Enfin, comme derniers modes d'évolution du foyer, nous citerons la suppuration et la gangrène : la suppuration n'est pas rare et, chez les individus affaiblis, cachectiques, chez les vieillards ou ceux qu'ont débilités les excès ou les privations, il faut craindre l'apparition d'un phlegmon circonscrit ou diffus; à la suite d'une manœuvre thérapeutique ou par auto-inoculation, des germes pénétreraient jusque dans le foyer : du pus se forme, et lorsqu'on ouvre l'abcès, les stries rouges du sang et les amas noirs des caillots apparaissent au milieu de sa substance blanche ou jaune. La gangrène frappe les tissus meurtris quand il existe quelque déchéance organique ou quelque tare locale. Ne l'avons-nous pas vue fréquente aux jambes variqueuses?

La contusion au deuxième degré se caractérise par une douleur vive, un gonflement au point frappé, de la gêne, de l'engourdissement, et tous les signes d'une accumulation sanguine. Comme les capillaires, les vaisseaux d'un plus fort calibre ont versé, entre les mailles du tissu conjonctif, leur contenu collecté en bosses ou poches sanguines. Cet épanchement est rapide et l'apparition de la tumeur presque soudaine; la peau est soulevée par un gonflement hémisphérique, fluctuant vers le centre, mais qui se durcit à la circonférence. On sent alors, à la périphérie, comme un cercle résistant, caractéristique, sur lequel insistent les pathologistes et qui permet d'affirmer l'existence de la bosse sanguine. Il a une double origine : la coagulation de la fibrine dans les mailles du tissu cellulaire et l'irritation de ce tissu par le sang épanché et par le traumatisme.

Lorsque le dépôt repose sur un plan osseux, le crâne, par exemple, et la face interne du tibia, la dépressibilité centrale et la singulière résistance du pourtour peuvent simuler un enfoncement de l'os; — erreur assez fréquente dans les cas de céphalématomes. Mais on reconnaîtra la bosse à son origine, à son mode de développement, à son apparition presque subite, et surtout à la sensation que donne aux doigts l'écrasement des caillots : une crépitation molle qui n'a pas la rudesse de la crépitation des fractures et qui s'épuise bientôt pour se reproduire dès que s'est faite une coagulation nouvelle. L'ecchymose est rapide, lorsqu'il existe simultanément une contusion de la peau; mais si les vaisseaux du tissu cellulaire sont seuls ouverts, la matière colorante met deux ou trois jours avant de teinter les téguments. On se rappelle l'histoire de ce porteur d'eau qui, pour cacher un coup de pied qu'il avait reçu, ne donnait aucun renseignement sur une tumeur dure de la fesse : Velpeau diagnostiqua l'épanchement sanguin et sa cause, sur la coloration bleuâtre qui, au bout de quelques jours, apparut sur la peau.

3° *CONTUSION AU TROISIÈME DEGRÉ — ÉPANCHEMENTS PRIMITIFS DE SÉROSITÉ ET D'HUILE*

La contusion au troisième degré se caractérise par une destruction immédiate des éléments anatomiques; la mortification, souvent étendue, est ici primitive, due à la violence elle-même et non, comme dans le cas précédent, à une dyscrasie ou à un processus inflammatoire.

Rien n'est plus variable que l'aspect de la région traumatisée; presque toujours la peau est livide, violacée, marbrée de plaques de colorations différentes et variant du rose au noir; elle est engourdie, presque froide; parfois, elle est

soulevée, distendue comme une outre pleine et recouvre une substance molle, fluctuante, une bouillie où l'on perçoit la crépitation des caillots sanguins. L'épiderme, soulevé par des phlyctènes, se ride et se dessèche; les téguments prennent une teinte brune ou noire comme dans les brûlures, et l'on a une eschare en retrait sur les tissus qui l'environnent. Au pourtour, dans la zone stupéfiée, la chaleur et la sensibilité tendent à se rétablir, mais la moindre réaction inflammatoire peut tout compromettre, et une gangrène envahissante se déclare, qui détruit les tissus de vitalité douteuse.

