

急死的法医学鑑定

人民衛生出版社

急死的法医学鑑定

M. H. 卡西揚諾夫 著

王 維 民
梁 希 增 譯
韓 永 業
王 德 深 校

人 民 衛 生 出 版 社

一 九 五 九 年 · 北 京

內 容 提 要

本书共分三部分。第一部分是緒論,討論“急死”的定义、各种能引起急死的疾病和急死的案情,可說是急死的法医学鉴定的总論部分。第二部分是急死的病理解剖学,是本书的主体。这里按照病理剖驗的順序,分部地描述急死时可能見到的肉眼和显微镜下的病变,并分析它們和急死的关系。此外,专辟了兩节,分述病理解剖学診斷和法医鉴定結論的編写的方法和意义。第三部分是附录,記載了人体正常器官的体重和重量表,以及刊登了苏联保健部制定的“关于剖驗傳染病死者时取材作細菌学檢查須知”。

本书对象是法医人員、病理解剖学工作者、临床医师和医学生;在我国法医学刚开始发展的今天,想必有不小的参考价值。

М. И. КАСЬЯНОВ

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В СЛУЧАЯХ СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ

МЕДГИЗ—1956

急死的法医学鑑定

开本: 850×1168/32

印張: $4\frac{7}{16}$

字數: 115 千字

王維民 梁希增 韓永業 譯

人 民 衛 生 出 版 社 出 版

(北京審判出版業營業許可證出字第〇四六号)

• 北京崇文區祿子胡同三十六号 •

北京市印刷一厂印刷

新华書店科技發行所發行·各地新华書店經售

統一書號: 14048·1666

定 价 (連郵費): 56元

1959年10月第 1 版 - 第 1 次印刷

(北京版) 印 友: 4-1000

序

М. И. 卡西揚諾夫著的“急死的法医学鉴定”一书是为經常做法医剖驗的法医鉴定人、病理解剖学工作者和临床医师們編写的。书中所援引的剖驗資料都是从因各种疾病而急死者的尸体剖驗中搜集到的，而这些資料对于临床医师和病理解剖学工作者來說，都是不够熟悉的。急剧发病和突然死亡者，往往都未能来得及請医生救治。这种死者的病理形态学改变常常是特殊的，而且通常不很明显。所以正确地鉴别所发现的改变有时会遇到很大的困难。

М. И. 卡西揚諾夫在研究并綜合了大量材料的基础上編写了这本实用参考书。它帮助鉴定人認識正确地判断所遇到的疾病类型和病理形态学的改变。

这本参考书毫无疑问是有它的实用价值的。М. И. 卡西揚諾夫写的这本书弥补了法医文献中的重要空白点。法医鉴定人員将会滿意地讀到这本书。

М. Авдеев 教授

1955 年 11 月于莫斯科

(韓永业譯)

作者的 話

本书是为不具备法医学和病理解剖学知識，然而由于工作需要又不得不对急死者尸体进行法医剖驗的医师們編写的。借助本书不仅能易于分析在实际工作中所获得的临床和形态学的材料，而且也能帮助对每一个剖驗例作出病理解剖学的診斷和結論。

根据上述目的，本书是以下列兩個基本原則为基础而編写成的。即：(1)为了便于应用本书和在剖驗时便于查考，所有章节都是按解剖部位(头部、胸部、腹部)排列的；(2)书中所列举和分析的病例主要都是既无自觉症状，又无明显的临床症候，而有时却能突然引起急死的一些疾病。所以书中特別注重能引起心脏血管系統的疾病，因为心脏血管系統疾病所引起的急死約占有所有急死病例的90%以上。

书中所列举的各种疾病的病理过程的叙述，均尽量从簡。

由于异常妊娠引起的急死一章是由 A. A. Наумова 編写的。

作者将怀着感激的心情接受对本书的任何批評性意見。

(韓永业譯)

