

conférence supérieure et de rabattre le pavillon de l'oreille ainsi que l'a fait M. le professeur Verneuil dans une observation dont il a donné le résumé à la Société de chirurgie. La section se fait jusqu'à l'union du cartilage de la conque avec le conduit auditif osseux. On diminue ainsi de moitié la longueur du conduit auditif externe; on supprime l'inflexion qu'il présente normalement dans sa partie externe et on permet aux rayons lumineux d'y pénétrer en plus grande abondance. L'hémorragie qui résulte de cette section est, d'ailleurs, facilement arrêtée par l'application de quelque pince à pression.

« Mais la voie ainsi créée n'est, le plus souvent, pas suffisante encore pour aborder aisément le projectile; il faut inciser en arrière le conduit auditif et attaquer avec le ciseau le bord antérieur de l'apophyse mastoïde; on pourrait peut-être, si cela semblait donner plus de facilité, faire ce débridement en avant et réséquer avec des pinces coupantes une partie de la lame tympanique, mais cela paraît moins commode et moins sûr.

« Le reste de l'opération se conçoit aisément: avec le stylet de M. Trouvé, on détermine à nouveau la situation de la balle, puis on guide sur elle les instruments, leviers, éleveurs, pince tire-balle, qui doivent la mobiliser et l'extraire. Ce n'est pas une besogne facile, d'autant qu'il faut agir avec une extrême prudence pour ne pas compléter certaines fractures qui n'existent qu'à l'état de simples fissures et dont l'écartement ouvrirait la cavité crânienne. Il peut même arriver, et il m'est arrivé dans le second cas que je rapporte, que l'extraction ne soit pas possible et qu'il faille détruire le corps étranger sur place en l'évidant avec des curettes. J'ai pu, de la sorte, enlever la presque totalité d'une balle de revolver qui ne se laissait pas ébranler. Ici surtout, l'emploi constant de l'appareil Trouvé me rendit un important service, forcé que j'étais de contrôler à chaque instant la nature des parties

sur lesquelles j'agissais avec la cuiller tranchante. Au cours de l'opération, le stylet qui était en communication avec la pile étant venu en contact avec le nerf facial, la contraction qui se produisit dans les muscles de la face m'avertit de ne pas pousser davantage mes recherches dans cette direction.

« Enfin, après avoir bien observé le fond de l'oreille, l'éclairage direct permet de contrôler les données fournies par l'exploration électrique et de reconnaître qu'il ne reste plus rien du corps étranger. Le pavillon de l'oreille est alors remis en place et fixé par une double suture, dont l'une profonde, au catgut, comprend les cartilages, dont l'autre superficielle, au crin de Florence, affronte la peau. L'opération entière ayant été conduite avec de strictes précautions antiseptiques, on fait un tamponnement des cavités de l'oreille avec de la gaze iodoformée et on entoure toute la région de coton hydrophile antiseptique et d'un bandage modérément serré.

« Je m'attendais, dans les deux cas où j'ai eu l'occasion de pratiquer des recherches de ce genre, à voir une réaction assez vive être la suite des violences exercées dans une région assez sensible. Non seulement il n'en a rien été, mais les opérés n'ont même pas souffert après l'opération. Le pansement, laissé une huitaine de jours en place, n'était pas souillé quand on le retira, la température étant restée constamment normale, et la suppuration qui était fort abondante avant l'opération fut supprimée complètement dans le premier cas et réduite à presque rien dans le second. Quant au pavillon de l'oreille, il s'était réuni par première intention, et rien ne pouvait faire reconnaître qu'il eût été plus qu'à moitié séparé de la tête. L'ouïe, naturellement, ne peut se rétablir, mais je suis convaincu que l'extraction du corps et la régularisation du foyer traumatique permirent à mes opérés d'échapper aux conséquences pénibles, peut-être dangereuses

pour la vie, et, dans tous les cas, interminables de leur blessure.