Le foyer traumatique est irrégulier; au-dessous de la peau ecchymotique, fort compromise si même elle n'est déjà mortifiée, on trouve les lames cellulaires infiltrées de sang et de caillots, les aponévroses rompues et frangées, les muscles déchirés à des hauteurs diverses; des amas de sang s'accumulent entre leurs faisceaux rétractés. Des fragments de tendons, des bouts de nerfs baignent dans cette bouillie semblable à la pulpe splénique, et où l'on rencontre des vaisseaux volumineux écrasés; mais ceux-ci ne sont pas toujours oblitérés; il n'est pas rare de voir persister une partie de leur lumière par où suinte une certaine quantité de sang. Qu'une inflammation se mette dans un pareil foyer, et l'on comprend les désordres qui en seront la conséquence!

Signalons ici les observations sur lesquelles Verneuil a insisté : à la suite d'une contusion, on constate parfois dans les tissus une stupeur locale des plus intenses; la circulation paraît suspendue; la région est froide, livide, les artères ne battent plus au-dessous du foyer traumatique et les fonctions nerveuses y semblent compromises : la motilité est presque nulle, la sensibilité est obscure; en un mot, la vie est suspendue dans tout un segment de membre; on croirait la mortification imminente. Or il s'agit d'une simple compression des vaisseaux et des nerfs par un épanchement qui distend les gaines. Dans certains cas, un débridement large, l'évacuation du sang, de la sérosité et des caillots ont fait cesser les phénomènes inquiétants, la vie est revenue dans les tissus et l'amputation a été conjurée.

On rattache, d'une façon arbitraire, les *épanchements primitifs de sérosité* au troisième degré de la contusion. Cette lésion avait été vue au commencement du siècle, et Pelletan en donna, dans ses cliniques, deux exemples bien nets; plus tard, Velpeau ajouta de nouveaux faits dans ses recherches sur la contusion. Mais une description d'ensemble restait à faire lorsque, en 1853, Morel-Lavallée publia sur cette question un mémoire, devenu le point de départ des travaux de Verneuil [1], de Peltier [2], de Grynfelt, de Duplay, de Rossignol [3] et de Bonjean [4].

Ces épanchements se produisent par un mécanisme connu : une pression, obliquement exercée, fait glisser la peau sur un plan aponévrotique résistant; les tractus celluleux qui unissent les téguments à la membrane fibreuse se déchirent et amènent un décollement, une cavité où la sérosité s'accumule. La roue d'une voiture qui prend une cuisse en écharpe et refoule la peau au-dessus du *fascia lata* réalise ces conditions. On comprend pourquoi la jambe, surtout en arrière, la cuisse, en dehors, la paroi abdominale, les fesses et les lombes sont le lieu d'élection des épanchements primitifs de sérosité; en ces

(1) VERNEUIL, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. VIII, p. 527, 1857.
(2) PELTIER, *Mouvement médical*, p. 505, 1869.
(3) ROSSIGNOL, *Épanchement traumatique de sérosité.* Thèse de Paris, 1879.
(4) BONJEAN, *Épanchement de sérosité sous-aponévrotique.* Thèse de Paris, 1882.

points, la peau est mobile sur un plan aponévrotique résistant et une force agissant presque parallèlement au plan de la peau aura prise sur une large surface. Ces épanchements sont presque toujours sous-cutanés, mais Bonjean en a signalé de profonds; nous en avons observé un au-dessous de l'aponévrose du grand oblique, entre elle et le *fascia transversalis*.

