

pratiquent sur eux-mêmes les mutilations les plus barbares. Sur les hommes : amputation de la verge, des testicules, du scrotum; sur les femmes : amputation d'un ou de deux mamelons, ou bien d'un ou de deux seins entiers; ablation des petites lèvres, du clitoris et de l'extrémité supérieure des grandes lèvres (voir pour plus de détails le travail de M. Teinturier, 1877). Toutes ces mutilations constituent bien une véritable castration chez l'homme. Chez la femme, il n'en est pas de même, puisque la grossesse a pu néanmoins être observée.

VII. — BLESSURES DES MEMBRES

Les blessures des membres ne nous arrêteront pas longtemps, un paragraphe spécial devant être consacré aux contusions, aux fractures des os et aux lésions traumatiques des articulations. D'un autre côté, nous avons déjà parlé des plaies par écrasement. Nous n'avons donc à signaler ici que certains accidents traumatiques qui, par leur fréquence absolue ou relative et leur gravité, méritent une mention spéciale. Nous voulons parler : 1° des anévrysmes artérioso-veineux du pli du coude consécutifs aux plaies par instrument piquant et plus particulièrement aux piqûres de lancette; 2° des plaies artérielles du poignet et de la paume de la main trop souvent impossibles à arrêter ou qui obligent à recourir à la ligature de l'artère humérale, opération dont tout le monde connaît la gravité; 3° des phlegmons diffus si fréquents après ces plaies; 4° de la gravité des contusions et surtout des plaies contuses des bourses séreuses, ainsi que du phlegmon diffus qui les accompagne si souvent; 5° de la fréquence relative du tétanos dans les plaies des extrémités ou des articulations.

VIII. — BLESSURES DES OS. — CONTUSIONS ET FRACTURES

Les contusions des os sont souvent suivies d'ostéites ou d'ostéo-périostites, mais ordinairement, chez l'adulte, l'inflammation reste localisée et n'entraîne pas de dangers. Il n'en est pas de même dans la seconde enfance et dans l'adolescence, ou encore chez des personnes convalescentes de fièvres graves; elles peuvent alors être la cause déterminante d'une affection à laquelle sa gravité a fait donner le nom de *typhus des membres*, et qui est plus généralement connue sous les noms de *périostite phlegmoneuse diffuse*, *ostéo-périostite juxta-épiphysaire*, *ostéo-périostite inter-diaphyso-épiphysaire*, etc., affection la plus souvent mortelle et dont l'apparition peut être retardée jusqu'à une époque plus ou moins éloignée (de quatre à quarante jours) de l'action de la cause déterminante.

Nous n'avons pas à faire ici l'histoire des *fractures* des os. Tout ce qu'il importe de savoir au médecin légiste, c'est qu'il se tromperait lui-même et qu'il tromperait la justice en s'en rapportant aux données par trop favorables

qui se trouvent consignées dans les livres de chirurgie. Une fracture de jambe ne peut pas être considérée comme guérie au bout de quarante jours, pas plus qu'une fracture de l'extrémité inférieure du radius au bout de trente jours. La consolidation est faite, il est vrai, mais on conviendra qu'elle est encore trop imparfaite pour permettre au blessé l'usage du membre et l'exercice d'une profession active. Voici, du reste, d'une manière approximative, l'époque à laquelle la guérison définitive peut être prévue dans les différentes fractures, dans les circonstances les plus favorables :

