

paume de la main; les bords de la plaie furent écartés, et on s'assura que les os du crâne étaient à nu dans ce point. Le malade mourut après avoir présenté des symptômes de compression précédés de fièvre, de frissons et de divers phénomènes qui indiquaient l'inflammation de la dure-mère et sa suppuration; à l'autopsie on trouva le péri-crâne qui recouvrait les os du crâne sur le point malade, décollé depuis la circonférence du mal, se réfléchissant ensuite et s'appliquant à la face interne des tégumens du crâne. L'os était nécrosé dans toute son épaisseur. Du pus existait en assez grande quantité sur la dure-mère et avait déterminé les phénomènes de compression.»

E. — De l'ostéite des os du crâne.

Les os du crâne contus par des projectiles lancés par la poudre à canon peuvent aussi s'enflammer; de là très-communément la nécrose, tantôt de la table externe seulement, tantôt de toute l'épaisseur de l'os: de là souvent aussi la carie.

Lorsque la table externe seule est atteinte et nécrosée, elle se sépare par suite d'une inflammation éliminatoire qui se passe dans le tissu diploïque de l'os; c'est une véritable ostéite. Cette inflammation se propage quelquefois jusqu'à la dure-mère, de là des phénomènes particuliers.

La nécrose de toute l'épaisseur de l'os, par suite d'une forte contusion, est suivie toujours d'une inflammation et d'une suppuration entre les portions d'os mortes et la dure-mère. Nous avons déjà parlé des résultats de cette suppuration; nous n'y reviendrons point. Quand la suppuration est peu abondante, les phénomènes de compression peuvent ne point avoir lieu, la portion d'os se sépare

et le malade guérit, on en possède des exemples. Mais comme il n'est point possible de savoir s'il y a peu ou beaucoup de suppuration entre les os du crâne nécrosés et la dure-mère, il faut aller au devant des accidens que peut déterminer cette collection de pus. Quand donc une portion osseuse du crâne est grise, sonore, insensible, on peut présumer qu'elle est nécrosée jusqu'à sa face interne: s'il y a des symptômes de compression du cerveau, la trépanation est alors une chose utile, nécessaire même, et peut souvent sauver les malades. On donne issue au pus qui se forme et on prévient ainsi son accumulation et les accidens qu'il détermine. Des observations nombreuses de succès attestent l'excellence de cette méthode (1).

Mais en lésant les parties molles extérieures du crâne, en y produisant ou non des solutions de continuité, les projectiles lancés par la poudre à canon, et les autres corps contondans, produisent très-communément des fractures sur cette boîte osseuse; il faut pour que cet accident soit produit que les projectiles soient assez volumineux. C'est ainsi que des grains de plomb, tirés à une certaine distance, trente ou quarante pas, par exemple, ne pour-

(1) Ce serait ici le lieu de dire quelques mots des dépôts purulens internes que l'on observe à la suite des plaies de tête. En lisant les auteurs, et surtout les auteurs anciens, on verra que c'est, suivant eux, principalement à la suite de ces plaies, que l'on voit parvenir les dépôts purulens au poumon, au foie, etc. On sait qu'on a essayé plusieurs théories pour expliquer ce fait (*Bertrandi, Pouteau, Desault*, etc.); mais les observations des médecins et chirurgiens contemporains ont prouvé qu'il ne survient pas plus souvent de dépôts au foie à la suite des plaies de tête, qu'à la suite des plaies à toute autre partie du corps. C'est une remarque qui semble toute récente, mais qu'on trouve cependant exprimée dans quelques auteurs, et notamment dans *Briot (Histoire de l'Etat et des progrès de la chirurgie militaire en France, pendant les guerres de la Révolution)*.  
(Note des Rédacteurs.)



raient pénétrer dans le crâne. Plus près au contraire ils arrivent comme un gros projectile en faisant balle et produisent d'affreux désordres.

