

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-

tenus dans la cavité thoracique, que lorsqu'il n'a pas dépassé les parois de cette cavité.

Cette différence dans le pronostic les a fait diviser en blessures pénétrantes et en blessures non pénétrantes. Nous commencerons par les dernières.

A. — *Blessures non pénétrantes.*

Les plaies par instrument piquant ou tranchant des parois thoraciques sont rarement dangereuses. L'hémorrhagie n'est pas considérable et est généralement arrêtée sans difficulté. La réunion se fait par première ou par seconde intention, et le blessé guérit rapidement à moins de complications. Les contusions et les plaies contuses sont au contraire beaucoup plus dangereuses, et le danger est toujours en raison directe du degré de la violence extérieure. Elles s'accompagnent souvent, lorsqu'elles sont graves, de fractures des côtes ou du sternum, de ruptures des viscères thoraciques, y compris le diaphragme, d'épanchements sanguins abondants et plus tard de pneumonie avec ou sans suppuration. Les fractures des côtes sont dangereuses pour plusieurs raisons, tantôt les fragments déplacés viennent briser les poumons ou le cœur, déterminer des hémorrhagies graves, tantôt ils les contusionnent et les enflamment. Dans les fractures des côtes supérieures, le pronostic est moins favorable que dans celles des inférieures, parce que les premières exigent pour être produites une violence plus forte que les secondes. Une simple fracture du sternum, sans déplacement, est rarement dangereuse, à moins que la contusion n'ait déterminé en même temps qu'elle des lésions internes qu'on reconnaîtra par les symptômes. Mais lorsqu'il y a enfoncement de l'os en même temps que fracture, les viscères thoraciques peuvent être mortellement lésés. C'est ainsi que, dans un cas observé par Sanson, on trouva à l'autopsie une plaie transversale du cœur d'un pouce de long environ, et qui, sans pénétrer dans les cavités de l'organe, correspondait exactement à l'os déplacé.

B. — *Blessures pénétrantes.*

Les blessures pénétrantes de poitrine sont en général graves et souvent mortelles, à cause de l'importance des organes atteints par l'instrument vulnérant et des complications fréquentes en pareil cas. Dans ces blessures, les poumons sont presque toujours atteints; mais selon le siège et la direction de la plaie, le cœur, les gros vaisseaux, l'œsophage, le canal thoracique et le diaphragme peuvent l'être également.

Les *plaies des poumons* ne sont immédiatement graves qu'autant qu'elles sont accompagnées d'une hémorrhagie abondante qui enlève le blessé par syncope ou par compression subite des poumons ou du cœur; les pneumothorax traumatiques, que l'épanchement gazeux intra-pleural ait sa source dans la plaie du poumon ou dans la pénétration de l'air extérieur sont, au contraire, relativement peu graves; dès que la communication bronchique ou pariétale

vient à cesser, les gaz sont rapidement absorbés, et il ne reste plus qu'un épanchement sanguin ou séro-sanguinolent qui disparaît à son tour. Le pronostic devra cependant être réservé au moins pendant les 10 ou 12 premiers jours, époque après laquelle il sera ordinairement possible de prévoir la marche des symptômes inflammatoires, s'il en survient. Le séjour même d'un corps étranger dans la poitrine est souvent sans gravité; mais il laisse presque toujours après lui des douleurs plus ou moins vives qui se produisent, soit à la suite de fatigues, soit à propos des changements de température et mettent quelquefois l'individu dans l'impossibilité absolue de continuer sa profession.

Les *hernies du poumon* à travers une vaste plaie du thorax sont un accident assez rare, et moins grave qu'il ne paraît au premier abord, soit que l'on réduise la portion herniée, soit qu'on l'excise après avoir fait une ligature. L'observation démontre que les blessés qui ont subi cette opération n'éprouvent par la suite que des tiraillements douloureux sans oppression et une toux peu considérable. Enfin certaines plaies pénétrantes de poitrine peuvent occasionner la mort par compression du poumon en donnant lieu à des épanchements sanguins dans les plèvres par ouverture des artères intercostales ou mammaires. Cet accident est surtout à redouter lorsque l'orifice externe de la plaie est petit et oblique.

