

blessé, de sa constitution, de sa profession. Toutes ces circonstances ne changent pas la matérialité du fait, mais elles peuvent influencer sur le jugement des magistrats et des jurés, et atténuer ou aggraver la position du coupable.

Nous allons énumérer les diverses fractures des os qui composent le thorax, en insistant sur les complications fâcheuses qui les rendent mortelles ou qui prolongent la durée de la maladie.

Les *fractures* simples des *côtes* et sans déplacement des fragments se consolident facilement et sans danger; mais s'il y a des esquilles et qu'elles soient déplacées et enfoncées en dedans, elles peuvent déchirer la plèvre ou le poumon, et déterminer des accidents graves.

La *luxation* de l'extrémité sternale de la *clavicule* résulte le plus souvent d'un choc qui a frappé l'épaule d'avant en arrière; on la reconnaît à la saillie que forme en avant l'extrémité libre et à la dépression de l'épaule. La luxation de l'extrémité humérale est caractérisée par la saillie de l'épaule, la mobilité de la clavicule; on obtient sa réduction en portant la tête de l'humérus de bas en haut et de dedans en dehors; mais on ne maintient que très difficilement les surfaces articulaires, et il en résulte fréquemment une difformité.

La *fracture du sternum* n'est pas une maladie grave s'il n'y a pas de déplacement des fragments, et si la contusion n'a pas été violente; la mort peut être au contraire instantanée, si les poumons ou le cœur sont déchirés par suite de la commotion, de l'enfoncement des fragments.

Les *fractures des vertèbres* sont toujours très graves et souvent mortelles. La commotion ou la contusion de la partie intérieure de la moelle épinière déterminent une paralysie temporaire ou définitive des extrémités inférieures, de la vessie et du rectum; si la fracture occupe la région cervicale, l'asphyxie peut être immédiate par la paralysie des muscles inspirateurs.

Les *fractures des os des iles* n'ont lieu que par suite de contusions très violentes ou de chutes d'un lieu élevé; elles sont très difficiles à reconnaître en raison de l'épaisseur des parties molles; elles sont fréquemment mortelles, par la commotion de la moelle ou la déchirure des vaisseaux et des viscères contenus dans le bassin.

Blessures des membres. — Ces blessures, quoiqu'elles n'intéressent point les organes essentiels à la vie, sont quelquefois fort graves et même mortelles, malgré les secours les plus prompts. Les lésions de l'artère ou de la veine crurale au pli de l'aîne sont dans ce dernier cas; celles des artères fémorale, poplitée, brachiale, sont toujours suivies d'accidents sérieux.

La blessure des nerfs s'accompagne de douleurs d'autant plus vives que leur section n'a pas été complète; et elles causent des phénomènes convulsifs ou une perte de sensibilité souvent longs à disparaître, quelquefois suivis du tétanos (1).

Les contusions et les plaies des membres présentent les différents degrés de gravité que nous avons étudiés. Il suffit de se rappeler ce que nous avons déjà dit.

Pour compléter ce qui est relatif aux lésions des os ou des articulations, nous allons énumérer celles des extrémités supérieures et inférieures.

Les *fractures* du corps de l'*omoplate*, celles de l'apophyse acromion et de l'angle inférieur, ne sont point graves par elles-mêmes et guérissent promptement. Celles de l'apophyse coracoïde, et celles du col qui supporte la cavité glénoïde, sont au contraire très graves, parce qu'elles sont constamment accompagnées de contusions profondes, d'écrasement des parties molles voisines, ou de lésions des organes thoraciques. Si le blessé ne succombe pas, une gêne plus ou moins considérable des mouvements de l'arti-

(1) J. DESCOT, *Thèse inaugurale sur les blessures des nerfs*. 1822.

culatation, ou même l'atrophie et la paralysie du membre, sont les suites ordinaires de ces fractures.

Les fractures simples du corps de l'humérus se consolident vers le cinquantième jour; celles du col de cet os, que l'on pourrait considérer quelquefois pour une simple luxation, sont presque toujours produites par un coup sur la partie supérieure et externe du bras; mais elles peuvent arriver aussi par un contre-coup, lors d'une chute sur le coude ou sur la main, le bras étant écarté du tronc. Cette fracture est plus grave que celle du corps de l'os, parce qu'elle se complique de contusion profonde; et souvent, malgré les soins les mieux entendus, il reste de la difformité et de la gêne dans les mouvements de l'articulation. La consolidation est toujours plus difficile et plus longue.

La fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus est également grave, et laisse souvent une fausse articulation: dans ce cas, la mobilité contre nature, la difformité et l'infirmité qui en résultent, varient suivant le mode et la direction de la fracture.

Les fractures de l'olécrâne résultent de coups ou de chute: lorsqu'elles sont simples elles guérissent facilement; mais elles se compliquent souvent de lésions de l'articulation, et sont suivies d'ankyloses.

Les fractures du cubitus, ou du radius, ou de ces deux os ensemble sont assez communes, et se consolident assez rapidement. Les fractures des os de la main ne sont produites que par écrasement ou par les projectiles d'armes à feu; dans tous les cas elles sont fort graves, et peuvent nécessiter l'amputation.

Les luxations de l'humérus sont le plus ordinairement le résultat d'une chute, dans laquelle le coude, étant écarté du corps, appuie fortement sur le sol ou sur un corps résistant; cependant cette luxation peut aussi avoir lieu lorsqu'un coup violent a porté sur le moignon de l'épaule. La luxation peut avoir lieu en bas, en avant ou en arrière.

Dans la luxation en bas, qui est la plus fréquente, la tête de l'humérus fait dans le creux de l'aisselle une tumeur arrondie, saillante, non anguleuse; l'angle inférieur de l'omoplate est entraîné en dedans; l'épaule et le coude du bras luxé, vus postérieurement, paraissent plus bas qu'à l'autre membre; le coude ne peut être rapproché du corps. Lorsque la luxation est en dedans, le coude est très écarté du corps, la tête de l'humérus fait saillie sous l'apophyse coracoïde plutôt que dans le creux de l'aisselle; il y a aplatissement très prononcé du deltoïde en arrière. Dans la luxation en arrière, le bras est dirigé en avant et en dedans; c'est aussi en avant qu'est la dépression du deltoïde; la saillie de la tête de l'humérus est en dehors de l'angle antérieur de l'omoplate, au-dessous de la base de l'acromion.

La luxation de l'avant-bras dans l'articulation huméro-cubitale a lieu le plus ordinairement en arrière, et résulte d'une chute sur la paume de la main, l'avant-bras étant un peu fléchi sur le bras. Cette luxation, qui pourrait en imposer, dans certains cas, pour une fracture de l'humérus, guérit en peu de temps, lorsqu'elle est exempte de complication: dès le huitième ou dixième jour, on commence à faire exécuter à l'articulation quelques mouvements pour prévenir l'ankylose. Le plus ordinairement on la reconnaît à la tuméfaction des muscles biceps, brachial et brachial antérieur, à la saillie que fait en arrière l'olécrâne, et à celle que font en devant les deux condyles de l'humérus. Mais souvent il y a en même temps déchirure de l'artère brachiale et du nerf médian.

La luxation du poignet en dehors ou en dedans résulte d'un coup sur le côté de la main, d'une chute, ou d'un renversement brusque sur l'une des parties latérales de l'avant-bras. Si la luxation a lieu en avant, la main est étendue, le carpe fait saillie en avant, les doigts sont fléchis; lorsqu'elle a lieu en arrière, le corps fait saillie de

ce côté, et les muscles extenseurs sont fortement tendus.

Les *fractures du corps du fémur* résultent souvent d'une violence directe, mais quelquefois aussi elles ont lieu par contre-coup, dans les chutes sur les pieds ou sur les genoux. La consolidation est complète ordinairement du trentième au quarantième jour chez les enfants, du cinquantième au soixantième chez les adultes, et seulement vers le soixante-dixième chez les vieillards : mais, quelque bien appliqué qu'ait été l'appareil, il arrive fréquemment que le membre blessé reste plus court que l'autre, et, dans tous les cas, le blessé ne doit marcher pendant assez longtemps qu'à l'aide de béquilles.

