

*F. Tardieu
Sardet*



DOCUMENTS DE CRIMINOLOGIE

ET DE MÉDECINE LÉGALE

Publiés sous la direction du Dr A. LACASSAGNE

DE

L'ÉGORGEMENT

AU POINT DE VUE

MÉDICO-JUDICIAIRE

PAR

Le Dr VIGUIÉ



LYON

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

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR
120, boulevard St-Germain

1891



A. STORCK, ÉDITEUR — LYON

LES ACTES DE L'ÉTAT CIVIL

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

SUR LA NAISSANCE, LE MARIAGE, LA MORT,

Par A. LACASSAGNE

Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon

MANUEL DES EXPERTISES MÉDICALES

EN MATIÈRE CRIMINELLE

Par le D^r H. COUTAGNE

Chef des travaux de médecine légale à la Faculté de Lyon

LA MAISON A CONSTRUIRE

ET LES RAPPORTS DES ARCHITECTES EXPERTS

(32 gravures dans le texte)

Par A. BELLEMAIN, architecte-expert

DES EPIDEMIES

ET DES MALADIES TRANSMISSIBLES

dans leurs rapports avec les lois et règlements

Par le D^r A. J. MARTIN

Membre du Comité consultatif d'hygiène de France

Ouvrage honoré d'une souscription du Ministère de l'Intérieur

(PRIX VERNOIS DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE 1890)

LE CRIME EN PAYS CRÉOLES

Par le D^r A. CORRE

Chaque volume in-18, papier teinté, reliure percaline anglaise,
tranches rouges 3 fr. 50

Le même, broché 3 »

*à l'amⁱ Tander
Ary*

T 7 E 12

DOCUMENTS DE CRIMINOLOGIE

ET DE MÉDECINE LÉGALE

Publiés sous la direction du Dr A. LACASSAGNE

DE

L'ÉGORGEMENT

AU POINT DE VUE

MÉDICO-JUDICIAIRE

PAR

Le Dr VIGUIÉ



LYON

A. STORCK, ÉDITEUR

78, rue de l'Hôtel-de-Ville

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

120, boulevard St-Germain

1891

INTRODUCTION

A l'occasion d'un suicide par blessure du cou à l'aide d'un instrument tranchant (un rasoir), M. le D^r Lacasagne, professeur de Médecine Légale à la Faculté de Lyon, fit au laboratoire une leçon dans laquelle il donna à ce genre de blessure le nom d'**égorgement**. Il voulut bien nous indiquer alors cette question comme sujet de thèse au point de vue médico-judiciaire.

L'égorgement est donc la blessure par instrument tranchant, portant sur la région antéro-latérale du cou. — Nous avons essayé de faire l'étude de ce genre de mort soit homicide, soit suicide de manière à examiner toutes les particularités qui peuvent se rencontrer à ce sujet dans le cours d'une expertise. — Nous avons dans ce but adopté le plan suivant :

INTRODUCTION.

HISTORIQUE DE L'ÉGORGEMENT.

CHAPITRE I. — Appréciation de la gravité des blessures du cou.

CHAPITRE II. — Description des blessures suivant leur siège et leur profondeur.

CHAPITRE III. — Diagnostic de l'instrument qui a fait la blessure.

CHAPITRE IV. — Du moment auquel remonte la blessure.

CHAPITRE V. — Homicide — Etude et observations.

CHAPITRE VI. — Suicide — Etude et observations.

CHAPITRE VII. — Diagnostic différentiel entre le suicide, l'homicide et l'accident.

CONCLUSIONS.

Nous avons étudié d'abord toutes les questions touchant l'égorgeant, pouvant se rapporter indifféremment à l'homicide et au suicide, pour traiter dans la seconde partie celles qui se rapportent spécialement à chacun — Espérant arriver ainsi à mettre en lumière les points obscurs qui peuvent se présenter, en fournissant au médecin expert tous les renseignements nécessaires et en en présentant une vue d'ensemble, nous avons à la fin de ce travail résumé en quelques conclusions les réponses aux questions qui ont été abordées dans cette étude — Nous étant placés ici entièrement au point de vue médico-judiciaire nous avons laissé autant que possible de côté la pathologie de la question.

Qu'il nous soit permis, en arrivant à la fin de ce travail, de remercier M. le professeur Lacassagne pour son

obligeance et ses conseils qui nous ont permis d'utiliser, du moins nous l'espérons, aussi complètement que possible, non seulement les documents bibliographiques recueillis sur ses indications, mais encore les faits nouveaux dont il a bien voulu nous faire profiter.

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

Historique de l'Egorgement

Nous ne voulons pas faire ici l'histoire complète du suicide, ni de l'homicide en général. Assez d'ouvrages traitent cette question. Mais nous avons essayé de dégager de cette histoire, celle de l'égorgement dont nous allons faire l'esquisse rapide. Nous examinerons donc l'histoire, la statistique et la législation de ce mode de blessures du cou. — Elles semblent avoir été connues de toute antiquité, puisque l'on égorgeait des victimes aux anciens dieux pour se les rendre propices. Généralement on brûlait ensuite les corps. Nous n'entrons point dans les détails que fournit à ce sujet la mythologie et nous nous contenterons de passer en revue les égorgements sur lesquels on a des notions plus précises. Nous citerons la mort d'Eumène, ami d'Alexandre, roi de Macédoine qui fut ainsi tué dans sa prison, après avoir été privé de nourriture pendant trois jours. Pyrrhus au siège d'Argos reçut une tuile sur la tête qui le fit tomber de cheval. Un soldat d'Antigone nommé Zopyre et deux ou trois autres le traînèrent sous une porte, et le premier tira son cimeterre pour lui couper la tête. Pyrrhus lui lança un regard qui l'effraya ; le premier

coup fut porté au menton et d'une main tremblante, et la tête ne fut séparée qu'avec peine du reste du corps. — Dion de Syracuse fut aussi assassiné de la même manière. — Darius, roi des Mèdes avait ourdi une conspiration dont le but était d'égorger Artaxercès dans son lit. Il fut dénoncé, de telle sorte que son projet échoua, arrêté et condamné. L'exécuteur appelé vint avec le rasoir dont il se servait pour couper la gorge aux criminels. Mais à la vue de Darius, il recula, n'osant pas porter la main sur son roi. Les juges présents lui ayant ordonné sous peine de mort d'accomplir la sentence, il revint sur ses pas, saisit Darius par les cheveux et lui coupa la gorge avec un rasoir. — Citons encore : Cicéron, qui obligé de prendre la fuite devant Antoine, fut rejoint par les meurtriers conduits par le centurion Herennius et le tribun Popilius, qui enfoncèrent les portes de sa maison de campagne. Cicéron qu'on portait dans une litière vers la mer, ayant entendu les soldats, la fit poser à terre et les attendit. Sa figure était tellement pâle et défaite, que les meurtriers se couvrirent le visage, pendant qu'il tendait lui-même le cou à Herennius, qui l'égorgea. Caius Caligula, empereur romain, fut assassiné de la même manière au moment où il sortait de table pour aller à une représentation théâtrale, lui qui avait dit un jour à des consuls qui soupaient avec lui et qui lui demandaient l'explication de sa gaité : « C'est que je songe que d'un signe de tête, je puis vous faire égorger tous les deux ». Mentionnons encore Galba qui surpris dans une litière dit à ses assassins, en leur tendant la gorge : « Frappez, si c'est pour le bien des Romains ».

L'égorgement était bien dans les mœurs des Romains.

On en trouverait encore de nombreux exemples. Il était employé pour se débarrasser de ses ennemis. Il fut importé en Judée avec l'invasion Romaine et l'on raconte que le juif Joseph, gouverneur de la forteresse de Jotapat se retira après une défaite avec ses compagnons dans un souterrain où ceux-ci se donnèrent mutuellement la mort en se coupant la gorge. Depuis on ne cesse de le retrouver à chaque pas, soit comme homicide, soit comme suicide. Il a même été employé comme châtiment judiciaire. Signalons en passant la peine du talion qui punissait le meurtrier en lui faisant subir la même blessure qu'il avait faite à sa victime ; les jugements de la Sainte-Vehme, association de francs-juges qui avaient le droit de tuer un malfaiteur, pris par eux en flagrant délit, avec le poignard de forme particulière qu'ils portaient à la ceinture et qu'ils devaient laisser dans la plaie.

Dans l'Inde, c'est la punition de l'adultère, et il arrive même que les femmes surprises, sachant ce qui les attend, s'égorgent elles-mêmes avec un rasoir. Linschotten dit que lorsque les maris des femmes portugaises de Goa, les soupçonnent d'adultère, ils leur coupent le cou séance tenante. En Arabie, il existe un article de loi qui ordonne l'égorgement par leur père ou leur frère des femmes qui auront trompé leur mari. Nous ne citerons pas les nombreuses observations de Chevers, à l'appui de notre dire. Nous ajouterons que lorsque l'assassin n'a pas ce motif pour égorger sa femme, on le condamne lui-même à la peine de mort.

Le suicide est aussi connu dans l'Inde. Un enfant de six ans se coupe le cou d'une oreille à l'autre jusqu'à la colonne vertébrale avec un rasoir qui avait aussi coupé

ses habits et, fait intéressant, il fut trouvé avec l'instrument dans la main gauche.

Les coups sont portés parfois avec une très grande violence. Ainsi le montre l'autopsie d'une jeune fille musulmane de 17 ans qui fut à l'exhumation trouvée le cou criblé de blessures dues au rasoir. Les vertèbres avaient été complètement divisées. Ce fut la terminaison d'un cas d'adultère.

L'égorgement est aussi dans les mœurs des Arabes. Nous en parlerons plus loin, étant donné qu'ici la blessure présente un caractère spécial. Nous en ferons de même pour l'Indo-Chine où l'on se sert d'un instrument particulier. Nous n'insistons pas sur ce point parce que nous y reviendrons dans le courant de notre étude. Disons encore que l'on a constaté des égorgements en Orient pendant les actes sodomiques.

Enfin en Angleterre nous le trouvons comme supplice légal au moyen-âge, pour les crimes de haute trahison, ainsi que le montre le récit de l'exécution de Thomas Blount, ancien chapelain de Richard III. « Il fut d'abord pendu; mais la corde fut coupée avant la mort, et l'exécuteur, un rasoir à la main, vint s'agenouiller devant lui en le priant de le pardonner, ce que fit sir Thomas en l'embrassant, puisqu'il était forcé de remplir son devoir. Le bourreau lui ouvrit le ventre, lia les intestins au-dessous de l'estomac, et les jeta au feu après les avoir coupés. Puis après que Blount eut dit : *Te Deum laudamus*, il lui coupa la tête avec son rasoir et divisa ensuite son corps en quartiers.

De nos jours l'égorgement est dû dans tous les cas à un homicide ou à un suicide, bien rarement à un accident.

Citons parmi les crimes célèbres, l'assassinat de Fualdès. La victime fut étendue et maintenue sur son lit par ses meurtriers. Un d'eux leva son couteau et l'en frappa plusieurs fois au cou. Pendant que le sang coulait, on entendit Fualdès dire : « Laissez-moi faire mon acte de contrition. » Tout son sang fut recueilli par la femme d'un des assassins, dans un baquet plein de son et on le donna à un porc qui en fit disparaître une partie; le reste fut jeté dans une allée.

Le nombre de ces crimes augmente tous les ans en France; mais ils sont loin d'y être aussi fréquents qu'en Angleterre et en Allemagne. Ces suicides sont comme tous les autres, d'autant plus nombreux qu'on se rapproche de Paris. Ils se produisent surtout au printemps et en été et vers l'âge de 40 à 60 ans, surtout dans les professions libérales. Ils sont relativement assez fréquents chez les aliénés, puisque sur 4595 suicides, dont 207 par armes blanches, on en compte 71 par égorgement. Ils sont rares dans l'armée, puisque les armes blanches n'entrent dans la proportion du total que pour 1,97 0/0. Parmi les armes employées, on rencontre cependant quelquefois le rasoir, le couteau. Ce sont les sous-officiers qui se suicident le plus, ensuite les officiers et enfin les soldats. Du reste, dans chaque catégorie, le nombre des suicides augmente avec le nombre des années de service. Leur nombre diminue cependant, quoique toujours plus fort, relativement, que dans la population civile, à l'inverse de ce qui se passe dans celle-ci. Nous ne pouvons que regretter que dans toutes les statistiques on emploie la rubrique : Suicides par armes blanches, et que ceux qui se rapportent à l'égorgement ne soient par spécifiés.

Quant à la législation de ce crime, nous n'avons que peu de choses à en dire puisque la loi française traite cet homicide comme les autres coups et blessures. Notons qu'elle est muette sur les suicides et qu'elle en punit la complicité. La maxime des stoïciens subsiste donc encore de nos jours : *Mori licet cui non vivere placet.*

CHAPITRE I

Appréciation de la gravité des blessures du cou

La région antérieure du cou présente une grande importance au point de vue médico-légal, à cause de l'appréciation de la gravité des blessures des différents organes qu'on y rencontre. Nous n'en ferons pas l'anatomie ; elle est trop connue. Nous signalerons rapidement les conséquences générales de ces blessures qui peuvent en augmenter la gravité de telle sorte qu'on ne doit formuler la durée de l'incapacité du travail qu'avec la restriction : à moins de complications que rien ne peut faire prévoir. Signalons le tétanos, l'érysipèle, et l'infection purulente. Rappelons à ce propos la disposition des aponévroses du cou. Au nombre de trois, elles circonscrivent avec la peau et la colonne vertébrale quatre loges. Les fusées purulentes y suivent les infiltrations sanguines primitives. — Dans la première loge le pus ne peut que se diffuser, sans amener de graves désordres. Dans la seconde comprise entre l'aponévrose superficielle, formant manchon autour du cou, et l'aponévrose moyenne tendue comme une toile entre

les deux muscles omo-hyoïdiens, le pus ne peut que se collecter. Mais dans les deux dernières communiquant par du tissu cellulaire lâche, l'une avec le médiastin antérieur et le tissu adipeux du creux de l'aisselle, l'autre avec le médiastin postérieur, la production de fusées purulentes peut amener rapidement de graves désordres et la mort. Remarquons encore que les plaies transversales du cou même superficielles peuvent produire le même résultat par gangrène du tissu cellulaire.

Nous signalerons maintenant les complications qui peuvent survenir dans ces plaies, suivant que tel ou tel organe important est spécialement lésé.

Les plaies du larynx et de la trachée ne présentent pas de caractère particulier de gravité et peuvent être considérées comme des blessures légères. Elles sont compliquées par les hémorrhagies, même par celles des artères thyroïdiennes, capables de produire à elles seules la mort, et l'amenant aussi, au moyen d'accès de suffocation, par l'entrée du sang dans les voies respiratoires. De plus l'œdème de la glotte, des caillots ou des corps étrangers (tronçons de l'épiglotte) venant boucher l'orifice supérieur du larynx pourront causer la mort par asphyxie. Cette asphyxie peut aussi arriver dans la perforation étendue du fond de la bouche, par suite de la rétraction de la langue.

