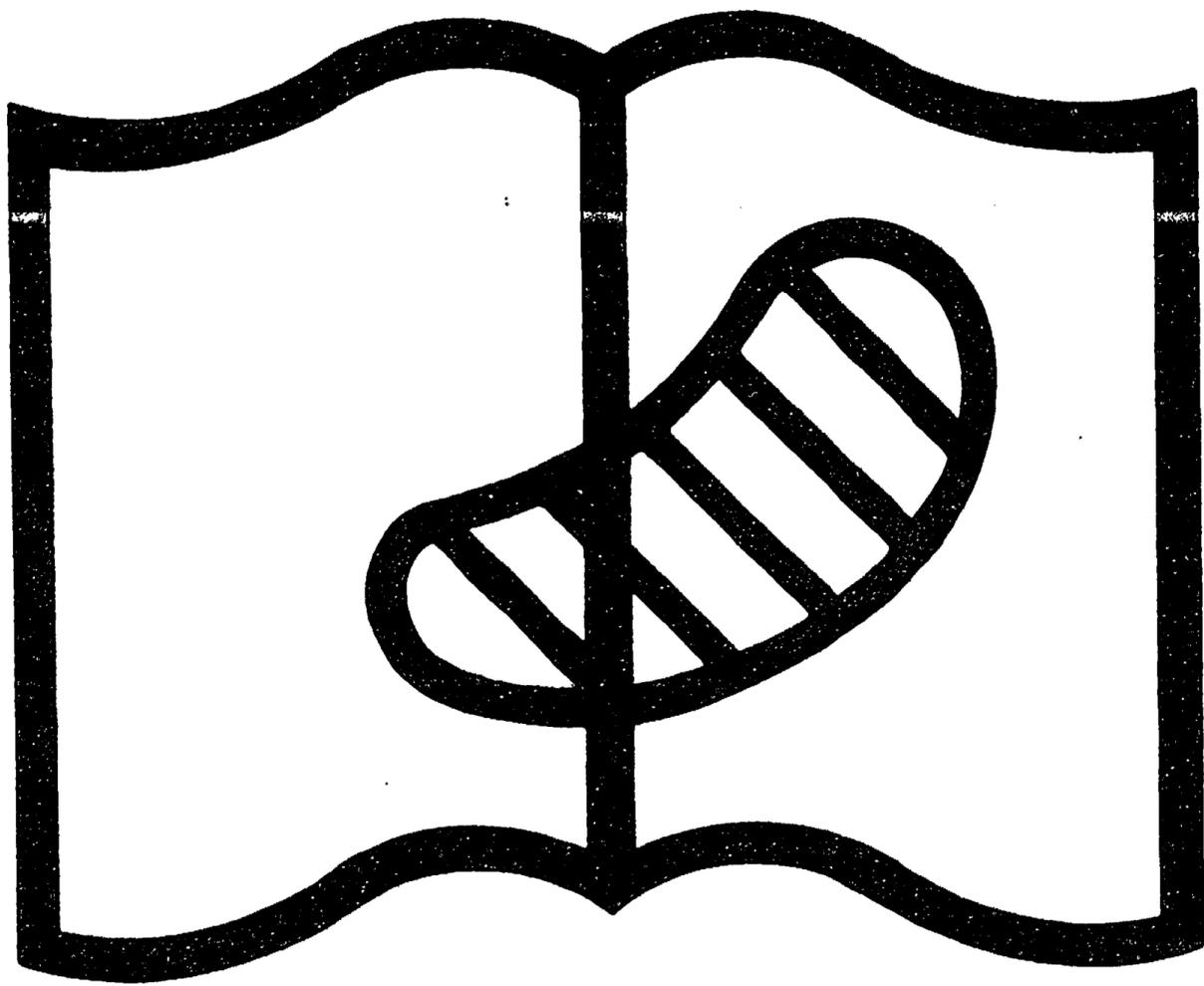


Vernes L.

***De la pendaison incomplète ou
ratée et des accidents
consécutifs.***

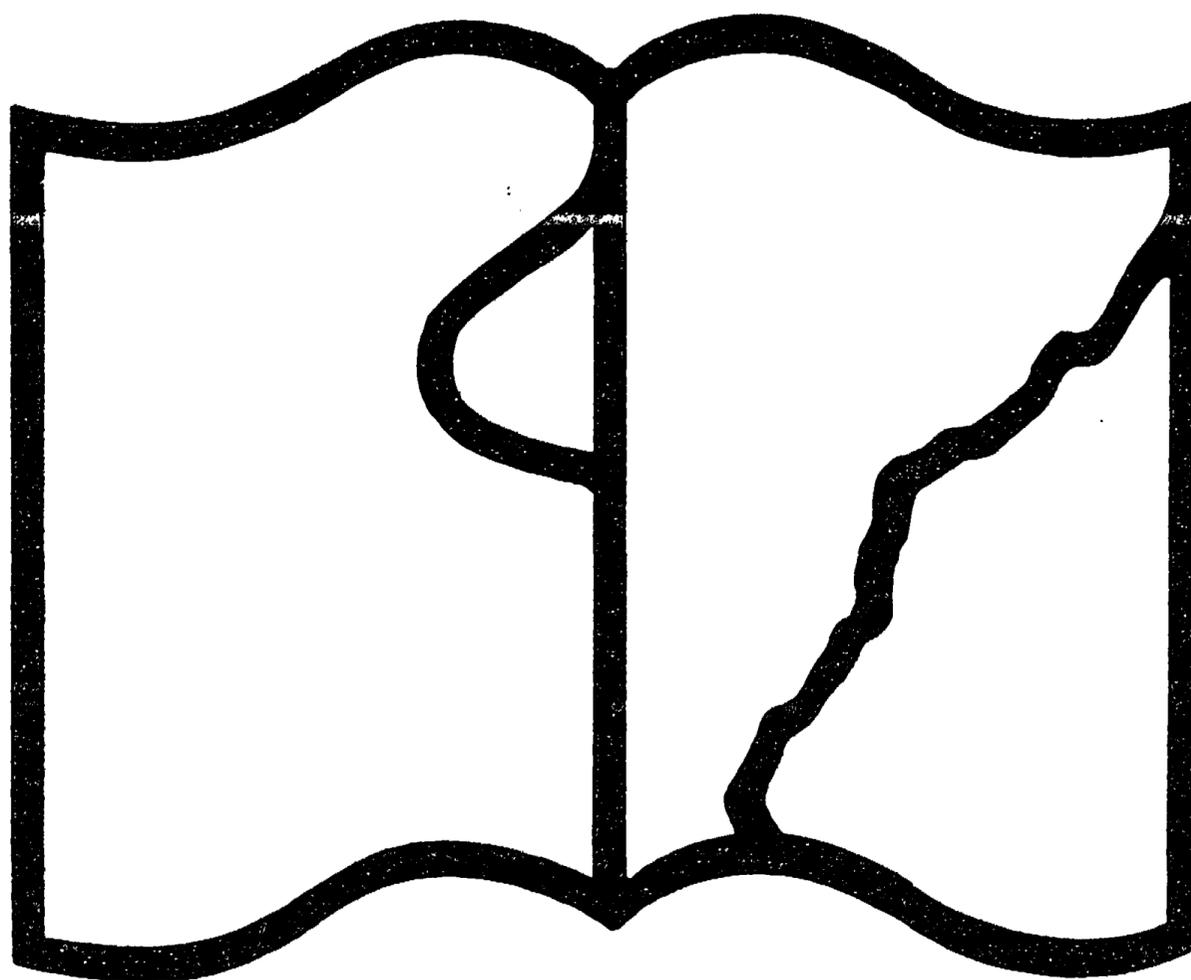
A. Storck

Lyon 1891



**Symbole applicable
pour tout, ou partie
des documents microfilmés**

**Original illisible
NF Z 43-120-10**



**Symbole applicable
pour tout, ou partie
des documents microfilmés**

Texte détérioré — reliure défectueuse

NF Z 43-120-11

2. 783

600-9

606

**DOCUMENTS DE CRIMINOLOGIE
ET DE MÉDECINE LÉGALE**
Publiés sous la direction du D^r A. LACASSAGNE.

DE LA PENDAISON

INCOMPLÈTE OU RATÉE

ET DES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS

PAR

Le D^r Léonce VERSE

Médecin stagiaire au Val-de-Grâce



LYON

A. STORCK, Éditeur
78, rue de l'Hôtel-de-Ville

PARIS

G. MASSON, Éditeur
120, boulevard St-Germain

1891

INTRODUCTION

Un garçon venait de se pendre
.....
Un passant le cœur plein d'alarmes,
En voyant qu'il souffrait encor,
Dit : « Allons chercher les gendarmes,
Peut-être bien qu'il n'est pas mort ! »

(Le Pendu. MAC-NAB)

La pendaison a été étudiée de tout temps, car de tout temps on s'est pendu. Tout a été dit ou presque tout. Néanmoins nous avons voulu de l'étude générale de la pendaison, isoler pour ainsi dire un chapitre, l'étudier, le développer. Nulle part on ne trouve réunis en un faisceau les documents qui s'y rapportent. On les trouve épars d'ici, de là.

Et cependant la pendaison incomplète, la *pendaison ratée*, pour nous servir de l'expression imagée de M. le professeur Lacassagne, donne lieu à des considérations importantes.

Nous nous proposons de faire l'étude de la pendaison ratée en quatre chapitres.

Dans le premier, nous donnons un court aperçu historique de la question.

Dans le second, nous étudions les causes de la pendaison incomplète et de ses accidents consécutifs.

VHRSR.

Dans le troisième, nous abordons l'étude clinique des dépendus. En même temps que nous exposons les accidents consécutifs, nous essayons de les interpréter en nous appuyant sur les données de la physiologie.

C'est le chapitre le plus important, il constitue la thèse même.

Dans le quatrième et dernier chapitre, nous indiquons quels sont les différents moyens employés pour ranimer un pendu, et le rappeler à la vie, lorsqu'il est temps encore.

Parvenu au terme de notre travail, c'est pour nous un devoir bien doux que de remercier publiquement M. le professeur Lacassagne de l'intérêt qu'il nous a témoigné. C'est à lui que nous devons l'idée première de notre thèse. Des documents nombreux, des conseils précieux ne nous ont jamais fait défaut. Et, après les leçons magistrales entendues aux cours, nous avons eu le bonheur de recueillir de sa bouche d'autres enseignements non moins utiles.

Nous remercions également M. le D^r Henry Coutagne, chef des travaux de médecine légale de son amabilité et des renseignements multiples qu'il nous a fournis.

Enfin, que nos maîtres civils et militaires reçoivent le témoignage de notre profonde reconnaissance pour l'enseignement que nous avons reçu pendant le cours de nos études.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

» La pendaison est un mode de suicide et de supplice dont l'origine remonte à la plus haute antiquité. Tourdes. » Mais si la pendaison est aussi vieille que le monde, les observations et les études qui s'y rapportent ne datent pas d'une époque aussi éloignée. On se plaît à dire que Homère. Sophocle signalent ce suicide. Cependant s'ils font des pendus une description pittoresque, les comparant à des êtres qui se balancent dans les airs, leur titre de poète ancien les dispense de détails scientifiques.

Plutarque (*Œuvres morales*, chap. XV), nous a laissé le récit de l'épidémie de suicide des filles de Milet. « Il leur prenait à toutes une furieuse envie de mourir, et un furieux appétit de s'aller pendre, et il y en eut plusieurs qui se pendirent et s'étranglèrent. L'édit que, s'il advenait qu'il s'en pendit plus aucune, elle serait portée toute nue à la vue de tout le monde, à travers la grande place, arrêta la fureur de ces filles. »

Cette pendaison par imitation a été signalée depuis par plusieurs auteurs. L'observation VII de M. le professeur Lacassagne nous en fournit un exemple.

Plutarque nous a transmis en outre dans la « Vie des hommes illustres » peut-être la plus ancienne observation de pendaison incomplète. Il s'agit de l'histoire de Mithridate Eupator, roi de Pont que récemment M. Théodore Reinach a refaite dans un livre attachant et passionnant, rempli de documents nouveaux.

Mithridate après une vie pleine « d'activité infatigable », vaincu par Lucullus, trahi par son fils Pharnace, se fit tuer par un soldat gaulois. Mais au préalable il avait chargé l'eunuque Bacchidès de faire mourir à Pharnacie toutes les femmes du sérail, leur laissant choisir le genre de mort que chacune d'elles croirait le plus prompt et le moins douloureux. Monime, cette jeune grecque d'une beauté remarquable « en mémoire peut-être des reines tragiques de ses poètes, détacha de son front le bandeau royal, le noua autour de son cou et se pendit, comme Phèdre, à une cheville de la chambre. Mais le faible tissu se rompit ». Plutarque a conservé les douloureuses paroles que prononça alors la jeune femme : « Fatal diadème, s'écria-t-elle, tu ne me rendras pas même ce service ! » Et elle présenta la gorge à l'eunuque.

Il nous est impossible de citer tous les auteurs qui ont signalé ce suicide. Nous ne ferions qu'une énumération de noms, sans retirer aucun fruit de cette étude.

En résumé, si l'on songe qu'aucune description scientifique et rigoureuse de la pendaison n'est faite dans les œuvres d'Hippocrate, — de Celse, cet autre Hippocrate latin, — et de Galien, il nous faudra avouer avec Pellier « que l'histoire de la suspension n'occupe qu'une place très restreinte, sinon nulle dans l'ancienne médecine légale. »

A une époque moins éloignée (1550) nous trouvons quelques noms à citer et quelques faits à relater.

Cœsalpin rapporte que les pendus qui ne sont pas morts ont déclaré qu'ils avaient été pris de stupeur par la constriction de la corde, de sorte qu'enfin ils ne sentaient rien.

Wepfer rapporte deux cas de pendaison incomplète, mais comme Cœsalpin, il ne parle que de la stupeur rapide et du peu de douleur qu'ont éprouvés les pendus.

Morgagni (1700) a compulsé les écrits de divers observateurs et il établit la symptomatologie de la suspension.

Le chancelier Bacon rapporte un fait intéressant. « Il s'agit d'un gentilhomme à qui il prit fantaisie de savoir si ceux que l'on pend souffraient beaucoup; il en fit l'épreuve sur lui-même : s'étant passé à cet effet une corde au cou, il s'accrocha, après avoir monté sur un banc qu'il abandonna, dans l'espérance de pouvoir remonter dessus, quand il le voudrait, ce qui lui fut impossible, car il perdit immédiatement connaissance. Cette expérience aurait eu un résultat tragique, si un ami, amené par le hasard, n'eût délivré immédiatement le patient. Le fruit d'une curiosité si bizarre a été d'apprendre qu'on ne sentait pas de douleur dans ce genre de mort. Celui qui s'y était exposé avait seulement aperçu devant ses yeux une espèce de flamme qui s'était peu après changée en obscurité, puis en couleur bleue, comme quand on tombe en syncope. »

Nous sommes en plein moyen-âge, au moment où à l'entrée de chaque ville se dresse un gibet, dont le plus fameux est celui de Montfaucon. Et les savants qui avaient devant eux, hélas! un si vaste champ d'études sont muets et ne nous lèguent aucun travail. Comme du

temps d'Homère, Villon se contente de chanter ce qu'il voit et Rabelais de plaisanter les condamnés à la potence, invoquant Saint-Adauras. Il les compare à des évêques aériens, donnant la bénédiction avec les pieds.

Cependant Ambroise Paré dans son *Traité des Rapports* (1561) ouvrait enfin l'ère moderne réellement féconde en travaux, par sa description scientifique des effets de la pendaison.

C'est ensuite la Société royale des sciences de Londres qui ne dédaigne pas d'assister à des expériences de pendaison faites sur des animaux en pleine assemblée.

Il nous faut arriver ensuite jusqu'au milieu du XVIII^e siècle pour trouver une œuvre marquante. Nous voulons parler du *Mémoire de Louis* (1763). Cet auteur établit non seulement sur des bases solides l'histoire de la pendaison, mais émet « des idées nouvelles sur les causes et les effets physiologiques de ce suicide. Pellier » Il publie en outre des observations pleines d'intérêt.

