

les épines antérieures et supérieures des os des îles. Il fut transporté à l'Hôtel-Dieu la même nuit, à trois heures du matin; il était sans parole ni connaissance, tant à cause de son accident que de l'ivresse dans laquelle il était. Il vomit du vin qu'il avait bu avec quelques parcelles d'alimens à demi-digérés, puis une matière d'un vert brunâtre. Au moment de la visite, on l'a trouvé la face pâle, jaunâtre, surtout autour des ailes du nez, couleur qui s'est de plus en plus prononcée. Le pouls était petit, serré, concentré et fréquent. Le bas-ventre était très-douloureux (saignée du bras, fomentations émollientes sur la partie douloureuse). Le soir, mêmes symptômes, faiblesse extrême; décubitus sur le dos, extrémités froides (potion cordiale et calmante).

Le 2, un peu moins mal, mais souffrant toujours des douleurs si vives qu'il désirait la mort. Le blessé vomissait constamment tout ce qu'il prenait, et avec une matière visqueuse filante, de couleur vert-brunâtre. Le soir, frissons, extrémités plus froides que la veille. Continuation du vomissement; pouls très-petit et irrégulier. Au milieu de la nuit il a voulu se lever; mais les forces lui ayant manqué pour se recoucher, il s'est jeté à la renverse en travers de son lit, où il a expiré au même instant.

A l'ouverture du corps, nous avons trouvé un épanchement de matières fécales liquides dans l'abdomen; à la partie inférieure de l'intestin grêle était une large tache gangréneuse au milieu de laquelle on trouva une ouverture du calibre d'une très-grosse plume.

Le péritoine était vivement enflammé dans toute son étendue. Les intestins adhéraient entre eux par le moyen de fausses membranes, et offraient dans différens endroits de leur étendue des points livides et brunâtres. La

face convexe du foie était entièrement recouverte de la même concrétion membraniforme. La vésicule du fiel était vide.

## OBSERVATION.

Le nommé Maximien (Eugène), palefrenier, étant en train de panser un cheval, le 1<sup>er</sup> août 1819, reçut de lui une ruade dans la région hypogastrique entre le pubis et l'ombilic. Il fut renversé et éprouva dans le ventre une douleur très-vive qui fut presque immédiatement suivie de vomissement. Un chirurgien lui pratiqua une forte saignée du bras, et fit couvrir le ventre de fomentations émollientes. Les coliques devinrent très-fortes, le ventre tendu et très-douloureux à la moindre pression; le surlendemain de l'accident, on l'apporta à l'Hôtel-Dieu. Le ventre était dur, tendu, très-douloureux; on ne voyait à l'extérieur ni ecchymoses ni aucune trace de contusion. Pouls petit, serré, fréquent, face livide, grippée, portant l'empreinte d'une douleur profonde. La peau de tout le corps est froide et couverte d'une sueur visqueuse. Saignée du bras, quarante sangsues sur l'abdomen. Le soir état encore plus fâcheux. Deuxième saignée du bras, un quart de lavement avec une décoction de tête de pavot et six gouttes de laudanum. Dans la nuit le malade paraît plus calme, il se plaint moins; mais la peau est froide, le pouls à peine sensible. Mort vingt-quatre heures après son entrée, troisième jour depuis l'accident.

*Autopsie.* Les parois de l'abdomen offraient une légère ecchymose au dessus du pubis; un peu de sang épanché se trouvait dans le tissu cellulaire sous-cutané, et entre les fibres musculaires des intestins. La cavité du péritoine était remplie d'une grande quantité de matières

fécales liquides, d'une couleur jaune; le péritoine qui recouvre les intestins grêles était rouge et violacé dans quelques points; dans presque tout le reste de son étendue il était fortement injecté, et offrait des signes d'une inflammation intense. A la fin de l'iléon, à un pied du cœcum, on voyait une crevasse d'une largeur différente, suivant les trois membranes: celle du péritoine avait environ un pouce; la musculuse était de moitié plus petite; enfin celle de la muqueuse était encore plus étroite; tous les autres viscères étaient sains (1).