目 錄

序	1
作者的話	2
緒論	1
“急死”的定义	1
引起急死的疾病类型	3
急死的案情	6
急死的病理解剖学	11
外表檢查	13
头部和頸部	15
胸腔器官	37
腹腔器官	103
生殖器官	112
病理解剖学診斷书的編写	119
法医鉴定結論的編写	127
附录	132

緒 論

“急死”的定义

剖驗所謂急死者的尸体，在法医鉴定人所有檢驗工作中約占二分之一。

近百年来，关于急死的定义学者們已接近于取得一致的意见。例如，Я. А. Чистович 于 1856 年下了这样的定义：“按照法律和与其相适应的邏輯来看，只有这样的人，即生前看来完全健康，但由于意外的原因而突然死亡的人，方被認為是急死；然而在实际的审判中，对于那些死亡原因也可能很明显，但未經有法律权力的人証实，照例也認為是急死。”在 А. С. Игнатовский 著的法医教科书(1910年)中給急死下的定义是：“我們把这样的死亡，即生前死者本人和周圍的人都未能查觉机体有何变化，而迅速地，几乎是在刹那间死亡者称为急死。”目前仍沿用着这样的定义。

一切的突然死亡皆符合于这一定义，因为这个定义中并未指出說，急死是由疾病所引起的死亡。迄至目前，外国文献对于急死和突然死亡仍然是这样解釋的。例如，Aschoff 将酒精中毒、一氧化碳中毒和由于异物誤入上呼吸道所引起的窒息皆列入这一范畴內。

許多定义中都強調急死并非是暴力死。例如，Д. А. Лозинский (1939 年)指出，作为急死的基础的是一些一般的疾病(但不是外伤，也不是中毒等)，不过这些疾病經過不甚明显，常給人一种印象，似乎患者一向是健康的；而急死便是这类似乎健康的人的慢性或急性疾病的突然意外发作的結果。

М. И. Авдеев (1953 年)主張把在一般人看来常常似乎完全健康而竟出于他人意料之外地突然死亡的人，称为急死。在許多其他現代的法医学教科书中亦能看到类似的定义。

病理解剖学教科书內关于急死的定义中，也曾提及似乎完全

健康的人而发生意外死亡的因素。“把那些似乎完全健康的或并非重病，或丝毫不危及生命的疾病的人的突然死亡称为急死。急死最常见的原因是脑或心脏的功能停止；这是由于此两器官的血液循环的突然障碍（动脉破裂、痉挛或受堵塞）或急性大失血所引起的”^①。

但 Я. А. Чистович 的定义中还将其他类型的死亡，即将其死亡原因“未经有法律权力的人证实”的死亡者也列入急死的范畴内。除了急死、迅速而突然死亡的病例外，那些未经医师证实死亡原因的尸体，也都经常送来做法医剖验。这多半是死于医院外的慢性病患者或老年人。

在入院后一昼夜内死亡的尸体也常做法医剖验。因为在这种情况下，有时主治医师由于未完成对病人的全面的临床检查而未能作出造成死亡原因的疾病诊断。

由此可见，急死和突然死亡是指由于潜伏发展着的症状不显或不很明显的疾病所引起的死亡。有时患者本人不能察觉的症状经过医师仔细的检查本来是可以发现的，因而危及生命的疾病便可以得到诊断；但是由于患者自己的疏忽，没有取得及时的医疗帮助。有时由于患者具有忍耐的性格，虽然发觉自己有某些疾病的自觉症状，但他既不对周围的人讲，也不求医诊治，或者为了不烦扰亲友而隐瞒自己的疾病。有时也有即使经过仔细的医学检查也不能发现疾病征象的情况。因此，临床医师必须熟悉许多能引起急死的疾病的无症状的发展经过。例如，冠状动脉粥样硬化可能迁延很久而完全不出现症状。

在送来做法医剖验的急死者的尸体中，可能遇到由于暴力致死的尸体。在所有这种情况下，都必须确定剖验的重点及剖验的方法。在剖验时和剖验以后均须作补充检验，因后者能帮助确定是否是暴力死抑或是非暴力死。对各个具体的病例，只有在全面的检验尸体后，或有时还须在获得辅助检验的结果以后，才有可能确定死亡非因暴力所致，而是急死。（韩永业译）

