

14. Après avoir posé une ligature sur la partie terminale ou initiale du duodénum, on enlève l'estomac; on examine son contenu et l'état des parois. Au moment où on l'ouvre, on s'assure s'il n'existe pas une odeur spéciale: acide cyanhydrique (odeur d'amandes amères), alcool, éther, etc.

15. Si les intestins paraissent sains extérieurement, et qu'on n'ait aucun motif de les examiner particulièrement, on peut ne pas les détacher, se borner à les ouvrir en plusieurs points, notamment au voisinage de la valvule iléo-cœcale, et noter l'état de la muqueuse et du contenu.

Dans les autres cas, on détache le paquet intestinal en incisant le méésentère juste à son insertion aux intestins; on déroule ceux-ci et on les ouvre sur toute leur étendue.

Dans tous les cas, on examine les ganglions méésentériques.

16. Avant d'ouvrir la vessie, il est bon d'évacuer l'urine qu'elle peut contenir à l'aide de la sonde; on peut apprécier ainsi s'il existe en un point quelconque un rétrécissement du canal de l'urètre. On note l'aspect de l'urine¹, et l'état des parois vésicales.

17. Chez l'homme, on incise le canal de l'urètre, ou ouvre le scrotum, et on examine les testicules en les incisant.

Chez la femme, on examine les ovaires, l'utérus (parois, cavités du corps et du col). Quand cet examen doit être fait d'une façon particulièrement minutieuse, par exemple dans le cas où il y a lieu de soupçonner un avortement, on désarticule la symphise pubienne, et on enlève d'un seul coup l'utérus, les ovaires, la vessie, le vagin et l'extrémité inférieure du rectum, en détachant avec un scalpel les insertions de ces organes sur les parois du bassin. On examine ensuite à loisir et successivement ces diverses parties.

18. *Cavité crânienne.* — L'incision du cuir chevelu se fait suivant une ligne qui va transversalement d'une apophyse mastoïde à l'autre; on peut faire en outre une seconde incision perpendiculaire à la première, allant du milieu du front à l'occipital. S'il existe des plaies, l'incision doit les respecter.

Les lambeaux du cuir chevelu étant décollés, on examine s'il existe des épanchements sanguins, on note leur siège (au-dessus ou au-dessous du périoste). On recherche s'il existe des fractures de la voûte du crâne.

Si ces fractures existent ou s'il y a lieu de les soupçonner, il faut toujours ouvrir le crâne à l'aide de la scie; dans les autres cas on peut se servir du marteau, mais il est encore préférable

1. Sur les cadavres en putréfaction, l'urine est toujours trouble et donne un précipité par la chaleur et par l'acide nitrique (voir le paragraphe consacré à la mort subite).

d'employer la scie. On détache d'abord les muscles temporaux, puis on scie le crâne suivant une ligne qui passe au dessus du pavillon des oreilles. Il est sans inconvénient, et beaucoup plus commode, de scier en même temps le cerveau de façon à enlever sa partie supérieure avec la calotte crânienne. Sur la surface de coupe, on peut apprécier immédiatement s'il existe des hémorragies intra ou extra-cérébrales, et quelle est leur disposition.

19. On extrait la partie supérieure du cerveau de la voûte crânienne; on examine le sinus longitudinal, on détache la dure-mère, et on recherche si les parois osseuses sont fracturées, si elles présentent d'autres lésions, si elles sont d'une minceur ou d'une épaisseur exceptionnelles (en cas de fractures ou de lésions traumatiques). — On examine la pie-mère, son état de congestion, si elle se détache bien des circonvolutions cérébrales, puis on pratique une série de coupes verticales ou horizontales sur les hémisphères cérébraux afin d'apprécier l'état de leurs diverses parties.

20. On opère de la même façon sur la partie inférieure du crâne.

CHAPITRE TROISIÈME.

MORT SUBITE.

On comprend en médecine légale sous le nom de *mort subite* les cas où la mort survient plus ou moins rapidement, en quelques secondes, quelques heures ou même quelques jours, *mais d'une façon imprévue*, frappant sans cause apparente un sujet jusque-là bien portant ou n'ayant présenté que des troubles de la santé très légers ou du moins paraissant tels aux personnes de son entourage¹.

