

de ces diverses théories. Dans l'état actuel de la science, il nous semble seulement permis de conclure que la théorie de la métastase est inadmissible, que celle de la phlébite, vraie dans bon nombre de cas, ne saurait cependant constituer une doctrine générale.

Diagnostic. Il n'est pas facile au début. Le frisson initial peut être dû à un accès de fièvre intermittente. L'observation des phénomènes ultérieurs permet d'éviter toute confusion. En effet, s'il s'agit d'une fièvre périodique, le sujet revient à la santé, tandis qu'en cas d'infection purulente, il se déclare la série des symptômes exposés à la page 41. Si un blessé est pris d'une phlegmasie interne, telle qu'une pleurésie, une hépatite, il y a aussi le plus souvent un frisson qui en impose pour la pyohémie. L'examen des divers organes, les troubles fonctionnels résultant de l'inflammation de ceux-ci, éviteront au chirurgien toute méprise. Dans le paragraphe suivant, il sera question du diagnostic différentiel de l'infection purulente et de l'infection putride.

Pronostic. Il est extrêmement grave; pour notre part, nous n'avons jamais vu guérir un blessé atteint d'affection purulente, et si quelques chirurgiens ont été témoins d'une terminaison moins fâcheuse, il faut du moins convenir que cela est rare.

Traitement. Des médications de nature diverse ont été proposées pour guérir l'infection purulente. On a conseillé d'agir directement sur la masse du sang par des émissions sanguines; nous ne balançons pas à rejeter complètement ce moyen. Piorry a conseillé l'administration des boissons à haute dose. Sanson a essayé l'émétique à dose rasorienne (40 à 50 centigrammes par jour). D'autres praticiens ont essayé les purgatifs, les sudorifiques et les diurétiques. On a expérimenté avec aussi peu de succès les révulsifs de tous genres: ventouses sèches, sinapismes, vésicatoires, sur les environs de la plaie. On a administré le quinquina dans la forme adynamique; le camphre et d'autres antispasmodiques dans la forme ataxique de la maladie. Les seules préparations qui paraissent avoir donné quelques avantages réels sont le sulfate de quinine à très-haute dose, 1, 2, 3 et 4 grammes par jour, et l'alcoolature d'aconit à la dose de 6 à 8 grammes par jour dans un julep gommeux.

Ceux qui admettent que la pyohémie est due à l'absorption du pus en nature par les extrémités veineuses qui s'ouvrent à la surface de la plaie, ou bien encore qu'elle résulte d'une inflammation de ces mêmes vaisseaux, ont espéré qu'ils arrêteraient les progrès du mal en transformant la surface pyogénique en escarre sèche. C'est dans ce but que Bonnet, de Lyon, a pratiqué la cautérisation de toute la surface traumatique avec la pâte de chlorure de zinc; que le même chirurgien a conseillé, à titre de moyen préventif, la substitution des caustiques au bistouri pour les opérations qui s'y prêtent. Sédillot cherche à obtenir l'oblitération des veines qui naissent de la surface suppurante, en pratiquant sur le trajet de ces vaisseaux une cautérisation linéaire ou ponctuée. On comprend que cette méthode ne peut avoir d'action que sur les veines superficielles.

C'est à l'isolement des opérés, à l'emploi d'une alimentation convenable,

à des soins de propreté de la plaie, à l'administration journalière d'une purgation douce, que Ph. Boyer avait recours, pour prévenir l'infection purulente. C'est à cette pratique que ce chirurgien devait de beaux résultats, que j'ai pu constater à l'hôpital Saint-Louis et à l'Hôtel-Dieu.

XIV. DE LA RÉSORPTION ET DE L'INFECTION PUTRIDES.

La résorption putride est cette résorption qui s'effectue dans des foyers où le pus est vicié et fétide. L'infection putride est l'état général qui résulte de la résorption putride.

Le pus subit au contact de l'air des altérations qui sont surtout révélées par une odeur fétide. L'analyse chimique a démontré qu'il se forme dans ce cas de l'acide sulfhydrique, de l'ammoniaque et de l'hydrosulfate d'ammoniaque; probablement aussi qu'il se développe d'autres principes organiques qui ont jusqu'ici échappé aux analyses chimiques. Ces produits de nouvelle formation sont absorbés et pénètrent dans le système vasculaire; de là une véritable infection du sang qui se traduit par des symptômes constants. Les malades perdent l'appétit, ont des selles liquides, et plus tard un dévoiement colliquatif; ils dépérissent de jour en jour, maigrissent; la peau prend un aspect terreux; ils sont irritables, ont une fièvre continue, mais ne présentent jamais ces violents frissons qui caractérisent le début de l'infection purulente.