La perte de la voix est une complication de ces blessures ; elle ne se produit pas toujours et le diagnostic n'en est pas facile à établir. Il faudrait pouvoir constater la lésion des nerfs récurrents, la simulation pouvant être ici très facile. Du reste à défaut de la section des récurrents on peut recourir au chloroforme qui en enlevant sa volonté au blessé permet aux sons de se produire et les provoque

même. A ce moyen dangereux il vaut mieux substituer la constatation de la paralysie des cordes vocales à l'aide du laryngoscope.

Quant aux plaies des nerfs, la mort est la conséquence de la section du phrénique et du pneumogastrique. La section des autres nerfs amène des paralysies. Ainsi en Crimée, l'armée Française eut 460 blessés au cou par instruments tranchants et, sur le nombre, il y eut 9 paralysies consécutives du bras.

Pour les plaies des vaisseaux, trois alternatives sont en présence. Ou elles guérissent, ou elles sont la cause de la production consécutive d'anévrysmes, ou elles amènent la mort soit par hémorrhagie, soit par entrée de l'air dans les veines. Dans ce dernier cas, l'issue fatale est due à l'arrivée dans le cœur droit des embolies gazeuses. Il se produit souvent un bruit caractéristique au moment où l'air pénètre dans les vaisseaux. Si au lieu d'air, on a affaire à des débris solides, tels que fragments d'épiglotte caillots de sang etc., il se produit des thromboses dont il peut résulter la gangrène d'une partie du corps et la mort.

Les autres organes contenus dans cette région ne présentent pas de complications spéciales. Aussi nous terminerons cette étude en disant que le médecin expert doit être très réservé sur le pronostic de ces lésions. Tous les égorgements ne se terminent nécessairement pas par la mort et quoique ce soient ceux-ci qui sont cause d'habitude des expertises, ceux qui guérissent peuvent aussi en amener en vue d'indemnités pécuniaires. Souvent la guérison est complète ; mais il peut résulter de ces plaies des cicatrices vicieuses qui peuvent forcer la victime à des

opérations secondaires, — la perte de la voix, dont nous avons parlé ci-dessus, — des phlegmons, — des anévrysmes, — des retrécissements de l'œsophage, — et enfin des fistules trachéales quand les plaies de cette dernière sont incomplètes. Nous terminerons cet exposé rapide par les réflexions suivantes qui nous ont été suggérées par la lecture d'un mémoire de Brown-Sequard présenté à l'Académie des Sciences en 1887.

On s'étonne souvent que des individus, désirant se tuer puissent se couper la gorge jusqu'aux os, ce qui semble indiquer un courage surhumain. Brown-Sequard a constaté qu'une incision de la peau, peut faire disparaître la sensibilité des deux tiers antérieurs du cou. Les expériences de Brown-Sequard portèrent d'abord sur la ligne médiane du cou et la cicatrice des incisions. Il étudia ensuite la sensibilité de toute la région. Il arriva aux résultats ci-dessus.

Il fait cependant une restriction à savoir que parfois on ne rencontre l'analgésie que sur la portion qui recouvre le larynx et la trachée. L'inhibition est due aux nerfs laryngé supérieur, vague, de la trachée et aux filets cutanés. — C'est le même fait qui se passe dans la trachéotomie et ce n'est point là un résultat dû à l'asphyxie. De même dans la pendaison, l'excitation peut amener par inhibition, l'arrêt du cœur. En somme, il se produit un effet analogue à ceux de la piqûre du bulbe rachidien.

CHAPITRE II

Description des blessures du cou suivant leur siège et leur profondeur

Les blessures du cou par instrument tranchant portent soit au-dessus, soit au-dessous de l'os hyoïde, ou beaucoup plus bas au-dessous du cartilage thyroïde.

Les plaies situées au-dessus de l'os hyoïde peuvent intéresser suivant leur profondeur, les muscles, les vaisseaux (artères et veines de la langue), les nerfs pneumogastriques, les conduits des glandes maxillaires, les glandes sublinguales et l'épiglotte.

Les phénomènes auxquels donnent lieu des blessures de ce genre sont l'hémorrhagie, la difficulté de la respiration, l'issue des liquides et de la salive ou leur chute dans le pharynx et par suite une toux convulsive, et la mort. C'est ici la section du pneumogastrique qui est le principal facteur de la terminaison fatale.

Si la plaie siège au-dessous de l'os hyoïde, on rencontre les mêmes organes que précédemment; mais l'épiglotte est toujours intéressée; ce qui occasionne forcément des

accès de suffocation. On a dans ces deux genres de plaies, très peu d'hémorrhagie. Cependant Orfila raconte que dans un égorgement à l'aide d'un canif, la simple lésion des artères thyroïdiennes détermina la mort.

La plupart des plaies dues à l'homicide siègent au-dessus de l'os hyoïde. Celles qui sont dues au suicide sont de préférence situées plus bas. Sur 158 suicides ou meurtres, Gueterbroch donne les chiffres suivants :

Les plaies étaient placées : 11 fois au-dessus de l'os hyoïde; 45 fois sur la membrane thyro-hyoïdienne; 35 fois sur le cartilage thyroïde; 25 fois sur le cartilage cricoïde; 1 fois sur la trachée.

Lorsque les plaies siègent au niveau et au-dessous du cartilage thyroïde, elles intéressent la glande thyroïde et ses vaisseaux, les muscles, les nerfs pneumogastriques, le larynx, la trachée, l'œsophage et les carotides.

Les conséquences des blessures du larynx sont l'introduction du sang dans les voies respiratoires. Si la trachée est sectionnée complètement il y a mort par suffocation.

Cependant on a vu des cas où, malgré la section complète de l'œsophage et de la trachée, la guérison a pu s'opérer (Ambroise Paré). La mort arrive généralement par hémorrhagie; car si le larynx est attaqué par ses parties latérales, les carotides sont presque toujours ouvertes.

CHAPITRE III

Diagnostic de l'instrument qui a fait la blessure

Dans les cas de mort par égorgement, la blessure peut être faite à l'aide des instruments les plus variés. On n'emploie pas seulement des instruments purement tranchants, mais un certain nombre d'autres, qui joignent à ce caractère celui d'être contondants, piquants, etc... Ces appareils les plus divers, couteaux, rasoirs, ciseaux, sabres, yatagans, tranchets, serpettes, faux, faucilles, débris de verre, de bouteilles, de poterie devront donc être rangés dans plusieurs catégories.

1° *Instruments tranchants.* — Type : le rasoir; le sabre oriental, les débris de verre, la faucille, le couteau à extrémité arrondie.

2° *Instruments tranchants et piquants.* — Les serpettes, les ciseaux, les tranchets, le couteau à extrémité pointue.

3° *Instruments tranchants et contondants.* — Les haches, les sabres, les yatagans.

Les caractères de ces divers instruments sont-ils suffisants pour les faire diagnostiquer d'après la blessure ?

C'est ce que nous allons étudier.

1° Prenons d'abord la première catégorie et avec l'instrument type, le rasoir, faisons au hasard une coupure sur le cou d'un cadavre. Nous verrons immédiatement que la plaie sera plus ou moins longue selon que nous aurons plus ou moins enfoncé l'instrument dans les tissus. L'angle initial de la coupure sera marqué par une section plus nette, tandis que, du côté opposé, elle se termine par ce que l'on appelle, en médecine opératoire, une queue de rat. La section est nette, les bords sont divisés sans contusion, ni déchirure. — Dans une incision profonde le rasoir laisse dans les tissus l'impression de son extrémité mousse.

Sur le vivant, les plaies de ce genre offrent deux caractères bien tranchés : 1° *la douleur*; 2° *l'hémorrhagie*. La douleur, vive au moment de la blessure, se dissipe ensuite, ou, du moins, diminue rapidement. L'hémorrhagie se produit facilement et dure longtemps grâce à l'élasticité des petites artérioles divisées et à leur béance.

Si l'instrument tranchant est ébréché, la plaie présente alors des bords légèrement contus, comme dans le cas où on aurait opéré à l'aide d'une scie à dents très petites. Le sabre oriental agit comme le rasoir.

2° Les plaies par instruments à la fois tranchants et piquants, mais considérés surtout au point de vue de leur premier mode d'emploi, présentent à peu près les mêmes caractères.

Pour quelques instruments spéciaux, la plaie a une forme particulière. Ainsi pour les ciseaux, elle se trouve

représentée par deux incisions symétriques se réunissant en triangle dont le sommet est mousse (Tardieu).

Les plaies dues au couteau présentent d'habitude une queue à chaque angle de la blessure.

Dans le cas où l'arme est une serpette, il peut arriver que la plaie se rapproche davantage de la ligne médiane dans la profondeur qu'à la superficie. Ce fait s'explique bien par le crochet que fait la lame recourbée. Nous avons vu dans le laboratoire, une serpette à lame très courte, ayant servi à une femme qui s'était suicidée par submersion. Elle s'était faite aussi des blessures au bras ayant fait croire à un meurtre (1883).

3° Enfin, les instruments tranchants et contondants agissent par leur poids. Ils présentent comme particularité de faire des désordres étendus, des plaies à bords contus, mâchés, mais cela n'empêche pas, dans une région comme le cou, les plaies de saigner abondamment lorsque les vaisseaux sont lésés, ne fût-ce que les artères thyroïdiennes supérieures.

Les plaies faites avec les haches, les sabres, les faux sont rarement des instruments de suicide. A l'inverse de ceux des deux premières catégories, ce sont plutôt des instruments de meurtre. L'instrument lancé ou manié avec force arrive alors presque à la colonne vertébrale et peut même pratiquer facilement la décollation, comme dans l'observation N° V. Mais comme avec n'importe quel instrument tranchant, on peut arriver au même résultat, il n'est pas toujours possible d'après la profondeur de la blessure de diagnostiquer la forme de l'arme.

Quant à l'écartement des bords de la plaie, ce n'est pas

ici un élément de diagnostic à cause de la mobilité de la région.

En somme, on voit que l'on peut arriver au diagnostic de l'arme tranchante dans la grande majorité des cas.

Mais le problème se pose souvent d'une autre façon. Une arme est présentée au médecin expert, qui doit répondre à la question suivante : cette arme a-t-elle pu produire telle blessure ?

Dans ces conditions, après avoir fait l'examen de la blessure, on doit rechercher si l'arme en question donnerait une blessure analogue, et pour cela, le mieux, quand on a un cadavre à sa disposition, serait de chercher à y reproduire la plaie, mais cela bien entendu après s'être livré aux recherches que nous allons indiquer, c'est-à-dire : L'examen de l'arme, de ses dimensions, de sa forme, de son tranchant, de ses extrémités, des taches de sang, etc.

On doit donc prendre exactement sa forme, ses dimensions, examiner son tranchant, ses extrémités, car on peut y trouver plus d'un renseignement. Enfin, à l'arme peuvent adhérer des taches de sang, que l'on reconnaîtra à l'aide des procédés bien connus en médecine légale ; des poils que l'on comparera à ceux de la victime. Il faut se souvenir que les instruments tranchants appartiennent plutôt au meurtre quand ils sont lourds et volumineux, mais que des armes très petites ont servi à déterminer des lésions les plus graves. On recherchera toutes les circonstances accessoires, c'est-à-dire la manière dont l'arme était tenue, l'endroit où elle gisait, sa distance du cadavre, etc. Enfin on s'aidera de tous les faits adjutants qui seraient de nature à servir à l'établissement d'un diagnostic ferme et précis.

CHAPITRE IV

Du moment auquel remonte la blessure du cou

I

1° La blessure a-t-elle été faite pendant la vie ou après la mort ?

Tourdes a dit : « Quand la vie est complètement éteinte, les différences avec une blessure faite sur le vivant sont caractéristiques ; mais, s'il reste des traces de vie organique, le diagnostic présente d'autant plus de difficulté qu'on se rapproche davantage du moment de la mort. Cette période d'incertitude n'a qu'une durée très courte de quelques minutes à 2 ou 3 heures au plus ».

Comparons donc les blessures faites sur la région du cou pendant la vie et après la mort, et recherchons dans les deux cas quels sont les phénomènes qui vont se passer. Nous étudierons les symptômes dans l'ordre anatomique où ils vont se présenter, à mesure que nous avancerons dans la section des divers plans.

Les deux lèvres cutanées de la plaie s'écartent l'une de l'autre. L'appréciation de cet écartement n'a pas ici beaucoup de valeur ; car nous pouvons le faire varier dans

des limites considérables en faisant éprouver à la tête des mouvements soit de flexion, soit d'extension. « La laxité des téguments du cou favorise d'une façon toute spéciale la production d'un phénomène cadavérique qui consiste dans l'enroulement des bords de la plaie. Quand après la mort, la peau du cou n'est pas restée tendue artificiellement, le degré de cet enroulement correspond exactement à l'étendue de la plaie et fournit une sorte de critérium pour l'origine vitale de la blessure. Au contraire, dans les plaies pratiquées *post mortem*, l'enroulement des bords est beaucoup plus considérable que leur écartement; ce phénomène, qu'on observe aussi sur quelques autres régions du corps, n'est nulle part aussi prononcé qu'au cou. »

Si la blessure a entamé les plans musculaires superficiels, nous verrons les muscles se rétracter sur le vivant et sur le cadavre. L'on sait que la rétraction musculaire est en effet à considérer dans la taille des lambeaux en médecine opératoire, ce qui prouve qu'elle persiste un nombre d'heures considérable après la mort, c'est-à-dire tant que des phénomènes de décomposition ne s'effectuent pas et que la réaction du muscle ne devient pas acide.

Mais elle est plus considérable encore sur le vivant car, outre les phénomènes de rétraction cadavérique, nous avons encore ici l'influence de la contractilité musculaire et cette contractilité musculaire diminue rapidement après la mort pour disparaître au bout de quelques heures. De telle sorte que l'on a pu trouver là dans certains cas un élément de diagnostic.

A propos de la rétractilité des tissus, nous ferons remarquer, qu'elle se fait si rapidement, qu'elle permet

de reconnaître dans quel ordre ont été portées les blessures. Ce fait est surtout important dans les cas où, en même temps qu'égorgement, il y a dépeçage. Généralement, ce dernier est pratiqué aussitôt après l'homicide. La section du cou est la première, ensuite vient celle des membres supérieurs, et des membres inférieurs. M. Lacassagne cite dans les *Archives d'anthropologie criminelle*, 30 cas de dépeçage criminel et fait remarquer qu'ils peuvent fournir des renseignements utiles sur la profession de l'individu qui s'en est rendu coupable. Nous n'insistons pas sur ce point qui nous entraînerait hors de notre sujet.

La rétraction des artères divisées est aussi un autre signe de grande importance. Si leurs extrémités rentrent dans les gaines cellulaires infiltrées de sang, on a affaire à une blessure présentant le caractère vital. Nous ne trouvons pas de signes nets dans les phénomènes de rétraction du larynx, de l'œsophage, quand la blessure porte sur ces organes.

Nous devons pour toute cette question de la rétraction, faire une restriction sur sa valeur à cause de la mobilité de la région que nous étudions, restant en cela de l'avis d'Hoffmann qui n'accorde pas une grande valeur à la rétractilité musculaire.

Enfin nous arrivons à un autre élément de diagnostic généralement considéré comme le plus important, c'est-à-dire à la question de l'écoulement sanguin.

- 1° Il peut n'y avoir aucun écoulement.
- 2° Il y a eu écoulement et le sang est resté liquide.
- 3° Il y a eu écoulement et le sang s'est coagulé.

