

**Pansement à l'alcool.** — L'alcool, employé à profusion par les anciens, avait été presque complètement oublié, lorsqu'en 1859 deux praticiens de Paris BATAILHÉ et GUILLET vinrent rappeler que les composés alcooliques favorisent les réunions des plaies, et, de plus, qu'ils éloignent leurs complications. Grâce à l'autorité de NÉLATON, le pansement par l'alcool ne tarda pas à reprendre dans la science la place qui lui était due. Le manuel opératoire est du reste des plus simples : la surface saignante ayant été lavée avec de l'alcool à 60° le chirurgien plonge dans un vase contenant ce même liquide, une substance absorbante quelconque (ouate, jute, étoupe antiseptique), la retire et après l'avoir légèrement exprimée l'applique directement sur la plaie. En général on recouvre alors le pansement de compresses imbibées elles-mêmes d'alcool, puis le tout est enveloppé dans une toile imperméable; un bandage approprié termine le pansement, qu'il faut ensuite renouveler toutes les vingt-quatre heures.

La douleur provoquée par l'application de ce topique varie suivant l'état du malade, la région blessée, et aussi suivant le degré de l'alcool employé. Les malades comparent leurs souffrances à la cuisson qui succède à une brûlure très intense. Cet état dure de un à trois quarts d'heure; un sac de glace appliqué par-dessus l'appareil diminue beaucoup la douleur.

Ce pansement retarde la formation de la suppuration, en diminue la quantité. Le fait dominant qui résulte de son emploi est l'absence de réaction locale ainsi que le peu de réaction générale.

En vertu de ces propriétés, ce médicament trouvera surtout son application pendant les premières périodes du traitement, alors que l'on peut craindre la fièvre traumatique ou les accidents septiques et infectieux qui compliquent la suppuration. Dès que la période critique est passée, du dixième au douzième jour, il est bon de remplacer l'alcool par une substance douée de propriétés plus actives.

**Pansement antiseptique ouvert.** — C'est une combinaison de diverses méthodes de pansement, employée assez fréquemment par VERNEUIL, auquel nous empruntons la description suivante (*Bulletin de l'Académie*, séance du 30 octobre 1877, p. 4150). « Aussitôt l'opération finie et le sang arrêté, je recouvre la plaie et ses bords d'une série de petites pièces de grosse mousseline à cataplasme juxtaposées comme les fragments d'une mosaïque et imbibées d'eau. Elles sont si souples qu'elles s'appliquent exactement sur toutes les anfractuosités de la surface saignante et y adhèrent intimement. On applique sur cette couche mince et perméable des plumasseaux de charpie trempés dans un liquide antiseptique (eau alcoolisée, phéniquée ou camphrée, etc.), en formant une seconde couche de quelques centimètres d'épaisseur. Par-dessus s'étale une pièce d'ouate assez épaisse, puis un morceau de taffetas gommé et enfin un bandage contentif aussi simple que possible (mouchoir de Mayor, bandage de corps, etc.). Plusieurs fois dans la journée on soulève toutes ces couches stratifiées jusqu'à la charpie exclusivement et on imbibe cette dernière du fluide désinfectant avec une cuiller, une éponge, un pinceau de blaireau ou mieux encore un pulvérisateur; on replace ensuite les couches extérieures.

« Dès le lendemain ou le surlendemain, au plus tard, on peut, sans irriter la plaie qui est protégée par la mousseline, et sans causer la moindre douleur,

enlever la première charpie et la renouveler entièrement tous les matins. Le quatrième jour, la mousseline elle-même, imprégnée de pus, se détache sans peine de la couche granuleuse qui d'ordinaire à cette époque est entièrement formée ou à peu près. Je recommande surtout les pulvérisations répétées qui sont très agréables aux opérés, et qui réalisent efficacement la désinfection sans mouiller trop les alentours de la plaie, ni les couches extérieures du pansement. L'ouate et le taffetas gommé entretiennent également une humidité très agréable à la plaie.

