Un fait important à noter relativement à la dénudation consécutive des os du crâne, c'est que l'on observe souvent à la face interne des os dénudés un décollement de la dure-mère, dont l'étendue semble exactement calquée sur celui du péricrâne. Pott regardait dans ce cas le décollement du périoste comme un effet secondaire produit par la suppuration de la dure-mère. Sans nier qu'il en soit quelquefois ainsi, nous pensons que le plus souvent il y a là une inflammation suppurative de l'os qui tend à s'isoler de ses deux enveloppes, et quelquefois une suppuration simultanée de ces trois parties, sous l'influence de la même cause. Nous reviendrons sur ce fait à l'occasion des épanchements intra-crâniens.

Les complications que nous venons de décrire ne sont pas les seules que l'on rencontre dans les affections traumatiques des parties molles extérieures au crâne. Il en est encore trois qui peuvent également se montrer à la suite des plaies produites par les instruments piquants, tranchants et contondants, et que pour cette raison nous avons rejetées à la fin de ce paragraphe; ce sont :

1° L'hémorrhagie; 2° les douleurs et l'inflammation érysipélateuse et phlegmoneuse des bords de la plaie; 3° le phlegmon diffus sous-aponévrotique.

Hémorrhagie. — Plus fréquemment observée dans les plaies par instruments tranchants, elle provient ordinairement d'une lésion de l'artère temporale superficielle, des temporales profondes, de l'occipitale, de la frontale, de la sus-orbitaire ou de l'auriculaire postérieure. La position de ces artères, qui se trouvent logées pour la plupart à la face interne du derme et presque dans son épaisseur, rend leur ligature très-difficile et très-douloureuse; aussi y a-t-on rarement recours, d'autant plus que le sang est facilement arrêté par la compression, à laquelle le crâne prête un point d'appui commode. Cette compression, faite à l'aide de compresses graduées soutenues par un bandage circulaire serré, doit être pratiquée entre le cœur et la plaie, et non directement sur la plaie, afin de ne pas nuire à la cicatrisation.

Quelquefois on est obligé de recourir à la ligature médiate dans la continuité de l'artère, comme le faisait A. Paré. C'est par ce moyen que Dupuytren, en 1830, parvint à arrêter une hémorrhagie de l'artère temporale que la compression n'avait pu suspendre. Cette ligature médiate se pratique de la manière suivante : on plonge dans les téguments une aiguille courbe munie d'un fil, on la fait passer au-dessous de l'artère et ressortir au delà, on lie sur un petit rouleau de diachylon, de manière à comprendre avec lui dans la ligature l'artère et les téguments. Si les deux modes de compression et la ligature médiate avaient échoué, on aurait recours à la cautérisation avec un petit

cautère rougi à blanc, ou bien à la recherche et à la ligature de l'extrémité de l'artère divisée. Ce dernier procédé est applicable surtout aux cas où l'hémorrhagie est consécutive et où l'inflammation des parties éloigne l'idée de toute compression.

Pour éviter la douleur que provoque presque toujours l'emploi du bandage connu sous le nom de *nœud d'emballeur*, J. L. Petit plaçait sur la partie blessée une large compresse, épaisse d'un bon travers de doigt, solidement maintenue et percée à son centre d'une ouverture correspondant exactement à la plaie, qui, par cet artifice, échappait seule à la compression.

