

une percussion par un corps mou, qui avait porté son principal effet sur la protubérance annulaire (1).

12° Les vomissements ont accompagné plus particulièrement la lésion des lobes moyens (2). Dans quelques cas, il y a eu hématemèse, par suite de la déglutition du sang, qui, de la base du crâne, était tombé dans le pharynx (3). Souvent les évacuations ont été involontaires.

13° Le pouls était souvent lent et faible, la respiration parfois stertoreuse, la peau froide.

14° Le satyriasis a accompagné une percussion sur la région occipitale inférieure (4). Les lésions du cervelet ont exercé quelquefois une influence opposée sur les organes génitaux (5).

VI. Les complications et coïncidences des plaies de l'encéphale sont toujours plus ou moins graves.

La commotion et le contusion sont des effets souvent simultanés. La lésion des vaisseaux entraîne des hémorragies intra-crâniennes et des épanchements qui sont des causes de compression cérébrale (6). D'autres coïncidences méritent une attention particulière.

a. Des corps étrangers ont fait naître des accidents très graves; ils ont même occasionné promptement la mort, malgré leur exigüité et la petitesse de la plaie produite. Un homme est frappé par le bout d'une canne très mince sur l'aile du nez. On n'aperçoit qu'une petite plaie sans importance; la stupeur, puis l'agitation, la respiration râlante, le relâchement de la paupière gauche, la dilatation de la pupille du même côté, les évacuations involontaires, les convulsions et la mort paraissent être des effets bien

(1) Gama, *Plaies de tête*, p. 137.

(2) *Ibidem*, p. 310. — Stefano, *Revue médicale*, 1830, t. IV, p. 479. — Goodsir, *Annals of Med.*, t. VI, p. 300. — Heustis, *Journ. des Progrès*, t. XV, p. 231. — Nivel, *Gaz. méd.*, 1840, p. 270. — Taylor, *Med.-chir. Transact.*, t. VIII, p. 39.

(3) Little, *Dublin quarterly Journal*, 1851, aug., p. 226.

(4) Chauffard, *Journal universel*, t. LII, p. 275.

(5) Larrey, *Clinique chirurgicale*, t. I, p. 303.

(6) Duplay (service de Rostan), *Archives*, 2^e série, t. VI, p. 478.

extraordinaires pour une aussi minime cause. Le bout ferré de cette petite canne avait percé l'aile du nez, avait traversé la fosse nasale gauche pour perforer de bas en haut le corps du sphénoïde et parvenir au-dessus de la selle turcique. Cassé dans ce trajet, ce corps étranger n'avait pas été reconnu pendant la vie (1). Des conséquences analogues ont été produites par un bout d'ombrelle (2), par un tuyau de pipe (3). Je note que ces corps étrangers ont été dirigés vers la partie inférieure du cerveau, siège des lésions les plus graves.

Mais voici un autre cas, dans lequel le cerveau avait été atteint vers sa base par un corps étranger, qui y séjourna sans cependant causer la mort.

Le sujet de l'observation reçoit sur la tempe gauche un coup de couteau-poignard. La lame se brise; on ne se doute pas de sa présence. La plaie guérit, mais le malade reste idiot et sujet à des attaques épileptiques. Ce n'est qu'au bout de trois ans qu'on reconnaît la présence du corps étranger, et qu'on l'extrait; il avait un décimètre de longueur. L'état physique et mental s'est dès lors amélioré (4).

Les corps lancés par la poudre à canon pénètrent facilement dans le crâne. Ils ont pu y rester un temps plus ou moins long. Une balle est restée huit jours sans occasionner de perte de connaissance ni d'indices de sa présence; mais les accidents se sont inopinément développés, et la mort est survenue le dixième jour. Ce corps étranger, entré par la tempe droite, avait traversé la scissure de Sylvius et le ventricule pour s'arrêter à la faux (5).

Chez un autre sujet, une balle arrive jusqu'au quatrième ventricule et n'occasionne aucun symptôme pendant quarante jours; alors, tout à coup la scène change, et le lendemain l'individu succombe (6).

(1) Anderson, *Dublin quarterly Journal*, may 1851, p. 347.

(2) Crampton, *Ibidem*, p. 352.

(3) Paynter, *Ibidem*, p. 355.

(4) Bonnéfous, *Montpellier médical*, 1860, t. V, p. 248.