« Créé surtout pour les plaies du cou, de la face, de la racine des membres, ce procédé m'a également servi dans quelques cas d'amputation, où nul autre, je crois, n'aurait pu le remplacer et où il m'a donné des résultats inespérés. »

## CHAPITRE II

## CONTUSION. — PLAIES CONTUSES

- Bibliographie.** — BOYER, *Traité des maladies chirurgicales*, t. 1<sup>er</sup>, p. 338, 2<sup>e</sup> édition. — DUPUYTREN, *Leçons de clinique chirurgicale*, t. V, p. 264. — DENONVILLIERS, *Compendium*, t. 1<sup>er</sup>, p. 391. — LARREY, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1855. — VOILLEMIER, *Clinique chirurg.*, 1862. — FOLLIN, *Path. externe*, t. 1<sup>er</sup>. — HOLMES, *System of Surgery*, t. 1<sup>er</sup>, CONTUSIONS par B. PAGET, p. 617. — J.-C. WILSON, *Deux cas de myalgie consécutive à une contusion*, in *Philadelphia Med. Times*, 3 février 1877. — CHEVALLEREAU, *Contusion de l'abdomen*. *Société anat. de Paris, Bulletins*, 1876, p. 59. — DESPRÉS et MARCHANT, *Plaie par arrachement de la face interne du bras gauche, déchirure de l'artère humérale et du médian. Ligatures des deux bouts de l'artère, Sutures par rapprochement du nerf médian divisé avec les filets du cubital. Guérison*, in *Gaz. heb.*, 1876, p. 67. — GUERMONPREZ, *Mutilations de la main*, in *Bull. de thérap.*, 1884. Thèses de Paris. — 1816, CRUVEILHIER. — 1833, VELPEAU, Th. de concours. — 1846, LAFAURIE. — 1878, BESSON. Épanchements sanguins. — PELLETAN, *Clinique chirurgicale*, t. II. — Th. de Paris, 1860. JALABERT. — BLOCH, *Action produite sur la peau par les traumatismes divers*, in *Arch. de physiologie norm. et path.*, 1874. — BESONCÈLE, *Études sur les épanchements sanguins anciens dans le tissu cellulaire sous-cutané*, 1874. — NICAISE, *Contusion de la fesse. Rupture de l'artère fessière. Épanchements sanguins à répétition. Forcippresure appliquée sur l'artère*, in *Bull. de la Soc. de chirurgie*, t. III, nouvelle série, p. 458. Épanchements de sérosité. — MOREL-LAVALLÉE, *Arch. gén. de méd.*, juin 1853. — PELLETIER, *Mouvement médical*, Paris, 1869. — GRYNFELT, in-8°, Montpellier, 1875. Thèse de Paris. — 1873, ROBERT. — 1879, ROSSIGNOL. Épanchements d'huile. — CHASSAIGNAC, *Traité de la suppuration*, t. 1<sup>er</sup>. — GOSSELIN, *Clinique de l'hôpital de la Charité*, t. II, et *Bull. de la Soc. de chir.*, 1875. — B. ANGER, *Progrès médical*, 1875, t. II, p. 83. — Th. de Paris, 1875, CASTEIGNEAU, n° 227. — TERRIER, *Revue mensuelle de méd. et chir.*, t. II, 1878.



§ 1<sup>er</sup>. — De la contusion.