Les projectiles lancés par la poudre à canon, ne se bornent point toujours à faire des contusions simples ou compliquées; ils produisent très-communément des plaies. C'est des plaies non pénétrantes que nous devons parler seulement dans cette section.

Les balles atteignent les parois de l'abdomen plus ou moins obliquement, plus ou moins directement, y font des blessures en gouttières plus ou moins profondes, et des blessures en canal plus ou moins longues. Elles contournent même les parois abdominales comme les parois thoraciques et le crâne, et peuvent en imposer pour des plaies pénétrantes. Nous n'avons pas besoin d'insister sur ces illusions, nous avons assez parlé de ce phénomène à propos des blessures des deux premières cavités splanchniques. La peau seule et le tissu cellulaire sous-cutané peuvent être atteints ou bien les plaies peuvent arriver jusqu'aux aponévroses et aux muscles. Elles ne présentent pas alors d'indications ni des symptômes particuliers. On doit, il est vrai, débrider comme dans toutes les autres plaies, mais il faut avoir soin de ne pas donner à ces incisions plus d'étendue qu'il n'est nécessaire, afin de ne point exposer par la suite le blessé à des hernies

(1) Par les Rédacteurs.

ventrales, surtout quand on est obligé de comprendre dans le débridement les aponévroses; on fait l'extraction des balles restées dans les parties molles, comme dans toutes les autres parties du corps.

Les plaies de la partie postérieure de la paroi abdominale pénètrent plus difficilement dans celle-ci, à cause de l'épaisseur de la paroi dans ce point. Les plaies superficielles ne présentent point d'indication ni de symptômes particuliers, mais celles qui sont profondes peuvent se compliquer de la lésion de la portion lombaire de la colonne vertébrale. Nous parlerons plus loin des blessures de cette partie. Les plaies par armes à feu qui intéressent les parties latérales de la paroi abdominale ne nous présentent non plus rien de particulier.

Les vaisseaux qui sont contenus dans l'épaisseur des parois abdominales peuvent être blessés par des coups de feu, et donner lieu à des hémorrhagies plus ou moins abondantes; telles sont les artères épigastriques, lombaires, etc., etc.; néanmoins il est rare que ces hémorrhagies aient lieu, le froissement des orifices des vaisseaux par les projectiles suffisant ordinairement pour mettre obstacle à l'écoulement du sang pendant un temps assez long pour que l'oblitération du vaisseau ait lieu.

L'inflammation est la complication la plus ordinaire des plaies des parois abdominales par des armes contondantes. Elle a lieu surtout quand les aponévroses et les gaines musculaires, celles du muscle droit, par exemple, sont rompues et déchirées. On combat cette inflammation par des saignées copieuses plus ou moins répétées, selon l'âge, le tempérament des individus, par la diète, les fomentations émollientes, etc.

Les plaies non pénétrantes des parois de l'abdomen faites par de gros projectiles lancés par la poudre à

canon, tels que les boulets, les biscariens, les éclats de bombe, sont, ainsi qu'on peut le penser, beaucoup plus graves que les mêmes blessures faites par des balles ou du petit plomb. Leur danger dépend surtout de l'inflammation des parties sous-jacentes et du péritoine en particulier, inflammation qu'on doit prévenir par le régime antiphlogistique le plus énergique. Le traitement local est du reste tout-à-fait semblable à celui des plaies des autres parties du corps : faire le débridement avec mesure, mettre les parois abdominales dans le relâchement le plus complet, ouvrir les abcès aussitôt qu'ils se forment, éviter que le pus ne séjourne et n'use les parois abdominales, et ne pénètre dans la cavité du ventre, telle est la conduite que doit tenir le chirurgien jusqu'à la cicatrisation des plaies. Quant aux hernies ventrales, consécutives à ces sortes de plaies, surtout si elles ont été étendues, on prend les mêmes précautions qui ont été indiquées à l'article qui traite des plaies non pénétrantes de l'abdomen par des armes tranchantes.

