

## IV. — LECTURES.

1. LA MORT subite au cours de l'avortement criminel;  
par M. G. CORIN, Membre titulaire.

La mort subite au cours de l'avortement criminel est un événement que l'on peut considérer comme très rare si l'on pense au nombre considérable d'avortements qui se pratiquent tous les jours. Ils sont même plus rares encore qu'on ne pourrait le supposer tout d'abord, si l'on pense qu'un petit nombre d'avortements seulement font l'objet d'une instruction criminelle.

Au cours d'une carrière médico-légale de 18 ans, nous n'avons rencontré que deux cas de ce genre, bien que, toutes les années, nous ayons à pratiquer l'autopsie d'une dizaine de morts, dues plus ou moins directement à des manœuvres abortives. Encore, l'un de ces cas ne concernait-il pas une mort subite, au sens propre du mot. Il s'agissait, en réalité, d'une hémorragie due à la perforation d'un vaisseau important de l'utérus.

Dans le second cas, tout à fait récent, on ne put incriminer une hémorragie à laquelle les circonstances extérieures ne permettaient guère de penser, d'ailleurs.

Si je tiens à l'exposer intégralement devant vous, c'est que, d'emblée, avant de pratiquer l'autopsie, j'avais pensé à la possibilité de deux mécanismes pour l'interprétation de cette mort subite, et que, malgré toutes les minutieuses précautions que j'ai prises pour l'élucider, la cause exacte de la mort est restée indécise, en raison d'un concours de circonstances vraiment curieux. C'est aussi parce que je pense qu'on pourrait, à l'avenir, obtenir un diagnostic plus précis en suivant, dans l'autopsie, certaines règles que je me réserve de vous énoncer à la fin de ce petit travail.

Deux ordres de faits peuvent, *a priori*, intervenir pour provoquer la mort subite au cours de l'avortement criminel : d'une part, le shock, l'inhibition déterminée par

l'irritation intense exercée au niveau des organes génitaux, d'autre part, la pénétration d'air dans les veines utéroplacentaires et le passage de cet air, de ces embolies gazeuses, dans la circulation pulmonaire.

Les cas de mort par shock semblent de loin les plus fréquents; mais il est possible que cette fréquence plus grande tienne à une insuffisance des procédés d'observation, à ce que les opérateurs, je veux dire les médecins légistes, non prévenus de la possibilité de l'existence d'embolies gazeuses, n'aient pas pris toutes les précautions nécessaires pour les mettre en évidence.

N'oublions pas, en effet, qu'ici comme dans tous les cas de mort par shock ou par commotion cérébrale, le diagnostic est souvent ce qu'on pourrait appeler un diagnostic d'indigence. C'est parce qu'on ne trouve pas d'autre cause matérielle de la mort que l'on admet l'inhibition.

Je ne veux pas dire, par là, que la mort par inhibition est impossible, ou même exceptionnelle; ce genre de mort est établi sur des bases d'expérimentation absolument certaines; mais son diagnostic anatomique positif, absolument irréfutable, est d'une extrême difficulté. Il ne peut être affirmé que sur la foi d'une autopsie absolument complète et minutieuse.

Le plus souvent, pourrait-on croire, l'histoire clinique sera là pour démontrer qu'il s'est bien agi d'une irritation réflexe extrêmement intense ayant provoqué l'arrêt du cœur ou de la respiration. Mais cette histoire clinique est, au moins dans les cas d'avortement criminel, le plus souvent sobre de détails, et les symptômes qui déterminent le médecin à conclure plutôt à une syncope cardiaque ou respiratoire réflexe, plutôt qu'à des embolies gazeuses, ne sont pas tellement pathognomoniques qu'ils puissent, en en dehors des données nécropsiques, inspirer une conviction. Aussi, beaucoup de cas de mort subite, interprétés comme étant des cas de mort par inhibition, ne résistent pas à une analyse un peu sévère.