Diagnostic. — On reconnaît une plaie des poumons : 1° à l'hémoptysie constituée par l'expectoration d'un sang rutilant et spumeux; 2° à l'issue par la plaie extérieure d'un liquide de même nature; 3° à l'aspiration et à l'expiration avec bouillonnement par suite du mélange avec le sang, de l'air contenu dans la cavité pleurale dans les mouvements de dilatation et de rétraction du thorax; 4° dans le cas d'occlusion spontanée ou artificielle de la plaie extérieure, aux signes physiques d'un hémopneumothorax. L'emphysème des parois thoraciques, *il ne faut pas l'oublier*, ne prouve pas la pénétration; on l'a souvent observé dans les plaies non pénétrantes de poitrine où il résulterait de l'aspiration de l'air à travers l'ouverture cutanée, par les contractions des muscles faisant l'office de piston.

Les *plaies du cœur* ont longtemps été considérées, à tort, comme *fatalement* et immédiatement mortelles. Sans doute, lorsque la plaie est pénétrante, qu'elle ouvre *largement* l'une des cavités de l'organe, l'hémorrhagie est tellement abondante que la terminaison est nécessairement et immédiatement fatale. Mais, lorsque la plaie est petite et dirigée obliquement, la vie peut être prolongée pendant un temps considérable. Sur 29 cas de plaies pénétrantes du cœur, relevés par Ollivier et Sanson, deux fois seulement la mort a été instantanée; dans les 27 autres, les blessés n'ont succombé qu'après un temps dont la durée a varié de quatre à vingt-huit jours. Toute blessure du cœur n'est donc pas instantanément mortelle; bien au contraire, la mort subite, en pareil cas, constitue une *très rare exception*, 2 : 27. On sait du reste que le duc de Berry (1820) survécut huit heures à sa blessure. Le blessé peut donc, après avoir été atteint, faire acte de volonté, parler, se déplacer, et il ne tombe pas nécessairement sur place. De plus, comme l'avait indiqué Dupuytren en se

fondant sur la disposition spéciale des fibres musculaires du cœur, toute blessure de cet organe n'est pas *fatalement* mortelle.

Il existe actuellement des observations assez nombreuses de guérison de plaies du cœur, bien plus la guérison a pu s'effectuer malgré la présence d'un corps étranger. Entre autres faits, rapportons la curieuse observation de M. Tillaux : « Un aliéné de Bicêtre, dit-il, s'était introduit dans la région du cœur, une tige de fer mesurant 16 centimètres de longueur. Quand j'arrivai auprès de lui, le corps étranger avait disparu, mais on le sentait avec le doigt soulever vigoureusement la peau à chaque contraction du cœur. A part les battements un peu précipités, il n'existait aucun trouble dans la circulation. Pensant que le morceau de fer faisait bouchon et s'opposait à l'hémorrhagie, je n'osai pas de prime abord, faire d'incision pour le retirer; le lendemain on le sentait à peine, et bientôt on ne le sentit plus; le malade se rétablit complètement, si bien qu'il fit une nouvelle tentative de suicide. Il succomba l'année suivante. La tige de fer avait traversé le bord antérieur du poumon gauche, la paroi postérieure des ventricules, en pénétrant par le bord gauche, et s'était engagé dans le poumon droit. »

Les rapports du cœur avec la paroi thoracique expliquent la fréquence plus grande des lésions traumatiques des cavités droites et plus particulièrement du ventricule droit, que des cavités gauches. Cet organe, en effet, présente trois bords : un bord gauche qui s'étend de l'extrémité sternale du deuxième espace intercostal gauche au cinquième espace du même côté; un bord droit qui va de l'extrémité sternale du deuxième espace intercostal droit à l'insertion sternale du cinquième cartilage droit; un bord inférieur étendu du cinquième cartilage costal droit à la partie inférieure du cinquième espace intercostal gauche. Il en résulte un triangle dont la base repose sur le diaphragme et dont le sommet tronqué est marqué par une ligne étendue du bord inférieur du deuxième cartilage costal droit au bord correspondant du second cartilage gauche. La pointe du cœur correspond à l'angle inférieur gauche de ce triangle. De plus, le cœur est non seulement oblique de droite à gauche dans le sens vertical, mais encore de droite à gauche et d'avant en arrière dans le sens horizontal, si bien que la face antérieure du ventricule droit forme à peu près les quatre cinquièmes de la surface qui se présente, lorsqu'on ouvre le thorax. Voici du reste les résultats de Taylor au point de vue de la fréquence comparative des blessures des diverses cavités de l'organe sur 54 cas :