Au commencement de ce siècle, les travaux apparaissent en grand nombre. Ce sont les œuvres de Mahon, de Fodéré, de Chaussier, de Poilroux qui voient le jour presque en même temps. Les travaux de Fodéré sont encore classiques à notre époque. Jusqu'ici les auteurs s'étaient appliqués à étudier la pendaison en général, à nous relater aussi exactement que possible les faits dont ils avaient été témoins. Et en cela ils ont rendu service à la médecine légale. Mais à partir de 1829, dit Tourdes, on trouve « dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, la longue série des travaux qui ont établi l'histoire de la pendaison, en s'attachant à des questions de détail d'une grande importance pour la pratique. »

C'est la lutte mémorable entre Orfila et Devergie qui excite les esprits et les pousse de plus en plus dans la voie de l'expérimentation. C'est alors aussi qu'on sépare à tout jamais la strangulation de la pendaison jusqu'alors confondues. Tardieu par son étude médico-légale de la pendaison, la strangulation et la suffocation tranche définitivement la question et renferme, selon l'expression de Pellier, dans ses limites propres l'histoire de la pendaison. A la suite de l'étude de Tardieu, il convient de signaler le remarquable article de Tourdes dans le Dictionnaire encyclopédique, — les travaux nombreux sortis du laboratoire de médecine légale de Lyon sous l'impulsion de M. le professeur Lacassagne, travaux condensés et résumés dans l'excellente thèse de Pellier, qui nous a servi de guide dans notre étude, — les expériences de Faure, de Fleischmann, de Brouardel, de Lévy sur des points particuliers de la question.

Nous ne pouvons signaler ici tous les noms, tous les faits. On les trouvera dans le cours de notre travail. Il nous faut cependant encore transcrire une observation publiée par Faure, correspondant de l'Académie royale de chirurgie et chirurgien de Lyon. « Il s'agit d'un homme qui s'était pendu deux fois : la première à son mouchoir roulé qu'il avait attaché à un bout de corde. On s'aperçut assez promptement de l'accident et l'on sauva cet homme, qui ne se plaignit que d'une douleur de tête et au gras des jambes. Il se pendit une seconde fois au château de Pierre-Scize, où il avait été renfermé. Il était sur le point de périr lorsqu'on entra ; par des secours convenables, on le tira du fâcheux état où l'avait mis cette seconde suspension. Il en fut quitte pour des douleurs consécutives

de la tête et des jambes, qui durèrent plus longtemps qu'après la première aventure. »

A l'étranger nous citerons les noms les plus remarquables : Casper, — Hofmann, — Machka, — Taylor, — Tamassia. Toutes ces œuvres apparaissent vers la fin de ce même siècle qui avait vu naître les études vraiment scientifiques.

Mais malgré tous ces travaux accumulés, toutes ces expériences nombreuses sorties du laboratoire, il semble que le sujet que nous entreprenons ait été négligé. Et pour dire toute notre pensée, il nous faut avouer que l'historique que nous venons de faire est surtout un historique de la pendaison en général. Déjà Tardieu en 1870, dans son étude sur la pendaison, s'était ainsi exprimé : « Il importe de combler une lacune qui existe dans les auteurs au sujet des pendus qui sont rappelés à la vie. Le fait n'est heureusement pas très rare, et le médecin légiste a besoin de connaître quels sont les effets consécutifs de la pendaison et à quels signes il pourra reconnaître qu'un individu a subi réellement un commencement de pendaison. » Et les desiderata que Tardieu avait formulés, dix ans plus tard Brouardel les renouvelait, lorsqu'il disait : « On connaît moins bien les phénomènes qui succèdent à la pendaison, chez les individus que l'on a pu rappeler à la vie. »

L'opinion de ces deux maîtres justifie notre thèse. Nous n'avons qu'une crainte c'est que notre modeste travail, malgré l'enthousiasme que nous avons mis à faire des recherches, ne réponde qu'en partie aux regrets que nous venons d'exprimer.

CHAPITRE II

DES CAUSES DE LA PENDAISON INCOMPLÈTE ET DE SES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS.

Fodéré nous donne dans un passage de son traité de médecine légale (1), le plan même de ce chapitre. « Comme l'a fort bien remarqué le célèbre Antoine Petit, tous les pendus ne meurent pas par l'effet d'une seule et même cause, et, par cette même raison, ne périssent pas dans le même espace de temps, il en est qui expirent presque dans l'instant qu'ils sont lancés en l'air ; d'autres ne meurent que longtemps après. On en a vu quelques-uns qui sont restés suspendus pendant plusieurs heures sans avoir perdu la vie. Cela dépend de la différente manière de disposer la corde, de la nouer, de la serrer. On sent aussi que l'âge et le tempérament du patient, la texture plus ou moins forte de son cerveau, la résistance plus ou moins grande des tuniques, des vaisseaux et des ligaments intervertébraux, la plénitude plus ou moins grande de

(1) Tome III, page 135.

ses vaisseaux et le poids plus ou moins considérable de son corps, apporteront quelques différences dans la cause immédiate de la mort, et dans l'espace de temps qu'il faudra employer pour lui faire perdre la vie. »

Les causes qui rendent la pendaison incomplète peuvent théoriquement être classées en deux groupes :

L'un comprendra les causes mécaniques qui se rattachent au lien, à sa situation, à sa direction, à sa constriction ;

L'autre les causes organiques qui tiennent à l'individu à son tempérament, à sa résistance, à sa manière de réagir.

Causes mécaniques. — « Dans les cas ordinaires, Tardieu pense que la mort doit arriver après 10 minutes ; Taylor croit que l'on peut le plus souvent rappeler à la vie les individus qui ne sont restés pendus que 5 minutes. Lacassagne. »

Donc toute cause qui fera durer la pendaison moins de 5 minutes, contribuera à rendre cette pendaison incomplète. C'est tout d'abord le lien lui-même qui cédera, se détachera ou sera détaché. La corde se rompt souvent et les exemples de ce premier fait abondent. Et cela d'autant mieux que le pendu par les secousses qu'il éprouve ajoute à son propre poids une force considérable. Non seulement on tiendra compte du poids de l'individu, des secousses convulsives, mais encore de la hauteur à laquelle il s'est pendu, c'est-à-dire de la hauteur de chute.

Les observations 3, 7, 8, 9, 13 nous fournissent des exemples de rupture spontanée de la corde.

Situation du lien. — On peut ramener à trois principales les positions du lien. Et l'on comprend que localement les accidents qu'il déterminera seront également de trois sortes. « Dans la première qui est la plus fréquente, le lien est placé entre le larynx et le menton ; dans la seconde il se trouve sur le larynx lui-même, ce qui est beaucoup moins fréquent ; enfin dans un troisième cas, on l'observe au dessous du larynx et au niveau de la trachée, ce qui est très rare. Pellier. »

Les accidents locaux varieront, avons-nous dit, avec ces trois positions du lien, mais en sera-t-il de même des accidents généraux ? Sur ce point l'accord n'est pas absolu. Car tandis qu'Oliviers d'Angers établit un rapport entre la position du lien constricteur et la rapidité de la mort, Tardieu affirme que ce rapport n'existe pas. Et ce dernier auteur ne tient compte que de la nature des lésions, et de la manière dont la mort a été déterminée. Ainsi poursuit Tardieu, la syncope peut reculer la mort, alors qu'au contraire la lésion de la moelle peut la rendre foudroyante.

Les partisans de la théorie d'Ollivier d'Angers ne sont plus d'accord lorsqu'il s'agit de déterminer quelle est la situation du lien la plus mortelle. Les uns avec cet auteur prétendent que la mort arrive plus vite lorsque le lien est appliqué au dessus du larynx, — les autres s'appuyant sur les expériences de Fleischmann admettent le contraire.

Nos observations concordent avec celles que Pellier a publiées : elles nous montrent la rareté de l'empreinte du lien au-dessous du cartilage thyroïde. Cependant on note dans l'observation 12 que le larynx a été comprimé sur tout le côté gauche. L'observation de Desprès nous montre une fracture du cartilage cricoïde. La position du

lien n'a pas été signalée dans l'observation 14, mais on doit admettre que la corde était située sur le larynx puisqu'à l'autopsie une ulcération se trouvait au-dessus de l'insertion de la corde vocale inférieure et correspondait au point même où le sillon du cou était le plus large et le mieux marqué.

Pellier sur 23 cas n'a noté que deux fois le sillon au-dessous du cartilage thyroïde, et Chailloux dans sa thèse rapporte les 6 cas connus dans la science de fracture du larynx.

Direction, constriction du lien. — Non seulement le lien n'occupe pas toujours la même situation, mais dans sa direction « latérale, — parabolique ou circulaire (Pellier) », il n'exerce pas dans tous les points la même constriction. D'où lésions superficielles du sillon différentes, — d'où prédominance des signes d'un côté du corps, indiquant des lésions profondes également différentes. L'observation 3 de Rendu et Homolle en est un exemple frappant.

L'auteur de l'observation 9 la fait suivre de quelques réflexions qui viennent à l'appui de notre opinion.

« Tout d'abord G... a la face d'une coloration presque normale, — les membres dans une résolution complète, — une anesthésie profonde. C'est la phase de l'anémie cérébrale.

Puis le visage s'injecte, les artères de la face sont gonflées, les lèvres et la langue deviennent bleuâtres, les carotides battent avec force. C'est la face de congestion cérébrale, d'excitation, de convulsions épileptico-hystériques.

Le fait intéressant, original de l'observation se trouve dans cette tendance irrésistible à la marche pendant la privation de sentiment, dans le mouvement giratoire du malade.

La carotide gauche seule était fortement comprimée. L'hémisphère gauche avait donc surtout reçu le choc, car le plus anémié d'abord, il aura été le plus impressionné ensuite par l'afflux du sang.

Quand il marche, il tourne toujours à droite, c'est le côté qui est sous la dépendance de l'hémisphère le plus touché qui entraîne le malade. D'un autre côté le malade penche sa tête à droite, du côté opposé à la lésion ».

Il nous serait facile de poursuivre ce point de notre étude, mais il suffira de lire nos observations pour voir combien en effet les lésions sont commandées par la situation du lien, sa direction, sa constriction plus ou moins forte.

II. *Causes organiques.* — Les accidents varieront avec l'âge, le sexe et la constitution des pendus:

Nous avons peu de mots à dire sur ce qui concerne les lésions locales. La rupture de la membrane interne de la carotide qu'Amussat a signalée en 1828 a été admise et niée par nombre d'auteurs. Dans toutes les expériences tentées à ce sujet, Devergie a eu des résultats négatifs. Hoffmann, au contraire, a souvent remarqué cette lésion. Il semble que l'on doive se rallier sur ce point à l'opinion de Maschka qui croit que cette lésion se rencontrerait surtout chez les individus aux artères athéromateuses. M. Lacassagne cependant l'a rencontrée sur des pendus

parfaitement sains. On peut en voir des exemples au musée du laboratoire de médecine légale.

Un exemple publié par Hoffmann (1) va nous montrer une pendaison incomplète due à une cause pathologique. « Il s'agit de l'assassin Johan Takacs, pendu à Raab. Pendant son incarcération à Raab, il fut profondément atteint de la scrofule des prisonniers. Les deux parotides et les ganglions cervicaux étaient atteints. Quelques-uns de ces derniers offraient la grosseur d'un œuf de poule. Les ganglions sous-maxillaires n'étaient que modérément infiltrés.

Après une suspension de onze minutes, il fut dépendu. Le docteur Sikor avait constaté tous les signes de la mort; la cornée elle-même était déjà trouble. Il fut apporté sur un fourgon à l'hôpital municipal. Au moment où on s'appretait à faire quelques expériences sur le cadavre, on constata à la palpation et à l'auscultation les battements cardiaques.

Dix minutes après on pouvait percevoir les pulsations radiales et la tendance au rétablissement de la respiration. Au bout de deux minutes les membres inférieurs se remuaient et la respiration s'accomplissait (22 inspirations par minute). Le pouls battait 50 fois par minute.

Il vécut dans ces conditions pendant vingt-deux heures, n'ayant repris qu'une connaissance imparfaite au dernier moment. »

Hoffmann pense qu'on peut invoquer une double cause de cette résurrection :

1° Existence de tumeurs ganglionnaires, tumeurs qui

(1) *Wiener medicinische Wochenschrift*, 1888.

qui par leur mollesse et leur élasticité ont empêché la corde de comprimer complètement la carotide et la veine jugulaire.

2° Violente commotion produite par le fourgon roulant sur un mauvais pavé, commotion ayant produit une excitation générale du supplicié.

Dans les cas où le lien sera appliqué sur le larynx, l'ossification des cartilages sera de nature à favoriser la production des fractures.

Dans le cas de Després le cricoïde était complètement ossifié, le thyroïde ne l'était qu'incomplètement, aussi avait-il résisté.

Les histologistes nous apprennent que l'ossification commence toujours par le cricoïde, mais qu'elle suit une marche irrégulière. « C'est de 48 à 50 ans, dit Sappey, que l'ossification des cartilages du larynx commence chez l'homme et quelquefois plus tôt. »

Cependant Segond qui a étudié avec soin la question, dit que l'âge est une cause de l'ossification, mais « le rapport entre le développement de cette ossification et une certaine époque de la vie est si variable, qu'il est impossible de ne pas admettre que d'autres causes président à ce changement d'état. Ainsi il n'est pas douteux que les dispositions individuelles et certains états morbides doivent exercer une influence particulière sur cette transformation. »

Les enfants en général et surtout les nouveau-nés présentent une résistance toute spéciale à l'asphyxie. Les vieillards se rapprochent par ce côté des enfants. Voilà pour l'âge.

Pour le sexe, il paraît bien démontré que la femme, toute chose égale, d'ailleurs, succomberait plus vite que l'homme.

Si maintenant nous passons aux individus de même âge, de même sexe, mais de constitution différente, nous voyons que sur ce point la lumière est loin d'être faite. Paul Bert a institué de nombreuses expériences à ce sujet. Et pour lui les individus qui ont déjà subi l'action de causes déprimantes supporteraient plus longtemps la privation d'air. Hoffmann au contraire a vu que les animaux vieux et affaiblis ou débilités par un traumatisme antérieur, résistaient moins longtemps.

D'autres faits peuvent trouver place ici. Nous citerons volontiers une observation de Saint-Armand, médecin à Meaux (1), concernant une femme qui essaya de s'étrangler. Nous pensons qu'ici la distinction établie entre la strangulation et la pendaison peut cesser d'exister. « Une femme de 25 ans, d'une forte constitution, grosse, blonde, d'un tempérament sanguin, fut trouvée morte à plat ventre sur son lit, la face en dessous et le cou entouré d'une jarretière de laine. Il est vraisemblable d'admettre qu'une femme jeune, vigoureuse, d'un tempérament sanguin, dans l'état de pléthore qui amène nécessairement la grossesse commençante, puisse succomber à une attaque d'apoplexie à la suite de l'application d'un lien, même médiocrement serré autour du cou.

De plus, elle s'est étranglée le 10 juillet et la chaleur du mois a peut-être hâté sa mort ».

Nous avons comparé ou nous comparerons souvent les

(1) *Annales d'hygiène*, tome II, 1829,

effets de la pendaison suicide à ceux de la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice. Bien que des différences mécaniques séparent ces deux procédés, on peut toutefois tenter l'assimilation. Motchoutkowski a indiqué les contre-indications de la suspension chez les malades atteints de tabes. Ces contre-indications seront pour nous au contraire des indices d'accidents rapides chez les pendus atteints des affections dont le parle le médecin d'Odessa, Ces affections sont :

- 1° Lésions cardiaques et troubles de compensation;
- 2° Sclérose des vaisseaux et anévrismes;
- 3° Emphysème pulmonaire énorme;
- 4° Cavernes et tendance aux hémoptysies;
- 5° Antécédents d'attaques apoplectiques, épileptiques ou épileptiformes;
- 6° Anémie extrême et tendance aux syncopes.

Le D^r Ladame (1) après une étude approfondie de la suspension dans le tabes, arrive également à conclure que les principales contre-indications de la suspension sont les affections du cœur et des vaisseaux sanguins, ainsi que l'anémie prononcée.

(1) *De la suspension dans le tabes. (Revue médicale de la Suisse romande)*, 20 juin, 1880.

CHAPITRE III

EXPOSÉ DES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS ET DE LEURS EXPLICATIONS PHYSIOLOGIQUES

Nous arrivons maintenant au chapitre le plus important de notre thèse. Il nous faut exposer les troubles, les accidents qui ont suivi la pendaison incomplète, et les expliquer en nous appuyant sur les données de la physiologie expérimentale.

Pour mettre de l'ordre dans ce chapitre, il nous semble bon de suivre le plan que M. le professeur Lacassagne a tracé dans son cours magistral, à propos de l'étude générale de la pendaison. C'est également ce plan que M. Peller a exposé et suivi dans le chapitre de sa thèse qui traite des signes de la mort dans la pendaison. Mais il nous paraît utile en même temps tout en conservant les grandes lignes du tableau, de le modifier, pour mieux l'adapter à notre sujet.

I. — Lésions se rapportant aux organes externes et signes qui les révèlent.

Tête.	Face colorée ou violacée.
	Face pâle.
	Ecchymoses des paupières et des conjonctives.
	Saillie du globe oculaire, pupilles dilatées, hémorragies rétiniennes, déchirure de la capsule (luxation du cristallin).
	Saillie de la langue, rétraction de la langue.
	Ecume de la bouche, morsures de la langue.
	Oreilles violacées, écoulement par l'oreille rupture de la membrane du tympan.

