

légère, se dissipe en peu de temps et ne persiste pas après la mort; si la brûlure est plus profonde, outre cette rougeur, on voit autour du point cautérisé une ligne d'un rouge vif, qui se montre constamment au bout de quelques secondes, ne disparaît pas sous la pression du doigt, est séparée de l'eschare par une ligne d'un blanc mat et persiste après la mort. Enfin, une phlyctène contenant de la sérosité sanguinolente se forme plus ou moins promptement selon la nature de la brûlure, l'âge et la constitution du sujet; elle peut même manquer tout à fait et quelquefois elle ne se développe que lorsque la vie vient de s'éteindre. Chambert, cité par Michel Lévy, dit que lorsque les phlyctènes résultent d'un travail d'exsudation complètement accompli pendant la vie, la sérosité qu'elles contiennent se prend le plus souvent en une gelée transparente qui se liquéfie facilement si on l'agite dans le vase où on l'a recueillie, et qui se coagule en masse sous l'influence de la chaleur et de l'acide nitrique. Au contraire, si les phlyctènes ne se sont développées qu'après la mort, leur sérum, tout en laissant déposer de nombreux flocons d'albumine, ne se coagule pas en masse comme dans le cas qui précède.

Après la mort, si l'on met le cadavre ou seulement une partie de ce cadavre en contact avec un corps comburant ou qu'on l'expose à la flamme d'un foyer, des phlyctènes plus ou moins volumineuses peuvent se former sur les limites des parties brûlées ou sur les surfaces que le calorique n'a pu atteindre que par rayonnement. Ces phlyctènes ont ordinairement une zone de quelques millimètres de large sur laquelle l'épiderme se ride, devient mobile et s'enlève facilement sur tous les points dénudés, le derme est blanc et humide; il prend une teinte légèrement rosée en se desséchant au contact de l'air.

Les phlyctènes *post mortem* se développent plus facilement sur les sujets infiltrés, jamais elles ne se produisent chez les enfants; les tissus carbonisés sont, chez ceux-ci, séparés des tissus sains par un cercle blanchâtre, saillant, ce qui n'arrive pas chez les adultes.

Si maintenant on met en contact immédiat un fer ou un autre corps solide fortement chauffé avec un corps mort, on obtient des effets variés suivant que ce corps présente une surface plus grande que son épaisseur, ou bien que ses dimensions sont à peu près les mêmes sous tous les diamètres. Dans le premier cas, il se produit une eschare centrale autour de laquelle l'épiderme se détache facilement. Dans le second, il se forme une solution de continuité d'une étendue deux fois plus grande que celle que présente la plus grande circonférence du corps comburant, sans phlyctènes ni même simple rougeur; mais il est impossible de reconnaître la forme de l'instrument d'après la forme de la solution de continuité.

En définitive, on voit sur les corps vivants la réaction capillaire dominer les autres phénomènes sur les surfaces où se condense l'action du calorique; tandis que sur le cadavre, c'est la matière qui se plie mécaniquement aux modifications que lui impriment les divers agents qui la touchent.

X. — CONSTATATION DES DÉCÈS

L'intervention des médecins est très souvent réclamée pour la constatation des décès.

Les articles 81 et 77 du Code civil règlent cette hypothèse.

ART. 81. — « Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donneront lieu de le soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée. »

ART. 77. — « Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation, sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état civil, qui ne pourra la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée, pour s'assurer du décès et que vingt-quatre heures après le décès, hors les cas prévus par les règlements de police. »

A Paris, d'après une ordonnance de police du 3 juillet 1804, l'inhumation ne peut être faite que sur l'avis des médecins ou chirurgiens qui ont suivi la maladie ou de ceux préposés à la visite des décédés. Cet avis doit être transmis à l'officier de police et à l'officier de l'état civil.

La constatation des décès est d'une si haute importance que, depuis un grand nombre d'années, l'autorité a senti le besoin de confier ces opérations à des médecins pour chacun des quartiers de la ville.