F. — *Dés fractures de la voûte du crâne et de leurs complications.*

— Ce serait s'exposer à de trop nombreuses répétitions que de vouloir décrire isolément les fractures de chacun des os du crâne en particulier. Les symptômes et les accidens consécutifs en sont les mêmes. Nous les décrivons donc ici d'une manière générale.

Ces fractures peuvent consister en de simples *fissures*, les os conservant leur niveau, ou bien être accompagnées d'esquilles plus ou moins nombreuses et compliquées du déplacement des fragmens. Les pièces ainsi détachées peuvent être enfoncées directement du côté du cerveau. Cette espèce de fracture a été désignée sous le nom d'*enfonçure*. Assez souvent un fragment s'engage au dessous des os sains, de manière à constituer ce qu'on appelle une *embarrure*. Enfin, dans quelques cas fort rares, tous les fragmens sont rejetés en dehors, en formant une voûte dont la convexité est saillante à l'extérieur, et dont la concavité regarde en dedans. La fracture avec déplacement est toujours directe, c'est-à-dire qu'elle existe toujours dans le lieu même où a porté le coup. La fente au contraire peut être indirecte, et souvent elle existe dans un lieu plus ou moins éloigné de celui qui a été frappé. C'est la *fracture dite par contre-coup*. Il y en a de plusieurs espèces. 1° Dans quelques cas la table externe de l'os restant intacte, la table interne seule se fracture dans le point correspondant (1). 2° D'au-

(1) La fracture seule de la table interne des os du crâne, admise d'abord sans preuves, regardée ensuite comme impossible, puis démontrée sur le cadavre, est maintenant regardée comme prouvée. *S. Cooper*, croyant

tres fois toute l'épaisseur de l'os résiste dans le point qui est frappé, mais il se brise dans un autre point de son étendue : c'est ainsi qu'on voit, par exemple, la voûte orbitaire du coronal se fendre à l'occasion d'un coup reçu sur le front. 3° Dans d'autres cas l'os frappé existe tout entier et c'est l'os voisin qui cède. 4° Chez certains sujets, la fracture a lieu dans le point diamétralement opposé à celui qui a éprouvé le choc. 5° Enfin on voit souvent tous les os rester intacts, mais l'une des sutures se disjoindre, et éprouver un écartement plus ou moins considérable. Dans ce cas encore, comme lorsqu'il existe plusieurs fragmens, il peut se faire qu'un des os disjoint se trouve fortement abaissé au dessous du niveau de celui avec lequel il s'articule.

Quand il existe une plaie aux tégumens du crâne, et

agir une fois sur un épanchement, trouva une esquille longue d'un ponce environ sur le cerveau. Peut-être même cette fracture est-elle beaucoup plus fréquente qu'on ne se l'imagine généralement. Plus mince, moins étendue en surface, plus dense que la table interne, la conche vitrée éclate et se fendille sous un effort manifestement moindre que la précédente, qui reste intacte. *Bilguer* en a rapporté plusieurs observations. *A. Paré* avait fort bien observé, et bien avant ce dernier auteur, les fractures de la table interne, l'externe restant intacte. Voici ce qu'il dit à ce sujet :

« Ce que j'ay veu aduenir à vn gentilhomme de la compagnie de monsieur d'Estapes, lequel fut blessé sur la brèche du chasteau de Hedin, d'un coup d'arquebuse qu'il receut sur l'os pariétal, ayant vn habillement de teste, lequel la balle enfonça sans estre rompu, ny pareillement le cuir, ny le crâne extérieurement, et le sixieme jour mourut apoplectique. Donc aduint que pour l'enuie que j'auois de cognoistre la cause de sa mort, je lui ouuris le crâne auquel trouuai la seconde table rompue, avec esquilles d'os qui estoient insérez dans la substance du cerueau, encore que la première fast entière. Ce que pareillement atteste auoir veu et monstré à mesrieurs *Chapelain*, premier médecin du roy, et *Chastelan*, premier de la reyne, à vn gentilhomme qui fast blessé à l'assaut de Roüe. (*Oeuvres d'A. Paré*, 10<sup>e</sup> livre, chap. 7, pag. 225, édition de 1652.)

