d'un des hémisphères cérébraux chez un nouveau-né étranglé à l'aide des mains ; des ecchymoses épicroâniennes se rencontrent aussi fréquemment.

M. Petenko dit avoir constaté que, même dans les cas où le reste de l'encéphale est anémié, il existe

dans le bulbe, au voisinage du calamus scriptorius, une hyperémie capillaire manifeste avec de petits foyers hémorragiques. Il ajoute que les cellules nerveuses de cette région sont troubles, souvent ridées et que des granulations ont pris la place de leurs noyaux.

Organes thoraciques. — Le **cœur** renferme un sang noir et liquide, pas de traces de caillots; parfois même, le trouve-t-on complètement vide. Les expériences sur les animaux confirment les résultats des observations; c'est, d'ailleurs, le résultat le plus évident de l'asphyxie rapide. Cet état du cœur est d'ailleurs normal sur le cadavre. Qu'il soit arrêté en diastole ou en systole, il ne tarde pas, à moins de lésions particulières, à être envahi par la rigidité cadavérique, qui est très précoce. Le ventricule droit reste plein, vu la moins grande épaisseur de ses parois qui agissent moins énergiquement; exception faite pourtant pour le nouveau-né, dont les parois du ventricule droit sont relativement plus développées que chez l'adulte.

Les organes de la **respiration** présentent à étudier successivement : l'écume dans les voies aériennes, la congestion du poumon, les ecchymoses sous pleurales, les noyaux apoplectiques et l'emphysème.

Tardieu a noté dans la plupart des cas la muqueuse aérienne congestionnée, rouge uniforme, parfois violacée; l'écume très fine, et pénétrant parfois jusqu'aux bronches, manquait rarement; toutefois cette absence est possible, si la mort a été particulière-

ment prompt. Ces signes sont plus prononcés dans le larynx, la trachée et les bronches du nouveau-né où l'on trouve généralement une plus grande quantité d'écume sanguinolente rosée, qui s'écoule dès que l'on incise les poumons ; plus souvent que chez l'adulte, on rencontre, sous la membrane muqueuse laryngo-trachéale ou à sa surface, des infiltrations et des exsudations de sang coagulé. De couleur blanchâtre, cette écume peut être confondue avec celle des noyés ; toutefois, elle en diffère par la teinte sanguinolente, qu'il n'est pas rare de rencontrer, teinte qui peut même faire place à une véritable exhalation sanguine, si la mort a été précédée de violences d'une durée appréciable.

Quant aux **poumons**, ils sont peu ou point congestionnés ; souvent même on les trouve à l'état normal ; les phénomènes d'hypostase en modifient naturellement l'aspect d'une façon très sensible. Dans ce cas, Blanchard conseille l'insufflation pulmonaire qui fait disparaître la congestion passive due à la stase sanguine et met ainsi l'expert à l'abri d'erreurs faciles.

Ce qui se présente de plus intéressant dans cette étude des organes respiratoires, ce sont les **ecchymoses** sous pleurales sur lesquelles Tardieu, un des premiers, a appelé l'attention. Il les réservait exclusivement à la mort par suffocation ; de multiples observations ne permettent plus cette restriction. Ces ecchymoses se rencontrent, en effet, dans toutes les asphyxies, quelles qu'elles soient ; elles dominant, il est juste d'ajouter dans le premier

genre de mort. Cependant les accidents les plus divers peuvent amener la production de ce genre d'ecchymoses, qui se rencontrent, en outre, après des processus pathologiques, diminuant la résistance des parois vasculaires. Elles sont d'autant plus nombreuses et prononcées, que la mort a été précédée d'une résistance plus longue et d'efforts plus violents; l'âge des sujets influe beaucoup sur leur production et la fragilité des capillaires y prédispose. Elles sont surtout fréquentes chez les enfants et ce qui contribue à en augmenter le nombre chez les nouveau-nés étranglés c'est que la suffocation vient se mêler à la strangulation proprement dite. Pétéchiales ponctuées, de formes et dimensions variables, elles sont disséminées sur toute la surface du poumon, qui semble ainsi aspergé de sang; elles se rencontrent toutefois assez rarement sur les faces convexes, antérieures et aux sommets; un peu d'attention est d'ailleurs nécessaire pour leur découverte. L'insufflation du poumon, en les distinguant des fausses ecchymoses ou des poussières, viendra en aide à l'expert embarrassé.

Les noyaux **apoplectiques** constituent une altération de même nature; ce sont des extravasations de sang sous forme de petits foyers apoplectiques, dans le tissu pulmonaire et souvent peu distants de la surface. L'infiltration rougeâtre du tissu voisin les fait paraître plus étendus.

Signalons, pour terminer, l'**emphysème** pulmonaire, étudié plus spécialement par M. Legroux. Il

n'est pas exclusivement sous-pleural, et les lobules pâlis sont souvent dilatés. Si l'arrêt du poumon se fait en **inspiration**, il se produit avec beaucoup plus d'intensité, la congestion, par contre, résultant surtout d'un arrêt en expiration. Donders a donné une explication des différences qui existent, suivant ces cas, dans les degrés de congestion pulmonaire chez les asphyxiés. La dilatation du thorax, non suivie d'arrivée de l'air, détermine l'afflux du sang en raison du vide virtuel, qui tend à se produire. Si le moment de l'occlusion domine avec la fin d'une expiration, la dilatation du thorax sera à son maximum et, par suite, l'afflux du sang plus abondant. Le contraire arrive pour l'emphysème, cependant l'apparition précoce de celui-ci peut déterminer l'absence d'ecchymoses sous-pleurales à l'autopsie, fait très important à connaître. Il sera nécessaire également de ne pas confondre cette lésion avec l'emphysème putride que des autopsies tardives exposent à faire rencontrer. La généralisation de ce dernier, la présence des gaz qu'il renferme suffisent pour faire éviter cette erreur.

Organes abdominaux. — Nous ne nous étendrons pas longtemps sur ce chapitre; au surplus ne constaterons-nous, la plupart du temps, que des lésions qui semblent banales; la congestion domine comme dans tous les cas d'asphyxie avec ses conséquences plus ou moins éloignées et notables. Cependant plusieurs expérimentateurs ont vu le resserrement des vaisseaux se faire d'une façon très manifeste dès

les débuts de l'asphyxie, non seulement sur les méninges, mais aussi sur les divers organes abdominaux. Indiquons seulement, à titre de remarque, le piqueté scarlatin rencontré parfois sur la muqueuse **stomacale** des étranglés. Taylor a insisté sur cet aspect, ainsi que M. le professeur Lacassagne, attendu que, dans certains cas, il pouvait faire croire à un véritable empoisonnement. Ce phénomène est surtout fréquent, quand le sujet a succombé, étant en pleine digestion; le piqueté et la rougeur sont particulièrement remarquables et étendus, bien que toutefois, il soit possible de les rencontrer sur les estomacs à l'état de vacuité. Ajoutons, fait qui est plus particulier et semble propre à l'infanticide, que Tardieu a trouvé dans l'estomac de nombreux nouveau-nés, morts étranglés, des mucosités teintées de sang.