Il nous paraît que l'élément le plus essentiel dans ce diagnostic doit consister dans l'absence bien démontrée d'embolie solide ou gazeuse. Mais cette absence n'a pas

toujours été constatée de façon formelle dans beaucoup d'autopsies de soi-disant morts par shock.

Il faut savoir chercher ces embolies et, si on les trouve, il faut aussi rechercher leur origine. Il ne faut pas être grand clerc en pratique médico-légale pour savoir que très souvent le médecin, non prévenu de l'importance de certaines précautions, ne trouvera ni l'embolie ni son origine.

L'embolie gazeuse ne peut se constater qu'au moment de l'ouverture du cœur, et encore sera-t-il impossible d'affirmer sa présence si l'on n'a pas commencé l'autopsie par l'examen de cet organe.

Sous ce rapport, je dois, encore une fois, démontrer combien le nouveau *Regulativ* d'autopsies adopté en Prusse est inférieur à l'ancien *Regulativ* élaboré sur les conseils de Virchow. Dans ce dernier, l'autopsie débutait toujours par l'ouverture de la cavité thoracique et l'examen du cœur. Dans le nouveau procédé, elle débute par l'ouverture du crâne. Pour tous ceux qui ont la pratique de ces deux procédés, il est bien évident que, lorsque l'on ouvre le crâne et qu'on en extrait le cerveau, de l'air est littéralement aspiré par les sinus de la base que l'on vient d'ouvrir, et que cet air va pénétrer dans le cœur.

Aussi, rien n'est plus commun, dans une autopsie pratiquée de cette façon, que de voir renseigner la présence de sang spumeux dans le cœur droit. Il est à peine nécessaire de dire que, dans les procédés d'investigation adoptés jusqu'à ce jour, rien ne permet de distinguer si le sang est spumeux à cause d'une embolie gazeuse proprement dite, à cause de la rentrée d'air dans le sang au moment de l'ouverture des sinus ou simplement à cause des gaz de la putréfaction.

L'embolie solide elle-même passe souvent inaperçue, au moins en Belgique et dans les pays où l'autopsie est pratiquée sans méthode raisonnée. Sa présence ne modifie pas, par elle-même, dans les conditions habituelles, l'aspect extérieur des poumons. Or, dans combien de cas voit-on signalé, dans un protocole d'autopsie, l'examen des artères pulmonaires ?

L'embolie solide du poumon n'est pas cependant tout à fait inconnue à la fin de la grossesse; j'en ai signalé un cas dans lequel les circonstances de fait autorisaient à croire à un avortement criminel (1).

Dans un cas signalé par v. Hoffmann (2), il n'est pas impossible non plus qu'il se soit agi d'embolies pulmonaires solides, bien que v. Hoffmann ait interprété les faits comme s'il s'agissait d'une mort par shock; Haberdas, qui rapporte le cas dans le traité de Schmidtman (t. I, p. 478), se demande, en effet, si des particules des thrombi, produits dans les veines par l'injection d'eau très chaude dans l'utérus, n'ont pas eu le temps d'émigrer dans les artères pulmonaires.

On voit de quelles précautions doit s'entourer le diagnostic anatomique de la mort par shock d'origine utérine. Mais il ne faut pas croire que la simple constatation de bulles gazeuses dans le cœur droit et dans l'artère pulmonaire suffise à faire admettre l'embolie gazeuse comme cause de la mort. La putréfaction peut aussi provoquer l'apparition de gaz dans le sang et c'est bien là le côté le plus épineux et, jusqu'à ce jour, le moins solide du diagnostic. Comment, en effet, distinguer ces bulles de gaz putrides de bulles d'air introduites dans la circulation veineuse? Si l'on relit les observations publiées par les auteurs, les seuls éléments sur lesquels on se soit appuyé pour faire cette distinction sont, tout d'abord, l'existence d'autres signes de putréfaction, ensuite la coexistence de bulles gazeuses dans les deux cœurs à la fois.