Chez les sujets qui succombent à l'infection putride, on ne rencontre aucune des lésions propres à l'infection purulente; les poumons, le foie, les muscles, sont indemnes de tout abcès métastatique. Chez les animaux, lorsqu'on fait naître l'infection putride, par l'injection dans les veines de liquides putrides, on trouve dans les poumons des portions de tissu présentant tous les caractères de la gangrène.

L'infection putride diffère de l'infection purulente; celle-ci apparaît dans un espace de temps généralement court après la blessure; la première peut survenir tardivement. La gravité en est bien différente; l'infection purulente fait promptement succomber les malades; l'infection putride peut guérir.

Le traitement de l'infection putride consiste à prévenir le croupissement et l'altération du pus, soit en pratiquant des contre-ouvertures suffisantes au foyer purulent, soit en faisant des injections détersives. Lorsque le désordre des parties molles ou dures est trop étendu pour qu'on puisse concevoir l'espérance de tarir la suppuration, on est obligé de sacrifier la partie malade et une amputation peut devenir nécessaire.

ARTICLE II.

Plaies par instruments piquants.

On donne ce nom aux plaies qui sont produites par des instruments étroits, tels qu'une épée, un fleuret, un poignard, une baïonnette, un canif, un trocart, des ciseaux, etc. Ces plaies présentent pour caractères d'avoir

peu de largeur, et, en général, leur profondeur est plus considérable que dans les plaies par instruments tranchants, attendu que les instruments piquants agissent par ponction. L'écartement des lèvres est peu considérable ou même nul, l'écoulement sanguin peu abondant, à moins que des vaisseaux volumineux n'aient été blessés; encore, dans ce dernier cas, l'hémorragie est promptement arrêtée par la formation d'un caillot obturateur: la douleur est aussi peu prononcée, à moins que des troncs nerveux n'aient été intéressés.

Il y a quelques variétés, d'après le genre d'instrument que produit la blessure. Si l'instrument présente des arêtes, comme une épée par exemple, les tissus sont incisés par ces arêtes, si celles-ci sont assez fines; ils sont violemment contus si ces mêmes arêtes ont une certaine épaisseur. La blessure d'un fleuret est rectangulaire; celle de la baïonnette a la forme d'un triangle à côtés inégaux. Le sabre-baïonnette agit à la manière des corps piquants par sa pointe; le mode d'action de cette arme, par la lame, est le même que celui d'un instrument tranchant. Ces notions ont de l'importance en médecine légale.

Les phénomènes consécutifs sont peu intenses, à moins que des organes importants n'aient été lésés; quelquefois, cependant, le trajet de la plaie devient le siège d'un travail inflammatoire qui se termine promptement par résolution, ou bien, au contraire, est suivi de la formation d'un phlegmon circonscrit ou même diffus.

Lorsque les plaies par instruments piquants sont très-nombreuses; lorsque surtout l'instrument qui les produit n'est pas d'une propriété extrême, on observe parfois des accidents consécutifs graves. C'est ce qui arrive dans l'opération du TATOUAGE, qui consiste à introduire dans l'épaisseur de la peau des parcelles de matière colorante, telle que de l'indigo, du vermillon, de l'encre de Chine. Pour exécuter un grand dessin, il est nécessaire de produire une foule de petites piqûres avec des aiguilles à coudre; et si, comme Berchon l'a signalé, ces aiguilles, ayant déjà servi à d'autres tatouages, ont une pointe sale et rouillée, il se développe parfois des phlegmons diffus suivis de gangrène. Ajoutez que la matière colorante insinuée dans les tissus en grande quantité peut donner lieu à des phénomènes d'empoisonnement.

Le diagnostic est fondé sur la forme et les dimensions de l'ouverture de la peau; les seules difficultés que rencontre le chirurgien, c'est de déterminer les lésions profondes; ce n'est que par l'examen des signes rationnels qu'il est possible, la plupart du temps, d'arriver à cette connaissance, à moins que les fluides contenus dans les organes lésés ne s'échappent à l'extérieur (voy. *Plaies des artères, plaies de l'abdomen*, etc.). Dans tous les cas, il faut bien se garder d'explorer le trajet de ces plaies avec un stylet ou une sonde, dans le but d'en apprécier l'étendue et la direction; ces manœuvres ne fournissent aucune notion positive et sont dangereuses.

