

chez les adultes l'invagination de l'intestin se produit quelquefois pendant l'agonie qui termine une maladie quelconque. On reconnaît facilement que la mort n'a pas été produite par cette cause; le bout supérieur de l'intestin n'est pas distendu par des gaz; au niveau de l'invagination, la tunique séreuse a un aspect tout à fait identique à celui qu'elle présente sur d'autres points; enfin, il n'existait aucun symptôme d'étranglement pendant la vie.

L'obstruction intestinale par accumulation énorme de matières fécales peut entraîner une mort très rapide. Le professeur Brouardel en cite deux exemples.

Dans un cas concernant un jeune médecin mort en quelques heures, la seule lésion que nous avons trouvée à l'autopsie a été un rétrécissement tubulaire d'une notable portion du gros intestin sans obstruction. Peut-être s'était-il produit chez ce jeune homme une auto-intoxication très rapide, comme on en observe parfois<sup>1</sup> chez des individus atteints de *dyspepsie ancienne* avec ou sans dilatation de l'estomac. Ces auto-intoxications se manifestent soit par des symptômes cholériformes, soit par du coma et de la dyspnée.

Tardieu<sup>2</sup> cite des cas où la mort serait survenue très rapidement à la suite d'entérite ou de *gastro-entérite*, sans qu'on ait pu trouver de poison dans les viscères. Il est permis de supposer qu'il s'agissait dans ces cas d'empoisonnement alimentaire ou autre, et que l'analyse chimique a été impuissante à retrouver la substance toxique. — Dans quatre autres observations, l'analyse chimique ne donna également que des résultats négatifs, et la mort fut attribuée à une indigestion.

Le même auteur rapporte un cas de mort subite chez une femme qui venait d'être surprise en flagrant délit d'adultère; il s'agissait de la *rupture d'un kyste hydatique du foie*.

1. Brouardel, *Ouvrage cité*.

2. Tardieu, *Cas de mort naturelle attribuée à un empoisonnement* (*Annales d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1854, 2<sup>e</sup> série, t. II).

Le professeur Brouardel<sup>1</sup> a fait l'autopsie d'une jeune femme morte subitement pendant un accès de *coliques hépatiques*, et qui avait un calcul dans le canal cholédoque. Il a pu recueillir dans divers auteurs quelques faits analogues.

Enfin, nous-même avons été chargé de chercher les causes de la mort d'un jeune homme fortement muselé, non amaigri et paraissant très vigoureux, qu'on avait trouvé mort dans la rue quelque temps après avoir quitté un individu qu'on supposait animé de mauvaises intentions contre lui. À l'autopsie, nous trouvâmes une *péritonite tuberculeuse* dont l'évolution était très avancée; il existait aussi quelques tubercules dans les poumons. Il est vrai que dans ce cas la mort n'était pas tout à fait imprévue, car, malgré ses apparences vigoureuses, l'homme était très souffrant depuis longtemps et avait dû renoncer à son travail.

Citons encore la *rupture de la rate* hypertrophiée et friable chez certains impaludiques. Cet organe peut alors se déchirer sous l'influence d'un traumatisme léger, ou même spontanément. Un médecin de l'île Maurice, Pellereau, dans une statistique de 54 cas de mort subite, a noté 13 fois la rupture de la rate, rupture qui dans 4 cas s'était faite spontanément.

#### § VI. — Mort subite par urémie, diabète, etc.

L'urémie peut occasionner une mort subite, dans le sens médico-légal du mot, quand elle survient au cours d'une néphrite chronique assez bien supportée jusque-là, et qu'elle présente la marche dite « foudroyante » pour marquer la brusquerie du début et la rapidité de la terminaison mortelle. L'urémie foudroyante revêt habituellement la forme comateuse. — Ajoutons qu'il n'est pas très rare de voir la néphrite chronique, même parvenue à une période avancée de son évolution, rester à demi latente, du moins quand elle revêt la forme scléreuse. Les accès

1. Brouardel, *Ouvrage cité*.

de céphalalgie, de dyspnée, de vomissements qui surviennent à intervalles plus ou moins rapprochés sont pris pour de la migraine, de l'asthme, de la dyspepsie, et les individus peu soucieux de leur santé supportent ces maux sans consulter de médecin et sans guère interrompre leur travail et leurs occupations.