^① А. И. Абрикосов, А. И. Струков, 病理解剖学，上卷，第22页，Медгиз，1953年版。

引起急死的疾病类型

能引起急死的疾病是很多的。但是，高血压病和动脉粥样硬化，或兼有动脉粥样硬化的高血压病实际上是35~40岁以上年龄的人们急死的最主要原因。在乳幼儿，呼吸器官疾病，例如，支气管肺炎和细支气管炎，则有着很大的意义。在家里发生的死亡中，许多是因为死者生前患有各种疾病，其中也包括慢性疾病（结核病、白血组织增生、恶性肿瘤）所致。在这种情况下，法医鉴定人常常只限于确定不是暴力死及确定疾病死亡的原因。有时在这里把威信扫地的所谓“病变心脏的麻痹”作为急死的原因。

关于心脏麻痹，在法医文献中曾有許多記載。例如，在A. И. Кедров 的著作中(1926年)根据第一和第二国立莫斯科大学的資料，曾指出，成年人死于“病变心脏的麻痹”者占所剖驗急死尸体的79%。目前有时还可看到这样的诊断，但这是不得已的作法。T. A. Кочеткова 指出，“心脏麻痹”的诊断在剖驗上占全部心血管系統疾病的3.9%。在这种病例中，看不到任何形态学上的改变，或只发现冠状动脉有輕微的动脉粥样硬化改变。取心脏和其他內脏器官作組織学檢查时，不能发现任何病变，而作法医化学檢驗时也不能驗出任何毒物。这类为数不多的病例只能归结为檢查不細致或現有的檢查方法不完备。

突然死亡的机制可能是各种各样的。它最常发生在冠状动脉有明显的形态学改变(冠状动脉硬化、伴有冠状动脉口狭窄的梅毒性主动脉中膜炎)和其机能障碍(痙攣)，或发生于單純的冠状动脉机能障碍。由于这些障碍的結果，使心肌发生营养不良，从而引起了心跳的突然停止。心肌乏氧有时也可能是由于引起心脏的活动与其血液供应之間不相适应的其他原因发生的。在下列的情况下皆可能发生乏氧；例如，当大循环的动脉系統（其中包括冠状动脉血液量不足时主动脉口狭窄、二尖瓣狭窄、急性大失血、休克）和心脏的活动过度增强时(高血压病、主动脉瓣病、陣发性心搏过速和其他原因)，或当血液供氧能力不全时(貧血、一氧化碳中毒等)(B.

Е. Незлин)。

关于成为急死原因的疾病的統計資料,由于时期的不同,是有差异的,主要是取决于割驗的时期和該时期医学的发展情况。Т. А. Кочеткова(1950年)在对5154例急死病例的研究的基础上所写的学位論文是最近所有論文中最詳尽的一篇。作者利用了Склифосовский 研究所(莫斯科)从1933年至1948年的資料(見下表)。

Кочеткова 把动脉硬化和动脉粥样硬化,心肌、瓣膜疾患和血管的风湿性病变,心肌炎和各种病因的心肌硬化等都归在心脏血管系統疾病組中。由于心血管系統发生改变而致死的病例数量可能还要多些,因为作者把脑血管、頸外动脉、頸內动脉和肋間动脉的动脉瘤所引起的出血以及原因不明的脑出血和心脏畸形皆列入“其他”疾病項內。

疾 病	15~29 岁的患者				30~99 岁的患者				急 死 的 病 例 (%)
	男	女	總 計		男	女	總 計		
			總數	%			總數	%	
心臟血管系統疾病	68	52	120	68.18	3511	1218	4729	95.01	94.1
傳染病	15	10	25	14.21	91	46	137	2.75	3.15
中樞神經系統疾病	6	7	13	7.39	21	20	41	0.82	1.04
呼吸器官疾病	1	—	1	0.56	5	2	7	0.14	0.15
其他	10	7	17	9.66	22	42	64	1.28	1.56
共 計	100	76	176	100	3650	1328	4978	100	100