Dans les archives russes de Médecine légale, M. Sabinski rend compte d'expériences intéressantes sur les modifications que subit la **rate**, chez les animaux asphyxiés par strangulation. Dans tous les cas, cet organe se trouvait exsangue, ridé à la surface et considérablement diminué de volume, au point que les diamètres perdaient un tiers de leur longueur. Ces phénomènes cessent, quand l'asphyxie est interrompue et la rate revient à son aspect normal. D'après l'auteur ces phénomènes seraient dus uniquement aux propriétés du sang asphyxique. Il les a fait apparaître, en effet, en injectant dans l'artère splénique le sang d'un animal asphyxié; ce sang produit les mêmes effets, si avant de

l'employer, on lui donne de l'oxygène. D'autre part le sang saturé d'acide carbonique n'a pas la même action. M. Sabinski en conclut que le sang des asphyxiés a subi une modification inconnue dans sa nature ne se révélant que par les effets qu'elle produit. Si intéressante que soit cette expérience, il n'est pas certain que la rate, qui présente chez l'homme une très grande différence à tous les points de vue subisse, la même influence, ou si une autre cause n'est pas à invoquer.

Nous n'aurions que peu de choses à dire sur l'état du **foie**, dans la mort par strangulation manuelle, si des recherches physiologiques toutes récentes n'en rendaient l'examen plus intéressant. Dans un travail qui date de peu de mois, M. Colomb reprenant d'ailleurs les idées de M. Colrat, a traité : « De la recherche du sucre dans le foie au point de vue médico-légal. » Voici quelles ont été ses conclusions, qui, d'ailleurs, ne sont pas absolues, vu les variations de la fonction glycogénique du foie.

1^o La présence d'une quantité moyenne de sucre (addition faite du glucose et du glycogène) variant entre 2 et 4 grammes, implique une mort rapide ou une agonie courte.

2^o L'absence de sucre indique une mort lente ou une affection fébrile organique grave, ayant fortement retenti sur l'état général.

3^o La présence d'une faible quantité de sucre pourra laisser penser à la mort lente par le froid.

En résumé, la recherche du sucre dans le foie pourra être utile, au point de vue qui nous occupe

car si la présence du glucose n'indique que la rapidité de la mort, son absence fera rejeter l'idée d'assassinat ou suicide, pratiqués comme d'habitude, à l'aide de manœuvres amenant rapidement la mort. M. Lacassagne a d'ailleurs relevé une observation de ce genre au sujet d'une femme de 64 ans, sur laquelle on avait constaté des traces de strangulation manuelle.

La congestion des **organes génitaux** et l'éjaculation spermatique accompagnent très habituellement la mort par suspension ; en est-il de même pour la strangulation manuelle ? Non seulement il est permis d'en douter, mais de prime abord on peut répondre par la négative ; chez le pendu ou l'étranglé par un lien, il est encore possible d'admettre une congestion des organes génitaux participant à la congestion générale des viscères, consécutive aux convulsions finales, mais la mort par strangulation manuelle est le plus souvent trop rapide et les lésions viscérales trop peu accusées pour permettre cette hypothèse, pour le cas qui nous occupe. D'ailleurs Tardieu, Taylor et les principaux auteurs la contestent absolument n'ayant rencontré aucune observation de ce genre. Cependant, tout en considérant le fait comme tout à fait exceptionnel, nous ne le nierons point d'une façon absolue, nous contentant de faire une distinction, un peu subtile peut-être, entre l'éjaculation proprement dite et la présence du sperme dans le canal, ce qui se rencontre encore fréquemment.

Nous voici arrivés à la fin de l'étude si importante,

des lésions constatées, soit à l'extérieur, soit sur les organes internes chez les victimes d'une strangulation manuelle ; de ces signes nombreux et divers, les uns, il faut l'avouer, sont communs à plusieurs genres de mort, violente ou foudroyante ; mais hâtons-nous d'ajouter que ce sont les moins fréquents. Au contraire la plupart de ceux qui nous ont arrêté longuement sont particulièrement caractéristiques de ce genre de mort, qui fait le sujet de ce travail. Une nouvelle étude nous reste encore à entreprendre, celle des expertises médico-légales ; c'est, à vrai dire la conclusion des chapitres précédents, mais son importance est tellement capitale que nous y consacrerons tous nos soins, nous efforçant d'être aussi conçis que complets.

CHAPITRE IV

LA STRANGULATION MANUELLE AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL. — EXPERTISES JUDICIAIRES.

La connaissance exacte des signes et du mécanisme de la mort par strangulation manuelle ne suffit pas à renseigner l'expert aux prises avec les difficultés pratiques du sujet ; en présentant dans toute leur vérité les principales questions médico-légales relatives à la strangulation, nous sommes convaincus établir une synthèse utile et nécessaire de l'étude que nous avons entreprise jusqu'ici dans les précédents chapitres. Les questions médicales que l'expert peut être appelé à résoudre, sont nombreuses ; afin d'en rendre l'étude plus facile, nous considérerons successivement les causes de la mort et la nature du meurtre, en terminant par quelques considérations sur la recherche et l'identité du meurtrier. L'étude du diagnostic différentiel entre les

divers genres de morts violentes rentrera dans celle des causes.

§ 1

DES CAUSES DE LA MORT

La mort est-elle le résultat de la strangulation ? Telle est la première question que se pose l'expert et qui lui est posée par la justice. Cette question peut être dédoublée, car elle implique d'abord l'idée de strangulation opérée sur un vivant ou un cadavre et, en second lieu, on doit rechercher si c'est bien ce genre de mort qu'il faut incriminer. Nous ne dirons qu'un mot au sujet de la première hypothèse. En effet, quel mobile pourrait pousser un assassin à étrangler sa victime, quand elle a déjà succombé sous ses coups ? Excès de précaution, tout au plus ; ce n'est pas pour cacher son crime, car il le rend ainsi plus manifeste. Faire porter les soupçons sur un innocent par un motif de jalousie ou de haine, alors que le cadavre est celui d'un homme tué accidentellement ? Ce serait plus plausible, bien que le coupable se compromette lui-même, en agissant ainsi. Nous concluerons donc qu'un individu sur lequel on a constaté les signes nettement déterminés de la mort par strangulation **manuelle**, est bien mort étranglé, toutes réserves mises de côté.

D'ailleurs les signes fournis par les lésions du cou et l'état des viscères seront là pour guider l'expert. Nous avons longuement étudié les caractères des impressions et ecchymoses cutanées, en insis-

tant sur les difficultés que l'on peut rencontrer dans son diagnostic, surtout si la mort est récente. En effet, si la lésion est faite à l'instant même de la mort, la circulation capillaire n'étant pas éteinte, on aura des effets analogues à ceux que l'on rencontre chez les vivants, ils prouveraient ainsi les derniers restes de vie de la victime. Mais après la mort on ne produira pas la turgescence de la face, l'état des yeux et de la langue, les ecchymoses ponctuées, non plus que les signes pulmonaires et l'écume des voies respiratoires.

Diagnostic différentiel. — Ceci établi, avons-nous affaire véritablement à une mort par strangulation manuelle ? Elle peut être confondue soit avec une mort subite, par apoplexie ou accès convulsivant, soit avec la strangulation par liens, soit enfin avec la suffocation.