Quand la plaie ne présente aucune complication, il faut la recouvrir d'un emplâtre agglutinatif; recommander le repos et prévenir les accidents inflammatoires. Si la plaie est compliquée de la lésion d'un organe im-

portant, on se comporte comme nous le dirons en exposant l'histoire des plaies des différentes régions du corps. Les phlegmasies circonscrites ou diffuses sont combattues par le traitement du phlegmon circonscrit ou diffus.

ARTICLE III.

Plaies sous-cutanées.

A la rigueur, on ne devrait donner ce nom qu'aux solutions de continuité des tissus placés sous la peau, avec intégrité de cette membrane. Ainsi les fractures simples, les déchirures de ligaments articulaires dans les luxations, les ruptures tendineuses et musculaires sont de véritables plaies sous-cutanées. L'usage en a cependant étendu l'acception, et l'on y comprend les solutions de continuité dans lesquelles les tissus profonds sont divisés à une telle distance de la peau, que ces blessures cessant d'être parallèles les unes à l'autre, ne présentent qu'une communication temporaire avec l'air extérieur; dès que la plaie de la peau se cicatrise, la lésion rentre bien nettement dans les plaies sous-cutanées proprement dites. Bouvier a avancé avec raison qu'il y a deux phases dans les plaies sous-cutanées: la première, dans laquelle la plaie communiquant à l'extérieur par la piqûre qui a livré passage à l'instrument, et par le trajet plus ou moins oblique qu'il a parcouru pour atteindre les tissus à diviser, est une simple plaie par instrument piquant; la seconde, dans laquelle la piqûre de la peau étant cicatrisée, la plaie est véritablement *sous-cutanée*.

Ce que les plaies sous-cutanées offrent de plus remarquable, c'est qu'elles guérissent promptement et sans être accompagnées d'un travail de suppuration. C'est ce que démontrent les nombreuses expériences pratiquées sur les animaux et sur l'homme par J. Guérin. Ce chirurgien a divisé, sur des chiens, les muscles des gouttières vertébrales dans une étendue énorme, les muscles de la cuisse, les ligaments et les capsules fibreuses articulaires, et il a constaté l'absence totale de phénomènes inflammatoires, toutes les fois que les plaies sont sous-cutanées, et au contraire des phénomènes inflammatoires très-prononcés lorsque les plaies sont directes. Sur l'homme vivant, il a pratiqué la section sous-cutanée du muscle sterno-mastoïdien, la section totale ou partielle des muscles du dos, celle des ligaments de l'articulation du pied et du genou, sans avoir observé de phénomènes inflammatoires. Une seule fois, sur seize sections des muscles du dos, l'opération a été moins heureuse; ce que J. Guérin attribue à l'introduction de l'air dans la plaie.

Cette dernière réflexion nous conduit à l'examen de la cause qui rend la cicatrisation si prompte dans les plaies sous-cutanées et qui met ces plaies à l'abri du travail de la suppuration.

Pour J. Guérin, la solution de cette question n'est pas douteuse. Si les plaies sous-cutanées ne suppurent pas, elles doivent ce privilège à l'absence du contact de l'air. Le travail de réparation qui s'accomplit alors est un tra-

vail d'*organisation immédiate*, et non le résultat de l'*inflammation adhésive*; à partir du moment où la piqûre de la peau est fermée, il s'établit au sein de la plaie un travail de réparation et d'organisation dont on peut suivre les phases, depuis la première heure jusqu'à son entier accomplissement. Ce qui se passe dans la plaie, c'est une série de transformations, qui commencent ordinairement par la résorption d'une partie des liquides épanchés, qui se continuent par un accroissement gradué et non interrompu de la substance intermédiaire, d'abord gélatiniforme, puis se vascularisant, se solidifiant, avec des caractères qui varient suivant la nature et la quantité des liquides épanchés, les tissus qui les fournissent, l'époque où on les observe, et d'autres circonstances. « En résumé, dit J. Guérin, le caractère de la méthode sous-cutanée porte sur deux faits capitaux : l'écartement des bords de la plaie tendineuse, et la *éicatrization sans inflammation*. »

La plupart des chirurgiens, notamment Velpeau, Bouvier et Malgaigne, n'ont pas adopté les idées de J. Guérin relativement au rôle que joue dans les plaies sous-cutanées l'absence de l'air atmosphérique. Malgaigne a obtenu des réunions immédiates de plaies sous-cutanées dans lesquelles il insufflait une grande quantité d'air.