Ces cavités sont anfractueuses et déchiquetées; on y voit des débris de vaisseaux et de nerfs, et des franges fibreuses. Bientôt l'irritation provoque une prolifération cellulaire, à néoformation plastique qui égalise les parois, recouvertes d'un revêtement de coagulations fibrineuses. Un liquide citrin, limpide au début, s'accumule dans cette poche; sa densité est de 1020 à 1030; l'analyse en a été faite par Lefort, Quévenne et Charles Robin : au repos, il est formé de deux parties, l'une superficielle, fluide, qui ressemble au sérum du sang et qui tient en suspension quelques globules de graisse; puis d'un dépôt solide, couche inférieure où l'on trouve des hématies et des leucocytes. Dans quelques cas où le liquide était noir, on croyait cette coloration due à une accumulation de sang veineux; mais les globules rouges y sont en minime abondance et Robin et Quévenne ont prouvé qu'il s'agit de sérosité colorée par l'hématine dissoute.

L'origine de cette sérosité est obscure : pour Morel-Lavallée, les vaisseaux les plus fins, déchirés, étirés comme un tube de verre à la lampe, retiennent les globules qui mesurent plus de 7 μ, et ne laissent pénétrer dans la poche que la partie séreuse du sang. Grynfelt compare la tumeur à un hygroma aigu et croit qu'il s'agit d'une exhalation du tissu cellulaire : le liquide épanché proviendrait des espaces conjonctifs. Enfin Verneuil se demande si les vaisseaux blancs, dilacérés, ne contribuent pas à augmenter l'épanchement dont les sources seraient multiples et qu'il faudrait assimiler à la lymphe plastique; peut-être la plus grande part est-elle due à une lymphorragie interstitielle « sur laquelle nous ne possédons rien de précis ».

L'épanchement primitif commence immédiatement après le traumatisme; le premier jour, il est à peine marqué et, pour constater sa présence, il faut refouler, dans un point restreint de la poche, le liquide exhalé. Peu à peu sa quantité augmente, jamais assez considérable pour remplir la vaste cavité. Aussi la peau, mal tendue au-dessus de la sérosité, « flotte et tremble à l'œil »; une pression en un point la fait onduler sur le passage du liquide. A la limite du décollement, il existe un bourrelet, sorte de cadre moins épais que dans les dépôts sanguins, et où l'on ne perçoit pas la crépitation des caillots écrasés. La tumeur, plus gênante que douloureuse, augmente lentement pour atteindre parfois de grandes dimensions : on en a vu occuper toute la région externe de la cuisse.

Leur marche est chronique : elles s'accroissent petit à petit et n'ont aucune tendance à se résorber; elles traînent, paraissent un jour moins volumineuses pour reprendre le lendemain leur relief primitif. Forgue a vu chez un cuirassier un épanchement qui, en sept semaines, ne subit aucun changement; Pelletan attendit vainement deux mois, et Morel-Lavallée trois, la disparition d'une tumeur de ce genre. On cite quelques cas de résorption spontanée, mais après un si long temps qu'on ne saurait faire fond sur une terminaison pareille; Verneuil cependant rapporte un fait où la résorption fut complète en quarante-huit heures. D'autre part, sous l'influence d'une marche, d'un excès de fatigue, d'un traumatisme chez un dyscrasique, et surtout à la suite d'une

ponction avec un instrument malpropre, peuvent éclater des inflammations vives, un phlegmon terminé par une suppuration diffuse. Sous le régime de l'antisepsie, ces accidents ne doivent plus se reproduire.

Les *épanchements huileux*, mieux nommés, dit Terrier, *épanchements traumatiques de matières grasses liquides*, ont été vus par Gosselin, en 1870; B. Anger, en 1875, s'en est occupé; Broca a entrepris quelques recherches consignées dans la thèse de Casteignau. Ils se produisent par un mécanisme analogue à celui qui provoque les bosses sanguines; Gosselin, après un traumatisme, croyant ouvrir un épanchement sanguin, fut surpris de retirer un liquide semblable à de l'huile; il en fut de même dans un cas de Terrier. Ces tumeurs sont rares, et les observations en restent clairsemées.