La contusion et ses effets ont été observés dès la plus haute antiquité; il faut cependant arriver jusqu'à la thèse de VELPEAU pour trouver un exposé précis du sujet. Ce chirurgien définit la contusion : « Une solution de continuité des tissus vivants, accompagnée d'extravasation des liquides organiques, et produite par la pression directe ou indirecte de certains agents extérieurs, mais sans division des téguments. » Tous les auteurs qui se sont succédé depuis ont répété la même chose sous différentes formes. Cependant, comme le font remarquer VERNEUIL et MARCHAND (art. CONTUSION du *Dict. encyclopédique*), cette définition contient trois idées : diérèse des tissus vivants par pression, extravasation des liquides, intégrité des téguments. Or l'extravasation des liquides étant commune à tous les traumatismes n'a pas besoin d'être spécialement notée dans le cas particulier. Quant à l'intégrité de la peau qu'elle existe ou non, le mécanisme de la lésion n'est pas changé, c'est toujours la pression qui produit le traumatisme. Enfin, d'après ces auteurs, on constate toujours au point lésé une attrition plus ou moins complète des éléments anatomiques d'où leur définition : « La contusion est une lésion traumatique dans laquelle la diérèse est produite par pression et s'accompagne d'attrition au point lésé. »

**Étiologie.** — Toute contusion pour se produire demande, dit VELPEAU, une puissance, un point d'appui, une résistance.

a. *Puissance.* — Tout corps peut être contondant pourvu qu'il soit animé d'une vitesse suffisante. Les pièces de notre squelette se transforment elles-mêmes dans certaines conditions en agents du traumatisme. Plusieurs circonstances influent sur la manière d'agir du corps vulnérant et modifient en plus ou en moins le résultat du choc. La vitesse, la direction, l'intensité du mouvement doivent être placées en première ligne. Puis, il faut tenir compte de la résistance spéciale des divers tissus, de la facilité qu'ont certains organes à se dérober à l'action de l'agent vulnérant, enfin, du plus ou moins de résistance des plans sous-jacents.

b. *Point d'appui.* — Le point d'appui est tantôt un corps étranger, le sol, un mur, une voiture, etc., tantôt les parties intégrantes mêmes de l'organisme. Les os de notre squelette remplissent souvent semblable rôle. Les aponévroses, les muscles préalablement tendus, peuvent fournir un point d'appui assez résistant pour que d'autres tissus s'y écrasent. Le point d'appui est unique ou multiple.

c. *Résistance.* — La résistance des parties constituantes de notre organisme est très variable. On pourrait, dit VERNEUIL, les classer sous ce rapport en une série dont les tissus osseux ou fibreux occuperaient le sommet et dont les parenchymes glandulaires et le cerveau occuperaient le dernier échelon. Nous avons parlé aussi de la facilité avec laquelle un certain nombre d'organes se déplacent et peuvent ainsi échapper au traumatisme, les nerfs, sous ce rapport, tiennent le premier rang; nous aurons ultérieurement occasion de revenir sur ce point.

**Siège et divisions.** — La contusion peut siéger dans tous les organes et à toutes les profondeurs. Tantôt le foyer est clos, tantôt il communique avec l'extérieur ou avec une des cavités naturelles. De là trois classes de contusions (VERNEUIL). « *Contusion interstitielle*, telle qu'on l'observe aux membres, dans l'épaisseur des parois craniennes, thoraciques, abdominales, pelviennes. 2<sup>e</sup> *Contusion exposée externe* dont le foyer est en relation directe avec l'atmosphère; c'est la contusion avec plaie, plaie contuse des Classiques. 3<sup>e</sup> *Contusion exposée interne* ou *cavitaire*, dont le foyer s'abouche avec un réservoir un conduit avec une séreuse articulaire, tendineuse ou viscérale. » Chacune de ces variétés est naturellement susceptible de se transformer en la variété voisine.

**Anatomie pathologique.** — Le foyer de la contusion présente à examiner un contenant et un contenu.

a. *Cavité.* — L'étendue du foyer varie depuis des fractions de millimètre jusqu'à plusieurs décimètres. Elle dépend des régions atteintes et de l'intensité du choc. Ces mêmes causes influent sur la forme de la cavité dont la configuration bizarre défie la description. Des éléments anatomiques écartés et meurtris en forment les parois; ici, c'est une aponévrose et du tissu cellulaire, ailleurs une surface musculaire, un plan osseux, etc. Des vaisseaux rompus flottent au milieu de cette cavité que traversent et cloisonnent des vaisseaux sains ou des masses de tissu cellulaire qui ont résisté au traumatisme.

