SYNCOPE TRAUMATIQUE.

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.

T

### 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. 775 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, 1885. — Bertin-Sans, art. Syncope. In Dictionnaire encycl. des sciences méd., 3° série, t. XIV, p. 165, 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,

syncope par hémorragie et syncope par action réflexe. La première survient à la suite de plaies opératoires ou accidentelles, lorsque les artères et les veines, largement ouvertes, permettent une énorme déperdition du liquide nourricier. La quantité joue un rôle prépondérant dans cette complication; mais la rapidité n'est pas sans influence et, à portion égale de sang répandu, la blessure d'un gros vaisseau produit plus facilement la syncope que celle d'un petit. Le siège même de l'hémorragie est à considérer, et lorsqu'elle a lieu près du cerveau, la syncope serait plus prompte; il y aurait « saignée du bulbe ».

Dans tous ces accidents, la syncope a pour cause l'anémie cérébrale : les centres nerveux exsangues cessent leurs fonctions et le cœur s'arrête. Aussi, sans amener la moindre déperdition de sang, certaines interventions peuvent provoquer l'arrêt du cœur, par simple déplacement de la masse sanguine qui, abandonnant le cerveau, compromet l'injection encéphalique; à la suite des ponctions d'ascite, les vaisseaux de l'abdomen dilatés emmagasinent, au détriment des centres nerveux, une énorme quantité de sang et les lipothymies surviennent; on les a notées après la thoracentèse, mais, dans ces cas, les déplacements du cœur et du diaphragme refoulés par le liquide pleural peuvent rendre compte des accidents syncopaux dont le mécanisme n'est pas identique à celui des faits précédents. Mêmes réserves dans les plaies du cœur et lorsque ses mouvements sont entravés par un épanchement péricardique.

La violence extérieure, le choc peut n'avoir provoqué aucune déperdition sanguine; aucun vaisseau n'a été ouvert et la syncope se produit par « hémorragie nerveuse », comme disait Dupuytren, qui pensait qu'un excès de douleur suffisait pour amener la mort. Aux conceptions vagues de cette époque on a substitué la théorie réflexe, et nous savons que la syncope a pour cause une excitation périphérique, exercée par le traumatisme sur les nerfs centripètes de la vie animale ou végétative. L'excitation gagne le bulbe et se réfléchit sur les pneumogastriques qui réagissent en arrêtant le cœur. Ces faits n'étaient pas ignorés, mais les recherches de François Frank en ont démontré l'exactitude avec une rigoureuse précision, et l'on connaît le circuit que parcourt le réflexe.

L'excitation porte sur les nerfs centripètes émanés de l'axe cérébro-spinal ou sur ceux qui proviennent du grand sympathique. Dans le premier cas, l'excitation peut s'aggraver d'une vive douleur, mais la syncope et ses dangers sont loin d'être en raison directe de l'importance de la blessure. On a cité des observations où une plaie insignifiante a eu pour conséquence l'arrêt définitif du cœur : Verneuil n'a-t-il pas même signalé un fait où la mort survint par syncope au moment où, du dos de son bistouri, il traçait le trajet de la future incision qu'il projetait pour une trachéotomie? Observation identique publiée par Cazenave. Si ces malades avaient été soumis à l'inhalation chloroformique, on eût porté cet accident au compte de l'anesthésie. Les traumatismes qui ont pour siège le territoire innervé par le grand sympathique provoquent aussi la syncope; on connaît les expériences de Goltz, répétées par Vulpian, qui, chez des grenouilles, déterminait l'arrêt du cœur par la percussion de la paroi abdominale. De Bernstein, par l'excitation électrique du nerf vague, et Brown-Séquard, par la dilacération des ganglions semi-lunaires, sont arrivés au même résultat. Mais la syncope est conjurée lorsqu'on pratique, au préalable, la section du pneumogastrique, ou lorsque, comme François Frank, on le paralyse avec le curare; l'arc réflexe est rompu; l'excitation arrive au bulbe, mais le conducteur manque pour la transmettre au cœur, et les accidents syncopaux sont conjurés.