Le liquide contenu dans ces poches sous-cutanées est jaune, filant, semblable à de l'huile; il tache le papier comme elle et le microscope y révèle l'existence de margarine; les analyses montrent qu'il s'agit de graisse libre. On n'est pas d'accord sur son origine : le plus souvent, le traumatisme met en liberté de la graisse issue des mailles dermiques ou sous-dermiques déchirées; les gouttelettes s'échappent et s'accumulent dans le foyer. Dans certaines observations, le liquide huileux, soluble dans l'éther, s'était amassé non loin d'une fracture; il provenait de la moelle osseuse dont les matières grasses s'étaient collectées dans le foyer traumatique. Gosselin émet une hypothèse hasardée lorsqu'il dit qu'une des sources des épanchements huileux est « l'extravasation des principes gras du sang mêlés à la graisse du tissu cellulaire ».

Les destinées de ces amas huileux sont peu connues : peut-être subissent-ils une série de régressions jusqu'à se transformer en ces cristaux de cholestérine qui encombrent si souvent les vieux foyers traumatiques : peut-être sont-ils parfois absorbés par les vaisseaux sanguins qui les charrient jusqu'aux poumons où ils forment ces embolies graisseuses, constatées après les fractures : on ne saurait rien affirmer. La clinique de ces tumeurs est obscure; on ne les reconnaît que lorsque la ponction a révélé dans la cavité l'existence de la graisse. Après une première évacuation, on a constaté que le liquide perd de sa transparence; il devient louche, la graisse s'émulsionnant dans la sérosité nouvelle exhalée par les parois.

4° CONTUSION AU QUATRIÈME DEGRÉ

Ici un segment du membre ou un membre tout entier est broyé par la violence extérieure. Nous serons bref sur ces lésions, car les os du membre sont brisés, et c'est avec les fractures qu'on étudie ces traumatismes. La peau est froide, insensible, livide, marbrée; sa trame, continue encore, est soulevée par l'extravasation des liquides qui, avec les chairs broyées, constituent une bouillie donnant aux parties la forme et la consistance d'une outre distendue; on sent, en plusieurs points, la crépitation abondante d'esquilles osseuses multipliées. Les désordres sont plus considérables qu'on ne le suppose et, sans parler des contusions viscérales qui coexistent parfois, les muscles, les tendons et les nerfs peuvent être meurtris ou déchirés à des hauteurs que les lésions de la peau ne font pas soupçonner; malgré l'écrasement d'artères volumineuses, les

hémorragies ne sont pas fatales et souvent la lumière des vaisseaux est oblitérée par le mécanisme dont nous avons déjà parlé.

Les phénomènes généraux sont graves : le blessé est en état de « choc ». Il est insensible, presque sans mouvement et sans parole; il ne répond que par monosyllabes lents aux questions qu'on lui pose; les explorations du chirurgien lui arrachent à peine une plainte. La face est pâle, le corps couvert d'une sueur visqueuse; le pouls est petit, filiforme; la température s'abaisse et la mort arrive au bout de quelques heures au milieu de cette torpeur et de cet anéantissement. La réaction peut se faire, le pouls se relever, la chaleur revenir, la sensibilité s'accuser aux limites des zones mortifiées, mais de nouveaux dangers surgissent : une inflammation, un sphacèle qui se généralise et tous les accidents d'une septicémie.

Il est deux accidents rares que provoquent les contusions et qu'il faut au moins signaler : les thromboses et les embolies veineuses d'une part, de l'autre l'ictère hématique traumatique. Les thromboses, étudiées par Azam, de Bordeaux, en 1864, puis décrites par Durodié [1] et Besson [2], sont exceptionnelles dans les contusions que ne complique pas une fracture. Cependant, on les a quelquefois observées : une oblitération se fait dans les veines qui traversent le foyer traumatique, et le caillot, détaché par un mouvement brusque, une friction, un massage, soit même spontanément par le courant sanguin, va s'échouer dans les vaisseaux pulmonaires où, s'il est volumineux, il provoque la mort. Dans ces cas, Verneuil a vu s'amender des phénomènes, graves cependant. La thrombose n'a pas l'embolie comme conséquence fatale : la veine reste oblitérée, indurée, la circulation collatérale s'exagère et un œdème souvent considérable persiste un temps plus ou moins long.