« Je crois donc que la recherche des projectiles de petit calibre logés dans la cavité de l'oreille et leur extraction pratiquée avec toutes les précautions nécessaires, facilitées par l'instrument perfectionné que nous avons à notre disposition, doivent passer dans la pratique ordinaire. J'ajoute que je ne vois aucune raison pour différer, en pareil cas, l'intervention, et qu'il y a, au contraire, tout avantage à débarrasser le blessé du corps étranger qu'il porte, avant que l'inflammation suppurative se soit développée. On évitera peut-être, en le faisant, de voir se développer certaines complications, comme cette paralysie faciale, qui chez mon second malade se produisit une quinzaine de jours après la blessure.

PREMIÈRE OBSERVATION

« Au commencement du mois de juillet de l'année dernière, on apportait dans mon service à l'hôpital Tenon, un jeune homme qui avait reçu quelques jours auparavant une balle de revolver du calibre de 7 millimètres à l'oreille droite, un peu en avant du conduit auditif externe. Le blessé, qui n'avait pas perdu connaissance, attribuait sa blessure à un accident causé par sa maladresse : il est présumable néanmoins que nous avions affaire aux suites d'une tentative de suicide.

« Quoi qu'il en soit, il n'existait aucun des caractères qui peuvent faire croire à la pénétration du projectile dans la cavité crânienne; mais la direction de la plaie devait faire admettre que le projectile, ou tout au moins qu'une partie du projectile y était restée engagée, car on avait retiré du conduit auditif externe, peu après l'accident, un fragment de balle de plomb représentant à peu près la moitié de son volume.

« Quelques jours après l'entrée du malade à l'hôpital, l'exploration de la région blessée, faite avec beaucoup de précaution et de douceur, donna les résultats suivants : l'examen de l'oreille fait constater à quelques millimètres en avant du conduit auditif externe, dans la cavité de la conque et à moitié cachée par le tragus, une perforation à bord contus d'où s'écoule un peu de pus. Une abondante suppuration remplit également le conduit auditif externe. Le stylet introduit dans la plaie de la conque, chemine presque directement de dehors en dedans et vient bientôt heurter contre un corps solide et rugueux : introduit par le conduit auditif externe, le stylet donne également la sensation du contact rugueux en plusieurs points situés à diverses profondeurs. Après avoir débarrassé, au moyen d'une injection phéniquée, le conduit auditif de la suppuration qui le remplit, on pratique l'exploration de l'oreille externe avec le spéculum : on trouve de la sorte un fragment osseux très visible, appartenant à la lame tympanique qui fait saillie à la partie supérieure et antérieure du conduit auditif et au delà duquel il est difficile de distinguer nettement quelque chose, bien que le stylet se heurte encore contre des corps durs donnant un contact sonore.

« Le mercredi 20, assisté de M. Trouvé qui est venu mettre son appareil explorateur à ma disposition, je répète cet examen :

« La tige de l'appareil, introduite dans le conduit auditif, dépasse la saillie osseuse qu'on y découvre, et, un peu plus loin, arrivant sur un corps dur, elle donne la notion d'un contact métallique qui se révèle par une sonnerie continue; on obtient de même le contact métallique en introduisant la tige par le canal traumatique. Le corps métallique ainsi reconnu se trouve placé vers la partie inférieure de la caisse du tympan, à plus de trois centimètres de l'entrée du conduit auditif : il donne un con-

tact assez étendu qui se révèle par le fonctionnement de la pile. Au-dessus de ce corps, la tige de l'instrument rencontre encore des parois dures et rugueuses, mais celles-ci ne donnent plus la réaction caractéristique du métal.

« Ainsi, l'exploration avec l'appareil de M. Trouvé nous a permis de déterminer avec certitude la présence et la situation du projectile, ou d'une de ses parties. En répétant, aussitôt après, l'examen de l'oreille au spéculum, je puis apercevoir très profondément une saillie noirâtre, à reflet métallique évident, occupant la place indiquée, c'est-à-dire la partie la plus inférieure et la plus profonde de la caisse tympanique; c'est le projectile qui, pour arriver à cet endroit, a dû traverser la lame tympanique, et rompre bien entendu la membrane du tympan.

« Une tentative très modérée d'extraction par les voies naturelles échoue absolument : on ne peut saisir le projectile, encore moins le déplacer; d'ailleurs, le conduit auditif est obstrué en partie par un gros fragment osseux qu'on ne peut déplacer, et, au bout d'un instant, l'écoulement sanguin empêche de rien voir de ce que l'on fait.

