

sion sur les parties latérales fera encore sortir une assez grande quantité de matière délétère pour qu'on ne doive pas la négliger. La *suction* peut quelquefois suffire pour entraîner tout le poison, en attirant le sang et la lymphe au dehors. Enfin les *ventouses* rempliront à peu près le même but, de plus elles peuvent rester appliquées pendant longtemps ; or la raréfaction de l'air congestionne la surface de la plaie, ce qui entrave l'absorption du virus.

La *compression circulaire* pratiquée sur un membre, s'opposant au retour du sang veineux et de la lymphe, peut empêcher l'absorption. Bouillaud a pu à son gré arrêter et reproduire alternativement les phénomènes d'absorption, en appliquant la compression circulaire et en l'enlevant successivement.

Mais le procédé le plus sûr est la *cautérisation* faite avec le cautère actuel, ou avec les caustiques solides ou liquides. Ceux-ci surtout détruisent assez complètement les virus, et lorsque l'opération est bien faite, l'absorption devient impossible. On applique quelquefois une ou plusieurs ventouses avant de pratiquer la cautérisation. L'*excision des parties* préviendrait aussi l'absorption en enlevant le virus, mais la cautérisation est plus sûre. On combine quelquefois l'excision avec la cautérisation.

Quant à l'*électricité*, au moyen de laquelle Pravaz aurait neutralisé le virus de la rage chez les chiens, elle n'a été employée qu'une seule fois et sans succès chez l'homme.

BIBLIOGRAPHIE. — Percy et Laurent, *Petit, Dictionnaire en 60 vol. (art. PI-
QURE et MORSURE)*, 1819-1820. — Bouillaud, *Expériences sur la compres-
sion circulaire*, in *Archives générales de médecine*, 1^{re} série, t. XII, p. 51,
1826. — Barry, *Expériences sur les ventouses*, in *Archives générales de
médecine*, 1^{re} série, t. XI, p. 131, 1826. — J. Schaw, *Du traitement des
blessures qu'on se fait en disséquant*, in *Archives générales de médecine*,
1^{re} série, t. IX, p. 575, 1825. — A. P. Requin, *Sur l'hygiène de l'étu-
diant en médecine, etc.*, p. 9, thèse de concours d'hygiène, 1837, Paris.
— A. Brierre, *Accid. qui résultent des bless. anat.*, th. de Paris, 1845,
n° 115. — L. C. Chauvet, *De la piqûre anatomique*, th. de Paris, 1865,
n° 35. — W. Roser, *Zur Lehre v. den sept. Vergiftung des Blutes*, in
Arch. der Heilkunde, 1866, Bd. VII, s. 253-330. — H. Pernet, *Et. sur
les accid. produits par les piqûres anatomiques*, th. de Montpellier,
1868, n° 39.

Fontana, *Traité sur le venin de la vipère, etc.*, Florence, 1781. — Paulet,
Observations sur la vipère de Fontainebleau, etc., Fontainebleau, 1805. —
Mangili, *Mémoires sur le venin de la vipère*, in *Annales de chimie et
physiq.*, t. IV, p. 169, 1817. — Boyer, *Traité des mal. chirurgicales*,
t. I, p. 338, 1822. — L. Soubeiran, *Propositions sur la vipère*, thèse de

Paris, 1855, n° 132 — Alph. Ferrier, *Des morsures de la vipère et de leur
traitement*, thèse de Paris, 1858, n° 143 — Viaud-Grand-Marais, *Etudes
médicales sur les serpents de la Vendée, etc.*, Nantes, 1860. — Bouillet,
Et. sur la morsure de vipère, th. de Paris, 1867, n° 101.

ARTICLE III. — ACCIDENTS QUI PEUVENT COMPLIQUER LES PLAIES.

Au point de vue pratique, les accidents des plaies doivent être divisés en accidents locaux et accidents généraux.