(Note des Rédacteurs.)



que la fracture est directe, on peut la reconnaître par la vue et par le toucher. Quand il n'y a point de plaie et que l'enfoncement est considérable, le toucher suffit pour la constater. Mais si la fracture a lieu par contre-coup, ou s'il n'y a ni plaie aux tégumens, ni enfoncement des fragmens, il n'y a plus designes sensibles, mais seulement les signes rationnels, qui puissent servir à établir le diagnostic. La force du choc comparée à l'épaisseur connue des os; le son de pot cassé que le malade entend, dit-on, quelquefois au moment où il reçoit le coup; le mouvement automatique en vertu duquel il tient presque constamment sa main appliquée sur un même point de la tête; la douleur qu'il éprouve dans ce point lorsque, tenant un linge serré entre ses dents, on tire fortement celui-ci (1) : enfin dans le cas de fracture par contre-coup affectant toute l'épaisseur de l'os, l'empatement douloureux qui existe aux tégumens correspondans, et qui augmente lorsque la tête étant rasée on la recouvre d'un large cataplasme : tels sont les signes rationnels que l'on a donnés pour reconnaître une fracture du crâne, non accompagnée de plaie aux tégumens correspondans et non compliquée d'enfoncement des fragmens. Mais la

(1) *A. Paré* n'a aucune confiance dans ce moyen indiqué par *Guidon*, pour reconnaître les fractures de la voûte du crâne qui ne sont point accompagnées de solution de continuité aux tégumens. Voici ce qu'il dit :

« Ce que toutesfois ie n'ay seu trouver par expérience iacoit que j'aye pensé plusieurs patiens qui avoient l'os fracturé, comme ie voyois à l'œil. Et snivant le précepte de *Guidon*, je leur ai fait serrer avec les dents une cordelette, ou bien un mouchoir : néanmoins sans laisser la tenir ferme, ils ne faisoient point semblant de se plaindre, ny de m'enseigner le lieu où l'os estoit rompu, a cause de quoy je ne puis bonnement asseurer que cette raison de *Guidon* soit certaine, veu que je n'en ai rien trouvé par expérience. » (*Des playes en particulier*, pag. 219, chap. II.)

(Note des Rédacteurs.)

plupart de ces signes sont illusoires, et il est bien certain qu'il n'y a que la vue et le toucher qui puissent faire reconnaître d'une manière positive une fracture du crâne.

Les fractures du crâne ne sont rien par elles-mêmes, et elles guériraient comme les fractures des autres os et par le même mécanisme, si le cerveau n'était pas, ainsi que ses membranes, plus ou moins compromis par l'accident. Ce sont donc ces complications, beaucoup plus que la fracture elle-même, qui doivent fixer l'attention du chirurgien. Ces accidens sont la commotion, la compression, l'inflammation du cerveau. Nous avons déjà parlé longuement de la commotion (*Voyez tom. 1<sup>er</sup>*), il est inutile d'y revenir.

Nous dirons ici quelques mots de la compression, et plus loin nous parlerons de la contusion du cerveau.

G. *La compression du cerveau*, produite par un épanchement de sang entre le crâne et la dure-mère, accompagne presque nécessairement les fractures du crâne, puisqu'il y a toujours une déchirure de quelques vaisseaux et un décollement de la dure-mère. Quant au siège, il ne se dénote quelquefois par aucun signe, surtout lorsque l'épanchement est petit, car la résorption peut s'en faire promptement. Mais quand il est un peu étendu, ou qu'il augmente peu à peu, ou qu'il se fait dans ces parties une suppuration, une collection de pus, alors il se caractérise par des symptômes très-évidens, tels que coma, paralysie, respiration bruyante, stertoreuse, pouls lent, etc., etc. Cette compression du cerveau par des liquides est donc primitive ou consécutive, subite ou lente. Quant à la compression de cet organe par des pièces d'os enfoncées, elle se déclare instantanément et elle est aussitôt arrivée au degré d'intensité qu'elle doit avoir : tandis que lorsqu'elle est le résultat



