

sume être du sang de la victime; quelquefois aussi, lorsque la victime a eu le crâne fracassé, de la substance cérébrale a rejaili avec le sang sur les vêtements de l'assassin, sur les murs, sur les meubles, sur quelque objet trouvé dans le voisinage du lieu où le meurtre a été commis; ou bien un poignard, un couteau, un bâton, un instrument quelconque qui a pu servir à commettre le crime, présentent des taches qui ont l'apparence de l'une ou de l'autre de ces substances. Dans ces divers cas, la chimie possède les moyens d'éclairer la conscience des magistrats et des jurés: ces moyens seront indiqués dans le deuxième volume de cet ouvrage.

Nous renvoyons aussi à cette deuxième partie l'examen des armes à feu, l'indication des moyens de constater depuis combien de temps une arme a fait feu, et depuis combien de temps elle a été rechargée.

#### ARTICLE VII.

##### EXAMEN JURIDIQUE DU CADAVRE D'UN INDIVIDU HOMICIDÉ.

Toutes les fois qu'un individu a été victime d'un attentat ou d'un accident, avis doit en être donné sur-le-champ au commissaire de police, si c'est à Paris, au maire dans les communes rurales, ou à tout officier de l'ordre judiciaire, qui se transporte aussitôt à l'endroit où se trouve le corps, ou au lieu de l'événement, et requiert l'assistance d'un homme de l'art (voy. page 3, les articles du Code d'instr. crim., et page 14, l'arrêté du préfet de police). Tant que la mort n'est pas certaine, c'est-à-dire tant qu'elle n'est point manifestée par un commencement de putréfaction, seul indice certain pour les personnes étrangères à la science, ceux qui ont trouvé un cadavre doivent conserver quelque espoir de le rappeler à la vie, et, en attendant l'arrivée de l'autorité et de l'homme de l'art, agir conformément aux prescriptions de l'ordonnance du 7 mai 1872 et de l'instruction du 9 février précédent, que nous avons rapportées page 14. — Le médecin ou le chirurgien requis par l'officier de police judiciaire doit se rendre immédiatement sur les lieux, et constater avec le plus grand soin l'état actuel du cadavre. Dans le cas où il remarquerait que la mort peut être le résultat de violences exercées sur l'individu, il provoquerait un examen plus complet. Ce nouvel examen, et l'autopsie qu'il est alors nécessaire de faire, sont l'objet d'une seconde opération, qui n'a lieu le plus souvent qu'à la réquisition du procureur de la République ou du juge d'instruction. Quoi qu'il en soit, nous exposerons ici l'ensemble des recherches qui doivent être faites, soit pour un premier, soit pour un deuxième rapport, et nous renvoyons à ce que nous avons dit page 42, pour la levée du cadavre proprement dite.

Depuis plusieurs années il a été installé à la Morgue de Paris un service spécial de photographie. Les corps des individus restés inconnus qui sont transportés dans cet établissement y sont photographiés dès leur arrivée, de telle sorte que leur identité peut encore être établie alors que les progrès ultérieurs de la décomposition ont rendu les traits méconnaissables. Ces photographies sont, en outre, conservées et classées; des épreuves sont envoyées au loin dès qu'on a seulement quelques soupçons sur l'identité des individus, et elles ont plus d'une fois permis de reconnaître tardivement des malheureux morts par suite d'accidents. Dans les cas de crime, la photographie de telle ou telle région du cadavre permet aussi de conserver une reproduction exacte des lésions que les descriptions les plus minutieuses ne font pas toujours bien saisir.

Tel est, croyons-nous, le seul rôle utile que la photographie soit appelée à

jouer dans les expertises médico-légales. Il est presque superflu de réfuter aujourd'hui cette singulière idée que la photographie de la réline d'un cadavre peut donner l'image des derniers objets qui l'ont impressionnée. Il y a un certain nombre d'années, cependant, quelques journaux avaient fait grand bruit de cette prétendue découverte. A les entendre, la photographie de la réline d'un individu homicide pouvait reproduire les traits du meurtrier, et même les diverses circonstances du crime. S'il en était réellement ainsi, la tâche des experts et des magistrats se trouverait très-simplifiée. Il n'y a bien évidemment rien de sérieux dans ces assertions qui pourtant ont été accueillies par quelques médecins. En 1870, la Société de médecine légale a eu à examiner des épreuves photographiques obtenues dans ces conditions, et Vernois fit un rapport sur ce sujet. Il n'eut pas de peine à démontrer qu'il n'y avait dans tout cela que des illusions (voy. *Ann. d'hyg. et de méd. légale*, 1870, t. XXXIII, p. 239, Vernois. *Des applications médico-légales de la photographie*).

