

## Les jeux de la mort et du hasard

MORTS SUBITES PRÉOPÉRATOIRES ET PRÉ-ACCIDENTELLES

PAR LE

DOCTEUR CHARLES BRISARD

(De la Société de Médecine Légale de France)

Collaboração especial para os "Archivos"

Il n'est point de coup de théâtre plus saisissant qu'une mort subite. Si douce qu'elle fût pour le défunt, les vivants en restent remplis d'une sorte d'horreur sacrée.

N'est-elle pas dramatique au plus haut point, celle de ce premier maître piqueux qui, à la fin d'une chasse à courre, descend de son cheval pour "servir" le cerf acculé dans une clairière ? Une nombreuse et aristocratique assistance d'amazones et redingotes rouges fait cercle autour de lui. Il s'avance, le couteau à la main. Il lève le bras pour frapper et il tombe mort. Chose unique dans les annales de la vénerie, une voix crie: "Faites grâce au cerf." Mais déjà, le second maître piqueux a égorgé la bête qui tentait de fuir.

Il en est d'émouvantes, témoin celle de ce vieil officier qui, présent à la cérémonie du 11 Novembre à l'Arc de Triomphe, devant le Soldat Inconnu, s'affaisse sans vie pendant la minute de silence; témoin celle de cet artiste réputé qui, ayant posé la dernière touche au portrait d'un diplomate, se recule pour juger de l'effet, déclare:

MINISTERIO DE JUSTIÇA E SEGURANCA PUBLICA	
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL	
RUA DO S. C. 10	
NUNCIOS	DATA
F 870	16/9/57

130033768

F 40.7

"C'est fini" et, sans ajouter un mot, s'écroule mort, palette et pinceaux à la main.

Merveilleuse, en vérité, celle de ce prêtre qui meurt sur l'autel, pendant la célébration de la messe, au moment de l'élévation, et celle toute récente du Professeur NETTER, de la Faculté de Médecine de PARIS qui, dans un Congrès de Médecine à l'Hôtel-Dieu, son discours termine, se rassied et meurt sur place, au bruit des applaudissements et ovations de ses admirateurs et amis.

Mais, passons sur le côté pittoresque d'une mort subite. Commentant les derniers instants, les derniers gestes, les derniers mots, imprégnés, semble-t-il, de son mystère, nous sommes tentés d'y découvrir la cause plus ou moins directe de cette éclipse inouïe d'un de nos semblables qui, la seconde d'avant, allait, venait, parlait à nos cotes. Survient-elle au cours d'une opération ou d'un traitement ? Le premier mouvement des parents et familiers, c'est de l'imputer à quelque fausse manœuvre, erreur ou faute du Médecin, et c'est pour celui-ci la première étape d'un calvaire dont il ne peut prévoir la fin.

On endort un malade pour l'opérer. Dès la première bouffée de chloroforme, arrête du cœur et de la respiration, et l'on dit: "mort par syncope chloroformique". C'est l'explication qui vient naturellement à l'esprit, celle qu'on adopte le plus souvent, celle qui fait engager le procès et condamner le chirurgien. Et pourtant, à moins de faute démontrée, l'anesthésie et l'opération en sont-elles réellement responsables ? Il n'y a peut-être que hasard et coïncidence. Une telle question pourrait paraître tendancieuse, si on ne connaissait les nombreux cas que j'ai pu rassembler, grâce à l'obligeance d'aimables confrères qui ont bien voulu répondre à l'enquête ouverte dans le *Siècle Médical*.

Ils constituent le dossier inédit et copieux de ce qu'on peut appeler la mort subite préopératoire, celle qui survient chez un futur opéré, avant qu'aucune manœuvre chirurgicale ou autre ait été tentée, assez près cependant de l'opération projetée pour qu'on puisse discerner entre l'une et l'autre un rapport sinon de causalité, du moins de contiguïté dans le temps et dans l'espace, qu'il s'agisse non seulement de l'opération chirurgicale proprement dite, mais des petites interventions médicales, telles que: injections, ponctions, explorations instru-

mentales de toutes sortes, celles que le praticien renouvelle tous les jours et même plusieurs fois par jour.

Pour faciliter mon exposé, je les ai groupées selon l'intervention projetée.