1° Occupons-nous d'abord du cas où il ne se produit aucun écoulement. La blessure remonte-t-elle à une période vitale ou à une période cadavérique? L'on peut répondre que dans ce cas la blessure a été faite certainement après la mort, à moins que l'écoulement n'ait eu lieu et que ses traces n'aient disparu comme dans le cas rapporté par Devergie où un homme, le rasoir à la main, alla se couper la gorge au milieu de la rivière, l'Ill. La plaie était pâle et lavée.

2° Il y a eu écoulement sanguin, et le sang est resté fluide. Une heure et demie après la mort, les incisions peuvent encore donner un faible écoulement de sang avec des caillots diffluent. Dans ce cas, la confusion avec une blessure faite pendant la vie n'est pas possible. Cependant il y a des cas extraordinaires où le sang reste fluide, quoique la plaie ait été faite au contact de l'air et pendant la vie. Ces cas se produisent notamment chez les alcooliques; c'est là un point dont on devra s'enquérir, lorsque ce fait se présentera dans une autopsie médico-légale.

3° Il y a eu écoulement de sang, et le sang s'est coagulé. Dans ce cas, on pourra dire généralement que la blessure a été faite pendant la vie. La présence de caillots au fond d'une plaie ou sur le bord est, en effet, un signe d'une grande valeur. Car sur le cadavre on ne trouve d'habitude des caillots que dans les veines, parce que le sang ne se coagule pas aussitôt après la cessation des battements du cœur. De plus si un gros vaisseau est ouvert pendant la vie, le sang s'infiltré dans la gaine celluleuse, phénomène

qui ne se produit pas après la mort. Cependant l'écoulement de sang qui est d'ordinaire à peu près nul après la mort peut avoir lieu parfois, et les blessures donner des épanchements coagulés. Les circonstances dans lesquelles ces faits se produisent sont peu connues. — Donc les infiltrations sanguines dans les gaines des vaisseaux ou dans les aponévroses et la présence des caillots sont deux phénomènes d'ordre vital qui permettront généralement d'arriver à une conclusion.

Signalons encore deux phénomènes qui permettent de se prononcer sûrement. Ce sont : la pulvérisation du sang, et le jet artériel des carotides. Nous allons voir dans quelles circonstances ils se produisent. Lorsqu'une artère a été coupée, le sang jaillit avec force et à une très grande distance, de manière à former un véritable jet. S'il se trouve un obstacle placé assez loin, l'interposition de ce plan amènera sur lui la production d'une foule de gouttelettes ovales ou en points d'exclamation dispersées sur un grand espace, ayant toutes leur diamètre le plus grand dirigé dans le même sens, sens qui est la résultante de la direction du jet artériel et de celle de l'obstacle. Ce phénomène est une preuve manifeste, d'après Tourdes, que l'écoulement a eu lieu pendant la vie. La forme et la direction de ces taches indiquent qu'elles sont dues au jaillissement, et non à la chute du sang. Nous voyons ce dernier genre de taches au contraire dans une des observations citées plus loin. La constatation de ce jet sanguin ou de ses traces est donc une preuve que le cœur battait encore au moment où la section du vaisseau a été accomplie. Nous devons noter qu'un phénomène analogue se passe dans la saignée. Dans l'égorgeement, il se produit

d'une manière encore plus intense, le jet carotidien prenant une prédominance marquée sur les effets de la blessure des veines jugulaires.

Un autre caractère, qui permet aussi de reconnaître si la blessure a été faite *ante* ou *post mortem*, nous a été signalé par M. Lacassagne. Il se produit quand il y a eu à la fois section de la carotide et ouverture du larynx. Dans ce cas à chaque mouvement expiratoire il se fait un jeu de soufflet ; et l'air sortant avec une certaine force, rencontrant le jet sanguin, produit une véritable pulvérisation, qui se traduit par une multitude de taches extrêmement nombreuses et petites. Cette pulvérisation sanguine se répète à chaque mouvement respiratoire et est un caractère bien net qui permet dans les cas où on la constate de dire que l'égorgeement a eu lieu avant la mort.

Signalons encore l'écoulement en bavure du sang, dû à la blessure des petites veines et artérioles et nous aurons vu tout ce qui se rapporte aux vaisseaux dans cette question.

En faisant abstraction de faits exceptionnels, où le sang reste encore longtemps fluide sur le cadavre, on peut fixer assez exactement le laps de temps qui doit s'écouler après la mort pour qu'il n'y ait plus pénétration de sang dans la trachée blessée *post mortem*. Il peut même ne durer qu'une ou deux minutes. Guterbroch en se fondant sur les trachéotomies qu'il a pratiquées pense que de l'absence de grandes quantités de sang dans les voies aériennes et notamment de coagulations ramifiées dans les bronches, on peut inférer que les plaies de la trachée doivent avoir été pratiquées à une période qui commence au moment de la mort.

Cette proposition ne souffre d'exception que dans des circonstances tout à fait extraordinaires. Les difficultés sont bien plus grandes quand on trouve en même temps une plaie des voies aériennes et du sang à leur intérieur sans que les autres faits permettent de se prévaloir de la présence de ce dernier pour admettre que la blessure a été faite pendant la vie. Deux alternatives sont possibles, 1° le sang a pénétré par l'orifice supérieur du larynx et a déterminé l'asphyxie, et ce n'est que consécutivement à cette dernière que la trachée a été blessée. 2° On a affaire à des blessures multiples du tube aérien dont quelques-unes ont été faites avant, d'autres après la mort.

Il est très rare que l'on puisse retirer de l'examen des parois de la trachée et de l'œsophage quelques indications sur l'origine de leurs blessures. Car il suffira de rappeler que la muqueuse œsophagienne paraît invariablement pâle après la mort, même dans les points où elle a été le siège des congestions les plus intenses pendant la vie. Quand aux cartilages et nerfs, ils ne peuvent fournir par eux-mêmes à peu près aucune indication dans la question qui nous occupe.

Nous venons de passer en revue les divers phénomènes cadavériques et vitaux dont on peut tirer parti en médecine légale pour déterminer si un égorgeement a été fait pendant la vie ou après la mort. C'est affaire au médecin légiste, chaque fois qu'il a à déterminer ce point particulier dans une autopsie, de se rendre compte des divers phénomènes, dont nous venons de parler, et qui lui permettent de conclure à peu près dans tous les cas, à moins de circonstances véritablement exceptionnelles.

II

Mais ce n'est pas tout que d'avoir vu si la blessure présente ou non un caractère vital. On peut avoir aussi à se demander à quel moment remonte la blessure. Est-il possible de répondre avec précision à cette question ?

Si la blessure a été faite *ante mortem* et a déterminé la mort, nous pouvons mettre à profit certaines notions générales, applicables au cas ci-dessus, comme pour toutes les autres blessures.

Nous nous préoccupons, dans ce cas, du refroidissement du cadavre, de sa rigidité, de la contractilité musculaire, des symptômes oculaires, des hypostases ou lividités, de la coloration verdâtre de l'abdomen, etc. Nous noterons soigneusement, s'il est possible, le moment où ces différents phénomènes sont apparus ou disparus et nous en tirerons des déductions pour remonter à l'heure de la mort. Nous nous aiderons en outre de l'état de la digestion, de l'âge de la personne, de son sexe et par suite de sa résistance qui servira à déterminer approximativement la durée de l'agonie, concurremment avec la gravité de la blessure; nous aurons ces derniers éléments d'après la blessure elle-même. Nous pourrons rechercher si le sang contenu dans les parties périphériques est complètement coagulé, car il faut au moins vingt-quatre heures, avant que cela se produise. Nous tiendrons compte de la rapidité plus grande de la coagulation du sang en présence de l'oxygène, de son retard par suite de l'élévation ou l'abaissement trop considérable de la température, etc., etc.

Mais il faut bien savoir que l'on n'arrivera qu'à un résultat approximatif si les documents de l'enquête judiciaire ne viennent pas s'ajouter à ceux de l'enquête médicale. Pour citer un exemple, le fait de la digestion des aliments permettra d'établir l'heure du dernier repas; et par elle, si elle est connue, l'heure de la mort. Il faut donc s'entourer de toutes les circonstances accessoires qui peuvent paraître au premier abord insignifiantes et qui seules dans beaucoup de cas permettent d'arriver à un résultat.

2° Si la blessure a été faite *post mortem* le problème se complique; il faut alors se rendre compte comme précédemment, mais sans l'aide de la blessure, de l'heure de la mort. Après quoi d'après les caractères tirés de l'état de la blessure (coagulation du sang, rétractilité musculaire, enroulement de la peau) on déterminera à combien de temps elle remonte c'est-à-dire :

III

« Combien de temps le blessé a pu vivre avant de succomber. »

En général la mort est foudroyante et rapide après les blessures du cou. Nous verrons plus loin exactement quelle est la rapidité de la mort, dans les plaies, suivant son mécanisme (asphyxie, entrée de l'air dans les veines hémorrhagie, section nerveuse). Mais cependant il y a des cas où le blessé peut vivre un certain temps et même accom-

plir certains actes avant de mourir, ce qui peut avoir des conséquences graves au point de vue de l'expertise. On peut être amené à se demander si le blessé s'est déplacé lui-même, par exemple, ou s'il a été déplacé par une main étrangère, dans un cas où on hésite entre un suicide et un meurtre. Il faut donc savoir qu'il y a des cas exceptionnels où le blessé malgré les plus graves blessures peut survivre et agir et c'est de ceux-ci que nous devons nous occuper spécialement : Amos cite le fait curieux d'une femme qui malgré une section complète de la carotide primitive et de toutes ses branches principales put parcourir la distance considérable de 37 mètres. Tourdes cite le cas d'un homme qui, la carotide coupée, put encore descendre un escalier et faire quelques pas. Les lésions des gros vaisseaux qui font périr si brusquement sont en effet compatibles avec la vie si la blessure est étroite et n'arrive à l'artère que par un trajet sinueux.

A propos de cette question de la survie des victimes, nous extrayons les renseignements suivants du mémoire de Brouardel sur l'affaire Pranzini.

OBSERVATION I

AUTOPSIE DE MARIE REGNAULT

« Le cadavre est celui d'une femme grande, vigoureuse, âgée de trente-neuf ans environ. On constate deux grandes plaies sur le cadavre ». Une des plaies siège à l'aisselle; nous ne nous en occuperons pas et nous décrirons la plaie du cou, —

« C'est une large plaie transversale à concavité supérieure qui divise toute la partie antérieure du cou. La corde de cette plaie mesure 11 centim. de long et l'arc 22 centim. Les différentes parties qui ont été sectionnées, en allant successivement de la peau vers les parties profondes sont : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles qui s'insèrent à l'os hyoïde et au larynx ainsi que les sterno-cléido-hyoïdiens, des deux côtés; le cartilage cricoïde à un demi-centimètre au-dessous des cordes vocales; la paroi postérieure du pharynx, les deux artères carotides et veines jugulaires. Dans l'extrémité inférieure de la carotide droite se trouve un petit caillot sanguin. Toutes ces sections sont faites avec une netteté parfaite. Celle qui porte sur le cartilage cricoïde ne présente ni ressaut, ni inégalité ».

La cinquième vertèbre cervicale présente une section linéaire transversale, son apophyse transverse gauche est abattue, l'artère vertébrale ouverte. — Nous n'entrerons pas dans les détails de l'autopsie de Marie Regnault.

AUTOPSIE DE LA FEMME GREMERET

« Cette femme présentait une déformation très accusée des premières vertèbres dorsales formant une convexité postérieure et droite. La rigidité cadavérique est très prononcée. Il existe les lésions suivantes : A la région antérieure du cou une plaie linéaire et transversale; les bords de la plaie sont très écartés. Cette plaie mesure 12 centim. de corde et 22 centim. d'arc. Toutes les couches de tissus qui constituent la région antérieure du cou ont été sectionnées. Le cartilage cricoïde est coupé suivant un plan absolument net à un demi-centim. au-dessous des cordes vocales. Les artères carotides externes sont coupées à leur point d'union avec la carotide primitive. Le corps de la quatrième vertèbre porte l'empreinte du couteau. L'apophyse transverse de la cinquième est écornée à gauche, l'artère vertébrale coupée ». — Nous laisserons de côté les autres lésions.

Nous ferons de même pour la fille Gremeret qui a été non égorgée, mais décapitée par un coup porté sur la nuque.

La mort est due pour toutes les trois à l'hémorrhagie des

carotides, à laquelle il faut ajouter pour la dernière la section de la moelle. Les blessures ont été faites par un couteau qui possédait un tranchant excellent, de 15 à 20 centim. de lame.

Une question importante examinée par M. Brouardel à l'occasion de ce crime est celle de la survie, ou de l'ordre des décès qui lui fut faite dans ce cas, parce qu'une complication d'héritage vint par la suite se poser. En physiologie, l'arrêt du cœur est considéré comme le signe de la mort. « Généralement l'individu décapité perdra le premier ses battements cardiaques. Mais que de circonstances peuvent modifier cette affirmation. Que l'individu tué par section des parties molles de la région cervicale ait reçu un coup sur le larynx ou la trachée, presque aussitôt les mouvements du cœur s'arrêteront; ce ne sera plus seulement la mort par hémorrhagie; mais la mort par inhibition, comme l'a montré Brown-Sequard. Cet individu pourra donc présenter l'arrêt du cœur plus rapidement que l'individu décapité. »

Des expériences portant sur des chiens et citées par Brouardel montrent que les battements du cœur se sont arrêtés plus vite chez les chiens décapités que chez les chiens égorgés par transfixion; et chez les premiers des mouvements plus ou moins coordonnés ont duré après la blessure plus longtemps que chez les autres. Mais ces mouvements ne sont ils pas simplement la manifestation des propriétés des tissus musculaires sectionnés? On ne peut affirmer que non.

Dans le cas particulier ci-dessus, la femme Regnault a du être frappée la première, la femme Gremeret la seconde, et la jeune Gremeret en dernier lieu. Mais

laquelle est morte la dernière? On ne peut pas, dit Brouardel, « d'après l'état actuel de la science et les expériences faites jusqu'ici, affirmer dans les blessures du cou que telle victime a succombé avant telle autre », pour peu que la question présente quelque difficulté et que les lésions soient analogues. Il est évident que dans un certain nombre de cas elle peut se résoudre; par exemple, si un des blessés meurt à la suite de la section du phrénique et un autre à la suite de plaies des artères thyroïdiennes, les deux lésions étant produites à peu près en même temps; mais dans la grande majorité des cas, la conclusion de Brouardel est la vraie.

IV

A cette question se rattache celle de savoir si le blessé a pu crier. On sait que, lorsque la trachée a été coupée et le larynx ouvert aucun son ne peut être émis; mais un cri peut être poussé au moment même de l'ouverture des voies aériennes. De plus, si elles ont été ouvertes et que les récurrents aient été ménagés, il est possible en rapprochant les parties et en les mettant en contact par flexion que des paroles puissent être prononcées.

OBSERVATION II (*Hoffmann*).