Lorsque l'artère est située profondément dans la partie inférieure de la fosse temporale, au niveau de l'apophyse zygomatique, il peut arriver que tous les moyens hémostatiques que nous venons de proposer, y compris l'emploi du cautère actuel, échouent; l'hémorrhagie se renouvelant alors, à diverses reprises, peut mettre la vie du blessé en danger. Marjolin disait avoir vu mourir à la Salpêtrière, en 1814, par suite d'hémorrhagies successives, un jeune tambour atteint d'un coup de baïonnette dans la fosse temporale; le tamponnement immédiat avait été fait méthodiquement plusieurs fois. Dans des cas analogues, Herbert Mayo avait proposé de lier à la fois la carotide interne et la carotide externe, afin d'empêcher le sang de revenir de la première de ces artères dans la seconde, au moyen des communications vasculaires qui ont lieu dans l'intérieur du crâne entre la carotide interne d'un côté, celle du côté opposé et les vertébrales. Pour le cas que nous supposons, il serait plus simple, suivant Bérard, de ne comprendre dans la ligature que la carotide externe; mais, comme le faisait judicieusement observer ce chirurgien, il y aurait à craindre qu'on ne prît l'interne pour l'externe. Il pensait donc qu'on remplirait tout aussi bien l'indication signalée par Herbert Mayo si, après avoir mis à découvert la terminaison de la carotide primitive, on plaçait une ligature sur la fin de cette artère et une autre sur une branche quelconque de la bifurcation.

Inflammation érysipélateuse et phlegmoneuse des bords de la plaie. — On voit souvent les bords d'une plaie de la tête se gonfler et devenir douloureux. Les auteurs ont beaucoup insisté sur cette douleur, qu'ils ont considérée comme une complication spéciale et qu'ils ont expliquée de plusieurs manières. Ainsi ils ont pensé qu'elle était due à une blessure de l'aponévrose épicrânienne ou du périoste, poussés qu'ils étaient par cette idée que tous les tissus blancs sont des nerfs. Il n'est plus nécessaire de montrer ce qu'il y a d'erroné dans cette manière de voir. Plus tard on attribua ces douleurs à la division incomplète des nerfs qui se rendent en si grand nombre aux téguments du crâne : aussi Pigray a-t-il conseillé de rendre complète cette prétendue divi-

sion incomplète. Boyer établit même les règles de l'opération dans son chapitre sur les *Plaies de tête*. Il faut, dit-il, que la section soit perpendiculaire à la direction des nerfs et s'étende jusqu'aux os, et, si une incision linéaire ne suffit pas, on peut la rendre triangulaire ou cruciale. Enfin, d'autres auteurs plus modernes ne voient là que des phénomènes produits par l'étranglement que cause l'aponévrose épicrânienne, qui, en vertu de son inextensibilité, s'oppose au gonflement inflammatoire, inséparable de toute blessure; de là le conseil d'inciser, de débrider cette lame fibreuse. Quant à nous, nous n'avons jamais observé ces douleurs indépendantes d'une inflammation. Ce qui se passe là a lieu dans toutes les autres parties du corps où se trouvent des plaies enflammées. Nous repoussons donc, comme de vaines suppositions, et la théorie de la section incomplète des filets nerveux et celle de l'étranglement, car les parties tuméfiées sont extérieures à l'aponévrose épicrânienne.

Les causes qui déterminent l'inflammation érysipélateuse et phlegmoneuse des bords de la plaie, fréquente surtout dans les plaies par instruments piquants et dans les plaies contuses, sont le contact de l'air, des pansements irritants, la présence de corps étrangers dans la plaie, la réunion trop intime au moyen de bandelettes agglutinatives trop serrées, le frottement des cheveux. Il ne s'agit pas seulement ici des cheveux qui sont situés à la face interne des lèvres de la plaie : suivant J. L. Petit, en effet, dans les sections obliques du cuir chevelu, la racine des cheveux fait saillie vers la face profonde des lambeaux, irrite les lèvres de la plaie, si l'on ne tond pas avec des ciseaux l'espèce de brosse qu'elle représente. Nous avons même dit qu'on avait dû, en certains cas, recourir à l'épilation.