#### § I. — Manière de procéder à l'autopsie.

A leur arrivée près du cadavre, les hommes de l'art doivent noter dans quelle posture il se trouve (s'il est sur le dos, sur la face, sur le côté droit ou gauche; si les membres supérieurs et inférieurs sont allongés ou fléchis; si les mains, et particulièrement la droite, sont ouvertes ou plus ou moins fortement fermées, et quelle est la position du bras ou de l'avant-bras et de la main, relativement aux autres parties du corps); s'il est vêtu et couvert, et quels sont les vêtements, leur couleur, leur état, leur disposition, leur désordre plus ou moins grand; si le corps est en contact avec quelque matière qui ait pu exercer sur lui une action quelconque; quels sont ses rapports de position avec les divers objets environnants, et particulièrement avec les armes ou les instruments vulnérants trouvés dans son voisinage. Les moindres petits morceaux de papier ou de linge, quelque sales, déchirés ou hachés qu'ils puissent être, doivent être recueillis avec soin; car, dans le cas de blessure par un coup de feu, ils peuvent provenir de la bourre de l'arme. Mais lors même qu'une arme serait dans la main du cadavre, il n'en faudrait pas moins continuer l'examen et rechercher s'il n'existe pas d'indices d'autres violences; car il se pourrait que cette arme eût été placée dans la main après le meurtre de l'individu, pour faire croire à un suicide ou pour induire en erreur sur la véritable cause de la mort.

Si l'on ignore encore quel est l'individu dont on a trouvé le cadavre, il faut d'abord, s'il est sali par du sang ou de la boue, le nettoyer avec soin; puis on mesure sa longueur; et, comme un corps étendu horizontalement paraît toujours plus grand qu'il ne l'est en réalité, il ne faut pas juger de sa longueur à vue d'œil; il faut étendre complètement le cadavre, tracer sur le sol, ou sur la table sur laquelle il est placé, une ligne correspondant au vertex et une autre correspondant à la plante des pieds, et mesurer l'intervalle de ces deux lignes. On note ensuite l'âge présumé de l'individu, le degré d'embonpoint ou de maigreur, le développement plus ou moins prononcé du système musculaire, la couleur, la quantité et la longueur des cheveux, l'état des dents, l'absence d'une ou de plusieurs d'entre elles, les difformités naturelles ou accidentelles, les signes ou taches de naissance, les cicatrices de blessures ou d'abcès scrofuleux; en un mot, on s'attache à prendre un signalement bien circonstancié, on mentionne jusqu'aux moindres particularités, car souvent la plus insignifiante en apparence conduit à reconnaître la victime et, par suite, le meurtrier. Ainsi une forte dépression du sternum indique assez ordinairement un ouvrier qui appuie habituellement



contre sa poitrine quelque outil de sa profession (tel serait, par exemple, un cordonnier ou un tourneur); l'épaississement du tissu cutané de la paume de la main indique un artisan qui manie habituellement des outils lourds et durs; les durillons et les nombreuses piqûres de l'épiderme des deux premiers doigts de la main droite indiquent un ouvrier ou une ouvrière occupés de travaux d'aiguille, etc. L'existence d'un cautère au bras gauche a permis d'établir avec certitude l'identité de la femme Gillet, assassinée par Barré et Lebiez, en mars 1877, alors que les experts n'avaient encore pu examiner que les deux bras et les deux cuisses, la tête et le tronc n'ayant été retrouvés que plus tard. Les assassins avaient négligé de faire disparaître cette marque distinctive; le cautère était encore recouvert d'une feuille de lierre, et dans une perquisition faite au logement de la femme Gillet récemment disparue, on retrouva une provision de feuilles toutes semblables par leurs dimensions. Lors même que l'on trouverait sur l'individu homicidé des papiers qui sembleraient fournir sur sa personne les renseignements les plus positifs, il n'en faudrait pas moins relever avec la plus grande attention tout ce qui peut constater l'identité; car peut-être ces papiers ne sont-ils pas les siens, et n'ont-ils été placés sur lui que pour donner le change.

S'il existe des blessures, on en compare la forme et les dimensions avec celles de l'instrument que l'on présume avoir servi à accomplir l'attentat, et l'on constate, autant que possible, sur la place même où le cadavre aura été trouvé, et avant de le changer de position, le siège, la direction, l'étendue apparente des diverses lésions, afin d'éviter les changements que le transport ne peut manquer d'occasionner dans les rapports des parties et même des tissus lésés. Si, par exemple, la mort a été le résultat de la section de la partie antérieure du cou, il est essentiel de décrire avec les plus grands détails les parties intéressées, d'indiquer précisément si la direction de la plaie est exactement transversale, ou si elle remonte de l'un ou de l'autre côté, si les bords sont nets et sans hachures, ou au contraire tailladés, et, dans ce dernier cas, combien d'entailles, de hachures, ils présentent. C'est à l'aide de ces remarques que l'on arrive à savoir s'il y a eu homicide, quel a dû être l'instrument du crime, dans quel sens il a été dirigé, combien de coups ont été portés, etc.