	Etat de la peau au niveau du sillon.	Coloration. Bords livides ou rouges. Bourrelet œdémateux. Empreinte parcheminée.
	Tissu cellulaire sous cutané.	Ecchymoses, sugillations. Emphysème. Sillon nastré
	Muscles.	Ecchymoses. Déchirures.
Cou.	Vaisseaux et nerfs.	Injection des tuniques et de la gaine. Déchirure de la tunique interne (carotide). Tiraillement et compression des fibres nerveuses du pneumogastrique et du grand sympathique.
	Os hyoïde.	Fracture.
	Apophyse styloïde.	Fracture probable surtout chez les femmes.
	Cartilages du larynx.	Fracture.
	Colonne vertébrale	Fracture et luxation des vertèbres cervicales. Commotion: phénomènes qui en dépendent.
Membres.	Contusions.	
	Blessures.	
	Convulsions.	
Organes génitaux.	Erection.	
	Écoulement de liquide par la verge, par la vulve.	

II. — Lésions se rapportant aux organes internes et signes qui les révèlent.

Pharynx, Trachée, Larynx.	Congestion. Teinte vineuse. Arborisations vasculaires. Ecume.
	Troubles de la déglutition. Perte de la voix.
Encéphale.	Congestion. Anémie.
	Convulsions, contractures. Incoordination des mouvements.
Poumons.	Congestion surtout aux lobes inférieurs, pouvant être le point de départ d'une pneumonie catarrhale.
	Emphysème, œdème pulmonaire.
Circulation.	Troubles trophiques,
	Arrêt. Ralentissement.
	Accélération.

Au commencement de ce chapitre il nous faut signaler tout d'abord les sensations éprouvées par les pendus. Nous serons brefs à ce sujet : il est traité partout avec de nombreux détails. Ces sensations presque toujours les mêmes ont été décrites non seulement par les pendus rappelés à la vie, mais encore par quelques expérimentateurs, parmi lesquels il convient de citer Fleischmann, qui courageusement ont fait des essais de pendaison sur eux-mêmes, — et enfin par la *Pall Mall Gazette* qui a publié les impressions ressenties par un des membres du Club des pendus de Londres. Tardieu a résumé toutes ces descriptions en une page qui est restée classique : « Au moment où le corps du pendu retenu par le lien s'abandonne à son propre poids, une grande chaleur se fait sentir à la tête, des sons bruyants et comme une musique éclatante retentissent dans les oreilles, l'œil voit luire des éclairs, les jambes semblent avoir acquis un poids extraordinaire, puis toute sensation s'éteint, quelquefois même, dès le premier moment, le pendu n'éprouve absolument rien. Je n'ai trouvé nulle part, dans aucune observation sérieuse, rien absolument qui autorise cette opinion, très répandue cependant, que les premiers moments de la pendaison sont marqués par une sensation voluptueuse. Ensuite, la seconde phase de la pendaison commence : elle est marquée par des convulsions ; à cette période convulsive qui ne manque presque jamais, succède la mort apparente, qui est bientôt suivie de l'extinction réelle de la vie. »

M. Coutagne ajoute que les symptômes sont bien différents de ceux de l'angoisse respiratoire provoqués par l'asphyxie ordinaire.

Toutes les descriptions se ressemblent par un point :

dans ce genre de suicide on ne sent pas de douleur. Cette mort calme et sans agonie rend compte de la grande fréquence de suicides par pendaison. Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer cette insensibilité.

Waller invoque la compression du nerf vague, compression qu'il emploie comme anesthésique. Thanhofer se rallie à la théorie précédente. Cette insensibilité provient pour Maschka de la perte rapide de connaissance, — pour Tardieu de la syncope immédiate.

Enfin Brown Séquart à plusieurs reprises, a entretenu l'Académie des Sciences (1) des expériences qu'il a instituées pour prouver « que la peau du cou possède comme le larynx, mais à un moindre degré, sous une irritation mécanique, la puissance d'inhiber la sensibilité. »

Tardieu a résumé en quelques lignes les principaux troubles consécutifs à la pendaison incomplète : « Les troubles qui subsistent après que le pendu est ranimé sont de deux ordres : les uns affectent les organes respiratoires et sont en rapport avec le degré de congestion qui s'est produit : difficulté de respirer, toux, crachements de sang, râles bronchiques, fièvre; — les autres, les plus remarquables, se montrent du côté du système nerveux et répondent manifestement aux actions réflexes qu'a provoquées la constriction du cou et qui retentissent sur les centres nerveux : extinction de voix, difficulté de la déglutition, engourdissement, sensation du froid, mouvements spasmodiques, élancements douloureux dans les régions voisines du cou, la face, l'épaule. »

Nous allons retrouver la plupart de ces symptômes en

(1) *La France médicale*, 23 juin 1865, 8 mars 1887 et *Archives de physiologie*, 1891.

parcourant le tableau qu'il nous faut maintenant développer.

Face. — Les colorations diverses de la face ne constituent pas à proprement parler des lésions. Elles ne sont que le miroir des troubles circulatoires survenus dans la tête et dans l'encéphale en particulier. Les troubles circulatoires du cerveau nous le verrons bientôt jouent un rôle important dans la pathogénie des accidents survenus chez les dépendus, rôle devant lequel les colorations de la face ne sont plus rien. Hofmann et Lévy distinguent les pendus bleus et les pendus blancs suivant qu'il y a congestion ou anémie de la tête. Et pour eux ces expressions sont justifiées par la constriction plus ou moins forte et profonde du lien.

Les jugulaires seules sont celles comprimées, il y aura congestion : le pendu sera bleu ; — la compression s'exerce-t-elle à la fois sur les jugulaires et les carotides, il y aura anémie : le pendu sera blanc. Pour ces auteurs les colorations de la face sont donc bien le miroir des troubles de la circulation. Mais « il faut savoir qu'on rencontre fréquemment même avec la pâleur de la face, des hémorragies pointillées sur les conjonctives et sur la muqueuse des lèvres (piqueté scarlatin des asphyxiés.) » (1). Ce piqueté scarlatin est regardé par Maschka comme un signe indiquant une forte stase sanguine dans les vaisseaux superficiels de la face.

Fréquemment comme l'a montré M. Lacassagne, on rencontre une coloration bleue du bord libre des lèvres.

(1) Coutagne. *Diagnostic médico-judiciaire de la mort par pendaison.* (*Arch. d'Anthrop. crim.*, 1889).

Nous passerons sous silence la saillie du globe oculaire, — les hémorragies retiennes, — les luxations du cristallin pour nous arrêter un instant sur la dilatation des pupilles. C'est un symptôme précieux que l'on rencontre souvent. Il est noté dans les observations 8, 9 et 11. Il n'est pas signalé dans les autres. Cette dilatation pupillaire s'explique par une excitation du nerf grand sympathique, produite par le lien constricteur au niveau du cou. Et l'on sait que le grand sympathique innerve les fibres musculaires radiées de l'iris, c'est-à-dire les fibres dilatatrices de la pupille.

On a relevé dans les observations 9 et 11 l'insensibilité de la pupille à la lumière.

Morgagni, Littre au commencement de ce siècle, Ogston, Pellier dans sa thèse (1 fois sur 22 cas) ont signalé des hémorragies de l'oreille externe. Mais dans aucune de nos observations on n'a relevé de faits semblables. Nous n'y insisterons donc pas.

Cou. — « L'étude de la région du cou, dit Pellier, et des empreintes ou signes particuliers qu'on y rencontre est sans contredit la plus importante. »

Il nous suffirait pour nous convaincre de cette proposition de jeter un coup d'œil sur cette région dans un traité d'anatomie. « Le cou, dit Tillaux, n'a que peu d'organes qui lui soient propres : c'est plutôt un lieu de passage pour les organes qui se rendent à la poitrine et à la tête. Il n'en forme pas moins une grande région naturelle dont il est à peine besoin de signaler l'importance. »

Pour simplifier l'étude de cette région, nous pourrions étudier d'une part les accidents locaux qui se produisent.

au point même d'application du lien, — et d'autre part les accidents résultant de la commotion, du froissement des organes qui vont se distribuer à des parties plus éloignées. Mais nous préférons rester fidèles au plan que nous nous sommes tracé. Et de ce fait nous n'étudierons dans cette subdivision que les accidents locaux.

Peau. — L'état de la peau au niveau du sillon, les particularités du sillon lui-même doivent être soigneusement étudiées dans une étude sur la pendaison en général. Mais elle a pour nous peu d'importance.

Nous signalerons cependant les ecchymoses, les extravasations sanguines, l'œdème, le boursoufflement des parties qui forment ce que M. le professeur Lacassagne a si justement appelé le bourrelet du sillon.

Cependant Hofmann a vu plus de dix individus qui ont vécu, chez lesquels le sillon n'était pas hémorragique. M. Lacassagne a fait la même constatation : le sillon était parcheminé, mais sous la peau il n'y avait aucun épanchement sanguin.

Comme on peut le voir par ces quelques mots, la peau chez les dépendus se présente avec des signes différents. Ces états variés de la couche superficielle du cou ont été notés par Hofmann dans un mémoire publié en 1881 et intitulé : *Recherches sur les divers états du cou chez les pendus.*

Tissu cellulaire sous-cutané et muscles. — Dans les monographies sur la pendaison, que nous avons parcourues, les lésions du tissu cellulaire sous-cutané et des muscles ont été négligées ou ont été ignorées. C'est à

peine si on les signale à l'étranger. En France, les observations publiées par Pellier ont montré que les déchirures musculaires étaient moins rares que les auteurs s'étaient plu à le dire.

L'observation 13, celle du docteur Després, signale un emphysème sous-cutané qui, d'abord localisé aux parties latérales du cou au niveau du cartilage thyroïde et cricoïde, envahit les jours suivants les parois thoraciques descendant jusqu'au niveau de la septième côte. Cet emphysème était dû à une déchirure de la membrane crico-thyroïdienne. lésion qu'aucun auteur n'avait encore signalée.

A la suite des lésions de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, nous devons signaler les douleurs que les dépendus éprouvent quelquefois dans cette région ou dans les régions voisines. L'observation I en fournit un exemple remarquable. Notre attention a été attirée sur ce point parce que nous avons vu des ataxiques se plaindre parfois des douleurs soit à la nuque, soit à l'occiput, après des séances de suspension. Hayem dans un article sur la suspension chez les tabétiques paru dans la *Revue des Sciences médicales*, signale également ce symptôme. L'insensibilité du cou provoquée par des irritations mécaniques et décrite par Brown Séquard semble donc faire défaut dans certains cas.

Vaisseaux et nerfs. — Depuis qu'Amussat, en 1828, a signalé la rupture de la membrane interne de la carotide, un grand nombre d'auteurs ont produit des observations sur cette lésion. Devergie, Hofmann, Friedberg, Maschka ont étudié longuement cette question. La thèse de Pellier en renferme quatre cas. Nous avons déjà parlé

des troubles amenés par la constriction plus ou moins forte des vaisseaux du cou.

Nous invoquerons ce mécanisme quand nous exposerons les troubles moteurs ou sensitifs survenus chez les dépendus.

On admet avec juste raison la possibilité du tiraillement des fibres nerveuses du pneumogastrique. Quant à nous, après avoir minutieusement étudié nos observations, nous nous sommes persuadé que c'est certainement la lésion du pneumogastrique qui joue dans la pathogénie des accidents le rôle primordial. Et si l'on songe combien sont multiples les fonctions de ce nerf, à combien d'organes il donne le mouvement et la sensibilité, on comprendra facilement ce que nous avançons. Il se distribue au pharynx, au larynx, au cœur, aux poumons, à l'œsophage, à l'estomac, au foie et au plexus solaire, c'est dire qu'il préside à toutes les grandes fonctions de l'organisme à la circulation, à la respiration et à la digestion. Sur ce point, nous avons mis à profit la thèse d'agrégation du docteur Letulle sur les *troubles fonctionnels du pneumogastrique*.

Mais il nous faut aller plus loin. Et puisqu'il est démontré que les altérations du nerf vague existent, pourquoi ne pas dire d'une manière générale que tout le paquet nerveux subit le même tiraillement, que les nerfs grand sympathique, grand hypoglosse, spinal, glosso-pharyngien sont également altérés. C'est ainsi que nous avons admis au préalable l'excitation du sympathique pour expliquer la dilatation pupillaire. Nous verrons chemin faisant quelles sont les lésions importantes déterminées par la constriction du lien d'une part, et par le tiraillement du paquet nerveux d'autre part.

Fractures de l'os hyoïde, — de l'apophyse styloïde, — des cartilages du larynx. — On a noté des fractures de l'os hyoïde, de l'apophyse styloïde. C'est M. le professeur Lacassagne qui a attiré l'attention sur cette lésion fréquente surtout chez les femmes.

L'observation du docteur Desprès, si précieuse à plus d'un titre, nous présente un cas de fracture du cartilage cricoïde à sa partie postérieure. Cette fracture qui n'offrait ni mobilité anormale, ni crépitation ne fut diagnostiquée que grâce à la présence de l'emphysème. Et en réalité, du fait de la déchirure de la membrane crico-thyroïdienne, cet emphysème n'était nullement symptomatique. Si bien que l'on peut dire que la lésion du cricoïde ne s'était en réalité traduite pendant la vie que par un peu de douleur, un peu d'aphonie et l'expectoration de quelques crachats purulents.

Cette observation est publiée par Chailleux. Cet auteur a relaté six cas de fracture du larynx à la suite de pendaison volontaire dont quatre portent sur le cartilage cricoïde. « Dans la pendaison c'est dans les cas où la corde portent très bas que la fracture a le plus de tendance à se produire, et le fait de Desprès le prouve parfaitement ; la corde portait au-dessous de la partie moyenne du cartilage thyroïde et avait glissé au niveau de la membrane crico-thyroïdienne.

Peut-être la rareté des fractures tient-elle à ce que la corde porte presque toujours au-dessus du larynx » (1).

L'observation 26 de la thèse de Pellier nous montre une fracture du cartilage thyroïde.

(1) Chailleux, thèse de Paris, 1874, *Fractures du larynx consécutives à la pendaison.*

Colonne vertébrale. — S'il est vrai de dire que dans la pendaison suicide il est très rare de rencontrer des ruptures de la colonne vertébrale et des luxations de l'axis, — on peut toutefois concevoir que très souvent il doit se produire des commotions de la moelle. Ces commotions que rien ne fait prévoir quand l'individu succombe, peuvent pendant la vie se révéler par des signes pathognomoniques.

C'est ainsi que l'excitation du sympathique que nous avons admise pour expliquer la dilatation de la pupille, peut-être due elle-même à l'excitation de la région cervicale inférieure de la moelle, du centre cilio-spinal qui préside comme l'a démontré Chauveau, à la dilatation de l'iris.

Cette localisation des centres réflexes spéciaux de la moelle est aujourd'hui bien établie. Et la physiologie d'accord avec la clinique a démontré que la moelle dans ses différents étages était un centre de mouvement, de sensibilité et de nutrition. L'on sait en outre que l'on voit souvent aux phénomènes d'excitation succéder des phénomènes de paralysie.

Avec ces données, nous pouvons interpréter quelques faits rapportés dans nos observations.

Un symptôme fréquent, sur lequel on a beaucoup discuté pour savoir s'il constituait un signe certain de la pendaison, est la paralysie du rectum et de la vessie. L'incontinence d'urine et des matières fécales est notée dans les observations 2, 5 et 7.

L'observation 2 signale des douleurs assez vives, des secousses persistantes dans les membres inférieurs éprouvées par un dépendu. Ces symptômes s'expliquent par l'excitation du centre dorso-lombaire.

D'autres faits plus graves peuvent se produire. L'on connaît plus d'un exemple d'enfants qui sont tombés raides morts après avoir été par forme de badinage soulevés de terre. Si dans ces cas la seule pesanteur du corps d'un enfant qu'on élève doucement est capable de produire un si terrible effet, que ne sera point la chute précipitée d'un corps qui s'élance et qu'une corde retient en l'air ?

Membres. — Les membres sont agités de mouvements convulsifs : nous en parlerons bientôt à propos de l'encéphale. Il nous suffira de signaler les contusions, les blessures qu'on peut rencontrer aux pieds et aux mains des dépendus. Elles proviennent des traumatismes que ces organes ont subis en heurtant pendant la pendaison un mur ou tout autre objet se trouvant dans le voisinage. agités qu'ils étaient par les mouvements convulsifs.