C'est en général vers le septième ou le huitième jour que se déclare cet érysipèle, qui s'est annoncé dès le troisième ou le quatrième jour par la douleur, la rougeur, la tuméfaction des bords de la plaie, et qui ne tarde pas à envahir la totalité des téguments du crâne et même de la face et du cou. Les parties affectées sont gonflées, œdémateuses; elles restent ordinairement blanches, à peine rosées, excepté dans les régions dépourvues de cheveux ou chez les sujets chauves, car alors l'érysipèle se montre sur le cuir chevelu avec le même aspect que sur la face. La pression exercée avec le doigt détermine une douleur assez vive, et laisse une dépression plus ou moins profonde, suivant le degré de la tuméfaction. Les ganglions lymphatiques cervicaux et maxillaires s'engorgent et deviennent douloureux. A la face et surtout aux oreilles et aux paupières, le gonflement est considérable, la rougeur très-prononcée, et assez souvent cernée par le liséré jaunâtre propre à l'érysipèle. Il est aussi fréquent d'observer, surtout au niveau des paupières, des phlyctènes remplies de sérosité citrine. Le plus souvent cet exan-

thème s'accompagne de réaction fébrile générale assez vive, d'assoupissement, de délire et de symptômes d'embarras gastrique, soif, nausées, etc.

Les terminaisons de l'érysipèle du cuir chevelu sont variables. Très-ordinairement il se termine par *résolution :* la plaie reprend bon aspect et marche plus ou moins rapidement vers la cicatrisation. Quelquefois cependant il y a tendance à la *suppuration:* on voit alors se former des collections purulentes dans le tissu cellulaire sous-cutané qui se détache sous forme de lambeaux grisâtres et gangréneux. On n'a plus affaire alors à un érysipèle simple, mais à un véritable érysipèle phlegmoneux. Il est bien rare, dans ces cas, que l'inflammation sous-cutanée ne se propage pas à la couche sous-aponévrotique qui devient à son tour le point de départ d'un phlegmon diffus, et même au péricrâne en déterminant une nécrose plus ou moins étendue. Souvent alors les malades meurent épuisés par l'abondance de la suppuration ou emportés par une méningo-encéphalite développée par propagation. Quelques-uns cependant guérissent après une exfoliation qui laisse après elle une cicatrice adhérente et enfoncée. Quelquefois enfin on voit le cuir chevelu lui-même être frappé de mortification. Cependant cette terminaison par *gangrène* est très-rare, fait que l'on explique par la présence des artères frontales, temporales et occipitales dans l'épaisseur de la couche cutanée. Dans un cas de ce genre, observé par Dupuytren, une artère avait participé à l'inflammation; elle s'ulcéra, et une hémorrhagie vint s'ajouter au phlegmon diffus. Dans un autre cas observé par les auteurs du *Compendium*, le cuir chevelu tout entier formait au-dessus des os une sorte de calotte parfaitement détachée et mobile, flasque, plissée, trop grande en apparence pour la boîte osseuse qu'elle recouvrait, vivante cependant, sensible, et aussi abondamment pourvue de vaisseaux et de nerfs que toute autre partie du corps. Enfin, à la suite de cet érysipèle, on voit survenir des méningites, des épanchements intra-crâniens, avec décollement de la dure-mère, soit que l'inflammation se soit propagée de dehors en dedans par les communications vasculaires nombreuses qui existent entre les téguments et la dure-mère, soit que cette propagation ait lieu par l'orbite, soit enfin qu'il n'y ait là qu'un phénomène de voisinage, comme le désignait Gerdy.

Cette complication sera combattue avec avantage par les émissions sanguines, générales et locales, par des applications émollientes, cataplasmes ou compresses trempées dans de la décoction de racine de guimauve, d'eau de sureau, etc., etc. Les dérivatifs sur le canal intestinal, le tartre stibié en lavage, 1 décigramme dans un litre de véhicule, ont surtout été préconisés par Desault, et constituent peut-être la médication la plus utile contre l'accident dont nous parlons. Les

larges vésicatoires appliqués sur le cuir chevelu sont maintenant abandonnés et avec raison. On les a avantageusement remplacés par des vésicatoires plus petits, qu'on place à la nuque ou derrière les apophyses mastoïdes. L'onguent napolitain a, sur les applications émollientes, l'avantage de ne pas mouiller et de ne pas fatiguer le malade, tout en étant un excellent résolutif. Disons enfin que souvent M. Péan est arrivé à enrayer au début la marche de ces érysipèles en onctionnant au loin les téguments voisins de la plaie avec l'éther et l'huile essentielle de térébenthine mélangés à parties égales.