Comme le remarque le professeur Verneuil, les accidents locaux tiennent presque toujours à une anomalie dans l'évolution du travail réparateur ; anomalie résultant de la nature même de la blessure (plaies d'armes à feu) ou d'un état général plus ou moins sérieux. Quant aux accidents généraux, nous dirons de suite que quelques-uns d'entre eux peuvent être considérés comme normaux : telle serait la *fièvre traumatique* pour un certain nombre d'auteurs.

§ 1^{er}. — Hémorrhagies traumatiques.

L'écoulement du sang est, avons-nous vu, un phénomène morbide presque fatal après la production des plaies ; s'il se prolonge, s'il devient abondant, il y a *hémorrhagie*. Celle-ci peut être *primitive*, lorsqu'elle suit immédiatement la blessure, ou *consécutive* quand elle survient plus tardivement.

Aux hémorrhagies primitives se rattachent les hémorrhagies *prolongées* et *retardées* (Dupuytrén), ces dernières ont été désignées encore sous le nom d'hémorrhagies secondaires *précoces*.

L'hémorrhagie consécutive survient un certain temps après la blessure. La perte de sang primitive s'est-elle arrêtée, puis reparait-elle, on dit que l'hémorrhagie est secondaire ; cette perte de sang tardive arrive-t-elle d'emblée, l'hémorrhagie est dite *médiante* (Legouest).

De toutes les plaies que nous venons de passer en revue, ce sont celles qui résultent de l'action des projectiles de guerre qui s'accompagnent le plus souvent d'hémorrhagies consécutives (secondaires ou médiates).

Les hémorrhagies primitives, résultant de ce que l'hémostase ne se fait pas en temps opportun (Verneuil), peuvent tenir à deux causes, soit à une altération des parois artérielles, soit à un état général mauvais (mal. du foie, leucémie, scorbut, etc). Toutefois la nature de la plaie, sa forme, le volume des vaisseaux atteints doivent aussi entrer en ligne de compte dans la pathogénie de cet accident. Dans quelques cas, l'écoulement sanguin, d'abord nul ou presque nul,

ne tarde pas à apparaître (H. retardées), ce qui résulte très-probablement de la cessation d'un véritable spasme vasculaire, produit soit par le contact de l'instrument vulnérant, soit par le froid (Verneuil).

L'hémorrhagie secondaire ou mieux consécutive peut être fournie non-seulement par les vaisseaux blessés primitivement, mais aussi par des vaisseaux de nouvelle formation (Verneuil). Tantôt unique ou à répétitions successives, elle peut affecter une marche rémittente ou même franchement intermittente et n'être qu'une sorte de fièvre intermittente larvée.

Le plus souvent, comme nous l'avons dit, elle résulte de la nature même de la blessure (plaies d'armes à feu) et tient soit à la production des phénomènes d'inflammation vive, soit à la chute des parties escharifiées (Legouest). Toutefois, il est bon de noter dès à présent que la fièvre traumatique intense, la septicémie et surtout la pyohémie, toutes fièvres putrides pour certains chirurgiens (Verneuil, Gosselin), donnent lieu à des hémorrhagies secondaires, se faisant par les petits vaisseaux (Legouest, Després, Verneuil). Y a-t-il ici un processus morbide comparable à celui qui provoque les pertes de sang si fréquentes pendant le cours de la fièvre typhoïde? Telle est l'opinion du professeur Verneuil (1). Nous ne ferons que signaler en passant une cause générale d'hémorrhagie : l'hémophilie (2).

L'hémorrhagie, qu'elle soit primitive ou consécutive, peut être *artérielle*, *veineuse* ou *capillaire*, suivant la nature des vaisseaux fournissant le sang.

1^o Hémorrhagie artérielle. — Cette espèce d'hémorrhagie est caractérisée par un écoulement de sang rouge, vermeil, écoulement se faisant par jets saccadés, isochrones aux battements du pouls. Si l'on exerce une compression entre la plaie et le cœur, l'hémorrhagie s'arrête; la compression entre la plaie et les extrémités n'apporte que peu ou point de changements dans la quantité de sang qui s'écoule. Il est quelquefois impossible de percevoir les pulsations artérielles dans les vaisseaux situés au-dessous du point lésé.