由上表可見,根据作者的統計材料,因心脏血管系統疾病引起的急死約占全部的病例94.1%。在19世紀末和20世紀初期,一些学者提出的由心脏血管系統疾病所引起的急死的数字稍少些。Л. Л. Плешков 在他自己的著作中曾报导过外国学者 (Lisser Heyberg Kleinberg) 的一些資料,証明由于心脏血管系統疾病致死的死亡率,从19世紀的38.1%增至20世紀的74.18%。根据軍事医学院的統計,由于心脏血管系統疾病致死的病例,在1855~1889年間占65.8%;在1900~1909年間占74.3%。据 Бучнев (列宁格勒医师进修学院) 1924~1925年的統計,由于心脏血管系

統疾病引起急死的病例占所有急死病例的72.8%。

Т. К. Кочеткова 把流行性感冒性肺炎、格魯布性肺炎、伴有脑肿胀的各种急性傳染病、肺炎球菌引起的出血性脑脑膜炎和一些由于肺出血而引起死亡的結核病皆列入傳染病組內。

在中樞神經系統疾病中,作者提出了癲癇和脑肿瘤。

在呼吸器官疾病方面,作者未把肺炎列入傳染病內,只是記述了支气管癌、肺癌和支气管扩张病时的出血。作者把胃潰瘍出血、甲状腺病、子癇、主动脉狭窄和先天性膈疝等病例均列入其他原因的急死項內。

在 Кочеткова 的著作中,只对15岁和15岁以上的急死者的观察进行了分析。М. И. Авдеев, И. С. Дергачев, С. Ф. Деметьева 及 И. Я. Серебрянский 等氏的著作都論述了儿童的急死或突然死亡。

因为剖驗資料有时可能是偵詢机关所拥有的唯一資料,所以法医鉴定人在沒有可能对比形态学改变与临床症状的情况下,有时容易过高估价和相信形态学的資料。但是,远在19世紀,俄国临床家們(Г. А. Захарьин, С. П. 包特金)就曾指出,各种病变过程的临床症状与病理解剖学改变不一定是平行一致的。机能障碍先于形态学改变发生,而后者总是較前者为晚。这种現象,特別表現在急死或突然死亡的病例。当肉眼檢查到的剖驗材料不足以确定診斷时,在一定程度上可作輔助的檢驗,特別是組織学檢查;后者对急死的判断上有时起着决定性的作用。

本书主要是将早就众所周知的急死病理解剖学的形态材料(肉眼和組織学的材料)分章作集中扼要的叙述。在許多苏联学者所編著的病理解剖学各論中(除 А. И. Абрикосов 的三卷著作外),通常都是按照疾病的病因分类叙述的。但是由于大多数的急死病例完全沒有临床資料,所以这种病因分类法对急死病例剖驗資料的分析是不适用的。确定引起死亡的病理过程的特征,在某些具体例子中,有时只有在剖驗结束后,或甚至在作补充檢驗之后才有可能。因此,我認为本书內容的編排上不应按病因,也不应按解剖生理系統,而必須按与剖驗順序一致的局部解剖部位来編写。

各章节的内容都是按一般病理形态学的特征（如按照人体体腔内容的存在及其性质，按照某些脏器的状态——脏器肥大或萎缩等）排列的。对于决定这些形态学改变的各种原因，本书内都有比较详细的叙述。这就是说，本书的内容是按下列原则排列的，即由局部解剖学到一般病理解剖学，而后到疾病分类学。