#### Injections intraveineuses

On a mis sur le compte des injections intraveineuses un certain nombre d'accidents mortels.

Or, voici le cas observé par le Pr. VAQUEZ et le Dr. LUTEMBACHER:

« Nous avons décidé, écrit ce dernier dans la *Presse Médicale*, de faire à un malade hypertendu une injection d'ouabaïne. . . Nous nous préparions à pratiquer l'injection; le lien était placé sur le bras, le tampon d'éther appliqué; nous achevions de nous laver les mains, lorsque le malade se dresse sur son lit et meurt. Quelques secondes de plus et l'injection était faite. Nous n'aurions pu nous défendre nous-mêmes de lui attribuer ce dénouement fatal. »

Le Dr. MINET (Loire-Inférieure) en étant à sa cinquième piqure d'ouabaïne intraveineuse, chez un forgeron de 65 ans, fort robuste, qui présentait un état léger d'hyposystolie post-grippale. Les injections avaient jusque-là été très bien tolérées et n'étaient nullement redoutées. "Je n'arrivai ce jour-là qu'à midi trente, en retard. Il était en train de déjeuner. Le voyant ainsi occupé, je m'excusai et remis la piqure à l'après-midi, malgré les protestations amicales de mon client. A midi trente-cinq, on vient me chercher en toute hâte. Il était mort, tombe écroulé de sa chaise ou il mangeait paisiblement. »

Le Dr. Etienne BESSON, médecin de l'hôpital Saint-Joseph, rapporte le cas suivant: "Une jeune femme doit subir une série d'injections intraveineuses de novar, dont les précédentes faites en province ont été parfaitement tolérées. A la surprise de la patiente, et selon ma pratique habituelle, je refuse d'opérer dans mon cabinet. Je ferai la chose à son domicile, dans vingt minutes. Quand j'arrive chez la malade à l'heure dite, je ne trouve qu'un cadavre. Elle est tombée foudroyée dans le vestibule, en enlevant son chapeau".

Le Dr. L. (de la banlieue parisienne) prend rendez-vous avec un client pour lui faire une injection intraveineuse de novar. Il arrive à

son domicile à l'heure convenue. Il sonne, c'est le malade qui vient lui ouvrir. A peine ont-ils fait quelques pas dans l'antichambre que le client tombe mort.

Le Dr. George GHOSNE (de Beyrouth) se dispose à faire à un jeune homme atteint d'une recidive de blennorrhagie aigüe une injection intraveineuse d'acridine. L'infirmière venait de mettre la seringue sur le feu, quand je reçus un coup de téléphone m'appelant d'urgence, à la maison. On remet la piqûre à une heure plus tard, et mon client me conduit lui-même en voiture chez moi. Deux minutes plus tard, il tombe raide mort en descendant de sa voiture à la porte de son domicile."

### Injections intra-musculaires

Le Dr. DESCoust Père, rapporte notre Collègue GRAS, préparait dans son Cabinet les instruments nécessaires pour faire à un cardiaque qu'il avait en traitement son injection habituelle intra-musculaire. La stérilisation terminée, il ouvre la porte de son salon pour faire entrer le malade. Il le trouve mort dans un fauteuil.

Pareille mésaventure est arrivée au Dr. S., ophtalmologiste parisien. Il donne rendez-vous à une dame à son Cabinet. Elle vient à l'heure dite. Quelques instants plus tard, le spécialiste pénètre dans le salon et l'appelle. Elle ne répond pas. Elle est à demi-couchée sur le canapé. Elle est morte.

Le Dr. COUTELLA se souvient qu'en 1899, alors qu'il était interne à l'Hôtel-Dieu, dans le Service de DIEULAFOY, il se préparait à faire une injection mercurielle intrafessière, quand le malade mourut subitement. C'était un syphilitique en traitement depuis plusieurs jours, qui n'avait aucune appréhension.

### Ponction rachidienne

Un petit malade de trois ans présente des symptômes méningés. Le Dr. Montalti (de La Garenne-Colombes) dit au père qu'une ponction lombaire s'impose. Celui-ci refuse, sous prétexte que c'est dangereux. Le Dr. Montalti insiste et demande une consultation. Le

Consultant, après examen, est également d'avis de faire la ponction lombaire. Les deux Médecins réussissent enfin à décider le père. On fait bouillir l'aiguille et les préparatifs terminés, le Médecin consultant va chercher l'enfant dans son berceau. Stupéfaction!... Il a un petit cadavre dans les bras. L'enfant était mort subitement, sans qu'on s'en aperçût. Une minute de plus et la ponction était faite. Quelle eût été la colère du pauvre père, sinon sa Vengeance ?