## SECTION II.

### Des plaies pénétrantes de l'abdomen.

Les plaies pénétrantes de l'abdomen par des armes piquantes, tranchantes, etc., etc., sont simples ou compliquées : simples, quand les parois seules sont ouvertes ; compliquées, quand il y a eu lésion plus ou moins grave des viscères contenus dans l'abdomen.

#### A. — *Plaies pénétrantes de l'abdomen par des armes piquantes (plaies simples).*

Il est quelquefois très-difficile de reconnaître si une plaie faite par une arme piquante sur les parois abdominales, est pénétrante ou non. Cela est même très-souvent

impossible quand la plaie est très-étroite et oblique. Presque tous les signes tirés de la situation où était le blessé quand il a reçu le coup, la force avec laquelle il a été frappé, la profondeur présumée à laquelle il a pénétré, l'emploi de la sonde, etc., etc., sont insuffisants pour décider de la pénétration dans la cavité abdominale. L'épaisseur variée de la couche graisseuse ajoute encore à la difficulté, et plusieurs fois même a été la source d'erreurs. C'est ainsi qu'une épée peut traverser de part en part l'abdomen sans intéresser le péritoine, quoiqu'en considérant seulement la position des deux orifices, la pénétration paraisse évidente. C'est dans la couche graisseuse que se trouve le trajet de l'arme. Ces circonstances pourraient encore jeter le chirurgien dans l'incertitude ou l'erreur, s'il n'apportait pas une attention suffisante dans l'examen de la plaie. Dans quelques cas aussi, plusieurs vésicules graisseuses des parois abdominales s'échappent par l'ouverture des tégumens, et peuvent être prises pour des portions de l'épiploon. Mais il suffit d'être prévenu de la possibilité d'un pareil fait pour être à l'abri de l'erreur. Au reste, il n'en est pas des plaies de l'abdomen comme des plaies de la poitrine. Dans celles-là l'introduction de l'air ne présente aucune espèce de danger. Ce n'est donc nullement de cette pénétration qu'il faut s'occuper, mais seulement de la lésion des viscères abdominaux. Aussi doit-on s'abstenir de toute tentative dans le but de reconnaître si une plaie est pénétrante ou non. La sonde, non-seulement n'est point utile, mais encore elle est nuisible. Sans parler des obstacles qui s'opposent à son introduction, tels que les changemens de direction de la plaie, le gonflement de ses bords, les caillots de sang qui l'obstruent, il est évident que la sonde peut renouveler l'hémorrhagie, faire une fausse route,

et, dans tous les cas, augmenter l'irritation et les symptômes inflammatoires, sans rien apprendre au sujet de la lésion des viscères, seule circonstance qu'il importe de connaître. La sonde ne peut convenir que dans une seule circonstance de ces plaies, c'est quand on veut s'assurer de la présence d'un corps étranger, tel que fragment d'épée, de stylet, fleuret, etc., etc.; hors ce cas, il ne faut jamais se servir de cet instrument.

Les armes piquantes, après avoir traversé les parois abdominales, glissent très-souvent entre les viscères sans en atteindre aucun. Dans ces cas, la plaie guérit ordinairement avec autant de facilité et de promptitude que si elle n'était pas pénétrante, et elle n'exige pas d'autres soins. Il est inutile de dire que ces plaies peuvent être compliquées, comme celles qui ne pénètrent point, de l'inflammation des parois de la cavité et du péritoine en particulier; la pénétration étant elle-même une cause d'inflammation, on doit insister avec plus d'énergie encore sur les moyens propres à la combattre. Nous n'insisterons donc point sur cette lésion simple.

Mais rarement ces plaies par armes piquantes sont simples, comme nous venons de le dire. Il existe presque toujours des complications plus ou moins graves, telles que lésion des viscères, épanchement d'air, de liquides; corps étrangers, etc., etc.

