

cord et autres ont noté la gangrène du gland. Sans aller si loin, je vous dirai qu'on a encore observé des gangrènes qui, au lieu d'occuper tout le prépuce, n'en prenaient que des lambeaux. Je pourrais ajouter enfin que dans un cas la gangrène perfora le canal, et que dans d'autres des abcès ou des phlegmons se développèrent dans les bourrelets postérieurs.

Voilà le résumé des accidents qui peuvent arriver aux individus abandonnés à eux-mêmes. Ils ne sont pas fréquents, c'est vrai; mais ils sont possibles, et par ce fait même je crois qu'on ne doit pas quitter un paraphimosis sans qu'il soit réduit. Que faut-il donc faire? D'abord, à une période initiale, vous pouvez avoir recours au taxis classique. Vous commencerez par arroser la verge avec de l'eau froide, puis saisissant cet organe en arrière de l'anneau préputial, vous malaxez le gland sans le pousser en arrière. De cette façon vous arriverez à réduire le paraphimosis à moins toutefois qu'il ne soit trop ancien ou qu'il y ait des adhérences inflammatoires. Dans ces conditions, vous aurez alors recours à l'incision.—*Praticien.*

Fracture du crâne et trépanation.—*Société de Chirurgie.*—M. LUCAS CHAMPIONIÈRE lit un rapport sur trois observations de fracture du crâne adressées par MM. Chavasse, Kirmisson et Alvarez.

Le malade de M. Chavasse, âgé de 25 ans, reçoit un coup de sabre sur le crâne qui lui fait une petite plaie confuse. Seulement étourdi, il reste à la caserne et n'entre à l'hôpital que le lendemain. Quelques jours après, il est pris de méningo encéphalite, sans phénomènes de paralysie circonscrite; on applique une couronne de trépan au point blessé, mais on ne constate aucun enfoncement du crâne, aucune lésion du cerveau. Le malade ne tarde pas à succomber; à l'autopsie on trouve un abcès du cerveau. M. Lucas-Championnière regrette que la trépanation n'ait pas été appliquée plus tôt; sans doute, s'il en avait été ainsi, le malade eût guéri.

Dans le fait de M. Kirmisson, il s'agit d'un soldat de 20 ans, qui a fait une chute de cheval sur la tête. Le malade, quoique très abasourdi et hémiparétique, répond aux questions. L'exploration du crâne du côté opposé à l'hémiparésie fait découvrir une légère dépression, à laquelle on attribue tout d'abord la cause de la paralysie; mais le malade, interrogé, répond qu'il porte cette déformation depuis très longtemps. La paralysie va se prononçant, et M. Kirmisson, pensant qu'il avait affaire à une hémorrhagie intra-crânienne, s'abtient de toute intervention. Le malade succombait douze heures après, et à l'autopsie on trouvait un énorme épanchement sanguin provenant de la rupture d'un sinus latéral. Le rapporteur critique cette abstention: on doit toujours, suivant lui, chercher à supprimer la compression à la surface du cerveau, c'est le seul moyen de sauver le blessé.

Dans l'observation de M. Alvarez, de San Salvador, un homme est trouvé sur la voie publique avec une plaie contuse de la tête: il est dans un coma profond, il présente une paralysie du côté droit complète dans le membre supérieur, incomplète dans le membre inférieur; de plus, ptosis du côté gauche. On applique le trépan au niveau de la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante gauche, et on tombe sur un coagulum sanguin très épais; pour l'extraire on est obligé de le fragmenter avec le doigt et d'en chasser les