J. Guérin a fait remarquer que la suppuration n'est pas survenue, dans ces cas, parce que le contact de l'air n'a pas été incessamment renouvelé, et Bouley a rendu compte du fait, en démontrant que l'air atmosphérique s'altère assez promptement dans sa composition, au contact des parties vivantes, pour perdre les qualités irritantes dues à la présence de l'oxygène.

La doctrine de J. Guérin, sur le mode de guérison des plaies sous-cutanées, n'a pas été admise par Bouvier qui a émis sur ce sujet une autre théorie. D'après Bouvier, les plaies sous-cutanées guérissent comme les autres espèces de plaies, c'est-à-dire par *inflammation*; en conséquence, il rejette formellement pour ces plaies l'organisation directe du sang épanché, et de même encore l'organisation immédiate sans inflammation locale.

Tous les genres de plaies sont accompagnés d'une irritation dont le degré seul varie : l'irritation est très-prononcée quand la plaie communique largement avec l'extérieur; elle l'est moins, lorsque la plaie étant étroite, ne communique que difficilement avec l'air ambiant; elle l'est très-peu enfin, quand il n'existe aucune communication, ainsi que cela se voit précisément dans la seconde phase des plaies sous-cutanées. Ce qui fait que les plaies de cette dernière catégorie se cicatrisent sans suppuration, c'est qu'il existe un contact réciproque entre les surfaces blessées; que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané s'accolent, malgré la rétraction des tissus divisés, avec la paroi opposée ou le fond de la plaie. Or, d'après Bouvier, c'est précisément ce contact des tissus divisés qui calme l'irritation traumatique et diminue l'inflammation consécutive; il favorise l'organisation de la matière plastique qui se trouve en rapport, par ses deux surfaces, avec des tissus déjà organisés. D'après cette théorie, on comprend que la suppuration peut se montrer accidentellement dans les plaies sous-cutanées, quand l'irritation et l'inflammation y sont accidentellement accrues, ce qui arrive par le fait d'un épanchement sanguin trop considérable ou par le défaut

d'occlusion de la plaie. Ajoutons que, d'après Bouvier, les cicatrices des différents tissus, os, muscles, tendons, nerfs, etc., dans les plaies sous-cutanées, guéries par cicatrisation immédiate, ne sont point d'une autre nature que celles qui succèdent à beaucoup de plaies suppurantes.

ARTICLE IV.

De la contusion.

On donne le nom de *contusion* à l'écrasement des parties molles par une violence extérieure, sans division de la peau.

Causes et mécanisme. Toute contusion reconnaît pour cause une violence extérieure; mais celle-ci agit de différentes manières. Tantôt elle produit des désordres plus ou moins étendus, à l'endroit frappé, et alors la contusion est *directe*; tantôt la partie atteinte par l'instrument contondant résiste, et communique la quantité de mouvement qu'elle reçoit à d'autres organes qui, moins résistants, subissent une altération plus ou moins profonde dans leur texture, alors la contusion est *indirecte*; ainsi un coup violent appliqué sur l'abdomen peut donner lieu à une contusion du foie; sur le crâne, à une contusion du cerveau.

Toute contusion exige, pour être produite, deux conditions essentielles: une *puissance* et une *résistance*; si la puissance agit seule, l'organe peut échapper à l'action de la violence extérieure; si, au contraire, cet organe trouve un point d'appui solide, il est pressé entre ce dernier et la puissance; et comme les tissus organiques ne sont pas compressibles, ils sont forcément alors déchirés ou écrasés.