Examinons maintenant chacun de ces phénomènes, étudions leurs causes, et nous verrons que dans certains cas quelques-uns peuvent manquer, et que dans d'autres ils se modifient d'une manière fort remarquable.

(1) Leçons professées à la Faculté en 1871-72.

(2) Voyez A. Tardieu, *Manuel de path. et de clin. médicales*, 4^e éd., 1873, p. 354.

Si une grosse artère se trouve blessée à la racine d'un membre, vers un point où il existe peu de vaisseaux anastomotiques, si cette artère est complètement divisée, si la plaie est largement béante, nous trouverons tous les caractères que nous venons de signaler.

Mais lorsque la lésion existe beaucoup plus bas, vers l'extrémité du membre, sur la radiale, par exemple, le bout supérieur donnera un jet de sang saccadé, isochrone aux battements du cœur, offrant une couleur rouge et vermeille. Le bout inférieur recevant de l'artère cubitale une grande quantité de sang, par les anastomoses de la paume de la main, donnera également un jet de sang rouge, saccadé, peut-être un peu moins rouge que celui du bout supérieur. La compression entre la plaie et le cœur fera cesser l'écoulement de sang par le bout supérieur; la compression entre la plaie et les extrémités fera cesser l'écoulement par le bout inférieur.

Si les anastomoses ne sont pas aussi larges que celles de la radiale avec la cubitale, le bout inférieur laissera passer aussi une certaine quantité de sang; mais il sera plus noir, et coulera en nappe. On conçoit en outre que dans ces deux cas, surtout dans le premier, il sera possible de sentir les pulsations artérielles au-dessous de la plaie.

L'artère n'est-elle divisée qu'en partie, une portion du sang s'écoulera vers la partie inférieure; l'autre s'échappera par la plaie en jets de volume variable, saccadés, isochrones aux battements du cœur: il sera encore possible de sentir les pulsations artérielles au-dessous de la plaie.

Enfin la plaie des téguments peut être assez étroite pour empêcher le sang de s'échapper entièrement au dehors. Alors, arrêté par les inégalités de la solution de continuité, il coulera en nappe; mais la plus grande partie passera le long de la gaine des vaisseaux, dans les mailles du tissu cellulaire, distendues, déchirées; la peau sera violette, tendue; il sera impossible de sentir les pulsations; la tumeur présentera des battements profonds, expansifs, isochrones aux battements du cœur. Si l'on comprime la tumeur, on fera sortir une quantité quelquefois considérable de sang: dans quelques cas le sang s'échappera spontanément en jet et en nappe.

Rarement l'hémorrhagie artérielle s'arrête seule; cependant lorsque la plaie est très-étroite, le sang peut se coaguler à travers les fibrilles de tissu cellulaire, et former une espèce de bouchon qui s'oppose à l'hémorrhagie. Lorsque les tuniques du vaisseau complètement divisé se rétractent inégalement, on peut encore espérer voir l'hémorrhagie se suspendre. Des syncopes longtemps prolongées, l'action du froid, la frayeur, la stupeur qui suit les plaies d'armes de guerre (Legouest), arrêtent aussi l'écoulement de sang.

2° *Hémorrhagie veineuse.* — L'hémorrhagie veineuse est caractérisée par un écoulement de sang noir, en jet continu ou en nappe. L'écoulement cesse lorsqu'on exerce une compression entre la plaie et les capillaires, il augmente lorsqu'on comprime entre la plaie et le cœur ou que l'on fait contracter les muscles d'où viennent les vaisseaux blessés.

