

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.

Dans cette étude, nous avons, d'une façon générale suivi le plan donné par le savant professeur viennois de Arlt dans son livre sur les *Blessures de l'œil* (traduction par le docteur G. Haltenhoff). Nous avons en outre consulté et mis à profit les travaux de MM. Panas, Terrier, Abadie, Galezowski, tâchant de réunir dans le plus petit espace possible, les faits donnés et les opinions émises par ces habiles chirurgiens.

Pour que la vision soit atteinte, il n'est pas absolument nécessaire que le traumatisme porte sur le globe oculaire lui-même. Un traumatisme, en effet, qui altère ou détruit soit le centre même de la vision, soit les conduits nerveux qui font communiquer le centre et l'organe, peut altérer ou détruire le sens de la vue. En dehors de ces cas, le globe oculaire peut lui-même être lésé, alors que le choc a porté sur les parties avoisinantes; cependant nous ferons remarquer qu'il ne faut admettre ces lésions par contre-coup qu'avec beaucoup de circonspection, car l'œil suspendu dans la cavité orbitaire par un système aponévrotique spécial est presque de toutes parts entouré d'un coussinet cellulo-adipeux qui le soustrait en arrière et sur les côtés à un traumatisme qui n'agirait pas directement sur lui.

Enfin, avant d'entrer plus complètement dans notre étude, nous rappellerons encore une fois qu'il est difficile au médecin d'apprécier la gravité d'un traumatisme oculaire, s'il ne peut reconstituer d'une façon certaine l'état de l'œil avant l'accident. De même la connaissance de l'état général sera souvent de grande importance (diabète, albuminurie).

La blessure peut être due à l'action d'un instrument contondant ou à celle d'un instrument perforant. Nous examinerons successivement les deux cas :

La **CONTUSION** se produit tantôt sur une surface étendue du globe oculaire, tantôt seulement sur une très petite portion, dans d'autres circonstances, l'œil a pour ainsi dire été aplati momentanément. Les lésions qui en résultent sont très variables; on peut dans certains cas les constater de suite, mais bien souvent si l'on veut porter un diagnostic complet et précis, il faudra observer le malade des semaines et des mois.

Les lésions le plus souvent observées sont les suivantes :

Hémorragie sous-conjonctivale. — L'ecchymose peut entourer plus ou moins complètement le cercle cornéen; quelquefois légère au début, elle peut augmenter à la suite d'un effort; son pronostic est bénin, sauf dans les cas où l'hémorragie est très abondante. Elle peut alors déterminer des troubles du côté de la cornée. Malgré la bénignité de la lésion, le médecin expert ne devra pas négliger de faire l'examen complet de l'œil et voir ainsi s'il n'existe pas d'autres lésions. Lorsque le sang se montre d'abord sous la conjonctive oculaire, puis ultérieurement à la paupière inférieure, l'idée d'une fracture de la base du crâne s'impose, mais d'autres symptômes auront, le plus souvent, déjà mis le médecin sur la voie du diagnostic.

Contusion de la cornée. — Elle peut avoir lieu directement, les paupières étant ouvertes ou médiatement celles-ci étant fermées. Tantôt on observe, et seulement à l'éclairage oblique, une légère dépression qui disparaît ultérieurement sans laisser de traces; tantôt les symptômes observés sont

tout autres. Si la contusion a été très violente, le point lésé peut se nécroser, il se fait un ulcère et parfois même une perforation de la cornée (Terrier). Dans d'autres cas, alors même que l'intensité de la contusion n'a pas été très grande, on voit se développer à l'endroit frappé de la cornée une opacité gris clair mat, en forme de disque, pendant que la membrane s'entoure d'une zone d'injection ciliaire. Plus tard, l'opacité prend une teinte jaunâtre, dont la saturation est en rapport avec le nombre des couches de pus superposées dans le tissu de la cornée. Le bord tuméfié et jaune du foyer purulent s'entoure d'une sorte de *halo* gris clair (De Arlt). La lésion s'étend vers la périphérie, un *ulcus serpens* est constitué. Un hypopion se forme dans la chambre antérieure, les douleurs deviennent extrêmement vives et l'œil, à moins d'un traitement rapide et énergique, est gravement compromis. Avant que la lésion ait pris une telle extension, ou plus tard même si l'avis n'est demandé qu'ultérieurement, le médecin devra examiner l'état des voies lacrymales (blennorrhée du sac, etc.) et l'état général du malade (diabète, albuminurie, alcoolisme, etc.), peut-être trouvera-t-il alors l'explication de l'évolution désastreuse de la lésion.