(5) Trélat, *Bulletin de Thérapeutique*, t. XXVIII, p. 375.

(6) Gama, p. 340.

Un officier reçoit au front, au dessus de la racine du nez, la décharge d'un fusil de chasse qui éclate. Au bout de quelque temps, il rend par le nez du sang mêlé de sérosité et de pus. L'odorat est perdu; mais la santé paraît se rétablir. Cet homme meurt par suite d'excès de boissons. On trouve dans le front des fragments de fer ⁽¹⁾.

Un caillou, lancé par la poudre à canon, va se loger dans le lobe antérieur gauche et y demeure pendant treize mois, en ne produisant que de la céphalalgie et de la gêne. Au bout de ce temps, il survient des mouvements convulsifs bientôt suivis de mort ⁽²⁾.

Une balle reste deux ans dans le crâne d'un soldat sans l'incommoder; après ce temps, mort subite ⁽³⁾. Chez un autre individu, qui s'était tiré un coup de pistolet, la balle reste six ans dans le lobe antérieur gauche, ne produisant que l'anosmie et des attaques d'épilepsie ⁽⁴⁾.

Dans une circonstance, le séjour de la balle avait été de quinze ans ⁽⁵⁾. Dans un autre cas, une balle demeura pendant plusieurs années sur la glande pinéale sans occasionner d'incommodité, puis le blessé mourut subitement ⁽⁶⁾. Une balle, entrée par la tempe droite, s'était perdue dans le crâne. Il y eut une paralysie des sixième, quatrième, troisième et deuxième paires; l'œil droit était frappé de cécité; néanmoins, la vie fut conservée ⁽⁷⁾.

Ces faits prouvent que le cerveau peut tolérer pendant longtemps la présence des corps étrangers sans paraître s'en émouvoir, jusqu'au moment où il semble tout à coup se réveiller. Alors éclatent des symptômes qui sont le signal d'une terminaison promptement fatale. Cette sorte d'immu-

⁽¹⁾ O'Callaghan, *Dublin medical Press*, 1845, p. 82 (half yearly abstr., t. I, p. 126.)

⁽²⁾ Zinck, *Mémoires de Médecine militaire*, t. XII, p. 221.

⁽³⁾ Volaire, *Ancien Journal*, t. XX, p. 553.

⁽⁴⁾ Neimeyer, *Archives*, 1846, 4^e série, t. XI, p. 206.

⁽⁵⁾ Henr. Gestreich, *De glande plumbea ossi ethmoideo infixæ*. Berolini, 1830.

⁽⁶⁾ Anel. (Manget, *Bibl. chir. cranii fracturæ*. — *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1764, in-12, t. II, p. 131.)

⁽⁷⁾ Viard, *Revue médicale*, 1853, t. I, p. 402.

rité prolongée, ce calme trompeur, prélude d'une tempête, s'observe aussi fort souvent dans des cas de lésions organiques demeurées longtemps latentes, et qui suscitent, à la fin, une subite et funeste réaction.

b. Une fréquente complication des plaies encéphaliques contraste avec cette longue impassibilité, avec cette sorte d'inertie; c'est la tendance de la substance cérébrale à végéter activement, à faire issue hors du crâne; c'est la disposition à l'*encéphalocèle traumatique*, qu'on a encore nommé *fongus cérébral* ⁽¹⁾.

Dans les fractures avec écrasement, la substance encéphalique comprimée, exprimée, pour ainsi dire, est chassée au dehors ⁽²⁾. Quelquefois, il a fallu retrancher la partie exubérante ⁽³⁾; cette protrusion était toute mécanique; d'autres fois elle résulte d'une sorte de réaction; l'issue a lieu plusieurs jours après la blessure, par suite d'un travail congestif dans la portion du cerveau mise à découvert. Cette sorte d'excroissance ou de fongus a été observée par Paré ⁽⁴⁾, Fabrice de Hilden ⁽⁵⁾, Bartholin ⁽⁶⁾, Piat et Cusmont ⁽⁷⁾, Lapeyronie ⁽⁸⁾, Lambert, etc. L'observation de ce dernier paraît très extraordinaire. Un coup de pierre ayant fracturé le pariétal droit, le cerveau fut mis à nu et blessé; la partie intéressée devint noire et se gonfla. On en retranchait tous les jours quelques fragments. Le dix-huitième jour, le

⁽¹⁾ Spring, *Monographie de la hernie du cerveau*. (*Mémoires de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, t. III, p. 53.)