Les médecins vérificateurs ne doivent pas se borner à déclarer si tel individu est vivant ou s'il a cessé d'exister; ils doivent, autant que possible, faire connaître à l'autorité :

- 1° Les noms et prénoms de la personne décédée;
- 2° Son sexe et son état civil;
- 3° Son âge;
- 4° Sa profession;
- 5° Le quartier, la rue et le numéro du domicile;
- 6° La nature de la maladie;
- 7° S'il y a lieu à l'autopsie et les motifs qui peuvent la déterminer;
- 8° Le nom des personnes qui ont donné des soins au malade;
- 9° Le nom des personnes qui ont fourni des médicaments.

Les nombreux services rendus par les médecins vérificateurs des décès, qui n'existent malheureusement qu'à Paris et dans quelques grandes villes de France, ont fait désirer qu'une semblable institution fût créée pour la constatation des naissances.

Cette institution produirait les meilleurs résultats; elle supprimerait d'abord les inconvénients graves qu'offre le transport d'un enfant nouveau-né qui, aux termes de l'article 55 du Code civil, doit être présenté, dans les trois

jours de l'accouchement, à l'officier public. Elle permettrait ensuite de constater le sexe de l'enfant d'une manière régulière et ferait aussi disparaître les erreurs qui ne se sont présentées que trop souvent, car dans des cas assez communs des individus du sexe féminin, ont pu être pris pour des personnes appartenant au sexe masculin et réciproquement¹.

Il arrive quelquefois qu'une femme enceinte meurt soit pendant la grossesse, soit pendant le travail de l'accouchement. Il n'est pas vrai, ainsi qu'on l'a dit, que l'enfant meurt toujours soit avant la mère, soit simultanément, soit immédiatement après elle. Trop de faits, dont on ne peut contester l'exactitude, prouvent en effet le contraire. Le chirurgien, qui est appelé dans ces circonstances, doit s'assurer d'abord que la mort de la mère est réelle et, après avoir essayé d'extraire l'enfant par les voies naturelles, pratiquer l'opération césarienne ou toute autre opération propre à sauver l'enfant².

Il doit opérer avec le même soin que s'il opérerait sur une femme vivante, car la mort de la femme peut n'être qu'apparente. Les femmes enceintes sont en effet sujettes tout à la fois à des morts par apoplexie, hémorrhagie, etc., et à des évanouissements prolongés qui simulent chez elles une mort réelle. La distinction de ces cas est fort difficile à faire; aussi le chirurgien pourra-t-il se trouver fort embarrassé. S'il se hâte de faire l'opération, il peut occasionner la mort d'une femme qui n'était qu'évanouie; s'il hésite trop longtemps, il s'expose à laisser périr un enfant que l'opération césarienne, plus promptement faite, aurait amené à la vie. Le médecin est placé entre deux difficultés également redoutables, et il lui faut la plus grande sagacité pour y échapper.

Quelquefois les familles demandent l'ouverture du cadavre d'un parent pour connaître le genre de maladie auquel il a succombé. Dans le but de prévenir des méprises, dont les résultats peuvent être funestes, l'autorisation à fin d'ouverture d'un corps ne doit jamais être accordée que lorsqu'il a été constaté que la mort est réelle. C'est un principe que nous trouvons dans un arrêté du préfet de la Seine en date du 24 septembre 1821.

« Nous, conseiller d'État, préfet de la Seine, informé que le cadavre d'un enfant nouveau-né a été ouvert dernièrement sans autorisation et avant la vérification légale du décès;

1. Depuis seize ans, la constatation des naissances peut à Paris se faire à domicile, par les soins du médecin de l'état civil de l'arrondissement, mais lorsque la demande en est formellement adressée à la mairie, et en considération du mauvais état de la santé physique du nouveau-né, ou de la rigueur extrême de la saison. C'est déjà un progrès considérable. Espérons que la mesure sera bientôt généralisée et étendue à toutes les constatations de naissance.

2. La loi romaine était formelle sur ce point. « *Negat lex regia, mulierem quæ prægnans mortua sit, humani antequam partis ei excidatur; qui contra fecerit spem animantis cum gravida peremisse videtur.* (Loi 2 Digesti, de mortuis inferendo).