d'un épanchement même rapide, en peut on observer les progrès depuis le simple embarras dans les mouvemens jusqu'à l'immobilité la plus absolue. Dans quelques cas heureux, ces accidens se dissipent spontanément. Le blessé reprend peu à peu sa connaissance, et la liberté des mouvemens se rétablit par degrés dans le côté paralysé; mais le plus souvent, si l'art ne vient enlever l'agent de la compression, c'est-à-dire évacuer les liquides épanchés ou relever les pièces d'os enfoncées, les accidens augmentent et la mort arrive en peu de temps.

On observe souvent un enfoncement évident des os du crâne, sans qu'il y ait des symptômes de compression du cerveau. Mais il faut ici bien distinguer les faits. Dans certains cas la table externe du crâne seule est enfoncée, le diploë est effacé, et la table externe en contact presque immédiat avec la table interne. Le cerveau ici n'éprouve aucune compression. *Astley Cooper* dit avoir rencontré de fréquens exemples de cette dépression de la table externe. Dans d'autres circonstances, il y a bien enfoncement des deux tables et compression du cerveau, mais cet organe en est peu incommodé, ou bien, après en avoir souffert pendant quelques momens, ils'habitue promptement à ce degré de compression, et n'en remplit pas moins parfaitement ses fonctions. Ce serait une faute très-grande de pratiquer dans le premier cas, comme dans le second, l'opération du trépan pour une maladie qui guérit d'elle-même en quelque sorte. Enfin il est d'autres circonstances dans lesquelles le cerveau est évidemment comprimé et l'annonce par des signes très-menaçans, comme paralysie plus ou moins complète du sentiment et du mouvement, embarras de l'intelligence, etc., etc. Ces symptômes durent un, deux, trois ou quatre jours et quelquefois plus, mais sous l'influence d'un traitement approprié

(saignées, sangsues, boissons émétisées, etc., etc.) on les voit diminuer et même disparaître complètement. Ce troisième ordre de faits prouve encore qu'on peut, dans certains cas, très-graves en apparence, éviter l'opération du trépan, et espérer voir les malades revenir à la vie dans des cas presque désespérés. Des enfoncemens très-étendus et très-profonds du crâne ont guéri parfaitement bien, sans laisser après eux de résultats fâcheux pour l'intelligence des sujets. Tel est en particulier le suivant.

## OBSERVATION.

*M. R.*, banquier célèbre, habitant Paris, fut renversé avec violence de son tilbury dans une promenade qu'il faisait aux Champs-Élysées. La tête porta sur le pavé, et il en résulta un enfoncement profond de tout le côté droit du frontal. Pendant huit jours il y eut perte de connaissance; mais à l'aide de saignées abondantes, de révulsifs nombreux appliqués sur la peau ou portés sur la peau, il guérit parfaitement bien. Aucune opération propre à relever le crâne enfoncé ne lui fut pratiquée. Actuellement ce banquier se porte fort bien, et quoique son cerveau soit comprimé, puisque tout un côté de la tête se trouve plus saillant que l'autre de quelques lignes, il n'éprouve aucune altération dans ses facultés intellectuelles, et il montre au contraire chaque jour, par son habileté dans les affaires, qu'il les a toutes parfaitement conservées (1) (2).

(1) Par les Rédacteurs. (2) Nous possédons encore quelques autres observations de ce genre, extraites soit de la clinique chirurgicale, soit par la pratique civile de *M. Dupuytren*; *J.-L. Petit* a fait des observations tout-à-fait semblables. Voilà ce qu'il dit à ce sujet: Un couvreur tombé du haut d'un toit est regardé pour



Ce qui s'est fait dans ce cas pour le coronal, s'est vu, dans d'autres circonstances, pour le pariétal, l'occipital, le temporal.