Organes génitaux. — On a souvent noté chez les pendus l'érection et l'émission de sperme. Certains médecins légistes parmi lesquels on doit surtout citer Devergie, avaient attribué à ces signes une grande valeur. Orfila soutint l'opinion contraire. De là naquit la discussion célèbre entre ces deux auteurs. Aujourd'hui après Orfila, Max-Huppert (1), Maschka, on doit reconnaître que ces signes ne sont pas caractéristiques de la pendaison, puisqu'on les retrouve dans la grande attaque de l'épilepsie, dans les cas d'asphyxie aiguë de causes diverses et dans de nombreux cas de mort subite. Quoiqu'il en soit le fait

(1) *Emission du sperme chez les pendus. Revue trimestrielle de Méd. lég., 1876.*

mérite d'être signalé, d'autant mieux que Motchoukowsky, l'auteur du traitement du tabes par la suspension, a eu l'idée d'appliquer ce même traitement aux impuissances névropathiques. Voici, en outre, un extrait d'un cours de M. le professeur Charcot sur le traitement du tabes par la suspension (1) : « Il est à Paris et ailleurs des établissements où l'on s'efforce par les moyens les plus variés de rendre aux impuissants, aux vieillards surtout une virilité plus ou moins factice, capable tout au moins d'assurer pour un temps la satisfaction de désirs..... plus ou moins naturels. Nous nous sommes demandé si on n'avait pas eu connaissance des vertus aphrodisiaques de la suspension... et pour nous assurer de ce fait nous avons envoyé des émissaires chargés de nous renseigner. Le médecin doit tout savoir. Il peut comme le soleil entrer dans les bouges sans se souiller. Or, nous avons appris que le procédé de la suspension était couramment employé. »

D'autres faits pourraient trouver ici leur place, mais il est difficile dans l'espèce de dire si des phénomènes communs dépendant à la fois de l'encéphale et de la moelle épinière appartiennent à l'un ou à l'autre.

Il est facile de faire la part de la moelle épinière lorsque les symptômes sont limités à un organe, à un membre ou à des membres symétriques, — mais comment faire ce diagnostic lorsque tous les organes réagissent à la fois et que des lésions encéphaliques viennent s'ajouter aux lésions médullaires?

(1) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 25 janvier 1889.

Nous préférons relater ces faits lorsque nous parlerons des lésions encéphaliques.

Il nous reste à étudier les lésions qui se rapportent aux organes internes et les signes qui les révèlent.

Pharynx, trachée et larynx. — On a noté fréquemment des symptômes douloureux du côté du pharynx, de la trachée, et de l'ouverture supérieure du larynx. Mais pour nous le phénomène réellement important est la perte de la voix, l'aphonie laryngienne. « L'appareil phonateur du larynx, dit Mathias Duval, est placé sous la dépendance du nerf laryngé inférieur, qui semble venir du pneumogastrique, mais représente en réalité la suite de fibres que ce grand tronc nerveux emprunte à l'accessoire de Willis ou spinal (br. interne du spinal) ». Si donc une lésion quelconque est produite sur le pneumogastrique, la phonation sera compromise. Or, nous l'avons vu, le nerf vague est comprimé, tirailé quelquefois même déchiré. Dès lors, quoi d'étonnant à ce que la perte de la voix soit notée dans un grand nombre d'observations.

D'ailleurs l'opinion que nous venons d'émettre se trouve confirmée par un article que le D^r G. Richelot a publié dans l'*Union médicale* de l'année 1884. Il étudie dans cette revue quelles sont les raisons que l'on doit invoquer pour expliquer l'aphonie après l'opération du goître. Et après une étude approfondie de tous les cas que l'on a observés, il arrive à conclure avec Reverdin, Schwartz que la perte de la voix n'est pas toujours la conséquence d'une section des récurrents, — et que « la dénudation ou le tiraillement des nerfs, explique assez bien les aphonies temporaires, » Remarque importante à faire, l'aphonie

s'accompagne souvent de dysphagie. Ces deux symptômes se retrouvent dans une observation sur un cas de mort par suspension survenue chez un individu ataxique traité par la méthode du docteur d'Odessa. « Le D^r Gorecki signale le fait suivant : un homme d'une quarantaine d'années, ataxique depuis cinq ans, ayant lu l'article du *Petit Journal*, relatif au traitement de l'ataxie locomotrice par la suspension, envoya acheter l'appareil et résolut de se faire traiter. Le malade était presque paraplégique, mais avait toute son intelligence. Il se fit suspendre par son domestique deux à trois minutes chaque jour, les sept premières séances amenèrent l'amélioration habituelle, il put faire quelques pas. A la suite de la huitième séance, lorsqu'on le dépendit, il avait perdu l'ouïe et la parole, mais conservé la vue, l'intelligence et le mouvement. On tenta les révulsifs, les injections sous-cutanées d'éther. La déglutition était impossible et malgré tous les soins, l'état du malade alla en empirant. Le soir même de l'accident la vue se perdait, puis la paralysie envahissait rapidement les bras et les muscles thoraciques, la mort survint en vingt-quatre heures par suffocation (1). »

La perte plus ou moins complète de la voix est notée dans nos observations 2, 5, 6, 8 et 14. Cette aphonie peut persister un temps plus ou moins long. Le malade de l'observation 6 resta aphone pendant quatre jours.

La déglutition dont l'innervation dépend en grande partie du glosso-pharyngien et du pneumogastrique est aussi souvent altérée. Le malade de l'observation I a les

(1) *Le Praticien*, 6 mai 1889.

mouvements de déglutition si pénibles qu'il préfère endurer la soif. Les troubles de la déglutition sont également signalés dans nos observations 3, 8 et 9.

Jusqu'ici nous avons vu que chacune de nos observations nous présentait des lésions différentes. Il nous faut maintenant signaler des altérations que l'on retrouve dans tous les cas de suspension.

Poumons. — Parmi ces altérations constantes, les unes sont banales et ne relèvent que de l'asphyxie en général, — les autres sont plus particulières à la pendaison et touchent au problème si discuté de l'influence du pneumogastrique sur l'appareil respiratoire. Il serait peut-être plus juste de dire que les unes et les autres se confondent, se mêlent si bien ensemble, qu'il serait difficile, un cas étant donné, de faire la part de chacune d'elles. Comment dire en effet que la congestion, l'œdème, l'emphysème dépendent plutôt de l'asphyxie que du traumatisme produit sur les pneumogastriques ? Toutefois on peut dire que si l'asphyxie peut donner de l'emphysème, de la congestion carminée pour nous servir d'une expression de M. Lacassagne, il est prouvé de par les expériences de Cl. Bernard, de Legallois, de Vulpian, de Schiff, de Tamassia que les lésions profondes, parenchymateuses ressemblant à celles de la pneumonie catarrhale sont sûrement sous la dépendance du nerf vague. Nous ne pouvons discuter ici le mécanisme des lésions produites par les altérations du pneumogastrique. Mendelsohn, Traube, Schiff ont tour à tour à ce sujet donné des théories qui portent encore leur nom. Mais il vaut mieux, je crois, se rallier à l'électisme de Vulpian qui

dans son beau travail sur les vaso-moteurs montre qu'une seule théorie ne saurait expliquer tous les cas. Cet auteur a introduit de plus une notion nouvelle, à savoir l'influence trophique du nerf vague sur le tissu pulmonaire. Que l'on admette le mécanisme de l'asphyxie, — ou l'irritation du parenchyme pulmonaire par les parcelles alimentaires ou les liquides buccaux et pharyngiens qui peuvent s'introduire dans les canaux aériens grâce à la paralysie des cordes vocales (Traube), — ou encore la paralysie des nerfs vaso-moteurs destinés aux poumons (Schiff), — ou enfin l'influence trophique du nerf vague (Vulpian), — peu nous importe la discussion sur ce point; toujours est-il que constantes sont les lésions pulmonaires.

Les lésions congestives et inflammatoires sont notées dans les observations 1, 2, 3, 5, 10, 12.

L'observation 6 due à M. Lacassagne se rapporte à un cas de gangrène pulmonaire. Comme le fait remarquer l'auteur, l'influence trophique de pneumogastrique peut être ici invoquée.

L'observation 14 mérite de nous arrêter un instant. Le docteur qui l'a rédigée fait à son sujet quelques réflexions que nous résumerons. Le malade n'a aucun antécédent héréditaire. Lui-même s'est toujours bien porté. Avant son suicide le malade aurait été enrhumé durant 15 jours. Cependant il ne semble pas que sa maladie ait été sérieuse, car aucun médecin n'a été appelé, et s'il faut en croire les personnes de son entourage, si Bianco a suspendu tout travail, c'est faute d'ouvrage.

L'observation nous montre de par l'examen clinique, que Bianco a eu 2 poussées aiguës successives de tuberculose, parfaitement séparées, la première avec des

symptômes de pleuro-pneumonie. L'autopsie a fait voir d'un côté une nécrose du cartilage thyroïde par suite d'une ulcération produite au dessus de la corde vocale inférieure, avec des signes évidents de tuberculose, le tout localisé à droite, — et de l'autre une tuberculose généralisée aux poumons, mais surtout prédominante au poumon droit au sommet duquel se trouvait une caverne. Il est peut-être permis devant ces faits d'avancer une hypothèse pour expliquer le mécanisme et la succession des lésions.

Le sillon du cou est plus prononcé à droite qu'à gauche, par suite de la compression plus forte faite par le nœud de la corde. Les lésions plus prononcées à droite à l'extérieur sont également plus marquées de ce côté à l'intérieur, puisqu'on y trouve l'ulcération. Celle-ci a été la porte d'entrée du microbe. Le bacille de Koch a pu ainsi pénétrer dans l'arbre respiratoire, d'autant mieux que le traumatisme subi par le nerf vague avait déjà produit dans cet organe un *locus minoris resistentiæ*.

En résumé on peut dire que le traumatisme dû à la pendaison a produit une ulcération qui *in situ* s'est transformée en ulcération tuberculeuse, — et celle-ci à son tour a été le point de départ d'une généralisation pulmonaire.

Les troubles respiratoires, la dyspnée, notés dans quelques observations paraissent dus d'après les expériences de Krishaber à une irritation du nerf récurrent amenant un spasme laryngien. C'est bien le spasme qui est la cause de la dyspnée et non la parésie ou paralysie des cordes vocales, car dans les cas d'aphonie la gêne respiratoire n'a jamais été notée.

Encéphale. — Les auteurs fournissent peu de détails sur l'état des organes intra-craniens. Les uns parlent de congestion, d'hémorragies méningées, d'apoplexie capillaire (cas cité par M. le docteur Coutagne); — les autres, au contraire, décrivent l'anémie cérébrale. « La congestion des méninges, dit Vibert, et du cerveau manque souvent tout-à-fait; quand elle existe, elle est rarement très accentuée. »

« Les organes intra-craniens, dit M. Coutagne, ne présentent en général que des signes de congestion, dépourvus de valeur précise. »

En réalité, nous nous sommes convaincus en feuilletant les nombreuses relations d'autopsies de pendus que les uns et les autres ont raison. On trouve tantôt de la congestion, tantôt de l'anémie. Nous avons déjà parlé des pendus blancs et des pendus bleus.

D'ailleurs peu nous importe ce détail, puisque les symptômes qui en résultent sont les mêmes dans l'un et dans l'autre cas. Il serait bien difficile en effet de dire si les convulsions ou les troubles nerveux que l'on observe dans un cas donné dépendent soit d'une congestion soit d'une anémie cérébrale. Il nous suffira de signaler les particularités remarquables de nos observations sans trop chercher à localiser les lésions. Cette partie de la science est encore trop peu connue et nous n'essaierons même pas de formuler des hypothèses.

C'est vraisemblablement à des troubles circulatoires encéphaliques qu'il faut rapporter les sensations éprouvées par les pendus. Nous les avons décrites au commencement même de ce chapitre. La perte de la mémoire et de l'intelligence qui s'y rattache, peut durer un temps plus

ou moins long. Elle est signalée dans presque toutes nos observations.

Presque toujours également on a relaté soit pendant la pendaison soit après lorsqu'elle a été incomplète, des convulsions, des contractures qui peuvent apparaître dans tout le corps ou seulement aux membres et surtout aux membres inférieurs. Ces symptômes sont notés dans nos observations 2, 3, 8. L'observation de Rendu et Homolle nous montre une contracture d'abord généralisée puis limitée au côté gauche, avec une hémiplegie droite. Ces symptômes ont apparu à la suite d'une pendaison qui avait comprimé d'une façon très prédominante le côté gauche du cou.

Ces faits cliniques ressemblent en tous points aux expériences faites par la ligature des carotides et rapportées par Léon Le Fort : « Les convulsions apparaissent d'abord sous forme d'accès, de secousses convulsives agitant les membres du côté où la ligature a été faite, — tandis que les membres du côté opposé sont tout à fait paralysés. »

L'observation 9 recueillie par M. Terrien est remarquable par les phénomènes nerveux qui y sont relatés. En la lisant on croit voir revivre les expériences que Rolando et Flourens ont faites sur le cervelet pour déterminer son rôle coordonateur des mouvements.

On sait aujourd'hui, en effet, que les lésions des prédoncules cérébelleux produisent une perte d'équilibre et des mouvements dans un sens plus ou moins déterminé. Ces mouvements de rotation et de manège ont été étudiés par les physiologistes.

Circulation. — Des troubles circulatoires ont été

notés. Tantôt le pouls est petit, filiforme, tantôt et le plus souvent il est rapide. Nulle part on ne parle de son irrégularité. Seule l'observation de Bourneville nous fournit des renseignements précis. Ici encore pour interpréter les symptômes, on doit faire intervenir le pneumogastrique. A l'étranger, des physiologistes ont étudié les effets de la compression de ce nerf. Mais nous ne pouvons entrer dans les détails des expériences. Qu'il nous suffise de dire que « sur l'homme, après la compression du nerf vague au cou, Concato, Cardarelli, Tanhoffer et d'autres observateurs ont remarqué qu'à la phase de ralentissement et d'arrêt du cœur succédait après l'expérience une accélération des contractions. Letulle ». D'un autre côté Tamassia dit qu'à la compression des nerfs de la dixième paire succèdent en même temps qu'une diminution du nombre des respirations, — une augmentation de fréquence et un affaiblissement des pulsations cardiaques.

Pendant la suspension le pouls se ralentit de plus en plus et peut même cesser de battre. C'est l'arrêt du cœur.

Il nous faut relater ici une observation publiée dans la *France médicale*, avril 1884.

On lit dans le journal *Of the American Medical Association* un article du Dr Blankenshif sur l'état du pouls chez les pendus avant et après l'exécution. Aussitôt après que la corde vient d'être ajustée et que le condamné est lancé dans les airs, le pouls s'élève à 121; puis il tombe à 54, 52, 39, 20 et 0 au bout de cinq minutes; à la sixième minute il s'élève de nouveau à 70 et 73; à la huitième minute il revient à 0; à la neuvième remonte à 34; enfin il n'est plus perceptible. Ces remarques ont été

faitee dans le cas de simple strangulation quand il n'y a pas écrasement médullaire par luxation des vertèbres à la suite d'un coup violent sur la nuque comme cela se pratique en Angleterre.

Czermak, en 1857, dans une conférence faite à Gènes, a montré sur lui-même, par la compression digitale du nerf vague au cou, l'exactitude de ces faits.

Enfin de nos jours « malgré l'opinion contraire de Maschka, et les réserves déduites par Tamassia de ses nombreuses et judicieuses expériences (Coutagne) », tous les médecins légistes s'accordent généralement à ajouter la compression du pneumogastrique comme cause de mort dans la pendaison aux quatre autres causes déjà connues.

La température du malade, qui a des liens si étroits avec la circulation, devrait être ici étudiée. Mais les matériaux nous manquent. Nulle part elle n'est enregistrée, si ce n'est dans l'observation de Bourneville.

« La particularité, dit cet auteur, qu'il convient de relever dans cette observation, c'est la marche de la température centrale. Elle présente tout d'abord un abaissement considérable, puis une élévation consécutive.

La température, une heure après la pendaison était descendue à 34°,1, — et ce n'est que trois heures après que la température se relève pour atteindre assez rapidement six heures après l'accident 40°,3.

Aussitôt la température a commencé à s'abaisser, non pas avec la rapidité notée pour l'ascension, mais au contraire avec lenteur. »

OBSERVATION I

*Recueillie dans l'étude médico-légale sur la pendaison.
la strangulation et la suffocation de Tardieu.*

Un garçon d'accessoires du Théâtre du Vaudeville est apporté à cinq heures du soir à l'hôpital Lariboisière ; la figure bouffie, les lèvres violettes, respirant avec peine et rejetant quelques crachats striés de sang noir. L'intelligence est nette et il répond avec précision.

Il raconte qu'il s'est pendu à huit ou neuf mètres au-dessus du sol, résolu d'en finir avec la vie. Il a immédiatement perdu connaissance et il ignore ce qui s'est passé depuis ce moment. Il se rappelle seulement qu'on l'a porté dans une voiture et c'est chemin faisant qu'il est revenu tout à fait à lui.

Il n'a pas été possible de savoir exactement combien de temps cet homme était resté pendu.

Les sensations qu'il éprouve sont curieuses à noter. Lorsqu'il est au repos, étendu la tête sur l'oreiller, il ne souffre nullement et ne ressent qu'un peu d'engourdissement dans la tête et dans le cou ; mais, s'il remue la tête soit qu'il la tourne de côté, soit qu'il cherche à la relever, il se plaint de violentes douleurs et ne parvient à se mettre sur son séant qu'avec de très vives souffrances dans le cou.