1° Fractures du corps du fémur.....	3 mois à 4 mois, chez les vieillards.
2° Fractures du col (la claudication persistante est de règle).....	5 mois ou davantage.
3° Fractures de l'extrémité inférieure....	3 à 4 mois, à cause de la roideur articulaire du genou qui est à peu près inévitable.
4° Fracture de la rotule (consolidation toujours fibreuse).....	3 à 4 mois.
5° Fracture de jambe (roideur articulaire du cou-de-pied).....	2 à 3 mois.
6° Fracture du tibia.....	2 mois à 2 mois 1/2.
7° Fracture du péroné.....	2 mois.
8° Fractures des deux malléoles.....	2 à 3 mois à cause de la roideur inévitable de l'articulation tibio-tarsienne.
9° Fractures du corps de l'humérus.....	50 jours à 2 mois.
10° Fractures du col de l'humérus.....	2 à 3 mois, avec roideur de l'articulation de l'épaule.
11° Fractures de l'extrémité inférieure....	2 à 3 mois, à cause de la roideur de l'articulation du coude.
12° Fracture de l'avant-bras.....	50 jours à 2 mois.
13° Fracture de l'extrémité inférieure du radius.....	2 mois à 2 mois 1/2, à cause de la roideur du poignet.

Quant aux fractures comminutives, fractures compliquées, les conséquences plus ou moins graves dépendent tellement des particularités que présente chaque cas, qu'il est impossible d'en rien dire d'une manière générale.

Les fractures laissent souvent après elles non seulement des infirmités passagères (roideurs articulaires, etc.), mais encore des infirmités définitives, telles que raccourcissements, etc., dont l'importance doit être appréciée avec un soin rigoureux, surtout lorsqu'il s'agit des membres inférieurs.

IX. — BLESSURES DES ARTICULATIONS

Les contusions des articulations laissent souvent après elles des roideurs articulaires plus ou moins prononcées, surtout lorsqu'en vertu de dispositions anatomiques spéciales, l'articulation contuse reste longtemps dans une immobilité plus ou moins complète. C'est ce qu'on observe surtout à l'épaule.

Les *plaies* des articulations sont souvent sans gravité lorsqu'elles sont peu étendues; mais lorsqu'elles sont étendues, l'arthrite consécutive met en danger

la vie du blessé (suppuration) ou laisse après elle une ankylose plus ou moins complète.

Les *entorses* et les *luxations* ne présentent rien qui ne doive être déjà connu de celui qui entre dans la carrière de la médecine légale.

Nous avons à peine besoin de signaler comme conséquence fréquente des luxations et de tous les traumatismes articulaires, en général, la fréquence des ankyloses incomplètes, des atrophies musculaires, des paralysies localisées et la terminaison par tumeur blanche, chez les sujets prédisposés.

X. — MANIÈRE DE CONDUIRE L'EXPERTISE

L'objet de la mission de l'expert et, jusqu'à un certain point, la conduite à suivre se trouvent définis par les termes mêmes dont se sert le magistrat qui fait appel à ses lumières, en le chargeant : 1° de visiter le blessé et de reconnaître l'état où il se trouve; 2° de constater la nature des blessures; 3° leurs causes; 4° les conséquences qu'elles pourront avoir, ou, en cas de mort, de procéder à l'examen du cadavre, déterminer les causes de la mort et dire si elle est la suite des blessures; 5° d'établir les circonstances dans lesquelles les coups ont été portés (Tardieu).

1° Lorsqu'il s'agit de procéder à l'examen d'un individu qui est encore vivant, le médecin requis doit le faire de suite, parce que l'examen est bien plus facile avant l'apparition de la tuméfaction ou l'application d'un appareil.

Il commencera par se faire rendre compte des circonstances qui ont accompagné, précédé ou suivi la blessure. Il examinera ensuite avec soin les vêtements que portait le blessé, les ouvertures accidentelles qui y existent et les taches dont ils seront souillés; il s'assurera si les solutions de continuité faites aux vêtements correspondent ou ont pu correspondre dans telle ou telle attitude du corps aux blessures faites aux téguments. Il déterminera avec soin quelle est l'espèce de la blessure, si c'est une contusion, une plaie, une fracture, une luxation, une rupture, etc., il notera la situation, l'étendue, la profondeur des parties intéressées; la direction, la forme de la blessure. Des caractères de la blessure ainsi examinée, il cherchera autant que possible à déduire quelle a dû être la nature ou même la forme de l'instrument vulnérant, et, dans certains cas, de répondre à la question qui lui est faite, si les lésions par lui constatées *ont pu* être produites, et non pas *ont été* produites, par tel instrument qui aura été saisi par la justice et qui figurera parmi les pièces à conviction.