Les causes qui produisent une contusion sont la plupart du temps une chute, soit de la hauteur du corps, soit d'une hauteur plus considérable. Dans l'un et l'autre cas, le corps, animé d'une certaine quantité de mouvement, rencontre en touchant le sol, ou sur son passage, des parties plus ou moins résistantes et solides, contre lesquelles il est violemment pressé, d'où l'écrasement ou la déchirure des tissus. D'autres fois, la contusion est produite par un corps extérieur qui a reçu une certaine quantité de mouvement par l'impulsion qui lui a été transmise, soit par les seules lois de la pesanteur, soit par le déploiement de la force musculaire, une pierre, un moëllon qui tombent de haut, un coup de bâton, un coup de poing, des coups de pied, etc. Enfin la contusion est encore occasionnée par une pression excessive exercée sur des organes par des corps très-lourds: une voiture pesamment chargée écrase les parties du corps sur lesquelles elle passe.

Phénomènes de la contusion. Les désordres produits sont différents suivant la violence de la contusion; et quelques chirurgiens, à l'exemple de Dupuytren, ont fondé sur l'étendue et la profondeur des lésions une classification de la contusion en degrés:

1^{er} degré: Caractérisé par une déchirure de petits vaisseaux et de lamel-

les organiques ténues. 2^e degré : Déchirure de vaisseaux plus considérables, infiltrations et épanchements de sang. 3^e degré : Déchirure du tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire ; du tissu cellulaire des organes et des fibres de ces derniers ; écrasement du tissu adipeux ; rupture des vaisseaux et des nerfs ; infiltration et épanchement de sang, d'où peut résulter plus tard la gangrène des tissus. 4^e degré : Ecrasement de toutes les parties, au point que la vie y est subitement anéantie.

Symptômes. 1^o Une contusion légère donne lieu à une douleur peu vive, passagère, à un léger empâtement et à une teinte jaunâtre de la partie contuse.

2^o Une contusion plus forte occasionne des douleurs déjà plus vives et plus longues, un gonflement assez considérable, des infiltrations sanguines connues sous le nom d'*ecchymoses* ou des épanchements sanguins appelés *bosses et dépôts sanguins*.

A. DES ECCHYMOSES. Elles résultent de l'infiltration du sang dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou dans le tissu cellulaire qui entoure et sépare les organes. Elles se forment d'autant plus facilement que le tissu cellulaire est plus lâche, et se propagent dans les aréoles de ce tissu à des distances quelquefois très-grandes.

Les ecchymoses sont caractérisées par une coloration de la peau d'une teinte noirâtre, livide ou ardoisée, ou tout à fait noire ou bleuâtre ; quelquefois par une tache jaune. Cette diversité de couleur résulte de la quantité de sang infiltré et de l'épaisseur variable de la peau sur les divers points du corps.

Plus tard, les ecchymoses subissent des transformations de couleur qui se manifestent par les teintes les plus variées ; la couleur noire passe à l'ardoisée, celle-ci au bleu foncé, puis au bleu clair, enfin au jaune. C'est que le sang rentre peu à peu dans le torrent circulatoire, non pas en nature, mais après que les globules ont été préalablement altérés ou dissous par la sérosité sécrétée dans les aréoles du tissu cellulaire. Il n'en est pas toujours ainsi, et l'on voit quelquefois des ecchymoses persister indéfiniment. D'autres fois le travail inflammatoire consécutif à la production de l'ecchymose prend une grande intensité, et il se développe des phlegmons plus ou moins étendus.

B. DES BOSSES ET DES DÉPÔTS SANGUINS. Les bosses sanguines diffèrent des dépôts sanguins, en ce que, dans les premières, la quantité de sang épanché est moins considérable que dans les seconds. Les bosses sanguines se développent dans les régions qui sont pourvues d'un tissu cellulaire dense ; les dépôts, dans les régions pourvues d'un tissu cellulaire lâche. La quantité de sang épanché est d'ailleurs variable ; elle peut aller dans certains dépôts sanguins jusqu'à plusieurs centaines de grammes.

La marche de ces épanchements sanguins est soumise à des variétés :

1^o Il peut se faire que le sang soit rapidement absorbé et que la tumeur disparaisse complètement.

2^o Le sang peut persister longtemps, pendant des années même, à l'état liquide, sans qu'il en résulte de troubles locaux ou généraux graves.

3^o La partie séreuse du sang passe dans le torrent circulatoire ; la partie solide demeure sous la forme d'un noyau d'une dureté cartilagineuse ; ou bien encore le sang prend une consistance demi-liquide qui lui donne l'apparence de la gelée de groseille.

4^o La partie solide du sang peut être résorbée, la matière colorante être dissoute et passer également dans le torrent circulatoire. Le kyste sanguin se transforme alors en kyste séreux.