Les néphrites chroniques qui se terminent de cette façon sont presque toujours compliquées d'autres lésions organiques : d'artério-sclérose plus ou moins généralisée, et des cardiopathies qui ont été étudiées dans un précédent paragraphe. Dans bon nombre de cas, il est bien difficile de reconnaître si le sujet a succombé du fait de ces dernières lésions, qui sont une cause fréquente de mort subite, ou du fait de l'urémie. Nous croyons que l'examen anatomique des reins est presque toujours impuissant à fournir la preuve que ces organes sont devenus brusquement incapables de remplir leurs fonctions d'une manière suffisante. Dans quelques-uns des cas qui nous semblaient bien attribuables à l'urémie, nous avons pratiqué un examen très complet des reins, et nous n'avons pas trouvé d'altérations récentes de ces organes, sauf une seule fois où ils présentaient une congestion intense. Néanmoins, on peut conclure avec vraisemblance à l'urémie quand les lésions rénales sont beaucoup plus accentuées que les autres, quand la mort est survenue non pas immédiatement ou en quelques minutes sans phénomènes précurseurs, comme cela s'observe souvent quand il s'agit de cardiopathies, mais qu'il y a une agonie d'une certaine durée, car l'épithète de « foudroyante » appliquée à l'urémie est empreinte de quelque exagération ; enfin quand on peut relever l'influence de certaines causes occasionnelles.

Le rôle de ces causes occasionnelles paraît très net dans bon nombre de cas. Rappelons d'abord une observation bien connue du professeur Brouardel : « Une marchande de volailles, voyant qu'une belle dinde farcie allait lui rester pour compte, invite ses parents et amis à venir la manger avec elle ; toutes les personnes qui ont

mangé de cette dinde farcie ont été malades ; la farce, qui n'était plus très fraîche, contenait des alcaloïdes toxiques. La marchande seule, qui n'en avait pas mangé plus que ses invités cependant, est morte parce qu'elle avait les reins malades, insuffisants par conséquent. Elle n'a pas pu éliminer les principes toxiques qu'elle avait ingérés<sup>1</sup>. »

L'administration de certains médicaments semble avoir parfois les mêmes effets funestes. On connaît ces cas, heureusement fort rares, où le médecin voit mourir sous ses yeux un malade auquel il vient de faire une injection hypodermique de morphine, d'atropine, ou d'administrer de l'atropine ou telle autre substance très active, mais à une dose qui n'a rien d'excessif. Par une coïncidence singulière et qui mérite d'être signalée, nous avons constaté chez la plupart des individus ayant succombé de cette façon des lésions rénales plus ou moins avancées.

Mais la cause occasionnelle que nous avons notée le plus fréquemment est l'ivresse. Citons par exemple un homme qui depuis quelque temps souffrait d'accès de dyspnée et était sujet à des vomissements, mais qui cependant continuait d'exercer son métier et de vivre de la vie ordinaire ; un soir, pour fêter les fiançailles de sa fille, il se livra à des libations exagérées ; il se coucha en état d'ivresse, non pas très profonde au dire de sa femme, et le lendemain matin il fut trouvé mort dans son lit ; à l'autopsie nous avons constaté une sclérose rénale très avancée, sans autres lésions, et notamment sans la forte congestion des poumons et de l'encéphale que l'on rencontre habituellement chez les gens morts d'ivresse. — Il suffit d'ailleurs d'un léger excès d'alcool, sans qu'il y ait même un commencement d'ivresse, pour que la mort survienne en pareil cas. Nous avons connu intimement un malade chez lequel la néphrite interstitielle avait été diagnostiquée, et qui suivait depuis plusieurs mois le régime lacté absolu. A un dîner d'amis, il se laissa aller

1. Brouardel, *Ouvrage cité*, p. 246.

à boire deux ou trois verres de vin ; il se coucha en parfait état, mais quelques heures après sa femme le trouvait mort dans son lit.