Si une veine volumineuse est entièrement divisée, et si les bords de la plaie permettent au sang de s'échapper facilement au dehors, les caractères que nous ayons indiqués plus haut existent tous; mais lorsqu'une partie seulement du calibre du vaisseau est divisée, une portion de la colonne de sang remonte vers le cœur et l'autre coule en nappe par les bords de la plaie. Si alors l'on comprime entre la plaie et le cœur, tout le sang s'échappera par la plaie en formant un jet dont le volume sera en raison de la grandeur de l'incision. C'est ce phénomène qui se passe dans la phlébotomie au pli du bras.

Quand les bords de la plaie ne sont pas parallèles à ceux de la veine, le sang s'épanche dans le tissu cellulaire et forme un *thrombus*.

Le plus souvent, l'hémorrhagie veineuse s'arrête spontanément, à la condition cependant que la veine lésée ne soit pas trop volumineuse.

3° *Hémorrhagie capillaire.* — L'écoulement de sang à la suite des hémorrhagies capillaires n'est jamais très-considérable, à moins qu'il n'existe quelque prédisposition particulière (Sanson): scorbut, choléra, typhus, etc., ou qu'elle soit symptomatique d'un état général grave.

Le sang qui s'écoule par les vaisseaux capillaires est plus rouge que le sang veineux, moins rouge que le sang artériel, se rapprochant cependant plus de ce dernier que du premier. L'écoulement se fait en nappe.

Il est important de noter que dans les hémorrhagies, le sang a d'autant moins de tendance à s'arrêter que celles-ci ont été plus considérables et qu'elles se sont succédé avec une plus grande rapidité.

Lorsque la plaie intéresse les vaisseaux profondément situés dans les cavités splanchniques, le sang s'accumule dans les cavités des séreuses qui les tapissent, dans les organes creux qu'elles renferment; et l'hémorrhagie interne ne peut être reconnue qu'à l'aide des signes généraux propres d'ailleurs aux hémorrhagies abondantes.

La peau et les membranes muqueuses se décolorent, le refroidissement est général, le corps se couvre d'une sueur froide, la respiration est saccadée, précipitée, le pouls petit, irrégulier, les

battements du cœur sont tumultueux; on observe des nausées, des vertiges, des mouvements convulsifs, et la mort apparente, puis réelle, ne tarde pas à arriver.

Diagnostic. — Dans certains cas, même pour un chirurgien connaissant bien l'anatomie, il est difficile de préciser la source réelle d'une hémorrhagie; le fluide sanguin pouvant venir soit d'un gros tronc artériel ou veineux, soit d'une branche voisine peu volumineuse.

Sous l'influence d'une syncope, de l'asphyxie, le sang artériel peut perdre sa coloration rutilante et ressembler à du sang veineux. Cependant son écoulement saccadé, et la suspension de cet écoulement par une compression faite sur l'artère entre la plaie et le cœur, faciliteront le diagnostic.

Enfin, qu'une veine verse un sang rouge, comme on l'observe quand la circulation périphérique est très-facile, que cette veine soit dans le voisinage d'une artère qui lui communique des mouvements saccadés, on aura une hémorrhagie veineuse qui offrira tous les signes d'un écoulement de sang artériel. C'est ainsi que de jeunes praticiens ont été trompés par le jet légèrement saccadé et la couleur vermeille du sang que laisse couler la veine médiane basilique à la fin de certaines saignées. Cependant le diagnostic sera toujours facile, il suffira, en effet, de comprimer au-dessous de la plaie pour arrêter le jet sanguin.

Le pronostic des hémorrhagies varie: 1° avec la nature du vaisseau blessé; ainsi les hémorrhagies artérielles sont beaucoup plus graves que les hémorrhagies veineuses; 2° avec le calibre du vaisseau; 3° avec la cause même de l'hémorrhagie; c'est ainsi qu'un écoulement fourni par les capillaires peut être très-sérieux si le blessé est atteint d'une fièvre grave, chirurgicale ou autre, d'une lésion primitive du foie, de la rate, etc.