Nous allons entrer dans les détails de chacune de ces complications.

1.° *Plaies du foie.*

Les symptômes qui annoncent la piquure du foie varient suivant la portion du viscère qui a été atteinte. Dans l'état naturel, la face externe du foie, protégée par les fausses côtes, n'est guère accessible qu'à travers les espaces intercostaux inférieurs et le diaphragme. Cepen-

dant il est d'observation que le foie descend souvent au dessous du rebord des côtes, il pourra donc arriver que ce viscère soit intéressé dans cette circonstance, surtout si l'arme est enfoncée au moment d'une grande inspiration. On sait d'ailleurs que lorsque le foie est plus volumineux qu'à l'ordinaire, ou engorgé, ou déprimé à l'occasion d'un épanchement thoracique du côté droit, il dépasse souvent et de beaucoup le rebord des fausses côtes. Quant à la face concave du foie, elle peut être atteinte par les armes qui sont enfoncées vers la région épigastrique, et qui sont dirigées de gauche à droite et de bas en haut.

Lorsque la face convexe du foie a été atteinte par des armes qui ont pénétré par la partie supérieure et latérale droite de la cavité abdominale ou par les espaces intercostaux inférieurs, le blessé éprouve d'abord une douleur vive qui s'étend souvent à l'épaule droite et au larynx. Quand c'est la face concave qui a été atteinte, les douleurs aiguës se font surtout sentir vers l'appendice xiphôïde. Dans les deux cas, il survient ordinairement au bout d'un temps plus ou moins long un ictère général ou partiel, et tous les symptômes qui annoncent le développement de l'hépatite, laquelle, dans cette circonstance, peut affecter toutes ses terminaisons habituelles. Ces plaies donnent lieu quelquefois tantôt à des épanchemens sanguins dans la poitrine, tantôt dans la cavité du péritoine (Voyez plus bas : Épanchemens sanguins dans l'abdomen).

Le traitement de ces piquures du foie est tout-à-fait celui des plaies pénétrantes de l'abdomen et celui de l'hépatite, traitement auquel on joint celui que réclame l'épanchement du sang dans le ventre ou dans la poitrine, quand cet épanchement a lieu. Les blessures du tissu du foie sont du reste fort graves, et malgré le trai-

tement le plus énergique, il arrive très-souvent qu'elles se terminent d'une manière fâcheuse.

Les blessures de la vésicule du fiel sont rares ainsi que celles de son canal excréteur. La petitesse de ces organes rend raison de cette circonstance. Toutefois on observe encore quelquefois cette lésion qui est mortelle dans la plupart des cas, par suite de l'épanchement de la bile qui se fait dans la cavité du péritoine, et produit sur cette membrane une inflammation suraiguë qui fait promptement périr le blessé. Si la blessure pouvait être assez petite pour ne pas permettre à la bile de s'épancher, il est probable qu'elle ne se ferait reconnaître par aucun symptôme particulier, et qu'on ne pourrait que soupçonner l'accident par la situation de la plaie extérieure. Mais dans presque tous les cas connus de plaie de la vésicule biliaire, il y a eu épanchement de bile dans la cavité du péritoine, et la mort est arrivée au bout d'un temps ordinairement très-court, et quelquefois même au bout de quelques heures.

Les ressources de l'art ont toujours échoué dans ces terribles blessures.

### 2<sup>o</sup> Plaies de la rate.

Les blessures la rate n'ont point de signes particuliers, ce qui tient à l'ignorance dans laquelle on est des usages de ce viscère, ignorance qui nous prive du secours que pourrait offrir le trouble de ses fonctions. Aussi n'est-ce que d'après la situation de la plaie dans l'hypochondre gauche, d'après la connaissance de la profondeur à laquelle l'instrument vulnérant a pénétré, et de la direction qu'il a suivie, que l'on peut soupçonner qu'elle a été atteinte. Si la blessure de la rate est un peu étendue, et si quelques uns des vaisseaux volumineux qui entrent

dans sa substance ou qui en partent ont été intéressés, il se formera nécessairement un épanchement de sang dans le péritoine, et cette circonstance ajoutera encore à la présomption, sans cependant la transformer en certitude. Les phénomènes consécutifs à la blessure de la rate sont ceux d'une inflammation obscure, quand elle se borne au viscère, d'une péritonite, quand l'inflammation s'étend à la membrane séreuse du ventre, ou enfin ceux d'un épanchement de sang.