La loi canonique ne l'est pas moins : « *Si mater prægnans mortua fuerit fœtus quam primum cauti extrahatur, ac si vivus fuerit, baptizetur.* » (Rituale Romanum de Baptism. parvul.)

« Considérant que le fait qui nous a été signalé est une infraction aux arrêtés et règlements concernant les déclarations des décès et des inhumations, et qu'il pourrait, en se renouvelant, donner lieu à des abus graves;

« Considérant qu'il importe, dans l'intérêt de l'ordre public et des familles, de prendre les mesures propres à prévenir de semblables infractions;

Arrêtons ce qui suit :

ART. 1^{er}. — Il ne pourra être procédé, sur la réquisition même des particuliers, à l'ouverture d'un cadavre qu'après la vérification légale du décès et en présence de l'officier de santé chargé de constater ledit décès.

ART. 2. — En conséquence, ampliation du présent arrêté sera adressé à MM. les maires de Paris, qui sont chargés de veiller à son exécution et de lui donner la publicité convenable.

Signé : CHABROL.

Le médecin qui a procédé à une ouverture de cadavre, sur la réquisition de simples particuliers, remet ordinairement à ces derniers un rapport dans lequel il rend compte de sa mission. On s'est demandé si l'autorité municipale (un maire, par exemple) a le droit de demander communication de ce rapport. Nous le croyons. La raison de douter, c'est que l'opération à laquelle le médecin s'est livré n'a aucun caractère judiciaire et que la famille peut avoir le plus grand intérêt à ne pas faire connaître la maladie à laquelle un de ses membres a succombé, surtout s'il s'agit d'une maladie honteuse ou héréditaire.

La raison de décider, c'est qu'il peut arriver que le maire juge la communication bien nécessaire, soit parce qu'il y a lieu de supposer une mort violente, soit parce que les symptômes de la maladie du défunt ont donné l'indication de quelque épidémie ou mal-contagieux. Le maire ne doit compte à personne des motifs qui le font agir, et il n'est pas possible de supposer qu'il soit dirigé dans cette circonstance par une simple curiosité.

Au surplus, la question nous semble tranchée par l'article 6 de l'ordonnance de police du 3 juillet 1803, ainsi conçue : « Dans le cas où l'incertitude des caractères d'une maladie aurait empêché d'en connaître la cause, les médecins et chirurgiens qui, pour les progrès de l'art, désireront faire l'ouverture du cadavre, ne pourront y procéder que du consentement de la famille, et après avoir prévenu l'officier de justice. »

RÉSUMÉ

§ I. — VIEILLESSE. — Le vieillard à l'état physiologique ne peut pas trouver des motifs d'excuse dans le fait seul de son âge avancé. La présomption du discernement pèse donc sur lui.

La criminalité d'une action punissable s'affaiblit si l'âge a diminué le libre arbitre et si la débilité a voilé l'immoralité de l'acte commis, mais l'imputabilité pénale subsiste.

La décadence sénile confirmée implique nécessairement l'irresponsabilité la plus absolue.

Pour le vieillard affaibli intellectuellement, le conseil judiciaire est un moyen terme entre la libre disposition de sa fortune et l'interdiction qui le prive de l'administration de ses biens et le place en tutelle.

L'extrême vieillesse n'empêche pas de tester, mais à la condition que la volonté du testateur ne soit ni diminuée, ni assoupie, ni éteinte.

§ II. — AGONIE. — Les anciens auteurs entendaient par agonie la dernière lutte de la vie contre la mort. Cette définition n'est plus acceptée. Quand l'agonie est commencée, la lutte est finie. La mort triomphe; la vie, vaincue, n'est plus qu'apparente.

L'agonie manque chez un certain nombre d'individus, lorsque la mort est naturelle ou subite.

La cause de l'agonie est une asphyxie lente. Si la mort survient par les poumons, l'asphyxie est primitive: si la mort arrive par le cerveau ou le cœur, l'asphyxie est secondaire.

L'abaissement graduel de la température n'est pas, comme on l'avait prétendu, un phénomène constant de l'agonie.