Les hémorrhagies dans les cavités splanchniques sont le plus souvent au-dessus des ressources de l'art, les vaisseaux lésés étant inaccessibles au chirurgien.

Traitement. — Un grand nombre de moyens ont été conseillés pour arrêter les hémorrhagies; nous allons les passer rapidement en revue (1):

1° *Absorbants.* — La charpie, l'éponge fine et sèche, l'agaric de

(1) Voir le *Manuel de petite chirurgie*, 5^e éd., p. 604, 1873; et Malgaigne, *Manuel de méd. opératoire*, 8^e éd., p. 58 et suivantes.

chène, la colophane sont souvent employés. Ces substances n'agissent pas d'une manière spéciale; elles forment avec le sang une espèce de magma solide, qui s'oppose mécaniquement à l'issue du liquide sanguin.

Les absorbants ne peuvent être mis en usage que pour arrêter une hémorrhagie capillaire, encore faut-il que celle-ci soit peu considérable; souvent on combine leur emploi avec la compression.

2° *Réfrigérants*. — Ils diminuent le calibre des vaisseaux ouverts en déterminant une espèce de crispation de leurs parois.

3° *Styptiques, Astringents*. — Les solutions de *sulfate de fer* et de *cuivre*, *l'alcool*, *l'eau de Rabel* et *l'eau vinaigrée*, le *perchlorure de fer*, sont souvent utilisés. Comme les réfrigérants, les styptiques ne peuvent être mis en usage que pour arrêter les hémorrhagies capillaires.

4° *Compression*. — Elle est faite perpendiculairement au vaisseau : *compression directe*, ou parallèlement à lui : *compression latérale*.

La compression peut être exercée au moyen des doigts d'un aide (*compression digitale*); mais alors elle ne peut être que provisoire; il en est de même lorsqu'on se sert d'une pelote que l'on maintient sur le vaisseau. Pour établir une compression définitive, on se sert de compresses graduées plus ou moins épaisses, de disques d'agaric superposés en pyramide, enfin d'instruments spéciaux : tels sont le *garrot*, le *tournequin*, le *compresseur de Dupuytren*, etc.

A. La *compression latérale* peut être immédiate ou médiante.

La première consiste à appliquer dans la plaie elle-même des bourdonnets de charpie et au-dessus de ceux-ci des compresses graduées. Elle détermine une violente inflammation et des douleurs excessives, aussi lui préfère-t-on la seconde, la compression latérale médiante.

La *compression latérale médiante* doit être faite entre la plaie et le cœur, si elle est destinée à combattre une hémorrhagie artérielle; entre les capillaires et la plaie, si elle est dirigée contre une hémorrhagie veineuse. Préférable sans contredit à la compression latérale immédiate, c'est encore un mauvais moyen quand on veut oblitérer définitivement les artères.

B. La *compression directe* s'emploie comme moyen hémostatique provisoire dans les opérations; alors les doigts d'un aide sont suffisants : il place son doigt sur l'orifice des vaisseaux divisés, ou bien il tient le vaisseau isolé entre deux doigts.

5° *Torsion*. — Cette opération, applicable seulement aux artères, consiste à saisir l'extrémité du vaisseau et à le tordre plusieurs fois sur lui-même. Elle peut être *libre* ou *limitée* (1).

6° *Ligature*. — C'est le plus simple et le plus sûr de tous les moyens hémostatiques (2).

Cette ligature peut être faite sur les artères et sur les veines (*Voyez Plaies des artères et Plaies des veines*.) Toutefois, ce sont ordinairement les hémorrhagies artérielles qui nécessitent son emploi.

Le lien constricteur est appliqué plus ou moins loin de la plaie (méthode d'Anel); ou bien, ce qu'il faut autant que possible essayer, la ligature est faite directement dans la plaie et sur les deux bouts du vaisseau divisé, l'inflammation de la plaie, sa suppuration ne sont pas des contre-indications absolues à la ligature directe (Nélaton).