Dans les deux premiers cas, le traitement est purement antiphlogistique; dans le dernier, il faut y ajouter celui qui convient aux épanchemens sanguins abdominaux.

Ces blessures de la rate sont du reste fort dangereuses, et beaucoup de praticiens très-recommandables ont pensé que sans la lésion des autres viscères, elles étaient toujours mortelles par elles-mêmes à cause de la grande quantité de sang qui s'épanche dans le ventre, et de l'impossibilité d'en suspendre l'écoulement. Quelques faits sembleraient, à la vérité, confirmer ce fâcheux pronostic; mais ils ne sont point assez nombreux pour qu'on puisse en tirer une conséquence générale.

### 3<sup>o</sup> Plaies des reins.

Les reins peuvent être intéressés par les armes piquantes, ou piquantes et tranchantes tout à la fois, soit par leur côté antérieur, soit par leur côté postérieur. Dans le dernier cas, l'arme, pour arriver jusqu'au rein, n'a besoin que de traverser les muscles de la région lombaire, et alors, les rapports du rein avec le péritoine sont tels, que cette membrane ne sera point intéressée. Dans le premier cas, au contraire, il faut nécessairement que le péritoine ait été ouvert. Les signes qui annoncent la blessure du rein sont, outre ceux que

l'on tire de la situation de la plaie extérieure, de sa profondeur et de sa direction, une douleur vive qui se propage dans toute l'étendue des voies urinaires, l'hématurie ou pissement de sang, la rétraction des testicules, enfin tous les symptômes de la néphrite. Lorsque cet organe a été atteint par sa face postérieure, outre les symptômes que nous venons d'indiquer, on voit quelquefois l'urine sortir par la plaie extérieure, et dans ce cas, si le rein n'a point été traversé de part en part, le blessé peut guérir ainsi qu'on a eu des exemples. Mais quand le péritoine a été intéressé, il se fait bientôt un épanchement d'urine dans la cavité abdominale, épanchement auquel succède une péritonite violente qui est promptement et inévitablement mortelle. Le traitement de cette blessure est purement antiphlogistique, et doit être très-énergique. Si, dans le cas de plaie à la région lombaire, on s'apercevait que l'urine eût de la peine à sortir par l'ouverture extérieure, il faudrait dilater celle-ci afin de prévenir des infiltrations urineuses dans le tissu cellulaire, et des inflammations de la nature la plus fâcheuse. Des fistules urinaires rénales sont quelquefois le résultat de ces plaies de la face postérieure du rein.

#### 4° Plaies du pancréas.

Les plaies du pancréas n'ont point de signes particuliers. On a annoncé que l'on pouvait reconnaître cette lésion à l'écoulement d'un liquide transparent par la plaie extérieure; mais la profondeur à laquelle l'organe est placé doit rendre cet écoulement impossible. D'ailleurs, une simple augmentation dans l'exhalation de la sérosité péritonéale suffirait pour faire croire à l'écoulement du suc pancréatique. On sent au reste que les

signes de l'inflammation de cet organe blessé doivent se perdre en quelque sorte dans ceux de l'inflammation du péritoine qu'il faut nécessairement traverser jusqu'à lui. Le traitement, du reste, serait celui des plaies pénétrantes de l'abdomen.