⁽²⁾ Jones, de Lutterworth, *Journ. des Progrès*, t. XVII, p. 252. — Cavenne, *Journ. général*, t. V, p. 134. — Tavignot, *Bullet. de la Soc. anat.*, 1840, p. 37. — Poilroux, *Mém. de l'Acad. de Méd.*, t. X, p. 120. — Eller, *Coll. acad.*, t. VIII, p. 380. — Nivet, *Gaz. méd.*, 1840, p. 270. — Goodwin Johnson, *Gaz. méd.*, t. V, p. 393. — Barlow, *Annals of Medicine*, t. VII, p. 382, — etc.

⁽³⁾ Duncan, *Essais d'Édimb.*, t. V, p. 512. — Bouchacourt, *Revue méd.*, 1846, t. I, p. 36. — Sewall, *Journ. des Progrès*, t. XI, p. 254. — Goodsir, *Annals of Méd.*, t. VI, p. 300. — Masson, *Revue*, 1853, t. I, p. 408.

⁽⁴⁾ *OEuvres*, liv. X, chap. XXI.

⁽⁵⁾ *Observ. chir.*, cent. I, obs. 15, p. 22, et cent. IV, obs. 3, p. 287.

⁽⁶⁾ *Hist. anat. rar.*, cent. I, hist. LVII, *De fungis cerebri*.

⁽⁷⁾ *Histoire et Mémoires de l'Académie des Sciences*, 1706, p. 28.

⁽⁸⁾ *Ibidem*, 1741.

malade tombe de son lit et perd encore de la substance cérébrale. Il s'enivre, et en arrache lui-même des fragments, jusque au voisinage du corps calleux. Malgré ce désordre, la tête guérit (1).

Était-ce bien le cerveau qui se laissait impunément arracher par morceaux? Il est permis d'en douter, et peut-être n'étaient-ce que des caillots ou des amas de matière fibrineuse ou plastique. Il est probable que la même réflexion a été faite par divers auteurs à l'occasion d'états morbides analogues, qu'ils ont considérés comme des tumeurs hématisées (2) ou des produits d'exsudation (3).

Mais si, dans quelques cas, ces opinions ont trouvé un appui, il a été reconnu souvent que c'était bien la substance encéphalique, soumise à un travail spécial, qui s'offrait à l'orifice crânien. Une active turgescence s'était emparée de l'organe (4), et c'est sous l'influence d'une vive excitation et d'un afflux plus considérable des fluides, qu'une sorte de végétation fongueuse s'était effectuée (5). Peut-être aussi les mouvements respiratoires, et surtout les efforts de l'expiration, contribuent-ils à augmenter cette tendance du cerveau à faire saillie hors du crâne (6).

Un fait remarquable confirme cette présomption. Une fille de treize ans avait eu le crâne fracturé et ouvert; l'ouverture assez large, et cependant cicatrisée, était soutenue par une plaque de plomb, qui fut abandonnée. Sept mois après, la coqueluche survint, et, dans de violents efforts de toux, la cicatrice se déchira, et le cerveau fut comme lancé hors des téguments. Au bout de cinq jours, cette jeune fille succomba (7).

(1) *Comment. sur la carie*, chap. V. (Quesnay, *Mém. de l'Acad. de Chir.*, t. I, p. 325.)

(2) Abernethy, *Surgical Works*, t. II, p. 53.

(3) Jules Cloquet, *Dictionnaire de Médecine*, t. VIII, p. 541.

(4) Signorini, de Pavie, *Bulletin de Ferrussac*, t. XIX, p. 276.

(5) Ces hémorrhagies, fournies quelquefois par la tumeur, et ayant amené la cessation des symptômes de compression, donnent une idée de cet afflux fort actif. (Combe, *Medical and Physical Journal*, t. XXXVI, p. 448.)

(6) Stanley, *Med.-chir. Transact.*, t. VIII, p. 14.

(7) Jamieson, *Essais d'Édimbourg*, t. II, p. 307.