On aura toujours soin d'énoncer, mais d'une manière dubitative, si les lésions observées paraissent produites par un instrument piquant, tranchant ou contondant; et, dans ce dernier cas surtout, quelle paraît être la forme de l'instrument meurtrier. On dira s'il existe quelques traces d'une lutte plus ou moins opiniâtre. Il peut arriver, par exemple, que dans le voisinage se trouvent des objets renversés ou en désordre, que le sol ait été foulé en diverses places, que l'on trouve en divers endroits du sang, des cheveux ou des lambeaux de vêtements arrachés. On devra aussi examiner la figure, la physionomie du cadavre; car, selon l'observation judicieuse de M. Devergie, la figure d'un individu qui succombe à une mort violente conserve presque toujours l'expression des sensations qu'il a éprouvées dans les derniers instants de son existence.

Le cadavre ayant été ensuite transporté, s'il est besoin, dans un lieu plus convenable, avec les précautions indiquées précédemment (page 42), on procède d'abord à un examen plus approfondi de toutes les lésions dont l'existence a déjà été signalée. On décrit, jusque dans les moindres détails, les excoriations, les plaies, les ecchymoses. On fait aussi mention des lividités cadavériques; et, comme les assistants sont ordinairement disposés à les prendre pour des indices de violences exercées sur l'individu, il est important de prévenir ou d'arrêter des propos mal fondés, en coupant à l'endroit de ces lividités une lame mince des téguments, et en démontrant qu'il n'y a pas de sang épanché ni infiltré,

mais une simple stase du sang dans les vaisseaux capillaires. On recherche ensuite s'il n'y a pas aux membres de fractures, de luxations, de lésions vasculaires; si les oreilles, le nez, la bouche, ne contiennent pas de corps étrangers; si le cou ne présente ni excoriations ni ecchymoses.

Si le cadavre est du sexe féminin, on indique le volume des seins, on presse le mamelon pour voir s'il n'en découle point du lait ou un fluide laiteux; on observe la forme, le volume, la tension ou la souplesse, et le degré de flaccidité de l'abdomen, ses rides et ses vergetures (s'il en existe); on recherche s'il y a quelque apparence d'accouchement plus ou moins récent ou ancien.

Quel que soit le sexe, l'examen des organes génitaux et de l'anus ne doit pas être négligé. Peut-être a-t-il existé entre le meurtrier et sa victime des rapports contre nature, et l'examen de l'anus peut déceler ces rapports et mettre sur les traces du coupable, comme M. Biessy en a rapporté un exemple. D'autres fois des symptômes de maladie vénérienne trouvés sur ces organes peuvent éclairer la justice, ou bien encore il peut arriver qu'un examen attentif de la vulve fasse reconnaître des blessures d'abord inaperçues et quelquefois mortelles (voy. page 516).

Un fait rapporté par M. Devergie prouve combien il est important que les experts fassent avec la plus grande attention l'examen des ouvertures naturelles. Un jeune homme s'était suicidé d'un coup de pistolet; il avait placé le bout du canon dans sa bouche; la balle était restée dans le crâne, et, le pistolet ayant été sans doute repoussé par l'explosion, les mâchoires s'étaient rapprochées dans leur position naturelle. Au dehors, aucune trace ni de la poudre ni du projectile: les dents étaient blanches, les lèvres intactes, la physionomie calme. Il fallait écarter fortement les mâchoires pour voir la blessure qui avait causé la mort; et peut-être, comme le remarque M. Devergie, si ce cadavre avait été trouvé sur la voie publique sans qu'on eût aucun indice sur le fait du suicide, le médecin appelé à constater le genre de mort n'eût-il pas songé à rechercher ainsi dans la bouche une blessure que rien n'indiquait extérieurement.

Les experts procèdent ensuite à l'examen des organes internes, en commençant par celle des cavités splanchniques sur laquelle les lésions appellent plus particulièrement leur attention. Ainsi, lorsqu'il existe une forte contusion, une plaie ou une fracture au crâne, c'est sur cette partie qu'ils portent d'abord leurs investigations. S'il y a une plaie à la région cervicale antérieure ou quelque apparence de strangulation, c'est par l'examen du cou et des organes thoraciques qu'ils commencent l'autopsie. C'est par l'examen des voies digestives, s'ils soupçonnent un empoisonnement. Mais jamais ils ne doivent porter le scalpel sur une partie quelconque ou déplacer un organe avant de l'avoir complètement visité: ainsi, dans le cas de suspicion d'empoisonnement, avant de déplacer le pharynx et l'œsophage, il faut constater si le cou et le thorax ne présentent aucune lésion superficielle ou profonde, et dans quel état sont les viscères thoraciques.