7° *L'acupressure* due à Simpson d'Edimbourg (3).

8° *Cautérisation*. — Elle peut être faite avec le fer rouge ou avec des caustiques; le premier moyen est préférable au second, mais il a l'inconvénient d'effrayer les malades. La cautérisation est surtout indiquée dans les hémorrhagies fournies par les petites artères ou les vaisseaux capillaires.

Nous ne dirons rien d'une multitude d'opérations que l'on a pratiquées jadis sur les artères, afin d'arrêter l'écoulement du sang : tels sont la *mâchure*, le *refoulement*, le *froissement*, l'*arrachement*, etc.

BIBLIOGRAPHIE. — Sanson, *Des hémorrh. traumatiques*, thèse de concours de clinique chir., Paris, 1836. — Camus, *Des moyens hémostatiques*, th. d'ag. en chirurgie, Paris, 1839. — Després, *Des hémorrhagies traumatiques consécutives*, th. d'ag. en chirurgie, Paris, 1844. — Dequevauviller, *De la disposition aux hémorrhagies*, in *Journ. de chirurgie*, 1844, p. 164. — Nélaton, *Sur le traitement des hémorrh. art. consécutives*, in *Bull. de l'Ac. de méd.*, t. XV, p. 960, 1850. — Monneret, *Des Hémorrh. produites par les mal. du foie*, in *Arch. gén. de méd.*, 5^e série, t. III, p. 641, 1854. — Bonneau, *Quelques consid. sur les causes et le traitement des hémorrhagies artérielles dans les plaies par armes à feu modernes*, thèse de Paris, 1872, n° 290. — Consulter en outre les classiques et la bibliographie des plaies des artères et des plaies des veines.

(1) Voyez *Manuel de petite chirurgie*, p. 615.

(2) *Ibid.*, p. 616.

(3) *Ibid.*, p. 620.

§ 2. — Douleur.

La douleur ne doit pas être considérée comme une complication des plaies, mais bien comme un phénomène inséparable de la lésion des filets nerveux; toutefois, lorsqu'elle est très-intense, elle devient un véritable accident. Elle détermine de l'insomnie, de l'agitation, du délire, des mouvements convulsifs, en résumé tous les désordres qui caractérisent les fièvres ataxiques. Cette douleur peut être causée par :

1° La présence d'un corps étranger; le sang coagulé entre les lèvres d'une plaie produit quelquefois ce phénomène.

2° L'inflammation trop vive.

3° Un pansement mal fait ou l'application de topiques irritants. Dans quelques cas, la douleur peut se développer sans causes que l'on puisse saisir, et paraît tenir à un état particulier du sujet blessé.

La plupart des anciens auteurs avaient pensé que la douleur violente qui peut accompagner les solutions de continuité résultait de la division incomplète des cordons nerveux; aussi donnaient-ils le conseil de débrider la plaie, afin d'achever cette section. Mais cette opinion n'est plus guère admissible, et une observation attentive des faits a démontré que cette douleur siégeait dans les parties enflammées et étranglées par les aponévroses sous-cutanées. Les anciens chirurgiens avaient donc raison de conseiller le débridement, mais leur théorie sur son mode d'action n'était pas exacte.

Comme on le voit, l'inflammation est la cause presque constante de la douleur, et c'est en la provoquant que les corps étrangers, le sang coagulé, les pansements mal faits, les topiques irritants, etc., donnent lieu à de vives souffrances.

Traitement. — Lorsque les phénomènes douloureux paraissent dépendre d'un état en quelque sorte idiopathique du blessé, il faut les combattre par les narcotiques tels que l'opium, la morphine, *intus* et *extra* : on pourra utiliser avec avantages le chloral. (Voir plus loin les *Blessures des nerfs*.)

BIBLIOGRAPHIE. — Consulter les classiques : Vidal, Nélaton, A. Bérard et Denonvilliers, Follin et S. Duplay.