Quoi qu'il en soit, la compression du cerveau, subite ou lente, est une affection fort grave et qui exige toute

mort pendant près d'un quart d'heure : on le porte chez lui, on le saigne, il revient de l'affaissement universel où il était. On examine son corps, et l'on ne trouve ni plaie, ni contusion, ni luxation, ni fracture, excepté une bosse assez légère sur le muscle crotaphite : on y applique une compresse trempée dans l'eau-de-vie : le soir on veut réitérer la saignée, sa femme s'y oppose : le lendemain le malade ne se sentant rien, veut se lever et sortir : on obtient de lui qu'il restera dans sa chambre ce jour-là. Mais ayant bien passé le reste de la journée et la nuit suivante, il va à son travail : sur le soir il sent quelques douleurs de tête, mais si légères qu'il ne cesse pas de travailler : au bout de huit jours cette douleur est entièrement dissipée, et l'homme jouit d'une bonne santé pendant plusieurs années, au bout desquelles il meurt d'une fièvre maligne. N'ayant jamais oublié les circonstances de sa blessure, je me trouvai à portée d'ouvrir son cadavre. Je trouvai au même endroit du temporal sur lequel il était tombé, les vestiges d'une fracture considérable ; les os qui avaient été enfoncés par la chute ne s'étaient point relevés ; les parties contenues dans le crâne s'étaient habituées à la compression qu'avait causée cette enfoncure, et l'on distinguait un endroit où l'os temporal enfoncé avait été brisé en plusieurs pièces. (J.-L. Petit, tom. 1, pag. 77.)

Sur un autre sujet frappé à la tête par un éclat de grenade, et mort dix ans après sans avoir éprouvé aucun accident, J.-L. Petit trouva la partie moyenne du pariétal droit brisée et faisant une saillie de trois ou quatre lignes à la surface interne du crâne, et comprimant la dure-mère. (Id. 78.) J.-L. Petit ajoute : Si on avait trépané cet homme il y a dix ans, il eût vécu peut-être dix ans de moins. Dans une circonstance à peu près semblable, une femme n'avait rien fait pour une fracture du crâne avec enfoncement survenue à son enfant, et le malade guérit. Ce célèbre chirurgien disait à cette femme qui criait au miracle dans cette circonstance : *Nous devons tout à la nature, et peut-être avez-vous plus d'obligation à votre ignorance qu'à mon savoir.*

M. Abernethy dit que des malades qui avaient des fractures du crâne avec enfoncement, et auxquels on n'avait pas pratiqué le trépan, n'ont jamais éprouvé d'accident, et que long-temps après leur blessure, ils continuaient

l'attention du chirurgien. Mais c'est surtout la compression subite qui fait courir les plus grands dangers.

Il est une lésion qui se rencontre très-communément à la suite de chocs à la surface du crâne par des armes contondantes, lors même qu'elles ne fracturent pas les

de jouir d'une santé aussi parfaite que si jamais rien ne leur fût arrivé. M. Hill rapporte deux cas de cette espèce dans ses observations de chirurgie.

D'après les faits qu'il a observés, M. Abernethy pense que toutes les fois que le malade conserve l'usage plein et entier de ses sens, il est tout-à-fait inutile de le trépaner, à moins qu'il ne survienne des symptômes qui indiquent la nécessité de recourir à cette opération. On voit aussi que nous allons plus loin que M. Abernethy, et que nous croyons que ces symptômes doivent être graves et durables, et augmenter d'intensité pour se décider à la pratiquer.