Existe-t-il un coup, une plaie ou une fracture au crâne, l'expert décrit d'abord tous les caractères que présentent la plaie ou la contusion; puis, s'il y a quelque indice de fracture, il fait aux téguments deux incisions en croix, une de la bosse nasale à la protubérance occipitale, l'autre de l'une à l'autre oreille, de manière que ces incisions se rencontrent sur le vertex, en ayant soin toutefois de les diriger de manière à passer à quelque distance du siège de la lésion. Il renverse ensuite, en les disséquant, les quatre lambeaux, et constate s'il n'existe pas une infiltration ou un épanchement dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou si le péri-crâne n'est pas dans quelques points détaché de la surface des os. La voûte osseuse étant ainsi mise à découvert, il décrit les fractures qui peuvent exister, en indiquant le nombre, la largeur et la direction des moindres fêlures. Lorsqu'il



y a quelque doute si une trace linéaire est ou non une fêlure, M. Devergie conseille de l'enduire d'un liquide coloré (d'encre par exemple), et d'essuyer ensuite avec soin la partie soumise à cette épreuve : s'il n'y a pas fêlure, toute la matière colorante sera enlevée par le frottement; si, au contraire, il y a effectivement fêlure, le liquide coloré aura pénétré dans l'interstice, il ne s'enlèvera pas par le frottement, et dessinera, pour ainsi dire, tout le trajet de la lésion.

Après cet examen extérieur, on ouvre le crâne, et nous indiquerons plus bas le procédé communément suivi pour cette opération; mais il est évident que chaque cas particulier exige qu'il soit fait à ce procédé quelques modifications particulières pour ménager les os qui seraient le siège de blessures.

On examine l'état de la surface interne des os, et l'on constate si la dure-mère en est détachée dans les points correspondant aux lésions externes; s'il se trouve du sang épanché entre elle et l'os, ou si son décollement paraît être l'effet de la commotion; si les vaisseaux sont injectés; si elle présente les traces d'une inflammation plus ou moins vive et plus ou moins étendue. Examinant ensuite la masse encéphalique, on décrit avec soin les ecchymoses, les infiltrations sanguines, les épanchements qu'elle peut présenter.

Hors le cas de blessures au crâne, et lorsqu'on n'a pas de motif particulier pour diriger ses recherches sur telle cavité plutôt que sur telle autre, on commence ordinairement par faire sur le milieu de la lèvre inférieure une incision que l'on prolonge jusqu'à la partie inférieure du cou; on scie dans sa partie moyenne l'os maxillaire mis à nu, et l'on détache les branches de cet os des parties charnues qui empêcheraient de les renverser à droite et à gauche, pour découvrir le larynx, la trachée-artère, l'œsophage et les gros vaisseaux.

On pratique, à la partie antérieure inférieure du cou, une autre section transversale à la première, et aboutissant à la partie moyenne de chaque clavicule. A partir de ces deux derniers points (la partie moyenne de chaque clavicule), on fait aux téguments du thorax une incision qui passe sur le tiers antérieur des côtes, et qui finit sur le côté de l'abdomen; on coupe par un trait de scie, de chaque côté, la clavicule et les côtes, et l'on renverse de haut en bas le sternum, en ayant soin de détacher peu à peu le tissu cellulaire sous-jacent, sans ouvrir les veines sous-clavières. Le cœur et les poumons étant ainsi mis à nu, on constate leur état en commençant par le cœur et les gros vaisseaux.

On coupe ensuite le diaphragme à son insertion à la partie antérieure de la poitrine; on prolonge jusqu'au pubis les incisions longitudinales arrêtées d'abord à la base du thorax, et l'on renverse jusque sur les organes génitaux le long segment formé par le sternum et la paroi antérieure de l'abdomen. Tous les viscères se trouvent alors à découvert, et on les examine successivement, en soulevant à mesure les plus superficiels pour voir les plus profonds. On constate l'état du péritoine et du grand épiploon; on relève le bord central du foie pour examiner sa face concave, la vésicule, les canaux biliaires, les vaisseaux et une partie de la surface externe de l'estomac. Déprimant ensuite ce dernier viscère avec la main, on le range à droite pour découvrir la rate, on soulève et l'on incise l'épiploon gastro-colique pour explorer le pancréas et la face postérieure de l'estomac; puis on le renverse de bas en haut pour examiner le canal intestinal et le mésentère. On ouvre ensuite l'estomac pour reconnaître l'état de la surface interne, qu'il importe de décrire avec le plus grand soin (1), et l'on prolonge

(1) Voyez plus loin, au chapitre où nous traiterons de l'autopsie des individus empoisonnés, les divers états pathologiques que peut présenter la membrane muqueuse gastro-intestinale.

l'incision dans toute l'étendue du canal digestif; enfin on examine successivement les reins, la vessie et les organes génitaux internes.