I. Autopsie d'un homme ayant crié après s'être suicidé dans une cabine de bain.

Nous trouvâmes une plaie ayant pénétré jusque dans le pharynx et entre l'os hyoïde et le larynx, et ayant sectionné la veine jugulaire interne gauche; en outre, 2 plaies transversales sur la saillie du larynx, dont l'une était pénétrante. Nous constatons, en outre, une plaie sur la surface de 2 articulations du poignet ayant ouvert des deux côtés l'artère radiale et coupé plusieurs tendons du fléchisseur superficiel des doigts. Comme cet individu n'aurait pu facilement avec la blessure du poignet se faire la plaie du cou, on peut supposer qu'il avait appelé au secours après s'être fait la plaie du cou.

En somme l'on voit qu'il est possible de répondre à la question de savoir si le blessé a pu oui ou non accomplir avant sa mort et après sa blessure tel ou tel acte physiologique. Il est bien entendu que l'on doit s'aider dans tel ou tel cas des circonstances particulières qui s'y joignent, comme par exemple dans les cas où on veut savoir si le coït a été pratiqué; tenir compte comme précédemment de l'âge et de la résistance du blessé, etc. On doit toujours avoir présente à l'esprit la résistance vraiment exceptionnelle que possèdent certains individus et par suite, on peut être souvent obligé de ne pas trop préciser dans les conclusions que l'on croit pouvoir tirer.

V

Dans le cas où une blessure au cou est accompagnée d'autres, soit au cou, soit ailleurs, le médecin expert doit généralement dire si c'est la plaie du cou qui a déterminé la mort ou, dans le cas contraire, laquelle

est-ce. De plus pour chaque cas particulier il est nécessaire de faire la preuve que la mort est réellement une conséquence de la plaie du cou ou qu'elle n'a pas été causée par les lésions morbides coexistantes ce qui oblige en première ligne à rechercher si parmi ces lésions il y en a de faites *post* et d'autres *ante mortem*; ce qu'on pourra faire d'après les indications données plus haut pour le cou, et d'après les principes généraux appliqués à chaque cas particulier pour les blessures des autres régions. Il faudra de plus examiner s'il n'y a pas d'autres lésions morbides ce qui amène la nécessité de pratiquer complètement les autopsies. S'il n'y a pas de lésions de ce genre, nous éliminerons les blessures *post mortem* et parmi les autres nous apprécierons le degré de gravité de chacune d'elles (*voir Chapitre I*), et s'il est possible, leur ordre de succession. Généralement les blessures les plus graves sont les dernières. On sait, du reste, que telle lésion du cou amène plus rapidement la mort que telle autre. Qu'il suffise de dire que la mort suit immédiatement la section du phrénique et du pneumogastrique, que les hémorragies des gros troncs artériels sont d'habitude foudroyantes et que l'entrée de l'air dans les veines et l'asphyxie amènent la mort moins rapidement, quoique assez vite. La mort est enfin plus lente à la suite des plaies des veines, même de gros calibre, qu'à la suite de celles des artères. On remarque une grande différence suivant que c'est la jugulaire ou la carotide qui ont été coupées. Cependant on pourra quelquefois hésiter entre deux traumatismes siégeant au cou, sur la question de savoir auquel des deux se rapporte la mort. Le problème de la priorité de genre de mort présente ici les mêmes

difficultés générales que pour les plaies des autres parties du corps. Dans quelque cas il peut devenir si complexe que l'expert doit se borner à déclarer dans son rapport, que si la blessure soumise à son examen n'a pas été pratiquée un peu avant l'instant de la mort, elle n'a pu l'être au plus tard qu'immédiatement après.

CHAPITRE V

De l'Homicide

Voici maintenant une des grandes questions médico-légales, qui se posent au sujet des blessures du cou, je veux parler de l'homicide. Nous allons étudier les faits en suivant la marche d'une expertise concernant ce genre de crime; et examinant toutes les particularités qui se rapportent à chaque partie, nous serons de la sorte aussi complet que possible.

I

Le médecin expert qui se trouvera appelé dans un cas d'égorgeant devra donc s'enquérir des commémoratifs et des anamnestiques du fait, mais sans se laisser influencer par ce qui ne se rapporte pas exactement à la question médico-légale; c'est-à-dire qu'il ne s'occupera pas des considérations qui appartiennent à un autre

ordre et qui relèvent de l'enquête judiciaire. Il faut toujours se rappeler en effet que le médecin n'est pas magistrat mais expert, qu'il n'a pas à juger, mais à rendre compte d'un fait, et qu'il ne doit en aucune façon sortir de son rôle.

Passant ce point préliminaire et en somme peu important, le médecin doit s'attacher à décrire exactement l'état des lieux où est le cadavre, et la situation du cadavre par rapport aux lieux avoisinants : s'occuper de l'arme et de la place où elle se trouve. A ce propos nous rappellerons en passant que les instruments tranchants larges et volumineux servent d'habitude au meurtre. Quant aux rapports de l'arme avec la blessure, nous renvoyons au chapitre III, où les questions pouvant se poser à ce sujet, sont étudiées. L'arme a pu tomber, rebondir, être jetée. On examinera donc de quel côté de la victime elle se trouve. Un rasoir fermé étant à côté d'un homme dont les deux carotides étaient coupées, Taylor conclut à un meurtre.

Signalons aussi la présence des taches de sang soit sur l'arme, soit ailleurs ; les traces de lutte et de résistance. Nous n'avons sur ce point rien de particulier à signaler si ce n'est que les mains de la victime ont pu être coupées. Ce sont là des plaies de défense comme les appelle M. Laccassagne.

II

Une fois qu'il aura décrit l'état des lieux et l'endroit où la victime a été frappée, le médecin expert devra

s'occuper du cadavre, et par suite les premières choses qui s'offrent à ses yeux sont les vêtements et l'attitude de la victime. Les vêtements, en ordre ou en désordre, suivant qu'il y a eu lutte ou non, présentent à la partie qui correspond au cou, une ou des sections parallèles ou non à la plaie ou aux plaies situées au-dessous ; ce qui peut indiquer si le blessé a subi un déplacement, la discordance entre les plaies et les déchirures des vêtements prouvant ce déplacement. Il regardera donc soigneusement l'attitude de la victime, de manière à se rendre compte si elle a été déplacée avant de mourir. Dans ce cas, on peut diagnostiquer son attitude primitive, d'après l'examen extérieur du cadavre. « En effet si la section du cou a été faite pendant que le patient était couché, le sang s'écoule sur un ou deux côtés du cou, tandis que si l'individu était assis le sang s'écoule en bas. Cependant cela n'est pas absolu si la mort n'est pas rapide et permet certains mouvements avant de survenir. »

L'examen de la blessure peut servir à diagnostiquer, d'après sa direction, la manière dont le blessé a été frappé et peut révéler ainsi dans certaines circonstances son changement d'attitude ; (si la blessure siège d'un côté où le meurtrier ne puisse atteindre d'après la position actuelle du cadavre, par exemple).

On a donc en résumé trois moyens de résoudre ce problème du changement d'attitude, du blessé, à savoir : 1° l'état des vêtements — 2° les taches de sang — 3° la direction de la blessure elle-même —

Maintenant la victime a-t-elle été déplacée, ou s'est-elle déplacée elle-même ? Ceci ne peut-être prouvé qu'en se rapportant au paragraphe du chapitre précédent où est

traitée la question de savoir si le blessé a pu accomplir tel ou tel acte.

Il faudra donc examiner la gravité de la ou des blessures, de façon à savoir si elles ont permis des mouvements à l'assassiné. Dans le cas contraire, il n'y aura aucun doute sur la personne à laquelle on doit rapporter le changement d'attitude. Mais s'il n'en est pas ainsi, il faudra s'aider de remarques accessoires pour décider si c'est le blessé ou le meurtrier qui a effectué le déplacement. Dans ce dernier cas, par exemple, on peut trouver des empreintes de mains sanglantes sur telle ou telle partie des vêtements de la victime, empreintes telles qu'elles ne peuvent appartenir à celle-ci d'après leur situation, leur direction. Il peut en définitive être des cas où la question ne pourra être complètement résolue, et où l'expert devra rester dans le doute. Le médecin légiste notera ensuite toutes les particularités, que présentera l'examen extérieur du cadavre, absolument comme dans toute autopsie. Nous nous bornerons à signaler comme particularité appartenant à ce genre de mort l'absence de lividités cadavériques, qui se produit souvent. Cela est dû à ce que le blessé a perdu avant de mourir la plus grande partie de son sang.

III

Après avoir rapidement fait un examen extérieur, il devra revenir sur la mensuration et la description exacte de la plaie ou des plaies du cou qu'il rencontrera. Nous

allons donc mentionner ici les principaux caractères des plaies du cou, dans le cas d'homicide.

L'aspect de la blessure du cou par instrument tranchant est caractéristique. La section est linéaire, les bords sont nets et les angles aigus. Nous prenons ici comme type de notre description les plaies produites par le rasoir. Rien n'indique les dimensions de l'arme : la longueur de la blessure peut provenir de ce qu'elle a été promenée sur les tissus. L'écartement des lèvres de la plaie est variable. L'angle initial de la coupure est indiqué par une section plus nette et plus profonde, tandis que la blessure se termine par une division de plus en plus superficielle, qui se prolonge en queue. Enfin, la plaie a pour caractère de saigner abondamment, même lorsqu'il n'y a que de petites artérioles divisées. Lorsque la peau est lisse, le rasoir le mieux affilé fait des sections multiples et divise la peau comme les différents feuillets d'un mouchoir mal plié.

Cependant il y a un certain nombre de plaies faites d'une autre manière, ce sont les plaies par transfixion. Nous renvoyons pour ce détail quelques pages plus loin, à propos des Orientaux qui opèrent le plus souvent de cette manière.

Voilà en peu de mots les caractères généraux d'une plaie du cou par instrument tranchant. Quels sont les caractères particuliers et les modifications que peut imprimer à une plaie type, l'homicide ; c'est ce que nous allons voir maintenant.

Nous n'insisterons pas sur les caractères spéciaux donnés à la plaie par la variété d'arme ayant servi au meurtre, ce point étant traité déjà dans le chapitre III. Nous avons vu que généralement les vêtements sont sec-

tionnés au lieu d'être écartés. Le meurtrier porte généralement la tête de la victime très en arrière et opère la section d'un coup net. Aussi la profondeur de la plaie est-elle considérable. Il y a le plus souvent multiplicité des blessures dans le cas d'intervention d'une main étrangère. Quant à la direction de la plaie elle varie suivant la position du meurtrier et de la victime. La plupart des homicides par égorgement ont lieu sur des personnes couchées.

Deux cas sont à considérer : la plaie est à droite ou à gauche du cadavre.

1° Elle est à droite. Une telle plaie sera transversale, ou dirigée de haut en bas et d'arrière en avant. Si le meurtrier est placé sur le côté gauche ou en avant de la victime, ou s'il est placé derrière sa tête, la plaie sera dirigée d'avant en arrière et de bas en haut. La prolongation de la plaie, soit en avant, soit le plus souvent en arrière, se rencontre généralement dans le cas d'assassinat.

2° La plaie est à gauche. Dans ce cas elle sera dirigée de haut en bas et d'arrière en avant, si le meurtrier est placé en arrière du cadavre ; s'il est placé sur le côté droit, la plaie sera analogue ou transversale, et s'il est placé en avant, elle aura la direction d'avant en arrière et de haut en bas.

Nous n'examinerons pas le cas où la plaie serait du même côté que le meurtrier, parce que cela est excessivement rare dans l'assassinat. La direction de ces plaies est donc en somme fort variée.

De plus, nous avons supposé implicitement ci-dessus que le meurtrier était droitier. Si par hasard il se trouvait qu'il fût gaucher, il y aurait un changement absolu dans la direction des blessures, qui se trouverait être précisément l'inverse de celle que nous venons de signaler ci-dessus.

En outre, l'aspect de la blessure varie avec les professions, et par suite la spécialité de la personne peut être indiquée par l'arme qu'elle emploie. Ainsi les bouchers font une incision antérieure et circulaire tranchant le larynx et le gros vaisseau.

De même la nationalité peut apporter une modification profonde à ces sortes d'homicides.

« En Indo-Chine, d'après le D^r Lorion, ces blessures du cou sont généralement dues au coupe-coupe, instrument rappelant vaguement la faucille. La lame a de 0^m,30 à 0^m,40 de long et de 0^m,7 à 0^m,8 de largeur. Le manche est long de 0^m,15 à 0^m,20. Il est constitué par une lame légèrement recourbée, tranchante sur son bord concave et solidement fixée à un manche que la main saisit à poignée comme elle ferait d'un sabre. Les blessures sont très étendues et portent généralement sur la partie postéro-latérale du cou et vont presque toujours léser la colonne vertébrale ». Souvent même elles arrivent à produire la décapitation comme on le voit dans les observations de Lorion.

Nous avons trouvé dans la thèse de Kocher, les renseignements suivants. — La majorité des crimes chez les Arabes sont commis avec des instruments tranchants (57 fois) sur 162 fois. Les couteaux arabes ont un cachet spécial ; ils sont à lame fixe, d'une longueur de 12 à

18 centimètres, quelquefois plus longs encore, parfaitement effilés. La largeur varie de 1 à 2 centimètres; le dos du couteau est toujours très épais. Un étui en bois, parfois en cuir grossier, toujours enjolivé de dessins bizarres protège la lame.

Les plaies sont caractéristiques chez les Arabes. La section siège, soit au-dessus, soit au-dessous de l'os hyoïde, soit sur les côtés, mais toujours elle est située très haut et rapprochée du maxillaire inférieur.

Rarement horizontale, sa direction est légèrement oblique de haut en bas. C'est grâce à la constatation de ce signe joint à d'autres, que nous indiquerons plus loin, qu'il sera possible de déterminer la position respective de l'assassin et de la victime.

Les plaies sont plus ou moins profondes, pouvant aller jusqu'à la colonne vertébrale. On a parfois constaté l'empreinte du couteau sur les disques intervertébraux; plus ou moins longue, elle peut s'étendre d'un lobule de l'oreille à l'autre.

L'aspect général de la plaie fournit de précieuses indications. Si le couteau a agi de gauche à droite par exemple, on constatera à gauche, au point où le couteau a commencé son œuvre, une section nette, sans bavure. A droite, point de terminaison de l'incision, il n'en est pas de même. En effet il est bien rare que, d'un seul coup, quelque affilé que soit le couteau, quelque force musculaire que possède l'assassin, toutes les parties soient sectionnées. Aussi revient-il dans la plaie à plusieurs reprises enfonçant la pointe dans l'incision déjà marquée. Mais le talon du couteau rencontre souvent la peau et produit des bavures. Si les bavures siègent à droite, le

couteau aura été manié de gauche à droite et réciproquement. Dans le cas où la victime aurait été frappée debout et par derrière, la section serait très oblique de haut en bas siégeant presque toujours du côté gauche. L'inspection de la plaie permettrait de faire les mêmes remarques que plus haut.

En somme, les Arabes assassinent, comme ils tuent leurs animaux. Cette tuerie consiste, soit à couper complètement et sur le devant du cou, la trachée-artère d'un animal et les deux jugulaires, sans enlever le couteau avant l'entière section de ces parties, soit à plonger l'instrument à la partie inférieure et moyenne du cou sans qu'il soit nécessaire de diviser la trachée-artère et les jugulaires. — Nous renvoyons à la thèse de Kocher pour la lecture des observations citées à l'appui de ces assertions.