Le pronostic des contusions de la cornée est donc très variable; elles peuvent, suivant les cas, ne laisser après elles aucune trace, ou bien une opacité légère qui disparaîtra par la suite, ou encore une opacité incurable qui gênera plus ou moins la vision. Plus rarement, on observera une suppuration localisée ou totale de la cornée, de l'iris, etc., et finalement la perte de la vue de l'œil blessé.

Rupture du globe. — C'est ordinairement (après une compression subite de l'œil) la sclérotique qui se rompt, le plus souvent dans la région voisine de la cornée; le corps ciliaire est donc intéressé. La déchirure est unique ou multiple, parallèle au bord de la cornée, elle a de 2 à 8 millimètres de longueur. Elle siège le plus souvent en haut et en dedans. Lorsque la rupture est voisine de la cornée, elle intéresse d'ordinaire aussi la conjonctive, alors le cristallin peut être expulsé au dehors ou faire saillie entre les lèvres et la plaie.

Si la conjonctive est respectée, on observe un croissant allongé rempli par une tumeur noirâtre ardoisée faisant saillie entre ses bords. Le tonus de l'œil est diminué. Le vitreum, le cristallin luxé, l'iris peuvent faire hernie dans la tumeur. Le pronostic est forcément réservé; en effet, si dans quelques cas on a vu même après l'expulsion du cristallin au dehors tout rentrer dans l'ordre et les malades voir avec des lunettes appropriées, on a observé aussi des troubles graves survenir immédiatement ou consécutivement (décollement de la rétine, etc.), et même, lorsque le corps ciliaire de l'œil blessé a été atteint, des ophtalmies sympathiques se développer (De Arlt).

Épanchement sanguin dans la chambre antérieure. — L'hypohéma est dû à des ruptures du tractus uvéal. Si l'œil était antérieurement absolument sain, le pronostic est favorable; mais il faut toujours se méfier d'un épanchement de sang dans la chambre antérieure survenu à la suite d'un traumatisme insignifiant, ou longtemps après une contusion; la résorption, dans

ces cas, se fera très lentement; de nouveaux épanchements pourront même se faire spontanément. Ce symptôme indique toujours alors un certain degré d'irido-cyclite.

Hémorrhagie dans le corps vitré. — Elle est produite dans une contusion par des ruptures de la choroïde. Si le sang est en très grande abondance, la vision même quantitative est abolie. Lorsque le liquide épanché est en moins grande quantité, ce qui est d'ailleurs le cas le plus fréquent, le malade se plaint de mouches volantes, de scotomes mobiles.

Le sang ayant toujours tendance à rester dans les parties les plus déclives, il est facile de comprendre qu'en faisant faire au malade des mouvements rapides de l'œil, on déplacera le sang et par conséquent le scotome. C'est ainsi qu'on peut encore faire couler le malade sur un côté, puis après quelques instants, examiner le champ visuel dans cette position, on peut ainsi constater si la région de la moindre perception lumineuse s'est déplacée. Enfin si la distinction de l'obscurité et de la lumière est considérablement affaiblie, et que l'on constate une différence très grande entre les directions inférieure et supérieure du champ de vision, on pourra diagnostiquer un décollement de la rétine (De Arlt). Le tonus peut être exagéré. A l'ophtalmoscope on voit dans le vitreum des corps flottants bruns noirâtres, ou bien une coloration particulière (gelée de groseille pour Yvert; noire quelquefois aussi) due à l'épanchement sanguin. Le pronostic est grave si l'épanchement est très considérable ou s'il y a un décollement rétinien; dans les autres cas, il est bénin, mais la résorption est lente.