La clinique avait constaté l'existence de syncopes à la suite des traumatismes sur le ventre, et Hostang, dans sa thèse de 1877, rappelle les faits de Dupuytren. La chirurgie abdominale inaugurée depuis l'antisepsie, a montré l'influence de certaines opérations sur les troubles cardiaques observés, dit Terrier, après l'hystérectomie, « troubles particuliers et presque toujours mortels ». Mais, dans ces traumatismes opératoires, il faut tenir compte de l'anesthésie, qui modifie l'excitation. Le chloroforme, lorsque l'anesthésie est incomplète, peut être l'agent de la syncope par l'excitation qu'il provoque sur les voies respiratoires. Plus tard, lorsque l'anesthésie est complète, le chloroforme conjure la syncope par la paralysie temporaire dont il frappe le pneumogastrique.

Symptômes. — Les symptômes tiennent dans la définition même de la syncope : tout à coup le cœur s'arrête, le sang cesse d'être projeté vers la périphérie, aussi la face devient-elle pâle, d'un blanc de cire, parfois bleuâtre; les yeux sont caves, cernés de noir, ternes et fixes; la pupille est dilatée, les ailes du nez et les lèvres sont pincées, les tempes recouvertes d'une sueur froide, les extrémités sans chaleur. Le pouls n'est plus perceptible, et la palpation et l'auscultation démontrent que le cœur ne bat plus. Son arrêt est-il complet, même dans les cas où la mort sera conjurée? Quelques auteurs prétendent qu'il existe quelques mouvements trop faibles pour être perçus.

Cet arrêt du cœur n'est pas toujours aussi brusque; il peut être précédé de vertiges, d'éblouissements, de tintement d'oreilles; un nuage passe devant les yeux, puis une douleur précordiale survient, parfois des nausées, et si le malade est debout, il chancelle, s'affaisse et tombe. Si quelque vaisseau est ouvert, l'hémorragie se tarit et cette hémostase conjure parfois la mort que rendait menaçante une abondante déperdition sanguine. — Les mouvements de la cage thoracique et du diaphragme sont supprimés et le malade perd connaissance. Cet état de mort apparente peut durer longtemps et n'être que le prélude de la mort réelle. Mais le plus souvent, les mouvements du cœur réapparaissent, d'abord timides et lents, puis ils se régularisent; les inspirations, rares et suspirieuses, reprennent leur rythme et la conscience revient. - Rien n'est plus difficile que de reconnaître la cause de la syncope. L'arrêt du cœur est-il dû à l'excès de l'hémorragie, à une excitation réflexe, à l'émotion, la terreur qu'inspire l'opération, la vue du sang? est-il survenu quelque lésion soudaine que révélera l'autopsie, une embolie, une hémorragie cérébrale? a-t-on affaire à une commotion? le chloroforme est-il seul coupable? Une analyse de tous les symptômes observés et de toutes les circonstances qui accompagnent l'accident est nécessaire, et, encore fort souvent, même après l'autopsie, ne sait-on dévoiler la cause de la mort.

Traitement. — Lorsqu'elle provient d'une hémorragie et de l'anémie cérébrale consécutive, la syncope doit être combattue par le rappel du sang vers l'extrémité céphalique. La tête est mise en position déclive, la face est fustigée avec des compresses d'eau froide, puis on pratique la respiration artificielle d'une façon prolongée et sans s'arrêter à son inutilité apparente, car on a vu des individus revenir à eux après une syncope de plus de deux heures. Les tractions rythmées de la langue selon la méthode de Laborde peuvent rendre des services. Les injections sous-cutanées d'éther, l'excitation électrique, peuvent rendre quelque service. Mais nous n'insisterons pas, car le traitement de la syncope traumatique n'est autre que celui de la syncope en général.

H

#### STUPEUR LOCALE

On nomme stupeur locale, étonnement local, choc local, commotion, asphyxie locales, un état spécial caractérisé par l'anesthésie, l'absence d'hémorragie, le refroidissement et qui atteint certaines plaies contuses et, en particulier, les plaies par armes à feu. - Telle est à peu près la définition de Santi (1) dans l'article intéressant qu'il a publié sur ce sujet.