« Le blessé ayant mangé le matin, la tentative d'extraction est remise à un autre jour; en attendant, des injections phéniquées sont pratiquées dans le conduit auditif externe que l'on remplit de gaze iodoformée. Sous l'influence de ce traitement la suppuration diminue notablement.

« Le 27 juillet, je procède à l'extraction du projectile, avec l'aide de mon collègue, M. le Dr Gérard Marchant, et avec le concours de M. Trouvé.

« Le malade étant endormi, l'intérieur de l'oreille soigneusement lavé, la situation du corps étranger est encore déterminée avec l'aide de M. Trouvé.

« Après avoir vainement tenté de l'attirer avec des pinces dentées, je détache la demi-circonférence supé-

rieure du pavillon de l'oreille, en intéressant le cartilage dans toute sa moitié supérieure, à deux millimètres environ de son insertion au conduit auditif osseux : l'écoulement sanguin que l'incision détermine est arrêté avec des pinces; le pavillon de l'oreille étant renversé et fortement attiré en bas avec un écarteur, il devient alors beaucoup plus facile de pénétrer dans le conduit auditif et de l'explorer; ce n'est néanmoins que grâce à l'appareil Trouvé qu'il est possible de distinguer, parmi les contacts multipliés que les instruments donnent avec les parois osseuses à nu et les fragments osseux, le relief déterminé par les projectiles. Malgré des essais réitérés, ce dernier ne peut être saisi, ni retiré par le conduit auditif.

« J'incise alors avec le thermocautère (pour n'être pas gêné par le sang dans mes recherches) le pont de parties molles qui sépare la perforation déterminée par la balle, de l'entrée du conduit auditif externe. J'arrive de la sorte sur les fragments de la lame tympanique; fortement enclavés, ils ne peuvent être enlevés au davier, il faut les attaquer avec le ciseau et faciliter ainsi l'accès vers le projectile. A chaque instant, d'ailleurs, il faut contrôler, avec l'appareil Trouvé, les notions que donne le doigt ou l'introduction des instruments; on peut enfin, avec une pince, arriver jusqu'au projectile, le saisir et l'extraire. C'est un fragment de plomb, irrégulier, creusé d'une gouttière sur un de ses bords et qui représente à peu près la moitié d'une balle du calibre 7; les recherches les plus minutieuses et les plus multipliées pour découvrir le reste du projectile demeurent inutiles. La cavité où l'on se meut est limitée par les parois du rocher, la base de l'apophyse mastoïde, l'articulation temporo-maxillaire; nulle part on n'y trouve des corps étrangers mobiles, ou de surface métallique, l'appareil de M. Trouvé l'indique de la manière la plus certaine. On est dans le proche voisinage du nerf facial, ainsi que le prouve la contraction des muscles

de la face que produit à de certains moments la manœuvre de l'explorateur électrique dans la plaie; d'autre part, comme un fragment du projectile a été retiré peu après l'accident, il est permis de croire qu'il n'en reste plus dans la plaie. Si le contraire a lieu, il est certain que la partie de la balle qui n'a pu être extraite est allée se loger au loin, soit vers la base de l'apophyse ptérygoïde, soit en dedans de l'apophyse mastoïde, ou vers la colonne vertébrale. Il est en tout cas inutile de continuer les recherches.

« On remet en place le pavillon de l'oreille et on le fixe au moyen de points de suture profonds, au catgut, intéressant le cartilage, et de points superficiels au crin de Florence. Le conduit auditif, la caisse, le foyer traumatique, soigneusement débarrassés de caillots sanguins, lavés avec la solution phéniquée à deux et demi pour cent, sont saupoudrés d'iodoforme et modérément bourrés avec de la gaze iodoformique. Une compression légère est exercée sur la région avec de l'ouate salicylée.

« Je m'attendais à ce que cette opération, qui avait nécessité des manœuvres prolongées et parfois violentes dans l'intérieur de l'oreille moyenne, serait suivie d'une réaction plus ou moins intense et, en tout cas, de douleurs vives. Il n'en fut rien; l'opéré ne souffrit ni de céphalalgie, ni de fièvre; il ressentit tout au plus, le premier jour, une douleur tensive dans l'oreille, douleur qui se dissipa dès le lendemain.