Mais cette impulsion n'est qu'une des conditions de l'issue du cerveau hors du crâne; il faut que l'organe soit le siège d'un travail congestif, d'une nutrition plus active et modifiée. Il en résulte que la texture du fongus n'est pas la même que celle du cerveau. M. Spring n'y a trouvé ni fibres nerveuses, ni globules ganglionnaires, mais seulement des tubes, des cellules allongées et pourvues de noyaux, des cellules arrondies de 0,040 à 0,15 millimètres, contenant aussi des noyaux, des globules de pus et beaucoup de globules sanguins (1).

Cet examen histologique démontre une différence notable entre l'organisation normale de l'encéphale et la substance développée à la surface de cet organe par l'effet d'un traumatisme. Une force nutritive très énergique a donné lieu fréquemment à une sorte de pullulation fort active. Des fongosités spontanément détachées (2) ou excisées (3), se sont reproduites plusieurs fois. La gangrène s'est, dans quelques cas, emparée des parties saillantes, qui ont aussi paru comme étranglées par une sorte de pédicule (4), ou qui sont tombées par l'effet d'une ligature (5).

La facilité avec laquelle le cerveau supporte ces pertes de substance est digne d'une grande attention. Ces soustractions n'atteignent peut-être pas le tissu propre de l'encéphale, mais seulement des émanations de sa substance. Elles n'en touchent pas moins à la constitution même de cet organe.

Il est certain qu'après les extractions, et lorsque le calme renaît, un vide se forme à la place de la solution de conti-

(1) *Mémoires de l'Académie royale de Belgique*, t. III, p. 62.

(2) *Ephemerid. natur. curios.*, dec. II, an. 9, obs. 174, p. 321. — MacLagan, *Med. Commentaries*, t. I, p. 97.

(3) Van-Swieten, *Comment.*, t. I, p. 440. — Stanley, *Hernia cerebri*. (*Med.-chir. Trans.*, t. VIII, p. 18, case 1 (mort), case 2 (guérison), case 3 (mort). — Pring, *Edinburgh Med. and Surg. Journ.*, t. IX, p. 14. — Orioli, de Turin, *Gaz. méd.*, 1838, p. 411. — Heustis, *Journ. des Progrès*, t. XV, p. 231.

(4) Delahaye, *Archives de la Médecine belge*. (*Gazette médicale*, 1840, p. 695.)

(5) Turner Thackrah, *Med. and Phys. Journ.*, 1821, t. XLV, p. 195.

nuité; c'est que le cerveau était tuméfié, injecté, et qu'ensuite il se dégorge et s'affaisse.

Ces remarques expliquent aussi pourquoi la compression, comme traitement de la hernie cérébrale, doit avoir de mauvais résultats pendant la période d'excitation et de congestion, ainsi que bien des faits l'ont prouvé ⁽¹⁾, tandis qu'elle peut être avantageuse quand l'inflammation est dissipée ou le déplacement simplement mécanique ⁽²⁾.

La plupart des exemples d'encéphalocèle traumatique ont été fournis par le cerveau, et on a vu que leur gravité n'a pas été excessive; il n'en est pas de même quand c'est le cervelet qui forme la hernie. Les exemples de cette lésion sont rares. Emmanuel Gaultier en a cité un, qui était le résultat d'une plaie d'arme à feu à la partie inférieure et gauche de l'occiput. Le blessé mourut le trentième jour ⁽³⁾.

c. L'une des complications les plus fréquentes des plaies du cerveau est l'inflammation de cet organe et des méninges. C'est surtout quand des corps étrangers ou des fragments d'os ont déchiré la substance cérébrale que l'encéphalite est à craindre. Elle suit très fréquemment la contusion du cerveau; elle peut être une conséquence de la commotion. On a vu souvent l'érysipèle du cuir chevelu, accompagnant des plaies légères en apparence, se transmettre aux méninges.

La coïncidence de l'inflammation des trois méninges et du cerveau n'est pas rare dans les grands traumatismes du crâne. On trouve la surface externe de la dure-mère tapissée de pus, l'arachnoïde et la pie-mère infiltrées de la même matière, et la substance cérébrale brunâtre et comme liquéfiée.

La méningo-encéphalite n'est pas, en général, portée à ce

⁽¹⁾ Taylor, *Med.-chir. Transact.*, t. VIII, p. 39. — Bright, *Reports of Medical cases*, case 77. (*Medico-chir. Review*, n° 30, p. 320.) — Delahaye, *Gaz. méd.*, 1840, p. 695.