Quand un individu succombe dans de telles conditions, il arrive souvent qu'on soupçonne que la mort a été le résultat d'un crime, qu'elle a été causée soit par un empoisonnement, soit par des violences n'ayant par laissé

1. Voir sur cette question: Brouardel, *La mort et la mort subite*, J.-B. Baillière, 1895.

de traces extérieures graves, et l'autopsie du cadavre est alors ordonnée.

Dans un grand nombre de cas, on trouve des lésions bien nettes, dont la signification et l'interprétation ne prêtent à aucun doute, et qui démontrent avec évidence que la mort a été naturelle; il existe par exemple une hémorragie cérébrale, une rupture d'un anévrisme aortique, des embolies, etc.

Mais, dans d'autres cas, l'autopsie ne donne pas des résultats aussi probants. Tantôt elle révèle des lésions qui, bien que capables de tuer subitement ou très rapidement, ne constituent cependant pas une explication absolument évidente de la mort (cardiopathies, affections rénales, etc.), et laissent supposer à la rigueur qu'une autre cause est intervenue. Tantôt on ne trouve que des lésions en quelque sorte banales, comme la congestion pulmonaire, la congestion cérébrale, etc., qui peuvent survenir sous l'influence des causes les plus diverses, causes dont la détermination est seule importante pour la justice.

Dans tous ces cas, les renseignements sur les circonstances dans lesquelles la mort s'est produite, sur les phénomènes qui l'ont précédée, viennent très souvent compléter les constatations de l'autopsie, et la comparaison de ces deux éléments de preuve permet d'établir avec certitude la véritable cause de la mort.

Enfin, il arrive quelquefois qu'on ne trouve ni dans l'état anatomique des divers organes, ni dans les renseignements sur ce qui s'est passé dans les derniers moments de la vie, rien qui puisse expliquer la mort, et le médecin reste impuissant à reconnaître quelle a été la cause de celle-ci.

Dans chacun de ces groupes de cas, la mort subite peut survenir sous l'influence de causes diverses, dont les principales vont être signalées. Auparavant, il est bon d'indiquer que, en dehors de la cause particulière de la mort, certains sujets sont spécialement exposés à périr subitement; ce sont les alcooliques, les vieillards et les très jeunes enfants.

§ I. — Mort subite chez les alcooliques, les vieillards et les très jeunes enfants.

C'est un fait connu que chez les alcooliques les affections aiguës peuvent suivre une marche insidieuse, des lésions graves et étendues d'un organe ne retentissant pas sur l'économie à la manière ordinaire, de sorte que la maladie évolue d'une façon bénigne en apparence, et passe à peu près inaperçue des personnes non compétentes, quoiqu'elle conserve toute sa gravité. C'est ainsi qu'on amène souvent à la Morgue des individus atteints d'une affection aiguë et qui ont succombé subitement dans la rue, au moment où ils vauquaient à leurs occupations ou à leurs plaisirs. Nous avons fréquemment occasion de montrer des faits de ce genre aux élèves; en voici deux exemples. Un homme d'une quarantaine d'années passe la journée à boire; il se querelle avec les cabaretiers, donne et reçoit des coups à plusieurs reprises, et le soir est conduit au poste pour ivresse; le lendemain on le trouve mort et on pense qu'il a succombé par suite des violences qu'il a subies. A l'autopsie, on trouve seulement des ecchymoses superficielles, mais une pneumonie suppurée occupant presque toute l'étendue du poumon. — Dans un autre cas, un gardien de chantier est trouvé mort un matin par ses camarades, avec lesquels la veille encore il avait bu; quoique un peu souffrant, il avait continué son travail; il était atteint d'une cirrhose atrophique du foie et d'une péritonite aiguë généralisée, paraissant bien remonter à deux ou trois jours. L'enquête établit que ces deux hommes avaient depuis longtemps des habitudes d'ivrognerie. — Dans les cas de ce genre, il s'agit, à proprement parler, de morts *pseudo-subites*, puisqu'elles terminent une affection aiguë qui a évolué à peu près régulièrement, quoique d'une manière latente. Mais l'alcoolisme engendre aussi certaines lésions qui exposent à la mort réellement subite: la pachyméningite, l'artériosclérose, les affections cardiaques et rénales, etc.