从查明每个具体病例的病理过程的相互联系和作出正确的剖验诊断的观点来看，我认为本书处理检验尸体的排列顺序是有它的优点的。

（王維民譯）

急死的案情

法医鉴定人在剖验由于疾病而急死的尸体时所遇到的困难，要比病理解剖学工作者做一般的病理剖验多得多。在绝大多数情况下，法医鉴定人是不能获得有关死者在死亡直前的任何材料（或只是获得一些极不充分的材料），也不能获得死前早期的情况，而常常仅能从死者的亲属或死者的同事们那里得到一些关于死者生前在某些时期的申诉的印象材料。有时虽有死者临死时的病志，但却无人知道其既往病史；或者相反地，所知道的仅属于既往病史，而没有死亡时的见证人。现代的学者们在研究法医剖验的资料时，都特别注意急死的条件和案情。此时经常可查明某些病例在死前不久曾发生过某种轻微的疾病（卡他性咽峡炎、上呼吸道卡他等）、身体疲劳过度、体温过高、饮用酒精及精神创伤等。

人在整个一生过程中，经常受着外界环境的影响。当研究这种或那种病理状态时，就可以或多或少地看出这种外界环境的影响。

因心脏机能障碍而发生的突然死亡，有时可能是由于轻微的外界因素刺激的结果。在这种情况下，心脏和其他脏器或组织内可能没有形态学上的改变或者改变极不明显。在机体的整个生活过程中，大脑皮层与心脏之间有着密切的联系，皮层所接受的冲动影响着心脏的活动。生理学家们曾指出，某些情感冲动可以引起

血液中激素和电解物质的水平的改变，而对心脏活动发生严重的影响。这种冲动对于在中樞或周圍神經系統及心脏本身有病理改变的机体，例如在高血压病时(Г. Ф. Ланг, А. Л. Мясников)，是特別危險的。

众所周知，菸碱对机体有所影响，因为它作用于中樞神經系統，能剧烈地增强垂体后叶的分泌，从而引起冠状血管狭窄(А. В. Лебединский)。很多人都知道，体力过度紧张及寒冷(咽峡炎急性发作多在寒冷的天气迎风疾走时)在咽峡炎的发作或其症状加重方面的意义。临床医师們指出各种外伤、傳染病及手术处置对冠状动脉血栓形成方面的作用。体育鍛煉如果进行得不适当就能引起血压升高；而当缺乏相应的鍛煉制度和充分的休息时，則升高的血压就会固定下来(Е. Н. Шлюс)。有一部分青年人的急死病例可能便是由于高血压状态进一步发展的結果。

患有下列变态反应性疾病，如“战争性肾炎”、結节性动脉周圍炎、血栓性靜脉炎等时，有时外界环境的影响起着决定性作用。因为这些疾病都可能是急死的原因，因此查明各种外界因素对机体的影响是十分重要的。所有的人都呈某种程度的敏感(經過消化道、皮肤、呼吸道)。內膜的屏障机能能使机体防止变态反应原进入血液內。但是內膜的渗透性增高时屏障机能便降低，从而引起了变态反应性疾病。引起渗透性增高的因素可能是各种各样的，如体温过低，特别是长期的体温过低，神經精神的作用，內分泌的紊乱，酒精及菸碱的作用等(М. А. Скворцов)。

当大脑皮层处于病理状态时，机体对各种普通的刺激就可能呈现过度的反应，如对气候的反应。这些因素在相当程度上影响着血管的紧张度(В. Я. Чекин)。例如，心肌梗塞多发生于气压和温度剧烈变化时，在一年的不同季节里，心肌梗塞的发病率有着显著的差异。在一年中所发生心肌梗塞的病例中，发生在夏季的約占18.9%，发生在春季的約占22.4%，发生在秋季的約占26.69%，发生在冬季的約占32.1%(С. В. Шестаков)。心肌梗塞发病最少的月份是七月，約占3.6%，发病最多的是十二月，約占13.9%。根据 Т. А. Кочеткова 的統計資料，在急死方面也有同样的規律

性，即夏季約占 21.9%，春季約占 23.8%，秋季約占 24.5%，冬季約占 29.8%。死亡数最多的月份是十二月，約占 10.3%，而死亡数最少的是八月，約占 6.5%。