L'ictère hématique traumatique a été décrit pour la première fois par notre ami et collaborateur, le professeur Antonin Poncet. Pendant que se résorbent certains épanchements sanguins volumineux, la peau de la face, principalement celle du nez, les sclérotiques, prennent une teinte jaune citron caractérisée; elle est due à la matière colorante du sang absorbée par les lymphatiques, puis jetée dans le courant sanguin qui l'apporte dans nos tissus. Poncet l'a retrouvée dans les ganglions de l'aine; il l'a décelée dans les urines. Cet ictère, qui semble appartenir à la classe des ictères hémaphéiques de Gubler, est rare : Terrier dit l'avoir observé quelquefois, et nous avons soigné une vieille dame de quatre-vingt-un ans qui, lors d'une luxation de l'épaule, eut un épanchement sanguin considérable, au point que pendant neuf mois, le bras tout entier, l'avant-bras, la main et une partie de la paroi thoracique conservèrent une coloration variant entre le noir d'encre et le rouge violet. La peau du corps était jaune, et la sclérotique était teintée.

Traitement. — Les contusions du premier degré, les simples ecchymoses ne réclament aucune thérapeutique; tout au plus, les applications « résolutives » d'eau blanche ou d'alcool camphré, une compression légère sous un enveloppement humide, auront-ils l'avantage de calmer la douleur et surtout d'éviter les inflammations, à redouter parfois, grâce aux excoriations légères qui com-

[1] Durodié, *Histoire des thromboses et de l'embolie veineuse dans les contusions.* Thèse de Paris, 1874.

[2] Besson, *Contribution à l'étude de l'embolie pulmonaire non mortelle dans les contusions.* Thèse de Paris, 1878.

pliquent la contusion. Pour peu que les souffrances soient vives et l'ecchymose étendue, que des névralgies traumatiques se fixent sur le foyer, nous avons recours à l'immersion prolongée des parties dans un bain d'eau simple à la température de 45 à 50 degrés, et les résultats en ont été excellents.

La bosse sanguine, les épanchements abondants du tissu cellulaire sous-cutané exigent une médication plus active : lorsque la collection siège sur une base osseuse, au crâne par exemple, on peut essayer d'une compression énergique qui diffuse le sang sur une large surface et en hâte la résorption. N'est-ce pas la méthode des nourrices qui appliquent, sur les bosses sanguines développées sur le frontal, une pièce de monnaie maintenue par un bandeau? Les frictions, le massage agissent dans le même sens : étaler la masse sanguine sur la plus grande étendue possible pour augmenter les surfaces absorbantes. La bande élastique peut rendre d'inappréciables services; sa compression ne s'épuise point comme celle des bandes de toile ou de flanelle; depuis son emploi, la thérapeutique des contusions a fait un pas.

L'application de la bande élastique est simple, il faut la dérouler sur la région frappée et la serrer juste assez pour que le malade n'éprouve aucune douleur; cette faible compression est suffisante; si les souffrances surviennent, on enlève la bande pour la replacer un peu moins étroitement; on évite ainsi les stases sanguines, les œdèmes et les dangers de la gangrène, à redouter dans des mains brutales ou inexpérimentées. A notre avis, la bande élastique supplantera les autres méthodes. Cependant la compression ouatée conserve quelque indication ; si la peau est compromise et menace de se mortifier, l'appareil de Burgraëve protège le foyer traumatique lorsque tombe l'eschare et s'oppose à son inoculation; il a, de plus, l'avantage d'immobiliser la région et de maintenir autour d'elle une température constante.