Il pourra, dès sa première visite, déclarer le temps nécessaire pour la guérison, *sauf le cas de circonstances imprévues*, restriction que la prudence lui impose, s'il ne veut pas s'exposer à recevoir des faits le démenti le plus brutal.

Dans les cas de blessure grave, il exposera son opinion sur les dangers que court le blessé et sur l'issue probable de l'accident. Il cherchera, autant que possible, à faire la part qui revient à la blessure même, ou à des imprudences

commises par le malade, ou bien à un traitement defectueux dans les accidents qui surviendront et dans la terminaison par la mort ou par infirmité. Car, comme l'a dit avec raison Fodéré « tout ce qui ne dépend pas proprement de la nature de la blessure ne saurait être imputé à son auteur. » Ainsi les infirmités résultant d'une fracture simple mal réduite, d'une luxation méconnue et non réduite, etc., ne sauraient sans injustice, être mises sur le compte de l'homme qui s'est rendu coupable de blessure volontaire ou par imprudence; on sait, d'un autre côté, avec quelle facilité les os se rompent dans certains états morbides, *friabilité*, *dégénérescence graisseuse*, *ostéosarcomes*, etc.; le médecin expert doit nécessairement en pareil cas, appeler sur ce point l'attention de la justice surtout, et déclarer si oui ou non la violence extérieure eût été assez forte pour produire une fracture dans l'état normal.

S'il s'agit d'une question de dommages-intérêts, la profession du blessé devra être prise en grande considération; car telle lésion peu préjudiciable à l'un, peut être la cause d'une perte considérable pour l'autre. Le blessé sera-t-il obligé de renoncer à sa profession, pourra-t-il en embrasser une autre qui soit aussi lucrative, tels sont les deux points principaux que l'expert est appelé à résoudre. De sa réponse dépendra le plus souvent l'importance de la somme qui sera allouée en dommages-intérêts.

Enfin l'expert doit encore chercher à quelle époque remonte la blessure, dans quelles circonstances elle a été faite, dans quelle position relative du blessé et de l'agresseur les coups ont été portés; dans quel ordre les blessures ont été faites, si elles sont le résultat d'un accident, d'un suicide ou d'un crime, autant de questions qui seront mieux à leur place dans le paragraphe suivant.

2° Dans l'examen des blessures après la mort, le médecin expert fera comme ci-dessus la description des vêtements, du siège, de l'étendue et de la profondeur de la blessure, en suivant successivement et dans un ordre déterminé chacune des régions du corps. Il devra éviter avec soin, dans une blessure quelconque, d'inciser les bords de la plaie dans la crainte de détruire les rapports nouveaux qui sont le résultat de l'instrument vulnérant; il devra au contraire laisser la plaie intacte, détacher les tissus à cinq ou six centimètres autour d'elle, les disséquer par couches, en pénétrant jusque dans la cavité viscérale ou jusqu'aux os. On reconnaît alors si la blessure a intéressé des organes essentiels à la vie et quels ont été les vaisseaux ouverts par l'instrument ou par le projectile dans le trajet qu'il a parcouru.

De plus, l'examen même de la blessure ou des blessures, quelque graves qu'elles soient d'ailleurs, ne doit jamais suffire. L'autopsie doit toujours être complète, si l'on ne veut s'exposer à s'entendre dire par la défense qu'il serait possible après tout, que la mort du blessé eût été causée par quelque lésion indépendante de la blessure. Enfin l'attention devra toujours être éveillée sur la coïncidence possible d'un empoisonnement dont le meurtrier n'aurait pas eu la patience d'attendre les résultats.

Nous nous sommes déjà longuement étendu, à propos de la contusion, sur