Déchirure et décollement de l'iris. — La vraie déchirure est très rare, le diagnostic en est très facile. Le pronostic doit être réservé car on observe fréquemment des lésions concomitantes du côté du cristallin, de la choroïde ou de la rétine et souvent aussi un peu plus tard des iritis, irido-choroïdites, cataractes traumatiques, luxations du cristallin. Le décollement se produit au niveau du grand cercle de l'iris. Dès lors la pupille dont les bords ne sont plus régulièrement tendus n'est plus régulièrement arrondie; De Arlt compare sa forme à celle d'un rein. Au niveau de la rupture, le diaphragme ordinairement interposé manquant, il y a une pupille artificielle par laquelle la vision se fait et que l'on peut constater avec l'ophtalmoscope. A part cette double pupille et la gêne qui en résulte, le pronostic est ordinairement bénin. L'iritis et l'irido-choroïdite sont rares.

Hémorrhagies choroïdiennes. — On les voit à l'ophtalmoscope sous forme de petites taches rouges, au-dessus desquelles passent sans interruptions les vaisseaux rétiens. En assez grande abondance, le sang peut soulever la rétine et même la perforer. Ordinairement la guérison se fait complète; pourtant avant d'être certain du résultat, le malade devra être observé pendant plusieurs mois.

Ruptures de la choroïde. — Relativement assez fréquentes, ces ruptures siègent ordinairement dans le segment postérieur. L'ophtalmoscope ne peut en constater l'existence qu'assez longtemps après l'accident, quand l'épanchement sanguin a diminué ou disparu. On voit alors au-dessous des vaisseaux

rétiniens qui passent sans interruption une tâche blanchâtre, jaunâtre, brillante dont les bords sont infiltrés de pigment noir. La vision plus ou moins abolie au début reparaît peu à peu, tantôt parfaite, tantôt avec des scotomes des raies noires passant à travers les objets; quelquefois aussi les objets paraissent déformés. Si l'on n'a pas suivi le malade, on pourrait d'abord prendre la tache choroïdienne pour une plaque d'atrophie ou pour de la choroïdite exsudative. Toute confusion sera écartée si l'on fait attention à ce point important, que la lésion n'existe que d'un seul côté, et qu'elle est consécutive à la série de troubles fonctionnels signalés plus haut. Le pronostic est assez grave puisque souvent la vision reste imparfaite, et que quelquefois elle reste complètement abolie sans que l'ophtalmoscope en fasse voir la cause.

Lésions du cristallin. Déchirure de la zonule. — A la suite d'un choc violent sur le globe oculaire et même après un choc sur le crâne, on a observé des troubles divers du côté du cristallin. C'est ainsi que l'on a noté des ruptures de la cristalloïde antérieure ou postérieure, et même une rupture à la fois antérieure et postérieure. Nous reviendrons sur ces ruptures de la cristalloïde à propos des plaies du cristallin.

Après les contusions du globe oculaire, il n'est pas rare d'observer des cataractes traumatiques. Elles sont dues à la contusion directe du cristallin, avec ou sans rupture de la cristalloïde (Panas), ou bien elles sont consécutives à des choroïdites dont le traumatisme est également l'origine. Enfin on en a vu survenir assez longtemps après le traumatisme, sans qu'aucune lésion apparente en ait donné l'explication. Ces cataractes traumatiques sont graves surtout lorsqu'elles sont compliquées de choroïdite, de cyclite, etc. Le tonus de l'œil devra toujours être noté; il est toujours, et particulièrement ici, d'une grande importance.

Moins rare est la déchirure de la zonule de Zinn. Ce ligament suspenseur du cristallin une fois rompu, la lentille cristallinienne se déplace, son axe et celui des autres milieux de l'œil ne sont plus sur une même ligne, d'où des troubles de réfraction qui ne sont d'ailleurs pas toujours les seuls à survenir. La rupture de la zonule est pour ainsi dire préparée et facilitée par certains états pathologiques de l'œil, qui ont pour action de la distendre; tels sont la forte myopie, l'ectasie staphylomateuse du globe dans la région du corps ciliaire, l'ectopie congénitale du cristallin, etc. (De Arlt). Il faudra donc toujours dans le cas de déplacement du cristallin à la suite d'un traumatisme, non seulement bien examiner l'œil blessé, mais encore son congénère; souvent alors on pourra constater une des affections énumérées plus haut, et par conséquent une prédisposition à la rupture de la zonule.