Il est très-extraordinaire, mais il n'est pas moins vrai qu'il est impossible, d'après le degré d'enfoncement d'une portion d'os, de juger quelle sera l'intensité des accidens qui en résulteront. M. Thomson, dans des remarques faites dans les hôpitaux de la Belgique, en 1815, rapporte divers cas dans lesquels, quoiqu'il y ait eu une compression considérable par l'enfoncement des deux tables de l'os ou de la table interne seulement ; cependant il n'y a eu ni abattement, ni paralysie, ni perte de la mémoire. Dans un de ces cas, la partie moyenne du pariétal était fracturée et enfoncée profondément par une balle, dont l'extraction fut faite le vingtième jour seulement. Cependant on n'observa ni paralysie ni perte de l'intelligence. Dans un autre cas, une balle avait frappé et fracturé le pariétal droit ; elle s'aplatit et se logea entre les deux tables de l'os ; la table interne fut enfoncée ; et cependant il ne survint aucun symptôme de compression. Le même auteur a vu un cas bien plus remarquable encore : une balle, pénétrant derrière la tempe droite, et filant en arrière et en bas, avait fracturé les os sur son passage, et était venue se loger à la surface du cerveau, sur la tente du cervelet, d'où elle fut extraite le dix-septième jour après la blessure. Il n'était pas survenu d'accidens avant l'opération, et le blessé guérit à la faveur d'un traitement antiphlogistique très-sévère, sans qu'il arrivât aucun ou presque aucun dérangement dans la santé générale. Le docteur Hennen, dans sa *Chirurgie militaire*, rapporte un cas dans lequel l'angle supérieur et postérieur du pariétal, qui avait été frappé par une balle, fut enfoncé de quinze lignes sans qu'il survint d'accidens. Les saignées et les



os : nous voulons parler de la *contusion du cerveau*. C'est une maladie qui n'a pas été convenablement décrite dans les auteurs et sur la théorie de laquelle on a généralement donné de fausses idées.

H. — *De la contusion du cerveau.*

La contusion du cerveau a été souvent confondue avec la commotion et avec la compression, et cependant elle n'a avec elles rien de commun ; elle n'offre ni les mêmes symptômes, ni le même genre de gravité.

La contusion est une véritable lésion organique des parties du cerveau qui sont affectées, et qui consiste dans une désorganisation par attrition des parties contuses, attrition plus ou moins forte et qui établit plusieurs degrés dans la contusion de ce viscère. Cet organe offre une organisation molle, diffluyente, en vertu de laquelle

autres antiphlogistiques suffirent pour guérir entièrement ce soldat, en quelques semaines. Dans un cas semblable, le blessé survécut treize ans, sans autre incommodité qu'un afflux de sang vers la tête, après quelques excès de boisson : il y avait cependant au sommet de la tête un enfoncement infundibuliforme d'un pouce et demi.

Fichet de Fleury (*Observ. méd. chir.*, 1761, pag. 219) dit avoir vu un enfoncement du frontal où on aurait pu mettre le pouce, et qui guérit très-bien sans trépanation. Chez un autre blessé, la dépression aurait pu tenir quatre onces de liquide, et l'auteur ajoute que la faculté de Montpellier offrit vainement 3,000 francs de pension à l'individu pour qu'il se laissât trépaner. (*Id.* pag. 286.)

L'un de nous (M. Paillard) a recueilli au siège d'Anvers, et publié dans sa relation chirurgicale de cette campagne, un bon nombre d'observations de ce genre. Nous avons vu il y a quelques années, à l'Hôtel-Dieu, un malade qui avait eu le temporal et une portion du pariétal enfoncés par un coup de pied de cheval, et qui guérit très-bien sans opération du trépan, et sans qu'on tentât de relever les pièces d'os enfoncées. Les saignées générales et les révulsifs sur le canal intestinal suffirent pour obtenir cette cure.

(*Note des Rédacteurs.*)

il peut devenir le siège d'une contusion sans avoir été frappé directement, sans avoir été mis à découvert par les corps qui ont frappé le crâne, sans même que les parties molles ou dures qui entrent dans sa composition aient été désorganisées ou sensiblement altérées.

Comment donc ce choc désorganisateur peut-il se transmettre ainsi au cerveau à travers ses enveloppes et surtout à travers son enveloppe osseuse ? C'est parce que, lorsqu'un corps frappe le crâne, celui-ci, en vertu de l'élasticité dont il est doué, change de forme, et cela brusquement. Le cerveau, qui remplit exactement la cavité du crâne, mou, diffluyente et très-facile à se désorganiser, ne résiste point à une pression, à un changement qui se fait dans un point ou un autre du crâne. De là, désorganisation, rupture, contusion en un mot de sa substance.