Une chute sur les pieds ou sur les genoux peut aussi fracturer le *col du fémur* : néanmoins, sur 30 fractures du col observées par Desault, 24 dépendaient d'une chute sur la hanche. Même dans leur plus grande simplicité, les fractures du col du fémur ont été longtemps regardées comme incurables : du moins est-il certain qu'il y a presque toujours raccourcissement du membre et claudication. Cependant, Dupuytren a prouvé qu'on pouvait obtenir une consolidation complète et sans raccourcissement, mais qu'il fallait pour cela que le blessé séjournât dans l'appareil pendant 120 à 130, et même 140 jours. — Quelquefois la forme des surfaces fracturées est telle qu'elles ne se séparent point immédiatement, et que le blessé peut encore marcher plus ou moins longtemps, et même pendant plusieurs jours, avant que leur déplacement ait lieu.

La fracture de l'extrémité inférieure du fémur est beaucoup moins grave, et ne demande guère plus de temps pour sa guérison que celle du corps de l'os.

Les *contusions du genou* exigent un repos très longtemps continué, et peuvent avoir les suites les plus graves, lorsqu'elles ont été traitées avec soin. Un coup violent sur le genou peut déterminer une tumeur blanche de cette articulation ; mais, dans ce cas, la violence n'est le

plus souvent que la cause occasionnelle de la maladie : la mauvaise constitution du blessé en est la cause déterminante ; les plaies du genou avec pénétration dans l'articulation sont graves en raison de l'inflammation qui ne manque pas de s'y développer.

La fracture de la rotule peut être produite par une contraction trop brusque des muscles extenseurs. Elle est alors presque toujours transversale. Quelle que soit la cause de la fracture, la consolidation de l'os n'est complète qu'au bout de plusieurs mois.

Les *fractures de la jambe*, c'est-à-dire du tibia et du péroné à la fois, sont plus fréquentes que celles d'un des deux os seulement. Elles sont ordinairement l'effet d'un coup porté directement sur le corps de ces os, et elles ont le plus souvent lieu à peu de distance au-dessus des malléoles. Quelquefois le tibia seul est fracturé, et le blessé peut continuer de marcher, les fragments étant maintenus en rapport par le péroné ; mais souvent aussi, le péroné, incapable de supporter le poids du corps, se rompt à son tour. Le diagnostic des fractures du tibia exige, par conséquent, dans certains cas, une très grande attention.

La fracture du péroné peut arriver soit que le pied ait été violemment tourné en dedans, soit qu'au contraire son bord externe ait eu à supporter tout le corps. Dans le premier cas (lorsque le pied a tourné en dedans), son bord externe refoule le péroné de bas en haut, et cet effort tendant à exagérer sa courbure le fait éclater. Dans le second cas, l'extrémité inférieure de l'os est fracturée par l'effort de traction qu'exercent sur elle les ligaments distendus. Ces fractures peuvent avoir lieu dans la moindre chute, et ne dépendent souvent que d'une position accidentelle du pied, circonstance qui doit être prise en considération.

Les fractures de la jambe ne se consolident que vers le quarante-cinquième ou le cinquantième jour ; ce n'est qu'au bout de ce temps que le blessé peut commencer à marcher

avec des béquilles, et en prenant de grandes précautions. La consolidation est à peu près aussi longue, lors même qu'il n'y a qu'un seul os de fracturé.

Les luxations du fémur, du tibia, du péroné, ont lieu moins souvent que celles du membre supérieur; elles entraînent toujours une maladie de plusieurs mois.

DES BRULURES.

Les brûlures ne sont considérées par la loi que comme des blessures ordinaires, soit qu'elles résultent du contact d'un corps en ignition, ou qu'elles soient produites par des agents chimiques. Dans un rapport, il faut préciser les désordres qui ont eu lieu, et les décrire avec soin.

Nous ne rappellerons ici que très succinctement les signes principaux des cinq degrés de brûlures adoptés par Dupuytren.

1^{er} degré. Rubéfaction de la peau, s'effaçant sous le doigt. Douleur vive, qui disparaît en quelques jours.

2^e degré. L'épiderme est soulevé et forme des phlyctènes pleines de sérosité citrine.

3^e degré. Le corps muqueux et la surface papillaire du derme sont détruits.

Le 4^e degré est caractérisé par la désorganisation de toute l'épaisseur du derme, qui se détache par escarres au bout de plusieurs jours, et laisse à découvert une plaie irrégulière profonde, dont la guérison s'accompagne souvent de difformités et de gêne dans les mouvements selon la partie qui en est le siège.