Le Dr. Pagliano (de Marseille) écrit ceci:

"Il y a quelque vingt-cinq ans, j'arrive un matin à 9 heures à l'hôpital, et je fais préparer l'aiguille pour ponctionner le rachis d'un homme semi-comateux, atteint de ramollissement cérébral. Au moment où j'allais ponctionner le malade étant incapable de se rendre compte de ce que j'allais faire tombe en arrière et meurt. Quelques secondes plus tard, j'aurais pensé l'avoir tué."

Le Pr. Laignel-Lavastine soignait un syphilitique qui ne présentait aucun signe pouvant faire craindre la mort subite. Il fallait lui faire une ponction lombaire. Pour une raison quelconque, la ponction fut différée, et le malade est mort subitement, le lendemain du jour ou la ponction aurait dû être faite, la veille du jour ou elle avait été reportée.

### Ponction pleurale

Le danger de mort subite pendant la ponction pleurale est bien connu. On a même accusé le trocart de produire un traumatisme trop brutal. Le Dr. Mignot (de Mézières) voit pendant la guerre arriver à l'hôpital un homme dyspnéique, porteur d'un gros épanchement occupant toute la plèvre gauche de haut en bas. Il le fait coucher pour le laisser se reposer et, quelques heures plus tard, il se met en devoir de le ponctionner. "L'index gauche repérant l'espace intercostal, je m'apprête à le piquer de mon trocart tenu de la main droite. J'étais à 2 cm. en avant de la peau, quand le malade fait un mouvement brusque; un flot de sang jaillit par la bouche et le malheureux retombe mort. Rupture d'un anéurysme qui m'avait échappé, cache par l'importance de l'épanchement. Quelques secondes plus tard, l'hémorragie se produisant après l'entrée du trocart, pour l'entourage et peut-être pour moi, j'en étais l'auteur."

Il y a des séries vraiment extraordinaires, témoin celle qu'a observée le Dr. Parrique (de Paris) pendant qu'il était externe des hôpitaux:

"Je suis appelé, écrit-il, près d'un malade atteint de grosse pleurésie gauche, avec épanchement au-dessus de la clavicule, atteignant en arrière l'épine de l'omoplate, matité de Traube, déplacement cardiaque, dyspnée violente, cyanose. La ponction évacuatrice s'imposait donc. Je pique avec une aiguille à pneumothorax munie de son mandrin. Donc, pas de possibilité d'entrée d'air. Avant d'avoir pu retirer le mandrin, mort du malade.

"Le même jour, 3 heures après, je vois un deuxième malade, absolument semblable au premier. Pleurésie gauche très abondante... etc. . . Non découragé par le premier accident je ponctionne suivant la méthode classique. . . Mort instantanée.

Dans la soirée du même jour, je vois un troisième malade, cardiaque asystolique avec gros hydrothorax bilatéral. Une ponction évacuatrice s'imposait. . . mais. . . tout de même j'hésitais en raison de mes deux accidents dans la même journée. Cependant, au moment où je me disposais à ponctionner, et avant que j'aie ponctionné, le malade faisait une syncope mortelle."

#### Injections sous-cutanées

On a chargé les injections de cocaïne de bien des méfaits, y compris la mort subite. Les dentistes l'ont appris à leurs dépens.

Or, voici ce qui est arrivé au Dr. Max Leclercq. Il reçoit un client un soir à 18 heures. Il s'agit d'obturer provisoirement la cavité d'une dent, puis d'extraire une grosse racine. Notre confrère se dispose à faire une injection de novocaïne en vue de l'extraction, quand il réfléchit que l'heure est avancée et qu'il a encore beaucoup de monde dans le salon d'attente. Il se contente alors de boucher rapidement la cavité dentaire, bien entendu sans la moindre anesthésie et remet au surlendemain l'extraction de racine. Le client rentre à son domicile. Le soir même, à 21 heures, il meurt subitement dans son lit.