Le signe caractéristique de la stupeur locale est l'anesthésie; on peut manier la plaie, la régulariser avec les ciseaux sans réveiller la douleur; cette zone n'est pas très étendue d'ordinaire et la sensibilité se manifeste sur les téguments voisins à mesure qu'on s'éloigne du point traumatisé; à son niveau les tissus sont flasques, exsangues, livides, froids, les muscles sous-jacents ne se contractent pas et le blessé, tout en accusant de l'engourdissement et des fourmillements dans le membre atteint, ne sent plus ce membre; il lui semble qu'il l'a perdu, un tremblement peut l'agiter qui gagne le corps entier; enfin des phénomènes généraux éclatent souvent qui rappellent ceux du choc traumatique. Mais ceci, dans les cas graves, dans ceux où les accidents, au lieu de se dissiper en quelques heures, s'accentuent et où la zone, stupéfiée, se sphacèle. Le tableau change et nous l'avons étudié à propos de la gangrène.

Comment une violente contusion, un écrasement, un tamponnement, un éclat d'obus, un volumineux projectile provoque-t-il cette stupeur locale? on ne le sait guère; tout au plus on peut dire qu'elle est favorisée par le froid et par une hémorragie abondante. Faut-il l'expliquer par des « vibrations » trop violentes qui annihilent au loin les fibres sensitives et motrices, ou faut-il admettre une contusion directe de filets nerveux, leur compression par des épanchements sanguins dans le névrilème? Y aurait-il, comme le suggère Verneuil, paralysie des tubes nerveux par la production rapide de substances toxiques dans le foyer traumatisé? Ces diverses hypothèses sont précaires. Toujours est-il que trop souvent cette stupeur locale présage la gangrène. On essaiera de la conjurer par des applications chaudes, l'enveloppement ouaté, et l'on surveillera, pour débrider les tissus, si des accumulations de liquides infectés se forment dans la profondeur.

# III

#### CHOC TRAUMATIQUE

On nomme choc traumatique un état particulier qui succède aux violences extérieures et que caractérisent, avec l'abaissement de la température, une dépression ou un épuisement des fonctions vitales. — On l'a souvent confondu

(4) DE SANTI, Du choc traumatique et de la stupeur locale. In Arch. de méd. et de pharm. milit., t. II, n° 9, p. 225, 1883.

avec la syncope dont il doit être distrait; mais la distinction n'est pas toujours facile; pour nombre d'auteurs, « le choc » serait un état morbide, complexe, mal délimité, sans existence propre et dont la contusion des viscères, la commotion médullaire ou cérébrale, les embolies sanguines ou graisseuses, certaines septicémies suraiguës et les hémorragies internes feraient le fond.

Historique. - Longtemps avant d'avoir imaginé les mots de prostration, de collapsus, de léthargie, de commotion, d'épuisement, d'étonnement des blessés, de stupeur, de choc traumatique, les auteurs connaissaient l'état de dépression dans lequel peuvent plonger les violences extérieures. Mais si nombre d'observations portent la trace de ces symptômes, il faut arriver aux recherches de Travers, en 1826, pour en trouver une description exacte. Les travaux se sont accumulés dans la suite et surtout de l'autre côté de la Manche; ce n'est que depuis une trentaine d'années que le choc a été étudié en France, et, pour en marquer l'origine, on l'écrit souvent « shock » avec son orthographe anglaise, nom qui lui fut donné par Hunter. La question a été un peu renouvelée, grâce aux recherches de Charcot sur l'hystéro-traumatisme.

Travers, An inquiry concerning that disturbed state of the vital fonctions usually denominated constitutional irritation. Londres, 1826. — Gross, Prostration collapse or shock. In System of surg., 3° éd., t. I, 1864. — ERICHSEN, On railway and other injuries of the nervous system. London, 1866. — Jordan Furneaux, On shock after surgical operations and injuries. In Brit. med. Journal, 2° éd., t. I. London, 1880. — Verneuil, De la mort prompte après certaines blessures ou opérations. In Gaz. hebd., p. 339, 1869. — Savory, Collapse. In Holmes system of surgery, 2° éd., t. I, 1870. — Fischer, In Volkmann's Sammlung klin. Vorträge, 1870. — Demarquay, Sur les modifications imprimées à la température animale par les grands traumatismes. In Comptes rendus de l'Académie des sciences, t. LXXIII, 1871. — REDARD, De l'abaissement de la température dans les grands traumatismes par armes à feu. In Arch. gén. de méd., 1872. — Blum, Du choc traumatique. In Arch. gén. de méd., 1876. — Le Dentu, Cas de mort à la suite d'une désarticulation de la hanche. In Bull. de la Soc. de chir., 1877. — VINCENT, Des causes de la mort prompte après les grands traumatismes accidentels et chi-rurgicaux. Thèse d'agrégation en chirurgie, 1878. — PIÉCHAUD, Que doit-on entendre par l'expression de choc traumatique? Thèse d'agrégation en chirurgie, 2880. — Raffa, Shok; storia, considerazione e proposita. In La Sperimentale, 1882. — Terriera, Choc traumatique. In Éléments de pathol. chir. générale, p. 569, 1885. — Blum, L'hystéro-traumatisme, 1893. — VIBERT, La névrose traumatique. Etude sur les blessures produites par les accidents de