Lorsque le foyer sanguin s'est enkysté, que les parois irritées et recouvertes d'une membrane néoformée doublée de strates fibrineuses s'opposent à toute résorption, dans les hématoses chroniques, dans les hygromas vasculaires, la compression reste inefficace et l'on a proposé une série de moyens. L'écrasement selon le procédé de Champion, de Bar-le-Duc, a joui d'une longue vogue : il consiste à faire éclater la tumeur par une pression énergique, de façon à chasser le sang dans les mailles du tissu cellulaire. Cette manœuvre est brutale; aussi lui a-t-on substitué la scarification des parois par la lame d'un ténotome étroit introduit jusque dans l'intérieur de l'hématome. Mais souvent des caillots, des strates fibrineuses encombrent le foyer traumatique, empêchant les masses sanguines de fuser dans les lames conjonctives.

Sous le couvert de l'antisepsie, nous ne craignons plus les larges incisions. On sectionne les tissus jusque dans l'épaisseur du foyer : si les parois en sont souples et si les caillots en sont mous, on se contentera d'une ponction par où l'on fera sourdre les masses sanguines; il ne restera qu'à appliquer les parois l'une contre l'autre par un appareil compressif : le plus souvent, la réunion immédiate sera obtenue. Mais, si la poche est épaisse, si les strates fibrineuses sont dures, on devra recourir à une énucléation du foyer traumatique et enlever les tissus sclérosés jusqu'au niveau des tissus sains; l'hématome, en un mot, sera extirpé comme une tumeur. Il faudrait que la collection fût récente et son sang bien fluide, que ses parois fussent à peine organisées, pour pouvoir la vider avec l'aspirateur.

Mais cette aspiration conserve tous ces avantages lorsqu'il s'agit du traite-

ment des épanchements primitifs de sérosité. Ici, la poche reste souple, le liquide ne se coagule pas et, après son évacuation, les tissus flexibles se rapprochent et adhèrent. Nous ne parlerons donc ni des petites ponctions avec des épingles, ni de la compression, ni des vésicatoires employés naguère et qui ont provoqué de nombreuses suppurations diffuses : dès qu'un épanchement est reconnu, on le vide par l'aspiration sous-cutanée et on exerce sur la région une compression élastique qu'on laisse en place jusqu'à l'entier recollement des tissus. Dans quelques cas rebelles, la poche ne s'est pas oblitérée et le liquide s'est reproduit, malgré un sévère enveloppement ouaté; on a conseillé alors, après évacuation nouvelle, d'irriter les parois par une injection iodée grâce à laquelle la cavité s'oblitère.

Ce n'est point le lieu de parler du traitement des contusions au quatrième degré; la rupture des muscles, des tendons, des troncs nerveux importants, l'ouverture des veines et des artères, les fractures des os nécessitent des interventions spéciales que nous étudierons à propos de la contusion des tissus et des organes. Nous laisserons aussi de côté le traitement général, le même dans tous les traumatismes, et les indications particulières à chacune des complications qui peuvent survenir.

CHAPITRE III

COMPLICATIONS DES PLAIES

Ce chapitre est un des plus factices de la nosographie : il réunit, par un groupement arbitraire, des affections aussi différentes que le choc traumatique et la septicémie; il distrait de leur cadre plusieurs maladies telles que l'érysipèle, la pourriture d'hôpital, la gangrène gazeuse, le tétanos, dont la place naturelle est parmi les infections parasitaires; et le lien qui sert de prétexte à leur rapprochement semble bien fragile : si du moins ces accidents ne pouvaient éclater qu'à l'occasion d'une plaie, passe encore, mais ne sait-on pas que plusieurs d'entre eux, l'érysipèle par exemple, se développent parfois à propos d'une effraction du tégument, si légère que l'examen le plus attentif ne permet pas de la découvrir?