Nous avons déjà signalé, dans les maladies **convulsivantes**, la présence fréquente d'ecchymoses sur la conjonctive, la face et la partie supérieure du tronc ; de même, il est constant que, chez les apoplectiques, dont le cou est court et replet, on voit au niveau des plis nombreux que forme la peau de la région cervicale, se former après la mort des taches d'un rouge violacé, qui peuvent tromper un œil inattentif. Ajoutons, de plus, que les signes extérieurs de la strangulation manuelle peuvent manquer, ce qui mettrait la confusion au comble ; aussi l'expert consciencieux ne devra-t-il jamais conclure sans avoir procédé à une autopsie complète. La présence,

dans les voies respiratoires, d'écume sanguinolente est un des signes les plus constants et les plus nets de la strangulation et qui ne se rencontre pas dans l'apoplexie. Il est vrai qu'elle se manifeste aussi chez les convulsés, mais les lésions pulmonaires sont toutes différentes et permettront d'éviter des erreurs regrettables.

La strangulation **par les liens**, tout en ayant de nombreux signes communs avec celle qui nous occupe, n'en a pas moins pourtant quelques-uns qui lui sont propres. La présence du sillon horizontal, le plus souvent complètement circulaire, bien que le lien soit retiré rapidement, ne s'imprime souvent que sur les parties les plus saillantes du cou ; les infiltrations sanguines superficielles ou profondes beaucoup plus diffuses et plus marquées, enfin, l'émission encore assez fréquente de liquide sémi-nal permettront de faire aisément la distinction. Nous ne dirons rien de la **pendaison** dont les lésions extérieures sont par trop différentes, pour arrêter l'esprit ; l'absence complète des impressions digitales, des ecchymoses ponctuées, de la saillie linguale et de l'écume laryngée suffiront, avec les signes positifs de ce genre de mort, à en faire écarter l'idée.

La confusion avec la **su focation** est plus permise et le diagnostic plus délicat, lorsque les signes extérieurs manquent et que l'autopsie reste seule comme dernière ressource. En tous cas, les rares lésions constatées au dehors siègent, non pas à la région cervicale, mais autour des narines, de la bouche, sur les joues, les lèvres et les ailes du nez. Tardieu

mettait toujours en avant les fameuses ecchymoses sous-pleurales et sous-péricardiques, nous ne reviendrons pas sur les réserves que nous avons faites à ce sujet. Quoiqu'il en soit, il ne faut pas ignorer que, chez les nouveau-nés, les deux genres de mort se rencontrent simultanément, ce qui rend une opinion nettement tranchée presque impossible; après tout la confusion serait sans grand inconvénient, car la question homicide ne serait pas à discuter.

OBSERVATION IX

Meurtre par strangulation et submersion, Dr Vibert, 1885.

Aspect extérieur. — Le cadavre est celui d'une femme bien constituée, paraissant âgée de 25 à 30 ans; la putréfaction n'est pas commencée.

L'épiderme des pieds et des mains n'est pas macéré, c'est-à-dire qu'il ne présente ni épaissement, ni rides, ni coloration blanchâtre. Un peu d'écume blanche à très fines bulles sort par la bouche et les narines. Sur le corps, nombreuses traces de violence ainsi disposées.

Derrière l'oreille gauche, au niveau et au-dessous de l'apophyse mastoïde, se trouvent quatre érosions réparties sur un espace de quatre centimètres, au-dessous duquel on trouve un épanchement sanguin dans la peau et l'hypoderme; deux de ces érosions sont linéaires, curvilignes et correspondent exactement à l'empreinte d'un ongle; les deux autres sont irrégulières. Sur le côté droit de la lèvre supérieure se trouvent trois érosions également linéaires et curvilignes, non doublées d'ecchymoses. Une autre, irrégulière, est située sur la joue droite, au niveau de l'os malaire; elle est ecchymotique. Toute la paupière inférieure de l'œil droit est fortement ecchymosée. Une autre ecchymose arrondie, de 3 cent. de diamètre, se trouve sur le côté droit de la mâchoire inférieure. Sur le cou, près du bord gauche de la trachée et à 1 cent. au-dessous du larynx, on remarque une érosion linéaire et rectiligne, de 1/2 cent.

de longueur; une seconde érosion irrégulière existe au-dessous de la précédente, entre le larynx et la mâchoire inférieure. A la partie antérieure et médiane du cou, à 2 cent. au-dessous du larynx, existe une ecchymose de 1/2 cent. de diamètre.

A la partie antérieure et supérieure du bras droit, se trouvent deux ecchymoses arrondies de 2 cent. de diamètre, correspondant à l'empreinte de doigts fortement appliqués en ce point. La partie supérieure et externe du bras gauche existe une large ecchymose arrondie de 6 cent. de diamètre; en pratiquant une incision en ce point, on constate un double épanchement sanguin, un immédiatement sous la peau, et un autre plus abondant entre l'aponévrose et la face profonde de la couche cellulo-adipeuse. En arrière des deux coudes existent deux petites plaques parcheminées non ecchymotiques. Sur les mains, pas traces de violences, sauf deux longues érosions rectilignes très superficielles sur le dos de la main droite, qui paraissent résulter d'égratignures. Enfin, on trouve encore une ecchymose, arrondie, de 1 cent. de diamètre, au-dessus et en dehors du sein droit, une autre semblable à la partie supérieure et interne de la cuisse droite, une dernière de 3 cent. de diamètre à la partie postérieure de la cuisse gauche.

Ouverture du corps. — En disséquant les parties molles du cou, on constate qu'il existe à la face profonde du muscle sterno-thyroïdien droit et au niveau de l'ecchymose sous-cutanée signalée plus haut un épanchement de sang coagulé de 2 cent. de diamètre sur 1 millim. environ d'épaisseur. On trouve aussi dans la tunique externe de la carotide droite, à 3 cent. de sa bifurcation, une ecchymose de la dimension d'un pois. Le larynx et la trachée renferment de l'écume et un peu d'eau liquide.

Les poumons sont très volumineux et font une très forte saillie à l'ouverture du thorax; les côtes se sont imprimées à leur surface; en appliquant les doigts en un point quelconque du parenchyme pulmonaire, on produit une dépression profonde, persistante. Ces caractères sont moins marqués sur le poumon gauche, qui adhère à la paroi thoracique sur une grande partie de son étendue. En incisant les poumons, on constate que les bronches et le parenchyme contiennent de l'écume à très fines bulles et qu'il s'écoule une quantité abondante de

sang liquide et foncé. Pas d'ecchymoses sous pleurales, ni sous péricardiques. Les cavités du cœur renferment du sang liquide et des caillots noirs et mous. Valvules saines. L'estomac renferme environ 100 gr. d'un liquide jaune verdâtre très clair, n'exhalant pas d'odeur alcoolique et non mélangé de débris alimentaires. La muqueuse est légèrement congestionnée. Foie volumineux et congestionné; rate normale, intestins indemnes. Les reins, les organes génitaux sont sains, la vessie est vide.