Le débridement des lèvres de la plaie nous a toujours paru inutile ; ces incisions ne sont indiquées que quand il faut donner issue à une collection purulente ou préparer un écoulement facile aux liquides qui séjournent au fond des clapiers.

Phlegmon diffus sous-aponévrotique. — Le siége de cette inflammation n'est pas, comme l'ont indiqué quelques auteurs, dans le cuir chevelu, mais bien dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique.

La disposition anatomique de cette couche celluleuse montre que le phlegmon, lorsqu'il s'y déclare, affecte une marche différente suivant la région qu'il envahit à la surface du crâne.

Lorsque la plaie qui lui donne naissance intéresse la région pariétale, frontale ou occipitale, et fait naître dans la couche lamelleuse une suffusion sanguine ou purulente, celle-ci s'étend immédiatement en soulevant la couche superficielle jusqu'aux limites d'insertion des muscles qui tendent l'aponévrose épicrânienne, c'est-à-dire en dehors jusqu'aux conduits auditifs externes et à l'insertion des muscles temporaux, en arrière jusqu'à la ligne courbe occipitale supérieure, et en avant jusqu'aux arcades sourcilières, où ils trouvent pendant quelque temps une barrière presque infranchissable.

Les complications qui appartiennent en propre au phlegmon diffus du cuir chevelu sont : la fonte purulente de la plus grande partie du tissu cellulaire sous-aponévrotique, la destruction de l'aponévrose mortifiée, la disparition, dans certains cas, d'une partie du péricrâne. De là l'inflammation des portions d'os dénudées et par suite leur nécrose. Dans quelques cas on voit survenir des complications diverses du côté du cerveau et de ses membranes, du pus étendu en nappe ou réuni en abcès circonscrit à la surface des méninges ou même dans la pulpe cérébrale elle-même. Enfin on peut rencontrer des abcès métastatiques dans les organes éloignés, lorsque chez eux le phlegmon donne lieu à l'infection purulente.

Le début du phlegmon sous-aponévrotique de la région crânienne s'annonce ordinairement par un frisson, un malaise général, une céphalalgie intense, bientôt suivis d'un état fébrile, le plus souvent paroxystique, et de troubles digestifs. Vingt-quatre ou trente-six heures

après le frisson, la douleur augmente et se localise, soit au niveau de la plaie, soit à une certaine distance, et l'on voit apparaître un délire tantôt léger, tantôt au contraire violent, quelquefois même des mouvements convulsifs ou un état comateux. En même temps on voit les bords de la plaie s'endolorir et s'entourer d'un empâtement plus ou moins considérable.

Si, à cette période, l'inflammation se termine par résolution, on voit les symptômes locaux et généraux s'amender. Mais le plus souvent la suppuration survient et tous les symptômes prennent une nouvelle gravité. Deux cas peuvent alors se présenter : ou bien l'os n'a pas été dénudé, ou il a été dénudé. Lorsque l'os n'a pas été dénudé, alors même que les parties molles ont été décollées, le recollement peut s'opérer. Lorsque l'os est dénudé, la guérison peut avoir lieu encore par exfoliation insensible, lors même que le péricrâne est complétement détruit. Les exemples, toutefois, en sont rares, et la maladie a toujours une durée fort longue. D'autres fois la mort survient par suite de l'exaspération de la fièvre et de l'épuisement consécutif à l'abondance de la suppuration.

Les symptômes qui permettent de distinguer le phlegmon sous-aponévrotique de l'érysipèle du cuir chevelu sont : l'absence de rougeur, d'œdème des paupières et d'engorgement ganglionnaire, le gonflement œdémateux et la résistance du cuir chevelu joints à la fluctuation étendue sur une large surface.

Le traitement consiste : 1° à pratiquer de bonne heure des incisions destinées à faciliter l'issue du pus dans les parties les plus déclives, en particulier au niveau des régions temporo-pariétales et occipitales; 2° à favoriser par des injections stimulantes la sécrétion plastique unissante, et par une compression méthodique le recollement du cuir chevelu.