Dans d'autres cas, il se produit d'emblée des épanchements traumatiques de sérosité, c'est-à-dire que, sous l'influence d'une violence extérieure, il se répand dans le tissu cellulaire de la sérosité au lieu de sang. Morel-Lavallée a noté particulièrement ce fait, lorsque, sous l'action de la cause vulnérante, la peau se décolle, dans une assez grande étendue, des tissus subjacents, à la suite de la pression exercée par une roue de voiture, par exemple. Il attribue la formation de ce genre d'épanchement à la rupture des vaisseaux les plus fins, dont les extrémités froissées ne laissent échapper que la partie la plus séreuse du sang.

5^o Le foyer sanguin détermine une inflammation des tissus au milieu desquels il se trouve et se convertit en un *abcès sanguin*.

La *bosse sanguine* se présente sous la forme d'une tumeur peu volumineuse, molle au centre, plus dure à la circonférence, sans rougeur ni chaleur de la peau, qui offre souvent une teinte violette ; cette tumeur est indolente par elle-même et à la pression. On perçoit quelquefois une sensation de craquement, en exerçant une compression sur la circonférence de la tumeur ; ce craquement est dû à l'écrasement des caillots sanguins. Le *dépôt sanguin* forme une tumeur dont le volume est quelquefois considérable ; rénitente, élastique, fluctuante, recouverte de téguments sains ou colorés, elle n'occasionne qu'une gêne et une douleur médiocres.

6^o Lorsque la contusion est plus intense, elle produit quelquefois une désorganisation immédiate des parties atteintes par les corps contondants, une véritable gangrène appelée *gangrène par contusion*. Alors tous les tissus sont réduits en une bouillie sanglante formée par les solides broyés et mêlés avec les liquides sortis des vaisseaux. Si la lésion est bornée à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané, le tégument prend une couleur brune, grisâtre ou jaune ; il perd sa souplesse et devient sec. Dans les deux cas, la partie mortifiée se sépare des parties vivantes par un mécanisme qui sera indiqué à l'article *Gangrène* (voir aussi les *Plaies par armes à feu*).

Marche et terminaisons. Une contusion légère ou superficielle se termine d'une manière favorable, au bout de quelques jours. Une contusion plus forte peut aussi se terminer par la résolution du sang infiltré ou épanché au milieu des tissus organiques ; d'autres fois elle est suivie d'un travail inflammatoire qui donne lieu à des phlegmons diffus, à des abcès sanguins ; la mort peut être la conséquence de ces lésions. Si la contusion a son siège dans un organe splanchnique, il en résulte des accidents beaucoup plus graves, dus à la propagation de l'inflammation aux enveloppes du viscère et notamment à la membrane séreuse (voir *Contusion du cerveau, du foie*). Une contusion assez intense pour désorganiser les tissus

a pour conséquence l'élimination des parties mortifiées, d'où une mutilation plus ou moins grave.

Diagnostic. Il repose sur l'examen des signes commémoratifs et des signes actuels. La contusion des parties superficielles du corps n'est pas difficile à reconnaître; le gonflement, la douleur, les changements de coloration de la peau suffisent. Il n'en est pas de même de la contusion des parties profondes, alors surtout que la peau ne présente aucune altération. Dans ce cas, on se base sur les commémoratifs, sur la douleur, sur le gonflement, la fluctuation des dépôts sanguins perçue quelquefois par un examen attentif. La contusion des viscères est caractérisée, dans certains cas, par des signes rationnels; d'autres fois, elle ne donne lieu à aucun phénomène immédiat, le diagnostic ne peut être fondé que sur des présomptions.

Dans certaines régions, aux paupières, au scrotum, les ecchymoses présentent quelquefois une couleur noire tellement prononcée, qu'on pourrait croire à l'existence d'une mortification de la peau. Le meilleur moyen d'éviter cette erreur est de s'assurer de la sensibilité de la peau à l'aide d'une épingle avec laquelle on la pique superficiellement. Si le malade accuse une douleur, il y a une simple ecchymose; si les piqûres ne sont pas senties, la peau est mortifiée.