Deux fois, nous avons vu l'accès d'urémie survenir à l'occasion d'un bain de vapeur : dans un de ces cas, l'homme était mort au milieu des autres baigneurs ; un autre homme au moment où il se rhabillait dans sa cabine ; tous deux étaient porteurs de lésions rénales avancées ; le second avait en outre une congestion intense des deux reins.

Dans les cas où les lésions rénales sont peu accentuées, où elles peuvent sembler douteuses en raison d'un commencement de putréfaction et où cependant on soupçonne, faute de lésions d'autres organes, qu'elles ont pu jouer un rôle dans le mécanisme de la mort, on peut avoir recours à l'analyse de l'urine pour tâcher d'éclairer le diagnostic. Mais il faut savoir que l'urine prise sur le cadavre renferme presque constamment de l'albumine ; celle-ci est en proportion minime, si la putréfaction n'est pas commencée ; elle devient d'autant plus abondante que la putréfaction augmente et que la quantité d'urine contenue dans la vessie est moindre. Cet albumine ou cette substance albuminoïde, qui se coagule par la chaleur et par l'acide azotique, provient de la décomposition et de la désagrégation des parois vésicales<sup>1</sup>.

**Diabète.** — Le *coma diabétique* ne donne pas souvent lieu, croyons-nous, à des autopsies judiciaires, sans doute parce que la mort n'est pas tellement rapide qu'un médecin n'ait pas le temps d'intervenir, et que le diagnostic est assez facile pendant la vie, grâce à l'analyse de l'urine. — Après la mort, cette analyse et celle du sang ne donnent pas toujours de résultats certains, quand la putréfaction est quelque peu avancée.

1. Voir sur ce point un mémoire de Vibert et Ogier : De la présence de l'albumine dans l'urine des cadavres, lu à la Société de méd. lég., séance du 11 mai 1885. *Annales d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 3<sup>e</sup> série, t. XIV.

Le *coma dyspeptique*, d'ailleurs fort rare, ne survient guère que lorsque la dyspepsie dure depuis fort longtemps et s'accompagne de dilatation et de catarrhe gastriques. On trouve là des éléments, sinon de certitude, du moins de probabilité, pour le diagnostic.

#### § VII. — Mort subite par lésions de l'appareil génital de la femme.

La **grossesse extra-utérine** doit être signalée en premier lieu. Il s'agit presque toujours d'une grossesse tubaire. La trompe distendue se déchire, ordinairement au 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> mois, parfois dès la 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> semaine ; cette rupture s'accompagne d'une hémorragie extrêmement abondante, parce que les parois de la trompe sont alors garnies de vaisseaux nombreux et volumineux. Cette hémorragie entraîne la mort presque immédiatement ou au bout de quelques heures.

A l'autopsie, la présence de l'œuf et de l'embryon montre avec évidence qu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine. Cependant il arrive parfois que l'œuf a subi la dissolution, que l'embryon n'existe plus. Dans deux des six cas de mort subite de ce genre que nous avons observés, il en était ainsi ; une fois l'œuf contenait un fragment de cordon ombilical, une autre fois il ne renfermait que du liquide. Quand l'œuf est en même temps de petit volume, il pourrait alors échapper, au milieu des caillots qui l'enveloppent, à un examen peu attentif ; toutefois l'épaississement des parois de la trompe, leur grande vascularisation suffisent à mettre sur la voie du diagnostic. Ce diagnostic offre, dans certains cas, une réelle importance au point de vue médico-légal, parce qu'il permet d'écarter l'hypothèse d'un traumatisme (coup de pied sur l'abdomen) ayant occasionné la rupture de la trompe. Rappelons que la grossesse tubaire se termine presque toujours par la mort de la mère, occasionnée dans la moitié des cas environ par une hémorragie interne résultant de la déchirure de la trompe.