A la suite de la rupture, le cristallin se luxe ou se subluxe. Suivant les cas, les symptômes fonctionnels varient: myopie, paralysie de l'accommodation, déformation des images rétiennes, diplopie monoculaire. A l'aide de l'éclairage direct, de l'éclairage oblique et de l'ophtalmoscope, on reconnaît la présence du cristallin dans la chambre antérieure, dans ce que l'on a appelé la chambre postérieure, dans le corps vitré. Lorsqu'il n'existe qu'une obliquité du cristallin, on observe souvent une profondeur inégale de la chambre

antérieure (De Arlt). Dans tous les cas, la constatation du tremblement de l'iris (iridodonsis) a une très grande valeur; il doit toujours faire penser à un déplacement possible du cristallin. Le cristallin peut rester transparent ou s'opacifier. Le pronostic doit toujours être réservé.

Lésions de la rétine. — N'ayant nullement ici à discuter les faits, mais seulement à énoncer ceux qui paraissent prouvés, nous ne ferons que signaler les troubles passagers dus à la soi-disant commotion rétinienne; celle-ci d'après Berlin, De Arlt, Yvert, n'est rien moins que prouvée. Il n'en est pas de même des ruptures, hémorragies (toutes deux très rares) et surtout des décollements traumatiques de la rétine. Ce décollement est dû tantôt à un épanchement sanguin pur, tantôt à un épanchement sero-sanguin sous-rétinien; il ne se montre parfois que plusieurs semaines après l'accident. Les malades accusent une perte plus ou moins étendue du champ visuel. L'ophthalmoscope montre la portion de la rétine soulevée par l'épanchement et présentant une coloration gris bleuâtre. S'il est vrai que dans quelques cas on ait vu guérir des décollements rétinien, le pronostic est néanmoins fort grave, car l'œil atteint est souvent perdu, et son congénère compromis.

La paralysie du sphincter pupillaire et du muscle de l'accommodation a également été signalée après les contusions de l'œil; très prononcée elle peut être incurable.

PLAIES DE L'ŒIL (sans corps étranger, point important à constater).

Les plaies de la conjonctive ne nous importent guère qu'au point de vue des cicatrices qui peuvent gêner les mouvements de l'œil ou le libre écoulement des larmes.

Les plaies de la sclérotique peuvent s'accompagner de cyclite (et de cyclite sympathique), de décollement rétinien, d'atrophie du globe. Le diagnostic en est facile.

Les plaies de la cornée non pénétrantes se constatent à l'éclairage oblique. Elles ne deviennent graves que dans le cas de blessure par un instrument sale ou septique ou encore lorsqu'il existe d'autres lésions de l'œil ou des voies lacrymales. L'état général de l'individu doit aussi être pris en ligne de compte. Les plaies contuses sont plus graves que les autres. Les plaies pénétrantes sont soumises aux mêmes lois au point de vue du pronostic, mais ici nous avons en plus la hernie de l'iris, les synéchies antérieures et dans certains cas, l'issue du cristallin et du corps vitré.

Les plaies de l'iris sont souvent accompagnées de lésions du cristallin. Elles se compliquent parfois d'iritis grave, d'irido-choroïdite, etc.

Dans les plaies du cristallin, cet organe devient complètement opaque; très rarement l'opacité est partielle et stationnaire. Si après une blessure de ce genre il arrive chez les jeunes sujets que le cristallin cataracté se résorbe complètement, on voit souvent des accidents inflammatoires survenir: suppuration ou iritis, irido-cyclite, excavation glaucomateuse du nerf optique, choroïdite diffuse avec atrophie de la rétine, troubles sympathiques. Lorsque l'on a en médecine légale à apprécier un tel traumatisme, il faudra donc faire les plus grandes réserves et dans les cas douteux attendre pour se prononcer.

PLAIES DE L'ŒIL (avec corps étranger). Certains corps étrangers sont relativement assez bien tolérés par les tissus: ce sont ceux qui primitivement aseptiques ne s'altèrent pas ou ne s'oxydent pas, mais indépendamment de leur nature, leur siège a une très grande importance.

Dans la conjonctive ils sont ordinairement faciles à constater, et de peu de gravité, à moins que la cornée ne soit atteinte. Dans certains cas, il faut se rappeler que des corps étrangers irritants (fragment d'aile de cantharide, etc.), ont pu être déposés intentionnellement dans le cul-de-sac conjonctival pour simuler une affection oculaire.