Est-il besoin d'insister sur la précarité du premier élément? Jusqu'à quel point la putréfaction banale doit-elle être avancée pour que le sang contienne des bulles de gaz putrides? Personne ne pourrait le dire exactement. Dans certains cas même, la putréfaction la plus avancée ne s'accompagne pas de la formation de ces gaz.

En ce qui concerne le second de ces signes, sa valeur

(1) G. CORIN, « Embolie pulmonaire à la fin de la grossesse ». *Arch. internat. de méd. lég.*, t. III, p. 268, 1912.

(2) *Friedreich's Blätter f. ger. Med.*, 1892, p. 1.

paraît moins contestable. Cependant, le cas suivant montrera qu'il peut, dans certaines circonstances, être mis en défaut.

Un ouvrier rentrant, le soir, dans la chambre qu'il occupait avec sa femme, fut fort surpris de trouver porte close. Ayant réussi à ouvrir, il trouva, sur le sol, le cadavre d'une inconnue ; sa femme avait disparu. L'enquête apprit que cette dernière avait déjà été poursuivie, à l'étranger, pour manœuvres abortives. Le cadavre fut bientôt reconnu pour celui d'une ouvrière mariée, et il devint très vraisemblable qu'elle était venue pour se faire avorter. A côté du corps se trouvait, en effet, un injecteur à boule, contenant de l'eau savonneuse. Dans cette eau se trouvait encore un morceau de savon de Marseille. Du vagin sortait un liquide épais, crémeux, que l'analyse reconnut être une solution savonneuse.

L'autopsie, pratiquée le lendemain de la mort, fournit les renseignements suivants, que j'extrai du protocole :

« 5° La paroi abdominale, assez flasque, présente des vergetures anciennes et, dans la fosse iliaque, une teinte verdâtre. Pigmentation brune de la ligne ombilicale. Pas de ballonnement du ventre

» 6° Les seins sont flasques, sans lacs veineux. Les aréoles, comme les mammelons, sont brunes, larges comme des pièces de cinq francs. Tubercules de Montgomery peu saillants. Il n'y a ni lait, ni colostrum.

» 15° Le cœur a le volume du poing. A sa surface, nous constatons, dans les veines, de petites bulles gazeuses. Le myocarde est ferme, de coloration rouge brun clair, non surchargé de graisse.

» Une ligature est placée sur les vaisseaux de la base, et le cœur est ainsi séparé des poumons et des gros vaisseaux. On le place sous l'eau et l'on ouvre l'oreillette droite. Il s'en échappe, en même temps que du sang, de nombreuses bulles gazeuses. Mais il s'en échappe aussi quand on ouvre l'oreillette gauche.

» Le foramen ovale persiste et est perméable au doigt.

» 16° Le poumon gauche présente une surface lisse, miroitante, de coloration rouge sombre, sur laquelle tran-

chent, à peine un peu plus foncées, des taches d'anthraxose. Pas d'ecchymose. Le parenchyme est crépitant, mais a peu de tendance à s'affaisser. A la coupe, il est d'une coloration rouge assez foncée, à peu près uniforme. A la pression, il donne beaucoup de spume rouge et les vaisseaux donnent peu de sang noir, fluide. Les bronches sont tapissées de cette même spume rougeâtre, peu visqueuse. Leur muqueuse est translucide, d'un blanc rosé. Les veines et les artères pulmonaires renferment du sang fluide et sont libres de tout caillot.

» 17° Les mêmes remarques s'appliquent au poumon droit, à ses bronches et à ses vaisseaux.

» 18° L'intestin grêle, dont la séreuse est lisse, grise rosée, translucide, contient peu de gaz et 500 grammes environ de matières fluides, brunes jaunâtres. Sa muqueuse est grise blanchâtre rosée, la coloration étant plus accentuée vers le haut. En différents endroits elle est plus blanchâtre, plus pâle, soulevée par des vésicules d'emphysème putride. Les follicules clos sont fortement saillants, gros comme de petits pois. Les plaques de Peyer sont également fort saillantes.