§ 3. — Délire nerveux.

Le délire nerveux complique assez rarement les plaies, surtout si

on le différencie du *delirium tremens*, qui, selon nous, s'en rapproche singulièrement. A. Fournier les croit identiques (1).

Il survient assez souvent chez les individus qui ont tenté de se suicider.

Dupuytren a donné une bonne description de cet accident : au début le malade paraît d'une gaieté surnaturelle; la parole est brève, saccadée, les mouvements brusques et involontaires; bientôt survient de la confusion dans les idées; on observe de l'insomnie; le malade est dominé par une idée plus ou moins fixe, il arrache ses pièces de pansements, marche, sans paraître éprouver la moindre douleur, avec une jambe fracturée. Quelques-uns, opérés de la hernie, introduisent leurs doigts dans la plaie et s'amusent froidement à dérouler leurs intestins. Le pouls néanmoins reste tranquille et calme; les fonctions s'exécutent avec régularité; la température n'est pas modifiée (E. Rose). Cet état peut se terminer par la mort; souvent, cependant, au bout de quelques jours, le malade, épuisé de fatigue, tombe dans un sommeil profond, et lorsqu'il s'éveille, tous les accidents cérébraux ont disparu. Ce délire peut se renouveler deux ou trois fois après quelques jours de rémission.

Cette affection pourrait être confondue 1° avec la méningite; mais elle en diffère par l'absence de troubles du côté des voies circulatoires; 2° avec le *delirium tremens*; mais elle ne reconnaît pas les mêmes causes, puisque ce dernier succède à l'abus des boissons alcooliques. En outre, suivant Calmeil, le délire nerveux ne présente pas le même ordre d'accroissement, la même incertitude de la voix, le tremblement des lèvres, le défaut complet d'équilibre qu'on remarque dans le *delirium tremens* (?)

Le *traitement* dont Dupuytren paraît avoir tiré le plus d'avantage consiste dans les opiacés : cinq ou six gouttes de laudanum administrées en lavements qui seront répétés toutes les six heures. Si l'agitation du malade ne permettait pas l'administration d'un lavement, on lui donnerait de quinze à vingt gouttes de laudanum dans un verre d'eau sucrée.

BIBLIOGRAPHIE. — F. H. Chaillou, *Du délire nerveux*, th. de Paris, 1833, n° 259. — Dupuytren, *Leçons orales de clinique chirurgicale*, 2° édit., t. II, p. 231, 1839. — Ed. Rose, *Delirium tremens u. Del. traumaticum in Handb. der allg. u. spec. Chirurgie* de Pitha et Billroth, Erlang. 1872, vol. 1, 2° p., 1^{er} liv., fasc. 2. — Voir en outre les classiques.

(1) *Nouv. Dict. de méd. et de chir.* (Art. ALCOOLISME), t. I, p. 653, 1864.

§ 4. — Inflammation.

Comme on le sait, l'inflammation est nécessaire pour conduire une plaie à la guérison; c'est un phénomène en quelque sorte fatal, qui toutefois peut se prolonger (*inflammation prolongée* de Verneuil), ou bien réapparaître après s'être calmé pendant un certain temps. Il constitue alors un véritable accident des plaies, accident parfois très-grave, en ce sens que le processus inflammatoire peut s'étendre au loin et donner lieu à des fusées purulentes, à la phlébite, à la lymphangite, etc.

L'inflammation de la plaie s'accompagne souvent de phénomènes fébriles très-accusés, de plus, elle détruit fréquemment le travail de cicatrisation déjà commencé, et cause des accidents graves, tels qu'une douleur excessive, la gangrène des parties malades.

Cette complication peut être déterminée par des délabrements considérables (blessures par armes à feu), par la présence de corps étrangers, par l'étranglement des parties, par un pansement mal fait, etc.

Après en avoir détruit la cause, s'il est possible, l'inflammation sera combattue par un traitement antiphlogistique en rapport avec son intensité.