急死病例中有 85% 是发生在戶外(死于路上或死于工作現場等)，有 15% 死于家中 (Т. А. Кочеткова)。与此同时，死亡可能在无見証人的情况下发生。在这种情况下，檢驗者在有法医鉴定人参加下檢驗发生事故的現場有很大的意义。这种檢查，有时能完全解除对暴力致死的怀疑，并能确定某些死因方面的問題。例如，在男尸(或女尸)的身体上存在有銼伤时，檢查环境可能发现血痕和在物品(如在家俱的銳利突出部)上发现毛发，这些都能說明外伤的发生。在无見証人的情况下所发生的突然死亡，可以而且也應該怀疑为暴力死。例如，当发现尸体在地板上，那么根据其情况和姿勢，就能証明死前发生过癱攣，根据周圍的嘔吐痕迹，常怀疑为中毒。但在剖驗时，常可确定死亡是由于腦主質自发性出血所引起的。在这些情况下，怀疑中毒是有根据的，而法医鉴定人不仅必須确定真情，而且也應該使偵詢机关信服所查出的結果。应当指出，嘔吐常見于冠状动脉栓塞和心肌梗塞时。如果在急死者尸体的室内发现有殘余的食物或飲料(其中包括酒精类飲料)时，那么将所发现的食物及在尸体周圍的嘔吐物作法化学檢查是十分必要的。

如果在发生死亡时有一位見証人在場，則現場的檢查就具有更重大的意义。确定急死的原因(尤其是当存在有創伤痕迹时)对这位見証人与死者的死亡有无关系有着重大意义。兩位酒友中間的一人死亡、性交时或性交直后的男人死亡，皆可認為发生急死时有一位見証人在場的典型例子。当然，也可能发生在有數位見証人在場的情况下，例如，死在火車上、電車上、街道上、工作崗位及死在家中(家中有亲人和邻居)等場合下。此时死亡的案情对法医鉴定人具有重要的意义。例如，伴有心脏血管系統机能紊乱的病人，在工作时突然感到不舒服，甚至在企图拉开自己桌子的抽屜时便死去了。檢查时在抽屜內可发现有死者于自己疾病发作时通常服用的藥物。

有时精神状态在急死的发生上起着重要作用。Г. Ф. Ланг指出,在行走时,心絞痛的发作与其說是由于疾走,毋宁說是由于精神状态(取决于行走时的目的)。例如,在假日里作无目的的散步时,心絞痛不会发作。而早晨上班时在走向电車站的路上,到一定時間却必定会发生心前区疼痛,突然患者走的很慢。О. П. Зелинский曾記述过这样一例:一13岁小孩,由于小的脑血管之一破裂(微小动脉瘤)所导致的脑出血而迅速死亡。該小孩是在由于淘气打碎汽車玻璃而被拘留之后发生脑出血症状的。据Е. Е. Кутняк的材料,約有14%的突然死亡是发生在“神經緊張状态”时。所以对每个急死的病例,在其既往史方面必須着重注意死者生前的精神状态(М. И. Авдеев)。

发现在临死前出現的临床征候(即使是根据亲友們的叙述)也是很重要的。虽然不应过高估价急死者的亲属和邻居所提供的材料,但也不应忽視这些材料。看見患者疾病发作的人們,可能提供出某些疾病的典型症状,从而可能易于确定死后的诊断。有些疾病常具有一些即使是外行也能看出的特殊征候,如心脏性气喘(在夜間突然发生气喘,病人必須坐起来)、心絞痛(感觉胸骨后剧烈疼痛,疼痛并向左臂放散;这种疼痛常常发生在精神过度兴奋和身体过于疲劳之后,发作时患者被迫停止活动)、支气管性气喘、肺水肿以及其他一些病理状态。

由于死亡的形式不同,某些现象可能表现的比較明显或不明显。急死往往发生得很迅速。例如,当冠状血管机能不全时(冠状动脉硬化和心肌硬化),患者通常用手捂住心前区,在短時間的掙扎后死亡。有时在死亡之前,例如,患有高血压病时,可有較长時間的病程,因而常来得及請医师給予急救。患者可能死于医师来到之前,也可能死于医生来到之后,有时患者在医师診查并进行某种医疗措施和护理后死亡(后者可能成为控告医师的理由而造成“医疗訴訟”)。有时患者可死亡于送往医院之卫生运输車輛或普通运输車輛上,或死于入院以后的最初几分鐘或几小时內。对于所有急死或突然死亡的病例都必須有效地利用死者死前不久所有的临床记录,如病历、診療所的诊断书等;即使这些临床记录不是