Ces contusions du cerveau peuvent avoir lieu sur le point correspondant à celui du crâne qui a été frappé. C'est alors une contusion directe, ou bien elle peut avoir lieu sur un point plus ou moins éloigné, et quelquefois même, diamétralement opposé à celui qui a été frappé : c'est ce que l'on peut nommer *contusion par contre-coup*, ainsi qu'on le fait pour les fractures du crâne, en admettant avec raison les fractures par contre-coup.

La contusion du cerveau présente des degrés différents auxquels se rattachent des symptômes particuliers.

A un très-faible degré, et qui consiste seulement dans l'épanchement de quelques gouttelettes de sang, la guérison est possible. Mais quand il y a désorganisation profonde et étendue, elle ne peut avoir lieu et la mort en est ordinairement le résultat. L'importance de l'organe affecté rend fort bien compte des dangers de la lésion.

Lorsque le cerveau a éprouvé une contusion, et que



la commotion plus ou moins forte qu'il a éprouvée est dissipée, les malades n'éprouvent pendant deux, trois ou quatre jours aucune espèce d'accidens. C'est ordinairement au cinquième jour seulement qu'ils se déclarent. J'ai vu presque la moitié d'un hémisphère réduit en bouillie, chez un individu qui n'avait présenté pendant quatre ou cinq jours après la contusion dont il avait été atteint aucune espèce d'accident du côté du cerveau. A cette époque seulement ils se manifestèrent et entraînent rapidement la mort du malade.

Les causes de la contusion sont toutes celles de la commotion; tantôt ces causes produisent la commotion, tantôt la contusion, suivant les individus et d'après des circonstances qu'il est fort difficile d'apprécier. C'est ce qui fait qu'elle a souvent été confondue avec elle. Il est évident que dès les premiers instans il est difficile de distinguer si, à la suite de l'action d'une de ces causes, il y a eu seulement commotion légère ou bien s'il y a eu contusion; mais le caractère de la première affection est d'aller toujours en diminuant, tandis que celui de la seconde est au contraire de ne se manifester ordinairement que le troisième, quatrième ou cinquième jour, et cela par des phénomènes inflammatoires. D'abord le malade se plaint de douleurs sur un point fixe de la tête; il se déclare de l'inappétence, de la fièvre avec redoublemens, à la suite desquels il survient un affaîssement qui ne fait qu'augmenter à chacun d'eux, affaîssement qui finit par dégénérer en coma. Les saignées générales, locales, les révulsifs, etc., etc., peuvent changer cet état de choses; le sang épanché et le pus formé en petite quantité peuvent être résorbés, et la guérison a lieu avec altération plus ou au moins prononcée d'une ou plusieurs facultés intellectuelles. Mais si la désorganisation est profonde,

les choses ne se passent point aussi heureusement, l'inflammation est beaucoup plus forte, la fièvre, ses redoublemens, et le coma sont plus considérables, les symptômes de compression se manifestent et la mort arrive.

L'inflammation du cerveau se communique souvent dans ces circonstances à l'arachnoïde, alors les frissons sont assez violens au début. Il y a une contraction assez forte de la pupille; délire, etc., etc., enfin tous les symptômes de l'inflammation de la séreuse cérébrale, et il devient difficile de distinguer dans ces circonstances la maladie principale de la maladie accessoire.

Une contusion très-étendue du cerveau peut tuer à l'instant même. Nous n'avons donc sous ce rapport aucune description à donner.