Lorsque les plaies contuses qui ont déterminé la manifestation du phlegmon diffus ont lieu à la région temporale, ou bien celui-ci reste superficiel et suit une marche érysipélateuse, ou bien il est sous-aponévrotique et alors il reste rarement limité dans l'épaisseur même des fibres du muscle temporal. Le plus souvent alors on voit les collections sanguines et purulentes fuser vers la joue et vers la fosse zygomatique en suivant le tendon du muscle temporal.

Il est habituellement facile, chez la plupart des malades, de suivre la marche du pus, et il convient, pour empêcher celui-ci d'attaquer le périoste ou d'entraîner la fonte du tissu cellulo-adipeux, de pratiquer de bonne heure, par la bouche, des incisions dans la région de la joue, au lieu le plus déclive.

Telles sont les complications que l'on observe ordinairement à la suite des plaies qui intéressent les parties molles du crâne ; il en est

d'autres plus rares sur lesquelles nous ne croyons pas devoir insister. Nous appellerons cependant l'attention sur un fait récemment observé par M. Péan, dans son service à l'hôpital Saint-Antoine. L'explication physiologique de ce fait nous échappe, et c'est dans le but d'exciter sur ce point de nouvelles recherches que nous le produisons ici.

Il s'agit d'un malade chez lequel une roue de voiture pesamment chargée avait écrasé et enfoncé plusieurs côtes du côté gauche, luxé complétement, en haut, l'extrémité interne de la clavicule du même côté, et rejeté sur la région temporale correspondante un vaste lambeau de parties molles provenant de la région fronto-pariétale et comprenant le périoste. Le malade fut assez heureux pour voir disparaître, dès les premiers jours, les symptômes menaçants qui s'étaient déclarés du côté des poumons, du côté des parties profondes du cou et des parties molles du crâne avoisinant la plaie.

Vers le onzième jour, alors que la gravité des symptômes avait disparu, on vit apparaître dans le sterno-mastoïdien et surtout dans le trapèze, du côté correspondant à la plaie de tête, une contracture très-reconnaissable à la vue et au toucher, et tellement intense qu'elle détermina pour le malade une attitude des plus pénibles. Cette contracture s'accompagna même, le premier jour, d'un léger trismus; mais tandis que celui-ci disparut dès le lendemain, celle-là, au contraire, se présenta avec la même intensité pendant quatre semaines, malgré tous les topiques et tous les médicaments mis en usage, et ce fut seulement après ce temps qu'elle céda peu à peu, si bien qu'un mois plus tard elle avait permis au malade de remuer la tête dans tous les sens, et qu'elle n'avait laissé presque aucune trace de son passage.

Pendant ce temps toutes les fonctions s'exécutaient régulièrement, et nous n'avons trouvé sur aucun autre point une explication qui nous permît de savoir à quelle cause rattacher ces accidents survenus, comme on le voit, sur les muscles animés par le nerf spinal.

D. Plaies par armes a feu. — Ces plaies se divisent, d'une façon générale, en plaies par balles et plaies par éclats d'obus. Cette distinction résulte tout naturellement des observations que chacun de nous a pu faire dans les événements que nous venons de traverser, et l'on en comprendra toute l'importance devant la nouvelle tactique que les armées semblent devoir suivre désormais.

Les plaies produites par ces projectiles sont uniques ou multiples.

Celles qui ont lieu par balles peuvent se présenter sous forme de gouttières ou de sétons.

Celles qui ont lieu par éclats d'obus sont très-variables, suivant la dimension de ces éclats; lorsque ces éclats sont petits, ils sont le plus souvent multiples; quand ils restent dans les tissus, on les trouve

habituellement au voisinage de la plaie; mais, en raison de la forme du crâne, ils peuvent décrire un trajet assez long. Dans tous les cas, ils donnent lieu à un très-petit nombre de complications, très-rarement des hémorrhagies, mais toujours des inflammations qui, du reste, sont en général circonscrites.