Les considérations précédentes s'appliquent également

aux vieillards. Chez eux, les affections aiguës peuvent, comme chez les alcooliques, passer à peu près inaperçues, n'occasionner que des troubles généraux peu apparents; les désordres fonctionnels et les symptômes qui sont l'expression directe de la lésion organique peuvent être eux-mêmes très atténués. Il en est ainsi, par exemple, pour la pneumonie qui ne détermine souvent ni point de côté violent, ni grande dyspnée, ni toux très fréquente. Il faut ajouter que les vieillards, en raison même de leur âge et de la décrépitude de leurs organes, résistent mal à des influences que d'autres supporteraient impunément: à la congestion des poumons ou du cerveau, aux troubles circulatoires. Enfin les vieillards sont souvent atteints de cardiopathie, d'altérations rénales, c'est-à-dire des lésions qui comptent, comme nous le verrons plus loin, parmi les causes les plus importantes de mort subite. Aussi toutes les statistiques montrent-elles la fréquence de la mort subite chez les vieillards.

La mort subite est rare chez les enfants, sauf chez ceux qui n'ont pas encore atteint ou ont à peine dépassé leur première année. A cet âge, elle est au contraire fréquente.

Ces morts subites sont parfois attribuables à une lésion nettement caractérisée; par exemple à la congestion ou à l'œdème pulmonaire qui, chez les petits enfants, peuvent se produire brusquement et acquérir vite une grande intensité. Parfois aussi on constate à l'autopsie les traces d'une lésion organique aiguë qui, dans certains cas, est restée latente pendant la vie, même chez des enfants attentivement soignés. Il en est ainsi notamment pour la bronchite, et le fait a été signalé par plusieurs auteurs.

Mais dans la pratique médico-légale, ces cas sont exceptionnels. Ceux que l'on observe habituellement concernent des enfants bien portants qui s'endorment dans des conditions normales et qui meurent pendant leur sommeil; à l'autopsie on ne constate pas de lésions organiques, et le plus souvent les résultats de l'investigation anatomique sont entièrement ou presque entièrement négatifs.

On attribue généralement les morts de ce genre à une

asphyxie ou à un « étouffement » accidentels. On admet que la respiration de l'enfant a été empêchée par les draps, couvertures, oreillers, ou bien par la compression exercée par le corps de la mère ou de la nourrice couchée dans le même lit. — Il est certain en effet que la plupart des enfants qui meurent ainsi étaient couchés avec une autre personne (parfois en état d'ivresse); le fait était avoué dans plus de la moitié des cas (une centaine) que nous avons observés personnellement. Cependant il est non moins certain que les signes de l'asphyxie manquent souvent de la façon la plus complète: la face est pâle, les conjonctives des yeux non injectées; les poumons ne sont pas congestionnés; il n'y a pas d'ecchymoses sous-pleurales ou sous-péricardiques; le cœur et les gros vaisseaux de la poitrine ne renferment qu'une quantité modérée de sang. Quand les signes de l'asphyxie existent, ils sont peu accentués, et ce n'est que d'une manière très exceptionnelle que nous les avons rencontrés aussi complets et aussi prononcés que lorsqu'il s'agit par exemple d'étouffement par application de la main au devant de la bouche et du nez. Il est à remarquer aussi que dans les quelques cas où la mort s'est produite devant témoins, elle est toujours survenue silencieusement, sournoisement, sans la lutte, les efforts et les convulsions qui accompagnent l'asphyxie, c'est-à-dire la mort occasionnée par la privation d'air.