5^e degré. La brûlure intéresse toute la profondeur de la partie qui est carbonisée, et nécessite son ablation. Le pronostic de ces brûlures dépend de leur intensité, de leur étendue, et de la douleur qui les accompagne. La réaction inflammatoire, et surtout l'abondance de la suppuration, augmentent beaucoup leur gravité. Les deux der-

niers degrés entraînent presque constamment des difformités ou des infirmités.

Une question fort importante est celle de savoir comment on peut distinguer une brûlure faite pendant la vie de celle qui aurait eu lieu après la mort. Le professeur Christison a fait, pour résoudre cette importante question, des expériences (1) d'où il résulte ce qui suit :

De tous les effets qui suivent l'application de la chaleur au corps vivant, le plus immédiat est le développement d'une rougeur plus ou moins étendue. Ensuite se forme une ligne d'un rouge vif, étroite, séparée du point où siège la brûlure par un espace d'un blanc mat, bornée de ce côté par une ligne de démarcation bien nette, et se fondant insensiblement de l'autre côté avec la rougeur non circonscrite, mais ne disparaissant pas comme elle sous une pression modérée. Cette ligne rouge se montre constamment au bout de quelques secondes : elle peut avoir 3 à 6 lignes de largeur; elle est située autour de l'escarre et à peu de distance de son bord, et elle persiste quelque temps après la mort. Lorsque le corps qui a produit la brûlure est un liquide, les phlyctènes se montrent ordinairement au bout de quelques minutes; quelquefois cependant, surtout chez les enfants, il n'y a pas de traces de vésication, même au bout de quelques heures. Si la brûlure a été produite par un corps solide, la vésication est encore moins constante. Le plus souvent, au contraire, elle se manifeste très promptement après une brûlure ordinaire, par exemple lorsque le feu a pris aux vêtements.

Ces deux phénomènes : 1^o la formation d'une ligne étroite, rouge, entourant la partie brûlée et non susceptible de disparaître sous la pression du doigt; 2^o les phlyctènes remplies de sérosité, sont les seuls qui, apparaissant immédiatement après l'accident, persistent sur le cadavre. Le

(1) *Annales d'Hygiène et de Méd. lég.*, t. VII, p. 148.

premier est constant; le second n'est observable qu'autant que la mort n'a pas suivi de trop près l'accident; et il est, comme nous venons de le dire, moins constant que le premier. *Ces phénomènes, premiers effets de la réaction vitale, n'ont point lieu lorsque le calorique est appliqué sur un cadavre*, pour peu qu'il se soit écoulé quelques minutes depuis la mort: on doit donc les considérer comme des signes certains que la brûlure a eu lieu pendant la vie.

M. Devergie (1) prétend qu'une brûlure faite pendant la vie ne laisse pas toujours des traces de son existence après la mort. Cette remarque ne peut s'appliquer sans doute qu'à une brûlure tellement légère que la peau ait été à peine rubéfiée.

M. Leuret a publié (2) une observation qui mérite plus d'attention: un réchaud appliqué 24 heures après la mort sur la peau d'un cadavre *infiltré*, a fait paraître des phlyctènes remplies d'une sérosité rougeâtre; mais il n'y avait pas de phlyctènes, si la partie brûlée n'était pas infiltrée.

Les brûlures qui sont le résultat de caustiques ont des caractères physiques très variables et qui n'ont pas encore été décrits avec soin; Baruel (3) a indiqué les procédés à employer pour reconnaître et distinguer entre elles les taches jaunes des tissus faites par l'acide nitrique, l'iode ou la bile, et qui consistent à verser quelques gouttes de solution concentrée de potasse sur la partie tachée, qui devient rouge pourpre si elle est due à l'acide nitrique, se décolore immédiatement si elle est produite par l'iode, et enfin conserve sa nuance jaune si elle est formée par de la bile.

Mais les escarres consécutives à des brûlures par les acides sulfurique, chlorhydrique, par la potasse concentrée, sont difficilement distinguées entre elles, et, nous le répétons,

(1) DEVERGIE, *Médecine légale*, 1^{re} édit., p. 172, t. II.

(2) *Ann. d'Hyg. et de Méd. légale*, t. XIV, p. 370.

(3) *Annales d'Hygiène*, t. I, p. 270.

des expériences directes ou des faits bien observés manquent complètement.

Sous le rapport chirurgical et pour le pronostic, ce que nous avons dit précédemment sur les cinq degrés de brûlures s'applique à cette espèce de blessures.