Dans la cornée ils sont le plus souvent mal supportés et peuvent déterminer une ulcération avec toutes ses conséquences. Certains corps étrangers peuvent laisser un tatouage indélébile.

Dans la chambre antérieure, des corps étrangers ont pu rester plusieurs années sans déterminer d'accidents; mais, ce qui nous importe surtout de savoir pour le pronostic, c'est que quelquefois immédiatement, quelquefois fort longtemps après, mais en tous cas presque toujours, ils finissent, si l'on ne les enlève pas, par déterminer des phénomènes inflammatoires qui entraînent la perte de la vision de l'œil blessé, et même de l'autre par ophthalmie sympathique. Les mêmes réserves au point de vue du pronostic doivent s'appliquer aux corps étrangers de l'iris.

Dans le cristallin, à moins de corps étranger infiniment petit, on observe ordinairement une cataracte traumatique avec toutes ses conséquences. Si le corps étranger est volumineux, une inflammation suppurative amène rapidement la perte de l'œil. Avec les commémoratifs et la constatation d'une plaie de la cornée, de la sclérotique ou de l'iris, le diagnostic est généralement assez facile.

Dans le corps vitré et les membranes profondes de l'œil, la présence des corps étrangers est parfois fort difficile à reconnaître, souvent même en s'entourant de tous les moyens d'exploration, on n'a qu'une présomption très grande et pas toujours une certitude complète de leur existence. Nous ne pouvons répéter ici au point de vue du pronostic que ce qui vient d'être dit pour la chambre antérieure.

Nerf optique. — Les contusions et les plaies du nerf optique, avec ou sans corps étranger, sont de la plus grande gravité. Les symptômes de l'atrophie papillaire peuvent dans le cas de contusion ne survenir que quelque temps après l'accident.

Brûlures de l'œil. — Nous ne reviendrons pas ici sur tous les genres de brûlures, nous n'exposerons que les caractères spéciaux observés dans les cas de blessure de l'œil par la chaleur ou les caustiques. Les brûlures des paupières sont souvent suivies d'ectropion, d'entropion, d'ankyloblepharon, de symblépharon et de blépharophimosis. Les voies lacrymales peuvent encore être atteintes, toutes lésions qui peuvent consécutivement retentir sur l'œil lui-même; aussi est-ce à ce titre que nous les signalons. L'œil lui-même peut très bien être atteint sans que les paupières ni les autres parties voisines n'aient été touchées (petit corps étranger brûlant, goutte d'un liquide caustique,

etc.), aussi, bien que la brûlure soit en général d'un diagnostic facile, la nature de la substance vulnérante reste-t-elle quelquefois douteuse. Ces brûlures de l'œil peuvent-être accidentelles, elles peuvent avoir été faites par une main criminelle. M. Panas, dans une de ses dernières cliniques a raconté le fait suivant où la blessure a été la conséquence d'une mauvaise plaisanterie. Un consommateur s'étant endormi sur la table d'un établissement de crèmerie, une jeune fille, dans le but de le réveiller en sursaut, approcha de son nez un flacon d'ammoniaque débouché; le dormeur se réveilla en effet brusquement et d'un mouvement inconscient heurta la fiole : une goutte du liquide l'atteignit à l'œil; la perte de l'organe s'ensuivit, et la coupable involontaire fut condamnée à payer des dommages-intérêts.

Les brûlures de la *conjonctive seule* ne sont pas graves, le plus souvent le mode de cicatrisation est seul préjudiciable. Il n'en est pas de même des brûlures de la *cornée*. Lorsque l'épithélium a été seul détruit, la douleur est souvent très vive, mais bientôt tout se calme, et la cicatrisation se fait. Lorsque la blessure est plus profonde (et il est difficile d'en bien apprécier de suite la profondeur), il se forme une eschare qui doit fatalement s'éliminer. Des phénomènes inflammatoires apparaissent, variables en intensité avec l'étendue, la profondeur de la brûlure, et même la nature de l'agent vulnérant. Lorsque l'eschare tombe, il en résulte une ulcération ou une perforation, lésions dont nous connaissons déjà les dangers, puisque nous les avons étudiées à propos des contusions et des plaies. Si la brûlure attaquait plus profondément encore le globe oculaire, il est facile de comprendre quelle en serait la gravité.

La nature de l'agent vulnérant a également son importance.