La voix est naturelle et il parle sans difficulté ; mais les mouvements de déglutition sont extrêmement pénibles, et bien qu'il soit tourmenté par une soif ardente, c'est à peine s'il consent à boire un demi verre d'eau sucrée.

L'empreinte circulaire laissée au cou par la corde est large

de deux centimètres. Elle est rouge et présente quelques excoriations: du côté droit elle est plus marquée et nuancée de plusieurs marbrures violacées.

Pas de pertes séminales, pas d'évacuations d'urine ou de matières; pas d'érection.

Le lendemain le malade se sent mieux: la déglutition est moins douloureuse et l'appétit peut être satisfait.

Aucun symptôme nouveau ne s'est produit, mais pendant une huitaine de jours, il reste du côté droit un certain engourdissement dans la tête, le cou et l'épaule, qui, plus tard, se change en une sensation désagréable de fraîcheur, se montrant surtout pendant la nuit, et de temps en temps, il se produit soudainement, dans différents points de la face, des élancements assez violents pour rendre tout travail impossible.

OBSERVATION II

Empruntée à Tardieu

Un homme s'était pendu après avoir tenté de tuer sa maîtresse. Transporté à l'hôpital Saint-Louis, privé de sentiment, il y resta deux jours sans connaissance. Visité par moi le troisième jour, il portait au devant du cou un sillon parcheminé profond; il ne parlait qu'avec une extrême difficulté et d'une voix presque éteinte. Sa mémoire était complètement perdue. Il présentait, en outre, une incontinence d'urine et une paralysie du rectum, des douleurs assez vives et des secousses persistantes dans les membres inférieurs. La respiration était embarrassée et des râles humides se faisaient entendre des deux côtés dans toute la poitrine. Une toux catarrhale, une expectoration épaisse et de la fièvre attestaient la lésion des organes respiratoires.

OBSERVATION III

Empruntée à Rendu et Homolle

X... 76 ans, hypocondriaque, hanté de l'idée de suicide. Un premier projet de suicide est déjoué. La tentative qui fut cause de la mort eut lieu quelques semaines plus tard.

On trouve X... un soir affaissé sur les genoux et en apparence privé de vie. Le cou est entouré d'une corde qui s'est rompue. Le cordon était vieux et sa rupture avait déterminé la chute.

La corde enlevée, on reconnut bientôt que X... vivait encore.

Le Dr Rendu qui le vit une heure et demie après l'accident constate les faits suivants :

X... est dans le coma le plus complet, la face congestionnée, violacée et vultueuse. Respiration embarrassée; déglutition paraît fort difficile, et une partie de la salive s'écoule par les commissures des lèvres. La bouche était serrée.

Le cou présentait un sillon circulaire qui aboutissait du côté gauche au niveau de la partie moyenne du larynx, en dessinant un trajet exactement transversal; puis à partir du larynx il s'infléchissait brusquement et remontait vers la branche droite du maxillaire pour arriver au voisinage de l'apophyse mastoïde.

Il semblait donc résulter de cette disposition que le cordon, d'abord noué circulairement autour du cou avait glissé par le fait du poids et s'était trouvé arrêté à droite par la saillie du maxillaire inférieur. Grâce à cette circonstance, la carotide droite se trouvait évidemment moins comprimée que la carotide gauche et la circulation profonde avait pu encore s'effectuer.

Le larynx se trouvait donc serré par le cordon à peu près à la partie inférieure du cartilage thyroïde: à la pression, il ne paraissait pas fracturé ni déformé, il était seulement un peu

douloureux. Mais il offrait une disposition singulière. On eut dit qu'il était luxé. Son axe n'était plus sur la ligne médiane du cou et il formait un angle aigu tourné en haut et à gauche

Les caractères du sillon n'étaient pas tout à fait identiques à droite et à gauche. A gauche, où la constriction avait été plus forte, il existait, non seulement de la rougeur, mais un petit pointillé ecchymotique, limité exactement au fond du sillon ; à droite, il n'y avait pas d'ecchymose, mais seulement de la rougeur et une dépression très accentuée des téguments.

Le malade avait une rigidité générale et une contracture qui immobilisait dans la flexion forcée les deux membres supérieurs. Les jambes étaient également rigides, mais dans l'extension. La sensibilité nulle. L'auscultation révélait des râles dans la poitrine. Le cœur battait régulièrement et rapidement.

Il était évident que ce qui dominait, c'était la congestion cérébrale, accusée par la teinte vineuse des téguments et par la saillie des veines du cou et de la face. Une saignée de 500 gram. environ fut pratiquée séance tenante. Des ventouses sèches avaient déjà été appliquées.

Sous l'influence de la saignée, il parut se faire un peu de détente. La teinte violacée des téguments diminua d'intensité et la respiration devint moins stertoreuse. La contracture fut moins absolue, mais le coma persista.

Une heure après amélioration sensible : les téguments deviennent pâles, la peau moite ; il n'y a plus que passagèrement de la contracture à droite, mais elle persistait à gauche.

Tout ceci se passait le lundi.

Le mardi matin, le malade donne quelques signes de connaissance. Les membres du côté gauche sont en état de contracture permanente, avec flexion modérée des divers segments du membre supérieur. Les membres inférieurs sont dans l'extension. De temps en temps en dehors de toute excitation les membres sont agités de secousses convulsives toujours peu nombreuses et peu étendues ; les muscles de la face présentent des mouvements de même nature.

Le côté droit est manifestement paralysé, sans être dans un

état de résolution et de flaccidité complète ; de temps en temps il est comme le côté gauche le siège de petites contractions cloniques.

Le pouls ample et brusque est peu résistant, il y a 96 à 100 pulsations par minute. Le choc précordial est fort et très brusque ; la régularité des mouvements est parfaite.

Le rythme respiratoire est normal ; quelques râles ronflants se perçoivent surtout à gauche.

Le mercredi, l'hémiplégie droite est peu marquée ; cependant pendant le sommeil la commissure labiale droite est encore soulevée par le passage de l'air expiré.

La raideur des membres du côté gauche n'existe presque plus. Le malade qui n'avait pas dit une parole essaie de s'exprimer ; il est certainement aphasique ; un grand nombre de mots paraissent lui échapper et il fait quelques confusions.

Le malade crache avec peine des mucosités visqueuses.

La respiration cependant se fait bien : les râles ronflants qu'on entendait la veille, à gauche en particulier, ont même disparu. Il n'y a aucun trouble oculo-pupillaire.

Le mercredi soir, il y a un mieux notable : la connaissance est revenue en partie ; il parle assez correctement, mais il persiste un peu d'aphasie.

Il n'a aucune notion de ce qui lui est arrivé. Il avale encore mal.

Le jeudi la parole est revenue ; le malade est assez tranquille, il divague seulement un peu en parlant. Le vendredi matin il est sans fièvre ; mais la nuit a été un peu agitée. Dans l'après-midi l'agitation augmente, il parle beaucoup. Le soir, il a la peau chaude, le pouls fréquent (100-104). Il ne reste pas un instant en repos. Ses paroles sont beaucoup plus incohérentes.

Samedi agitation ; la connaissance s'obscurcit de plus en plus. L'on observe de la raideur de la nuque et un peu de renversement de la tête en arrière. Le soir, les mouvements respiratoires diminuent notablement d'amplitude, et il y a même par intervalles de courtes pauses, sans que les désordres présentent nettement le caractère du phénomène dit de Cheyne-Stokes.

Vers quatre heures et demie la respiration s'arrête définitivement. A six heures, état de mort apparente : absence complète de respiration ; absence de pulsations radiales. Pâleur cadavérique. A la région précordiale on perçoit quelques rares battements sensibles à la main et à l'oreille. A six heures et demie il me semble encore entendre une ou deux fois un battement du cœur. La mort survient sans convulsion.

On peut résumer en quelques mots cette observation : Tentative de suicide par pendaison avec compression très prédominante de la moitié gauche du cou. Contracture généralisée, puis limitée au côté gauche. — Hémiplegie droite avec aphasie. Encéphalo-méningite aiguë au cinquième jour. Mort le sixième.

OBSERVATION V

Empruntée à la thèse de Laroche

Antoine M..., 52 ans, journalier. M... était entré le 1^{er} mars à Saint-Louis et ce ne fut que le 8 que je recueillis son observation. Les renseignements qu'on me donna sur lui sont très incomplets et se bornent à ce qui suit :

M... était sans connaissance lorsqu'on l'apporta à l'hôpital ; ses membres étaient contracturés, mais non paralysés. Pendant un ou deux jours il resta sans pouvoir parler ; sa faiblesse était extrême : il ne pouvait se tenir debout. La fièvre fut assez forte le troisième jour de son arrivée. M... a constamment eu des selles et des émissions d'urine involontaires.

Tel est le cours résumé de ce que j'appris.

Etat de M... le 8 mars. — Visage pâle, sans bouffissure, physionomie un peu abattue, pouls plein et dur, peau froide. M... peut se lever et se tenir debout. Les membres ne sont pas paralysés, car il se sert de ses mains, et j'ai constaté du mouvement et de la sensibilité dans les membres inférieurs. La paralysie

du rectum et de la vessie subsiste toujours. Il existe des râles dans la poitrine. Le malade est presque complètement aphone. L'intelligence est obtuse. Il ne se souvient de rien. Le cou présente comme preuve irrécusable de la pendaison, une ligne très apparente qui passe sur la partie antérieure du cartilage thyroïde. Cette ligne présente de petites écorchures en voie de cicatrisation.

11 mars, onze jours après la pendaison.

A l'auscultation, gros râles-humides dans toute la poitrine; à la percussion, matité assez limitée, en arrière du côté droit.

Affaïssement considérable; eschares du sacrum; symptômes généraux d'une fin prochaine.

Mort le 11 mars, à trois heures de l'après-midi.

Autopsie. — Poumons très congestionnés, mais qui ne présentent pas de point pneumonique. Bronchite capillaire très intense; c'est elle qui a causé la mort. Pas d'écchymoses sous-pleurales. Sinus de la dure-mère gorgés de sang. Peu de désordres au cou: les épanchements sanguins sont peu considérables et très superficiels.

Les cordes vocales sont en partie détruites par d'anciennes ulcérations.

OBSERVATION VI

*Empruntée au Précis de Médecine judiciaire
de M. le professeur Lacassagne*

Un brigadier de la garde républicaine avait tenté de se pendre pour un motif des plus futiles. Décroché à temps, on le rappela à la vie et il fut envoyé à l'hôpital du Val-de-Grâce. Il resta presque aphone pendant six jours, puis une bronchite grave survint, et au bout d'une semaine, il présentait une expectoration gangréneuse tellement fétide qu'il fallut l'isoler et le placer dans le jardin, sous la tente. J'ai rattaché cette gangrène

pulmonaire, qui a duré trois semaines, soit à une action réflexe trophique en rapport avec la secousse des centres nerveux, soit à un froissement des pneumogastriques. Au cou, le sillon a persisté pendant une quinzaine de jours.

OBSERVAION VII

*Empruntée à la thèse de Pellier et communiquée
par M. le professeur Lacassagne*

H. T..., âgé de 16 ans, condamné pour vol est envoyé dans une maison de correction à Oullins, où un jour il se pend, parcequ'il a vu, dit-il, des individus se pendre à Saint-Etienne. — Il a déchiré pour cela son essuie-main ; ayant passé un nœud coulant à la tige du timbre, il y engagea sa tête puis donna un coup de pied au baquet. La corde cassa aussitôt. Quelque temps après une ronde était faite et on le relevait — Au cou, on apercevait un sillon presque circulaire, non parcheminé, rougeâtre. Il a eu une érection et une éjaculation. C'est par terre qu'il s'est aperçu de l'érection. Il a, éprouvé, dit-il, des bourdonnements d'oreilles, des scintillations devant les yeux. La pupille gauche est un peu plus dilatée que la droite. C'est de ce côté que la tête était inclinée.

OBSERVATION VIII

Empruntée au Progrès Médical du 17 septembre 1887

UN CAS DE PENDAISON RECUEILLI
PAR LE D^r BIAUTE A L'ASILE D'ALIÉNÉS DE NANTES

C..., âgé de 29 ans était entré à l'asile de A... le 22 novembre 1862, atteint de mégalomonic, sans aucun signe de paralysie générale, 17 ans après l'admission, le 3 août 1880 sans que le

mobile ait jamais pu être bien saisi. C... fit une tentative de suicide. Il s'attacha une corde autour du cou et la fixa au bouton d'une porte séparant le vestibule de la section de l'escalier qui conduit au sous-sol. Il attira la porte sur lui et se laissa ensuite glisser dans l'escalier.

Sa disparition fut vite remarquée et la corde fut coupée par un infirmier, avant que la respiration ait cessé, mais elle était difficile irrégulière, C... faisait de grandes inspirations, séparées par un intervalle prolongé, les lèvres étaient froides. Il y avait perte absolue de connaissance et révolution musculaire complète. On fit des frictions avec la laine et des mouvements respiratoires artificiels par élévation et abaissement des bras, et par compression et dilatation simultanée du thorax.

Etant encore sans connaissance C... a été transporté, vers 8 heures à l'infirmierie. On a pratiqué la flagellation avec des compresses trempées dans l'eau froide et on a continué les mouvements artificiels. La respiration pendant quelques instants est revenue régulière, mais faible. Les pupilles étaient très dilatées. Tout à coup ont apparu des convulsions épileptiformes, avec déviation de la face; par moments elles étaient tétaniques; d'autres fois il y avait projection du tronc et des membres en différents sens; une sueur profuse est survenue la respiration a de nouveau été irrégulière et le pouls s'est présenté petit, filiforme.

Des sinapismes avaient été appliqués sur tous les membres.

Vers 11 heures, on met un vésicatoire à la nuque et comme C... peut déglutir, il est possible de lui faire absorber une potion avec 12 grammes de bromure de potassium. Le sillon est très marqué sur tout le pourtour du cou, avec excoriations sanglantes. Le même état a persisté toute la nuit, avec les mêmes convulsions; mais la respiration est plus ample et tout danger imminent paraît avoir disparu vers minuit; le pouls redevient meilleur. Rien n'a démontré qu'il y ait eu éjaculation spermatique.

A la visite du matin, il est encore dans le coma; on lui fait prendre toutefois du liquide qu'il déglutit et qu'il avale parfaite-

ment. Les pupilles sont dilatées, mais sensibles; le soir, il est réveillé, mais il ne parle pas. Les convulsions avaient cessé avant la visite et n'ont pas reparu durant la journée.

Le surlendemain, C... est revenu à lui; il parle bien; il menace encore d'attenter à ses jours: sa voix est enrrouée et il souffre de partout, dit-il.

Le 6 août, C. . est mieux; toutefois il se plaint de souffrir de la gorge. Il ne veut pas avouer qu'il s'est pendu et prétend être victime d'une erreur médicale.

Le 8 août, le sillon est toujours marqué, même sur la partie qui a supporté le vésicatoire.

Le 12 août, le sillon est brun, parcheminé.

Le 25 août, C... est devenu plus calme et parle d'une façon sensée. Il avoue ne se souvenir de rien de ce qui s'est passé pour la tentative de suicide. Il s'est trouvé à l'infirmerie sans savoir comment. Il dit encore que durant le mois de juillet, en pleine nuit, il avait déjà essayé de se pendre aux barreaux de son lit, mais la corde s'était rompue.

Au mois de décembre, le sillon est blanchâtre; la trace du vésicatoire à la nuque apparaît brunâtre encore.

Telle est l'observation du D^r Biaute. Le D^r Rousseau avait déjà communiqué en 1878, à la Société académique de Nantes, un cas ressemblant au précédent, mais il y avait eu mort trois jours après la tentative de suicide.

OBSERVATION IX

Empruntée au Progrès médical du 17 septembre 1887

CAS DE PENDAISON, RECUEILLI PAR M. TERRIEN,
INTERNE A L'ASILE D'ALIÉNÉS DE NANTES.

G..., 25 ans, célibataire, cultivateur, est entré à l'asile Saint-Jacques, le 31 mai 1887, atteint de délire hypocondriaque avec idées de suicide. Il possède une hérédité accusée. C'est un

VERSE.

grand jeune homme un peu bègue, à tête mal conformée, craintif, pusillanime, masturbateur.

Depuis son entrée à l'asile il était calme, mais se plaignait sans cesse de ses douleurs imaginaires.

Dans la nuit du 13 au 14 juillet, il avait essayé de se pendre; la corde s'était aussitôt brisée et l'infirmier n'avait pas eu besoin d'appeler des secours.

Le 13 août, à dix heures et demie du matin, G... quittait le quartier pour aller chercher les aliments de sa section. Il se dérobe tout à coup au gardien qui accompagnait la petite escouade de malades et pénètre dans une salle de bain. Muni de deux mouchoirs habilement disposés, comme il l'expliqua plus tard après son réveil, il se pend à un crochet situé au-dessus d'une baignoire.