» 24° Les follicules du duodénum sont aussi fort saillants.

» 31° Le corps thyroïde est fortement augmenté de volume et pèse 100 grammes.

» 33° L'utérus mesure 13 c<sup>m</sup>-10-3. Sa surface externe est lisse, de coloration violacée pâle. Le col lui-même est perméable au doigt ; sa circonférence est de 3 centimètres. Sa muqueuse est rose pâle, tapissée, de même que la muqueuse vaginale, d'un enduit épais, crémeux, blanchâtre. Le col, dans son entier, est haut de 3 centimètres. Le corps renferme un œuf de 5 centimètres de diamètre.

» Il adhère encore à la surface interne de l'utérus par quelques villosités chorales. Ces villosités recouvrent environ la moitié du corps.

» Dans les endroits où la surface de l'œuf est nettement séparée de l'utérus, elle présente une coloration grise blanchâtre, opaque. Un petit caillot, gros comme une fève, sépare le placenta maternel des villosités chorales.

La muqueuse du vagin est striée transversalement, de coloration violacée, translucide vers le bas, grise blanchâtre, plus opaque vers le haut. Muqueuse du col grise violacée. Le col présente une extrémité inférieure irrégulièrement hémisphérique, une ouverture admettant le petit doigt, irrégulièrement déchiquetée, sans trace de traumatisme récent. »

Le décollement partiel de l'œuf, la présence entre les villosités choriales d'un petit caillot, l'aspect opaque de la surface de l'œuf, l'existence d'un enduit crémeux dans le vagin et dans le col utérin, rendaient vraisemblable l'injection d'eau savonneuse qui fut, d'ailleurs, avouée par l'inculpée.

D'après elle, au moment où se fit l'injection intra-utérine, à l'aide d'un injecteur à boule de caoutchouc, la femme, assise sur un seau, eut une syncope dont tous les efforts ne parvinrent pas à la tirer.

Que fut exactement cette syncope ? Il semble assez difficile d'admettre, en présence de la congestion pulmonaire, qu'il se soit agi d'une syncope cardiaque ou respiratoire; il ne m'a pas été possible, par ailleurs, d'obtenir de l'inculpée une description exacte, minutieuse, physiologique, dirai-je volontiers, de l'accident. Mais la congestion pulmonaire permet plutôt de penser à des embolies gazeuses que l'emploi d'un injecteur à boule rend bien vraisemblable.

Mais l'on a vu que les bulles de gaz se trouvaient aussi bien dans le sang du cœur gauche que dans celui du cœur droit et que la coexistence d'un emphysème, évidemment putride, de la muqueuse intestinale permettait de croire à l'origine putride des gaz trouvés dans le sang.

Il était malheureusement trop tard, quand je constatai la persistance du *foramen ovale*, pour songer à un procédé qui me permit de pousser plus loin le diagnostic.

Ce procédé s'indique de lui-même : c'est l'analyse des gaz trouvés dans le sang à l'état de bulles. Il est certain que, si nous avons affaire à une embolie gazeuse, la haute teneur en azote des gaz recueillis permettra directement de les différencier de gaz dus à la putréfaction.

Je signale, en passant, qu'Ogier (de Paris), au Congrès

de médecine légale de Bruxelles (1897) avait déjà proposé d'analyser les gaz des poumons pour reconnaître si ceux-ci avaient respiré ou bien avaient été distendus par l'emphysème putride. L'objection, assez théorique, qu'on eût pu faire à ce procédé, la possibilité de phénomènes de diffusion entre les gaz putrides et l'air extérieur, n'a guère de valeur quand il s'agit de diagnostiquer une embolie gazeuse de gaz putrides intra-cardiaques.

Je n'hésite donc pas à recommander le procédé comme un complément toujours utile et souvent indispensable des constatations assez grossières de l'autopsie dans le cas de mort par embolie gazeuse supposée.