M. le Professeur Lacassagne qui a fait un long séjour en Algérie fit remarquer, dès le début de l'expertise, à M. Brouardel à l'occasion du crime de Pranzini et sur la seule vue des photographies des victimes que le meurtrier devait avoir vécu en Orient, ce qui s'est trouvé confirmé depuis lors, puisqu'il fut démontré que Pranzini avait vécu en Egypte.

Une fois la plaie examinée, le médecin-légiste devra faire l'autopsie du cadavre comme dans tout autre cas d'homicide.

IV

Enfin lorsque cela lui sera possible, le dernier terme de l'expertise est l'examen de l'inculpé dont on devra

prendre le signalement à l'aide de la méthode de mensuration à laquelle M. Lacassagne a donné le nom de Bertillonage. On se rendra compte de sa force, de sa profession, de son état mental; on saura s'il est gaucher ou non. Enfin il peut avoir été blessé pendant la lutte et porter les traces de ces blessures. On examinera les vêtements et leurs taches etc., etc. Il n'y a pas ici de particularité se rapportant essentiellement à l'identité de ceux qui commettent un égorgement. Cependant il faut se rappeler que la profession influant sur le caractère des gens influe sur la manière de perpétrer leurs crimes.

Pour terminer, on indiquera les conclusions se rapportant au cas particulier que l'on vient d'examiner. On voit qu'il est possible d'arriver à des résultats précis à peu près sur tous les points se rapportant à ce genre de meurtre.

Nous aurions enfin à parler de l'infanticide par égorgement. Ces cas sont rares et ont lieu le plus souvent par décollation et dépeçage. Ainsi en 1884, M. Lacassagne en a observé un intéressant exemple à Tarare « La mère, cuisinière de profession, avait dépêché l'enfant comme elle découpait les volailles. La tête et un membre supérieur avaient été ainsi abattus; la pièce est dans le laboratoire de la Faculté de médecine de Lyon. » M. Coutagne en a observé cependant un cas. Nous n'insisterons pas, parce que cela serait sortir de notre sujet, l'égorgement étant essentiellement la blessure de la partie antéro-latérale du cou et ne dépassant pas le rachis, ce qui, on le voit, diffère du mode habituel d'accomplissement de cet homicide chez l'enfant.

OBSERVATION III

AFFAIRE DE LA RUE D'EGYPTE (*inédite. M. Lacassagne*).

C. B..., âgée de vingt ans vivait de la prostitution. Le corps était allongé dans la ruelle couché sur le dos.

Toute la partie antérieure du cou a été comme hachée par une série de blessures, qui ont déterminé une plaie béante de 11 centimètres de long sur 5 centimètres de large. Dans le fond de la plaie, on voit l'épiglotte coupée, les fragments du larynx sectionnés en plusieurs morceaux, l'os hyoïde séparé de la région sous-hyoïdienne. Toutes ces coupures dont quelques-unes portent sur des parties cartilagineuses, fuyant sous le couteau, sont faites avec netteté par un instrument très tranchant. Ces caractères sont particulièrement visibles sur le cartilage cricoïde sectionné en un endroit, le cartilage thyroïde coupé en deux points. Les coupures sont dirigées de bas en haut et de gauche à droite, ce qui montre bien que l'agresseur devait se trouver en arrière de la victime. Sur le muscle sterno-mastoïdien, on voit trois échancrures et à une telle hauteur que la tête devait être fortement tendue en arrière. Ce qui nous confirme dans l'idée que les coups ont été portés de gauche à droite, c'est que vers l'extrémité gauche de cette large blessure du cou, on trouve trois échancrures de 22^{mm}, 8^{mm} et 12^{mm}, indiquant clairement que l'arme a commencé son trajet de ce côté en tailladant la peau presque à chaque coup. Ces échancrures n'existent pas à l'extrémité droite. Toutes les parties molles de la face antérieure du cou, ont été sectionnées jusqu'à la colonne vertébrale, qui a été fortement atteinte. Les carotides et les pneumogastriques ont été coupés à droite et à gauche en deux endroits. Une première section a tranché ces organes à 5 centimètres de l'aorte du côté gauche et 8 centimètres du côté droit. La seconde a porté 3 centimètres plus haut. Le bord supérieur de la plaie cutanée est festonné par la rétraction inégale des tissus et présente près de la ligne médiane, une encoche

superficielle de 11 centimètres de long. Le bord inférieur très inégal présente quatre dentelures qui peuvent avoir été produites par des échappées de coups de couteau. Remarquons que tous les tissus sont infiltrés de sang et que la victime devait être encore pleine de vie lorsque ces blessures ont été faites.

Sur le côté gauche du cou vers le milieu et à un travers de doigt au dessus de la clavicule, plaie profonde, très irrégulière, longue de 54 millimètres, en forme de virgule, dont la pointe regarde en dehors et en arrière ; elle est dirigée de gauche à droite, de dehors en dedans et un peu de haut en bas. A quatre centimètres au dessous de la grande plaie du cou, sur la ligne médiane, autre plaie de 64 millimètres de long ; elle présente à son extrémité gauche un feston dessinant la lettre M. Sur le pont de substance qui la sépare de l'autre plaie, trois éraillures par pointe d'instrument tranchant de trois à quatre millimètres de long.

Les blessures du cou, au nombre de 4. ont ouvert le larynx, les carotides, les jugulaires, et déterminé la mort presque immédiate.

Lorsque C. B. a été égorgée elle était debout, son assassin derrière elle dans la ruelle au pied du lit.

L'instrument n'était sûrement pas un rasoir, mais un couteau large et solide, avec pointe très bien aiguisée dont la lame pouvait avoir de 15 à 20 millimètres.

CONCLUSIONS : C. B. a succombé à des blessures nombreuses faites à la gorge par un instrument tranchant qui a plusieurs fois ouvert les vaisseaux, déterminé une hémorrhagie presque foudroyante, l'entrée de l'air dans les veines, et la mort immédiate.

OBSERVATION IV

CRIME DE VÉNISSIEUX (*inédit. M. Lacassagne*)

Le 25 février 1885, F. C..., sablonnier, pris en flagrant délit d'adultère, a été frappé d'un coup de couteau à la gorge par le nommé L...

La chemise offre deux déchirures, l'une sur le col et à gauche, dont les bords sont en zig-zag ; l'autre sur la chemise et à droite offrant une ouverture de 34 millim. Au cou, au-dessus de la clavicule, on voit une plaie dirigée presque parallèlement à l'axe du corps. L'ouverture est de 31 millim.

Le couteau qui a servi au meurtre est un couteau de boucher, tranchant sur un de ses bords et dont la lame effilée mesure à sa base 31 millim. Le bord inférieur de la plaie est situé à 21 millim. de l'extrémité inférieure de la clavicule, et le bord supérieur à 4 centim. du bord externe de la trachée. La plaie est ovale. Son petit diamètre mesure 12 millim. Les bords sont très nets, taillés à pic. Une petite encoche existe à l'angle supérieur de l'ovale ; à l'angle inférieur, la peau est parcheminée et contuse. Dans l'ouverture de la plaie on voit des muscles sectionnés. Une sonde qu'on y introduit, pénètre de 9 centim.

Examen interne. — Après avoir enlevé la peau au niveau de la plaie, on trouve une ouverture semblable à celle des téguements sur le peaucier et les autres muscles. Toutefois l'ovale de la plaie est un peu plus marqué. Si on dissèque l'aponévrose superficielle, on arrive sur un énorme épanchement sanguin entre les deux chefs du sterno-cleïdo-mastoidien. Dans le tissu cellulaire avoisinant, il y a de l'emphysème. Une ecchymose remonte jusque dans la gaine du muscle. La lame a passé entre les deux chefs et a glissé sur le bord interne du faisceau claviculaire. Toute la partie profonde du muscle est infiltrée de sang. Le muscle enlevé, la plaie n'a plus que 2 centim. ; la veine jugulaire a été blessée à sa partie inférieure sur une largeur de 4 millim. Tous les muscles de la partie antérieure du cou sont infiltrés d'air et de sang. On voit par transparence un peu de mousse sanguine aérée dans la jugulaire interne. La carotide n'est pas atteinte, ni le pneumo-gastrique, les artères axillaires et vertébrales. Le tronc brachio-céphalique a été ouvert à sa jonction avec la jugulaire — Le poumon gauche a été atteint à sa partie supérieure ; sa plaie a 46 millim. d'étendue. Il contient du sang noir. Il est emphysémateux et crépite à la pression. La trachée est gorgée de sang ; mais ne présente pas de blessures.

CONCLUSIONS : Le nommé C. F... a succombé à une blessure par instrument tranchant qui a ouvert des troncs veineux importants du cou et a permis l'entrée de l'air dans les veines.

La blessure a été faite avec l'instrument trouvé sur les lieux ou avec un instrument semblable.

OBSERVATION V

AFFAIRE DE SAINT-IGNY-DE-VERS. PARRICIDE

(*inédite*, M. Lacassagne)

Voici les résultats de l'autopsie faite par M. Lacassagne le 20 avril 1883, après exhumation du cadavre de G.-J. M..., mort le 8 février.

Nous remarquons sur le côté gauche du cou s'étendant de l'angle du maxillaire inférieur à la clavicule, une plaie longitudinale de forme ovale, parallèle à l'axe du corps ayant 5 centim. dans le sens transversal. Au fond de la plaie, profonde de 2 à 3 centim., nous trouvons des débris musculaires indiquant plusieurs plaies aujourd'hui réunies par la putréfaction; à la partie inférieure, une ouverture de la trachée ayant près de 2 centim. de diamètre. Près d'elle une plaie de la jugulaire, et au-dessous la section de la carotide.

Du côté du cou nous remarquons une incision parallèle à la mâchoire inférieure, ayant une longueur de 7 centim., éloignée de 5 centim. du menton et de 3 centim. de l'oreille. Dans cette plaie les muscles sont déchirés et il y a des débris osseux. Au maxillaire inférieur droit, le bord inférieur a été sectionné sur une longueur de 7 centim. et une largeur de 15 millim. en son milieu. Cette partie de l'os a été découpée comme à l'emporte-pièce, suivant une ligne droite et perpendiculairement à la branche montante. On retrouve les débris de cet os dans les tissus. Ils sont au nombre de trois. A la colonne cervicale l'axis est entamé à sa partie inférieure et en son milieu sur une étendue de 7 millim. Sur la quatrième vertèbre cervicale, il y a une

large entaille de 12 millim. un peu à gauche Sur la cinquième une déchirure profonde de 18 millim. et longue de 33 millim. La sixième en porte une autre moins profonde et longue de 20 millim. La septième est écornée en deux endroits à 3 millim. de distance à la partie supérieure de son articulation avec la sixième et sur une étendue de 22 millim. A 11 millim. au-dessus de ces deux entailles et comme elles, perpendiculaire à l'axe du corps, on en trouve une dernière profonde de 6 millim. Les quatre premières blessures sont obliques.

Les blessures des deux côtés du cou ont été produites par la hache et alors que privé de connaissance, G... était étendu à terre, sur le dos, la joue gauche reposant sur le sol. D'après ce que nous avons dit plus haut, nous pouvons admettre au moins que huit coups de hache ont été portés sur la région du cou ou du côté droit du maxillaire inférieur. La tête a du être maintenue sur le sol comme sur un billot. C'est le coup qui a entamé la cinquième vertèbre cervicale, qui a tranché les vaisseaux et la trachée et presque détaché la tête du tronc. L'ouverture de la carotide a été accompagnée d'un gros jet de sang, et si le meurtrier s'était trouvé à gauche de la victime, il en aurait été absolument arrosé, tandis qu'il n'en a reçu que quelques gouttes.

CONCLUSIONS. La mort a été produite par les blessures du côté gauche du cou. Les plaies de la gorge, au nombre de huit, ont été faites par la hache. Elles ont entaillé les vertèbres cervicales et divisé la carotide primitive, la jugulaire et la trachée, La mort, causée par l'hémorrhagie, l'entrée de l'air dans les veines et la suffocation, a été immédiate.

OBSERVATION VI (*inédite* M. Lacassagne)

Dans le crime récent de Chantelle, M^{me} A... a tué le notaire L..., prétendant avoir agi ainsi pour défendre son honneur. Outre des blessures par coups de revolver et par corps contondant, le cadavre présentait au cou une plaie, produite

par un couteau, longue de 21 centim., ayant 7 centim. de profondeur, commençant à gauche, au niveau du chef interne du sterno-cleïdo-mastoïdien, sectionnant le larynx à la hauteur du cricoïde, la partie antérieure de l'œsophage, les jugulaires et les veines superficielles, et s'arrêtant au niveau du sterno-cleïdo-mastoïdien droit. Il faut dire que le larynx était extrêmement dur et que la victime possédait un goitre énorme. Il n'y avait pas de caillots, ni de sang liquide sur la plaie; car le cadavre était resté exposé à la pluie toute une nuit.

Le parquet demanda si la blessure avait été faite avant la mort ou après comme le prétendait M^{me} A La plaie du cou avait été lavée par la pluie. Aussi ne pouvait-on en tirer de renseignements. Mais le cœur et les gros vaisseaux étant vides, et une large mare de sang ayant été répandue sur le sol, la mort était due à une hémorrhagie. La plaie du cou, seule capable de la produire, avait donc été faite pendant la vie.

Nous reproduisons ici les conclusions des médecins experts présentées par M. le D^r Deschamps, de Riom, et qui nous ont été fournies par M. le professeur Lacassagne.

CHAPITRE VIII

Du suicide par égorgement

Le suicide par instrument tranchant, dit Vibert, a lieu ordinairement par section de la partie antérieure du cou. Nous allons nous en occuper maintenant en suivant pour cette étude la même marche que pour l'homicide.

I

Pour ce qui est des commémoratifs du fait, nous renvoyons à ce qui a été dit à propos de l'homicide. Nous ferons remarquer que, en présence d'un tel suicide, le médecin légiste doit noter avec une grande attention l'état des lieux, la position de l'arme, l'aspect des vêtements, les taches de sang, avant de passer à l'examen extérieur du cadavre. Nous allons donc relater ici les particularités que l'on peut observer à propos de ces divers points.

L'état des lieux à lui seul peut faire parfois rejeter l'hypothèse d'un suicide ; parfois au contraire, y faire croire. Mais il ne faut jamais se hâter de conclure d'après cela seul ; car il ne faut pas oublier qu'il peut y avoir simulation. On doit rechercher l'arme, et constater sa présence. Elle se trouve souvent dans la main même de la victime.

Parfois au contraire elle est loin du cadavre ; car elle a pu être jetée par le suicidé ; nous savons, en effet, qu'il peut dans certains cas accomplir certains actes avant sa mort. Elle peut occuper des situations bizarres qui font qu'à première vue on pourrait croire à son absence : tel le fait suivant. « On trouva étendu sur un lit un homme qui avait la gorge coupée. Aucun instrument n'était auprès de lui. Des soupçons s'élevèrent, mais bientôt sur un rayon placé au-dessus de son lit, on découvrit un large tranchet ensanglanté. Le rebord du rayon porte la trace d'une main sanglante ; des gouttelettes ont rejailli sur la cheminée et sur les bas. Il était facile de conclure que cet homme s'était tué debout sur son lit et qu'ensuite une carotide étant ouverte il avait eu le temps de déposer son tranchet sur le rayon, et était tombé. »

Nous n'insisterons pas sur le choix de l'arme, c'est habituellement le rasoir. Les ciseaux ne servent guère que dans les cas d'aliénation mentale. Les vêtements de la victime sont en général écartés de manière que l'arme se présentant à nu opère la section beaucoup plus vite et avec plus de netteté.