Nous pensons donc qu'en pareil cas la mort ne résulte pas d'une asphyxie véritable, mais qu'elle se produit par le mécanisme suivant¹. L'obturation des orifices respiratoires ou la compression du thorax et de l'abdomen, produites accidentellement pendant le sommeil, occasionne, par voie réflexe, soit un arrêt simultané de toutes les fonctions nerveuses, soit un arrêt portant d'abord et principalement sur les fonctions respiratoires, permettant par suite une certaine survie et un commencement d'asphyxie

1. Nous avons développé cette manière de voir dans un article des *Annales d'hyg. pub. et de méd. lég.*, janvier 1895. Vibert, Une cause de mort subite chez les petits enfants.

véritable. Le point de départ de l'action réflexe peut d'ailleurs être autre que celui que nous venons d'indiquer, et consister en une excitation portant sur un organe interne. Mais en tout cas la production de cet arrêt réflexe, de cette inhibition mortelle serait considérablement favorisée par le sommeil, car presque tous les faits de mort subite de ce genre surviennent chez des petits enfants endormis.

Quoi qu'il en soit, il est bon de retenir, au point de vue de la pratique médico-légale, que l'absence d'altérations anatomiques est presque la règle quand il s'agit de la mort subite des petits enfants dans les conditions que nous venons d'indiquer.

L'hypertrophie du thymus peut-elle produire chez les petits enfants la mort subite d'emblée, c'est-à-dire sans accès de suffocation antérieurs? C'est une question qui ne comporte pas encore une réponse, soit affirmative, soit négative. Elle se pose cependant en médecine légale. Un enfant couché avec une autre personne meurt subitement pendant la nuit; à l'autopsie, constatations négatives, sauf l'hypertrophie du thymus. L'enfant est-il mort de cette hypertrophie, ou de « l'étouffement accidentel » dont il a été parlé plus haut et dont la mère ou la nourrice doivent être rendues responsables? La question nous paraît insoluble et en pareil cas nous exprimons nettement notre incertitude dans les conclusions du rapport, en déclarant que l'enfant était atteint d'hypertrophie du thymus, affection qui est considérée comme capable d'entraîner la mort subite, mais que cette hypertrophie n'exclut pas la possibilité d'un « étouffement accidentel », lequel se réalise souvent sans laisser sur les organes les signes de l'asphyxie, ni d'autres altérations.

Nous allons maintenant passer en revue les principales causes de la mort subite envisagée d'une façon générale, en indiquant seulement celles de ces causes que l'on rencontre le plus habituellement dans la pratique médico-légale.

§ II. — Mort subite par lésions de l'appareil circulatoire.

Ce sont ces lésions qui constituent la cause la plus fréquente de mort subite. C'est ce qui ressort de statistiques dressées par les médecins légistes de divers pays, et notamment de celle de M. Key-Aberg¹ qui a compulsé les registres d'autopsie de l'Institut médico-légal de Vienne. Il a réuni 852 cas de mort subite chez des sujets au-dessus de quatorze ans; 634 fois, c'est-à-dire dans les trois quarts des cas (74,5 0/0), il s'agissait de lésions cardio-vasculaires.

Ces 634 cas se décomposent de la manière suivante :

Paralysie cardiaque (c'est-à-dire lésions anciennes du cœur, sans modifications récentes).	451
Rupture du cœur.	15
Rupture d'un anévrisme de l'aorte ou de ses branches, à l'exception des artères intra-crâniennes.	55
Rupture de l'aorte.	16
Hémorragie intra-crânienne.	97
Total.	634

La rupture du cœur, qui résulte presque toujours d'altérations anciennes du myocarde et des artères coronaires, est étudiée dans tous les traités de pathologie. Il en est de même pour la rupture des anévrysmes de l'aorte, rupture qui n'est constatée qu'assez rarement dans les autopsies médico-légales, parce que, longtemps avant de se rompre, l'anévrisme entraîne habituellement des symptômes assez graves pour que la mort s'explique naturellement.