*Contenu.* — Le contenu de la cavité est des plus variables; le sang, la lymphe, la sérosité s'y rencontrent le plus ordinairement avec des matières récrémentitiales et excrémentitiales. Au milieu de ces liquides on voit fréquemment aussi des débris de tissu cellulaire, des muscles et des tendons broyés, des esquilles osseuses détachées; joignez à ces divers corps les milliers d'organismes portés par l'air. Parfois, dans les grands accidents produits par la chute d'un corps très lourd, par les puissants moteurs de l'industrie, par les gros projectiles de guerre, les parties sont réduites en une bouillie informe dans laquelle il n'est plus possible de rien reconnaître. C'était sur le plus ou moins d'attrition des tissus que DUPUYTREN avait établi la classification de la contusion que l'on retrouve dans tous les auteurs.

1<sup>er</sup> *Degré.* — Rupture des capillaires de la région, effusion sanguine, légère, ecchymose peu intense.

2<sup>e</sup> *Degré.* — Rupture des vaisseaux d'un calibre plus considérable, déchirure plus ou moins étendue des parties, le sang est réuni en collections; il n'est plus infiltré.

3<sup>e</sup> *Degré.* — Attrition telle des tissus que leur retour à l'état sain est impossible.

4<sup>e</sup> *Degré.* — Broiement, attrition et désorganisation des parties atteintes, les membres sont réduits en un magma dans lequel sont confondus les divers tissus. La mortification est complète.

Cette division, calquée en partie sur les degrés parallèles de la brûlure, est, on le voit, des plus vagues.

**Phénomènes principaux de la contusion.** — I. *Épanchement sanguin.* — *Ecchymose.* — Le liquide que l'on rencontre le plus fréquemment dans le foyer de la contusion est le sang.



Dans les deux premiers degrés admis par DUPUYTREN, ce liquide se répand dans le tissu cellulaire, où il s'infiltré avec une rapidité d'autant plus grande que les mailles de ce tissu sont plus lâches. D'après BILLROTH, on donne le nom de *sugillation* ou suffusion, à ces hémorragies sous-cutanées diffuses. A la suite de ces épanchements sanguins dans le tissu cellulaire, une coloration bleuâtre foncée, à reflets d'acier, apparaît sur les téguments; c'est l'*ecchymose* (de *εκχυμω* répandre un suc). Cette teinte spéciale se montre plus ou moins rapidement, suivant l'épaisseur des téguments et la profondeur de l'épanchement. Qu'un enfant reçoive un coup un peu violent sur l'œil, très promptement, au bout de quelques minutes à peine, vous verrez apparaître l'*ecchymose*. Au contraire lorsque la collection sanguine est profonde, bridée par les aponévroses, l'*ecchymose* surviendra beaucoup plus tardivement, deux, trois jours après l'accident, et souvent loin de la région contusionnée. Obéissant à l'action de la pesanteur, le sang fuse le long des gaines celluleuses qui des régions profondes conduisent aux superficielles, d'où l'apparition de la coloration dans les parties déclives de préférence (*Ecchymose* de VALENTIN dans la région lombaire).

*Coloration.* — Elle est des plus variables : dans certaines régions l'*ecchymose* offre une teinte violette très intense; à travers la peau du scrotum et des paupières elle prend un aspect bleuâtre à reflets métalliques. Généralement légère dans les instants qui suivent le traumatisme, la coloration arrive graduellement à son maximum. Après être restée quelques jours stationnaire l'*ecchymose* a une tendance marquée à disparaître, en passant par une série de nuances que tout le monde a observées (*gamme chromatique des couleurs*). Ces teintes successives tiennent aux modifications que subit la substance colorante du sang, l'hémoglobine. On admet qu'elle se transforme d'abord en *hématine*, laquelle se dissout dans le sérum ou dans d'autres liquides, puis apparaissent ensuite des cristaux d'*hématoïdine* : ces substances ont des couleurs différentes, de là les nuances successives de l'*ecchymose*.