L'agonie dure en moyenne de six à dix-huit heures.

§ III. — MORT. — La mort est la cessation des phénomènes physiques qui concourent à l'entretien de la vie. On divise la mort en deux grandes variétés: la mort naturelle et la mort accidentelle.

La mort naturelle est la conséquence de l'affaiblissement des organes par suite des progrès de l'âge.

La mort accidentelle arrive soit par maladie, soit par accident. Elle survient par le cœur, par le cerveau ou par le poumon.

§ IV. — DES SIGNES DE LA MORT. — Un certain nombre de signes donnés par les auteurs comme caractéristiques de la mort ne sont aucunement certains.

1° ASPECT GÉNÉRAL. — La face cadavérique peut exister pendant la vie chez des individus épuisés par les maladies chroniques et ne point survenir chez ceux qui viennent de succomber à une maladie aiguë. — L'ouverture des yeux et de la bouche est presque constante. — L'attitude du corps est presque toujours la même. — La flexion des doigts indiquée par Villermé n'existe pas dans tous les cas.

2° ÉTAT DE L'ŒIL. — L'affaissement du globe de l'œil et l'enduit glaireux de la cornée existant simultanément, méritent davantage d'être pris en considération. On les a vus cependant exister pendant la vie et parfois ne pas survenir après la mort. Les rides de la cornée, l'insensibilité de la conjonctive, de la cornée, la dilatation brusque de la pupille, l'immobilité de l'iris et son insensibilité à la lumière et à l'atropine, la déformation de l'iris, sont d'assez bons signes. La tache noire de la sclérotique est beaucoup moins importante. Mais la décoloration grisâtre de la choroïde et la disparition de la papille du

nerf optique, la disparition de l'artère centrale de la rétine et la pneumatose des veines rétinienne observées à l'ophthalmoscope, sont des signes certains de mort (Bouchut).

3° La perte de la sensibilité tactile et spéciale existe dans tous les cas. Le relâchement brusque des sphincters est fréquent.

L'abolition de la contractilité musculaire et le développement de la rigidité cadavérique constatés récemment par des médecins, sont des signes certains de la mort.

L'absence de respiration, mais surtout la cessation définitive des battements du cœur et de la circulation (Bouchut), est un signe certain de mort.

Beaucoup d'autres signes dépendant de l'arrêt de la circulation ont été signalés: absence du pouls, vacuité de l'artère temporale, décoloration des tissus et perte de transparence des mains, lividités cadavériques, absence de phlyctène et d'auréole inflammatoire à une brûlure, dessiccation et parcheminement de la peau. Chacun de ces signes, de même que la ligature d'un doigt et l'application de ventouses scarifiées, ont une certaine valeur, sans avoir celle de l'absence des battements du cœur pendant cinq minutes.

L'abaissement de la température du corps à 20° dans l'aisselle et à 22° dans le rectum, est un signe certain de mort (Bouchut).

La putréfaction est un signe tardif, mais infaillible.

§ V. — DE L'ASPHYXIE. — L'asphyxie est un état particulier qui résulte de la suspension des phénomènes des échanges respiratoires.

Les causes occasionnelles de l'asphyxie peuvent être partagées en deux classes principales: 1° Dans l'une, la pénétration de l'air respirable dans les poumons est empêchée plus ou moins complètement; 2° dans l'autre, cette pénétration n'est pas menacée, mais le mélange respiratoire ne possède pas les qualités requises pour l'entretien de la vie.

Première classe. — On trouve de nombreuses variétés:

a. Immersion dans un milieu solide ou liquide (enfouissement prématuré du corps ou dans un éboulement, submersion);

b. Paralysie des muscles de la respiration (lésions de la colonne vertébrale, de la moelle épinière, etc., curare);

c. Obstacles mécaniques à l'introduction de l'air dans l'appareil respiratoire (corps étrangers dans les voies aériennes, compressions, etc.).

Deuxième classe. — En considérant que l'air atmosphérique est seul capable d'entretenir la respiration, on juge combien peut être variée cette source d'asphyxie.