« Le pansement put être laissé en place une huitaine de jours; quand on le renouvela, on constata qu'il existait à peine un peu de pus dans le conduit auditif externe, quoique l'opération eût été pratiquée en plein foyer de suppuration. Les points de suture qui fixaient à sa place le pavillon de l'oreille furent enlevés vers le dixième jour; la guérison était alors parfaite. Le peu de suppuration qui s'était reproduite dans le conduit auditif externe disparut promptement, et, un mois après l'opération, le blessé

pouvait quitter l'hôpital; la perforation produite par la balle et les incisions nécessitées par son extraction étaient parfaitement cicatrisées; il n'y avait aucune espèce de sensibilité douloureuse de l'oreille, ni des régions avoisinantes; mais je n'ai pas besoin d'ajouter que l'ouïe était, de ce côté, complètement et définitivement abolie.

DEUXIÈME OBSERVATION

« Un jeune homme de vingt-six ans avait tenté de se tuer, le 5 septembre de l'année dernière, en se tirant un coup de revolver dans l'oreille droite. L'arme était du calibre de 7 millimètres, elle avait été tenue horizontalement de la main droite, le canon étant appuyé contre le conduit auditif externe; un seul coup avait été tiré, le blessé ayant aussitôt perdu connaissance.

« Il revint bientôt à lui, une hémorragie assez abondante s'était faite par la plaie; le blessé fut aussitôt transporté à l'hôpital.

« Le lendemain, il se plaignait surtout d'une douleur excessivement vive dans les alentours de l'oreille, douleur s'irradiant dans les régions mastoïdienne et temporale, mais ayant son maximum dans l'oreille elle-même; cette douleur, caractérisée par des élancements très vifs, persista plus d'un mois, malgré les calmants et les narcotiques; à l'époque où je vis le malade pour la première fois, au commencement de novembre, elle revenait encore par accès assez fréquents, et elle restait à l'état de douleur sourde, permanente.

« Dès les premiers jours, la suppuration s'était fait jour par le conduit auditif externe; très abondante au début, elle avait depuis lors diminué sous l'influence des injections et des pansements antiseptiques; jamais, d'ailleurs, il n'y avait eu de fièvre, ni de phénomènes généraux.

« Une quinzaine de jours après l'accident, le blessé

s'aperçut que sa bouche se déviait, que la commissure labiale droite s'abaissait; en même temps, il remarquait qu'il ne fermait plus l'œil droit qu'avec difficulté *et qu'il avait perdu le goût des aliments dans la moitié droite de la langue*; cette perte du goût, qui fut constatée à plusieurs reprises, dura un mois et demi environ; puis ce trouble s'atténua et finit par disparaître. Il n'en fut pas de même de la paralysie faciale qui ne fit que s'accroître davantage. Au commencement de novembre, le malade ne pouvait contracter l'orbiculaire des paupières; à droite, la joue était flasque, la commissure labiale droite déviée, mais il n'y avait pas de déviation de la langue.

« Depuis l'accident, l'ouïe du côté droit était absolument abolie, même au contact des corps sonores avec le crâne. L'exploration plusieurs fois répétée du conduit auditif externe, avec un stylet, n'avait pu faire reconnaître l'endroit où s'était logé le projectile; l'examen pratiqué avec le speculum ne donnait pas davantage de renseignements, car le conduit auditif était obstrué par des bourgeons charnus suppurants. Ces explorations étaient d'ailleurs peu douloureuses; mais on pouvait constater une sensibilité manifeste avec un peu d'empatement de la région mastoïdienne qui présentait un point particulièrement douloureux en arrière du conduit auditif externe.