L'hémorragie ovarienne capable d'entraîner la mort

subite ou très rapide est d'une extrême rareté. Nous en avons observé un seul cas, chez une femme de 28 ans, nullipare, mariée depuis six mois. Elle était habituellement bien menstruée, mais n'avait pas eu ses règles depuis six semaines. Deux jours avant sa mort elle s'est plainte de douleurs au creux épigastrique, est devenue très faible et de plus en plus pâle. Nous avons trouvé dans l'ovaire droit une cavité kystique aplatie, ayant environ le diamètre d'une pièce de un franc, et remplie par un caillot qui se continuait, à travers une déchirure du kyste, dans la cavité péritonéale, laquelle renfermait plus de trois litres de sang. Peut-être s'agissait-il ici d'une grossesse ovarique.

**La rupture des veines vulvo-vaginales** devenues variqueuses pendant la grossesse est signalée par le professeur Brouardel<sup>1</sup>, qui fait remarquer que le point de rupture peut être impossible à retrouver après la mort ; mais la coexistence des signes d'une grande hémorragie externe et des varices volumineuses rend le diagnostic plus facile. Nous n'avons jamais observé de ces cas de rupture ; mais nous avons vu plusieurs fois des varices énormes de la vulve et du vagin chez les femmes enceintes, et notamment chez deux très jeunes filles (moins de 13 ans).

**La rupture spontanée de l'utérus** au cours de la grossesse peut aussi entraîner la mort subite. Il sera parlé de cette lésion dans le chapitre de l'avortement.

#### § VIII. — Mort subite par inhibition.

**Inhibition traumatique.** — On peut rattacher à l'histoire de la mort subite les cas où un individu succombe quelques secondes ou quelques minutes après avoir subi un traumatisme qui n'a occasionné que des lésions matérielles insignifiantes ou nulles.

Les deux exemples suivants vont montrer comment les choses se passent en pareil cas.

1. Brouardel. La Mort et la Mort subite. Paris, 1895.

Un jeune homme de vingt ans a une querelle dans un bal public et reçoit un coup de pied dans le ventre ; les nombreux témoins qui assistaient à la scène déclarent tous qu'il n'y a eu que cet unique coup de porté. Le jeune homme s'affaisse immédiatement, perd connaissance et meurt en quelques minutes sans convulsions. A l'autopsie, nous trouvâmes seulement deux petites ecchymoses sur la séreuse intestinale ; tous les organes étaient sains. L'individu était en pleine digestion, les chylifères de l'intestin étaient gorgés et très apparents.

Une jeune femme bien constituée, vigoureuse, en excellente santé, enceinte d'environ quatre mois, se confie à une matrone pour se faire avorter. Elle se couche sur un lit, l'opératrice lui introduit une canule dans le col de la matrice, et au moment où elle allait faire passer une injection à travers cette canule, la patiente se plaint d'éprouver un grand malaise, demande qu'on cesse, perd connaissance et meurt en quelques minutes. A l'autopsie, nous trouvons tous les organes sains ; l'utérus ne présentait pas la moindre lésion ; les membranes de l'œuf étaient intactes.

Il y a des régions ou des organes qui paraissent tout spécialement disposés pour le développement de ces phénomènes d'inhibition traumatique. Ce sont le larynx, l'abdomen et l'utérus.

Pour le larynx, le fait a été bien établi par des études expérimentales et par l'observation clinique et médico-legale (voir le chapitre *Strangulation*). — L'inhibition mortelle à la suite de coups de pied sur l'abdomen est peut-être plus rare ; nous en avons observé cependant trois cas, en tout semblables à celui qui vient d'être mentionné plus haut. — En ce qui concerne l'utérus, il est certain qu'une excitation même légère et *non douloureuse* du col peut amener la mort subite. On trouve dans les traités d'obstétrique et de gynécologie quelques cas où la mort a été occasionnée par des douches vaginales faites avec un jet un peu énergique. Outre la femme dont il a été parlé plus haut, nous en avons au-

topsié deux autres dans des conditions analogues. L'une d'elles avait été trouvée morte dans sa chambre, un injecteur vaginal placé entre ses jambes; cette femme était enceinte de quelques mois; tous ses organes étaient sains, y compris l'utérus.