DE LA COMBUSTION HUMAINE SPONTANÉE.

On désigne sous ce nom un phénomène assez rare, mais dont l'authenticité est démontrée aujourd'hui. La possibilité de la combustion d'une partie ou de la totalité du corps par le contact momentané d'une substance en ignition, et même, comme quelques uns le prétendent, sans l'action de cette cause, mérite l'attention des hommes de la science, et particulièrement des médecins légistes. En 1725, Lecat fit proclamer l'innocence d'un habitant de Reims, nommé Millet, qui avait été accusé d'avoir assassiné sa femme et de l'avoir brûlée. Ce médecin démontra que la mort avait été l'effet d'une combustion spontanée. Le docteur Duncan (1), en Écosse, fit acquitter deux hommes sur lesquels pesait une pareille accusation.

La cause de ce singulier phénomène n'est pas encore reconnue, et les hypothèses pour l'expliquer ont varié avec les auteurs (2). Marc (3) supposait chez certains individus la sécrétion et l'accumulation d'un gaz inflammable dans le tissu cellulaire, et sa combustion spontanée par un état d'électricité particulière.

L'opinion généralement admise, parce qu'elle s'appuie sur un plus grand nombre de faits (17 sur 20), est que l'u-

(1) *Annales d'Hygiène*, t. VII, p. 148.

(2) *Arch. de Méd.*, t. XXIX, p. 430. — *Bulletin de Thérapeutique*, t. XXVIII, 1840. — *Journaux américains*. — *Gazette médicale*, p. 10. 1843. — *Nouv. Dict. de Méd.*, BRESCHET, art. COMBUST. SPONTAN. — *Lancette française*, n° 97, 1830, DUPUYTREN.

(3) *Dictionnaire des sciences médicales*, art. *Combustion spontanée*.

sage prolongé des boissons alcooliques, et l'absorption de ce liquide par les tissus, leur communique la propriété de s'enflammer spontanément ou par l'approche d'un corps comburant.

Sur 20 individus, 16 femmes ont été brûlées. Le froid intense paraît avoir exercé une certaine influence. Quant à la cause déterminante, une pipe allumée, une chandelle dont le contact n'était pas immédiat, ont suffi pour entraîner la combustion de la presque totalité du corps.

Dans les cas de combustion humaine, on a observé sur les individus une flamme bleuâtre, mobile, persistant jusqu'à l'incinération des organes; quelquefois des meubles, des papiers atteints par cette flamme n'ont pas été brûlés.

Le plus communément une fumée épaisse, noire, s'élève du corps et recouvre les objets environnants d'une couche grasse et fétide. La durée de ce phénomène peut n'être que de deux heures, et au bout de ce temps, la petite quantité de cendres trouvées n'est pas en proportion avec la masse et le volume des parties consumées.

De tels phénomènes sont trop inexplicables pour que l'on puisse les confondre avec les caractères des brûlures ordinaires; mais quelle que soit l'hypothèse que l'on adopte sur la cause intime de la combustion spontanée, l'évidence des faits oblige à ne pas en repousser l'authenticité.

DES CICATRICES.

Les cicatrices, considérées sous le rapport médico-légal, n'ont pas été étudiées d'une manière spéciale par les auteurs classiques; et cependant elles fournissent certains signes caractéristiques à l'aide desquels on pourrait éclairer les questions d'identité, ou déterminer la direction, la profondeur, la nature et la cause des plaies anciennement faites. M. le docteur Malle (1) a cherché à

(1) *Essai médico-légal sur les cicatrices*, MALLE (*Ann. d'Hyg. et de Méd. lég.*, t. XXIII, p. 409).

remplir cette lacune : son Mémoire est le résumé le plus complet que l'on ait publié jusqu'ici sur ce sujet. Aussi, quoiqu'il ne contienne pas de faits nouveaux, nous y renvoyons le lecteur.