Le cuir chevelu est intact; au-dessous de lui, on trouve plusieurs épanchements de sang coagulé disposés de la façon suivante: au sommet de la tête, un peu en avant de l'occipital existe un premier épanchement de 4 cent. de diamètre sur 1 millim. d'épaisseur; près de la bosse pariétale droite, un autre épanchement de 2 cent. de diamètre; enfin, à la partie antérieure de l'occipital et des deux côtés de la ligne médiane, plusieurs épanchements répartis sur une étendue de 7 cent.; ces derniers épanchements sont situés entre l'os et le périoste. Les os du crâne ne sont pas fracturés. Aucune altération intracrânienne.

Conclusions. — 1^o La femme B... porte sur les diverses parties du corps de nombreuses traces de violences. Sur le cou existent des marques d'ongles, des ecchymoses superficielles et profondes, indiquant une tentative énergique de strangulation. Sur les bras se trouvent les marques de doigts fortement appliqués, comme pour maintenir ou pour entraîner la victime. Sur la partie supérieure de la tête existent les traces de plusieurs chocs ou coups portés par un corps contondant. Enfin sur la face, les bras et les cuisses, on remarque plusieurs ecchymoses produites également par des contusions. 2^o Cette femme vivait encore au moment de sa chute dans l'eau; sa mort doit être attribuée, au moins pour une part, à la submersion.

Nous avons supposé jusqu'ici n'avoir affaire qu'à un cadavre. mais l'expert peut avoir à examiner les signes qui caractérisent une tentative d'étranglement et les accidents consécutifs qu'entraîne une

strangulation incomplète, restée sans résultat mortel. Des tentatives de ce genre sont des plus fréquentes ; l'instinct commande au coupable d'étouffer les cris de la victime, même si l'idée de meurtre ne se présente pas à lui. Nous ne reviendrons pas sur les signes de la strangulation incomplète, nous contentant de renvoyer le lecteur au chapitre qui traite « des effets immédiats et consécutifs de la strangulation ». Nous remarquerons pourtant que les accidents peuvent avoir, dans la suite, une gravité particulière. L'état syncopal peut persister durant plusieurs heures. Tourdres cite ainsi le cas d'une tentative de strangulation restée incomplète, opérée par un mari sur sa femme. Au réveil, les idées de celle-ci étaient troublées, le souvenir de l'acte peu distinct, et une méprise fut possible. Les accidents, s'ils se prolongent, tiennent à une altération des organes ; à leur suite, la mort peut être prompte, au bout de quelques jours, de quelques heures. Enfin, si la violence a été accomplie sur une personne affaiblie ou atteinte d'une maladie grave, l'affection peu s'aggraver encore et hâter la terminaison funeste. Aussi le médecin est-il souvent appelé comme expert dans des affaires d'intérêt privé.

§ 2

DE LA NATURE DU MEURTRE

Nous voici en présence d'un individu trouvé sans vie et l'expert a constaté sur lui les signes indiscu-

tables de la strangulation manuelle. Il devra rechercher dans ces circonstances s'il a affaire à un homicide, un suicide ou un accident. Il lui restera donc à interpréter les signes qu'il aura reconnus.

Homicide. — Autant le suicide est fréquent dans la pendaison, autant il cède la place à l'homicide dans la strangulation manuelle. Le plus souvent, aucun doute n'est possible : toute trace de doigts sur le cou est suspecte. De plus les lésions profondes telles que les fractures du larynx, tout en pouvant se produire sans altération notable de la peau, sont la preuve d'une violence extrême, bien supérieure à celle qui est nécessaire pour fermer les voies respiratoires. Une lutte énergique et prolongée peut précéder la strangulation ; elle laisse des traces visibles ; désordres des vêtements, contusions, écorchures, disséminées un peu partout ; toutes ces traces de violence, générales ou locales, ne laissent aucun doute sur les intentions de l'auteur.

Nous avons maintenant à examiner une série d'hypothèses sur les **circonstances** qui ont accompagné le meurtre. Quelles étaient les positions relatives de la victime et du meurtrier ? Quelle a pu être la rapidité de la mort ? Y a-t-il quelque autre violence ?

La disposition et l'étude des empreintes nous renseigneront sur le premier point. Est-ce la main droite ou la gauche qui a exercé la constriction ? Dans le premier cas, quatre doigts sont imprimés plus ou moins nettement sur le côté gauche du cou, tandis qu'à droite, on ne trouve que l'empreinte du

pouce. Les traces sont ordinairement les mêmes, que la victime ait été saisie par devant ou par derrière. La direction des empreintes d'ongles peut seule fournir quelques indices. Il sera bon d'ailleurs d'appliquer sa propre main sur les empreintes. Une seule main ne suffit pas à un pédéraste pour étrangler sa victime passive ; aussi trouvera-t-on le plus souvent l'empreinte bimanuelle.

Quelle a pu être la rapidité de la mort ? Les expériences faites sur les animaux ne sont pas concluantes. Les choses se passent différemment, en effet, chez l'homme, ainsi que l'a prouvé Tardieu ; il périt plus vite, et cette loi générale ne subit que des variations peu notables, suivant l'état de la victime. Il peut arriver que celle-ci soit surprise pendant son sommeil et qu'attaquée à l'improviste, paralysée par la terreur, elle n'ait pu résister. De plus, la force de résistance plus ou moins grande de la victime a certainement une influence sur la rapidité de la mort.

L'âge, le sexe jouent un rôle des plus importants. « J'ai vu, dit Tardieu, des femmes succomber en quelques minutes sous une pression peu énergique exercée par une main peu robuste, qui ne cherchait qu'à arrêter dans la gorge des cris accusateurs. » Aussi n'est il pas rare que l'accusé allègue sa non intention de donner la mort ; la défense personnelle dans une rixe est seule en cause. « On admettra difficilement, dit Tourdres, qu'une pression instantanée ait tué à moins d'un choc violent ayant produit une commotion intense et des désordres graves. »

Mais pourquoi pas ? Nous avons insisté sur le chapitre traitant des divers mécanismes de la mort sur le choc laryngé, nous sommes d'avis que dans un siècle où les neurasthéniques sont si nombreux, de semblables morts peuvent être très fréquentes. Admettons l'hypothèse suivante : un pédéraste actif, enlaçant le cou de son complice passif, ne pourrait-il pas sous l'influence du spasme vénérien, comprimer convulsivement le cou de sa victime ; que celui-ci soit un sujet nerveux très excitable et l'ictus s'en suivra. De même un homme atteint d'un *goître*, même peu volumineux, serait plus exposé à une mort foudroyante sous l'influence d'une pression légère. En conséquence, nous admettons que l'âge, le sexe, la constitution des individus peuvent intervenir pour modifier la rapidité de la mort.

La strangulation manuelle peut être compliquée d'autres **violences**. Une difficulté résulte de cette appréciation de la complexité des violences, dont on peut trouver la trace sur le cadavre. Les coups, les blessures ont ordinairement précédé la strangulation, qui n'a fait qu'achever la victime ; on pourra ainsi calculer approximativement la durée de la lutte. Les fractures du crâne, la suffocation, la compression du thorax sont les plus fréquentes.