Les traumatismes que nous venons d'indiquer ne produisent des phénomènes d'inhibition mortelle ou grave que dans des cas en somme fort exceptionnels. Dans un mémoire présenté à la Société de médecine légale<sup>1</sup>, nous avons cherché à déterminer quelles étaient les conditions individuelles qui favorisaient le développement de l'inhibition. De l'étude et de la comparaison de plusieurs cas, il nous a paru résulter qu'on ne pouvait guère invoquer ici ni la douleur, ni l'intensité du traumatisme, ni un état de susceptibilité spéciale et permanente du système nerveux, mais des conditions physiologiques transitoires, variables d'un moment à l'autre, si bien que, par exemple, sur une même manœuvre abortive exercée deux jours de suite sur une même femme restera inoffensive, tandis que le troisième jour elle occasionnera une inhibition grave, pour redevenir inoffensive les jours suivants. Parmi ces conditions transitoires, nous croyons pouvoir signaler surtout la période digestive. En effet, sur trois des hommes qui ont succombé après avoir reçu un coup de pied dans le ventre, deux étaient en pleine digestion d'un repas copieux, et il en était de même pour une femme morte pendant qu'elle subissait des manœuvres abortives.

**Autres formes d'inhibition.** — Il y a encore un certain nombre de morts subites survenant dans des circonstances tout à fait imprévues, sous l'action de causes très minimes, et qui, sans doute, se produisent également par inhibition<sup>2</sup>, c'est-à-dire par un arrêt des fonctions ner-

1. Séance de novembre 1892. Mémoire publié in *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1893.

2. La théorie de l'inhibition, telle qu'elle a été édifée récemment par les physiologistes et surtout par Brown-Sequard, a confirmé et précisé une notion que possédaient déjà les cliniciens et les médecins-légistes, à

veuses provoqué par une simple excitation. Mais ici, cette excitation n'est pas toujours un traumatisme, ou bien l'arrêt nerveux se fait tardivement et plus ou moins graduellement.

Il s'agit par exemple de mort subite attribuable uniquement à un polype du larynx, incapable d'occasionner, soit par son volume, soit par son siège, un obstacle important au passage de l'air. On a vu aussi la mort subite se produire pendant ou peu après une minime opération chirurgicale pratiquée sur le voile du palais, le pharynx ou les fosses nasales. Nous avons connu un enfant d'une douzaine d'années qui est mort subitement une heure

savoir que le système nerveux, alors même qu'il n'a subi aucune altération anatomique ou nutritive, peut, par le fait seul qu'il reçoit une certaine impression (à sa périphérie ou dans l'un de ses centres), cesser brusquement de remplir ses fonctions, même celles qui sont le plus immédiatement nécessaires à la vie de l'organisme.

Le type expérimental de l'inhibition complète, totale et instantanée, c'est la mort de l'animal dont on pique la partie du bulbe rachidien que Flourens désignait sous le nom de *nœud vital*. Si, par cette manœuvre, on ne faisait que détruire un centre respiratoire, l'animal mourrait asphyxié, c'est-à-dire qu'il aurait une agonie de quelques minutes, accompagnée de convulsions, avec du sang noir partout. Or, il succombe presque instantanément, sans agitation, et le sang est resté rouge, parfois jusque dans les veines. C'est que, d'après Brown-Sequard, de toutes les parties du système nerveux le bulbe est celle dont l'excitation produit les inhibitions les plus nombreuses et les plus intenses: de la respiration, de toutes les actions cérébrales, des échanges entre les tissus et le sang, etc.

Chez l'homme, il y a aussi un type qu'on peut appeler expérimental de la mort par inhibition: c'est la décapitation. Comme l'a démontré Loye<sup>1</sup>, l'excitation de la moelle épinière que produit le passage du glaive amène l'arrêt immédiat et définitif de toutes les activités intellectuelles, de la respiration, des mouvements réflexes du tronc; seuls, les battements du cœur persistent un certain temps.