M. Nagy, Chirurgien-dentiste à Nice, prend rendez-vous avec une cliente pour une extraction. A l'heure fixée, il s'étonne de ne pas voir sa cliente, d'habitude fort exacte, lorsque le concierge monte le prévenir qu'on vient de trouver la dame morte dans l'ascenseur.

M. Pierre Catton, Chirurgien-dentiste à Jussey, voit entrer chez lui de bonne heure un voisin de palier, qui lui demande de lui extraire une dent. Comme il est en train de se raser, il le prie d'attendre un quart d'heure. Le client rentre chez lui. Cinq minutes plus tard, sa femme affolée accourt: il était mort.

On a reproché parfois à des praticiens d'avoir pratiqué inopportunistement des injections de morphine avec effets désastreux.

Écoutons maintenant le Dr. Humbert (de Paris):

"Ayant prescrit à une cardiaque une ponction calmante restée sans effet, je fus rappelé dans la soirée pour de violentes douleurs rétrosternales qui ne cessaient pas, et décidai de faire une injection de morphine, mais je perdis une ou deux minutes pour obtenir de la malade une sorte de promesse qu'elle ne réclamerait pas de nouvelle piqûre. Au moment où je m'approchais, muni de ma seringue, près de la malade, celle-ci pousse un cri: "Je meurs..." et se renverse dans son fauteuil. Elle était morte. Si je n'avais pas perdu un instant à mes recommandations, l'événement se serait produit au moment précis où je pratiquais mon injection, ou quelques secondes après. Toute la famille était autour de la malade. Que n'eût-on pas dit. . ."

Le Dr. Alexandre Fischer (de Tossiat, Ain) est appelé d'urgence pour un homme de 53 ans qui souffre de coliques hépatiques. Il arrive à 16 heures pour pratiquer une injection de morphine. Mais il trouve son malade calme. Il ne fait pas l'injection. A 19 heures, on le rappelle. Le malade réclame à grands cris l'injection de morphine. Il accourt en hâte, mais trop tard. Le malade vient de mourir subitement. "Si j'avais fait la piqûre, écrit notre Confrère, on n'aurait pas manqué de dire, vu la faiblesse du cœur (cet homme avait des extra-systoles depuis une quinzaine d'années): c'est la morphine qui l'a tué."

Le Dr. Albert Benichon (de Bellac) arrive la nuit auprès d'un jeune coquelucheux. Il le trouve prostre après une série de quintes angoissantes et atteint de broncho-pneumonie. Il propose de faire une piqûre de goménol-éther. Toute la famille est là qui le regarde préparer sa seringue. Au moment où il s'approche pour faire l'injection, éclatent des convulsions généralisées extrêmement violentes qui se terminent par la mort. "Si j'avais fait la piqûre quelques secondes avant, on n'aurait pas manqué de m'accuser de cette catastrophe."

Un homme de 50 ans, souffrant d'eczéma prurigineux, se présente à la consultation du Dr. Etienne Besson, et lui demande de lui faire une injection d'eau de mer dont il a entendu vanter les effets et dont il a une ampoule dans sa poche. "Comme je prétends, écrit le Dr. E. Besson, pratiquer avant toute décision un examen général de son organisme, il se déclare trop pressé pour m'accorder ce jour-la le temps nécessaire et part, rendez-vous pris pour une date prochaine. J'ai appris ultérieurement son décès soudain, à 50 mètres de mon domicile, quelques minutes après sa sortie. J'ai calculé qu'en me quittant, il a vécu tout juste le temps qu'il m'eût fallu pour préparer l'injection et la pratiquer."

Le Dr. Albert Prieur, de Château-Thierry, soignait une dame de 60 ans environ, atteinte d'un cancer de l'intestin inopérable, mais loin d'être à la période cachectique. Je la voyais tous les quinze jours.

Un beau matin, j'arrive pour ma visite aussi peu justifiée que les précédentes. Ma malade se plaint de troubles intestinaux, de perte d'appétit, etc. . . Elle se sent moins solide sur ses jambes et voudrait quelque traitement pour la tonifier. — *Sans le lui dire*, je me propose de lui faire, tout à l'heure, une injection (bien anodine) d'huile camphrée. Ce n'est pas bien méchant, mais il n'y a, dit-on, que la foi qui sauve. . .