Il en est d'autres organes abdominaux blessés comme du pancréas, ils ne présentent point de signes particuliers; tel est, par exemple, le canal thoracique, qui, suivant quelques auteurs, laisse échapper quand il est ouvert hors du temps de la digestion une lymphe sans couleur, et fournit après le repas un fluide lactiforme qui s'écoule par la plaie des parois abdominales. C'est ici évidemment le résultat d'un raisonnement, et non point de l'observation, sur laquelle il convient seulement de fonder les signes des maladies. Telle est encore la lésion de l'épiploon et du mésentère. La lésion de ce dernier repli avait été regardée comme mortelle par quelques auteurs, entre autres par *Ruysch*. Elle est grave, sans doute, à cause du grand nombre de vaisseaux et de nerfs qu'elle contient, et dont la piqûre ou la section peuvent donner lieu à des accidens nerveux ou à des épanchemens sanguins abdominaux. Mais ces symptômes sont communs à la lésion des autres viscères, et ne sont point particuliers à celle du mésentère.

#### 5° Piqûres de la vessie.

Le vessie, profondément cachée derrière le pubis, semblerait, lorsqu'elle se trouve vide, devoir être plus que tous les autres organes abdominaux à l'abri des blessures. Cependant, même dans l'état de vacuité, elle peut être blessée par une arme piquante, ou piquante et tranchante tout à la fois, arme qui, pénétrant

au dessus du pubis, serait dirigée de haut en bas et d'avant en arrière. Elle peut être aussi intéressée par ces corps vulnérans appliqués au périnée, sur les côtés du raphé, et dirigés de bas en haut et d'arrière en avant. Cet organe a été aussi blessé quelquefois dans des chutes faites sur des corps aigus qui, après avoir pénétré dans l'anüs et divisé la paroi antérieure du rectum, avaient traversé son bas-fond. La vessie peut, dans ces cas, être traversée de son sommet à son bas-fond, ou de son bas-fond à son sommet, sans que le péritoine soit intéressé. Mais cette membrane est nécessairement intéressée toutes les fois que la blessure partant d'un des points que nous venons d'indiquer vient traverser la paroi postérieure du réservoir urinaire.

Quand la vessie est pleine, elle s'élève au dessus du pubis, et monte quelquefois jusqu'à l'ombilic; alors elle peut être ouverte par tous les corps vulnérans qui pénètrent d'avant en arrière dans la cavité abdominale, entre l'ombilic et le pubis. Si la paroi antérieure de l'organe a seule été atteinte, le péritoine est encore ordinairement intact. Sa cavité, au contraire, est nécessairement ouverte, quand la plaie compromet en même temps la paroi postérieure de la vessie.

Les symptômes de la lésion de la vessie sont l'existence d'une plaie à l'hypogastre, ou au périnée, dans une des directions que nous avons indiquées, une douleur vive dans tout le trajet des voies urinaires, douleur qui, chez l'homme, se propage jusqu'au gland, et est souvent accompagnée d'érections de la verge, et d'émission d'urines rares et sanguinolentes. A ces symptômes se joignent des accidens qui diffèrent suivant la disposition particulière de l'ouverture de la vessie, et de ses rapports avec la plaie extérieure. Lorsque le péritoine est intact, que le trajet

de la plaie est direct, et l'ouverture extérieure plus grande que l'ouverture intérieure, l'urine s'écoule librement au dehors, sans s'infiltrer dans le tissu cellulaire, et les blessés peuvent guérir comme ceux auxquels on a pratiqué l'opération de la taille sus ou sous-pubienne. Mais quand la plaie extérieure est fort petite et la plaie de la vessie très-grande, ou que le trajet qui conduit de l'une à l'autre n'est pas direct, alors l'urine s'infiltré dans le tissu cellulaire du bassin, du périnée, des aines ou des bourses, selon le lieu de la solution de continuité, et elle y détermine d'énormes abcès gangréneux qui détruisent le tissu cellulaire et quelquefois les tégumens, et compromettent toujours plus ou moins gravement la vie des malades; mais quand le péritoine est ouvert, un épanchement urineux dans la cavité abdominale se forme d'autant plus vite que la blessure de la vessie est plus grande, et que cet organe contient une plus grande quantité d'urine au moment de l'accident. Il ne sort alors que très-peu ou point d'urine par la plaie, et le malade ne tarde pas à succomber aux accidens d'une péritonite suraiguë.