II

Les suicides s'accomplissent debout plutôt que couché. Par conséquent le cadavre ne se trouve presque jamais

dans la position initiale. Si le suicide s'est accompli debout, il y a chute. Le sang qui d'abord s'était écoulé en bas sur la poitrine, s'étale ensuite sur le cou. Si le suicide s'est accompli couché, il n'y aura aucun désordre dans les vêtements et les taches de sang seront seulement sur les côtés du cou.

On peut donc d'après cela savoir quelle était l'attitude primitive de la victime. Quand à la direction de la blessure elle n'a pas pour ce point spécial le même intérêt que dans les cas d'homicide.

Nous rappellerons que lorsqu'un individu s'ouvre la gorge, un flot de sang s'échappant de la blessure, sa main s'en trouve naturellement couverte, la main seule qui a accompli l'acte, à moins qu'il n'ait ensuite porté les mains à sa blessure auquel cas il peut y avoir des traces de sang, non seulement sur ses mains, mais encore sur ses vêtements et sur les objets environnants.

Le médecin légiste doit ensuite noter les lividités cadavériques, etc., tout comme dans une expertise d'homicide et compléter rapidement l'examen extérieur du cadavre après quoi il reviendra s'occuper spécialement de la plaie du cou.

III

Nous avons donné au chapitre précédent la description typée d'une plaie du cou par instrument tranchant. Il nous reste à indiquer quelles sont les particularités qui s'y rattachent par le fait du suicide, et nous ne pouvons mieux

faire à cet égard que d'emprunter à Hoffmann les lignes suivantes :

« Les suicidés, dit-il, font ordinairement cette section debout, le cou tendu et la tête penchée en arrière. Ils placent le couteau tenu de la main droite contre le sternomastoïdien à gauche et en haut et tirent d'un seul trait obliquement à droite. Le trajet de la plaie est donc un peu oblique. Il n'est pas rare cependant de trouver des sections horizontales. Si la direction oblique de la plaie est très prononcée, on se trompera rarement en regardant l'extrémité la plus élevée comme le point de départ de la plaie. Si le suicidé au moment d'accomplir son projet penche la tête du côté opposé à celui où il a placé le cou, la section non seulement peut être transversale, mais encore avoir une direction ascendante vers la fin.

Ce n'est qu'exceptionnellement que le couteau passe au-dessus de l'os hyoïde. Le couteau peut arriver à la colonne vertébrale. S'il a été tiré rapidement et d'un seul trait par dessus les parties les plus proéminentes, la plaie peut être complètement symétrique et blesser des deux côtés les mêmes organes. Les gros vaisseaux sont alors moins souvent lésés. »

Nous voyons donc en somme que la direction normale de ces blessures est de gauche à droite, de haut en bas et d'arrière en avant. Nous ajouterons que le médecin légiste, outre la direction de la blessure et son siège, doit s'occuper de sa profondeur. Ces blessures peuvent en effet être très profondes, car la main du suicidé peut avoir été très ferme et le coup vigoureux. La plaie ne va pas d'habitude jusqu'à la colonne vertébrale ou du moins n'y produit pas de lésions comme dans un meurtre. Cependant il ne faudrait pas prendre ceci d'une manière trop absolue.

Dans la majorité des cas, il y a plusieurs blessures, dont quelques-unes très petites n'entament que la peau, sans compter la plaie mortelle. Ces blessures accessoires ont une direction oblique ou parallèle à la blessure principale; elles sont d'habitude plutôt antérieures qu'absolument latérales. Le suicidé en effet, se coupe la gorge d'un seul coup, ou y revient à plusieurs fois. Dans ce dernier cas, il se fait successivement dans les tissus plusieurs béances, et les plaies cutanées et profondes ne sont pas exactement dans le même plan. Les encoches vers la fin de la blessure peuvent servir à connaître le nombre des coups.

Le côté du cou sur lequel se prolonge la blessure est d'habitude le côté droit, le suicidé ayant opéré avec la main droite. Si la blessure siège à droite on aura affaire à un gaucher. Il est possible cependant que l'instrument ait été tenu de la main correspondant au côté où siège la plaie; mais dans ces cas la plaie aura plutôt une direction transversale qu'oblique, et en somme c'est là une exception, le suicidé prenant pour commettre son acte la position la plus commode, celle que décrit Hoffmann.

Les professions apportent peu de modifications à ce genre de suicide. Les plus notables sont fournies par les aliénés. On peut alors observer des faits absolument anormaux. Aussi, lorsqu'on se trouve en présence d'un cas sortant de l'ordinaire comme blessure du cou, il faudra penser à une modification mentale de la victime. Du reste ces suicides, même normaux, sont souvent accompagnés de troubles de l'intelligence. Dans ces conditions, il faudra donc s'enquérir de l'état intellectuel de l'individu, non seulement pendant les quelques moments qui ont précédé sa mort, mais encore à une époque quelconque de sa vie.

Ce genre de mort se rencontre aussi beaucoup dans ce que M. Lacassagne a appelé les suicides doublés. Ainsi un homme se tire un coup de revolver et se coupe la gorge. Nous en donnerons plus loin une observation. Dans les cas mêmes où il n'y a que des plaies par instruments tranchants ces plaies sont parfois multiples et portent en même temps que sur le cou sur toute autre région du corps. Nous avons vu dans un chapitre précédent, les questions qui peuvent être soulevées à ce sujet.

IV

La tâche du médecin légiste ne sera terminée que lorsqu'il aura fait l'autopsie complète du corps et constaté toutes les lésions.

Il devra ensuite formuler ses conclusions et nous voyons d'après ce que nous venons de dire qu'il pourra en général répondre aux questions qui lui sont adressées.

OBSERVATION VII

SUICIDE PAR COUP DE COUTEAU DANS LA GORGE

(*inédit. M. Lacassagne*)

Le 28 octobre 1885, M. Lacassagne a examiné le cadavre de D. L. H. âgé de 34 ans, boulanger, qui a été trouvé à 4 heures du soir dans son domicile, la gorge coupée devant son établi et donnant encore signe de vie. Il expira bientôt après.

Décubitus dorsal ; il y a du sang sur la poitrine, la chemise, le pantalon, le gilet, sang qui a découlé de haut en bas pendant

la station debout. Une écume sanguinolente s'écoule de la plaie du cou. Il existe au niveau du cartilage cricoïde une plaie longue de 13 à 14 centimètres. Les bords sont nets, ayant 4 centimètres environ à gauche de l'axe du corps et 8 à 9 à droite. Le cartilage cricoïde est ouvert. La jugulaire interne droite est lésée.

L'instrument tranchant a pratiqué une deuxième incision à 2 centimètres au dessus, presque parallèle et commençant à gauche de la première. La longueur est la même. Il existe donc entre les deux plaies un éperon triangulaire se terminant en pointe et ayant 4 centimètres de long à gauche et 3 centimètres à droite. Cette incision supérieure a ouvert en deux endroits le cartilage thyroïde : un premier coup l'a éraflé en son milieu ; un second a ouvert le conduit aérien entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. Les vaisseaux ont été atteints. Les mains sont couvertes de sang. On voit des entailles transversales de 2 centimètres de long au médius et à l'annulaire gauche ; elles ont le caractère des plaies de défense, et ont dû se produire pendant que la main tendait la peau du cou. D'après l'état des vêtements, l'attitude de la victime, et l'absence de violences extérieures, on peut conclure que D. s'est porté avec la main droite les coups qui ont causé sa mort. C'était en effet un droitier. L'instrument est une sorte de bistouri ayant 13 centimètres de long ; 9 pour le manche et 4 pour la lame. Celle-ci est pointue, évasée du côté du tranchant fraîchement aiguisé.

CONCLUSION : D... a succombé aux suites des coups qu'il s'est porté dans la gorge avec un instrument tranchant, manié de la main droite.

OBSERVATION VIII

AFFAIRE DE LA RUE CREUZET (*suicide Inédit : M. Lacassagne*).

Le 22 mars 1886 à une heure, M. Lacassagne a dressé rapport de l'état du cadavre du nommé J. qui s'est coupé la gorge avec un rasoir après avoir assommé sa femme avec un marteau.

Décubitus dorsal un peu incliné sur le côté droit; la main droite tient fortement un rasoir ouvert et baigné de sang. Au devant du cou existe une plaie énorme, par laquelle s'écoule du sang en abondance.

Il y a des caillots sanguins sur la lame de l'instrument, en très mauvais état. Le tranchant présente de nombreuses dentelures.

Les vêtements sont couverts de sang. Sur le pantalon, on voit les traces de gouttes, qui sont tombées verticalement.

A la partie médiane du cou à 2 centimètres du cartilage thyroïde et à 4 centimètres du menton, on voit une plaie béante ayant 5 centimètres sur l'axe du corps et 7 transversalement. La coupure supérieure est très nette, hâchée à droite, avec deux encoches formant un éperon triangulaire mesurant 2 centimètres à sa base et ayant 1 centimètre de hauteur. A l'encoche inférieure la peau est noirâtre à bords peu nets. A 3 centimètres environ de la ligne médiane, troisième encoche. Là, le tronc basilaire est coupé obliquement. Au côté gauche, on en trouve une autre petite, à 2 centimètres de la ligne médiane qui a l'air d'être la terminaison d'une éraflure de la peau. Sur tout le côté gauche, éraillures superficielles de 24 m. m., 14 m. m. et 1 centimètre de long. Une autre, à 4 millimètres de la précédente, a 15 millimètres de long, et enfin une dernière, à 16 millimètres au dessus, a 4 centimètres de long. On voit deux petites entailles superficielles de la peau à gauche. La glande sous-maxillaire est divisée à droite, tandis qu'elle n'est que légèrement entamée à gauche. La jugulaire antérieure a été un peu lésée. Les carotides et jugulaires internes sont intactes; le larynx, tranché au dessus de l'os hyoïde. La corne de ce dernier est coupée; l'épiglotte entamée en trois endroits. Entre la troisième et la quatrième vertèbre cervicale, une encoche profonde a pénétré entre les arcs vertébraux, après avoir coupé les muscles latéraux. A la vertèbre au-dessous, deuxième entaille.

La trachée est pleine de sang ainsi que les grosses et les petites bronches.

CONCLUSIONS : Le nommé J. a succombé, à une plaie volontaire du cou, faite à l'aide d'un instrument tranchant, un rasoir; il y a eu entrée de l'air dans les veines, hémorragie, asphyxie et syncope. La mort a dû être rapide.

OBSERVATION IX

SUICIDE PAR ÉGORGEMENT CHEZ UN GAUCHER

(extraits. M. Coutagne)

Le 29 juin 1885 à midi, M. Coutagne se rend dans les îles Robinson, sur le bord du Rhône, pour procéder à l'examen d'un cadavre trouvé le matin même à 4 heures, et parmi les constatations faites, nous relevons ce qui a rapport à la plaie du cou.

La main gauche tient assez serré le manche d'un couteau dont le talon est appuyé sur la face antérieure de la région métacarpienne des deuxième et troisième doigts, et dont la lame est enfoncée dans la région du cou. Les vêtements ne présentent pas de traces de lutte. Putréfaction avancée. Taille 1 m. 68.

Le cadavre ne présente aucune trace de violences

Le couteau, couvert de sang, est un tranche-lard triangulaire de 32 millim. de large et de 17 centim. de long. Il est enfoncé dans la plaie de 7 centim.

Plaie du cou. — Après avoir enlevé avec un filet d'eau le sang coagulé qui entoure l'arme à son entrée dans le corps, comme d'une sorte de gaine, on découvre à la partie antérieure et médiane du cou, à peu près à égale distance de la fourchette sternale et du maxillaire inférieur, une plaie unique très irrégulière. La forme de cette plaie se rapproche de celle d'un triangle, dont le côté supérieur est sensiblement perpendiculaire à l'axe du corps et mesure 35 millim. Un deuxième côté, oblique de gauche à droite et de haut en bas, forme une ligne de 16 millim. ; l'autre côté, situé de droite à gauche, a 17 millim. de long. Dans cette plaie se remarquent de nombreuses irrégularités. De la partie médiane du côté supérieur et de son angle inférieur partent deux sortes de queues à direction légèrement curviligne dont l'inférieure mesure 17 millim. A 4 millim. au-dessous du troisième côté du triangle et parallèlement à sa direction, une petite incision de 6 millim. n'a sectionné que la

peau A la dissection, couche par couche de cette blessure, nous notons ce qui suit : le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de sang dans une étendue de 4 centim. de diamètre. Il est comme mâchonné surtout à gauche. Le muscle peucier est ouvert par une incision ovale, dont le grand diamètre, vertical, est de 21 millim. et le petit, transversal, de 16 millim. Au-dessous du peucier, une ouverture large de 12 millim. et haute de 10, conduit dans le larynx. Les sterno-mastoïdiens sont intacts mais en rabattant le plan formé par les sterno-thyroïdiens, on reconnaît nettement que l'arme a suivi deux directions; l'une a pénétré dans les voies respiratoires; l'autre, à droite, à 2 centim. au-dessous révèle une incision très nette dans le plan musculaire pré-vertébral. Le cartilage cricoïde est mâchonné et présente une plaie irrégulière. L'œsophage est traversé par une plaie qui suit la même direction. En avant de ces organes on ne trouve qu'une hémorrhagie modérée, car les carotides, les jugulaires et leurs principales branches sont intactes. *En arrière on voit une hémorrhagie considérable, due à une piqûre de l'artère vertébrale droite, qui a été divisée entre la quatrième et la cinquième vertèbre cervicale. Le fait est du reste prouvé par une injection d'eau poussée par le bout inférieur.*

L'examen des organes internes ne présente rien de particulièrement intéressant.

CONCLUSIONS. L'homme a succombé à une hémorrhagie produite par une plaie du cou, dans laquelle l'artère vertébrale droite et d'autres vaisseaux de moindre importance ont été divisés. Cette plaie a tous les caractères d'une blessure faite dans un suicide, où l'arme aurait été enfoncée de la main gauche à plusieurs reprises, le sujet étant couché. La mort a dû survenir lentement et le sujet faire quelques mouvements.

Elle remonte au milieu de la nuit du 28 au 29 juin.

L'instruction a appris ensuite que le nommé B... était terrassier, âgé de 53 ans, gaucher.

Nous avons résumé cette observation qui se retrouve dans la thèse de Jobert sur les gauchers.

OBSERVATION X

AFFAIRE DE LA GARE SAINT-CLAIR (*suicide. D^r Lacassagne*).

Le 5 décembre 1884, près d'une borne-fontaine, à peu de distance de la voie ferrée, se trouvait le corps d'un homme étendu sur la paille dans le décubitus dorsal.