Les bosses sanguines qui se développent sur le crâne ont donné lieu plusieurs fois à des erreurs de diagnostic. Ces tumeurs étant molles au centre et dures à la périphérie, reposant d'ailleurs sur un plan osseux résistant, peuvent être facilement déprimées à leur centre, et le cercle dur qui les borde en imposer par un cercle osseux dû à l'enfoncement d'une portion de l'os. Parfois, ces bosses sanguines offrent des pulsations occasionnées par la rupture de quelque artériole, qui ont été prises pour des battements de la masse cérébrale. On évite une pareille *méprise* en refoulant graduellement dans le tissu cellulaire le sang de la périphérie de la tumeur et en s'assurant ainsi que la surface osseuse subjacente n'est nullement interrompue dans sa continuité.

Il n'est pas facile de reconnaître de prime abord la profondeur à laquelle s'étend une contusion, et lorsqu'une partie du corps a été soumise à une violence très-forte, il faut mettre une grande circonspection dans le jugement que l'on porte sur l'étendue des désordres.

Pronostic. La contusion légère, celle qui n'est accompagnée que d'ecchymoses superficielles et bornées, est sans gravité. Parfois cependant elle donne lieu, dans certaines régions du corps, à une douleur persistante pendant un temps plus ou moins long. Si les ecchymoses sont étendues et profondes, le pronostic est déjà plus grave. Un épanchement sanguin entraîne quelquefois des accidents fâcheux; quelques pathologistes admettent qu'il peut devenir le point de départ d'une dégénérescence de mauvaise nature. Une contusion très-forte peut être suivie de gangrène, et la contusion excessive, ou au quatrième degré, donne lieu à des pertes de substance plus ou moins étendues.

Traitement. La contusion légère n'exige que des moyens locaux très-

liquide, sans qu'il y ait besoin de troubles locaux ou généraux graves.

simples: entourer la partie lésée de compresses trempées dans un liquide résolutif (eau de Goulard, eau salée, eau-de-vie camphrée, etc.). Si la douleur est vive, on conseille une application de sangsues ou de ventouses scarifiées sur la région. Les bosses sanguines comportent les mêmes moyens, auxquels on ajoute avec succès une compression méthodique des parties, à l'aide d'une bande imbibée d'une des liqueurs que nous avons mentionnées.

Les *dépôts sanguins* guérissent quelquefois par les topiques résolutifs; si ce mode de traitement échoue, on peut essayer la méthode de Champion, c'est-à-dire exercer sur le kyste une compression forte et instantanée, de manière à en rompre les parois et à porter le sang dans le tissu cellulaire environnant, où il est absorbé plus facilement. On obtient le même résultat, en pratiquant une ponction sous-cutanée et en divisant avec la pointe du bistouri les parois du kyste. J'ai obtenu, plusieurs fois déjà, de beaux succès, en combinant la *ponction sous-cutanée* avec la *compression*. Au moyen d'un bistouri à lame étroite, je pratique dans la tumeur une ponction très-oblique, presque parallèle à la peau. Par cette ouverture, j'évacue, en comprimant les parties voisines, d'abord la partie liquide du sang, puis la portion coagulée. J'applique sur la plaie une compresse de toile fine pliée en plusieurs doubles et j'exerce une compression méthodique avec un bandage roulé. Ce mode de traitement me paraît applicable aussi aux épanchements traumatiques de sérosité qui ont nécessité parfois une ponction suivie d'une injection iodée. Si ces moyens sont insuffisants, faut-il évacuer le sang par une large incision? Quelques chirurgiens, frappés des accidents auxquels cette opération a donné lieu dans quelques kystes sanguins volumineux qui ont suppuré abondamment et ont fait succomber les malades à une infection putride, l'ont rejetée d'une manière absolue. Peut-être y a-t-il de l'exagération dans un pareil précepte; en faisant dans la tumeur des injections détersives, après l'avoir vidée de tout le sang qu'elle renferme, on prévient l'invasion de ces accidents. Lorsque les dépôts sanguins s'enflamment, il faut combattre cette inflammation par des antiphlogistiques, et dès que le pus se forme, inciser largement la tumeur.

La contusion très-forte, celle qui est accompagnée d'infiltrations ou d'épanchements de sang étendus ou profonds, exige un repos complet de la partie, un traitement antiphlogistique énergique pour prévenir le développement des symptômes inflammatoires et de la gangrène qui peut en être la conséquence. Si la contusion a de prime abord produit une désorganisation des parties, et que celles-ci soient réduites en bouillie, il faut en faire le sacrifice, et c'est dans ces cas qu'une amputation immédiate peut être exigée.