Le gardien s'aperçoit bientôt de l'absence de G... On le cherche et on le trouve à la salle de bains suspendu, les yeux largement ouverts, les membres flasques et pendants, la langue gonflée, violacée, serrée entre les dents, qu'elle dépasse très faiblement.

Il est complètement privé de sentiment et de mouvement; il est dans un état de mort apparente.

On tranche aussitôt le lien, G... fait une inspiration bruyante, l'air a pénétré en sifflant après la rupture de la corde. Il est porté sur son lit, où il reste sans mouvements, mais on voit qu'il respire encore.

J'arrive à ce moment.

Voici l'état dans lequel je le trouve : les yeux toujours grands ouverts, saillants, avec pupilles légèrement dilatées et sans réaction aucune à la lumière; le visage est d'une coloration presque normale, la langue seule est un peu violacée; elle est fixée derrière les arcades dentaires et porte l'empreinte des dents sans que le tissu soit déchiré par une morsure.

Pas d'ecchymoses ponctiformes sous la conjonctive ou les paupières. Insensibilité la plus complète dans toutes les parties du corps; les membres sont en résolution, la cornée est insensible et ne détermine aucune action réflexe quand on la touche;

je titille la membrane pituitaire avec une sonde. G... se débat, agite vivement la tête. Pas de strabisme ; les yeux sont fixes, immobiles dans l'orbite. Une écume blanche, non sanguinolente, s'échappe de la bouche ; elle ne semble pas venir des bronches, car la respiration n'est pas stertoreuse, ne paraît pas embarrassée ; c'est le mucus mousseux de la salive secrétée en très grande abondance.

Aucune trace de sang, ni dans les oreilles, ni dans le nez. Le pouls est petit, mais son rythme est régulier, sa fréquence à peu près normale ; les bruits du cœur sont également réguliers, mais un peu faibles.

Le sillon est marqué par une rougeur un peu diffuse, sans profondeur, sans bords saillants, sans excoriations ni ecchymoses apparentes ; il est oblique de bas en haut et d'avant en arrière, son extrémité inférieure correspondant au cartilage thyroïde. La rougeur est à peine marquée du côté droit, très marquée, au contraire, du côté gauche, où l'empreinte va toute fois de la région sous-hyoïdienne vers la nuque.

Pas de lésions profondes du cou. Pas d'érection ; la verge est semi-flasque. Il y a eu évacuation involontaire d'urine, car la chemise en garde des traces, mais il n'y a pas eu d'éjaculation ni d'évacuation de matières fécales.

J'active la respiration en pratiquant la respiration artificielle. Elle devient haletante.

A ce moment, des attaques épileptiformes apparaissent et ne semblent pas prédominer plus d'un côté que de l'autre.

On le flagelle avec des compresses humides.

Les contractures succèdent aux mouvements convulsifs. Tous ses membres sont rigides et le tronc s'incurve ; il est en opisthotonos, reposant seulement sur le lit par ses deux extrémités, tête et pieds.

La face est, à ce moment, très congestionnée ; elle est violacée ; les lèvres et les oreilles sont bleuâtres. Une sueur profuse inonde le visage ; l'écume s'échappe toujours de la bouche en abondance. Les artères temporales sont gonflées, saillantes, les

pupilles sont très dilatées, inégales, la droite plus dilatée que la gauche. L'anesthésie existe encore.

Dix minutes après mon arrivée, la sensibilité commence à revenir. On pique G..., il retire le membre touché. Il est alors moins congestionné. Les réflexes du genou et du pied sont très augmentés. Puis il se met à faire des mouvements dans le lit avec ses pieds comme s'il marchait, soulevant alternativement et d'une façon absolument régulière le pied droit, puis le gauche.

On le fait lever et maintenir debout en le soutenant, car il ne peut se tenir seul; il reproduit, avec les pieds, les mêmes mouvements qu'il faisait au lit, mais il n'avance pas.

Bientôt le gardien qui le soutient sent qu'il tend à tourner à droite; toujours soutenu, il tourne en effet, l'axe de son corps servant de pivot, car il ne quitte pas encore le point où on le place. Il décrit ensuite un cercle avec un très court rayon, mais toujours le mouvement giratoire se fait à droite, la tête penchée sur l'épaule de ce côté. On essaye de le faire changer de direction et de le faire tourner à gauche. Impossible; ses jambes s'entremêlent, il ne peut avancer; le laissant libre alors, il reprend son mouvement vers la droite; la marche n'est pas bien assurée, il y a de l'incoordination dans les mouvements, il fauche en marchant.

Le rayon de son cercle s'agrandit de plus en plus; toujours soutenu, mais plus faiblement, il va maintenant d'un bout de la chambre à l'autre. Il court plutôt qu'il ne marche. La jambe gauche paraît plus faible. A ce moment, il doit voir, car arrivé à l'extrémité de la salle, il s'arrête pour tourner, mais toujours dans la même direction. On essaye encore de le ramener vers la gauche: mêmes difficultés de progression que tout à l'heure; sa figure, du reste, indique la gêne quand on le contrarie dans ses mouvements. Il n'entend pas encore quand on lui parle.

La cornée est très sensible. On ne peut le maintenir dans un bain de pied. Car ses jambes s'agitent. On lui cède, et il se met à courir avec une grande vitesse. Mis contre le pied d'un lit, il peut maintenant se tenir debout. On le force à rester dans cette

position, mais en vain : il continue ses mouvements de marche avec opiniâtreté, bien qu'il se choque à chaque fois le genou contre le fer, et malgré la douleur qu'il paraît endurer. A un moment donné, impatient, il se met à sauter, à danser, toujours en se frappant contre les barreaux du lit. Cette danse dure une minute environ. Laisse libre de nouveau, il se met à courir. On ne le soutient plus maintenant que par un pan de sa chemise.

C'était un spectacle étrange que la vue de cet homme privé de sentiments, les yeux hagards, courant, tournant et voulant à tout prix courir et tourner du même côté.

On l'applique, en dernier lieu, contre un des angles de la chambre. Il demeure tranquille. Il entend très bien, mais il ne comprend pas. Ses pupilles toujours dilatées, réagissent. Il ne fait plus alors mouvoir ses pieds, mais il frotte vivement son dos contre le mur et son bas-ventre avec les mains. Celles-ci rencontrent bientôt la verge, et il effectue aussitôt les mouvements de la masturbation. J'essaye de lui retirer les mains, il se débat et saisit sa verge avec plus d'acharnement.

Tous ces phénomènes s'étaient succédés en l'espace d'une heure. G... est replacé sur le lit.

Une heure après, il n'y a aucune modification sensible dans son état ; il était cependant plus calme, tout en cherchant fréquemment à quitter le lit. Il ne parlait ni ne comprenait.

Quatre heures après il articule le premier mot, mal prononcé encore et difficile à saisir : « Que je souffre ! » dit-il.

Cinq heures après, il est debout dans la cour ; il marche seul. Plus d'incoordination dans les mouvements, plus de mouvements giratoires, plus d'impulsion irrésistible à marcher.

Il parle et comprend ce qu'on lui dit, mais l'intelligence n'est pas nette, les idées sont troubles, embrouillées.

Il a les membres engourdis, nous dit-il, et il souffre au cou. Il ne peut rien nous rappeler de ce qu'il a fait : il ne s'en souvient pas.

Le sillon est toujours très marqué du côté gauche ; à peine si on l'aperçoit à droite.

Le soir, il boit, mais ne peut avaler les aliments solides à cause de la vive douleur qu'il ressent à la gorge.

La nuit s'est passée sans incidents. Le lendemain il est tranquille et il répond avec précision à toutes les questions. Sa voix est naturelle. On lui fait raconter l'histoire de sa pendaison.

Il raconte qu'il a ressenti une très vive douleur à la gorge, que ses membres s'agitaient dans des tremblements convulsifs. Puis plus rien. Quand il s'est réveillé, il ne se souvenait plus de ce qui s'était passé.

Maintenant G... est tel qu'il se présentait à nous, avant la tentative de suicide, tant au point de vue physique qu'au point de vue mental. Il s'abandonne de nouveau à ses idées hypochondriaques.

Il a un peu de pharyngite, les mouvements de déglutition sont pénibles. L'empreinte au cou est légèrement parcheminée.

A l'auscultation on ne note aucun râle dans les poumons

Cinq jours après l'accident, G... continue à se bien porter. Le sillon persiste toujours au cou, du côté gauche seulement.

L'auteur de l'observation, après recherches faites, estime que G... a pu rester pendu trois à quatre minutes. La syncope a dû être rapide.

Le directeur de l'École de médecine de Nantes, le D^r Laënnec, a publié dans la *Gazette médicale de l'Ouest*, un cas remarquable de syncope se prolongeant pendant plus de douze heures. Il en attribue la cause à la compression des carotides ayant déterminé promptement l'anémie cérébrale.

L'auteur de la précédente observation (Terrien) attribue tous les phénomènes remarqués chez le pendu à la compression des carotides, de la carotide gauche principalement.

OBSERVATION X

CAS D'ASPHYXIE PAR STRANGULATION; ABAISSEMENT CONSIDÉRABLE DE TEMPÉRATURE; GUÉRISON. OBS. PUBLIÉE PAR BOURNEVILLE
(Recueillie en 1869 dans le service de M. le prof. Hardy Hôp. Saint-Louis)

N..., ouvrier doreur, âgé de 62 ans, quitta sa femme avec laquelle il avait gaiement déjeuné à midi et retourna à son

atelier où il fut trouvé à une heure un quart pendu à l'aide d'une corde et ne présentant aucun signe de vie.

La corde dont il s'était servi avait environ deux centimètres de diamètre. Peu après un médecin qu'on avait appelé soigna le malade et l'envoya à l'hôpital Saint-Louis où nous le vîmes immédiatement, c'est-à-dire une heure après l'événement.

Le pouls était perceptible à 84 ; la respiration était irrégulière, diaphragmatique ; la température était de 34°,1. L'insensibilité était complète et la connaissance tout à fait abolie. La face était cyanosée ; la peau uniformément froide. Les pupilles étaient normales, égales et contractiles.

Nous fîmes appliquer des sinapismes sur les jambes, les cuisses et la nuque, frictionner le tronc avec de l'alcool camphré, en même temps que nous faisons des inhalations d'ammoniac, qui ne déterminèrent pas d'éternuement. L'électrisation des muscles du thorax fut ensuite pratiquée.

La respiration devint un peu plus régulière, mais l'état général restait le même.

Deux heures après l'accident, le pouls était de 72-76 et la température toujours à 34°,1. On continue des frictions et on mit des ventouses sèches sur la poitrine et les membres inférieurs.

Trois heures après l'accident : P. 72 ; T. R. 36°,8 ; respiration plus régulière, quelques mouvements convulsifs des membres supérieurs ; agitation. Traitement : Julep avec acétate d'ammoniac ; lavement purgatif, etc.

Cinq heures après : P. 80 ; T. R. 38°,4 ; respiration ronflante à 18 ; peau chaude.

Six heures après l'accident : le pouls était le même, la température à 40°,3. La face était devenue rouge, la chaleur de la peau avait augmenté et le malade dormait. Pour diminuer la congestion on applique des cataplasmes sinapisés sur les cuisses et les mollets.

Huit heures après : P. 92 ; T. R. 39°,6 ; R. 24. Le malade repose tranquillement.

Dix heures après : P. 96 ; T. R. 39°,1 ; R. 24. Le 28 septembre à 9 heures du matin, c'est-à-dire vingt heures après l'accident :

P. 88; R. 20; T. R. 39°,3. Le malade a dormi paisiblement depuis neuf heures du soir. Il était alors éveillé et se plaignait d'un sentiment de pesanteur, la mémoire était confuse, la respiration normale et les battements du cœur réguliers.

Vingt-huit heures après la pendaison : P. 76; R. 20; T. R. 39°. Le malade avait eu trois selles abondantes. Il avait parlé un peu; il ne voulait pas dire pourquoi il s'était pendu et n'avait aucun souvenir de ce qui lui était arrivé.

A partir de ce moment, l'amélioration fit des progrès rapides. On observe toutefois une congestion du poumon droit suivie d'un léger épanchement pleurétique qui nécessitèrent le séjour à l'hôpital jusqu'au 7 octobre.

OBSERVATION XI

Observation sur une asphyxie par strangulation, faite à l'hôpital d'Hamelin en Hanovre, par M. Mousseaux, médecin principal des Armées.

Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires. (Décembre 1818. T. V. page 184).

Le 20 germinal an XIII, un soldat du 98^e régiment étant ivre, fut conduit en prison; cet homme préoccupé d'idées sinistres, se vautrait çà et là, cherchant les moyens de s'évader. Il s'engagea dans le conduit d'un créneau ou ventouse pratiqué dans l'épaisseur du mur pour le renouvellement de l'air.

Après y être entré plusieurs fois, et en avoir été retiré par ses camarades, il s'y fourra de nouveau, parvint enfin jusqu'à l'ouverture extérieure, imparfaitement barrée, et à travers laquelle il passa le bras droit et la tête. Il s'y trouva retenu, ayant le bras et la tête pendant au dehors, et une partie du poids du corps portant sur la région axillaire droite; la tête abandonnée en quelque sorte à son propre poids, par suite de l'état d'ivresse

où se trouvait cet homme, formait compression sur les voies aériennes.

On ne put apprendre exactement le temps qu'il resta dans cette position. On le suppose de cinq à dix minutes. Ses camarades s'étant aperçus de son silence, s'occupèrent de le retirer; l'un d'eux le saisit aux pieds, et, par un effort brusque l'arracha de ce conduit, en le laissant tomber d'une élévation de près de quatre pieds.

Cet homme regardé comme mort, fut apporté à l'hôpital.

Il y avait perte générale du sentiment et du mouvement; la figure était violette, l'œil éteint, les mâchoires serrées; tout le système musculaire dans un état de raideur tétanique, remarquable surtout à la région du cou; la tête était tournée à droite, la peau froide, le pouls à peine sensible, très serré et fréquent.

M. le chirurgien-major, ayant vu le premier ce malade, le fit de suite envelopper dans des couvertures chaudes, et lui fit faire des frictions sur toute l'habitude du corps par deux servants. Il lui fit respirer l'odeur de l'ammoniaque, et prescrivit ensuite deux lavements irritants. Le malade donna des signes évidents d'existence en faisant de temps en temps, et à des intervalles assez éloignés de longues inspirations.

Il rendit, pendant la nuit, quelques matières liquides par la bouche.

Le lendemain matin, M. le chirurgien-major m'invita à voir ce malade avec lui.

Il était étendu sur le dos, les membres dans l'extension, privés de sentiment et de mouvement, la figure pâle, les paupières demi-ouvertes et immobiles, les pupilles très dilatées, non contractiles, les mâchoires serrées, les muscles de la région latérale gauche du cou très tendus, la tête fortement tournée à droite, la respiration faible, peu marquée, et se faisant seulement de loin à loin par de longues inspirations; le ventre était tendu, l'urine ne coulant pas, la peau un peu moite, le pouls roide, serré et fréquent. On prescrivit des embrocations anti-nerveuses sur le cou et sur le ventre, et quelques antispasmodiques à l'intérieur, en faisant effort pour les faire avaler au malade.

Les accidents n'augmentèrent point. Il y eut de la moiteur à la peau pendant le jour; le malade articula même automatiquement un ou deux mots dans la soirée.

A notre sortie de l'hôpital, nous fûmes reconnaître le local de la prison où cet accident était arrivé : nous le trouvâmes différent de ce que nous l'avions supposé, d'après le rapport qui nous avait été fait.

Le troisième jour, il y eut une apparence prononcée de mieux être : la figure avait un meilleur aspect, les yeux commençaient à être sensibles, la rigidité musculaire était diminuée dans la moitié gauche du corps, la peau de ce côté avait recouvré un peu de sentiment.

Ce changement en mieux, et la connaissance que nous avons faite du local où cet accident avait eu lieu, nous firent juger décidément que cette maladie n'était qu'une asphyxie par strangulation et par ivresse, avec compression prolongée des vaisseaux et des nerfs axillaires.

La maladie étant ainsi connue, le traitement subséquent l'était également : *cognitio morborum, materia remedium.*

Placer le malade dans une situation favorable pour la respiration, fomentes les régions frappées d'inertie musculaire, y rappeler le mouvement, réexciter l'énergie vitale dans les organes respiratoires et dans ceux qui avaient souffert par leurs rapports sympathiques avec eux, telles sont les données et les indications d'après lesquelles a été dirigée la suite du traitement de cette maladie, qui probablement se serait terminée par la mort, si la cause qui l'a produite eût agi plus longtemps.

Ce soldat est sorti de l'hôpital parfaitement guéri, le treizième jour.