§ VI. — Les effets de l'asphyxie sont de deux ordres: les uns primitifs représentent les modifications apportées par elle à la constitution du sang (coloration noire, — augmentation de l'acide carbonique, — diminution de l'oxygène); les autres consécutifs représentent les troubles fonctionnels auxquels le sang asphyxié donne naissance (diminution de la contractilité, convulsions, puis paralysie des muscles).

L'étude d'un certain nombre seulement de variétés (causes, symptômes, lésions) de l'asphyxie intéresse le médecin légiste.

§ VII. — *Asphyxie par strangulation.* — La strangulation consiste dans une compression exercée sur une étendue plus ou moins considérable du cou, de manière à ne pas laisser pénétrer l'air dans la poitrine, quelle que soit l'attitude et la position du corps.

Bien que la strangulation soit le plus souvent la conséquence d'un homicide, il est démontré qu'elle peut être le résultat d'un suicide.

Signes. — La face est ordinairement violacée, tuméfiée, comme marbrée. Des ecchymoses très nombreuses, très petites, forment sur la face, sur le cou et sur la poitrine, une sorte de pointillé qui n'est jamais plus tranché, plus significatif que dans la strangulation.

L'empreinte du lien qui persiste autour du cou est en rapport avec sa forme, sa largeur, son épaisseur et la manière dont il a été disposé. Si la strangulation a été opérée avec les mains, on retrouve les traces des doigts et celles des ongles qui peuvent permettre de reconnaître la position de l'agresseur et celle de la victime.

A l'autopsie, on trouve, en outre, des extravasations sanguines entre les muscles, une congestion très marquée des bronches et de la trachée, un emphysème plus ou moins étendu résultant de la rupture des vésicules les plus superficielles.

§ VIII. — *Asphyxie par suspension ou pendaison.* — La suspension n'est qu'un mode de strangulation opérée le corps étant suspendu par le cou; elle est presque toujours le résultat d'un suicide, très rarement celui d'un homicide.

La mort par pendaison peut survenir la suspension étant complète ou seulement incomplète.

La mort par suspension peut déterminer deux ordres de phénomènes très différents : ceux de l'apoplexie et ceux de l'asphyxie. Le plus souvent les uns et les autres existent simultanément; ces différences tiennent à la manière dont la corde a été placée autour du cou.

Signes. — Dans le grand nombre des cas il n'y a pas d'ecchymoses. Couleur brunâtre et parcheminée de la peau au niveau du sillon produit par la constriction.

L'injection et la coloration violacée des bords du sillon, surtout du supérieur, sont des signes d'une grande valeur (Devergie). On peut encore citer la turgescence des organes sexuels.

A l'autopsie on trouve entre les muscles et les vaisseaux du cou du sang extravasé fortement adhérent, que la macération et le lavage n'enlèvent pas (Blanchard). Les poumons sont fortement engoués, quelquefois emphysémateux, le plus souvent noirs dans les parties déclives.

La pendaison ayant pu être pratiquée après un homicide, afin de faire croire à un suicide, l'expert devra étudier attentivement les lésions et les circonstances adjuvantes, afin de porter un jugement assuré.

§ IX. — *Asphyxie par submersion.* — Deux cas peuvent se présenter : 1° Ou bien, ce qui est le plus fréquent, l'individu succombe à une véritable asphyxie; 2° ou bien il tombe en syncope et succombe à une congestion cérébrale.

Dans le premier cas (asphyxie) : pâleur de la face, présence d'eau et d'une petite quantité d'écume blanche mousseuse dans les voies respiratoires, eau dans l'estomac, mais pas plus d'un demi-litre (Tardieu).

Les poumons sont engoués, durs; coupés tranche par tranche, ils laissent écouler un liquide spumeux, rosé et même sanguinolent. Quelquefois présence de vase et de gravier dans les voies respiratoires, fluidité remarquable du sang.

Dans le second cas (syncope, congestion cérébrale) on ne trouve pas d'écume dans la trachée ni les bronches. Piqueté de la substance cérébrale.