A l'étranglement manuel s'ajoute souvent une section horizontale du larynx, faite avec un couteau et se prolongeant par deux incisions latérales. A ce propos, il est souvent nécessaire de faire la distinction entre les genres de violence. L'observation qui suit et que nous empruntons aux *Archi-*

ves d'anthropologie criminelle en fait foi. (Hoffmann.)

OBSERVATION X

HOFFMANN. — Anthropologie criminelle, 1886. Assassinat par égorgement, ayant abusé pour une strangulation.

Joséphine W..., âgée de 40 ans, fut trouvée dans sa chambre, le 27 mars 1885, morte, évidemment assassinée. Outre quelques blessures aux deux régions temporales et sur la face, la peau et les parties molles de la région cervicale antérieure présentent une déchirure transversale nette, commençant à gauche, à deux travers de doigts au-dessus de l'angle de la mâchoire inférieure et se dirigeant entre la langue et l'os hyoïde à droite. La cavité pharyngienne ouverte laisse voir la surface antérieure des vertèbres ; tout auteur du larynx et du sterno-cleido-mastoïdien droit, un grand nombre d'égratignures cutanées aux bords rougis, disposées irrégulièrement, longues de 1 à 2 cent., les unes rectilignes, les autres un peu incurvées. A la direction de la plaie, on ne constate aucune lésion des gros vaisseaux du cou ; la muqueuse laryngée est ecchymosée, mais le corps du larynx est intact, sauf les deux cornes thyroïdiennes supérieures, brisées à leur partie moyenne et inclinées en dedans.

Mes conclusions furent que cette femme avait été assommée, étranglée, puis égorgée. En outre, les lésions de la partie antérieure du cou et les fractures thyroïdiennes ne pourraient, d'après moi, provenir que d'une pression énergique exercée pendant la vie sur cette région, très probablement à la suite d'une strangulation exercée avant la plaie du cou.

Mais l'assassin, arrêté peu après, fit des aveux complets, déclarant avoir assommé, puis égorgé sa victime, mais niant obstinément l'avoir étranglée. J'en conclus alors que les lésions précitées avaient dû se produire seulement durant la section du cou et s'expliquaient par la compression irrégulière et le mouvement de scie de la lame mal effilée ; celle-ci, en effet, était molle, flexible et avait nécessité un tiraillement considé-

rable des parties. La fragilité des cornes, dès l'âge de 40 ans, peut vraisemblablement expliquer les fractures.

Dans le même ordre d'idées, nous pouvons être appelés à diagnostiquer une fracture du larynx par strangulation manuelle d'une lésion identique par écrasement ou tamponnement. Une chute sur un corps saillant et dur, un coup de poing, un coup de pied de cheval, un éboulement ont pu encore la produire. La preuve de la strangulation est alors acquise par les autres lésions qui accompagnent la fracture et indiquent son origine. La difficulté n'existe que s'il y a coïncidence des causes.

Suicide. — Avons-nous affaire à un suicide? Dans l'immense majorité des cas, la strangulation, même en général, est tellement le procédé le plus usuel de l'œuvre du crime, que la constatation seule de ce genre de mort constitue déjà une présomption. En principe, d'ailleurs, la grande majorité des auteurs nie absolument la possibilité du suicide par strangulation manuelle. « Si la compression est exercée par les mains, la force du suicidé se perd, dès que la gêne de la respiration commence, aux premiers effets de l'asphyxie ou de l'anémie cérébrale, avant même que la perte de connaissance survienne; celle-ci, de plus, anéantirait toute pression volontaire. » Les observations authentiques manquent ou sont extrêmement rares. Cependant les tentatives ne le sont pas, surtout chez les **aliénés**. Citons encore les expériences personnelles de Tannhofer, qui se compri-

mait les carotides, et d'un autre médecin qui agissait de même sur ses pneumo-gastriques. La mort a été menaçante dans les deux cas, mais elle n'a pas eu lieu. Aussi doit-on être très réservé sur ce sujet. Cependant nous dirons encore ici que la susceptibilité nerveuse des individus et une violence personnelle très intense peuvent, sans doute, à notre avis, amener la mort par ictus laryngé. Quoiqu'il en soit, les nombreuses tentatives peuvent être suivies de très graves accidents, hémiplegiques, ataxiques ou autres, qui ne sont pas sans intérêt. Nous n'insisterons pas sur les modifications *subies par les lésions constatées*, les observations n'étant pas là pour servir de base à nos indications. Cependant beaucoup d'auteurs ayant prétendu que la face ne présentait pas les mêmes troubles que chez les assassinés, nous répondrons qu'un suicidé peut, dans le désespoir soudain, qui l'entraîne à se donner promptement la mort et la violence de sa passion, l'exprimer par la contraction des traits de sa face; il peut aussi au moment de l'agonie et par le fait de la contraction énergique des muscles de son visage, être horriblement défiguré. Par contre, un individu assassiné peut avoir été saisi et tué subitement avant d'avoir eu le temps d'avoir peur, ou par commotion cérébrale.

Nous ne dirons rien sur la strangulation par les mains d'origine *accidentelle*; la définition même ne permet pas d'insister; pour les rares faits, qui pourraient soulever des objections, nous les avons déjà signalés dans le cours de cette étude, en particulier

pour ce qui a rapport aux rixes et aux fractures du larynx et de l'os hyoïde ; nous n'y reviendrons pas.

Simulation. — Il nous reste à dire deux mots de la strangulation simulée. « La strangulation manuelle est un procédé trop fréquent des criminels, pour qu'on n'ait pas cherché à dissimuler ainsi d'autres violences, ou à feindre une tentative dans un intérêt quelconque ». Quelques écorchures superficielles au devant du cou, l'exagération des souffrances prétendues éprouvées et la persistance d'accidents ordinairement passagers, tels sont les moyens auxquels ont, d'ordinaire, recours les simulateurs. Mais les caractères positifs manquent et un expert habile se mettra en garde contre la fraude, avec assez de facilité. L'observation suivante que nous empruntons à M. Taradieu en fait foi.

OBSERVATION XI

Strangulation simulée. — Tardieu (La pendaison).

Une jeune fille, intelligente et distinguée, habitant alors Courbevoie, voulut se rendre intéressante, en se faisant passer pour la victime d'une conjuration politique dont elle prétendait avoir surpris le secret. Un soir elle fut trouvée dans le plus grand trouble et l'état en apparence le plus alarmant, à la porte de son appartement. Elle ne parlait plus, mais indiquait par gestes et déclarait ensuite par écrit qu'elle avait été attaquée au moment où elle rentrait chez elle, par un homme qui avait cherché à l'étrangler en lui serrant le cou avec la main, en même temps qu'il lui portait en pleine poitrine deux coups de poignard. Ceux-ci n'avaient entamé, il est vrai, que les vêtements. Encore le corset n'était-il pas percé au même niveau

que la robe. Mais en ce qui touche la prétendue strangulation, elle avait eu cet effet bizarre et tout à fait nouveau de produire instantanément non pas une gêne de la parole, ou une altération de la voix, mais un mutisme complet.

Chargé d'aller constater la réalité de ces faits, qui avaient paru à bon droit suspects à un magistrat difficile à tromper, je ne trouvais aucune trace de tentative de strangulation. Sur mes injonctions, la jeune fille, devenue enfin docile, avoua de bonne grâce sa supercherie.