Le ventricule droit a été atteint.....	29 fois.
» » gauche »	12 »
Les deux ventricules »	9 »
L'oreillette droite... »	3 »
» gauche.. »	1 »
Total.....	54 fois.

La statistique prouve, en outre, que les plaies du ventricule droit sont non seulement les plus fréquentes, mais les plus rapidement mortelles.

Les *plaies du cœur* pourraient être confondues avec des *ruptures spontanées* de l'organe, surtout dans ces cas de contusions de la poitrine qui ne laissent presque pas ou pas de traces extérieures et sur lesquelles nous avons déjà appelé l'attention. Le siège de la rupture, presque toujours à gauche et vers la base, la dégénérescence graisseuse presque toujours avec hypertrophie et lésions valvulaires chroniques, l'absence complète de toute lésion extérieure, permettront de poser le diagnostic.

Une réflexion avant de terminer; les plaies du cœur par instrument piquant peuvent tuer sans que l'abondance de l'hémorrhagie soit capable d'expliquer la mort; celle-ci est alors le résultat soit de la compression, le sang s'étant épanché dans le péricarde, soit d'une syncope.

Les plaies des gros troncs artériels et veineux, aorte, artère pulmonaire, tronc brachio-céphalique, etc., veines-cave supérieure et inférieure, veines pulmonaires sont fatalement et rapidement mortelles. Dans ces hémorrhagies, comme dans les autres hémorrhagies internes, la plus grande partie du sang épanché reste à l'état liquide : il est bien rare qu'on en trouve la moitié coagulée.

Les plaies de l'œsophage dans la portion intra-thoracique déterminent consécutivement la mort, soit par le passage des liquides ou des aliments ingérés dans la cavité pleurale, ce qui détermine une pleurésie suraiguë rapidement mortelle, soit par l'inflammation du médiastin par suite de l'extravasation des mêmes liquides ou aliments dans le tissu cellulaire, lorsqu'il n'y a pas de communication avec la plèvre.

Le *diaphragme* peut être blessé non seulement dans les plaies pénétrantes de poitrine, mais encore dans celles de l'abdomen, ou pour parler plus exactement, dans les plaies pénétrantes de la poitrine et de l'abdomen à la fois. Il suffit pour s'en rendre compte de se rappeler la saillie en forme de voûte que forme du côté du thorax la paroi musculaire qui sépare la cavité thoracique de la cavité abdominale; cette saillie remonte dans l'expiration jusqu'au niveau du quatrième espace intercostal à droite, à cause de la présence du foie, et jusqu'au niveau du cinquième à gauche. Il résulte de là que tout instrument qui pénètre dans les hypochondres au-dessous de ce niveau, doit, pour peu qu'il soit enfoncé assez profondément pour dépasser le sillon circulaire costo-diaphragmatique, pénétrer dans la cavité abdominale. Les *plaies du diaphragme* sont graves non seulement à cause des lésions graves des organes thoraciques ou abdominaux qui les accompagnent presque fatalement, mais encore parce que, lors même que la blessure est en apparence parfaitement guérie au bout de quelque temps, il peut se produire un étranglement soit de l'estomac, soit de l'intestin hernié à travers la plaie. La mort peut ainsi survenir longtemps après la blessure, et il appartient au médecin expert de faire la part qui revient à la blessure même, de celle qui doit être attribuée soit à des imprudences de la victime, soit à des accidents qui ne peuvent être déterminés d'une manière générale. Mais, de toutes les lésions traumatiques du diaphragme, les plus graves sans contredit sont les *ruptures* par contusion qui surviennent dans l'état de distension de l'estomac et des intestins; l'étran-