BIBLIOGRAPHIE. — Consulter les classiques.

§ 5. — Tétanos traumatique.

Cette affection est caractérisée par une contraction tonique et douloureuse de la plupart des muscles volontaires. Cette contraction commence d'ordinaire par les muscles de la mâchoire et du cou, pour s'étendre peu à peu aux autres muscles, et s'accompagne de redoublement convulsifs (Follin).

Le tétanos peut être provoqué (*traumatique*) ou spontané (1), il est bien entendu que c'est la première espèce seule qui nous occupe ici. Suivant sa marche, on l'a divisé en tétanos *aigu* et *chronique*, on a même admis un tétanos *sur aigu* (Billroth). Le tétanos peut n'affecter qu'un certain nombre de groupes musculaires, et a reçu des noms particuliers; c'est ainsi qu'il peut atteindre tantôt les élévateurs de la mâchoire inférieure, *trismus*; tantôt les extenseurs du tronc et des membres, *opisthotonos*; tantôt les fléchisseurs, *emprosthotonos*; enfin il peut envahir tous les muscles d'un des côtés du corps, *pleurosthotonos*. Cette dernière variété est d'ailleurs

(1) Voyez Tardieu, *Manuel de pathologie et de clinique médicales*, 4^e édit., p. 494, 1873.

fort rare, si tant est qu'elle existe. La contraction musculaire générale est désignée sous le nom de *tétanos tonique* (Follin).

Symptomatologie. — Le tétanos traumatique débute plus ou moins brusquement, par de la roideur dans la région cervicale, une douleur à la nuque ou de la gêne dans la déglutition. Peu à peu la roideur augmente, les muscles élévateurs de la mâchoire deviennent rigides, et rien ne peut amener l'écartement des mâchoires. Cet état, qui constitue le *trismus*, est quelquefois le seul que l'on observe. Plus tard, la rigidité envahit les muscles du tronc, les extenseurs des membres inférieurs, puis ceux des membres supérieurs, *opisthotonos*, et le corps, rigide comme un bâton, peut être soulevé par la tête ou par les talons; dans ce cas, la tête est renversée en arrière, et le rachis décrit une courbe à convexité antérieure. Lorsque la rigidité a envahi les muscles de la partie antérieure et les fléchisseurs, la paroi abdominale est appliquée contre la colonne vertébrale, la tête et le tronc sont fléchis en avant, tous les membres se trouvent dans la flexion, et le corps présente une attitude des plus bizarres, *emprosthotonos*. Cette forme est plus rare que la précédente.

La face présente un aspect étrange, *rire sardonique*, dû à la contraction de tous ses muscles.

On a remarqué que les contractions toniques des muscles respiratoires, des muscles moteurs des doigts et des muscles de l'œil, n'apparaissent que tardivement, et qu'elles restaient assez longtemps faibles et peu persistantes (Follin). Toujours est-il que la rigidité des muscles inspirateurs met obstacle aux fonctions de la respiration et détermine une asphyxie lente qui enlève le malade.

On aurait aussi constaté dans les derniers instants de la vie des battements tumultueux du cœur dus à la rigidité de cet organe (Bégin).

L'état de contraction des muscles n'est pas toujours égal, et la rigidité musculaire, sans jamais cesser entièrement, diminue par intervalles. C'est ordinairement à la suite d'un mouvement, d'un déplacement, d'un effort de déglutition, et souvent sans cause apparente, que les contractions tétaniques atteignent leur plus haut degré d'intensité. Ces secousses, faciles à enregistrer avec la pince myographique, offriraient des caractères spéciaux; dans tous les cas, elles provoquent de véritables crises douloureuses pendant lesquelles s'exagèrent les attitudes sur lesquelles nous avons appelé l'attention du lecteur. De plus, les contractions peuvent être tellement intenses qu'il en résulte la rupture des fibres musculaires et des ecchymoses spontanées.