Auparavant, surtout pour ne pas partir aussitôt mon arrivée, je demande une serviette et me mets en devoir d'ausculter le cœur. Bruits normaux, bien frappés, bien réguliers, organe absolument sain.

Et, tout à coup. . . je n'entends plus aucun battement. Je pense avoir inconsciemment déplacé mon oreille. Je cherche à côté. Plus rien. Le cœur s'était arrêté sans le moindre faux pas antérieur, et ma malade était morte.

Que serait-il arrivé si le décès avait eu lieu une minute après la piqûre d'huile camphrée ? Je m'en doute bien un peu. . ."

#### Electro-radiologie

Le Dr. Raoul-Deslongchamps cite le cas d'un homme mort subitement dans le Cabinet du Médecin, pendant que celui-ci procédait aux préparatifs d'une exploration radiologique du tube digestif.

Le Dr. Belot, l'éminent Electro-radiologiste de l'hôpital Saint-Louis, cite les deux cas suivants:

1° — Il s'agit d'une dame de 65 ans, traitée par la radiothérapie, pour une tumeur du sein, qui présente tous les signes apparents de bonne santé. Cinq séances de radiothérapie ont déjà été faites. Pour la sixième, elle arrive, comme d'habitude, accompagnée de sa famille. Elle traverse le jardin de la maison de santé; en arrivant à la porte de la salle où elle devait attendre son tour, elle tombe à terre, morte subitement.

#### Deuxième cas, plus saisissant encore:

Il s'agit d'un homme d'une trentaine d'années, qui présentait indiscutablement un néoplasme de l'oesophage, située un peu au-dessous de la crosse aortique, et suffisamment perméable pour permettre l'alimentation. Nous hospitalisons le malade au Centre Anticancéreux de Villejuif. La première séance de radiothérapie est décidée pour un matin, vers dix heures. Cet homme se portait parfaitement. Au moment où l'infirmière va pour le chercher dans son lit, il reste immobile; elle l'appelle, lève le drap; un flot de sang coulait de la bouche du malheureux, qui venait de mourir subitement. L'autopsie démontra que l'aorte était non pas envahie par le néoplasme, mais qu'elle s'était rompue dans l'oesophage par suite d'usure. Cinq minutes plus tard, je suis bien certain qu'on n'eût pas manqué de dire que les rayons X avaient causé la mort du malade.

Le Dr. Marquet (de Soissons) alors qu'il exerçait sa spécialité à Lorient, prend rendez-vous avec un confrère atteint d'hémiplégie depuis plusieurs mois pour lui faire des séances d'ionisation transcérébrale selon la méthode de Bourguignon, que cet auteur tient pour inoffensive. "Comme ce confrère portait des cheveux très longs, je le priai de se les faire couper très ras sur la nuque ou je devais placer une électrode, les deux autres étant mises sur les yeux. Quand le confrère arriva, il avait oublié cette partie du programme. Comme nous étions tous les deux très pressés, le traitement fut remis au lendemain. Or, la nuit même, le pauvre confrère décédait d'une hémorragie cérébrale. Si j'avais traité, qu'elle eût été la conclusion de l'entourage et de certains médecins des alentours ?"

### Lavage d'estomac

Le Pr. Debove citait le cas suivant, dont il avait été témoin: Un homme à qui l'on a prescrit un lavage d'estomac s'assied en face de l'opérateur. Celui-ci prend le tube de Debove et, au moment où il va l'introduire, le patient se met à vomir des flots de sang et meurt sur le coup. Rupture dans l'oesophage d'un anévrisme de l'aorte insoupçonné.

### Incision d'abcès

Rapprochons du précédent le cas observe par le Dr. Aubert (de Bry-sur-Marne) "Il y a 15 ou 18 ans, je donnais mes soins à une famille composée de la grand'mère, de la maman et de deux fillettes, très gâtées et adulées.