gement des viscères abdominaux herniés (estomac, côlon transverse, intestin grêle, foie, rate) avec ses conséquences fatales, est alors fort à craindre sinon inévitable. En effet, Devergie rapporte un cas de rupture étendue du diaphragme, dans lequel on trouva à l'autopsie, l'estomac et le côlon dans la poitrine; et cependant le blessé n'avait succombé que neuf mois après l'accident à une maladie indépendante de la blessure. D'autres fois, au contraire, les poumons sont tout à coup comprimés par les organes herniés, la respiration s'arrête et le blessé meurt asphyxié. D'après Devergie, les ruptures du diaphragme se produisent plus souvent pendant l'inspiration, au moment de la contraction du muscle, que pendant l'expiration; elles ont pour siège de prédilection le point d'union du centre aponévrotique avec les parties charnues, et sont plus fréquentes à gauche qu'à droite (*Méd. lég.*, t. II, p. 250).

§ 7. — Blessures à l'abdomen.

A. — Non pénétrantes.

Les blessures par instrument piquant ou tranchant ne sont pas aussi insignifiantes qu'on pourrait se l'imaginer du premier abord. La blessure de l'artère épigastrique peut déterminer une hémorrhagie rapidement fatale. Le phlegmon sous-aponévrotique des parois abdominales peut aussi avoir de graves conséquences, et la suppuration peut entraîner la mort si un traitement chirurgical approprié ne vient en conjurer les dangers. La plupart des auteurs mentionnent encore la péritonite comme relativement fréquente en pareil cas. Il survient en effet souvent, chez les sujets affectés de ce phlegmon, des douleurs abdominales très vives avec vomissements bilieux ou porracés; mais le plus souvent, ce sont là des accidents sympathiques qui n'ont rien à voir avec la péritonite. C'est surtout dans les *contusions* et dans les *plaies contuses* qu'on observe les accidents inflammatoires dont nous venons de signaler la gravité. Les plaies étendues et profondes ont encore, dans cette région, une conséquence grave et qui mérite d'être signalée : la cicatrice qui vient réparer la perte de substance résiste moins que le reste des parois abdominales à la pression des viscères; elle cède devant eux et la hernie ventrale se produit tôt ou tard, si elle ne s'est déjà produite au moment de l'accident, les viscères poussant devant eux la mince couche de tissus qui n'a pas été divisée. La section transversale des muscles abdominaux présente, sous ce rapport, une gravité toute spéciale. Enfin, des contusions en apparence fort simples, qui quelquefois même ne laissent pas de traces extérieures, peuvent déterminer la rupture des viscères intra-abdominaux avec épanchement sanguin, de matières alimentaires ou stercorales dans le sac péritonéal, et produire, dans ces derniers cas, une péritonite suraiguë rapidement mortelle. Nous aurons, du reste, à revenir sur les accidents quelquefois bizarres de ces ruptures, en passant en revue chacun des organes abdominaux en particulier à propos des plaies pénétrantes. Mais, avant d'en finir avec les plaies non pénétrantes, nous

devons signaler un fait qui, quoique rare, mérite d'être connu; c'est qu'un épanchement sanguin dans les muscles de l'abdomen n'est pas toujours le résultat d'une violence traumatique; des tumeurs sanguines, des *hématomes* de la gaine du muscle grand-droit de l'abdomen ont été plusieurs fois observés, notamment dans la convalescence de la fièvre typhoïde (*voy. Labuze, Th. inaug.*, 1871). Or, on sait d'un autre côté, que la *mort subite* a été signalée dans plusieurs cas de convalescence de cette maladie (*Dieulafoy, Th. inaug.*). Une coïncidence, en pareil cas, ne pourrait-elle pas faire prendre pour une mort naturelle, le résultat d'un crime? La chose n'est guère probable; mais elle n'en mérite pas moins d'être signalée, d'autant plus que l'*hématome* des muscles abdominaux n'est probablement pas le privilège exclusif de la fièvre typhoïde. Quoi qu'il en soit, l'épanchement sanguin morbide (*hématome*) se distingue facilement de l'épanchement sanguin traumatique; dans le premier cas, le muscle et les artères qui le nourrissent sont malades, dégénérés; dans le second, ils sont sains.