OBSERVATION XII

Due au médecin de la Prison de Montluçon

Le cou était entouré par un foulard épais et fixé par un nœud empêchant la strangulation; néanmoins il y a eu compression du larynx surtout sur le côté gauche.

Il a dû rester pendu 3 ou 4 minutes. Tout d'abord il s'est affaissé inerte, sans respiration. Peu à peu la respiration s'est rétablie.

A l'arrivée du médecin, environ 20 minutes après l'accident, la face était congestionnée, le cou était tuméfié, les extrémités froides.

Le pouls était à peu près normal ; le cœur battait régulièrement.

La respiration se fait mal encore ; l'inspiration et l'expiration sont courtes ; il existe à la partie supérieure de la poitrine de la submatité.

Le malade accuse une sensation de froid et se met à pleurer.

Le lendemain, il refuse tout aliment, se plaint d'une douleur à la partie antérieure et gauche du cou et d'une courbature générale : Il paraît préoccupé, se lève vers 2 heures du soir et se promène dans la cour.

Vers 5 h. 1/2 il a une syncope et tombe ; il se remet assez vite (1 ou 2 minutes).

Il existe encore des signes d'engouement pulmonaire.

Le troisième jour il refuse encore les aliments et les médicaments qu'on lui offre. Il répond à peine aux questions qu'on lui pose. Le jour suivant il se décide à manger et retrouve son état normal.

Il n'a pas eu de paralysie des sphincters.

L'état des organes génitaux n'a pas été constaté.

OBSERVATION XIII

*Suicide par pendaison. — Fracture du cartilage cricoïde.
Rupture de la membrane crico-thyroïdienne. — Emphysème
consécutif*

(Service de M. le Dr Després à l'hôpital Cochin — Observation lue à La Société anatomique par M. Després, avec pièces à l'appui. *Bulletins. Soc. anat.* 1873 p. 423).

S..., 58 ans, entré à l'hôpital Cochin le 12 mai, 1873. Cet homme, est atteint du délire des persécutions. Des renseigne-

ments que le malade a pu nous donner lui-même, et de ceux que nous avons recueillis à d'autres sources, il résulte que la veille, dimanche 11 mai, S..., a tenté de se suicider par pendaison. Le lien constricteur étant trop faible s'était rompu, et notre malade, après avoir perdu connaissance pendant quelques instants, se relève, et, toujours dans la même journée, il avale un verre d'eau dans lequel il avait fait infuser deux boîtes d'allumettes de dix centimes. Sensation vague de brûlure au moment du passage, raconte-t-il.

Immédiatement après, s'armant d'un rasoir, il se coupe la verge au niveau du scrotum — Hémorragie consécutive qui dure de 2 à 3 heures, et dans laquelle le malade perd jusqu'à un litre de sang. L'hémorragie s'arrête seule.

Le lendemain 12 mai, le malade est reçu à l'hôpital.

Visage hébété ; réponses lentes et incertaines. S... témoigne quelques regrets des actes qu'il a commis la veille. Le pouls est lent. La plaie de la verge ne saigne plus ; les lambeaux en sont très irrégulièrement taillés.

Au cou, il existe une rainure qui correspond au tiers inférieur du cartilage thyroïde, au niveau de laquelle le derme est légèrement ulcéré. Sur les parties latérales, au niveau des cartilages thyroïde et cricoïde, on trouve un peu d'emphysème, que les efforts de toux et d'expiration rendent plus manifeste, surtout si l'on ferme la bouche et les narines du malade. — Bien qu'il soit impossible de constater la moindre mobilité anormale ni crépitation, M. le D^r Després diagnostique une fracture de l'un des cartilages du larynx, d'après la présence seule de l'emphysème.

Prescription : Régime lacté : 2 potions à l'eau de chaux et au carbonate de magnésie.

Le 13 mai. Fièvre légère, teinte subictérique de la peau et des conjonctives.

L'emphysème a fait des progrès ; il envahit toutes les parties latérales du cou, le tissu cellulaire sous-cutané des parois thoraciques au niveau du sternum, des grands pectoraux et descend jusqu'au niveau de la septième côte.

Il existe, en outre, un peu de laryngite marquée par l'enrouement et une toux sèche.

Les jours suivants, le malade commence à manger et se lève. La crépitation de l'emphysème persiste encore, mais on la perçoit chaque jour dans une étendue moins considérable.

Le 19 mai. Il n'existe plus qu'à la partie supérieure du sternum, des grands pectoraux, et sur les parties latérales du cou.

Le 22 mai. On perçoit encore les signes de l'emphysème dans une étendue d'environ 4 ou 5 centimètres seulement, lorsque pendant une forte expiration, on ferme la bouche et les narines du malade.

Le 25 mai. Toute trace d'emphysème a disparu. L'enrouement seul persiste encore. Léger frisson, pas de fièvre.

Rien de nouveau les jours suivants. Le 3 juin, à 2 heures du matin, S... échappant à la surveillance du veilleur de nuit, met à exécution ses projets de suicide et se pend pour la seconde fois.

Autopsie le 4 juin.

Visage fortement congestionné. — Raie circulaire profonde au niveau du lien constricteur. Le cartilage thyroïde est indemne il est ossifié en partie.

Le cricoïde est fracturé à sa partie postérieure (chaton du cricoïde), mais elle n'intéresse pas toute sa hauteur; la muqueuse laryngienne et le périchondre sont intacts. Cette fracture remonte à la première tentative de pendaison, mais le cal déjà formé avait dû se rompre lors de la seconde tentative. Elle est située à droite et à deux ou trois millimètres de la ligne médiane, puis elle se dirige en bas et en dehors, aboutissant au bord inférieur du cartilage, au-dessous de l'articulation des petites cornes du thyroïde, intéressant par conséquent, toute la hauteur du chaton cricoïdien, qui était complètement ossifié.

La membrane crico-thyroïdienne est le siège d'ecchymoses un peu en dehors de la ligne médiane, et en avant, en ce point précisément où elle offre le moins de résistance, et où elle est traversée par les rameaux de l'artère laryngée et les branches du nerf laryngé externes. Dans le point correspondant de la

muqueuse laryngienne, on aperçoit les traces d'une cicatrice étoilée récemment formée, et rompue par la seconde pendaison. C'était donc par ce pertuis de la membrane crico-thyroïdienne, et non par la fracture du cartilage, que s'échappait l'air, ainsi que le prouve l'examen du périchondre et de la muqueuse, qui étaient intacts au niveau de la fracture.

L'estomac est le siège d'arborisations, disséminées par plaques dans toute l'étendue de la muqueuse et tranchant par leur coloration vive due à l'injection des vaisseaux sur la coloration parfaitement mate des parties voisines.

La muqueuse duodénale, dans une étendue de sept ou huit centimètres à partir du pylore, est très vivement injectée. Le reste du tube digestif et les autres organes ne présentent aucune lésion.

OBSERVATION XIV

Observation de B... (Célestin), mort à l'Hôtel-Dieu, après avoir tenté deux fois de mourir par pendaison, 1884, due à M. le professeur Lacassagne.

B... Célestin, âgé de 27 ans, né à Suse (Italie), habitant rue Molière, 155, exerce la profession de mouleur en fonte. Son père est mort du choléra ; sa mère est morte à 70 ans. Ni frères, ni sœurs.

Pas de maladie antérieure.

Habite la France depuis sept ans.

Un peu enrhumé depuis quinze jours.

On l'apporte le 4 février, à 6 heures du soir, au n° 73, salle Saint-Louis.

5 février. — Le malade délire très fortement, au point qu'on lui met la camisole de force et il ne répond rien de sensé de toute la journée. Les mots sont mal articulés et incompréhensibles ; la voix rauque.

Pouls rapide, température élevée.

6 février. — Le malade répond aux questions qu'on lui pose.

On le fait passer en médecine, salle Saint-Augustin, n° 24. Il raconte qu'il est plus fatigué que d'habitude depuis quinze jours et qu'il ne peut plus travailler. Il nie énergiquement avoir attenté à ses jours. Il paraît ne se souvenir de rien et prétend être venu aujourd'hui même à l'hôpital.

Cependant il parle de foulard coupé et de douleurs cruelles qu'on lui aurait fait subir.

A l'examen superficiel, on trouve des écorchures au front, à droite. Au cou, on voit un sillon rouge d'environ trois centimètres de largeur et dans lequel sont des écorchures parallèles; il est beaucoup plus marqué à droite. Au-dessous on voit douze piqûres de saignées le long des sterno-cleido-mastoïdiens et à l'apophyse mastoïde gauche. La plaie triangulaire est très nette. Au pied gauche on a fait une brûlure intense à la face plantaire au moyen d'une brique chauffée.

La voix est rauque et le malade tousse beaucoup. Les crachats sont épais, jaunâtres, mais non sanguinolents. A la percussion du thorax on trouve une diminution de la sonorité aux deux bases, surtout à droite. Les vibrations sont à peu près normales. A l'auscultation on entend des râles sonores à droite et en haut. La respiration est obscure à droite. Aux deux bases, surtout à droite, râles crépitants secs nombreux. Le cœur bat rapidement. Les bruits sont mal frappés, mais non soufflants.

Température rectale 39° 2.

La langue et les lèvres sont sèches. L'haleine n'est pas fétide.

7 février. — Les phénomènes inflammatoires du poumon continuent à augmenter.

Le malade interrogé sur l'emploi de sa journée d'hier prétend avoir marché tout le jour et être entré ce matin à l'hôpital. Il explique sa lésion du pied et celles du cou par des éclats de fonte qui l'auraient brûlé dans son atelier.

8 février. — Les crachats sont épais, adhérents au vase

quelques-uns sont bruns foncés, d'autres ocreux, en un mot ils contiennent presque tous du sang.

Râles nombreux et sonores au sommet droit; aux deux bases frottements plus ou moins secs, nombreux surtout à droite; un peu d'égophonie.

Température 39° 8.

La voix est moins rauque, l'aspect général plus calme.

16 février. — Le malade n'a plus aucun symptôme fébrile et comme il se plaint beaucoup de la brûlure du pied gauche, on le fait repasser en chirurgie. La voix est un peu revenue, mais elle est toujours rauque et inégale.

Le malade est amaigri et a un peu de prostration. Toujours des râles aux deux bases.

4 mars. — Pendant les quinze derniers jours, santé passable. Le malade parle, mais la voix est très rauque. Il lui est très difficile de parler bas. Douleurs toujours très vives au pied.

6 mars. — Aujourd'hui le malade est plus faible et a eu des points de côté nombreux. A l'auscultation, on trouve à droite, sous l'omoplate, une respiration très soufflante et quelques râles secs.

Température axillaire 39° 4.

Pas de crachats sanguinolents. Haleine très fétide.

11 mars. — Respiration haletante. Râles humides et craquements dans tout le poumon droit. — Râles nombreux à la base gauche. Voix aphone.

Température 39°.

Rien au cœur.

13 mars. — Mort du malade.

Autopsie pratiquée trente-six heures après la mort du sujet.

Aspect extérieur. — Membres peu amaigris, malgré une maladie d'un mois et demi. On ne trouve sur la peau du cou aucune trace des ecchymoses produites au moment de la pendaison. Muscles absolument sains. Vaisseaux volumineux : les jugulaires sont très dilatées et ont des branches très nombreuses

qui se rendent au corps thyroïde. Celui-ci a un volume légèrement au-dessus de la normale et il est un peu hyperémisé.

Les ganglions lymphatiques du cou sont très gros et plus développés à droite qu'à gauche.

Os hyoïde. — Pas de fracture, mais une déformation congénitale très prononcée. Au lieu d'être symétrique, la corne droite est beaucoup plus courte que la gauche et plus relevée en haut.

Cartilage thyroïde. — Les petites et les grandes cornes sont intactes. A droite, immédiatement au-dessus de l'insertion de la corde vocale inférieure, se trouve une nécrose du cartilage. On voit une petite ouverture ronde ayant trois millimètres de diamètre. Du pus s'en écoule. En l'élargissant avec un stylet, on sent des séquestres cartilagineux.

Cette lésion est située à droite, du côté même où le sillon du cou était le plus large et le mieux marqué.

L'épiglotte est grise et enduite d'un mucus grisâtre. Les cordes vocales sont d'un gris noirâtre, beaucoup plus prononcé que les tissus voisins. On fait sourdre des ventricules un liquide muco-purulent.

Les carotides sont à peu près normales, peut-être un peu hyperémisées.

Dans les bronches on trouve un liquide louche assez abondant. Les poumons sont volumineux, adhérents, surtout le droit, farcis de tubercules dans toute leur étendue. A droite, on trouve une petite caverne.

Le cœur est rempli de gros caillots noirâtres.

Le volume et les orifices sont intacts.

Pas d'athérome.

Le foie n'est pas augmenté de volume : à la coupe il présente les signes d'une dégénérescence graisseuse au début.

Rate, reins, testicules normaux. On n'y trouve aucun tubercule.

En résumé : lésions pulmonaires et laryngiennes.

Les personnes qui ont assisté le malade après sa tentative de suicide ont fourni les renseignements suivants :

Le nommé B... était assez régulier dans son existence. Sans

ouvrage depuis quelques jours, il était ennuyé et avait dit une fois à sa propriétaire qu'il finirait par faire quelque mauvais coup.

Lundi soir, vers quatre heures, il monte dans la chambre d'un de ses amis, qui était en ce moment passablement ivre. Il enfonce dans le mur un clou à une hauteur d'environ 2^m 30. Cela fait, il monta sur un bahut et au moyen d'une corde se pendit. Son camarade, malgré son état d'ivresse, eut assez de présence d'esprit pour se lever et couper la corde. Il tomba debout et put parler immédiatement. Il s'assit sur le lit. Son camarade avertit la propriétaire qui vint chercher la corde, et il enferma le dépendu dans la chambre.

Un moment après on entendit de nouveaux coups frappés sur le clou, mais on n'y prit pas garde tout d'abord, sachant qu'il n'avait plus de corde. Cependant, après un moment d'hésitation, on monta dans la chambre et en ouvrant la porte on vit de l'urine sur le plancher. On regarda et on trouva Bianco, de nouveau pendu derrière la porte au même endroit que la première fois, au moyen d'un mouchoir qu'on coupa aussitôt. On le descendit donnant à peine trace de vie.

Un pharmacien appelé aussitôt lui mit des sangsues au cou, appliqua de la moutarde aux jambes. On fit chauffer une brique qu'on approcha du pied gauche. Une brûlure intense à la plante du pied en est le témoignage.

Peu à peu il se mit à remuer, mais sans pouvoir prononcer une seule parole.

A sept heures on le transporta à l'Hôtel-Dieu où il ne reprit la parole qu'environ seize à dix-huit heures après.

La suspension au dire des témoins aurait duré au moins cinq minutes.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

« En médecine pratique, dit Schützenberger, il ne faut jamais se placer au point de vue de l'inutilité des secours de l'art, quand la certitude n'est pas absolue. »

Ces mots écrits à propos de l'apoplexie s'appliquent à la pendaison. Dans les observations que nous avons parcourues, nous avons vu des pendus restés en apparence de mort pendant demi-heure, une heure même, et rappelés ensuite à la vie. Du fait que la syncope survient fréquemment au commencement même du suicide qui nous occupe, il ne faudra abandonner le malade que lorsque tous les secours de l'art auront été épuisés.

Nous pourrions citer ici des exemples remarquables de survie. Cependant les histoires de résistance très prolongée à la pendaison ne présentent pas en général des caractères d'authenticité suffisants. Il nous suffira d'emprunter deux exemples à la « Dissertation sur l'incertitude des signes de mort » de Bruhier :

1° Anne Green, exécutée à Oxford le 14 décembre 1650, qui fut rappelée à la vie après demi-heure de pendaison,

malgré les tractions et les violences exercées dans la bonne intention d'abrégé ses souffrances ;

2° Un voleur pendu de la veille et sauvé par un meunier après vingt-quatre heures de pendaison.

OBSERVATION IV

Une observation du docteur Glover, parue dans le *Medical adviser* (1) mérite au même titre d'être relatée. Il s'agit d'un homme rappelé à la vie après vingt-neuf minutes de pendaison.

« Les premiers moyens qui furent mis en usage consistèrent en une saignée de l'artère temporale et de la veine jugulaire externe ; des frictions alcooliques le long du dos et du cou, — des lavements de fumée de tabac, — des frictions plus fortes sur les bras et les jambes furent également mis en usage.

Au bout de quatre heures de tentatives inutiles, Glover incisa la trachée-artère et insuffla de l'air dans les poumons à l'aide d'une canule ; vingt minutes s'étaient déjà écoulées depuis cette dernière opération, lorsque le sang commença à sortir par la plaie faite à l'artère temporale, et l'on sentit en même temps de légères pulsations qui devinrent de plus en plus prononcées sous l'influence des frictions qu'on ne cessait de pratiquer.