L'une des fillettes fait une amygdalite d'un côté, puis de l'autre. Un jour, elle nasonne. Je l'examine avec la cuiller d'abord, puis avec le doigt, et diagnostique un abcès. Etant donné la dureté, l'aspect general et aussi le milieu spécial ci-dessus décrit, je décide d'attendre une maturité plus complete avant d'intervenir. L'après-midi, au milieu de ma consultation, un jeune voisin accourt comme un fou: "La petite saigne du nez, venez vite." J'essaie de démontrer que cela peut attendre quelques minutes. On insiste, j'y vais, etc. . . l'enfant était morte. Ou cet abcès était un anévrisme ou bien il y avait eu abcès ulcérant la carotide. Je fremis encore à la pensée que j'aurais pu y mettre le bistouri et à la catastrophe consécutive."

### Interventions chirurgicales

J'en arrive maintenant aux opérations proprement dites.

Le Pr. Mauclair rappelle le cas du célèbre Verneuil qui, s'apprêtant à faire une trachéotomie, voit son malade mourir subitement au moment où il indiquait, avec son doigt, le trace de l'incision.

Dans son Traité de Médecine Légale, M. Balthazard cite le cas d'un vétérinaire atteint de cystite purulente, qui meurt subitement au moment où on s'apprête à lui faire une cystostomie,

Le Pr. Lepoutre (de Lille) se dispose à faire une cystostomie, à l'anesthésie locale, chez un homme de 70 ans. Le coeur est normal. Le malade vient à pied de sa chambre, éloignée de quelques mètres jusqu'à la petite salle de preparation où il tombe raide mort.

Le Dr. Poucel, chirurgien des hôpitaux de Marseille, fait entrer dans son service un enfant de 8 ans, qui souffrait depuis quelques temps de violentes douleurs à un doigt sans signes cliniques et radiographiques. Il ne se plaint de rien d'autre et son état *general* est excellent. "Je finis par me demander s'il n'y aurait pas une petite épine et je décide d'intervenir sous anesthésie par une incision exploratrice, à l'endroit où l'enfant indique sa douleur. Au jour fixé, j'arrive à 10 h. dans mon service, où on me fait le récit suivant: "A neuf heures, ce petit est allé aux cabinets; on l'a entendu gémir et on est allé voir. On l'a trouvé par terre, dans le coma, sans traces de traumatisme. Autopsie: meningite."

Le Dr. Léon CLEMENT (de St. Raphaël) décide d'opérer un homme robuste, sans tares cardiaques ou autres, atteint de phlegmon ligneux du cou: "Une fois qu'il est installé sur la table, sans du reste la moindre appréhension de sa part, je le badigeonne à l'iode. Au moment précis où l'aide allait appliquer le masque, mais avant toute approche de l'appareil, donc avant que le malade ait pu inhaler la moindre bouffée d'anesthésique, même à distance, mort subite."

Un autre malade vient à pied le consulter à l'hôpital. Son état n'avait rien d'inquiétant. "Les signes qu'il présentait, écrit le Dr. CLEMENT, ne laissaient cependant aucun doute sur la nature du mal. Il s'agissait d'une angine de Ludwig au début. Je conseillai l'opération immédiate sous anesthésie locale. Sans la moindre émotion, le malade monte sur la table, et on prepare tout pour opérer, quand brusquement, le malade meurt."

Dartigues, alors qu'il était Chef de clinique de Pozzi, a observe deux cas de mort subite chez des femmes, pendant qu'on les transportait vers la salle d'opérations, pour y subir la laparotomie. Dans les deux cas, Pozzi et lui après recherches minutieuses, ne trouvèrent d'autre explication à ces morts subites que la peur.

Le Dr. Meugé décide d'opérer d'hystérectomie à l'hôpital Bon-Secours une femme d'une cinquantaine d'années. Toutes les recher-

ches cliniques *et* biologiques sont faites. Aucune contre-indication. L'opération est fixée à 10 heures. Mais, ce matin-là, le chirurgien appelé au dehors par une extrême urgence ne peut venir et remet l'opération au lendemain. A 14 heures, la femme meurt subitement.