Si ces éclats sont volumineux et ne dépassent pas les parties molles, tantôt ils se bornent à décoller les téguments, tantôt ils déterminent des pertes de substance.

Les plaies par armes à feu qui ne portent que sur les téguments du crâne sont, comme on le voit, assez souvent semblables aux plaies contuses. Comme ces plaies sont accompagnées d'une mortification qui doit nécessairement amener de la suppuration, il faut se garder d'en tenter la réunion. Après avoir rasé les bords des plaies en sillon, on les pansera à plat. Quant aux plaies en sétons, on pourrait avoir la pensée de les débrider. Mais il est de beaucoup préférable de se contenter de faire au milieu du trajet, s'il est long, une contre-ouverture, et d'agir surtout à l'aide d'injections dont le premier résultat est de débarrasser la plaie des cheveux qui peuvent y avoir été entraînés. La cicatrisation de ces plaies est fort longue : d'une part, à la chute des eschares, les sillons s'élargissent et la réparation inodulaire ne comble que lentement l'intervalle des deux bords; d'autre part, il arrive le plus souvent que le séton, par la gangrène consécutive de la partie soulevée, se convertit lui-même en sillon.

Corps étrangers. — Enfin une dernière complication, assez rare dans les plaies par instruments piquants ou tranchants, mais assez commune dans les plaies contuses et surtout dans les plaies par armes à feu, c'est la présence de corps étrangers parmi lesquels on peut citer, d'une part, un fragment de verre ou de porcelaine, la pointe d'un couteau, d'un fleuret ou d'une épée, une balle, un éclat de projectile creux, en un mot tout ou partie du corps vulnérant; d'autre part, les corps étrangers qui peuvent être entraînés dans la plaie par le corps vulnérant : des cheveux, des lambeaux de la coiffure, etc.; enfin ceux qu'une chute sur le sol peut avoir consécutivement introduits : tels que sable, gravier, etc. Il convient de procéder immédiatement à leur recherche et à leur extraction.

Les désordres produits sont habituellement faciles à reconnaître par le passage ou par le séjour des projectiles. Lorsque la présence d'un corps étranger est constatée, il importe de l'extraire dès les premiers jours, s'il est facile à découvrir, sinon il vaut mieux attendre.

Toutefois quelques difficultés peuvent surgir lorsque les corps étrangers sont logés dans la fosse temporale ou au-dessous de l'arcade zygomatique. C'est ainsi que des balles mêmes ont pu échapper en pareil cas à l'exploration des chirurgiens. Les signes au moyen desquels

on reconnaîtra la présence de corps étrangers dans ce point sont principalement : une légère tuméfaction de la région, la douleur locale éprouvée par le malade en serrant les dents, et par suite la difficulté de la mastication. L'extraction des corps étrangers de la fosse temporale est de la plus haute importance, en raison des suppurations profondes et des fusées purulentes qu'ils peuvent déterminer dans la fosse zygomatique et au pourtour de l'articulation temporo-maxillaire. Afin de ne pas léser les artères temporales profondes, si difficiles à lier, le chirurgien, pour extraire ces corps étrangers, devra pratiquer les incisions parallèlement à la direction des fibres musculaires.

§ II. — Lésions des os du crâne.

A. *Par instruments piquants.* — Les plaies des os du crâne par instruments piquants sont habituellement produites par des baïonnettes, des épées, des pointes de sabre, par une pioche, etc., et pour que les os d'un adulte soient entièrement divisés, il faut que le choc soit d'une certaine violence. Lorsque la lésion n'intéresse pas toute l'épaisseur de l'os, ce dont on peut s'assurer, soit à l'aide des commémoratifs, soit à l'aide de l'inspection directe faite avec un stylet délié, elle diffère à peine d'une simple piqûre des téguments et ne présente aucune indication spéciale. Si, au contraire, les deux tables ont été traversées sans qu'il y ait formation d'esquilles, il peut se former un épanchement entre l'os et la dure-mère, comme dans un cas de fracture ; aussi faut-il, dans les cas où toute l'épaisseur de l'os a été intéressée, surveiller attentivement le malade et prévenir, par les moyens que nous indiquerons plus tard, les accidents si graves auxquels peut donner lieu une telle blessure.