La rupture de l'aorte non anévrysmatique est moins connue et d'ailleurs fort rare. Cette rupture se produit presque toujours au niveau de la portion ascendante de l'aorte et en un point où l'artère est athéromateuse et dilatée; parfois il s'agit d'une atrophie, d'un amincissement

1. Key-Aberg, *Endarteritis chronica deformans als Ursache plötzlichen Todes* (Vierteljahrsschrift für gericht. Medicin, 1888).

de la tunique moyenne¹ ; dans quelques observations il est dit que l'aorte est tout à fait saine(?) La rupture s'effectue souvent d'une manière spontanée, c'est-à-dire sans cause occasionnelle. Tantôt elle entraîne la mort tout à fait subite, tantôt elle permet une survie qui peut atteindre plusieurs jours, le début étant marqué par une syncope et une violente douleur dans la poitrine. La rupture se fait d'ailleurs plus ou moins rapidement ; c'est souvent une étroite fissure qui amène un anévrysme disséquant ; mais parfois les tuniques se rompent presque en même temps, et le sang fait irruption dans les cavités voisines ou dans le tissu cellulaire de la région².

Mais ce qu'on observe beaucoup plus souvent en médecine légale, c'est la mort subite par lésions cardio-aortiques anciennes, qui n'ont subi aucune modification récente, et qui brusquement deviennent incompatibles avec la vie, alors que jusque-là elles étaient restées bien tolérées³. Quand on peut avoir des renseignements précis, on apprend parfois que cette tolérance paraissait complète, plus souvent que les lésions n'étaient pas entièrement latentes, qu'elles occasionnaient soit des accès d'angine de poitrine plus ou moins nets, soit des douleurs rétro-sternales, de la dyspnée d'effort, des vertiges, des bouffées de congestion à la tête, etc. ; mais dans la majorité des cas les sujets n'étaient pas assez malades pour renoncer à leurs occupations.

Certaines de ces morts subites sont provoquées par une cause occasionnelle. Celles de ces causes dont l'influence

1. Nous avons fait avec M. Brouardel l'autopsie d'un étudiant, jusque-là bien portant, qui mourut subitement d'une rupture de l'aorte. Ce vaisseau présentait, sur des portions localisées, une atrophie considérable de la paroi avec disparition à peu près complète des fibres élastiques et sans dilatation anévrysmale. Comme cause de cette lésion, on ne trouvait qu'une fièvre typhoïde grave survenue dans l'enfance (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1892).

2. Martin Durr, Rupture spontanée de l'aorte (*Archives gén. de médecine*, 1891).

3. Vibert, *De la mort subite dans les affections chroniques du cœur et de l'aorte* (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1895).

paraît certaine sont la fatigue résultant d'efforts musculaires violents ou prolongés, et d'autre part l'émotion. Citons par exemple un agent de police qui meurt en arrivant, après une course très rapide, à un endroit où venait de se produire une explosion, un autre agent de police qui succombe en amenant au poste un individu qui lui avait fait rébellion (Vibert) ; une jeune fille qui tombe morte pendant qu'elle se sauvait devant un homme qui la menaçait de son fouet (Brouardel) ; trois jeunes femmes ou jeunes filles qui meurent en dansant dans un bal, un homme qui meurt pendant qu'il opère un déménagement (Lesser). — L'émotion agit aussi comme cause occasionnelle ; on en trouve deux exemples dans un mémoire de Lesser¹ : une femme meurt subitement en recevant une mauvaise nouvelle ; une autre au moment où elle s'interposait entre son mari et son fils qui se battaient ensemble. Plus fréquentes sont les observations où l'émotion a été accompagnée d'efforts musculaires ou d'un traumatisme même léger. C'est ainsi qu'il n'est pas très rare de voir succomber des individus (cardiaques) pendant une rixe au cours de laquelle ils n'ont reçu que des blessures insignifiantes. — Le traumatisme semble aussi jouer un rôle dans quelques cas. Deux fois nous avons fait l'autopsie d'individus (cardiaques) morts à la suite d'une chute dans un escalier, chute qui n'avait pas produit de lésions bien graves. Dans ces deux cas la mort était survenue subitement ou très rapidement, mais quelques heures seulement après la chute, qui avait paru d'abord ne pas devoir entraîner de conséquences graves.

Dans bon nombre de cas, toute cause occasionnelle appréciable fait défaut. Il s'agit d'individus qui succombent en se promenant, en se livrant à une occupation très peu fatigante, alors que les jours précédents ils avaient pu accomplir impunément des travaux exigeant une certaine force.