L'aphonie, ou même le mutisme complet est donc un des symptômes les plus fréquemment imités. Dans ce cas l'extinction absolue de la voix contraste avec l'absence ou l'insignifiance des lésions locales, et la marche de l'affection est toute différente de ce qu'elle doit être normalement. C'est l'enrouement ou l'aphonie que doit produire la strangulation et non le mutisme, phénomène volontaire, ou résultat d'une maladie nerveuse. Celui qui a échappé à une tentative de strangulation manuelle peut toujours articuler quelques sons.

Infanticide. — Pour être complet, nous ajouterons quelques mots sur l'infanticide par strangulation manuelle. Nous n'avons pas à nous étendre longuement sur cette partie, un travail récent et complet, ayant été écrit sur ce sujet. Nous ferons seulement remarquer que la strangulation par les mains est le plus fréquent procédé vis-à-vis des nouveau nés. Les ongles s'impriment avec facilité sur leur peau tendre soutenue par du tissu graisseux et sur un épiderme facile à rayer. Les coups d'ongle sont reconnus avec la plus grande évidence, ainsi que la

trace des deux mains, dont l'une a soutenu le corps en arrière, pendant que l'autre s'imprimait sur le larynx. Il faut peu de force pour étrangler un enfant et les traces sont souvent insignifiantes; la face, en effet, n'offre pas les altérations que l'on remarque chez les adultes, mais, en revanche, les lésions internes sont plus prononcées. Ajoutons que la suffocation est souvent réunie à la strangulation, ce qui complique le diagnostic.

OBSERVATION XII

Strangulation et suffocation combinées (sur un enfant). Dr Laroche.
Annales d'hygiène et de médecine légale. Année 1882.

En 1880, le nommé Cr..., et sa servante la fille A..., demeurant dans la Dordogne, étaient soupçonnés d'avoir fait mourir un enfant nouveau-né. Cr..., reconnu atteint de folie, est dirigé sur une maison de santé, où il ne tarde pas à succomber. La fille A..., avoue le crime, mais en fait porter tout le poids sur son complice, qui vient de mourir.

L'enfant soumis à l'examen.....

L'état du nez mérite de fixer notre attention. Sa partie osseuse n'offre aucune altération, mais la partie cartilagineuse et musculaire est littéralement aplatie sur la joue gauche qui, elle-même, est plus déprimée que la joue droite. L'orifice des narines est complètement fermé, tellement la pression qui l'a déprimé a été forte. Les lèvres sont bleuâtres, comme dans l'asphyxie.

Au-dessus de la commissure labiale gauche, se dessine une plaie ayant la forme d'un croissant, regardant en bas, et un peu en dedans. Elle intéresse le derme, surtout à sa partie moyenne et externe. Elle offre un pourtour de 1/2 à 2 centimètres. Cette lésion résulte de l'empreinte de l'ongle du pouce d'un adulte.

Au niveau de la région du cou, embrassant toute la partie

latérale droite, remontant derrière l'angle de la mâchoire inférieure, se dessine une empreinte nette, tranchant, par sa coloration brun-rougeâtre, avec la teinte blanc des téguments voisins. Par sa forme, par ses dimensions, cette empreinte se présente comme dessinée au crayon et a la forme et les dimensions du pouce d'un adulte. On en perd la trace au niveau de la trachée et du larynx, pour retrouver une teinte ecchymotique inégale, tout le long de la région latérale gauche du cou.

Procédant à la dissection de la région du cou, je constate, dans le tissu cellulaire et les muscles de la région droite, une extravasation sanguine considérable, qui pénètre dans l'intervalle de la trachée, de l'œsophage et de la colonne vertébrale. A la région latérale gauche du cou, le sang est aussi sorti en grande abondance des vaisseaux ; il existe une corrélation parfaite entre les lésions de la peau, et celle que je constate sur une plus grande étendue au-dessous de la peau. Une compression de la plus grande énergie a pu seule les déterminer.

Les organes thoraciques, mis à nu, montrent qu'il n'y a aucun épanchement dans la cavité pleurale, mais permettent de constater, sur un grand nombre de points, des ecchymoses, les uns de la grosseur d'un poids, les autres d'un diamètre inférieur.

A l'ouverture de la boîte crânienne, on trouve les lésions suivantes : Larges suffusions sanguines situées entre les méninges et les circonvolutions cérébrales à droite et à gauche. De la constatation de ces faits le Dr Laroche conclut :

La mort a été déterminée par *suffocation et strangulation*. Les traces de la suffocation sont : l'aplatissement du nez et de la joue gauche, la plaie circulaire déterminée par l'empreinte de l'ongle au-dessus de la commissure labiale gauche, les ecchymoses sous-pleurales, les deux épanchements sanguins, constatés sur la voûte du crâne, dans le tissu cellulaire séparant le cuir chevelu du périoste ; dans les vastes suffusions sanguines constatées entre les méninges et le cerveau.

Les signes laissés par la strangulation sont :

Pour que l'ongle du pouce du meurtrier ait laissé une trace aussi nette et aussi profonde au-dessus de la commissure labiale gauche, il fallait que la phalange supportant l'ongle fût

fléchie à angle droit ; de cette façon c'est avec la paume de la main que le meurtrier a aplati le nez de sa victime.

Le nez était aplati, comme collé sur la joue gauche, cette lésion a été déterminée par un violent effort de droite à gauche. Donc le meurtrier, au moment de son crime, était à droite de sa victime.

La plaie en forme de croissant signalée au-dessus de la commissure labiale gauche a été produite par l'ongle de la « main gauche » du meurtrier. La paume de cette même main était appliquée à l'entrée des voies respiratoires. En même temps le meurtrier, de sa main droite, dont le pouce est dessiné comme au crayon à la région du cou, comprimait avec la plus grande violence le larynx et la trachée. La gravité et l'étendue des lésions démontrent que la main qui les a déterminées était douée d'une force extraordinaire.

Ces pressions ont eu lieu peu de temps après la délivrance, car le cordon de l'enfant, n'ayant pas été ligaturé, cet enfant aurait dû mourir d'hémorragie, or le cœur et les gros vaisseaux étaient gorgés de sang.

Après les fatigues et les douleurs d'un accouchement, même naturel, après la délivrance, la main d'une femme est impuissante à produire, dans ce temps aussi court, des désordres aussi multiples et profonds. Un homme vigoureux le peut seul.

OBSERVATION XIII (résumée).

(Due à l'obligeance de M. le professeur Lacassagne).

La fille F... (mars 1894) prétend avoir accouché debout ; l'enfant serait tombé à plat ventre et se serait ainsi étouffé. — Enfant mâle de 2 k. 700. — Yeux violacés, conjonctives noirâtres, lèvres desséchées, mais rien au nez. — Vers la partie moyenne du cou, deux raies rougeâtres de 2 cent. de longueur. — En arrière et à droite, sur le trapèze au-dessous de l'oreille, deux excoriations en croissant de 5 mm. Ecchymoses très nettes dans les muscles hyoïdiens et au devant du corps thyroïde. — Ecume blanche et fine sort à la pression de la poitrine, par l'orifice de la narine gauche.