B. — Pénétrantes.

Les blessures pénétrantes de l'abdomen sont généralement graves, à cause des lésions presque inévitables des organes abdominaux. Lorsque, par hasard, aucun d'eux n'est atteint, lorsque de plus il n'y a pas hernie des intestins, elles ne présentent pas plus de gravité que les plaies profondes non pénétrantes, dont on ne devra pas *faire la sottise* de vouloir les distinguer à toute force en introduisant des instruments explorateurs. La péritonite est cependant plus à redouter; mais elle reste le plus souvent plus ou moins localisée.

Les *plaies et ruptures du foie*, lorsqu'elles intéressent en même temps la veine-porte ou la veine-cave, produisent la mort instantanément; on trouve toujours alors le sang en très grande partie à l'état liquide avec peu ou point de caillots. En dehors de cette complication, le blessé ne succombe qu'après quelque temps aux progrès de l'hémorrhagie des ramifications de la veine-porte ou des veines sus-hépatiques; on en a même vu résister pendant plusieurs jours et succomber à la production d'une nouvelle hémorrhagie déterminée, soit par un coup, soit par un effort. Mais, en général, les ruptures étendues du foie amènent la mort dans les quarante-huit heures. Lorsque les plaies ou les ruptures sont moins étendues, la mort peut ne survenir que beaucoup plus tard et être la conséquence, soit d'une péritonite consécutive à un épanchement de pus dans le péritoine, soit de l'épuisement causé par l'écoulement de la bile par une fistule biliaire.

Les *plaies et ruptures de la vésicule biliaire* donnent lieu à une péritonite suraiguë rapidement mortelle, par suite de l'épanchement de la bile dans le péritoine.

Les *plaies et ruptures de la rate* donnent lieu à une hémorrhagie mortelle au bout de quelques heures seulement; comme celles du foie et des reins, elles ne donnent souvent lieu d'abord qu'à des symptômes insignifiants ou nuls. Le malade peut se mouvoir, il peut marcher, il rentre chez lui ou à

l'hôpital, et rien n'indique la gravité d'une lésion qui va déterminer la mort le lendemain ou le surlendemain.

Les reins, moins souvent rompus que le foie et la rate, présentent ceci de spécial qu'ils peuvent être blessés par la région lombaire, sans qu'il y ait plaie pénétrante de la cavité péritonéale; dans ces circonstances, les plaies des reins ne présentent pas la gravité des plaies du foie et de la rate; elles guérissent même souvent, mais en laissant après elles des fistules urinaires incurables, etc.

Les plaies des voies urinaires et celles de la vessie en particulier tuent par péritonite suraiguë, lorsqu'il y a épanchement d'urine dans la cavité péritonéale; ou bien elles exposent à tous les dangers, dangers presque toujours mortels, de l'infiltration d'urine profonde. Dans l'état de vacuité, la vessie ne dépasse pas le bord supérieur de la symphyse pubienne, ce n'est donc que dans l'état de distension plus ou moins prononcée qu'elle peut être atteinte par une plaie de la région hypogastrique, à moins que l'instrument vulnérant ne soit enfoncé obliquement. Dans les plaies par armes à feu, l'épanchement d'urine ne survient souvent que quelques jours après l'accident, au moment de la chute de l'eschare déterminée par le choc du projectile, des adhérences se sont alors déjà établies entre les deux feuilletts du péritoine, ce qui empêche l'épanchement de l'urine dans la cavité abdominale et réduit les conséquences de la blessure à une fistule urinaire, qui, quelquefois, se ferme en même temps que la plaie extérieure se cicatrise, mais qui, le plus souvent, persiste et triomphe des efforts de la chirurgie. Enfin, il ne faut pas oublier que la vessie est plus souvent que tout autre organe le siège de ruptures spontanées par suite, soit de paralysie, soit d'ulcérations ou de ramollissement, soit de rétrécissement de l'urètre; ajoutons que chacun de ces états peut amener la rupture de l'organe sous l'influence d'une cause traumatique qui, sans cela, aurait été incapable de la produire. Le médecin expert ne devra donc jamais négliger, dans un cas de rupture de la vessie, de s'assurer par un examen attentif de l'existence ou de l'absence de ces conditions morbides.