Le traitement des plaies de la vessie consiste d'abord à prévenir l'infiltration ou l'épanchement de l'urine, en plaçant une sonde de gomme élastique à demeure dans la vessie. Cette sonde doit rester ouverte, afin que l'urine s'écoule à mesure qu'elle arrive dans la vessie. Lorsque la plaie extérieure est petite, et que la plaie de la vessie fournit beaucoup d'urine, il ne faut pas balancer à dilater la première, afin de procurer au liquide un écoulement facile. Enfin, lorsque, malgré tous ces soins, l'infiltration urineuse se forme dans le tissu cellulaire, il faut pratiquer de bonne heure, sur tous les points où le liquide se porte et produit de l'inflam-

mation, de profondes scarifications qui ouvrent à l'urine une large voie, car on sait combien est nuisible la présence de ce liquide irritant dans le tissu cellulaire.

6° *Plaies des gros vaisseaux artériels et veineux contenus dans l'abdomen.*

Les blessures de l'aorte, de la veine cave inférieure, de la veine porte, et des autres grosses artères ou veines qui se trouvent dans l'abdomen, sont caractérisées par des signes propres aux hémorrhagies abondantes. (Voyez *Hémorrhagie*.) Si l'ouverture des vaisseaux n'est point assez large pour causer la mort à l'instant même, le blessé devient très-faible, son visage est décoloré, son pouls est intermittent, son ventre se tuméfié, sans cesser d'être mou; il éprouve de l'anxiété, des syncopes, il change continuellement de position, il a des sueurs froides, il est pris de convulsions et il meurt. Quelquefois, néanmoins, lorsque c'est une veine qui est blessée, et que l'ouverture est étroite, il peut se faire que le malade se soutienne quelque temps, et même qu'il guérisse, surtout si on emploie dès les premiers temps les moyens propres à modérer ou à arrêter l'hémorrhagie intérieure. Quant à la lésion des autres vaisseaux moins considérables, elle n'a point de symptômes particuliers. Ce n'est qu'à l'époque où il s'est formé un épanchement de sang dans la cavité abdominale, que l'on peut soupçonner ou reconnaître cette complication. (Voyez plus bas *Épanchemens sanguins abdominaux*.)

7° *Plaies de l'utérus par armes piquantes.*

L'état dans lequel se trouve la matrice influe beaucoup sur la facilité avec laquelle cet organe peut être atteint par les corps vulnérans extérieurs, ou se soustraire à leur action. Quand il est rempli par le produit de la conception, ou dilaté par la présence de quelque produit morbide, il est facilement compromis dans les blessures qui traversent la partie inférieure de la paroi antérieure de l'abdomen. Mais quand il est vide, il est beaucoup plus difficile à atteindre.

Les signes qui annoncent la lésion de l'utérus sont la situation de la plaie extérieure, la direction qu'a suivie l'arme vulnérante, une douleur vive à l'hypogastre, douleur qui se propage aux lombes, aux aines, à la vulve, aux cuisses, aux hanches, et qui est accompagnée d'un écoulement sanguin par la vulve, de dysurie, de ténésme, etc., etc.; ces symptômes sont bientôt suivis des accidens de la métrite, et très-souvent de ceux de la péritonite.

Quand la femme est enceinte, l'avortement est un des effets premiers de la blessure de la matrice. Cette affection est fort grave et doit être traitée avec beaucoup d'énergie. Le traitement est celui de la métrite: il en est de même du traitement de la contusion de l'utérus, dont nous avons omis de parler plus haut, et qui, dans le cas de grossesse, peut aller assez loin pour produire quelquefois la rupture et l'écrasement de cet organe.

8° *Plaies de l'estomac par armes piquantes.*

Il est difficile de fixer d'une manière certaine les limites hors desquelles une arme piquante qui pénètre