A l'autopsie de ceux qui ont succombé quelque temps après le développement des accidens cérébraux, on trouve la portion du cerveau affectée réduite en une bouillie inorganique, en une véritable sanie mêlée de pus et de sang. Autour de ce foyer de désorganisation, on remarque un travail inflammatoire qui présente toutes les apparences de cette lésion organique que l'on connaît sous le nom de ramollissement du cerveau. Cette désorganisation n'existait certainement point telle dans le principe, au moment où la contusion est produite; c'est l'inflammation qui s'en est emparée qui l'a ainsi dénaturée. Autour de ce foyer de désorganisation, la substance cérébrale est jaune, sablée, rougeâtre, ainsi que cela se remarque autour des épanchemens sanguins dans les hémorrhagies cérébrales. Les moyens curatifs à employer contre la contusion du cerveau consistent principalement dans l'emploi des saignées générales abondantes, des sangsues appliquées en grand nombre, et à diverses reprises, derrière les oreilles,



au cou, etc., etc. Aussitôt qu'un individu aura reçu un coup violent sur la tête, qui pourra faire craindre une contusion du cerveau, il faudra avoir recours à ces moyens d'une manière énergique, et y joindre l'emploi des éméto-cathartiques, qui sont des plus avantageux. Lorsque l'inflammation se déclarera on y reviendra de nouveau et avec persévérance jusqu'à ce qu'elle soit vaincue. Lorsque, malgré tout cela, les symptômes de compression se manifestent, peut-on avoir recours à l'opération du trépan ? Ce moyen est bien insuffisant, même il pourrait provoquer l'inflammation de l'arachnoïde et ajouter ainsi de nouveaux dangers.

Nous ne croyons pas devoir entrer ici dans la description de l'inflammation du cerveau et de ses membranes, cette description appartenant exclusivement à la pathologie interne.

Il serait facile de distinguer la commotion de la compression, et de la contusion, et réciproquement, si ces divers états existaient isolément, puisqu'en général, lorsque la compression est la suite immédiate d'un coup, elle ne commence que quelques instans après que les symptômes qui la caractérisent vont graduellement en augmentant, et que les principaux de ces symptômes sont l'hémiplégie du côté du corps opposé à celui qui est le siège de l'épanchement et de l'enfonçure, qu'il y a une respiration stertoreuse, etc., etc., tandis que les effets de la commotion vont graduellement en diminuant depuis le moment de leur invasion, et que le principal de ses accidens est l'assoupissement, enfin puisque la contusion ne commence à se faire reconnaître qu'après plusieurs jours, et que les symptômes auxquels elle donne lieu sont ceux de la phlegmasie cérébrale.

Mais ces trois états, commotion, compression, contu-

sion, n'existent pas toujours isolément; le plus souvent au contraire, ils sont combinés deux à deux ou tous les trois ensemble. Quand il existe à la fois, commotion forte et enfoncement des os, le malade présente de suite la perte de connaissance qui caractérise la commotion, et l'hémiplégie accompagnée de respiration stertoreuse qui caractérise la compression. Quand il y a compression et déchirement de la dure-mère ou épanchement dans la cavité de l'arachnoïde, si l'on arrive au moment du coup, on peut suivre le développement et le progrès de la paralysie qui commence toujours très-peu de temps après l'accident. Quant il y a commotion et contusion, ce n'est qu'après le quatrième ou le cinquième jour, que se joignent à l'assoupissement qui caractérise le premier état, les accidens inflammatoires, locaux et sympathiques qui appartiennent au second, et c'est vers le dixième ou le douzième jour que se déclare l'hémiplégie qui indique que l'inflammation se termine par suppuration. Quand il y a épanchement et contusion, comme l'hémiplégie existe par le seul fait de l'épanchement sanguin, on ne peut plus reconnaître la contusion qu'à l'élévation du pouls, à la coloration du visage, etc., etc., qui arrivent vers le quatrième ou le cinquième jour, après que le cerveau a été contus, et lors qu'il s'enflamme; mais il est impossible de distinguer l'épanchement consécutif de l'épanchement primitif, sinon peut-être à l'augmentation d'intensité des symptômes qui ne tardent point à faire succomber le malade. Enfin quand il y a à la fois commotion forte, épanchement de sang au dessus ou au dessous de la dure-mère, et contusion limitée à un point de la surface du cerveau, et que l'on est appelé assez à temps pour observer la marche des accidens, on peut voir d'abord exister seuls les accidens du premier de