⁽²⁾ Heustis, *Americ. Journ. of med. Sciences*, 1829. (*Bullet. de Férussac*, t. XVII, p. 368.) — Cooper, de Saint-Louis (Missouri). (*Monit. des Hôpit.*, t. I, p. 680.)

⁽³⁾ *Journal général de Médecine*, t. XLI, p. 255.

degré d'intensité. Elle a souvent une marche insidieuse, et laisse dans la sécurité pendant plusieurs jours. Souvent, elle ne débute qu'à la fin de la première ou dans le cours de la seconde semaine. Elle peut se développer aussi plus tard, ou encore, restant à une sorte d'état latent et affectant une marche chronique, entraîner des altérations graves dans l'organisation cérébrale.

L'encéphalo-méningite, qui se joint à une lésion traumatique, s'annonce par des frissons, de la céphalalgie, des vertiges, de la stupeur ou de l'agitation, des troubles variés des sens ⁽¹⁾, de l'intelligence, de la parole et de la motilité, tantôt enrayée, tantôt surexcitée. La fièvre est plus ou moins intense, la respiration fréquente, la langue sèche. Il survient des vomissements. Les évacuations sont souvent involontaires. A l'excitation succèdent l'affaissement, l'assoupissement, le stertor, une sueur visqueuse, la perte du sentiment et de la conscience.

Cet état si grave se termine quelquefois par gangrène ⁽²⁾, assez fréquemment par suppuration. Le pus s'écoule par la solution de continuité ⁽³⁾, ou il s'épanche sur l'hémisphère blessé ⁽⁴⁾, ou il forme un abcès plus ou moins considérable ⁽⁵⁾.

Les symptômes sont d'abord ceux d'une inflammation aiguë, puis les phénomènes de la compression cérébrale se manifestent.

La méningo-encéphalite a souvent moins d'intensité et une marche plus lente. Elle n'en est pas moins grave soit par elle-même, soit par ses suites. Si elle ne fait pas naître des abcès, elle provoque des épanchements séreux; si la

⁽¹⁾ Duncan, *Edinb. Med. and Surg. Journal*, t. XVII, p. 322.

⁽²⁾ Sauré, *Quesnay, Mém. de l'Académie de Chirurgie*, t. I, p. 325.

⁽³⁾ Poupart, *Mém. de l'Acad. des Sciences*, 1700, p. 44. — *Coll. acad.*, t. I, p. 510.

⁽⁴⁾ Parent Duchatelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 315.

⁽⁵⁾ Pasquier, *Bulletin de la Soc. anat.*, 1840, p. 49. — Garin, *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. XVI, p. 278. — Bresson, *Annales de la Médecine physiologique*, t. IX, p. 556. — Carminati, *Il raccoglitore medico de fano*. (*Gaz. méd.*, 1856, p. 163. Abcès consécutif.)

substance cérébrale ne se désorganise pas, elle passe par divers degrés d'induration ou de ramollissement.

d. Les lésions traumatiques du cerveau se sont parfois accompagnées de la formation d'abcès dans le foie. On s'est efforcé d'expliquer cette complication, mais on y a très peu réussi. Richeraud l'a attribuée à la commotion générale du sujet, le foie devant ressentir, dans les chutes et les grands traumatismes, autant que le cerveau, l'ébranlement auquel tout l'organisme est soumis. Mais Larrey a combattu cette opinion par des faits. D'une part, des sujets sont tombés de haut et n'ont pas eu d'abcès du foie⁽¹⁾; de l'autre, des coups de sabre, portés avec force au crâne sans produire un ébranlement général, ont été suivis dans le cours de la deuxième semaine de symptômes graves, de douleur à l'hypocondre droit, de frissons, de chaleur, d'accès d'un sinistre aspect, signalant la production d'abcès dans le parenchyme du foie⁽²⁾.