Il est probable qu'un grand nombre des morts rapides et imprévues et la plupart des morts absolument subites se produisent par le mécanisme de l'inhibition. Nous avons indiqué déjà son rôle dans beaucoup de cas de mort par submersion, par strangulation; on serait sans doute obligé de la faire intervenir dans beaucoup d'autres cas, si l'on voulait analyser le mécanisme de la mort.

1. Paul Loye, La mort par décapitation, thèse de Paris, 1888.

après qu'on lui avait cautérisé des granulations pharyngées. Le père de cet enfant était mort dans des conditions assez analogues; attaqué par des guêpes, il avait eu seulement trois ou quatre piqûres; presque aussitôt il avait été pris de syncopes répétées, avait eu grand'peine à regagner son domicile et avait succombé bientôt.

Nous avons fait l'autopsie d'une petite fille de 18 mois, saine et vigoureuse, qui, un soir, reçut à la tête une assiette lancée par son père. Il en résulta une simple contusion des paupières, sans plaie ni écorchures, et sans aucune lésion du globe de l'œil. L'enfant, après avoir beaucoup crié, s'endormit à son heure habituelle; à partir de minuit, elle resta éveillée, pleurant et gémissant, prit un peu de nourriture le matin, et mourut dans l'après-midi, environ 20 heures après avoir été frappée. — A moins d'admettre une infection qui paraît peu vraisemblable, il est difficile d'expliquer cette mort autrement que par un arrêt des fonctions du système nerveux.

Un autre enfant, de 2 ans  $1/2$ , but à une bouteille contenant une solution d'acide phénique. Le liquide cautérisa la muqueuse de presque toute la bouche et de la partie supérieure de l'œsophage, mais ne pénétra pas dans l'estomac ni dans le larynx. L'enfant mourut au bout de 12 heures, après avoir eu de l'agitation, puis une sorte de collapsus. Il est difficile de croire que la substance toxique ait été absorbée en quantité suffisante pour occasionner un empoisonnement mortel.

Dans certains cas d'empoisonnement, l'inhibition joue encore le principal rôle. Il en était ainsi par exemple chez un homme qui, après avoir pris 0,15 centigr. de santonine, éprouva bientôt des douleurs de ventre, eut des syncopes répétées, et mourut au bout de quelques heures. On trouva à l'autopsie tous les organes dans un état d'intégrité complète.

Peut-être enfin une inhibition mortelle peut-elle être produite par une émotion violente. Cependant nous ne connaissons pas de cas démontrant nettement qu'une émotion puisse, par elle seule, occasionner la mort chez

un individu dont les divers organes, notamment le cœur, sont sains.

§ IX. — Mort subite dont la cause ne peut être reconnue.

Il est des cas où malgré l'examen le plus attentif et le plus minutieux de tous les organes, on ne trouve aucune explication anatomique des causes de la mort. Cela arrive non seulement quand le corps a subi un degré plus ou moins avancé de putréfaction, qui a pour effet de masquer certaines lésions, mais quelquefois aussi quand le cadavre n'est nullement décomposé. En même temps les circonstances du fait peuvent ne fournir aucun éclaircissement, soit que des renseignements précis fassent défaut sur ce qui s'est passé dans les derniers temps de la vie, soit que l'individu ait succombé sans avoir présenté de symptômes dont l'interprétation mette sur la voie de la vérité. — Nous pourrions citer beaucoup d'exemples concernant des adultes et des enfants où ni l'autopsie faite par les médecins les plus compétents et complétée par l'examen histologique, ni l'enquête sur les troubles de la santé ayant pu se manifester pendant la vie, ni l'analyse chimique n'ont réussi à expliquer la mort.

En pareilles circonstances, l'expert doit se garder d'attribuer trop de valeur à des lésions peu prononcées et peu significatives et de chercher à trouver quand même une cause de mort. Il est de son devoir strict, ainsi que de l'intérêt réel de sa réputation, d'avouer son impuissance et de déclarer formellement que l'autopsie n'a pas révélé de lésions ou de traces de maladie capables d'expliquer la mort.