§ X. — Le séjour du cadavre dans l'eau et son contact avec l'air déterminent des altérations qui ont été longuement étudiées par Devergie. Ces altérations et la putréfaction surviennent très rapidement en été; en hiver, au contraire, elles n'apparaissent que plus lentement.

Voici ce que l'on constate en hiver :

Pendant les trois premiers jours, nulle altération.

Du troisième au cinquième jour, l'épiderme des mains commence à blanchir : rigidité cadavérique.

Du cinquième au huitième, l'épiderme de la paume des mains est très blanc.

Du huitième au douzième, l'épiderme de la face dorsale des mains commence à blanchir; flaccidité générale.

Au quinzième jour, épiderme des mains et des pieds tout à fait blanc : celui de la paume des mains commence à se plisser; teinte verdâtre.

A un mois, face rouge brunâtre, paupières et lèvres vertes. Poumons très emphysémateux, la putréfaction commence.

A deux mois environ, épiderme des pieds et des mains en grande partie soulevé. Teinte verdâtre de la plus grande partie du tronc.

A deux mois et demi, épiderme et ongles des mains complètement détachés; commencement de saponification de la graisse chez la femme.

A trois mois et demi, destruction d'une partie du cuir chevelu, des paupières, du nez; ongles des pieds détachés; tissu cellulaire filandreux, se laissant déchirer comme de la filasse.

A quatre mois et demi, destruction de la totalité du cuir chevelu, calotte osseuse dénudée commençant à devenir friable.

A l'aide de ces signes, on peut donc reconnaître : 1° si la mort a eu lieu par submersion; 2° combien de temps le cadavre a séjourné dans l'eau.

Il faut encore déterminer si l'individu était vivant au moment où il est tombé dans l'eau, — si sa chute a été accidentelle ou s'il a été précipité, — enfin s'il n'avait pas d'abord été la victime d'un crime.

§ XI. — *Asphyxie par respiration de gaz méphitiques.* — Certains gaz irritants déterminent l'asphyxie non seulement en raison de l'action directe qu'ils peuvent exercer sur le système nerveux et le sang, mais encore par la vive inflammation qu'ils produisent dans les organes de la respiration, tels sont : le gaz ammoniac, le sulfhydrate d'ammoniac. Ce dernier tue quelquefois instantanément. Ces gaz sont le plus souvent des émanations des fosses d'aisances, égouts, etc.

L'hydrogène sulfuré agit à la fois comme asphyxiant et comme poison septique; il en est de même de l'hydrogène arsénié.

L'acide carbonique et l'oxyde de carbone se produisent dans un grand nombre de circonstances. Ils déterminent des symptômes qui sont très variables suivant les cas et suivant les individus. Ce sont : des pesanteurs de tête, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, puis des nausées, des vomissements, un ralentissement de la respiration, enfin l'anéantissement des forces musculaires et le coma, qui peut durer pendant plusieurs heures.

Si la mort est survenue rapidement, on trouve le sang clair, fluide, d'un rouge vermeil; les poumons et les autres organes sont d'un rouge brique.

Si l'asphyxie, au contraire, a été lente, le sang est d'une couleur foncée, violacée ou lie de vin, les poumons sont d'un brun noirâtre à leur surface et rouges dans leur intérieur.

Le traitement de l'asphyxie par le charbon consiste, surtout, après avoir couché le malade au grand air, en l'application d'excitants de toute espèce sur les diverses parties du corps.

Le médecin légiste devra aussi déterminer si la mort a été causée par suicide ou homicide, — depuis combien de temps elle est survenue, — à quel moment après le repas elle a eu lieu, etc.

Le gaz d'éclairage possède aussi une action toxique qui doit être attribuée aux carbures d'hydrogène qu'il renferme. Son action porte surtout sur le système nerveux, et on trouve à l'autopsie les symptômes d'une congestion cérébrale et médullaire très intense.

Le chlore, l'acide azoteux, l'acide sulfureux, l'hydrogène bicarboné, le protoxyde d'azote, l'azote, l'air raréfié peuvent aussi déterminer l'asphyxie.