« Le 12 novembre dernier, muni de l'appareil Trouvé, j'allai à la recherche du corps étranger que la direction du canal traumatique et les commémoratifs devaient faire considérer comme engagé dans la partie profonde de la plaie. Après avoir heurté plusieurs fois contre des parois osseuses, dénudées et rugueuses, l'instrument, transversalement enfoncé, rencontra environ à 3 centimètres de profondeur un contact métallique assez étendu en surface. En répétant cette exploration, je pus arriver à reconnaître que la balle ou l'un de ses fragments devait être engagée à la partie postérieure et inférieure du labyrinthe,

à peu près vers l'orifice des cellules mastoïdiennes. Ainsi que je l'ai dit, l'obstruction du conduit auditif par les granulations suppurantes ne me permit pas de confirmer par l'examen au speculum les notions résultant de l'exploration électrique de l'oreille.

« Le 17 novembre j'endormis le blessé et je pratiquai l'extraction du projectile. Après avoir, comme dans l'observation précédente, détaché la demi-circonférence supérieure du pavillon de l'oreille et rabattu le dernier de manière à pénétrer aisément dans le conduit auditif externe, je reconnus que la balle, logée derrière la saillie du bord antérieur de l'apophyse mastoïde ne pourrait être abordée et saisie si l'on n'élargissait la voie qui donnait accès vers elle; j'incisai donc en arrière le conduit auditif externe jusqu'à l'apophyse mastoïde et j'attaquai celle-ci au ciseau de manière à élargir le diamètre antéro-postérieure du conduit auditif osseux. Ayant alors constaté derechef la situation du projectile qui était plus directement accessible, je cherchai à le saisir avec des pinces, un tire-balles, à engager derrière lui un stylet, à le soulever et à le faire basculer avec un levier; toutes ces tentatives faites avec beaucoup d'insistance et pour lesquelles je fus obligé de déployer de la force, n'amènèrent aucun résultat utile et je fus obligé de m'arrêter devant le saignement abondant qu'elles déterminaient et devant la crainte que j'avais de produire quelque fracture de la partie supérieure du rocher. Il ne me restait plus d'autre ressource que de chercher à fragmenter et à détruire sur place la balle et d'en extraire les morceaux; c'est ce que je fis en l'attaquant avec des cuillers tranchantes et de petites curettes. J'eus la satisfaction d'en détacher, copeau par copeau, la presque totalité, et je ne m'arrêtai que lorsque l'instrument explorateur, introduit à plusieurs reprises dans la cavité de l'oreille et promené dans toutes les directions, ne donna plus de contact avec

aucun corps métallique : à ce moment la quantité de plomb extraite représentait la plus grande partie du volume d'une balle du calibre 7, et l'examen de l'oreille pratiqué au speculum après que l'écoulement sanguin eut été arrêté par le tamponnement, permit d'affirmer que nul part, sur les parois osseuses de la caisse, il n'était possible de constater un corps noirâtre ou un reflet métallique. Tout me portait à croire que le projectile avait été enlevé en totalité.

« Je ne saurais trop insister sur les services que l'appareil de M. Trouvé m'a rendus à chaque instant pendant cette longue opération qui a duré près d'une heure et demie ; c'est lui seul qui me permit non seulement de constater la situation précise du projectile, mais de diriger sur lui les instruments avec certitude, de retrouver les fragments de plomb que j'en avais séparés, enfin d'affirmer qu'il ne restait plus en ce point de corps étranger à extraire.

« L'opération terminée, le pavillon de l'oreille fut recousu, les cavités auditives furent saupoudrées d'iodoforme et bourrées avec de la gaze iodoformée.

« Comme dans le cas précédent, il n'y eut ni réaction, ni fièvre, ni douleur. Le pansement ne fut renouvelé que le 26 novembre ; les sutures du pavillon de l'oreille furent enlevées le 7 décembre. Quoiqu'il se soit reproduit un peu de suppuration par le conduit auditif externe, celle-ci resta très peu abondante et finit par tarir presque complètement vers le 15 décembre. Le malade quitta l'hôpital à la fin de ce mois, portant pour tout pansement un peu de salol et un tampon d'ouate dans l'oreille, n'ayant plus aucune sensibilité spontanée ou provoquée par les explorations au niveau de l'oreille ou aux environs, mais conservant une paralysie faciale presque complète et une surdité absolue du côté droit.