Mais quelquefois l'agent vulnérant, agissant à la manière d'un clou qu'on enfonce dans une planche mince, fait éclater les os et pousse devant lui de petites esquilles qui font naître dans les organes encéphaliques des désordres ordinairement sérieux. A la suite des journées de juin 1832, Sanson trépana, à l'Hôtel-Dieu, un jeune homme qui avait reçu à la tête plusieurs coups de baïonnette; l'un d'eux avait brisé la table interne du crâne et poussé une esquille jusque dans le cerveau après avoir déchiré la dure-mère. La trépanation fit découvrir cette complication. Il est même à remarquer dès maintenant que si l'instrument piquant a fait son trou dans la voûte crânienne, c'est la table interne qui ordinairement a le plus souffert, ce dont témoignent les crânes du Musée Dupuytren et une présentation faite par M. Denonvilliers à la Société de chirurgie en 1843 ; si bien que le trou, au lieu d'être cylindrique, présente un infundibulum dont l'évasement

regarde l'intérieur de la boîte osseuse. Tantôt alors les esquilles adhèrent à la table interne et font souvent saillie du côté du cerveau ; tantôt elles sont détachées et l'instrument vulnérant les a poussées plus ou moins profondément dans la cavité du crâne. Il peut encore arriver que les instruments qui ont pénétré l'épaisseur des os du

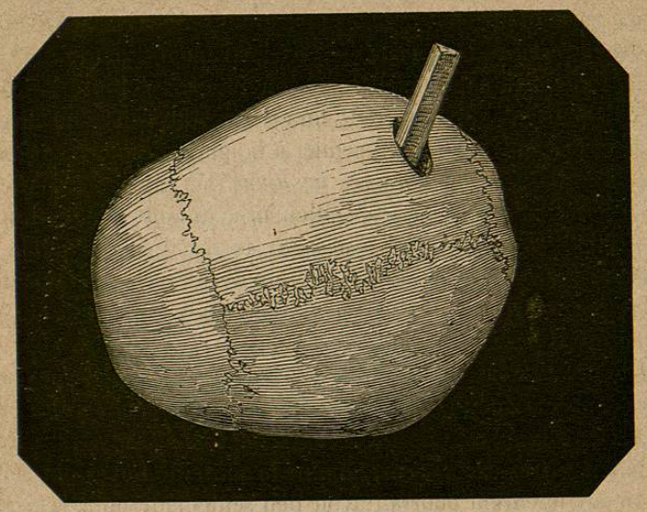

FIG. 95. — Crâne présentant une fracture du pariétal gauche, causée par une baïonnette.

crâne se brisent et y restent implantés, en faisant saillie dans la boîte osseuse. Ces corps étrangers dans certains cas ne déterminent aucun accident immédiat; mais tôt ou tard, quelquefois même plusieurs années après la blessure, le malade est pris des plus fâcheux accidents. C'est dans un cas de ce genre que Dupuytren, après avoir enlevé par la trépanation la pointe d'une lame de couteau qui s'était fixée dans la paroi crânienne, voyant les accidents (fièvre, assoupissement, etc.) persister malgré cette extraction, et la paralysie se montrer, incisa la dure-mère. Cette incision ne donnant rien, Dupuytren plongea un bistouri dans le cerveau et fit jaillir un flot de pus. Heureuse audace, digne du génie le plus éminemment chirurgical des temps modernes, et qui sauva le malade !

On devra donc, avec le plus grand soin, extraire les extrémités des instruments piquants qui se seraient cassés dans la plaie, cela avec des tenailles, s'il y a prise ; avec l'élévatoire de Charrière, s'il y a résistance ; enfin à l'aide du trépan, s'il n'y a pas moyen de faire autrement.

Mais lorsque la plaie est simple et qu'il ne se montre aucun accident