Étiologie. — On est peu fixé sur les causes qui provoquent le choc. La gravité du traumatisme est un facteur important et la stupeur des blessés est plus fréquente après la chute d'un lieu élevé, les écrasements étendus, les plaies par arrachement, les accidents de chemin de fer bien étudiés par Erichsen. Les brûlures, surtout les brûlures superficielles et étendues, la fulguration, les explosions de dynamite, les congélations, les blessures à grands fracas des projectiles de guerre ont pour conséquence la même prostration. La région et l'organe atteints joueraient aussi un rôle; le choc accompagnerait souvent les violences sur les tissus les plus vasculaires et les mieux innervés, le testicule, les grands viscères, les intestins. Aussi les heurts intenses, les coups sur l'épigastre ont-ils une gravité particulière; on sait l'extrême richesse en plexus nerveux sympathique des organes contenus dans l'abdomen.

Dans tous ces grands traumatismes, explosion de dynamite, fulguration, plaies de guerre, la cause initiale agit non seulement sur les tissus qu'elle brûle ou contusionne, mais elle retentit sur les centres nerveux par une commotion considérable. De là les accidents de l'hystéro-traumatisme; et, de fait, des phénomènes de choc ont éclaté chez des individus, des mécaniciens par exemple

TRAITÉ DE CHIRURGIE, 2º édit. - I.

11

[P. RECLUS.]

qui, craignant une rencontre de trains, ont pu, grâce à quelque manœuvre, éviter le heurt. Le choc, dans ce cas, ne pouvait être dû qu'à la peur et non aux lésions matérielles des tissus qui manquaient totalement. Aussi certains médecins d'outre-Rhin lui ont-ils donné le nom de « paralysie ou de névrose par frayeur ». Le « railway-spine », le « railway-train » des Anglo-Saxons auraient donc, avec le choc ou la stupeur traumatique, de nombreux points de contact. L'influence des phénomènes psychiques est donc incontestable et Blum insiste sur ce fait que le choc manquerait chez ceux qui, au moment de l'accident étaient plongés dans le sommeil ou dans l'ivresse.

L'état constitutionnel du blessé présente aussi de l'intérêt : les individus affaiblis par une hémorragie, ceux que mine une affection chronique, les alcooliques, les nerveux seraient plus que d'autres exposés au choc; aussi devra-t-on en tenir compte lorsqu'il les faudra soumettre à de graves interventions chirurgicales; la stupeur, la dépression vitale peuvent être la conséquence d'une plaie opératoire, et on les a vues succéder aux ovariotomies, aux hystérectomies abdominales, aux laparotomies au cours desquelles les anses intestinales ont été manipulées longtemps. Le choc tient dans la mortalité post-opératoire une place importante, mais que les statistiques anglaises semblent exagérer.

Par quel mécanisme se produit-il? Les recherches contemporaines n'ont guère dissipé les ténèbres qui enveloppent la question : on invoque un arrêt de l'innervation; le système nerveux, central et périphérique, serait stupéfié par la violence et cesserait d'agir; telle est l'opinion de Gross et de Furneaux-Jordan. Cette commotion se traduirait par une paralysie des nerfs. D'après Fischer, le grand sympathique atteint réagirait sur les vaisseaux en provoquant leur dilatation paralytique; mais le cœur et les autres organes seraient frappés du même arrêt et leur fonction serait en partie abolie; Verneuil croit à une altération subite du sang, préparée par une dyscrasie antérieure ou quelque tare d'un viscère important. Pour Billroth, les facteurs sont nombreux et l'hémorragie, la douleur, les vives émotions, le chloroforme même seraient, chacun pour sa part, responsables de la stupeur des blessés.