L'irritation occasionnée par la présence du sang épanché détermine un travail analogue à celui qui se produit dans les plaies pendant leur cicatrisation. Il se forme une prolifération cellulaire active, abondante et un lacis vasculaire, qui peu à peu résorbera l'épanchement. Le caillot peut encore s'entourer de tissu fibreux, puis constituer une tumeur d'une dureté ligneuse. Dans d'autres circonstances, cette coque deviendra la paroi d'un kyste; enfin apparaît une terminaison fréquente, la suppuration; au foyer sanguin primitif succède une collection purulente (*abcès hématisés*). Parfois, il se fait pour ainsi dire un épanchement à répétition, NICAISE a rapporté un cas de ce genre à la Société de chirurgie. Une artère d'un certain calibre est ouverte; le sang écarte les tissus, se creusant suivant les régions une cavité variable que remplissent bien vite les caillots sanguins. L'hémorragie s'arrête, les jours suivants le caillot se rétracte, le sang coule de nouveau, de cette façon se produisent une série d'hémorragies qui affaiblissent le malade, et peuvent nécessiter la ligature du vaisseau.

*Crépitation sanguine.* — Lorsqu'on triture entre les doigts du sang coagulé, il se divise puis se réduit en une sorte de bouillie; pendant ce temps les doigts du chirurgien perçoivent une sensation spéciale : *crépitation sanguine*.

Dans certains épanchements superficiels, les mêmes phénomènes se produisent à la palpation; si la région contusionnée est voisine du squelette cette crépitation peut induire en erreur et faire croire à une fracture : un peu d'attention suffira pour éviter la méprise. Cette sensation spéciale, en effet, ne se retrouve plus, lorsqu'après l'avoir perçue on essaye de s'en rendre compte de nouveau. L'explication de ce phénomène est simple. La crépitation résulte de l'écrasement des caillots sanguins; dès que ceux-ci ont été réduits en bouillie, la crépitation ne saurait plus exister. Pour se rendre compte des impressions que nous venons d'analyser, il ne faut pas choisir un épanchement trop considérable, dont la cavité soit entièrement distendue, celui-là se présente comme une tumeur dure et solide.

II. *Épanchements de sérosité.* — Au lieu de sang, on trouve parfois de la sérosité épanchée.

Soupçonnée par LAMOTTE (1813), vaguement entrevue par PELLETAN et CLOQUET, nettement caractérisée par VELPEAU, cette affection a été bien étudiée, pour la première fois par MOREL-LAVALLÉE (1853). D'après PELLETIER (*Mouvement médical*, 1869), sur trente-deux cas, vingt ont été notés à la cuisse, six aux lombes, cinq à la jambe, un au bras, partout en un mot où l'on trouve des aponévroses résistantes, sur lesquelles le tissu cellulaire peut glisser.

*Mécanisme. Étiologie.* — Ces accidents se produisent ordinairement de la façon suivante : Un corps orbe, animé d'une vitesse suffisante, vient frôler dans sa course une région du corps; il pousse, fait glisser, entraîne avec lui les téguments. La peau de la région, suivant les termes de MOREL-LAVALLÉE, s'applique en quelque sorte sur l'instrument vulnérant et résiste en cédant. Quant au tissu cellulaire, il suit d'abord la peau, mais moins mobile qu'elle, il est décollé. De cette manière se forme une cavité dans laquelle s'accumule l'épanchement. Le passage d'une roue de voiture qui « surprend obliquement les parties et tourne autour d'elles » (FOLLIN) paraît être la cause la plus commune de ces accidents.

