

sans apoplexie capillaire, peut encore déterminer la mort. Le médecin expert se trouve alors en face d'un cadavre et ne découvre aucune lésion, ou du moins n'en découvre aucune assez importante qui permette d'expliquer la terminaison fatale. La mort a presque toujours, dans ce cas, été soudaine; le blessé est tombé comme le bœuf qu'on assomme, et rien n'est venu indiquer une tendance quelconque à la réaction du centre nerveux épuisé par le choc. Lorsque la commotion a été moins forte, il y a souvent plus ou moins de vomissements, et le rétablissement est complet au bout d'un nombre de jours relativement court, de quatre à six jours le plus souvent.

A la suite de certains traumatismes de la tête, on a observé des troubles persistants de l'intelligence, amnésie, etc., de même on a vu se développer des états épileptiques et aussi des troubles de la sensibilité ou de la motilité.

La commotion cérébrale doit être distinguée avec soin de l'intoxication alcoolique aiguë; c'est qu'en effet rien ne ressemble tant à un individu atteint de commotion cérébrale que l'individu ivre mort. Si à cela nous ajoutons la fréquence des rixes entre gens ivres, on comprendra combien il peut être difficile, en certains cas, de faire la part de l'ivresse et du traumatisme dans la production des accidents comateux qui leur sont communs, ou même de la terminaison fatale. L'odeur alcoolique de la respiration, ou dans les cas de mort, l'odeur alcoolique du cerveau ne prouvent qu'une chose, c'est que les accidents ont été précédés d'une absorption plus ou moins considérable d'alcool. Le médecin expert n'a donc d'autre ressource que de peser avec soin toutes les circonstances, tous les commémoratifs, s'il peut s'en procurer, et d'exprimer franchement ses doutes devant la justice, si sa conscience n'est pas complètement éclairée.

§ 2. — Blessures du rachis.

Les contusions simples du rachis ne présentent rien de spécial, mais il n'en est pas de même de celles qui, avec ou sans fractures ou luxations des vertèbres, déterminent soit des hémorragies intra-rachidiennes, soit des contusions, des commotions ou des elongations de la moelle. La gravité de ces diverses espèces de lésions est assez connue pour que nous n'ayons pas besoin d'y insister.

C'est ainsi, par exemple, que la luxation de l'atlas a pour conséquence une mort prompte, souvent instantanée. Suivant les anciens auteurs, cette mort serait due à la compression du bulbe par l'apophyse odontoïde, mais il résulte des expériences d'Orfila, de Richet et de Sappey :

1° Que dans la luxation de l'atlas sur l'axis, l'apophyse odontoïde ne se déplace pas;

2° Que la partie inférieure du bulbe se trouve comprimée entre celle des deux apophyses articulaires de l'atlas qui se porte en arrière, et l'apophyse articulaire de l'axis du côté opposé;

3° Que cette compression, à laquelle se joint une demi-torsion, varie selon

l'étendue du déplacement, la capacité du canal rachidien, et le volume de la moelle; qu'elle peut être assez modérée chez quelques individus pour ne pas entraîner une mort immédiate, et assez violente chez d'autres pour causer la mort instantanée (Sappey).

Nous croyons encore devoir appeler l'attention sur les points suivants :

1° Les fractures des vertèbres déterminent fréquemment des paralysies secondaires qui ne surviennent souvent qu'après la consolidation de la fracture, et doivent être attribuées à la compression de la moelle par un cal exubérant.

2° Les hémorragies méningées intra-rachidiennes ne déterminent quelquefois la mort que par les progrès de l'épanchement sanguin qui, après avoir débuté par un point situé plus ou moins bas, finit par occuper tout le fourreau médullaire et vient ainsi comprimer le bulbe.

3° Dans les cas d'éboulement de terrain, de chocs sur grande surface portant sur le rachis, de chutes sur les fesses ou sur les membres inférieurs, il peut y avoir commotion de la moelle pouvant peut-être occasionner la mort, ou des paraplégies passagères, sans qu'il y ait la moindre lésion matérielle du tissu nerveux.