临死前的，而是死者較早期的既往病历也均必須加以利用。

对于急死的病例，法医鉴定人必須研究“法医既往病历”（А. Г. ЛЕОНТОВЕВ）——年齡、职业、工作条件、生活方式、患过的疾病、不良嗜好（吸烟、飲酒）以及疾病防治观察資料，而当有可能时，还包括关于死前时期和死亡当时的資料。

所获得的全部既往病历的材料，必須依据每个病例的具体条件給予分析。对沒有既往病历也沒有任何医疗証明死者进行法医剖驗时，当然，是不可能确定例如可以引起死亡的痙痛发作的反射性因素的意义，其实这些反射性因素患者生前在临床上是比较容易查明和确定的。要証明各种精神因素在死亡原因方面的意义也是很困难的。因此，不能依据这些資料就作出死因的結論。但是詳細研究既往病历和由于各种疾病引起急死的最近期的情况，可以查明一些促使引起各种心脏病发作（心絞痛、心脏性气喘）和其他急性病理状态的因素，而查明这些因素就能帮助医师采取防止急死和突然死亡所必需的各种預防措施。

搜集死者的临床既往病历，其目的在于获得有关引起患者急死的病理过程方面比較全面的材料。当搜集这些材料时，医师無論如何不能涉及审理員的工作范围。法医鉴定人所搜集的临床資料无任何法律的意义。

最后，研究死亡案情，对于确定法医檢驗尸体的次序是非常重要的。如对怀疑可能是由于栓塞（空气栓塞、脂肪栓塞等）而致死的一些病例，就必须先剖开和檢查右心、肺动脉及其分支。

（王維民譯）

急死的病理解剖学

檢驗急死者的尸体，可給予法医鉴定人确定死者生前所患疾病的性质以极大的可能性。鉴定人通常对死者生前所患疾病的经过及死亡时的情形是不了解的。为了确定每一具体病例的病理过程和作出诊断，在剖驗尸体时必须发现这种或那种的形态学改变，也就是发现与脏器和组织的正常结构不同的改变。同时也必须考虑年龄的特点。

С. С. Вайль 及其同事們曾指出，形态学的改变在生前并非一定都表现出症状。

剖驗时，可以发现在不同期间发生的各种各样的改变(如心肌坏死和心肌硬化)，而这些改变可以帮助确定所发生的病理过程的特征。剖驗尸体时，也能查明机体的完整性及在机体内部进行着的生理和病理过程之间的相互关系。发现这种或那种改变之后，就应力求查明其所以发生的原因及其后果。例如，当肺动脉栓塞时，必须找到栓塞的来源，并确定栓塞对死亡的发生有何意义。

仅在解剖台上剖驗尸体，往往还不足以解决摆在法医鉴定人面前的一系列问题。

在这种情况下，应采用一些辅助檢驗法：法化学、微生物学和组织学的檢驗。

组织学檢驗能帮助确定剖驗时所发现的各种改变的性质和部位。如果这种檢驗是由剖驗尸体的医师事后亲自进行的，则将能获得最完滿的效果。对比肉眼和组织学檢驗的材料，对于确切地解释該病例，对于鉴定人积累剖驗诊断的经验，是大有帮助的。通常是从被认为需要檢驗的脏器或组织上切取厚約0.5~0.8厘米、大小約2×1或2×2厘米的组织块。如果脏器或组织已有肉眼可见的病理改变，那么切取的组织块就要使得既带有病变部分，也带有正常的组织部分。然后将切下的组织块放入10% 福尔马林溶液内。盛溶液的标本瓶的底部应放上一层棉花，以使溶液从下面浸入组织。福尔马林溶液(或其他固定液)的量至少要超过