« Le blessé vint me trouver à l'hôpital Lariboisière au

mois d'avril ; il avait depuis sa sortie négligé de faire régulièrement son pansement, et la suppuration du conduit auditif externe s'était reproduite. En pratiquant l'examen de l'oreille externe, je constatai qu'un gros bourgeon charnu faisait saillie dans le conduit auditif, à la paroi supérieure duquel il semblait avoir pris naissance. Au centre de ce bourgeon se trouvait une tache noirâtre ; en examinant celle-ci de plus près, je vis qu'elle était constituée par une pointe qui devait appartenir à un fragment du projectile que j'avais cru enlever en totalité. Je pus, en effet, saisir avec des pinces et extraire sans difficulté un fragment de plomb représentant un tiers environ de la balle. Ce fragment était logé dans la partie supérieure du conduit auditif, beaucoup plus superficiellement que la partie que j'avais extraite quelques mois auparavant ; tout me porte à penser que le projectile s'était fragmenté sur le rebord osseux du conduit auditif externe ; que la partie la plus importante de la balle, continuant son chemin, était allée se loger dans le rocher d'où je l'avais extraite, tandis que le fragment le moins volumineux était resté aplati sur le rebord supérieur de l'orifice de ce conduit. Ainsi, ma première opération, tout en débarrassant complètement la caisse du tympan et le rocher, avait laissé dans les parties molles un fragment qui avait échappé à mes recherches, grâce à sa situation superficielle. Je pense que le malade guérit complètement à la suite de l'extraction de ce dernier. — Je ne l'ai plus revu, et il n'est plus venu se faire panser dans le service.

« Un détail de cette observation concorde entièrement avec un fait observé par M. Thiéry, interne des hôpitaux, dans un cas analogue, et communiqué par lui à la Société anatomique : un blessé qui avait reçu une balle dans l'oreille présentait une perte totale de la sensibilité gustative de la langue du côté lésé ; l'autopsie permit de constater que la corde du tympan avait été rompue par le

projectile. Chez le deuxième de nos blessés également, il existait une perte de la sensibilité gustative de la langue du côté correspondant à la blessure; cette abolition ne fut que temporaire. La guérison du malade ne nous permit pas de constater directement la liaison de la corde du tympan; mais celle-ci était au moins probable, en raison de la destruction étendue du tympan et même des parois de la caisse qui existait de ce côté. *Nous pouvons donc considérer que ce cas, de même que celui qu'a fait connaître M. Thiéry dans son intéressante communication, est confirmatif de l'opinion de Lussana et d'Inzani qui font de ce rameau nerveux un nerf de sensibilité gustative.* »

DISCUSSION

M. Terrillon. — « J'ai, il y a huit ou neuf ans, observé un fait presque absolument semblable à ceux dont M. Berger vient de nous parler. L'observation a été publiée. Je la résume en peu de mots.

« Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-huit ans qui s'était tiré un coup de revolver dans l'oreille. Les premiers phénomènes furent presque nuls : l'exploration du trajet faite avec soin ne m'apprit pas non plus, tout de suite, grand'chose; le stylet me conduisait sur un corps dur, mais je ne savais si je touchais l'os ou la balle; le stylet de Nélaton ressortit intact. Au bout de quelque temps, la plaie ne se fermant pas et fournissant une suppuration venant évidemment des parties profondes, je résolus de renouveler mes tentatives. Je fis d'abord quelques expériences sur le cadavre pour me rendre compte de la profondeur à laquelle pénétrait le stylet chez mon blessé. Puis, avec l'aide de mon collègue et ami M. Terrier, et le concours de M. Trouvé, j'explorai à nouveau le trajet avec le stylet électrique de ce dernier. La sonnerie nous avertit immédiatement que nous étions sur la balle. Il ne s'agis-

sait plus que de l'extraire. Pour cela, j'appliquai sur l'apophyse mastoïde, immédiatement à côté de l'orifice d'entrée, une petite couronne de trépan; je pénétrai ainsi dans les cellules mastoïdiennes; peu à peu, brisant et enlevant des parcelles osseuses avec un stylet, je finis par arriver jusque sur le corps étranger; je parvins non sans efforts à le faire basculer et à l'amener au dehors.