Pour ouvrir le crâne, on fait aux téguments deux incisions en croix, l'une d'avant en arrière et l'autre de droite à gauche, se rencontrant sur le vertex; on dissèque les quatre lambeaux de manière à mettre à découvert toute la voûte osseuse; on trace avec la pointe d'un couteau une ligne qui, du milieu de l'os frontal, un peu au-dessus des bosses sourcilières, se prolonge circulairement, en passant sur l'occipital un peu au-dessous de la protubérance; on scie ensuite les os dans la direction de cette ligne, qui sert en quelque sorte de conducteur, en ayant soin que la scie ne pénètre pas trop profondément et ne blesse pas les méninges. S'il reste quelques portions d'os qui n'aient été atteintes par la scie que dans une partie de leur épaisseur, on les détruit en plaçant dans la rainure un coin ou une lame de couteau, sur laquelle on frappe légèrement; mais il faut, en général, s'abstenir de briser le crâne avec un marteau, qui donne à la masse encéphalique de trop fortes secousses, et qui produit d'ailleurs des esquilles par lesquelles les membranes ou la substance cérébrale elle-même peuvent être lésées.

Après avoir examiné l'état des méninges, on incise la dure-mère de chaque côté de sa grande faux, pour voir d'abord la face supérieure du cerveau; puis on coupe la faux elle-même près de son insertion à l'apophyse crista-galli, et on la renverse en arrière. On peut alors explorer le cerveau sans le déplacer; mais le plus souvent on l'enlève avec le cervelet. Dans ce dernier cas, on renverse avec précaution cet organe en arrière, en coupant successivement tous les nerfs à leur origine; on enfonce un bistouri dans la partie supérieure du canal rachidien, on coupe la moelle épinière, et l'on retire du crâne toute la masse encéphalique, qu'on examine couche par couche, en tenant compte et du sang et de la sérosité qui se sont écoulés dans le cours de l'opération que nous venons de décrire, et en notant avec soin le siège et la nature des lésions, la quantité et la nature des épanchements que l'on a pu rencontrer.

Pour prolonger ensuite l'exploration jusque dans le canal rachidien, on enlève les faisceaux musculaires qui remplissent les gouttières vertébrales et l'on met à nu les lames des vertèbres, que l'on détache ensuite de chaque côté par un trait de scie.

L'expert doit se pénétrer de cette idée que l'autopsie judiciaire diffère de l'autopsie pathologique. La première doit toujours porter sur tous les organes, car des objections pourraient être plus tard élevées par suite de l'oubli de l'examen d'un des viscères. Dans l'autopsie pathologique, le médecin connaît, en général, la cause de la mort, et ses recherches, en conséquence, peuvent être limitées aux seules parties qui l'intéressent spécialement; il a, en outre, la liberté d'enlever les organes pour les étudier. Dans l'autopsie judiciaire, l'examen des organes doit, autant que possible, être pratiqué sur place, et s'il est nécessaire de les enlever, il ne faut le faire qu'après avoir exactement décrit leur situation et leur aspect.

Il est sans doute superflu d'ajouter que l'ordre et les procédés que nous venons d'indiquer doivent très-souvent être modifiés suivant le genre de mort, et, dans le cas de suicide ou d'homicide, selon le siège et la direction des blessures. Nous exposerons dans les chapitres suivants les précautions particulières qu'exigent les autopsies, lorsqu'il y a eu strangulation, submersion ou empoisonnement; nous nous bornerons ici à quelques préceptes généraux sur la dissection des blessures.

*De la dissection des blessures.* — Pour qu'une blessure puisse être bien



appréciée, il faut d'abord décrire minutieusement son siège, ses dimensions, sa direction par rapport à l'axe du corps, sa profondeur, l'écartement de ses lèvres, leur netteté ou leur irrégularité, leur degré de tuméfaction ou d'engorgement. On circonscrit ensuite le siège de la blessure, au moyen d'une incision pratiquée à 5 ou 6 centimètres de distance; on dissèque la peau dans toute la circonférence, en se rapprochant peu à peu de la plaie. Si celle-ci est plus profonde, on détache les muscles superficiels, en procédant toujours de la circonférence au centre; on les coupe à peu de distance de la plaie, et l'on met ainsi à découvert les vaisseaux profonds que l'on isole pour constater quels sont ceux qui ont été lésés. — Si la blessure a pénétré dans une des cavités splanchniques, on arrive ainsi jusqu'aux parois de la cavité que l'on a soin de n'ouvrir également qu'à une certaine distance de la blessure, pour conserver les rapports des parties entre elles, et mieux apprécier le trajet du corps vulnérant et les désordres intérieurs qu'il a produits.