1. Lesser, *Die wichtigsten Sectionsergebnisse* (*Vierteljahrsschrift für gericht. Medicin*, 1888).

Presque toujours il s'agit dans ces cas de lésions cardio-aortiques multiples et complexes. Les lésions valvulaires ne produisent guère, par elles seules, la mort subite, et la réputation qui a été faite à cet égard à l'insuffisance aortique paraît bien usurpée. Souvent toutes les valvules du cœur sont trouvées intactes à l'autopsie, et lorsqu'elles sont lésées, il existe en même temps quelques-unes des altérations suivantes : athérome et dilatation de l'aorte, rétrécissement ou oblitération des coronaires, sclérose ou dégénérescences du myocarde, symphise cardiaque. Souvent aussi les reins sont plus ou moins sclérosés.

Comme ces diverses lésions se trouvent presque toujours associées les unes aux autres, il est difficile de reconnaître quelle est celle qui a le plus d'importance au point de vue de la mort subite. Il est cependant une de ces lésions que l'on a rencontrée seule ou presque seule dans quelques-uns de ces cas de mort subite ou imprévue : c'est la coronarite avec oblitération du tronc ou d'un rameau important des artères, ou bien avec rétrécissement de ces vaisseaux sur une plus ou moins grande partie de leur étendue. Au moment de l'autopsie, le médecin doit donc examiner soigneusement les artères coronaires, non pas seulement au niveau de leur orifice et de leur tronc, mais encore en suivant toutes leurs ramifications.

L'embolie d'origine artérielle est une cause de mort subite sans doute assez rare. Elle résulte de la déchirure de la membrane interne de l'aorte en un point où se trouve une plaque d'athérome et de l'irruption dans le torrent sanguin de la bouillie calcaire que contenait cette plaque. A l'autopsie d'un homme mort subitement pendant qu'il lisait à haute voix des vers, nous avons trouvé ainsi une large plaque de la portion ascendante de l'aorte, ouverte et en grande partie vidée de son contenu ; mais nous n'avons pu reconnaître en quels vaisseaux (sans doute du cerveau et du bulbe) cette bouillie s'était arrêtée. — On a signalé des cas de mort subite produits par l'embolie des artères coronaires, dont le point de départ était aussi

la rupture d'une plaque d'athérome située tout à fait à l'origine de l'aorte, ou dans le tronc même des coronaires.

Nous parlerons dans le paragraphe suivant des embolies pulmonaires.

Mort subite par syncope. — Pour que le terme de « syncope » ait une signification précise, il faut qu'il désigne l'arrêt *primitif* du cœur, arrêt brusque ou très rapide, entraînant comme conséquence inéluctable la cessation des autres fonctions. Ici, au lieu d'être l'*ultimum moriens* comme dans la plupart des autres genres de mort, le cœur est le *primum moriens*.

On doit admettre que c'est par ce mécanisme que se produit la mort subite chez les individus atteints de cardiopathies anciennes, sans graves lésions récentes. La syncope mortelle peut-elle se produire aussi chez des individus dont le cœur et l'aorte ne présentent pas de lésions, sous l'influence d'une cause occasionnelle plus ou moins légère, plus ou moins facilement appréciable ? Il est certain que la mort subite s'observe parfois chez des individus à l'autopsie desquels on ne trouve aucune lésion, non seulement au cœur, mais encore sur les autres organes. On classait autrefois ces faits sous la rubrique « syncope » ; on les range généralement aujourd'hui dans le chapitre de *l'inhibition* (voir plus loin) et sans doute à bon droit, car il n'est nullement démontré qu'en pareil cas les fonctions cardiaques soient les premières, et d'abord les seules, arrêtées. Mais cette discussion n'a guère d'intérêt pour la médecine légale.