Rigidité cadavérique. A la partie antérieure du cou se trouvait une vaste plaie ovale ayant intéressé la peau, les muscles de la région précordiale et le larynx. La trachée béante ne tenait en arrière que par un lambeau de tissu. Nulle part on ne constatait de traces de violences.

Description de la plaie du cou. — Elle est située à la partie antérieure et mesure environ 10 centimètres. Sa forme est ovale et son plus grand diamètre est de 55 millim. A droite elle est distante du lobule de l'oreille d'environ 11 centim.; à gauche de 9 centim. seulement.

A la partie supérieure, la section est nette, le tissu cellulaire est rétracté; seuls la peau et le peucier sont intéressés. A gauche, elle perd de sa netteté. Les muscles sont profondément coupés à droite.

A la partie inférieure on remarque un bourrelet saillant, indiquant qu'il y a eu deux incisions : à 14 millim. de la première se trouve un petit éperon triangulaire ayant 6 millim. de haut et 3 millim. de largeur à sa base. De plus, sur le bord interne du muscle sterno-mastoïdien gauche, on constate des hachures pouvant faire croire à une troisième incision.

A droite, la plaie est recouverte de nombreux caillots sanguins et de débris musculaires. L'incision a porté sur la peau, le peucier et le sterno-mastoïdien. La glande thyroïde est coupée; la trachée, béante sur une étendue de 2 millim., tient encore en arrière par un lambeau de tissu ayant environ 15 millim. Ce conduit aérien est incisé à sa partie postérieure et au niveau du cartilage cricoïde, où se présente un éperon de 16 millim. de long sur 6 de large à sa base.

Après avoir disséqué et rabattu la peau et le peucier, on

arrive sur le second plan musculaire. Le sterno-mastoïdien droit forme un bourrelet saillant; il ne reste plus qu'un tout petit faisceau de fibres musculaires situé à la partie externe, et mesurant 1 centim. de largeur, tandis que le bourrelet musculaire supérieur en mesure 4. On trouve aussi une entaille sur le chef antérieur de l'omo-hyoïdien. Du côté gauche, on note une incision et quelques hachures portant sur la partie antérieure du sterno-mastoïdien.

Des deux côtés les gros vaisseaux du cou sont absolument intacts. On ne constate qu'une ecchymose dans la tunique externe de la carotide droite. Sur le larynx à 3 cent. de leur insertion supérieure, les deux sterno-hyoïdiens sont coupés d'une façon symétrique.

La section du larynx a porté à 2 millim. de la glotte. En ouvrant la trachée et les bronches, on constate qu'elles sont remplies de sang jusqu'aux plus fines ramifications de ces dernières. Il s'est formé dans les conduits aériens de véritables infarctus.

CONCLUSIONS. Le nommé Louis M... a succombé à une hémorragie et à une asphyxie consécutives à des plaies du cou.

Ces plaies sont au nombre de deux; elles siègent à la partie moyenne du cou et sont dirigées de droite à gauche; la première a ouvert la trachée, la seconde a incisé le côté droit du conduit aérien. L'hémorragie, qui s'est produite, a fait pénétrer le sang dans la trachée et les bronches, ce qui a déterminé l'asphyxie.

Les vaisseaux principaux du cou n'ayant pas été atteints, la mort a pu venir lentement. Le décès a eu lieu une demi-heure au moins, une heure au plus, après le dernier repas.

En l'absence de toute trace de violence et d'après l'état des blessures, on peut dire que la mort doit être attribuée à un suicide, accompli avec un instrument très tranchant, un rasoir, par exemple, et tenu dans la main gauche.

A la date du 9 décembre, on informait M. Lacassagne que l'instrument avec lequel Louis M... s'était donné la mort était un rasoir qu'on avait retrouvé dans une mare de sang, à 400 mètres environ du lieu où avait été découvert le cadavre. L'enquête a, du reste, démontré que le nommé Louis M... était gaucher.

OBSERVATION XI

SUICIDE. (*inédit. M. Lacassagne.*)

Les époux C..., débitants de boissons à Lyon vivaient en désaccord depuis longtemps. On trouva le mari baigné dans une mare de sang, et tenant encore dans la main droite un rasoir ensanglanté. Il mourut une heure après. Son corps mis à la disposition du parquet fut examiné par le professeur Lacassagne.

Au cou il existe une plaie large de 8 centimètres de long et haute de 5 centimètres. Cette ouverture fait voir la trachée et le cartilage thyroïde sectionné. Au côté gauche du cou, il y a deux incisions d'une ouverture de 1 centimètre; à la partie inférieure de la grande plaie, un petit coup n'ayant intéressé que la peau. A droite la section est assez régulière. Elle présente deux petites languettes et une grande.

En résumé, deux coups francs à gauche et quatre coups à droite, ce qui est en rapport avec la main dont il s'est servi. Pas de section du sterno cleïdo-mastoïdien. Section des artères thyroïdiennes et d'une des branches de la jugulaire externe. Cette dernière est intacte. L'omo-hyoïdien et le sterno-hyoïdien sont nettement coupés à droite. La section porte sur les mêmes muscles du cou du côté gauche. Elle a l'aspect d'un fer à cheval plus relevé à droite.

Quatre coups ont été portés sur le corps thyroïde, qui est divisé en lamelles. L'os hyoïde est lui-même coupé. Les jugulaires droite et gauche sont intactes.

En enlevant tous les plans supérieurs, on constate une infiltration de tous les tissus sous-jacents et des aponévroses prévertébrales. La colonne vertébrale ne porte aucune lésion.

En conséquence, M. Lacassagne conclut à un suicide, pour lequel il doit avoir fallu une grande énergie à C...

OBSERVATION XII (*suicide. Inédit. M. Lacassagne*).

Le 13 mars 1891, M. Lacassagne dressa rapport de l'état du cadavre du nommé G. B. L. âgé de 45 ans trouvé mort dans son domicile, chemin de Gerland n° 58.

Parallèlement au lit est le cadavre, la tête tournée vers le pied du lit.

Le corps est dans le décubitus latéral gauche. A terre, devant le visage et à proximité des mains, gisent un revolver et un rasoir ouvert. On peut évaluer à 2 litres le sang qui inonde le plancher.

A première vue, nous constatons l'existence d'une énorme blessure du cou et une plaie crânienne par coup de revolver tiré dans l'oreille droite. Le rasoir a une large lame. Il est ouvert au maximum, le dos de la lame touchant le manche.

Sur le cou, large plaie par instrument tranchant à peu près ovoïde et transversale. L'angle gauche est plus aigu que le droit. Il est situé à 3 centimètres de la ligne médiane, et le droit à 6 centimètres, ce qui fait une longueur totale de 9 centimètres. Sa largeur est de 6 centimètres environ. Près du bord inférieur, dans la plaie, on voit l'extrémité supérieure du cartilage thyroïde. Dans la section supérieure, on sent l'os hyoïde. La section profonde a donc passé entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde. Aux deux angles de la plaie, la peau seule est coupée. La pression de l'instrument tranchant a été moindre vers l'extrémité gauche que vers la droite.

Au dessous de cette immense plaie à 8 millimètres de son bord inférieur, sur la ligne médiane, on voit une entaille très superficielle de la peau de 25 millimètres de long, qui vient finir en queue sur la blessure principale.

Les vaisseaux de la moitié gauche du cou ont été respectés; à droite des veines et des artères ont été ouvertes.

C'est d'abord la jugulaire externe qui offre une béance de 4 millim., la jugulaire interne sur laquelle on note une section de 6 millim., les artères carotide externe et thyroïdienne supé-

rieure près de leur naissance, qui ont l'une et l'autre une ouverture de 4 millim. Sur la partie supérieure de la carotide primitive se montrent deux petites incisions incomplètes, transversales, séparées l'une de l'autre par un pont de paroi de 1 millim. La jugulaire interne contient des bulles en grande abondance; mais des mouvements variés ayant été imprimés aux différentes parties du corps, on ne peut préciser si cet air a pénétré dans les vaisseaux pendant la vie.

CONCLUSIONS. — Le nommé G. B. L. a succombé aux suites d'une blessure de la gorge, qui a ouvert la plupart des gros vaisseaux du côté droit du cou. Cet homme s'est lui-même fait avec un rasoir cette blessure, qui a déterminé une hémorragie abondante.

CHAPITRE VII

Diagnostic différentiel entre le suicide, l'homicide et l'accident

Nous allons examiner les points qui peuvent servir à résoudre la question suivante, habituellement posée en première ligne par le magistrat, à savoir la mort est-elle le résultat d'un suicide, d'un homicide ou d'un accident? Nous ferons seulement de cette question un exposé rapide, puisqu'il nous suffira de comparer les deux chapitres précédents à tous les points de vue.

Nous avons déjà vu quelles étaient les différentes armes employées, et dans quel cas, meurtre ou suicide, elles l'étaient. Si elles sont ébréchées, on a plus de chance d'avoir affaire à un homicide. Au contraire, l'arme placée dans la main du cadavre est un signe de suicide. Casper a en effet montré par ses expériences que l'arme placée dans la main du blessé après la mort n'y tient pas solidement. Cependant on peut à la rigueur l'y faire tenir, puisque dans un cas de ce genre, Taylor reconnut la simulation, parce que le couteau avait été placé dans la main à l'envers, c'est-à-dire le dos contre le corps.

Les vêtements sont écartés dans le suicide et coupés dans le meurtre. Cela n'est point absolu, surtout dans les cas de simulation du suicide. Dans les cas de simulation d'homicide il peut arriver que l'entaille soit faite en deux temps, d'abord sur les vêtements, ensuite à nu sur le cou et ce fait peut-être révélé par la non concordance des plaies et des déchirures.

Nous avons vu que les suicides se font en général debout et la plupart des meurtres couchés. Mais il n'y a rien de très précis à cet égard. De même l'expression faciale peut fournir quelques renseignements; mais on n'a en somme ici que de bien vagues probabilités.

Les traces de lutte, de résistance, la simultanéité des blessures mortelles sont des preuves en faveur de l'assassinat, à moins que le blessé ne soit ambidextre, comme dans un cas de Taylor, ou qu'on ait affaire à un suicide doublé.

Les lésions organiques indiquant la tendance au suicide peuvent fournir de même des renseignements précieux. Mais les plus grandes différences sont données par la blessure elle-même. Sa régularité est une présomption de suicide, d'après sir Everard Home opinion qui est mise en doute par Taylor. Sa profondeur est généralement plus considérable dans le meurtre; mais rien n'est absolu à cet égard, la main du suicidé pouvant aller aussi loin. Dans un cas de suicide observé par Marc, l'arme avait divisé tous les muscles du cou, la trachée, l'oesophage, avait ouvert les deux veines jugulaires et les deux artères carotides et avait même effleuré les ligaments antérieurs de la colonne vertébrale.

La division des tissus siège plus bas dans les suicides

que dans les meurtres et a lieu souvent au dessous de l'os hyoïde. Quant à la direction des plaies dans l'un et dans l'autre cas nous nous sommes suffisamment étendus dans les deux chapitres précédents sur cette question pour n'avoir pas besoin d'y revenir.

La multiplicité des blessures n'exclut pas l'idée de suicide. Nous ferons remarquer, en outre, que la dernière blessure est généralement la blessure mortelle dans le suicide et qu'il peut en être autrement dans le meurtre.

Nous tirerons encore d'autres renseignements des taches de sang sur la main de la victime, qui dénoteront en générale le crime, et qui en tout cas, par leur absence, indiquent nettement l'assassinat. Les blessures aux mains de la victime feront aussi penser à un meurtre. Les empreintes peuvent mettre sur la voie du diagnostic, spécialement si elles portent en des points du corps du suicidé, où lui-même ne puisse atteindre; ainsi ce qu'on pourrait appeler le signe de Wald, du nom de celui qui l'a le premier signalé: l'empreinte sanglante d'une main gauche sur le bras gauche du décédé. Il en est de même des constatations accessoires; des fils de coton trouvés au microscope, dans les taches de sang recueillies sur un rasoir, furent un indice dans un cas où l'on avait coupé la gorge à un homme et où les cordons de son bonnet avaient été tranchés en même temps.

Nous terminerons cette esquisse rapide du diagnostic différentiel entre le crime et le suicide, en recommandant de ne conclure qu'après un examen sérieux et avec la plus grande circonspection; car dit Devergie « *une affirmation dans les conclusions d'un rapport, résultant d'une circonstance peu commune, pourra faire monter sur*

l'échafaud l'homme que des soupçons vagues auront conduit sur le banc des accusés, quoiqu'il soit innocent de l'inculpation dont il est l'objet ».

Quant au diagnostic différentiel d'avec les blessures accidentelles, il a peu d'importance pratique, vu la rareté de ces dernières. Quelquefois leur étendue les fait distinguer; du reste l'identité entre ces diverses catégories de blessures peut être absolue.

Nous avons dans le cours de ce travail, pris dans les nombreuses observations si complètes que M. le professeur Lacassagne a bien voulu mettre à notre disposition, ce qui avait strictement rapport aux blessures de la gorge. Mais nous tenons à rappeler que, pour être en mesure de répondre aux différentes questions posées par les magistrats, nul détail ne doit être oublié dans une expertise d'égorgeement. Aussi faisons-nous précéder les conclusions qui ressortent de notre étude, d'un tableau d'ensemble indiquant les diverses constatations et la marche que l'on doit suivre dans ces cas; résumant aussi les questions auxquelles le médecin expert a le plus souvent à répondre.

Examen médico-légal et Autopsie dans un cas d'égorgeement.

Nom et prénom.	
Sexe.	Date du décès.
Age.	Date de l'autopsie.

I. — CONSTATATIONS PRÉLIMINAIRES.

- 1° *Commémoratifs et anamnestiques.*
- 2° *Etat des lieux* { Taches de sang.
Traces de luttes.

- 3° *Vêtements...* { Ecartés.
Sectionnés. — Tachés de sang.
- 4° *Attitude du cadavre.....* { Debout. — Assis.
Couché.
A-t-elle été modifiée?
- 5° *Arme* { Forme.
Dimensions.
Tranchant.

II. — EXAMEN EXTERNE.

1° *Signes de la mort.* — Putréfaction (date). Lividités (etc.)

Signes d'identité { Tatouages. Taille. Profession.
Mains. Dents. Ongles. Cicatrices, etc.

La peau et les orifices.

2° *Tête.....* { Aspect de la face. Masque. Yeux. Pupilles.
Piqueté hémorrhagique. Conjonctives.
Narines. Bouche.

Etat de la peau. Taches de sang.
Situation. Forme. Direction } de la
Profondeur Rétraction. } blessure.
Queues et Encoches }

Tissu cellulaire sous-cutané } Infiltrations
et aponévroses } sanguines.

Muscles. — Section et Rétraction.

Vaisseaux { Section. Injection des gaines.
Hémorrhagie. Caillots. Epan-
chements.

3° *Cou..* { Nerfs
Os hyoïde } Section.
Larynx }

Trachée { Sectionnée { Complètement
ou
Incomplètement
ou non.
Sang à l'intérieur.

Œsophage. Id.
Vertèbres. — Entaillées ou non.

4° *Tronc et Mem- bres.....* { Peau. Empreintes diverses. Blessures. —
Main droite. — Main gauche.
Sperme au méat chez l'homme
Organes } Traces de coït récent.
génétaux } Règles et grossesse chez la
femme.