Taches de Tardieu sur les coronaires. Dans le cœur, sang

liquide d'aspect asphyxique, surtout dans le ventricule droit. Les poumons surnagent dans l'eau ; à la pression, la mousse sort en abondance.

Ecchymose épiceranienne en arrière de la bosse pariétale droite.

Conclusions : Enfant né à terme et viable ; a succombé à deux causes de mort distinctes : strangulation et suffocation. — La première, criminelle : a pu suffire à déterminer la mort ; la seconde peut être discutée si l'enquête admet les dires de l'accusée, car, en ce cas, la suffocation serait accidentelle.

Inutile de revenir sur l'excuse que la mère allègue souvent d'avoir aidé son enfant à venir au monde. Tardieu a bien prouvé que les lésions sont, en ce cas, bien différentes, en direction tout au moins. Nous en avons suffisamment parlé, à propos des empreintes digitales, pour n'y pas revenir ici. On ne contestera pas les signes de la strangulation manuelle chez un enfant qui a respiré. Cependant nous signalerons une cause d'erreur qu'il suffira de connaître pour l'éviter facilement. Le nouveau-né peut, comme l'enfant plus âgé, mourir subitement ; une des causes les plus fréquentes, en dehors de toute lésion organique, ou de constitution incomplète est l'accès d'*asthme thymique*, particulièrement étudié par Kopp, accident qui rappelle d'ailleurs, par plusieurs côtés, les accès d'ictus laryngé, enlevant un sujet sans motif bien déterminé.

§ 3.

DE L'IDENTITÉ DU MEURTRIER.

Est-il possible de répondre d'une façon indiscutable sur la question d'identité du meurtrier ? Malgré

les recherches les plus consciencieuses, les renseignements multiples que les progrès de la science et de la médecine légale peuvent nous procurer aujourd'hui, nous ne croyons pas qu'on puisse donner de réponse nettement affirmative; les vraisemblances seules peuvent être admises. Si cette question peut avoir quelque utilité, c'est avant tout et surtout dans la strangulation manuelle, car, le plus souvent, le meurtrier laisse des traces sur son passage. « De plus, ainsi que le dit si bien Tourdes, l'application d'un lien autour du cou exige plus d'adresse que de force et peut se faire par surprise, de telle sorte qu'en ce cas il serait impossible de se prononcer sur le nombre et la vigueur relative des assassins. » Au contraire, en effet, d'après les empreintes retrouvées sur le cadavre, il est possible au médecin expert d'apprécier la force apportée par le meurtrier et la résistance déployée par la victime. Le cadre est restreint des hypothèses que l'on peut faire; d'autant plus qu'il faut en éliminer l'infanticide où la résistance est nulle et la violence criminelle le plus souvent insignifiante; il en sera de même, si la victime est un vieillard ou un débilité quelconque.

Restreignons-nous donc aux cas où le sujet attaqué a pu résister; les traces de la lutte et, bien plus encore, la strangulation incomplète ne seront pas en faveur d'un meurtrier robuste et décidé, à moins qu'il ne porte sur lui-mêmes des traces accusatrices. Une exception est à faire cependant dans des conditions particulières et rares, par exemple pour un

homme qui se livre à la pédérastie et tient ainsi la vie de son complice entre ses mains. Il y a-t-il plusieurs meurtriers? Si vraisemblable que soit cette hypothèse, il est bien extraordinaire qu'elle se réalise. Le plus souvent, la strangulation manuelle étant un procédé de meurtre facile, rapide et nécessitant peu de force, le criminel ne cherche pas des assesseurs qui pourront le compromettre ou le vendre. L'intensité de certaines lésions, telles que les fractures du larynx et du rachis, quelque soit la violence nécessaire pour les déterminer, n'est pas une indication de complicité. Une seule main habile, prompte, vigoureuse, déterminera avec facilité une strangulation complète. Quoiqu'il en soit, l'irrégularité, la multiplicité des lésions, la strangulation incomplète concordent plutôt avec l'hypothèse d'un seul meurtrier.

Nous n'avons donc affaire qu'à un seul accusé; un élément des plus importants entre en ligne pour aider l'expert dans ses recherches; les professions, dans leur diversité laissent, dans l'immense majorité des cas, des lésions ou des traces sur celui qui les exerce. Nous avons insisté plus haut sur les empreintes variables avec les individus, nous n'y reviendrons pas. Cependant, en ce qui concerne les souillures observées sur le cou, pulvérulentes ou colorées, il ne faut pas être trop affirmatif, car leur absence ne prouve rien. Tardieu, qui en a fait l'observation chez un forgeron, pense, à ce sujet, que l'incrustation métallique dans les mains dudit ouvrier, véritable tatouage, peut ne pas se communiquer par le simple

contact. Mais l'objection n'a plus sa valeur, en ce qui concerne les meuniers, boulangers, maçons, broyeurs de céruse, ou encore les bouchers, charcutiers, peintres, etc. En tous cas, le moyen le plus sûr est de recueillir quelques parcelles de ces matières et de les examiner à la loupe ou à l'aide de quelque réactif. Un homme du métier est, le plus souvent, nécessaire, pour répondre convenablement à ces questions.

Avant de clore cet important chapitre, signalons; avec Tourdes, les modifications que peut faire subir le *putréfaction* aux signes découverts sur le cadavre. Comme dans toutes les asphyxies, en effet, sa marche est rapide et débute par les parties supérieures du corps, dans le décubitus surtout.

Elle peut produire les lésions que l'on serait tenté d'attribuer à la strangulation et qui, par suite, perdent une partie de leur valeur. Cependant Tardieu signale la persistance tenace des ecchymoses sous-pleurales et péricardiques. Il est bien évident que certaines lésions, comme les ruptures musculaires et les fractures osseuses et cartilagineuses, ne disparaissent qu'à la longue. Mais nous faisons surtout porter l'attention sur les empreintes digitales et les ecchymoses, signes, pour ainsi dire, pathognomoniques de ce genre de mort violente, et ce sont elles, en effet, qui, sous l'influence de la décomposition cadavérique, se modifient le plus vite et le plus profondément.

CONCLUSIONS

Nous sommes arrivés au terme de l'étude que nous avons entreprise; essayons, avant de conclure, de condenser en un court résumé les notions acquises, qui ont fait le fond de ce travail, essayant d'être à la fois aussi brefs que complet. Nous nous sommes inspirés, en écrivant ces pages, des auteurs de renom à qui la médecine légale est redevable de son importance actuelle, désormais incontestée et surtout des judicieuses leçons de notre maître M. Laccassagne, dont nous avons adopté sans réserves les idées et les renseignements.

Avec lui, nous reconnaissons l'utilité, la nécessité même d'une définition aussi exacte que concise; nous essaierons de la donner telle, afin d'être logique avec nous-mêmes. On peut, d'après nous, considérer la strangulation comme: Un genre de mort violente, criminelle ou accidentelle, opérée soit avec la main, soit avec un lien quelconque et

caractérisée par la compression plus ou moins puissante du larynx et des vaisseaux ou nerfs du cou, amenant consécutivement avec une rapidité variable, la mort par asphyxie, apoplexie ou syncope.