On trouve dans beaucoup de traités didactiques l'indication des signes qui, à l'autopsie, permettraient de reconnaître la mort par syncope. Mais les signes donnés par les divers auteurs sont différents et même quelque peu contradictoires. Ils sont tirés de l'état du cœur et de la quantité plus ou moins grande de sang que renferment telles ou telles de ses cavités. Or, cette quantité dépend bien moins de la cause de la mort que du moment auquel est faite l'autopsie, et du degré de développement de la

rigidité cadavérique du cœur. Cette rigidité se développe rapidement et suffit à expulser en totalité ou en partie le contenu de l'organe, ainsi qu'on peut s'en convaincre expérimentalement. D'après les recherches de Strassmann¹, le cœur s'arrête toujours en diastole, quelle que soit la cause de la mort, et à ce moment les cavités droites et gauches sont toujours remplies de sang. Ce n'est qu'ensuite que le ventricule gauche, pris de rigidité, se vide en grande partie du sang qu'il contenait, tandis que le ventricule droit n'expulse qu'une faible partie de son contenu. Cette différence s'explique par la plus grande épaisseur du ventricule gauche, et aussi parce que le sang trouve une issue plus facile dans l'aorte que dans les artères pulmonaires.

En réalité, il n'y a pas de critérium automatique de la mort par syncope (ou par inhibition). Ce diagnostic ne peut se faire que par exclusion, et surtout par une connaissance suffisante des circonstances au milieu desquelles s'est produite la mort.

§ III. — Mort subite par l'appareil respiratoire.

Oblitération des voies aériennes. — Cette oblitération peut être produite par un bol alimentaire qui s'est introduit dans le larynx ou dans la trachée, ou s'est arrêté dans l'œsophage et par son volume trop considérable comprime la trachée. Tourdes a trouvé à l'autopsie d'un homme mort subitement un morceau de gras double long de 10 centimètres et large de 3, bouchant le pharynx; sur quatre-vingt-treize cas, il a vu neuf fois la mort subite causée par un mécanisme analogue. Nous avons vu plusieurs faits de ce genre, notamment chez un enfant de trois ans qui avait la bouche et le pharynx absolument remplis par une masse de pain incomplètement mastiqué.

Quelquefois les matières alimentaires ont pénétré dans

1. Strassmann, *Die Todtenstarre am Herzen (Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin, Neue Folge, Bd LI)*.

les voies aériennes à la suite de vomissements, et la mort a lieu par suffocation. Toutefois, quand on trouve à l'autopsie une partie du contenu stomacal dans la trachée et les bronches, il y a lieu de se demander si la pénétration de ces substances n'a pas eu lieu après la mort. Des expériences du professeur Engel (de Vienne)¹ ont montré, en effet, qu'une pression ou un choc brusque exercés sur l'abdomen d'un cadavre font refluer très facilement dans la bouche les matières liquides ou demi-liquides contenues dans l'estomac; en même temps une certaine quantité de l'air contenu dans les poumons est expulsé et peut être remplacé par les matières stomacales qui arrivent quelquefois ainsi jusque dans les plus fines bronches. Pour éliminer cette cause d'erreur, il faut connaître les circonstances dans lesquelles la mort s'est produite, s'assurer que le cadavre n'a pas été manié brutalement; les signes de l'asphyxie montrent quelquefois aussi s'il s'agit d'une mort par suffocation. — Quand la putréfaction est avancée, le développement des gaz favorise le reflux des matières stomacales et leur arrivée dans les voies aériennes.

On cite des cas aussi où la mort est survenue à la suite de l'ouverture d'un abcès dans les bronches ou la trachée; l'abcès n'avait pas été remarqué pendant la vie et l'on avait soupçonné que la mort résultait d'un crime.

Congestion pulmonaire. — On croyait autrefois que c'était la cause la plus fréquente de la mort subite. Mais, en réalité, à moins qu'il n'existe des tubercules des poumons ou une lésion cardiaque, la congestion pulmonaire n'apparaît pas d'une façon assez intense pour expliquer par elle seule une mort rapide, si elle n'a pas été amenée par une cause puissante dont la détermination est seule utile et constitue le vrai diagnostic médico-légal. En déclarant qu'un individu a succombé à la congestion pul-

1. *Wochenbl. d. Zeitschr. d. Gesellsch. der Aerzte, Wien, 1868, n° 3, Analyse in Annales d'hyg. pub. et de méd. lég., 1868, 2^e série, t. XXIX, p. 449.*