La cicatrice est formée, comme on le sait, par un tissu de nouvelle formation que Dupuytren appelait *tissu de cicatrice*, Delpech *tissu inodulaire*, et qui est toujours identique, quelle que soit la solution de continuité qu'il remplace. A son début, ce n'est qu'une trame celluleuse qui devient ensuite fibreuse, et, selon Delpech, peut passer à l'état cartilagineux dans certains cas. La nature et l'origine des plaies font varier la configuration des cicatrices qui leur succèdent : ainsi les cicatrices d'une brûlure se distinguent par leur aspect des traces de la variole ou des abcès scrofuleux. Quant à la forme de la cicatrice, M. Martel a reconnu qu'elle était le plus souvent *linéaire* dans les parties où la peau est lâche, *concave* au pli de l'aîne, à l'aisselle, dans l'intervalle des doigts (1). La cicatrice est *elliptique* selon la tension de la peau, la connexité des parties sous-jacentes, et l'action des plans musculaires sur lesquels elle repose. M. Martel admet une forme *circulaire* lorsque la tension de la peau est très forte dans un point et nulle dans un autre.

Les cicatrices qui succèdent aux brûlures ont été parfaitement décrites par Dupuytren (2); elles n'ont jamais l'étendue des pertes de substance qu'elles recouvrent, et la profondeur variable des tissus détruits concourt à leur donner cet aspect couturé, ces bords rugueux, inégaux, qui caractérisent ce genre de cicatrice.

Les cicatrices qui proviennent d'abcès scrofuleux ont de l'analogie avec celles des plaies d'armes à feu; mais leur siège dans la région cervicale et leur multiplicité aideront à les reconnaître. Citer les cicatrices de la vaccine, celles

(1) MARTEL, *Thèse*. 1837.

(2) Ouvrage cité.

qui sont consécutives à la variole confluente, etc., c'est rappeler à chacun des signes physiques qu'il a été à même d'observer souvent, aussi nous bornons-nous à ce très succinct exposé.

En résumé, lorsque l'on constate sur une personne vivante une cicatrice, il faut en noter exactement le siège, l'étendue, l'aspect, la forme, la coloration, le degré d'organisation; on s'assure par de légères tractions si elle est adhérente aux tissus sous-jacents, si les bords de la cicatrice sont indurés; on constate les dilatations variqueuses des veines, la facilité de la partie qui en est le siège à s'infiltrer et à s'œdématiser. Lorsque la cicatrice occupe l'extrémité d'un membre, on lui imprime certains mouvements dans le but d'apprécier le degré de gêne qu'elle peut apporter dans la fonction. L'état général de la personne, sa constitution, ne doivent pas être oubliés.

A l'aide de ces renseignements, on peut déterminer approximativement la profondeur de la blessure à laquelle a succédé la cicatrice, évaluer l'époque probable de cette blessure, et enfin reconnaître si le libre exercice de quelque fonction en a souffert.

RÉSUMÉ DES RÈGLES A SUIVRE DANS L'EXAMEN MÉDICO-LÉGAL DES BLESSURES PENDANT LA VIE.

Lorsque l'on visite un blessé qui est encore vivant, on lui fait exposer toutes les circonstances qui ont précédé, accompagné ou suivi sa blessure, et on se fait représenter les vêtements qu'il portait; on note la forme des ouvertures faites aux étoffes, leur situation, leur dimension, la quantité plus ou moins grande de sang dont elles sont tachées. Il faut chercher à connaître la forme et la nature de l'instrument vulnérant, l'examiner s'il a été saisi et le rapprocher des incisions faites aux vêtements. Si la blessure était déjà couverte d'un appareil et que l'on craignît de

provoquer une hémorrhagie, ou que l'on eût besoin de l'assistance d'un confrère, on remettrait à un examen ultérieur la description de la blessure, en ayant soin toutefois d'énoncer dans son rapport les motifs qui ont engagé à apporter ce retard.

Dans la description de la blessure, que ce soit une *contusion*, une *plaie*, une *fracture*, une *luxation* ou une *plaie d'armes à feu*, le médecin notera la situation, l'étendue des parties intéressées, la direction, la forme de la blessure, l'époque où elle a été faite, si elle est ancienne ou récente. Il indiquera son état de simplicité ou ses complications.

Si la blessure paraît *légère*, l'expert peut, dès sa première visite, déclarer que la guérison aura lieu dans l'espace de quelques jours, à *moins de circonstances imprévues*. Cette restriction est nécessaire, puisqu'il arrive souvent que les lésions en apparence très simples ont des suites fort graves.