\* \* \*

Quelle que soit la cause de ces morts subites, leur intérêt médico-légal est évident. Survenues quelques minutes ou secondes plus tard, on n'eût pas manqué d'incriminer l'opération, la ponction, l'injection... Un malade du Dr. LEVEN meurt subitement sur la voie publique au sortir de son Cabinet. Aussitôt, le Dr. LEVEN est interrogé par le Commissaire de police qui s'inquiète du traitement qu'il a bien pu lui faire subir. Fort heureusement, notre distingué Confrère s'était borné à examiner son malade et à rédiger une ordonnance. *Ab uno disce omnes.*

On peut supposer que dans certains cas, tels ceux de Dartigues, l'émotion, l'appréhension, la peur de l'opération ont provoqué la mort, par un mécanisme sur lequel je n'ai pas à insister ici. Le Pr. VAQUEZ reconnaissait que l'émotivité du sujet favorise la syncope anesthésique, même en l'absence de toute cardiopathie.

C'est aussi l'avis du Pr. MAUCLAIRE qui pense que la peur peut expliquer certains cas de mort subite pré-opératoire. Dans son vieux service de la Charité, il a eu l'occasion d'observer plusieurs cas de mort aux premières bouffées de chloroforme. Or, les malades étaient endormis dans un couloir, sur le passage du personnel, au bruit des instruments. Pendant 5 ans, à la nouvelle Pitié, où ses malades étaient endormis dans une chambre à part, pas un seul cas de mort subite.

Aussi, peut-on proclamer que le chirurgien qui aurait la cruauté de prévenir son futur opéré de tous les dangers qu'il court, y compris le risque mortel d'anesthésie, commettrait la plus blâmable, la plus lourde des fautes, en dépit de certains jugements de tribunaux qui lui en font, au contraire, une obligation. Quelle que soit l'opération projetée, dès l'instant que l'indication en est nettement posée et que l'avantage l'emporte sur les risques prévisibles, le patient a droit aux ménagements, aux encouragements de toutes sortes, au respect de sa souffrance. Les morts subites pré-opératoires sont là pour en faire une règle absolue.

Mais, dans de nombreux cas, on ne peut invoquer ni l'émotion, ni le moindre choc psychique. Il n'est pas rare, paraît-il, que des cardiaques meurent subitement dans le cabinet de leur médecin auprès duquel ils sont venus chercher espoir et réconfort, sans qu'il soit question d'une injection quelconque. Simple coïncidence, c'est certain.

A fortiori, simple coïncidence encore, quand la mort préopératoire survient en dehors de toute émotion ou tare cardiaque décelable. Il faut bien alors s'en prendre au hasard, ce mystérieux enchaînement d'événements, dont la trame est infinie et le fil invisible. Une circonstance imprévue, un retard, un oubli, un incident inopiné, comme le montrent les détails familiers des histoires rapportées ci-dessus, et voilà l'heure fatale fixée par le destin qui sonne en avance sur l'heure chirurgicale, ou bien pendant, ou bien après. Or, dans ces sinistres jeux de la mort et du hasard, se jouent également les responsabilités de l'opérateur.

Si celui-ci ne peut de toute évidence être responsable des morts subites qui surviennent avant l'opération, comment, toute faute et complication écartées, le rendre à coup sûr responsable des autres survenues pendant ou après ?

Le principal intérêt médico-légal des morts subites préopératoires, c'est qu'on peut et qu'on doit les opposer aux morts subites opératoires et post-opératoires.

Car, qui sait s'il n'y a pas, dans ces dernières, un simple fait du hasard ? Telle est la force d'attraction de l'argument "Post hoc, ergo propter hoc" qu'il est difficile, quoi qu'on en dise, de s'en libérer complètement. En médecine théorique, on ignore les coïncidences, parce que, dans l'étude des causes et des effets, on ne garde, après observation et expérimentation, que ce qui présente un caractère universel. Il n'y a de Science que du général... Mais il n'y a de pratique médicale que du particulier. La cause précédant toujours l'effet, quoi de plus logique que d'établir une relation entre ce qui précède et ce qui suit, alors que l'enchevêtrement des faits est si complexe dans le temps et dans l'espace, qu'entre une cause lointaine et un effet retardé, des événements étrangers peuvent se loger dans l'intervalle, faussant ainsi les rapports qu'on est tenté de voir entre eux.

La liste serait longue, si on pouvait la dresser, de toutes les coïncidences que receie la médecine journalière. On vient de lire le récit d'un certain nombre de morts subites ou la responsabilité du Médecin eût été gravement engagée, sans quelque hasard miraculeux. Il y a encore, en Médecine légale, ce qu'on peut appeler les *morts subites pré accidentelles*. On sait que, dans certains accidents mortels d'automobiles, l'autopsie démontre que, malgré les apparences, la victime est morte subitement de pneumonie ou de meningite suppurée, de tumeur du cerveau.