§ XII. — *Asphyxie par suffocation.* — Elle survient quand un individu est enfermé dans un espace trop étroit, — par suite de l'occlusion directe des narines et de la bouche, — de la compression de la poitrine et de l'abdomen, — de l'enfouissement du corps dans la terre, le sable, etc.

A l'autopsie, on trouve les poumons engorgés à leur base seulement, mais il existe à leur surface un grand nombre d'ecchymoses sous-pleurales. On trouve aussi des taches ecchymotiques sous le péricarde.

Si l'individu a été enfoui vivant, on constate non seulement la présence de taches ecchymotiques, mais encore la pénétration plus ou moins complète dans les voies aériennes de la matière au milieu de laquelle le corps a séjourné.

Il est donc très important de rechercher l'existence de ces deux faits.

§ XIII. — La mort, chez les individus, peut survenir subitement, sans agonie.

Le médecin légiste ne peut se prononcer absolument, dans ces cas, que s'il a fait l'autopsie, et il est très important de la pratiquer en laissant les organes en place (Devergie).

La mort subite peut survenir :

1° Par altération du système respiratoire :

2° Par altération du système nerveux ;

3° Par altération du système circulatoire.

§ XIV. — La mort subite par altération du système respiratoire peut être le résultat de la suspension des phénomènes mécaniques ou des phénomènes chimiques de la respiration, que la cause qui agit soit extérieure ou intérieure.

Les maladies du poumon dans lesquelles on rencontre la mort subite sont :

a. La *congestion pulmonaire*, qui est, de toutes les affections du parenchyme pulmonaire, celle qui produit le plus souvent la mort subite. Elle est le résultat d'une lésion qui occupe la totalité du poumon. Cet organe est gorgé de sang qu'on trouve accumulé surtout dans les parties déclives : il en est de même du cœur et du système veineux : l'aorte et les autres artères, au contraire, sont vides en général; la congestion cérébrale coïncide souvent avec la congestion pulmonaire ;

b. L'*emphysème extra-vésiculaire* ;

c. L'*emphysème vésiculaire* ;

d. La *pneumonie* chez les vieillards ;

e. La *pleurésie* ;

f. Enfin, quelques autres affections du poumon, parmi lesquelles on doit citer les *affections nerveuses* : asthme, coqueluche, etc.

§ XV. — La mort subite par altération du système nerveux est beaucoup moins fréquente qu'on ne le croit en général; il est rare, en effet, que, dans l'hémorragie cérébrale, la mort arrive instantanément; elle survient, au contraire, graduellement.

a. L'*hémorragie cérébrale* et les *hémorragies méningées* peuvent être des causes de mort subite : elles existent soit isolément, soit simultanément. La lésion peut être généralisée, c'est-à-dire occuper tout un hémisphère cérébral, ou localisée, mais alors elle atteint un point dont l'intégrité est nécessaire à la vie (protubérance, bulbe).

b. La *congestion cérébrale* est rarement cause de la mort subite.

Dans tous ces cas, les fonctions cérébrales étant suspendues, il survient une asphyxie pulmonaire secondaire.

§ XVI. — La mort subite par altération du système circulatoire est fréquente. Il existe un lien intime entre le cœur et le cerveau. Dès que le cœur cesse d'envoyer du sang au cerveau, celui-ci cesse de fonctionner.

Les altérations du système circulatoire qui peuvent produire la mort subite portent : a. soit sur le sang; b. soit sur le cœur; c. soit sur les vaisseaux.

a. *Altérations portant sur le sang* : la pléthore, très rarement, — l'anémie profonde, — l'introduction de l'air dans les veines, — le développement spontané de gaz dans le sang, — l'urémie.

b. *Altérations portant sur le cœur* : les lésions du péricarde, — la rupture spontanée du cœur, la dégénérescence graisseuse de cet organe, — les productions hétéromorphes, — les altérations des vaisseaux coronaires, et enfin les lésions valvulaires, l'insuffisance aortique principalement.

c. *Altérations portant sur les vaisseaux* : la thrombose ou l'embolie, qui déterminent l'obstruction des artères cérébrales ou des artères pulmonaires