Symptômes. — On en a décrit trois formes : la forme torpide, la forme insidieuse et la forme éréthique. C'est pour obéir à l'usage que nous nommons cette dernière : en effet, nous ne connaissons du choc ni son anatomie pathologique, ni sa pathogénie; on ne fait que se baser sur la clinique pour ranger dans le cadre de la stupeur des blessés telle ou telle complication des plaies; or, la forme éréthique se caractérise par une agitation, des cris, du délire, des mouvements désordonnés, la coloration de la face, tous symptômes opposés à ceux que montrent les individus atteints de choc. Impossible de savoir par quel lien Travers a pu rattacher deux syndromes aussi dissemblables.

La forme torpide est la plus fréquente; le blessé est en résolution musculaire; on soulève les membres qui retombent aussitôt; la face est pâle, tirée, les lèvres bleues, les pupilles dilatées et paresseuses; les yeux fixes enfoncés dans leur orbite sont parfois brillants, mais la sensibilité est émoussée, la parole est lente, il faut une question brève et impérative pour obtenir une réponse, qui prouve une intelligence présente. La mémoire paraît faire défaut. La voix est cassée; la respiration faible, irrégulière, rare, parfois suspirieuse; le pouls est petit, fréquent, dicrote, les battements du cœur sont à peine appréciables; les extrémités sont refroidies et le thermomètre accuse un abaissement de la température, qui

est de 56 ou de 55 degrés. Le malade n'accuse aucune souffrance et la mort peut survenir sans que cette stupeur se dissipe. Mais d'autres fois la réaction se fait, la chaleur se rétablit, la respiration se régularise, le pouls reprend sa force primitive et tout danger est bientôt conjuré.

La forme insidieuse est moins connue; on l'observerait surtout à la suite des accidents de chemin de fer. Au premier abord, le blessé semble ne présenter aucun trouble; aucune fonction ne paraît atteinte et la respiration, la circulation et l'innervation sont d'apparence normale. Mais on s'aperçoit bientôt que la peau est ictérique, terne, blafarde, cadavérique, elle a perdu son élasticité; les extrémités se refroidissent, les réactions se font mal, l'urine devient rare, le pouls est faible, le cœur irrégulier; peu à peu ou rapidement, les symptômes s'aggravent et la forme torpide s'accuse, jusqu'à ce qu'on voit le coma succéder à la stupeur; la mort arrive, souvent en moins de trois ou quatre jours, parfois après des alternatives de dépression et d'excitation.

Il ne faudrait pas croire le diagnostic facile. Bien que tous les auteurs aient noté chez leurs blessés cette stupeur que nous venons de décrire, ils se refusent à faire de cette dépression un état morbide spécial et la rattachent à un accident tel qu'une hémorragie interne, une commotion cérébrale, un trouble circulatoire, une embolie, une syncope ou une septicémie foudroyante. On a tracé un diagnostic différentiel : nos livres essayent de donner à chacune de ces affections une symptomatologie spéciale. Mais, au lit du malade, la distinction reste malaisée, et des recherches nouvelles sont nécessaires pour délimiter le choc traumatique et en faire une entité morbide indiscutable.

Traitement. — Il ressemble à celui de la syncope; il faut activer la circulation par des frictions avec des substances alcooliques, l'enveloppement dans de la flanelle chaude, le massage, les bains portés graduellement de 56 à 40 degrés; puis les injections sous-cutanées d'éther, les boissons stimulantes, cognac, kirsch, rhum; les révulsifs, les sinapismes promenés sur les membres peuvent rendre de grands services. La question d'opportunité se pose souvent : Faut-il intervenir sur un individu en état de choc? En thèse générale, non; et si une cause quelconque, l'hémorragie par exemple, n'impose pas l'opération immédiate, on attendra, avant de prendre le couteau, que la réaction ait commencé.

#### IV

### HÉMORRAGIE TRAUMATIQUE

On dit qu'il y a hémorragie traumatique lorsque, dans une plaie, l'écoulement sanguin « dépasse, par sa quantité et par sa durée, les limites ordinaires ». — Cette complication unit les accidents primitifs aux accidents consécutifs des lésions traumatiques, car l'hémorragie peut être elle-même tantôt consécutive et tantôt primitive.

Historique. — Peu de complications ont été plus étudiées. Elle était, sous l'ancienne chirurgie, l'accident le plus redoutable et inspirait une terreur telle que deux cents ans après la découverte de la ligature, on n'osait amputer un