Les mêmes précautions doivent être prises pour l'estomac et les intestins, dont les plaies et les ruptures, à moins qu'il ne s'agisse d'instruments piquants ou de plaies de peu d'étendue, déterminent la mort par épanchement dans la cavité abdominale des gaz ou des substances alimentaires ou stercorales. Cependant, si une hernie plus ou moins volumineuse a amené au dehors la portion d'intestin blessé, le pronostic *quoad mortem* n'est pas plus grave que dans une plaie pénétrante simple de l'abdomen. Mais il y a à redouter une conséquence excessivement grave, d'autant plus grave que la plaie siège plus près de l'estomac, c'est la persistance d'un anus contre nature.

VI. — BLESSURES DES ORGANES GÉNITAUX

§ 1. — Chez l'homme. — Castration.

Toute personne coupable du crime de castration subira la peine des

travaux forcés à perpétuité. Si la mort en est résultée avant l'expiration des quarante jours qui auront suivi le crime, le coupable subira la peine de mort (Code pénal, art. 316). *Néanmoins, le crime de castration, s'il a été provoqué par un outrage violent à la pudeur, sera considéré comme blessure ou meurtre excusable* (Code pénal, art. 325).

Par le mot *castration*, le législateur n'a pas entendu seulement l'ablation des testicules; car, d'après un arrêt de la cour de cassation du 1^{er} septembre 1814, le crime de castration est accompli chaque fois qu'a lieu l'amputation d'un organe quelconque nécessaire à la génération. Ainsi, l'amputation complète de la verge, avec conservation des testicules, constitue la castration. Et, d'après l'art. 2 du code pénal, le crime existe du moment où les parties génitales ont été, en totalité ou en partie, l'objet d'une amputation ou de blessures volontaires tendant à une amputation.

Nous n'avons pas à faire l'histoire de la castration dans les diverses sociétés qui ont précédé la nôtre, ou dans les pays encore plus éloignés de nous par les mœurs que par la distance. Tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'elle a à peu près entièrement disparu, même de nos mœurs criminelles, et qu'elle s'observe aujourd'hui plus souvent comme acte de folie ou de fanatisme que comme tentative criminelle. Elle est dangereuse et peut même occasionner la mort par hémorrhagie des vaisseaux du cordon.

Les plaies de la verge présentent le même danger et laissent après elles, lorsqu'elles sont incomplètes et qu'elles guérissent, une érection plus ou moins défectueuse, ou encore des brides ou des rétrécissements du canal de l'urètre.

§ 2. — Chez la femme.

Le crime de castration chez la femme n'est guère possible (Morin). L'enlèvement des ovaires constitue, en effet, une des opérations les plus graves de la chirurgie.

Les plaies de l'utérus, hors l'état de grossesse, sont elles-mêmes excessivement rares; mais on a souvent à constater des violences du côté des organes génitaux externes; nous en avons déjà longuement parlé au chapitre des attentats aux mœurs; nous n'avons donc pas à y revenir. Tout ce que nous ferons remarquer ici, c'est la gravité exceptionnelle que présentent souvent des plaies en apparence insignifiantes de cette région chez des femmes grosses ou qui viennent d'accoucher. La congestion extraordinaire des parties, le développement extraordinaire du système veineux expliquent assez le danger des hémorrhagies si difficiles à arrêter en pareil cas, et la phlébite qui peut en résulter.

Les skoptzy. — Il existe en Russie une secte religieuse, les skoptzy ou chartrés, dont l'origine remonte à plus d'un siècle; malgré les rigueurs de la loi qui les condamne aux travaux forcés ou à la déportation dans les provinces les plus reculées, leur nombre va toujours en croissant. Ces malheureux fanatiques