On est obligé de revenir aux idées émises par Bichat, et de reconnaître le résultat d'un rapport inconnu, mais réel, entre le cerveau et le foie⁽³⁾.

e. Ce rapport ne se révèle-t-il pas encore par le curieux phénomène de la production accrue du sucre dans le foie par l'irritation traumatique de diverses parties de l'encéphale? Larrey a constaté cette remarquable coïncidence chez un homme qui avait reçu dans la paupière supérieure gauche un coup de fleuret. Il survint des douleurs vives dans la tête, de la paralysie, des convulsions. Néanmoins, l'intelligence était intacte et la parole libre. Il y avait amnésie des substantifs et paralysie partielle de la rétine. L'attention se porta sur l'état des urines, et il fut reconnu qu'elles contenaient du sucre. Le septième jour, ce symptôme se dissipa; ce ne fut pas l'indice d'une amélioration certaine. Sous l'influence d'une circonstance accidentelle, il y eut

(1) *Clinique chirurgicale*, t. I, p. 273.

(2) *Ibidem*, p. 283, 285, 289.

(3) *Oeuvres chirurgicales de Desault*, t. II, p. 62.

aggravation de l'état morbide, bientôt suivie de la mort. L'orbite avait été perforé, le lobe antérieur traversé, un des nerfs optiques lésé. Le corps vulnérant était allé jusqu'au prolongement antérieur de la moelle allongée⁽¹⁾.

Ce fait n'avait peut-être pas excité l'attention des chirurgiens; mais les expériences de M. Claude Bernard⁽²⁾ ont eu un tout autre retentissement. D'abord limité à l'espace compris entre l'origine des pneumo-gastriques et celle des auditifs, le point de départ de la provocation glycogénique s'est étendu à presque tout l'encéphale. Des faits fournis par plusieurs observateurs modernes et rapprochés par M. Bauchet⁽³⁾, il résulte que la polyurie et la glucosurie n'ont été souvent que des phénomènes passagers fort différents du diabète constitutionnel, en général si opiniâtre. Il est aussi à remarquer que si la glucosurie s'est montrée immédiatement ou peu de temps après la lésion traumatique⁽⁴⁾, elle s'est produite aussi à des époques plus ou moins éloignées, après vingt jours⁽⁵⁾, deux, neuf, douze, quinze et dix-huit mois⁽⁶⁾.

Le diabète pourrait donc être mis au nombre des suites possibles des lésions traumatiques du cerveau.

f. L'anosmie a été la conséquence d'une fracture du frontal⁽⁷⁾.

g. Des céphalées opiniâtres⁽⁸⁾, des vertiges, des lésions de la vue⁽⁹⁾, la diplopie, le strabisme, ont quelquefois été des suites des plaies graves de l'encéphale⁽¹⁰⁾.

(1) *Clinique chirurgicale*, t. I, p. 177.

(2) *Leçons de Physiologie expérimentale*, 1855, et *Physiologie du système nerveux*, 1858. — Voyez aussi les expériences de Schiff. (*Union médicale*, 1860, t. VII, p. 193 et 258.)

(3) *Lésions traumatiques de l'encéphale*, 1860, p. 189.

(4) *Plagge, Gazette des Hôpitaux*, 1860, p. 183.

(5) *Todd, Archives*, 1858, p. 604.

(6) *Rayer, Union médicale*, 1850, p. 177. — *Goolden, Pathology of diabetes*, 1854. — *Jordao, Union médicale*, 1857, p. 466. — *Ilzigsohn, Ibidem*, 1858, p. 208.

(7) *Larrey, Clinique chirurgicale*, t. V, p. 36. — *Delmas, Éphémérides médicales de Montpellier*, t. III, p. 146.

(8) *Compendium de Chirurgie*, t. III, p. 647.

(9) *Bouchacourt, Revue médicale*, 1846, t. I, p. 36.

(10) *Godelier, Mémoires de Médecine militaire*, t. XXXI, p. 273.

h. Un dérangement mental et la perte de la mémoire des noms substantifs ont aussi suivi la lésion de l'un des lobes antérieurs ⁽¹⁾.

i. Une fracture du frontal sur le sourcil droit a amené consécutivement une excessive sensibilité, une roideur spasmodique et une atrophie des membres droits ⁽²⁾.

k. L'épilepsie a reconnu souvent pour cause première des lésions traumatiques graves du crâne et du cerveau ⁽³⁾.