Les sondes, les stylets, dont l'usage peut être nécessaire pour explorer une plaie sur un blessé, sont presque toujours inutiles dans une autopsie cadavérique: leur introduction peut produire des déchirures, des lésions, que l'on ne pourrait peut-être plus distinguer ensuite de celles résultant de la blessure elle-même.

*Précautions à prendre lorsque l'autopsie est terminée.* — Dès que leur opération est terminée, les experts doivent remettre, autant que possible, toutes parties dans leur situation naturelle, fermer par quelques points de suture les incisions qu'ils ont faites aux parois des grandes cavités, laver et essuyer le cadavre, et l'envelopper dans un drap qu'ils cousent, et sur lequel est apposé le sceau de l'autorité judiciaire, afin d'avoir la certitude qu'il ne sera fait au corps du délit aucun changement, aucune altération. Dans cet état, le cadavre est déposé dans un cercueil et confié à la garde de l'autorité.

*Est-il toujours indispensable d'ouvrir les trois cavités splanchniques?* — Nous venons de voir (page 533) un exemple remarquable de la nécessité d'explorer avec le plus grand soin toutes les cavités, toutes les ouvertures, tous les organes, ceux même qui ne présentent, au premier coup d'œil, aucun indice de lésion. Mais, lors même que l'expert a trouvé dans une des cavités splanchniques une cause suffisante de mort, il ne doit jamais, sous quelque prétexte que ce soit, s'en tenir à cette première découverte; peut-être l'examen de la seconde ou de la troisième cavité lui fournira-t-il des preuves plus concluantes, ou fera-t-il naître des doutes utiles. Mais surtout, si par oubli ou par négligence l'expert a omis d'ouvrir une cavité, il doit bien se garder de relater dans son rapport l'état des viscères qu'elle renferme, lors même que l'inspection des autres cavités et les circonstances de la mort pourraient faire conjecturer avec une sorte de certitude quel doit être cet état. Car, d'une part, des assertions fondées sur de simples présomptions peuvent être erronées et avoir les suites les plus funestes pour l'accusé; et, d'une autre part, elles peuvent tourner à la confusion du médecin ou du chirurgien.

En 1816, les sieurs D... et J..., officiers de santé, sont appelés pour faire l'examen juridique du cadavre de N..., meunier dans la commune de P..., lequel avait été trouvé *debout, la figure appuyée contre la pente très-douce de la chaussée de son étang, les pieds enfoncés de six pouces dans la vase, les bras étendus, le chapeau sur la tête, et seulement recouvert de deux ou trois pouces d'eau (sic)*. Ces experts omettent d'ouvrir le crâne et rapportent néanmoins qu'ils ont trouvé le cerveau engorgé. Ce cadavre n'offrant aucune trace de violence extérieure, il était naturel de conclure que la submersion avait eu lieu par accident; mais la clameur publique, qui ne cherche que des coupables, dirige des

souçons sur le sieur H..., voisin et ami du défunt. Une contre-visite est ordonnée, et il est constaté que l'ouverture du crâne n'a pas été faite. Les premiers experts sont traduits devant la Cour d'assises du département d'Ille-et-Vilaine, accusés *d'avoir constaté comme vrai un fait faux, dans un procès-verbal qu'ils rédigeaient en qualité d'officiers publics, parce qu'ils avaient déclaré qu'ouverture faite du cadavre dont ils étaient chargés de constater l'état et les causes de mort, ils avaient donné une attention particulière aux viscères et organes de la tête, ainsi qu'au cerveau, qu'ils avaient trouvé engorgé (extrait de l'acte d'accusation)*. Ils furent acquittés, il est vrai; il était d'ailleurs douteux que des experts pussent être considérés comme des officiers publics et atteints par l'art. 146 du Code pénal: le sieur H... lui-même fut reconnu innocent; mais une longue détention et une procédure dispendieuse furent le résultat de l'oubli du principe le plus simple de la médecine judiciaire.

On doit procéder à cet examen des organes intérieurs lors même que le cadavre est trouvé mutilé et dépecé; car cette mutilation n'est peut-être qu'une des circonstances accessoires du crime; peut-être n'a-t-elle eu lieu que pour donner le change sur le véritable genre de mort. C'est ainsi qu'en 1832, une tête ayant été trouvée dans la Seine au pont de la Tournelle (à Paris), un tronc dans l'égout de la rue de la Huchette, et deux jambes aussi dans la Seine près du pont Neuf, et toutes ces portions de corps ayant été reconnues être le cadavre d'un nommé Ramus, la mort semblait le résultat d'un *assassinat*; mais (quoique sept jours se fussent écoulés entre le jour où le crime avait été commis et celui où eut lieu l'autopsie), l'analyse chimique des matières liquides contenues dans l'estomac constata que l'acide cyanhydrique avait été mêlé à l'eau-de-vie que Régey avait fait boire à sa victime, et Régey fut condamné comme coupable *d'empoisonnement suivi d'assassinat*.