*Anatomie pathologique.* — La cavité occupée par le liquide siège d'ordinaire entre le fascia superficialis et l'aponévrose. La poche est tapissée après un certain temps par une fausse membrane gris-jaunâtre, épaisse de 0<sup>m</sup>,001, très adhérente aux tissus sous-jacents. Le liquide, qui rarement apparaît d'emblée, mais plus souvent le deuxième ou le troisième jour, présente d'ordinaire une coloration citrine, une limpidité comparable à celle du liquide de l'hydrocèle. Sa quantité varie de quelques grammes à deux litres. Densité 1,020 à 1,030. D'après CH. ROBIN, c'est de la sérosité à laquelle se mélangent quelques globules de sang. Au bout de peu de temps, cette sérosité laisse déposer des flocons formés par des globules sanguins agglutinés. Les auteurs sont loin d'être absolument fixés sur l'origine même du liquide. MOREL-LAVALLÉE pense qu'il provient de la rupture des petits vaisseaux dont les extrémités froissées ne laissent plus écouler que les parties les plus ténues du sang. D'après GRYNFELT (de Montpellier) il pourrait être sécrété par des espaces conjonctifs, agissant à la manière de membranes séreuses. Pour VERNEUIL, c'est simplement de la lymphe issue des lymphatiques blessés; il y aurait une véritable lymphorrhagie.



**Symptômes.** — Au moment de l'accident, le blessé ressent une douleur assez vive qui disparaît bientôt, la coloration des téguments n'est pas altérée; les mouvements du membre sont aussi faciles qu'à l'état normal, sauf les cas où l'épanchement siège au voisinage immédiat d'une articulation. Les phénomènes généraux présentent peu d'intensité. — La poche globuleuse allongée se trouve fort rarement remplie par le liquide, d'où un ensemble de signes (tremblement, fluctuation, ondulation) faciles à constater soit par l'exploration, soit en faisant exécuter des mouvements au malade.

Pour percevoir la fluctuation, il faut, dit MOREL-LAVALLÉE, « tendre la peau qui recouvre l'épanchement ou même rassembler le liquide dans un coin du foyer. Si en cherchant la fluctuation on laisse à la poche toute sa laxité, le liquide reflue dans le sens de l'impulsion que lui impriment les doigts, comme dans une vessie à demi pleine. Ce que l'on perçoit alors, c'est moins une pression transmise qu'un choc; pour se porter d'une main à l'autre, le liquide parcourt en quelque sorte des espaces vides et frappe le doigt à la manière d'un marteau d'eau. Quelquefois, en refoulant avec un seul doigt et brusquement le liquide du point le plus déclive vers le point le plus élevé sans retirer entièrement le doigt, le flot en retombant fait éprouver un choc en retour, qui rappelle la sensation de ballotement de la grossesse. » MOREL-LAVALLÉE n'a jamais rencontré la transparence que PELLETIER aurait constatée dans plusieurs cas.

**Diagnostic.** — La forme étalée de la tumeur, la réplétion incomplète, les commémoratifs donneront déjà de sérieuses présomptions sur la nature de la maladie; l'ondulation, le tremblement rendront le diagnostic certain. En cas de doute la ponction exploratrice pourra rendre des services. Ces épanchements essentiellement indolents sont très persistants, le travail de résorption étant des plus longs, sauf cependant chez les jeunes sujets. — S'il ne survient pas de complications, l'épanchement de sérosité constitue une affection bénigne.

III. *Épanchements d'huile.* — Dans quelques circonstances, à la place de la sérosité que nous venons de signaler, on trouve dans la cavité un liquide gras, oléagineux, tachant le papier.

Signalés pour la première fois par CHASSAIGNAC en 1854, les épanchements d'huile ont été étudiés depuis par GOSSELIN, BROCA, BENJ. ANGER. Plusieurs théories ont été mises en avant pour expliquer leur formation.