On irrita alors avec l'ammoniaque les cavités de la bouche et du nez, et le malade entr'ouvrit les yeux. On put, dès cet instant, lui faire prendre quelques cordiaux

(1) *Archives générales de médecine*. Année 1827, t. XIV, p. 95.

et deux jours après il put sortir et faire à pied un trajet de trois lieues. »

On peut diviser le traitement, en traitement prophylactique et en traitement curatif.

Le traitement prophylactique mérite d'être étudié ne serait-ce que pour détruire un préjugé populaire qui défend de toucher un pendu avant l'arrivée de l'autorité de police. Combien de pendus sont morts sous les yeux de ceux qui auraient pu leur porter secours? Combien sont nombreux ceux qui ont pris la fuite en voyant un pendu se débattre et lutter contre la mort?

Les exemples abondent. Qu'il nous suffise d'en emprunter un à Tardieu (1).

« Un jeune homme, frère d'une de nos grandes illustrations littéraires, élève du lycée Napoléon, mis au cachot et très mauvaise tête, se pendit au moment précis où le garçon de service lui apportait son repas. Celui-ci le vit se débattant; mais, obéissant à un préjugé stupide, il n'osa couper la corde et porter secours au pauvre enfant; il courut à travers les longs corridors jusqu'à ce qu'il trouvât un maître qui arriva trop tard. »

Ce fait, ajoute Tardieu a dû se produire plus d'une fois dans des conditions semblables.

L'ordonnance du Préfet de police en date du 7 mai 1872 détruit ce préjugé dans les « instructions sur les secours à donner aux asphyxiés par strangulation, suspension ou suffocation ». Elle contient ce passage : « Il faut tout d'abord détacher ou plutôt, afin d'aller plus vite, couper

(1) *Etude médico-légale sur la pendaison.*

le lien qui entoure le cou et, s'il y a pendaison, descendre le corps en le soutenant de manière qu'il n'éprouve aucune secousse. Tout cela doit être fait sans délai et sans attendre l'arrivée de l'autorité de police. »

Donc, et c'est là un premier point bien établi, il faut sans arrière pensée aller au secours d'un pendu et couper au plus vite le lien qui entoure le cou.

En second lieu, nous pensons qu'un arrêté devrait défendre aux expérimentateurs et aux acrobates de se livrer aux tentatives de pendaison, — ou tout au moins leur prescrire de ne tenter leurs expériences qu'en présence de témoins capables de conjurer à temps le péril toujours imminent d'une mort accidentelle.

Le docteur Chown rapporte le cas de Hornshaw qui avait coutume de se pendre en public. Il périt victime de son dangereux métier, après avoir été rappelé précédemment à la vie en trois occasions.

On cite également l'américain Scott, qui mourut dans des conditions semblables.

Ce qui rend ces expériences dangereuses, c'est la rapidité avec laquelle arrive la perte de connaissance.

Tous les pendus rappelés à la vie racontent qu'à l'instant même où ils se sont pendus, ils n'ont pu faire pour se sauver aucun mouvement des bras ni des jambes.

Ce second point établit que les expériences sur la pendaison sont toujours dangereuses et déterminent souvent la mort. Et nous sommes amenés à conclure qu'on doit en montrer les dangers et même les interdire.

Les traitements curatifs se trouvent indiqués dans les différentes observations que nous publions. Mais il nous paraît utile de les rassembler ici.

D'ailleurs, il nous suffirait presque pour traiter cette dernière partie de notre travail, de citer tout au long, l'ordonnance du Préfet de police, à laquelle nous avons déjà fait un emprunt. Après avoir coupé la corde, dit l'instruction, on enlèvera ou on desserrera les jarretières, la cravate, la ceinture du pantalon, les cordons de jupes, le corset, en un mot toute pièce de vêtement qui pourrait gêner la circulation.

Nous croyons qu'il est inutile de transcrire in extenso les autres articles de l'ordonnance. Elle est tout entière reproduite dans le Précis de Médecine judiciaire de M. le professeur Lacassagne.

Tels sont les secours essentiels que toute personne intelligente peut administrer. Mais « pour obtenir du succès, il faut les donner sans se décourager, quelquefois pendant plusieurs heures de suite. »

Il nous reste à voir quelles sont les ressources qu'un homme de l'art peut encore avoir à sa disposition.

Fodéré dit que pour le choix des secours à administrer aux pendus, il faut savoir si l'individu est mort en apparence par le poumon ou le cerveau.

Cette distinction mérite de rester pour le traitement des accidents consécutifs. Car si on essaie de synthétiser tous les symptômes importants, pouvant amener la mort, relevés dans nos observations, on voit que la formule de Fodéré reste vraie. Mais elle deviendrait subtile, peut-être même dangereuse, si on l'appliquait au moment même où le malade vient d'être dépendu. Les minutes sont alors comptées, et il faut se hâter. Essayer de faire des diagnostics précis, c'est perdre un temps précieux. Fourdes plus pratique, dit qu'il faut sans retard rétablir la respiration.

Et il donne 5 moyens :

- 1° Elévation rythmique des bras (Méthode de Sylvester);
- 2° Compression méthodique du thorax;
- 3° Insufflation pulmonaire;
- 4° Affusions froides sur la face et le thorax;
- 5° Action de l'électricité.

Certains auteurs, parmi lesquels on compte Cazauvielh (1), vont plus loin : ils conseillent la trachéotomie.

Si le pendu est rouge, violet ou noir c'est-à-dire s'il offre des signes de congestion, s'il rentre en un mot dans la division des pendus bleus, il sera utile, pour calmer l'état d'érythème circulatoire généralisé, d'appliquer des sangsues derrière l'oreille, de pratiquer la saignée de la veine jugulaire ou plutôt la saignée du bras, — de faire des révulsions sur la peau soit avec des sinapismes, soit avec le marteau de Mayor, soit enfin et tout simplement avec des brosses.

Contre la dépression et le collapsus on donnera des stimulants, de l'alcool et surtout du café.

Lorsque le pendu aura donné signe de vie et que la respiration et la circulation seront à peu près normales, il faudra examiner le malade plus attentivement. On pourra dès lors instituer un traitement plus rationnel, plus symptomatique et faire face aux différentes affections qui auront apparu : pneumonie, — laryngite, — affections cérébrales ou médullaires.

On comprendra facilement que nous n'insistons pas sur ce point.

(1) *Traité du Suicide*, 1840.

CONCLUSIONS

I. — Il est de toute nécessité pour le médecin légiste de savoir à quels signes il pourra reconnaître qu'un individu a subi réellement un commencement de pendaison.

II. — Les causes de la pendaison incomplète et de ses accidents consécutifs doivent être classées en deux groupes :

A) L'un comprend tout ce qui a rapport au lien, à sa situation, à sa direction, à sa constriction ;

B) L'autre tout ce qui tient à l'individu lui-même, à son tempérament, à sa résistance, à sa manière de réagir.

III. — Nombreux sont les accidents consécutifs. On peut théoriquement les diviser en accidents locaux et généraux. Parmi les accidents locaux les plus importants se rapportent aux lésions des cartilages du larynx et du paquet vasculo-nerveux ; — parmi les accidents généraux, les plus fréquents tiennent à des lésions nerveuses et pulmonaires.

IV. — La respiration artificielle, immédiate est le premier traitement qu'on doit employer vis-à-vis d'un pendu ; on traitera ensuite les accidents consécutifs par des moyens variés.

V. — Comme cinquième conclusion, nous ne pouvons mieux faire que d'indiquer la marche à suivre dans une expertise sur un cas de pendaison quelconque ou de strangulation. Ce plan nous a été communiqué par M. le professeur Lacassagne.

Examen Médico-légal et Autopsie

DANS UN CAS DE

STRANGULATION OU DE PENDAISON

<i>Autopsie pratiquée le</i>	18	<i>Sexe</i>
<i>Nom et prénoms</i>		<i>Age</i>
<i>Date de la mort</i>		<i>Température</i>
<i>Pression barométrique</i>		<i>Etat hygrométrique</i>

I. — Constatations préliminaires.

- 1^o Renseignements et circonstances du fait.
- 2^o Position du cadavre. { Etat des vêtements. — Présentent-ils des taches, des empreintes (urine, matières fécales, sperme).
Corps en contact avec le sol, au-dessus de celui-ci.
avec des objets voisins (meubles, murs).
Position des bras et des jambes.
de la tête { Incliné en avant, en arrière.
à gauche, à droite.
- 3^o Lien. { Nature, forme et dimensions.
Situation et direction — Serré ou lâche.
Caractères des nœuds.
Point d'attache.

II. — Examen externe.

- 1^o Signes de la mort. — Date. { Rigidité. { Membres supérieurs ou inférieurs.
Mandibule.
Lividités. { Siège. — Correspondent-elles au décubitus.
Dimensions.
Putréfaction. { Fosses iliaques.
Tête et cou.
Membres inférieurs.
- 2^o Constatations à relever. { Taille Poids Age Conformation { Aspect générale }
Signes d'identité { Professionnels.
Cheveux et poils.
Dents.
Ongles.
Cicatrices.
Tatouages.
Oreilles (description).

3 ^e La peau et les orifices.	Changement de coloration.	Face pâle. — colorée ou violacée. Congestion des extrémités (chez les pendus) Empreintes diverses. — Putréfaction rapide chez les étranglés.
	Aspect de la face (piqueté chez les étranglés). Blessures quelconques.	
	Les yeux.	Paupières entr'ouvertes. Ecchymoses des paupières et conjonctives (pointillées). Sallie du globe oculaire. — Pupilles dilatées (diamètre). La cornée (tache scléroticale). Luxation du cristallin. Hémorragies rétiniennes.
	Nez et narines	Erosions à la face dorsale, sur les narines. Sortie de liquide spumeux. — de sang, de sanie. Mucus desséché.
	Tête.	Ecume. — Mucus. Etat des lèvres, du frein des lèvres, ecchymoses pointillées. Lèvres bleuâtres, avec teinte ecchymotique du bord libre (pendaison). Morsures, ecchymoses. — Ecume. — Corps étrangers.
	Bouche.	La langue { Sa position. Morsures. Taches ecchymotiques. Injection de la base.
	Les dents.	
	Oreilles.	Violacées — le sont-elles également ? Écoulement. Rupture de la membrane du tympan
	Cou.	Sera décrit au moment de l'examen interne.
	Poitrine et abdomen.	Ecchymoses pointillées. Putréfaction. Les seins. Les vergetures.
Organes génitaux.	Homme { Congestionnés et même turgescents (Écouil. de liquide au méat à recueillir.) Femme { Examen externe — Congestion. État de l'hymen (Liquides suspects à recueillir.	
Anus.	Dilatation. Liquides suspects. Écoulement de matières fécales.	
Membres inférieurs et supérieurs.	Traces de violences { Contusions. Blessures. Empreintes diverses. Ecchymoses, lividités — Purpura. Les ongles { Teinte cyanosée. Corps étrangers.	

III. — Examen interne.

Examen du cou. — Dissection de la région par deux lambeaux quadrilatères incision médiane, incisions sur les clavicules et le bord du maxillaire inférieur. — Examen couche par couche. — Ligature au milieu de la trachée. — On ouvre ensuite le thorax et l'abdomen. — L'estomac est aussitôt enlevé après avoir mis doubles ligatures au cardia et au pylore.

		Sillon réel. — Apparent. — Peu visible. — Faux sillons. — La putréfaction.
Lésions superficielles.	La peau	Changement de coloration — Parcheminée. Sillon mou. Empreintes ou impressions laissées par les doigts, la main. Coups d'ongle (siège, description)
		Situation par rapport au larynx { Au-dessus. Sur. Au-dessous.
	Le sillon	Forme et direction { Circulaire, Parabolique ou en fer à cheval. Latéral. — Superficiel ou profond. — Large ou étroit. Transversal ou oblique. Aspect et consistance { Coloration brun-jaunâtre, bords livides ou rouges. Ecchymoses linéaires sur les bords. Bourrélet œdémateux. Empreinte parcheminée.
1° Le cou.	Lésions profondes (à la dissection)	Tissu cellulaire sous-cutané { Tassement. — Ligne argentine. Ecchymoses.
	Muscles.	Ecchymoses. Déchirures (ante ou post mortem).
	Vaisseaux et nerfs.	Injection des tuniques et de la gaine. Déchirure de la tunique interne et moyenne (des carotides, surtout avant la bifurcation) ou lésion d'Aussat. Tiraillement et compression des fibres nerveuses du pneumogastrique et des ganglions du grand sympathique.
	Os hyoïde.	— Fractures fréquentes.
	Apop. styloïde.	— Fracture, surtout chez les femmes
	Cartilages du larynx.	Fractures. Face interne du larynx, congestionnée ou violacée, avec écume (strangulation). { Fine. Blanche. Rosée ou sanguinolente.
	Colonne vertébrale.	Mobilité anormale du cou. Fracture et luxation des vertèbres cervicales
	Bouche et pharynx	Dents. Langue. Pharynx. — Epiglotte. Œsophage.

	Les parois.		
	Les plèvres — Contenu. — Adhérences.		
2^e Le Thorax.	Péricarde.	{ Contenu. Etat de la séreuse. — Taches de Tardieu. Artère coronaire.	
	Cœur.	Droit	{ Sang : fluide et noir. — Caillots rars — Plus de sang que dans le cœur gauche. Valvules. Endocarde.
		Gauche.	— Mêmes constatations.
	Gros vaisseaux	{ Aorte. Artère pulmonaire.	
	Trachée et bronches	{ Congestion. — Teinte vineuse. Ecume (surtout dans la strangulation).	
	Poumons.	Surface	{ Poumons affaissés. (Pendai- son). Inégale, bosselée, plus bleue. } strangula- Plaques emphy- } tion. semateuses. Taches de Tardieu.
		Parenchyme	{ Œdème pulmonaire, car- miné. Congestion aux lobes in- férieurs (rendus). Noyaux apoplectiques, extravasation et in- filtration sanguine (strangulation).
		Etat des muscles.	
		Péritoine et épiploon.	
		Anses intestinales.	
3^e Abdomen.	Estomac.	{ Aliments (quantité — état de la diges- tion) Liquides (odeurs — alcool ?).	
		{ Corps étrangers } Arborisation vascu- Muqueuse } laire — aspect de vessie à colonnes. Piqueté carmin ou vermillon, en flocs ou généralisé.	
	Intestin.	Mêmes constatations.	
	Foie et reins	{ Congestion.	
	Rate.	{ Dimensions. Aspect.	
	Vessie.	{ Quantité du contenu. Qualité (alcool ?).	
	Organes génitaux internes.	Testicules	
		Canal de l'urètre (sperme).	
	Femme	{ matrice et annexes.	

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BACON. — *Historia vitæ et mortis.*
- BLOCC. — Des contre-indications du Trait. par la suspension. (*Bulletin médical*, 1889).
- BRUHIER. — Dissertation sur l'incertitude des signes de la mort (1752).
- BROWN-SEQUARD. — (*C. R. de l'Académie des sciences* 1885 et 1887).
- CASPER. — *Traité pratique de médecine légale* (1862).
- CHAILLOUX. — Fractures du larynx consécutives à la pendaison (Thèse de Paris 1874).
- COUTAGNE. — De la mort par pendaison in *Archives d'anthropologie criminelle et des sciences pénales* (1886).
- DEVERGIE. — *Médecine légale.* (1835).
- DECHAMBRE. — Article pendaison.
- FODÉRÉ. — *Traité de méd. légale et d'hygiène pub.* (Paris, 1883).
- HOFMANN. — *Nouveaux éléments de méd. légale.* Trad. de Lévy (1881).
- LADAME. — De la suspension dans les tabes. *Revue méd. de la Suisse romande* (1889).
- LACASSAGNE. — *Précis de médecine judiciaire* (1886).
- LABOCHE. — De la tentative de pendaison (Thèse de Paris, 1863).
- LE FORT. — Article carotide in *Dict. encyclop. des sciences médicales.*

- LETULLE. — Troubles fonctionnels du pneumogastrique
(Th. d'agrégation 1883).
- LEVY. — Contribut. à l'étude des causes de la mort dans
pend. et strang. (Th. de Paris, 1879).
- MASCHKA. — Handbuch der gerichtlichen Medicin (1884).
- ORFILA. — Traité de méd. légale.
- PELLIER. — De la pendaison (Th. de Lyon, 1883).
- PLUTARQUE. — Œuvres morales.
- TAMASSIA. — Della parte che a il pneumogastrico nella
morte per appiccamento (*In Rivista sperimentale di
freniatria e di medicina legale*. Pavie, 1880).
- TARDIEU. — Etude médico-légale sur la pendais. la strang.
et la suffoc. (Paris 1870).
- TAYLOR. — Traité de méd. légale (Traduc. de H. Coutagne.
Paris 1881).
- TOURDES. — Article Pendaison in Dict. de Dechambre.
- THANHOFFER. — Médic. centrablat (1875).
- VIBERT. — Précis de médec. légale (1890).
-