Il faut toujours penser aussi à la possibilité d'une intoxication, car certains poisons peuvent tuer sans laisser sur les divers organes de traces matérielles de leur action. Il est bon d'appeler l'attention de la justice sur ce point et de réclamer une analyse chimique chaque fois que les circonstances dans lesquelles s'est produite la mort laissent place à un soupçon d'empoisonnement. — Les intoxications aiguës par l'alcool et par l'oxyde de

carbone, qui sont une cause assez fréquente de mort en apparence subite, font l'objet de deux paragraphes du chapitre suivant.

## CHAPITRE QUATRIÈME.

### EMPOISONNEMENT <sup>1</sup>.

Il s'en faut de beaucoup que tous les empoisonnements laissent sur le cadavre des traces caractéristiques; un très grand nombre de substances toxiques d'origine végétale tuent sans produire de lésions appréciables des divers organes, ou en occasionnant seulement des altérations d'une signification peu précise, telle que la congestion cérébrale ou pulmonaire, les signes de l'asphyxie, etc. C'est pourquoi, en matière d'empoisonnement, les constatations anatomiques ne constituent qu'une des parties de l'expertise; elles doivent être complétées par l'analyse chimique des viscères, et par l'examen et la discussion des symptômes qu'a présentés la victime dans les derniers temps de la vie. Ce dernier élément est toujours important; il acquiert souvent une valeur prépondérante et décisive; aussi faut-il s'efforcer d'obtenir des renseignements aussi détaillés et aussi complets que possible sur les phénomènes qui ont précédé la mort, et demander

1. L'histoire des empoisonnements, pour être traitée d'une façon complète et réellement utile, réclame de longs développements que ne comporte pas ce Précis. Nous nous bornons ici à indiquer d'une façon générale la marche à suivre par le médecin dans une expertise relative à un empoisonnement, renvoyant aux traités spéciaux de toxicologie pour tout ce qui concerne la symptomatologie et l'analyse chimique (Voir notamment le *Précis de toxicologie* de Chapuis, 2<sup>e</sup> édition, Paris, 1889). Toutefois nous ferons une exception pour les intoxications aiguës par l'alcool et par l'oxyde de carbone, parce qu'elles sont très fréquentes et qu'elles sont entièrement du domaine médical.

aux magistrats l'autorisation d'interroger spécialement les témoins sur ce point.

#### § I. — Signes de l'empoisonnement qui peuvent être constatés à l'autopsie.

Lorsque la substance toxique a déterminé des lésions organiques, en général ces lésions occupent surtout le tube digestif, et c'est là qu'elles doivent tout d'abord être recherchées. On examine la langue, les parois de la bouche et du pharynx: certaines substances corrosives déterminent par leur simple passage sur ces parties une destruction plus ou moins complète de la muqueuse ou laissent d'autres marques de leur contact. Ces organes peuvent au contraire conserver leur intégrité après l'ingestion de substances irritantes, qui agissent cependant sur les parois de l'estomac avec lesquelles elles restent plus longtemps en contact. Les lésions de l'estomac consistent en l'injection vasculaire de la muqueuse, en hémorragies intra ou sous-muqueuses, en l'effusion d'une certaine quantité de sang mélangé au contenu stomacal, en érosions ou ulcérations, en escarres plus ou moins profondes, plus rarement en perforation de l'organe. Les lésions de l'intestin sont de même nature, mais souvent moins accentuées, parce que la substance toxique séjourne plus longtemps dans l'estomac, et qu'à mesure qu'elle chemine dans l'intestin, elle se trouve diluée par les liquides qu'elle rencontre.

Le contenu du tube digestif doit être examiné avec soin. Un renseignement très important est quelquefois fourni par l'odeur; il en est ainsi de l'empoisonnement par le cyanure de potassium ou l'acide cyanhydrique (odeur analogue à celle des amandes amères), par le chloroforme, le phosphore, le laudanum, etc. L'odeur apparaît au moment où l'on ouvre l'estomac; elle s'affaiblit ou disparaît ensuite, mais si le contenu stomacal est conservé dans un flacon bouché, en agitant le flacon quelques instants après, et en le débouchant ensuite, l'odeur apparaît de nouveau, et cela à plusieurs reprises. Ces odeurs peuvent être