III. — EXAMEN INTERNE.

1° *Poumons....* { Aspect et coupe.
Plèvres et contenu.

2° *Cœur* { Ventricules { Vides.
Oreillettes } Sang liquide.
Caillots.

3° *Estomac.....* { Péricarde. Contenu.
Muqueuse. Aspect.
État de réplétion. Aliments.

4° *Foie et Reins.* — Aspect et coupe.

5° *Crâne.....* { Cerveau. Ventricules.
Méninges.
Cervelet.

6° *Colonne ver- tébrale.....* { Vertèbres.
Moëlle.

IV. — CONCLUSIONS

1° La mort est-elle le résultat d'un suicide ou d'un homi-
cide ? — Position de l'agresseur et de la victime ?

2° Cause. — Heure. — Rapidité de la mort ?

3° La blessure peut-elle d'après sa forme donner quelques
indications sur le meurtrier ?

3° Quel est l'instrument qui a fait la blessure ?

5° Combien de temps la victime a-t-elle survécu, après la
blessure ?

6° Le blessé a-t-il pu marcher, crier, faire certains actes ?

(Date)

(Signature)

CONCLUSIONS

I. — Nous donnons, avec M. Lacassagne, aux blessures de la région antéro-latérale du cou par instrument tranchant, le nom de *blessures par égorgement*, qu'elles soient dûes à un homicide, à un suicide ou à un accident.

II. — Le médecin-expert ne doit se prononcer sur leur gravité qu'avec la plus grande circonspection, à cause de la fréquence de leurs complications.

III. — Le siège de l'égorgement est généralement au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne et du cartilage thyroïde. La profondeur en est très variable et peut aller jusqu'à la colonne vertébrale.

IV. — Les caractères de ces blessures sont assez tranchés, pour que, d'après leur examen, on puisse diagnostiquer dans la grande majorité des cas, l'arme qui a servi à les faire.

V. — Le médecin légiste peut dire, à moins de circonstances exceptionnelles, si l'égorgement a été pratiqué avant ou après la mort, à quel moment précis il remonte,

et dans les cas de blessures multiples, quelle est celle qui a déterminé la mort. Il peut aussi répondre à la question de savoir, si le blessé a pu accomplir avant sa mort tel ou tel acte.

VI. — Dans certaines circonstances, le médecin expert peut facilement porter le diagnostic d'homicide. Certaines particularités peuvent même donner des indications sur l'assassin.

VII. — Le diagnostic du suicide se fait d'après la même méthode.

VIII. — Généralement le diagnostic entre l'homicide, le suicide et l'égorgement accidentel est facile; mais il peut devenir très délicat, surtout pour les deux premiers, et le médecin ne doit se prononcer qu'après un examen très sérieux.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- An. d'hygiène et de méd. légale. — An. médico-psychologiques.*
 BRIÈRE DE BOISMONT. — *Le Suicide.*
 BROWN-SEQUARD. — C.-R. de l'Acad. des Sciences, 1887.
 BROUARDEL. — *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1887.
 CHEVERS. — *Medical Jurisprudence for India.*
 DECHAMBRE. — *Dictionnaire.*
 DEVERGIE, ORFILA, DUBOIS, BOYER et ADELON. — In *Annales d'hygiène et de médecine légale.*
 DIEFFENBACH. — In *Archives générales de médecine*, 1834.
 DIEFFENBACH. — *Recherches sur les blessures du cou*, in *Rüst Magazin*; LI, 1834.
 GUETERBROCH. — *Privat docent à Berlin. Les blessures du cou*, in *Fierteljahr p. Gerichtsmed.* 1873 juillet.
 HARTUNG. — *Homicide ou suicide par les blessures du cou*, in *Caspers Fierteljahrsschrift*, XVII.
 HOFFMANN. — *Médecine légale.*
 JACCOUD. — *Dictionnaire.*
 JOBERT. — *Thèse de Lyon*, 1885.
 JUHEL. — *Thèse de Strasbourg*, 1868.
 KOCHER. — *Th.* 1884. — *La criminalité chez les Arabes.*
 LACASSAGNE. — *Précis de Médecine judiciaire.*
 LACASSAGNE. — *Arch. d'Anth. crimin. et des sc. pén.*, 1888.
 LISLE. — *Du suicide.*
 LOISELEUR. — *Les peines et les crimes.*
 LONGUET. — *Semaine médicale*, 1891.
 LORION. — *Th.* 1885. — *Criminalité en Cochinchine*, Storck.
 MESNIER. — *Thèse de Lyon*, 1881.
 NIEMANN. — *Blessures du cou*, in *J. « Hentzius f. d. Staatsartznei*, 44. »
 PLUTARQUE.
 RAVOUX. — *Th. de Lyon*, 1888. — *Dépeçage criminel*, Storck.
 SABATIER. — In *Bul. général de thérapeutique*, X^e série, 1836.
 SIEBENHAAR. — *Blessures du cou*, in *Encyclop. Handbuch der gerichtlichen medicin*, 1^{er} volume, p. 6709.
 SUÉTONE.
 TAYLOR. — *Médecine légale.*
 VIBERT. »

BIBLIOTHÈQUE DE L'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE ET DES SCIENCES PÉNALES

- ALIMENA (D.-B.), *Professeur à l'Université de Naples.* — Le projet du nouveau Code pénal Italien (Zanardelli.)..... 1 fr. 50
 » — La législation comparée dans ses rapports avec l'anthropologie, l'ethnographie et l'histoire..... 1 fr. »
 ALONGI, *Direct. de la Colonie de Favignana.* — Le domicile forcé en Italie. 1 fr. »
 D^r PAUL AUBRY, — De l'homicide commis par les femmes..... 1 fr. 50
 AUGAGNEUR, *Agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon.* — La prostitution des filles mineures (avec graphiques)..... 1 fr. 50
 A. BÉRARD, *Docteur en Droit, Substitut du procureur général.* La criminalité à Lyon et dans les départements circonvoisins..... 1 fr. »
 PAUL BERNARD (D^r). — De l'origine cardiaque de la mort subite..... 1 fr. »
 » — Des viols et attentats à la pudeur sur les adultes.. 1 fr. »
 D^r BENEDIKT, *Prof. à l'Univ. de Vienne.* — Etude du crâne de Charl. Corday..... 1 fr. »
 » — Les grands criminels de Vienne. — Hugo Schenk, Dessins et p. 1 fr. 50
 BERTHOLON (D^r). — Anthropologie criminelle des Tunisiens musulmans... 1 fr. 50
 BERTILLON (A.), *Chef du Service d'identification à la Préfecture de Police.* — Les signalements anthropométriques..... 1 fr. »
 » — L'Anthropométrie judiciaire à Paris en 1889 (4 planches)... 1 fr. 50
 L. BODIO, *Direct. Gén. de la Statistique du Royaume d'Italie.* Statistique Criminelle en Italie..... 1 fr. »
 ALBERT BOURNET. — Une mission en Corse, notes d'Anthropologie criminelle..... 1 fr. »
 » — La Criminalité en Corse..... 1 fr. »
 COLAJANNI (D^r N.). — Oscillations thermométriques et délits contre les personnes..... 1 fr. »
 A. CORRE. — Aperçu général de la criminalité militaire en France..... 1 fr. 50
 HENRY COUTAGNE (D^r), *Chef des travaux de Médecine légale à la Faculté de Médecine de Lyon.* — La Folie au point de vue judiciaire et administratif. 1 vol. in-8, 160 pag. (Leçons faites à la Faculté de droit de Lyon)..... 3 fr. 50
 FERRI (Enrico). — Variations thermométriques et criminalité..... 1 fr. »
 FOCHIER, *Profes. à la Faculté de Méd. de Lyon*, et HENRY COUTAGNE, *Chef des trav. de méd. lég. à la Fac.* — Avortement criminel démontré au bout de plusieurs mois par le diagnostic rétrospectif de la grossesse.. 1 fr. »
 FRIGERIO (D^r L.), *Directeur de l'Asile d'aliénés d'Alexandrie (Italie).* — L'oreille externe, étude d'anthropologie criminelle (18 figures)..... 2 fr. »
 R. GARRAUD *Professeur à la Faculté de Droit de Lyon*, et D^r PAUL BERNARD. — Des attentats à la pudeur et des viols sur les enfants. 1 vol. in-8, 44 pages (Avec Graphiques en couleur)..... 2 fr. »
 VON HOPMANN, *Profes. de méd. Légale à l'Univ. de Vienne.* — Etude Médico-légale sur les fractures du larynx..... 1 fr.
 » — Affaire de Tisza-Eslar..... 1 fr.
 HUGOUNENO (D^r L.), *Agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon.* — La putréfaction sur le cadavre et sur le vivant..... 1 fr. 25
 HENRI JOLY. — Le IV^e Congrès pénitentiaire intern., St-Petersbourg 1890... 1 fr. »
 JOLY (H.). — Les lectures dans les prisons de la Seine..... 1 fr. »
 A. LACASSAGNE (D^r), *Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon.* — De la submersion expérimentale. Rôle de l'estomac comme réservoir d'air chez les plongeurs..... 1 fr. »
 » — L'affaire du Père Bérard (avec une planche)..... 1 fr. 50
 » — Des effets de la baïonnette du fusil Lebel..... 1 fr.
 » — Des ruptures de la matrice consécutives à des manœuvres abortives..... 1 fr. »
 LACASSAGNE (A.), et HUGOUNENO, Du Cyanure de Potassium au point de vue médico-légal et toxicologique..... 1 fr. »
 LADAME (D^r), *Privat-docent à l'Univ. de Genève.* Affaire Lombardi. Suicide combiné d'assassinats commis par une mère sur ses enfants... 2 fr. »
 » — L'hypnotisme et la médecine légale..... 2 fr. 50
 M. LANNOIS (D^r). — *Agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux.* — La surdi-mutité et les sourds-muets devant la loi..... 1 fr. 50
 LAURENT (D^r). — Les dégénérés dans les prisons..... 1 fr. »
 G. LINOSSIER, *Agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon.* — Les Ptomaines et les Leucomaines au point de vue de la médecine légale..... 1 fr. 25
 ROLLET, *Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon.* — De la transmission de la Syphilis entre nourrissons et nourrices..... 1 fr. »
 G. TARDE. — Positivisme et pénalité..... 1 fr. »

DOCUMENTS

de Criminologie et de Médecine légale

- L. ALAMARTINE (Dr). — Etude clinique et médico-légale sur les troubles nerveux consécutifs aux traumatismes. 1 vol. in-8, 160 pages..... 3 fr. »
- ALTHOFFER. — Des plaies par instruments piquants et en particulier par la baïonnette..... 2 fr. »
- BARLERIN (Dr). — Etude médico-légale de la submersion. 1 vol. in-8 de 220 p. avec graphique..... 3 fr. 50
- J. BASSOT (Dr). — Etude médico-légale sur l'empoisonnement par l'aconitine. 1 vol. in-8, 100 pages..... 3 fr. »
- F. BENOIT (Dr). — Examen des balles déformées dans les tissus (*Pl. et des.*) 1 vol. in 8, 88 pages..... 3 fr. »
- BENOIT (Dr GEORGES). — De l'empoisonnement criminel en général. 1 vol. in-8, 3 fr. »
- S. CHARRIN (Dr). — Des blessures du cœur au point de vue médico-judiciaire. 1 vol. in-8..... 2 fr. »
- HENRI CHARTIER (Dr). — Examen médico-légal et autopsie des enfants nouveau-nés. 1 vol. in-8 de 100 pages..... 3 fr. »
- V.-F. CLAIR (Dr). — Les lésions de l'oreille chez les aliénés..... 2 fr. »
- ANDRÉ FRÉCON (Dr). — Des empreintes en général et de leur application dans la pratique de la médecine judiciaire. 1 vol. in-8, 112 pages (*14 figures dans le texte*)..... 3 fr. »
- GRAND-CLÉMENT (Dr). — Les blessures de l'œil au double point de vue des expertises judiciaires et de la pratique médicale. 1 vol. in 8, 40 pages (*Planche en couleurs*)..... 3 fr. »
- GUILLEMAUD (Dr). — Les accidents de chemin de fer et leurs conséquences médico-judiciaires. 1 vol. in-8, 150 pages..... 3 fr. »
- JULIA (Dr). — De l'oreille au point de vue anthrop. et médico-légal. 1 vol. in-8, 120 pages (*12 fig.*)..... 3 fr. »
- KEIM (Dr). — De la fatigue et du surmenage au point de vue de l'hygiène et de la médecine légale. 1 vol. in-8 100 pages..... 3 fr. »
- P. LE MÉHAUTÉ (Dr). *Médecin de Marine*. — De l'empoisonnement par la strychnine en médecine judiciaire. 1 vol. in-8, 112 pages..... 3 fr. »
- L. LORTON (Dr). *Médecin de Marine*. — Criminalité et Médecine judiciaire en Cochinchine. 1 vol. in-8, de 140 pages..... 3 fr. »
- G. MARSAIS (Dr). *Médecin de l'armée*. — Des blessures de la matrice dans les manœuvres criminelles abortives. 1 vol in-8, 96 pages..... 3 fr. »
- A. MATHIEU (Dr) — Essais sur les indications sémiologiques qu'on peut tirer de la forme des écrits des épileptiques. 1 vol. in-8, (*avec 11 pl. hors texte*) 3 fr. 50
- GEORG. MAUDUIT (Dr). — Du Cyanure de potassium en médecine judiciaire. 1 vol. 3 fr. »
- M. MERCIOLLE. — Appréciation de l'examen médico-légal de la dentition dans les questions d'identité, un vol. in-8, 3 fr. »
- PARCELLY (Dr). — Des embaumements. Etude historique et critique avec description d'une nouvelle méthode. 1 vol. in-8, 200 pages..... 3 fr. 50
- LOUIS PERCHERON (Dr). *Médecin de Marine*. — Contribution à l'étude clinique et médico-légale des contusions et ruptures du foie. 1 vol. in-8, 2 fr. 50
- LOUIS RAVOUX (Dr). — Du dépeçage criminel au point de vue anthropologique et médico-légal. Notes de M. le Prof. Lacasagne. 1 vol. in-8, 210 pages (*4 planc. en phototypie.*)..... 5 fr.
- EtiENNE ROLLET (Dr). — De la Mensuration des os longs des membres dans ses rapports avec l'anthropologie, la clinique et la médecine judiciaire 1 vol., 128 pages..... 3 fr. 50
- SAINT-CYR (Dr J.). — Le cordon ombilical au point de vue médico-judiciaire. 3 fr. »
- Dr SENDRAL. — Etude critique sur la crémation..... 2 fr. »
- MAX SIMON (Dr). *Médecin en chef de l'Asile de Bron*. — Les écrits et dessins des aliénés (*27 fac-sim.*)..... 3 fr. »
- Dr CH. TEISSIER. — Du duel au point de vue médico-légal et en particulier dans l'armée..... 2 r. 50
- VIALETTE (Dr A.). — Des cicatrices au point de vue médico-légal. 1 vol. in-8, 80 pages..... 3 fr. »
- VIGUÉ (Dr). — De l'égorgeement au point de vue médico-judiciaire..... 3 fr. »