Si la blessure est grave par son siège, son étendue, etc., le médecin expose son opinion sur le traitement et les soins particuliers qui sont nécessaires, ainsi que sur la terminaison qu'elle peut avoir. Au bout de plusieurs jours, il visite de nouveau le blessé, et après avoir indiqué les changements divers qui sont survenus, il fixe d'une manière approximative la durée de la maladie. A cette époque, on ne peut pas toujours déterminer si la blessure entraînera ou non une infirmité, et on ne doit le faire qu'avec circonspection.

Le danger des blessures qui ne sont pas immédiatement mortelles s'apprécie d'après les désordres existants ou les complications survenues; ces dernières dépendent de la mauvaise constitution du blessé, de ses écarts de régime ou du défaut de soins convenables, de l'insalubrité du local ou de l'atmosphère, enfin de la mauvaise direction donnée au traitement.

L'expert doit en outre noter avec soin tout ce qui peut contribuer à établir si les blessures sont le résultat d'un

accident, de violences étrangères ou d'un suicide ; ou bien si elles n'ont pas été aggravées ou simulées afin d'obtenir des dommages plus considérables.

EXAMEN DES BLESSURES APRÈS LA MORT, OUVERTURE DU CADAVRE.

Plusieurs des indications que nous venons d'exposer sont applicables lors de l'examen après la mort. Ainsi, la description minutieuse des vêtements, du siège, de l'étendue, de la profondeur des blessures, l'énumération de leurs caractères particuliers, devront être faites avec méthode en parcourant successivement chacune des régions du corps. Mais il est en outre certaines précautions prescrites par les auteurs (Chaussier, Fodéré, Orfila), et que l'expérience pratique engage à suivre.

Dans une blessure de la poitrine, par exemple, il ne faut pas inciser les bords de la plaie, et détruire ainsi les rapports nouveaux formés par l'instrument vulnérant, mais, au contraire, conserver intacte cette plaie, détacher les tissus à 5 ou 6 centimètres d'elle, les disséquer par couches, en pénétrant jusque dans la cavité viscérale dont on ouvre la voûte osseuse. 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.

Ce que nous venons de dire pour une blessure située à la poitrine s'applique à toute autre blessure, quel que soit son siège. Dans les fractures du crâne on notera le nombre et la direction des fragments, leur degré d'enfoncement, la quantité de sang épanché, la compression qu'il a exercée, le décollement ou la déchirure de la dure-mère, la présence du pus, etc...

On se rappellera qu'il existe un certain nombre de signes propres à déterminer si les blessures ont été faites pendant la vie ou après la mort.

Ainsi, on ne peut pas confondre les plaies par instrument tranchant, les piqûres ou les plaies d'armes à feu, faites peu de temps avant la mort, avec celles faites plusieurs heures après, parce que *dans ces dernières, les lèvres de la division, dont la rétraction peut être assez considérable, sont pâles, sans gonflement et sans aucune trace de caillot adhérent à leur surface.* A moins d'atteinte d'un gros vaisseau veineux, il n'y a pas d'infiltration sanguine dans les aréoles du tissu cellulaire environnant.

Quant à la distinction des blessures faites quelques jours avant la mort et celles faites après, la marche de la cicatrisation éclairera la diagnostic.

Si tout un membre a été coupé, la section présente des différences marquées. Sur un cadavre, la section est uniforme en procédant de la peau aux parties profondes. Toutes les parties sont sur le même plan. La plaie est pâle, décolorée, blafarde, les artères sont vides, béantes, leur paroi est blanche.

Pendant la vie, au contraire, la peau est rétractée, à moins qu'on ne l'ait tendue, la surface de la section des muscles est inégale, les vaisseaux y sont enfoncés, rétractés, les muscles sont colorés, couverts de sang. S'ils étaient décolorés, l'air fait reparaître la coloration rouge, le tissu cellulaire se boursoufle, proémine, s'injecte d'air.

Pendant la vie, un phénomène constant des plaies est l'écoulement de sang qui varie en raison, 1° du volume des vaisseaux ouverts; 2° de la nature des vaisseaux; 3° de la quantité de vaisseaux capillaires sanguins dont la partie est pourvue; 4° de la plasticité variable du sang.

Or, après la mort, un vaisseau peut être ouvert et donner lieu à l'issue du sang; mais si le refroidissement du corps était complet, le sang ne se coagulera pas. La coagulation ne serait qu'imparfaite avant le refroidissement. Quant aux infiltrations et épanchements de sang intérieurs, après la mort et même avant toute extinction de chaleur,