Peut-être serait-il temps de rompre avec une coutume d'autant plus surannée que les accidents des plaies sont devenus exceptionnels. Nous ne connaissons plus la pourriture d'hôpital; la gangrène gazeuse est si rare aujourd'hui, que beaucoup d'entre nous ne l'ont jamais observée; pour l'infection purulente, des années se passent sans qu'on en signale un cas, non dans un service mais dans un hôpital entier. L'érysipèle ne s'abat plus sur nos plaies opératoires; à peine apparaît-il de temps à autre sur un vieux clapier suppurant, un ulcère, une fistule négligemment pansée. Il en est de même des hémorragies secondaires : la fièvre traumatique n'est plus une réalité; son entité a été brisée depuis que les plaies évoluent sans inflammation. Enfin, les suppurations ne se montrent,

dans nos foyers opératoires, que pour nous rappeler aux devoirs d'une antisepsie rigoureuse.

Et pourquoi décrire au chapitre des accidents des plaies, et non avec les inflammations de la peau, l'érysipèle par exemple, tandis que la lymphangite et la phlébite, complications aussi fréquentes, sont étudiées avec les affections des vaisseaux blancs et des veines? pourquoi les suppurations circonscrites sont-elles annexées à l'inflammation et la suppuration diffuse aux affections du tissu cellulaire? On voit combien serait urgente une refonte de nos classifications nosographiques. Nous ne la tenterons pas : au demeurant, la description didactique de chaque maladie n'en souffre que peu. Nous sommes quittes envers notre lecteur en lui apprenant à rectifier lui-même nos groupements artificiels. Et, nous inclinant devant la tradition, nous allons étudier, dans un chapitre à part, les accidents du traumatisme.

La marche de la plaie vers une cicatrisation régulière peut être troublée par des accidents *généraux* et par des accidents *locaux* : ceux-ci s'opposent à la réunion immédiate, ceux-là retentissent aussi sur la blessure et peuvent, lorsqu'ils sont graves, compromettre l'existence même. Les uns sont *primitifs*, ils éclatent au moment où se produit le traumatisme, — le choc et la syncope, certaines hémorragies; la plupart sont *consécutifs*, — fièvre traumatique névralgies traumatiques, délire nerveux, tétanos, hémorragies secondaires, thromboses et embolies, érysipèle, pourriture d'hôpital, septicémies, infection purulente.

I

SYNCOPE TRAUMATIQUE

On nomme *syncope traumatique* un état morbide consécutif à une violence extérieure et que caractérisent la suspension des battements du cœur, l'arrêt de la respiration et une perte absolue de connaissance.

Historique. — Cet accident semblait plus fréquent avant la vulgarisation de l'anesthésie chirurgicale. Maintenant la syncope, si elle survient au cours d'une intervention opératoire, est toujours mise sur le compte de l'éther ou du chloroforme, qui endossent toutes les catastrophes. Aussi cette complication est-elle peu connue malgré les recherches entreprises à ce sujet. Parmi les publications les plus importantes, nous signalerons :

Péronne, Des accidents nerveux consécutifs aux plaies. Thèse de Paris, 1864. — François Frank, Recherches sur le mécanisme des accidents cardiaques causés par les impressions douloureuses. In *Gaz. hebd.*, p. 773 et 789, 1876. — Effets des excitations des nerfs sensibles sur le cœur et la respiration, etc. In *Comptes rendus des travaux du laboratoire de M. Marey*, p. 221, 1876. — Engel, De la syncope traumatique. Thèse de Paris, 1877. — Hostang, Essai sur la syncope. Thèse de Paris, 1877. — Straus, art. Syncope. In *Nouveau dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XXXIV, 1883. — Bertin-Sans, art. Syncope. In *Dictionnaire encycl. des sciences méd.*, 3e série, t. XIV, p. 163, 1884. — Terrier, Éléments de pathologie chirurgicale générale, p. 342, 1885.

Étiologie. — La syncope traumatique a une double origine : tantôt elle succède à une abondante effusion du sang et tantôt à des troubles nerveux,