#### § II. — Lésions spontanées qui peuvent déterminer subitement la mort, et faire croire, dans certains cas, à une mort violente.

On voit journellement des individus jouissant de toutes les apparences d'une santé parfaite, être frappés de mort subite sur la voie publique, ou au milieu de leur famille, dans des circonstances qui excluent toute pensée de violence: la plupart du temps on les déclare *morts d'apoplexie*, comme si l'apoplexie pouvait seule mettre fin instantanément à la vie sans maladie et sans souffrance; tandis que la mort instantanée est le plus souvent l'effet de quelque affection interne, jusque-là méconnue, d'un organe essentiel à la vie; qu'un pareil événement survienne loin de tout témoin, c'est encore à l'apoplexie que l'homme de l'art et l'autorité civile appelés à la levée du corps imputent d'ordinaire le décès, sans en rechercher suffisamment la véritable cause.

M. Devergie a, le premier, appelé l'attention sur ces morts subites: il a constaté que souvent ce n'est pas du cerveau que part le coup mortel, et adoptant la distinction établie par Bichat, dans les *Recherches sur la vie et la mort*, il admet que les morts subites par le cerveau seul sont rares, que celles par le cœur seul sont plus rares encore, que celles par lésion des poumons seuls sont les plus communes de toutes.

I. La mort subite par le *cerveau* peut être le résultat soit d'un afflux rapide du sang dans les vaisseaux de l'encéphale, soit d'un brusque épanchement de sang dans le parenchyme de ce viscère: la première de ces lésions s'appelle la congestion cérébrale, elle est rare au point de vue de la mort; — la seconde,



infiniment plus commune à ce point de vue, est l'hémorrhagie cérébrale ou, comme on dit vulgairement, l'apoplexie.

Comme il s'agit ici d'un accident frappant de mort inopinément un sujet au milieu de la santé apparente, il va de soi que nous éliminerons ces congestions passives dues à un obstacle de la circulation en retour, accident d'une durée plus ou moins longue et qui a sa raison dans un état morbide du poumon et du cœur.

La congestion active simple est un phénomène très-commun : une frayeur, une inquiétude même, en un mot une émotion morale quelconque la provoque; elle se trahit par cette vive rougeur de la face que l'on connaît. Chez l'homme bien portant, c'est une poussée toute passagère; chez le vieillard et chez l'individu affaibli par les maladies, cette poussée peut suffire à arrêter brusquement les fonctions cérébrales et à causer la mort par syncope. On trouve à l'autopsie des arborisations vasculaires siégeant soit dans le cerveau, soit dans ses enveloppes; les ventricules contiennent souvent de la sérosité, et les sinus sont plus ou moins distendus, mais le tissu encéphalique n'est jamais le siège d'un épanchement. Ce sont là des lésions tellement exceptionnelles comme causes de mort, que quand l'expert les rencontre, il ne s'en contente qu'après avoir vainement cherché ailleurs une cause plus probable.

À côté de la congestion cérébrale nous devons signaler l'anémie cérébrale qui, poussée à l'extrême, peut être, dans certaines circonstances, une cause efficiente de décès. Dans la convalescence d'une longue maladie, un individu se levant pour la première fois peut être pris de vertiges et mourir subitement. Ce qu'on trouve à l'autopsie n'est guère plus caractéristique que dans les cas de congestion : les troubles fonctionnels de la circulation laissent peu de traces, et nous devons avouer que, dans l'état actuel de la science, les observateurs ne s'entendent pas encore bien sur la réalité des causes que l'on rapporte soit à la congestion, soit à l'anémie de l'organe nerveux central.

Un accident autrement facile à reconnaître, c'est l'hémorrhagie cérébrale, ou l'apoplexie. Tandis que la congestion, cause de mort, porte toujours sur les deux hémisphères à la fois, l'hémorrhagie est toujours localisée en un seul hémisphère, et quand la mort n'est pas littéralement instantanée, on peut diagnostiquer l'accident par la paralysie des membres et de la face par exemple. La cause occasionnelle est le plus souvent une congestion cérébrale, mais la cause efficiente réside dans un état pathologique antérieur des vaisseaux. C'est aux belles recherches de MM. Charcot et Bouchard que nous devons de savoir que l'hémorrhagie cérébrale se fait toujours par la rupture de petites dilatations qui déforment les petits vaisseaux, dilatations connues aujourd'hui sous le nom d'*anévrismes milliaires*. Ces foyers d'apoplexie siègent dans la substance cérébrale, et particulièrement dans les couches optiques et les corps striés; ils siègent également dans les méninges : dans tous les cas, la substance du cerveau est constamment dissociée. L'étendue des hémorrhagies et leur siège sont à considérer quand on cherche la cause du décès. Les vieillards ont souvent de petites hémorrhagies qui n'entraînent pas la mort et qui sont considérées comme de simples *attaques*, comme on dit. Une hémorrhagie étendue, ou une hémorrhagie peu étendue, mais siégeant au voisinage du bulbe rachidien, explique seule la mort dans les cas de décès subit soumis à l'appréciation du médecin-légiste.