4° Dans certains cas de flexion, et surtout d'extension forcée de la colonne vertébrale par la chute d'un corps lourd sur le dos, la tête étant appuyée, on peut voir survenir des accidents paraplégiques qui, après avoir présenté la plus grande gravité, aboutissent à une guérison complète. Ces accidents ont été attribués à tort ou à raison à une elongation de la moelle.

5° Enfin, la direction à peu près horizontale des apophyses épineuses au cou et aux lombes, mais principalement au cou, explique la plus grande fréquence des plaies pénétrantes du rachis dans ces deux régions, et surtout dans la première.

§ 3. — Blessures à la face.

Les blessures à la face ne présentent ordinairement pas de gravité prochaine, à moins qu'elles ne soient assez considérables pour entraîner la mort à bref délai, soit par hémorragie, soit par complications du côté du cerveau, mais elles laissent souvent après elles des difformités quelquefois repoussantes et dans certains cas mêmes compromettantes, soit pour la nutrition, soit pour la respiration; nous voulons parler du resserrement permanent des mâchoires ou des rétrécissements des narines, consécutifs à des cicatrices vicieuses étendues, comme on en rencontre si souvent après les brûlures graves et les plaies contuses. Les plaies par instrument tranchant, au contraire, guérissent avec la plus grande rapidité; la réunion par première intention est de règle dans cette région si richement pourvue au point de vue de la nutrition. Les blessures de cette catégorie même très étendues laissent quelquefois après elles des traces si insignifiantes que la justice a peine à croire en les voyant qu'elles puissent être le résultat d'une violence aussi grave que celle qui est dénoncée par le plaignant.

Lorsqu'elles siègent dans certaines parties de la face, les blessures produisent souvent du côté des yeux, des désordres plus ou moins graves. Les contusions et les plaies contuses des sourcils ont plus d'une fois été suivies d'amaurose du côté de l'œil blessé, fait important à connaître, parce que, comme l'amaurose ne survient que peu à peu, et plus ou moins longtemps, des mois ou même des années après l'accident, ou pourrait être porté à méconnaître la relation qui existe entre la cause et l'effet. Les plaies et les contusions des paupières sont ordinairement peu graves; seules les brûlures compromettent sérieusement la santé de l'œil en produisant l'ectropion. Les plaies pénétrantes ou même les contusions profondes de l'orbite sont au contraire généralement graves. Le phlegmon profond de l'orbite s'accompagne souvent d'accidents inflammatoires mortels du côté du cerveau, lors même que l'agent vulnérant n'a pas pénétré dans la cavité crânienne et n'a pas brisé les parois pourtant si faciles à rompre du côté de la voûte orbitaire. Quand l'instrument a pénétré dans le crâne, il peut, en dehors de la contusion et de la désorganisation du tissu cérébral, aller, comme dans le cas de Nélaton, rompre l'artère carotide dans le sinus caverneux, et produire ainsi un véritable anévrysme artérioso-veineux qui, sans être prochainement incompatible avec la vie, n'aboutit pas moins à une terminaison fatale plus ou moins éloignée. Le bruit de rouet perçu par le malade, les battements isochrones à la systole artérielle qui soulèvent le globe de l'œil, l'exophthalmie, et enfin la constatation du double bruit de souffle, ou du bruit de souffle (thrill des Anglais) avec renforcement systolique, permettront de poser un diagnostic et de pronostiquer les plus graves conséquences pour une blessure de l'orbite qui, par la rapidité de la guérison apparente, aurait pu induire en erreur.