La mort, en effet, peut survenir par divers mécanismes suivant que le poumon, le cerveau, le cœur sont intéressés ensemble ou séparément.

1° Du côté du *poumon*, l'asphyxie, soit par simple entrave à la pénétration de l'air dans les voies respiratoires, soit encore par les complications qui résultent des lésions de l'appareil vocal, fractures ou luxations.

2° Du côté du *cerveau*, la congestion ou l'anémie cérébrale (celle-ci prédominante dans la strangulation manuelle) et la compression de la moelle et du bulbe, à la suite des lésions du rachis.

3° Du côté du *cœur*, la rupture de l'organe, le plus souvent si celui-ci est atteint d'une altération pathologique quelconque; la compression des nerfs vagues cause de troubles fonctionnels subits et intenses, enfin l'ictus laryngé, consécutif à un choc violent de la dite région et caractérisé par la rapidité foudroyante de la mort, sans lésion matérielle apparente.

Quant aux effets immédiats de ces violences, ils varient suivant que le résultat cherché est complet ou insuffisant pour amener la mort rapide. Dans le premier cas, on peut les ranger en trois groupes répondant à un même nombre de périodes.

a) Période de résistance et suffocation incomplète.

b) Perte de connaissances et convulsions.

c) Asphyxie avec anesthésie complète, une pression rapide, absolue pouvant, du reste, supprimer la première période et produire directement la perte de connaissance et l'asphyxie sans convulsions. Dans le second cas, la congestion de la face et des troubles fonctionnels variables prédominent.

Les signes de la mort par strangulation manuelle. La face peut être aussi bien pâle et anémiée que congestionnée, suivant le degré de compression des vaisseaux. La teinte cyanosée des lèvres et des oreilles, la tuméfaction et projection de la langue, l'hémorragie d'origine otique, le plus souvent en dehors d'une rupture d'un tympan, et surtout, d'après Tardieu, le piqueté scarlatin du visage, sont des signes de première valeur.

Du côté du cou, les empreintes digitales, les ecchymoses sous-cutanées sont rarement absentes : l'aspect des conjonctives est absolument typique, bien qu'il se rencontre dans d'autres circonstances. Nous n'insisterons pas sur les lésions vasculaires et musculaires, qui ne se rencontrent pas uniquement dans la strangulation manuelle. Les fractures de l'os hyoïde, des cartilages du larynx, des premiers anneaux de la trachée et quelquefois, chez les femmes, de l'apophyse styloïde sont de beaucoup plus fréquentes et dignes d'attention ; pour ce qui est de celles du rachis, elles sont aussi rares

que peu intéressantes ; tout au plus peut-on s'y arrêter, au point de vue de l'infanticide. Telle est, du moins, l'opinion de Tardieu.

Les lésions constatées à l'autopsie, sur les organes internes sont communes à la plupart des asphyxies : écumes sanguinolentes des voies aériennes, congestion des poumons, ecchymoses sous-pleurales, noyaux apoplectiques et emphysème d'une part. Piqueté scarlatin de l'estomac, anémie et atrophie de la rate, congestion ou anémie du foie et du cerveau, d'autre part, les organes génitaux ne nous arrêtant pas.

Nous avons suffisamment discuté les questions qui intéressent la partie purement légale et judiciaire de cette question pour éviter d'en faire un résumé forcément insuffisant. Répétons seulement que l'homicide est de beaucoup la règle, le suicide étant sinon impossible, du moins aussi rare que discutable, malgré de nombreuses tentatives. Il en est de même des causes accidentelles ; la simulation, d'autre part, est assez fréquente, mais ne résiste pas à un examen attentif. Enfin les signes extérieurs, constatés sur la victime, permettent d'établir, le plus souvent sans difficulté, l'identité du meurtrier, toutes réserves faites, bien entendu.

Nous avons dit, notre tâche est finie. Nous avons compté sur l'indulgence du lecteur pour excuser les faiblesses de notre coup d'essai, nous n'avons jamais osé croire qu'il pût être un coup de maître.

En faisant de cette monographie notre thèse inaugurale, notre désir, avant toute chose, était de nous instruire; si nous avons pu rendre concurremment quelque service à la science, nous en serons les premiers satisfaits.

Pour le Doyen :

L'Assesseur,

R. LÉPINE.

VU : BON A IMPRIMER,

Le Président de Thèse,

A. LACASSAGNE.

Pour le Recteur et par Délégation,

Le Doyen de la Faculté des Sciences,

J. RAULIN.





TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	5
CHAPITRE I. — Historique. — Définition. — Utilité de l'étude entreprise. — Divisions du travail	9
CHAPITRE II. — Des causes de la mort par strangulation manuelle et des effets immédiats ou consécutifs observés dans ce genre d'asphyxie	16
CHAPITRE III. — Des signes de la mort par strangulation manuelle; leur appréciation et leur valeur médico-légale.....	43
CHAPITRE IV. — La strangulation manuelle au point de vue médico-légal. — Expertises judiciaires	79
CONCLUSIONS.....	102



TABELE DER VERFAHREN

1. Verfahren zur Bestimmung des Wassergehaltes
2. Verfahren zur Bestimmung des Feuchtigkeitsgehaltes
3. Verfahren zur Bestimmung des Trockenschlammgehaltes
4. Verfahren zur Bestimmung des organischen Kohlenstoffgehaltes
5. Verfahren zur Bestimmung des Stickstoffgehaltes
6. Verfahren zur Bestimmung des Phosphorgehaltes
7. Verfahren zur Bestimmung des Schwefelgehaltes
8. Verfahren zur Bestimmung des Sauerstoffgehaltes
9. Verfahren zur Bestimmung des Stickstoff- und Phosphorgehaltes
10. Verfahren zur Bestimmung des Stickstoff- und Phosphorgehaltes



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Annales d'hygiène et de Médecine légale.

1830. — REMER. — *Matériaux pour l'examen médico-légal de la mort par strangulation.*
1832. — FLEICHMAN. — *Des différents genres de mort par strangulation.*
1839. — TARDIEU. — *Etude médico-légale de la strangulation.*
- DECHAMBRE. — *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.* — Art. Strangulation (Tourdres).
- BRIAUD et CHAUDÉ. — *Traité de Médecine légale.*
- DEVERGIE et ORFILA. *id.*
- CASPER. *id.*
- HOFFMANN. *id.*
- TAYLOR. *id.*
- LEGRAND DU SAULE. *id.*
- LACASSAGNE. — *Précis de Médecine judiciaire.*
- VIBERT. — *Précis de Médecine légale.*

Archives d'Anthropologie criminelle.

- FRÉCON. — *Des empreintes en Médecine légale.* (Thèse de Lyon, 1889).

COLOMB. — *Le glycogène au point de vue médico-légal.* (Thèse de Lyon, 1894).

MINOVICI, — *Mort subite par coup sur le larynx et l'abdomen.* (Thèse de Paris, 1888).

THOMAS. — *Etude des lésions du cou dans la pendaison.* (Thèse de Paris, 1886).

MASCHKA (de Vienne). — *Viertel Jahrschrift für Gericht. —* *Medecine,* 1881.