l. Les lésions organiques en ont enfin été la conséquence. Un enfant reçoit, à l'âge de six ans, une plaie profonde sur le sommet de la tête. A la place de la cicatrice se forme plus tard une tumeur allongée sensible au toucher, fluctuante, obéissant aux mouvements du cerveau. La vue se perd; mais les autres sens sont conservés, l'intellect est développé, les mouvements sont libres. Cette tumeur était solide, carcinomateuse, divisée en plusieurs lobes, refoulant en bas la partie antérieure du cerveau, ayant atrophié les nerfs olfactifs et optiques, adhérant, d'une part, à la dure-mère et à la faux, de l'autre, à l'arachnoïde ⁽⁴⁾. Un autre enfant reçoit, à trois ans, un coup violent à la partie postérieure de la tête. A sept ans, il survient une contracture des membres, qui s'atrophient. Le crâne avait conservé une fente, bien que les téguments fussent intacts; l'arachnoïde contenait 180 grammes de sérosité, et communiquait avec le ventricule droit. Les circonvolutions voisines étaient fort rétrécies ⁽⁵⁾. Un soldat est atteint, par l'effet d'une chute, outre plusieurs autres lésions, d'une fracture du crâne avec enfoncement des os. Il guérit, mais il demeure aveugle et sujet à des céphalées opiniâtres. Il s'était formé un corps dense, ovoïde, d'un jaune-verdâtre, ayant à son centre des granulations distinctes et adhérant, par sa surface, aux

⁽¹⁾ Larrey, *Mémoires de médecine militaire*, t. XXXI, p. 283.

⁽²⁾ Larrey, *Clinique chirurgicale*, t. I, p. 200.

⁽³⁾ *Compendium de Chirurgie*, t. III, p. 648. — Crowfoot, *Edinb. Medical and Surgical Journal*, t. XXIV, p. 260.

⁽⁴⁾ Breschet, *Archives*, t. XXVI, p. 67.

⁽⁵⁾ Obs. de Lelut. (Breschet, *Archives*, t. XXVI, p. 52.)

méninges. Le cerveau était ramolli dans ses deux lobes antérieurs ⁽¹⁾.

m. L'atrophie des organes génitaux a été, selon Larrey, le résultat des blessures du cervelet. Il en a cité quelques exemples ⁽²⁾.

Enfin, si les plaies de l'encéphale ont eu très souvent des suites fâcheuses, elles ont, dans quelques cas, opéré une heureuse révolution. Après la guérison, certains sujets ont paru avoir l'intelligence plus développée ou plus active ⁽³⁾.

XI. — PLAIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

I. Malgré l'épaisseur des chairs, le nombre des éminences et des pièces osseuses qui la protègent, la moelle épinière est accessible aux corps vulnérants; ce sont des instruments piquants, comme une épée ⁽⁴⁾, une baïonnette ⁽⁵⁾, un poignard, une pointe de couteau ⁽⁶⁾, ou tranchants comme un marteau de sellier ⁽⁷⁾ pénétrant entre les vertèbres, ou un corps lancé par la poudre à canon et parvenant dans le canal rachidien ⁽⁸⁾. Ces cas sont assez rares, tandis qu'il est plus fréquent d'en rencontrer dans lesquels la fracture des vertèbres a exposé la moelle à des dilacérations. Les luxations, les violentes disjonctions de deux vertèbres ont pu également occasionner des déchirures, et même la rupture de la moelle ⁽⁹⁾. Dans ces grands traumatismes du rachis, la moelle épinière subit des altérations profondes, bien que la

⁽¹⁾ Gama, *Plaies de tête*, p. 249.

⁽²⁾ *Clinique chirurgicale*, t. I, p. 303, 310, 313.

⁽³⁾ W. Jones, de Lutterworth, *Boston Med. and Surg. Journal*. (*Journal des Progrès*, t. XVII, p. 252.) — Swift, *Americ. Journ.* (*Revue médicale*, 1832, t. I, p. 281.)

⁽⁴⁾ Ferrein, *Académie des Sciences de Paris*, 1743, p. 90. — Viguès (service de Nélaton), *Moniteur des Hôpitaux*, 1855, t. III, p. 838.

⁽⁵⁾ Gama, *Plaies de tête*, p. 399.

⁽⁶⁾ Bégin, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1840, t. VI, p. 201.

⁽⁷⁾ J. L. Petit, *Maladies des os*, édition de Louis, 1772, t. I, p. 49.

⁽⁸⁾ Boulet, *Journal de Chirurgie de Desault*, t. IV, p. 137.

⁽⁹⁾ Walther; Nélaton; *Compendium de Chirurgie*, t. III, p. 675.