II. La mort subite par les *poumons* peut être l'effet d'une congestion sanguine instantanée, d'abord dans le système capillaire, puis dans les gros vaisseaux. De là une multitude d'arborisations capillaires dessinées sur la surface violacée ou ardoisée de ces organes, se prolongeant sur la surface muqueuse des ramifica-

tions bronchiques et de la trachée. De là aussi la couleur rouge que présente le parenchyme pulmonaire lorsqu'on l'incise, couleur d'autant plus foncée que l'on prolonge l'incision vers la partie la plus profonde et la plus déclive; de là l'écoulement plus abondant d'un sang noir et épais, à mesure qu'on divise des vaisseaux plus profondément situés. Cette coloration et cet état de plénitude des vaisseaux sont les deux caractères essentiels de la *congestion pulmonaire*, accident qui arrive quelquefois avec une telle rapidité, que les individus qui en sont frappés tombent brusquement, et que les contusions et les excoriations résultant de leur chute peuvent faire croire qu'ils ont été victimes de quelque violence.

Par suite de cet arrêt de la circulation dans les poumons, l'artère pulmonaire, les cavités droites du cœur et les veines caves sont gorgés d'un sang noir et liquide, tandis que les veines pulmonaires, les cavités gauches et l'aorte sont vides ou ne contiennent qu'une petite quantité d'un sang épais. — La circulation s'est également arrêtée dans le système capillaire des autres organes. Si le siège primitif de la congestion s'est borné aux poumons, les membranes et la substance du cerveau ne présentent que de faibles traces d'injection; mais si, comme cela arrive fréquemment, elle s'est opérée dans les poumons et au cerveau, les vaisseaux de ce dernier organe sont gorgés de sang, et sa surface présente une sorte de pointillé correspondant aux extrémités des vaisseaux capillaires injectés.

Une cause assez fréquente de mort subite, surtout chez les sujets jeunes et sanguins, c'est l'*apoplexie pulmonaire*, bien étudiée depuis quelques années et que l'on a sans doute méconnue dans un grand nombre de cas relatés sous la rubrique de congestion pulmonaire. L'apoplexie pulmonaire s'accompagne d'ailleurs de tout l'appareil congestif que nous venons de décrire.

Un *emphysème* produit par l'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire interposé entre les vésicules et entre les lobes du poumon peut être aussi une cause de mort subite, en faisant instantanément obstacle à la respiration. Lors de l'autopsie, on trouve les poumons plus volumineux que dans l'état normal, et ils ne s'affaissent pas lors de l'ouverture du thorax. Souvent leur surface présente des bosselures ou des plaques demi-transparentes produites par le tissu cellulaire que l'air a distendu, et, comprimés entre les doigts, ils donnent une crépitation bien différente de celle d'un poumon sain. « Quand, en l'absence de toute autre lésion organique de nature à rendre compte de la mort, on trouve ainsi chez un individu mort subitement un emphysème pulmonaire très-développé, il faut prendre en grande considération l'état du sang; s'il est noirâtre, liquide et comme huileux, c'est un grand motif pour croire que la mort est due à l'apoplexie produite par l'emphysème. »

III. Lorsque la mort subite résulte d'une lésion du *cœur*, elle a son siège dans les cavités droites ou dans les cavités gauches, ou bien l'action totale de cet organe a été subitement suspendue. La mort subite par le cœur droit, en dehors de toute action traumatique, est extrêmement rare; et ce n'est pas à cette idée exceptionnelle que doit s'arrêter l'esprit de l'expert. La mort par le cœur gauche et par l'aorte est infiniment plus fréquente : les anévrysmes propres du cœur, dont M. Pelvet a fait récemment une étude intéressante (thèses de Paris, 1867), et les anévrysmes aortiques, infiniment plus fréquents, amènent par leur rupture une cessation immédiate de la vie. Mais il arrive aussi, dit M. Devergie, que la mort a lieu par la totalité du cœur, sans déchirure : la circulation cesse tout à coup et partout à la fois; rien n'est changé dans l'état anatomique relatif des divers organes, chacun d'eux reste avec la quantité de sang qu'il doit naturellement contenir. Mais la dilatation des cavités et la dégénérescence graisseuse des