Les caustiques sont plus dangereux que la chaleur; les caustiques alcalins et en particulier l'ammoniaque, causent des lésions extrêmement graves. L'exemple cité plus haut en est une preuve.

§ 5. — Blessures au cou.

Ces blessures sont généralement dangereuses; le nombre et l'importance des nerfs, des organes qui traversent cette région de passage, expliquent la gravité des lésions traumatiques à cette partie du corps. Une contusion violente sur la région cervicale postérieure, peut causer soit la commotion, soit la contusion de la moelle ou du cerveau avec leurs conséquences. Une blessure faite avec un instrument piquant peut pénétrer entre les vertèbres, diviser ou contourner la moelle épinière et amener la mort. Si la contusion a porté sur la région cervicale antérieure, elle peut amener la suffocation, soit immédiatement, soit consécutivement à des lésions graves du larynx, parmi lesquelles nous signalerons surtout les fractures de l'os hyoïde ou du cartilage thyroïde; mais ces fractures sont plus souvent observées à la suite de compressions violentes exercées sur le cou, soit par les mains d'infirmiers brutaux, soit par la camisole de force chez des aliénés, comme certains observateurs ont eu

l'occasion d'en observer plusieurs cas dans des établissements spéciaux.

Les plaies du cou, quand elles sont transversales, ce qui est le cas le plus ordinaire, ont leurs bords écartés et renversés en dedans par suite de la rétraction des fibres du peaucier. Leur gravité dépend de l'importance des organes lésés. Elles sont rapidement mortelles lorsqu'elles atteignent les gros troncs artériels de la région, tronc brachio-céphalique, carotide primitive, interne et externe, le blessé succombe alors à l'hémorrhagie. Les plaies des veines moins dangereuses sous ce rapport, si l'on en excepte la jugulaire interne, peuvent amener la mort par *introduction de l'air dans les veines*; la présence de ce gaz dans le cœur donne dans ces cas, à l'autopsie, l'explication de la terminaison fatale. Les plaies du conduit aérien et de l'œsophage peuvent compromettre la vie, soit immédiatement, soit consécutivement. Lorsque la plaie est large, les deux bouts du tube aérien divisé s'éloignent l'un de l'autre d'une distance variable qui atteint souvent 5 ou 6 centimètres, si bien que le bout inférieur se trouve au fond d'un entonnoir, condition éminemment favorable pour l'introduction dans les voies aériennes du sang ou des aliments sortis par la plaie concomitante de l'œsophage. Les *petites plaies* exposent moins à des accidents immédiats; mais l'inflammation et la suppuration, le gonflement des parties, les fusées purulentes le long de la gaine trachéale ou même l'épanchement du pus dans les voies aériennes sont autant de dangers d'une gravité extrême qui menacent le malade d'asphyxie, si bien qu'il est permis de dire qu'une fois les premiers accidents passés, *une grande plaie* est moins dangereuse qu'une *petite plaie*; d'où le précepte de se bien garder de tenter la réunion immédiate des plaies du cou qui intéressent la trachée. Enfin les plaies des voies aériennes situées au-dessous des cordes vocales ont souvent, lors même qu'elles guérissent, pour conséquence grave de laisser après elles une fistule trachéale qui rendra désormais impossible l'effort. Les plaies des troncs nerveux qui traversent la région cervicale sont si rarement isolées qu'on n'a guère à constater leur influence sur la production de la mort.

Les plaies de la région sus-claviculaire, surtout celles par instrument piquant, peuvent, suivant qu'elles intéressent tel ou tel organe de la région, amener des résultats divers, tels qu'hémorrhagie foudroyante, anévrysme diffus, anévrysme primitif de l'artère sous-clavière ou de ses branches, paralysies de l'épaule ou du membre supérieur et enfin tous les accidents des plaies pénétrantes de poitrine.

Les blessures de la nuque n'offrent d'intérêt que dans le cas de plaie par instrument piquant. Chacun sait en effet qu'un instrument introduit entre l'occiput et l'atlas blesse le bulbe et détermine une mort immédiate.

§ 6. — Blessures à la poitrine

Les blessures à la poitrine présentent, toutes choses égales d'ailleurs, beaucoup plus de gravité lorsque l'instrument vulnérant a atteint les viscères con-