"Il y a, en effet, dit FAUQUEZ, dans les accidents du travail comme dans les accidents de droit commun, deux éléments dont on néglige de tenir compte: les coïncidences et l'incroyable tolérance de l'organisme. On oublie trop que le blessé était déjà un malade et même un malade grave, que l'accident a pu intervenir au moment précis où allait se produire l'inévitable rupture d'équilibre," et FAUQUEZ cite le cas d'un ouvrier trouvé à terre sans connaissance, près du gueulard d'un haut-fourneau. On porte le diagnostic d'intoxication oxy-carbonique. A l'autopsie, absence de tout signe d'intoxication. Mais on trouve, sous les circonvolutions temporales droites, un énorme gliome occupant toute la partie intérieure de l'hémisphère droit, atteignant la corne d'Ammon et déformant la protubérance et le bulbe.

Le Professeur agrégé DUVOIR a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un sujet atteint de meningite cérébrospinale suppurée, ambulatoire. Il s'agissait d'un vieillard que les témoins affirmaient s'être suicidé en se jetant sous un autobus. L'autopsie a montré, outre les lésions traumatiques causées par le heurt du véhicule, le cerveau et la moelle entourés d'une couche de pus de près d'un centimètre d'épaisseur. La victime ne s'était donc certainement pas suicidée, mais ou bien elle était morte subitement devant l'autobus, ou bien avait eu un trouble de la marche, un vertige ou un accès délirant, cause de sa chute.

Il serait monotone de multiplier les exemples de ce genre. Terminons par cette histoire curieuse, due à mon collègue et ami, le Dr. REY (de Paris):

Un voyageur de commerce quitte en auto son domicile avant le jour. Dix kilomètres plus loin, alors qu'il traverse un village, un fracas réveille les habitants. C'est la pointe du jour. Ils voient l'auto emboutie

contre un pylône électrique, le radiateur dans le moteur, le conducteur seul au volant, mort. La veuve et les enfants concluent que la mort est due à l'accident et actionnent la Compagnie d'Assurances. Celle-ci demande l'autopsie. Elle est faite par le Professeur de médecine légale de la ville voisine et montre une rupture de la paroi du ventricule gauche, suite d'infarctus suppuré, avec inondation péricardique. Un mois après, au cours de l'enquête, un automobiliste témoigne que, le jour de l'accident, il a voulu dépasser la voiture en question, mais qu'il a dû y renoncer, en raison des brusques zig-zags, décrits sur la route par son conducteur.

Dès lors, il était facile de reconstituer ainsi les faits: l'homme mourut au volant, de rupture spontanée du coeur; la voiture continua sa route, sans direction, jusqu'à l'accident. La mort a précédé l'accident.

De tels faits, qu'il s'agisse de morts subites préopératoires ou préaccidentelles, sont utiles à connaître, pour la sauvegarde de l'opérateur ou des responsables des accidents. Pour le premier, comme le dit Dartigues, la garde qui veille aux barrières du Louvre n'en défend pas nos rois... Tout Médecin peut en être victime, du plus modeste au plus grand, à la ville comme à la campagne, à l'hôpital comme en clientèle.

Pour les seconds, ils montrent la nécessité des autopsies, en matière d'accident de travail ou de droit commun. Rappelons que, au Danemark et en Roumanie, l'autopsie est systématiquement pratiquée dans tous les cas de mort accidentelle. En France, elle n'est ordonnée que s'il y a doute ou suspicion quelconque. C'est une erreur. Même dans les cas où la mort paraît bien être la conséquence de l'accident, l'autopsie peut révéler des surprises, un état antérieur ignoré et déterminer ainsi avec précision et plus équitablement la part des responsabilités de chacun.

Dans la recherche des causes et la prévision des effets, que d'inconnues! Que de mystères...! Pour découvrir le lien entre les unes et les autres, comme il faut être prudent et attentif...! Il ne faut négliger aucun moyen d'investigation. En médecine légale, non moins qu'ailleurs, ne nous fions pas aux apparences!