« La guérison fut rapide. Au bout de cinq semaines, elle était absolument complète. Mon malade est resté sourd de cette oreille, mais il n'y a eu, depuis lors, trace d'accidents cérébraux. »

M. Berger. — « Je n'ai rien à répondre à M. Terrillon. Son intéressante observation vient absolument à l'appui de la thèse que je défends. »

OBSERVATION DE M. LE PROFESSEUR GUYON

« Le 10 février 1874, à l'hôpital Necker, service du D^r Guyon, entre une jeune fille de dix-huit ans. Elle est présentée par le D^r Curtis, son médecin, pour une balle qu'elle s'est tirée dans la tête avec un revolver.

« Par suite des troubles du premier moment, on peut chercher le projectile. Le 21, les D^{rs} Guyon et Curtis prièrent M. Trouvé de les assister avec son appareil explorateur-extracteur électrique.

« Le projectile est découvert à plusieurs reprises; il était fortement enclavé dans le rocher, à 4 centimètres environ de l'entrée d'introduction.

« M. le D^r Guyon tente alors l'extraction au moyen de la tarière; rien ne peut bouger. Il ne réussit pas mieux avec une pince.

« Le 26, après quelques jours de repos, M. le D^r Guyon, toujours muni de l'explorateur, retrouve le projectile, en présence de M. le baron Larrey qui avait bien voulu assister à cette expérience.

« L'extraction qui fut tentée ne réussit pas mieux que la première fois.

« Le D^r Guyon ne crut pas devoir faire l'opération dans un organe aussi délicat. Le malade resta à l'hôpital pendant plusieurs mois et en sortit en n'ayant conservé que quelques douleurs de tête.

« Deux ans après, rentrée de cette jeune fille à l'hôpital Necker par suite de violentes douleurs de tête.

« Nouvelles recherches avec l'explorateur Trouvé; cette fois, par le tube auditif directement, la plaie étant cicatrisée.

« Même succès dans les recherches, même insuccès dans l'extraction; la balle étant toujours fortement incrustée dans le rocher.

« En présence de cette difficulté d'extraction, et M. le D^r Guyon redoutant une opération, M. Trouvé proposa de faire un amalgame de mercure.

« Voici comment on opéra : on introduisit dans l'oreille la sonde non métallique de l'explorateur. La position du projectile bien déterminée, on mit du mercure dans la sonde, après avoir, au moyen de la tarière, nettoyé la surface du projectile afin de faciliter l'amalgame.

« L'opération ayant été renouvelée plusieurs fois de suite, on s'aperçut, au bout de peu de temps, que des parties de plomb détachées sortaient avec le mercure, grâce aux efforts que faisait continuellement la patiente avec une épingle à cheveux. Les douleurs commencèrent à devenir supportables, et la malade sortit de l'hôpital pour reprendre son métier de mécanicienne pour machine à coudre.

« Depuis lors, M. le D^r Guyon n'en a plus entendu parler. »

Extrait d'une observation recueillie dans le service de M. le professeur Perrin, par M. le D^r Cerviotti, aide-major stagiaire.

EXTRACTION D'UN CORPS ÉTRANGER DE LA VESSIE
PAR LA TAILLE MÉDIANE

« Divers moyens sont employés pour constater la nature du corps étranger, avant d'en opérer l'extraction. Le seul qui ait donné de bons résultats est l'explorateur galvanique de M. Trouvé; l'habile constructeur ayant disposé, pour cette circonstance, les deux pointes métalliques en façon de petit brise-pierre, M. Perrin put saisir le corps étranger entre les mors, dont la face interne était pourvue d'arêtes tranchantes destinées à pénétrer à travers les concrétions qui pouvaient masquer la nature véritable de l'obstacle.

« Les choses étant ainsi disposées, les deux branches de l'explorateur furent mises en communication avec les deux pôles de la pile. Le circuit était ainsi fermé et le courant devait traduire son passage si le corps interposé était bon conducteur. Le *petit trembleur* resta silencieux. Contrairement aux prévisions, ce n'était donc pas un projectile, à moins d'admettre qu'il fût recouvert d'une croûte assez dure, assez épaisse, pour résister à l'action de l'instrument.

« L'événement donne pleinement raison à l'explorateur. Le corps étranger, extrait par la taille, était un calcul pourvu d'un noyau formé de plusieurs petites esquilles agglutinées. »