Les blessures des oreilles, à part les cas de fracture du crâne, n'ont de gravité immédiate qu'autant qu'un épanchement s'est fait dans la caisse et dans les cellules mastoïdiennes ou dans l'oreille interne. Dans le premier cas, la surdité persistante est possible sans être fatale; dans le second, elle persiste presque fatalement. Mais ce qui fait le danger de ces blessures, c'est la surdité consécutive à l'inflammation de la caisse ou de l'oreille interne déterminée par le traumatisme, et qui survient des semaines ou même des mois après l'accident, à la suite de bourdonnements d'oreille, etc. Quant à la rupture de la membrane du tympan, quelque étendue qu'elle soit, à moins qu'il n'y ait en même temps destruction partielle, la cicatrisation s'en opère tellement vite qu'elle est sans danger. Ajoutons que sa destruction même complète ne nuit pas d'une manière aussi considérable à l'audition qu'on semble le croire généralement; la surdité qui l'accompagne si souvent, dépend bien plus des phénomènes inflammatoires qui se sont produits, et dont on peut apercevoir les traces au moyen de l'inspection avec le *speculum auri*.

Les blessures des *sinus frontaux* peuvent donner lieu à une erreur de diagnostic tellement grossière, qu'elle mérite à peine d'être signalée. L'inflammation qui en résulte détermine au bout de quelques jours un écoulement purulent, floconneux, épais, blanchâtre, qui, à un examen inattentif, pourrait être pris pour de la substance cérébrale.

Les blessures de la bouche sont presque toujours produites par des instruments contondants, et par des armes à feu. Les désordres produits par ces dernières présentent souvent une gravité extrême, sans compter ceux occasionnés par le projectile et la déflagration de la poudre. L'énorme pression gazeuse qui en résulte va de tous les côtés rompre les parois de la cavité buccale en déchirant et en déchiquetant les tissus. L'inflammation consécutive peut tuer le blessé par suffocation; mais dès que l'inflammation vient à baisser, tous ces délabrements hideux guérissent en peu de temps et ne laissent après eux que des cicatrices qui ne sont nullement en rapport avec l'étendue de la plaie. Ces blessures s'accompagnent en outre plus souvent que les autres d'hémorrhagies graves, tant primitives que secondaires, hémorrhagies qui triomphent souvent de tous les efforts de la chirurgie.

§ 4. — Blessures de l'œil.

L'œil intéresse la médecine légale à plusieurs points de vue. Nous ne parlerons ici que des blessures, renvoyant, pour les autres cas, le lecteur aux chapitres suivants: *De la responsabilité médicale.* — *Des maladies simulées.* — *Du service militaire.* Nous ne pouvons ici donner une description complète des traumatismes oculaires, nous ne ferons que mettre en relief les points principaux qu'un médecin expert doit toujours avoir devant les yeux, lorsqu'il est chargé de faire un rapport.

Dans la plupart des cas, le médecin devra nécessairement avoir des connaissances spéciales sur cette branche importante de la pathologie; il devra être au courant de toutes les méthodes d'examen oculaire, savoir déterminer l'état de la réfraction et de ses anomalies, examiner le fond de l'œil à l'ophtalmoSCOPE, faire l'examen fonctionnel (acuité visuelle, tonus, champ visuel, champ du regard, etc.). Sans ces connaissances, il ne pourrait déterminer ni l'état de l'œil avant la blessure, ni l'étendue des lésions causées par l'accident, et il ne pourrait plus tard reconnaître ce qui est la conséquence du traumatisme ou d'une affection oculaire antérieure, concomitante ou consécutive à celui-ci. Il est presque superflu de dire que l'examen de l'œil atteint n'est pas suffisant et qu'il faut encore établir exactement et complètement l'état actuel de celui qui a échappé au traumatisme.

Si nous avons consacré à ce chapitre des blessures de l'œil une étendue relativement grande, si à propos de chaque blessure nous avons donné les éléments indispensables au diagnostic et au pronostic, c'est que les blessures de l'œil sont fréquentes, que leur description est faite dans peu de livres au point de vue qui nous occupe, que souvent les médecins sont consultés à leur propos par la justice, et qu'enfin, on peut bien le dire, les rapports déposés sont, dans un grand nombre de cas, absolument insuffisants et de nulle utilité. En agissant ainsi, nous avons voulu mettre en garde le médecin expert, et lui montrer combien il devait apporter de soin dans son examen, et souvent de réserve dans son pronostic.