GOSSELIN admet « que ce liquide résulte de l'extravasation des principes gras contenus dans le sang, lesquels se mêlent à la graisse du tissu cellulaire mise en liberté par action traumatique, ou simplement par la diminution de pression résultant du décollement de la peau ». Pour BROCA le tissu cellulaire se trouverait écrasé dans le traumatisme; ses cellules étant rompues, les globules de graisse qu'elles contenaient seraient extravasées et iraient se mêler aux autres liquides de l'épanchement. — La valeur diagnostique de ce symptôme varie. L'épanchement d'huile survient-il peu après l'accident; il indique la rupture des vésicules adipeuses; se montre-t-il tardivement, il dénote une gangrène du tissu cellulaire, parfois aussi une lésion osseuse grave.

Au lieu d'un liquide épanché on peut rencontrer dans le foyer des gaz

divers qui proviennent soit de l'air ambiant, soit d'une cavité naturelle avec laquelle le foyer est en communication, ou bien ce sont des produits de décomposition.

La connaissance de ces différentes complications du traumatisme nous était nécessaire pour étudier les symptômes de la contusion que nous allons maintenant exposer.

**Symptômes de la contusion.** — La contusion légère se traduit tout d'abord par un léger gonflement de la région lésée; au bout de peu de temps se montre une rougeur diffuse, puis, le lendemain ou les jours suivants, apparaissent les teintes variées qui caractérisent l'infiltration sanguine. Dans les contusions plus violentes, les signes locaux consistent en une déformation de la région, variable depuis le simple empâtement qui nivelle les saillies et les méplats jusqu'à la formation d'une tumeur plus ou moins volumineuse; cette masse est due le plus souvent à la présence dans le foyer d'un des liquides ci-dessus signalés. La palpation permettra donc de reconnaître les symptômes particuliers de ces épanchements: crépitation sanguine ou gazeuse, fluctuation, ballotement. Le moment de l'apparition de l'ecchymose doit être noté; son étendue, l'intensité de sa coloration seront pour le chirurgien autant d'indices précieux.

La palpation permettra de déterminer l'état des tissus atteints, et de reconnaître si le squelette est intact. Il faut aussi, après un choc violent, examiner la circulation et la sensibilité. Si les battements artériels sont atténués, la sensibilité pervertie, le pronostic acquiert une gravité beaucoup plus grande.

La douleur, dans ces sortes de lésions, varie notablement; elle offre des nuances infinies. La sensibilité spéciale du sujet étant mise à part, les contusions les plus violentes sont loin d'être les plus douloureuses; les pincements et morsures occasionnent des souffrances beaucoup plus vives qu'une contusion produite par un corps lourd. Fréquemment aussi, au moment du choc, la douleur est insignifiante, ce qui ne l'empêche pas de devenir intolérable quelques instants après. Le traumatisme détermine encore l'apparition de phénomènes généraux, sueurs froides, gêne de la respiration, syncope plus ou moins complète, la sensibilité spéciale de la région contuse joue sous ce rapport un grand rôle; chacun sait combien prédisposent à la syncope les coups portés sur le creux épigastrique et les froissements du testicule.

Il n'est pas rare non plus d'observer dans quelques cas des accidents nerveux d'ordres divers (stupeur locale et générale), nous y reviendrons en faisant l'étude de la contusion des nerfs et l'histoire pathologique des diverses régions.

**Diagnostic et pronostic.** — Le diagnostic de la contusion, lorsque le patient n'a pas d'intérêt à induire le chirurgien en erreur, est généralement simple; l'état des parties, les commémoratifs mettront facilement l'observateur sur la voie. Il nous paraît bien plus difficile, une contusion étant donnée, d'en prévoir exactement l'étendue, surtout lorsque le traumatisme a intéressé certaines régions, l'abdomen par exemple. Tout le monde connaît l'histoire de ces traumatismes épouvantables, que l'on attribuait au vent du boulet, et