

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle était dans un état d'ivresse qui aggravait encore sa situation. Elle était pâle et presque sans pouls, quoiqu'elle n'eût perdu qu'une palette de sang environ. Elle vomit bientôt des liquides alcooliques sans mélange de sang et se plaignit de coliques qui ne furent suivies d'aucune évacuation par l'anus. Cependant l'abdomen est légèrement tendu, douloureux, surtout aux environs de la plaie, qui est située environ à deux pouces en dehors de l'ombilic du côté droit; sa longueur est d'environ un pouce, et sa direction à peu près transversale; aucun viscère ne tend à s'échapper par cette plaie, qui ne fournit pas de sang en dehors. On réunit les bords de la plaie et on les maintient affrontés au moyen d'un morceau de diachilum en forme de croix de Malte. Vu la petitesse du pouls et l'état d'ivresse dans lequel se trouvait cette femme, il ne fut pratiqué d'abord aucune saignée. On s'abstint aussi des lavemens, afin de ne pas exciter les selles, qui auraient pu donner lieu à la sortie de quelque viscère par la plaie. Le lendemain, 18 avril, les effets de l'ivresse étaient disparus, le pouls s'était relevé, le ventre médiocrement tendu présentait un peu de dureté aux environs de la plaie.

Le 19, une péritonite partielle s'était développée aux environs de la solution de continuité; le pouls était fréquent et assez fort.

Le 20, la dureté sentie derrière les parois de l'abdomen persistait toujours, mais l'application des sangsues fit disparaître la sensibilité. Cependant, au bout de huit jours, le ventre avait à peu près repris son indolence et sa souplesse; la plaie paraissait cicatrisée; mais au dessous se faisait toujours sentir une sorte de tumeur dure et circonscrite. Le neuvième jour, la cicatrice s'étant

ouverte spontanément, il s'en échappa trois ou quatre cuillerées d'un sang brunâtre et altéré dans sa composition. La dureté diminua d'une manière très-sensible, de telle sorte qu'elle était entièrement disparue quelques jours après cette évacuation. La malade fut depuis de mieux en mieux. Toutes les fonctions se remplissaient avec régularité, et il y avait déjà quelques jours qu'elle se promenait, lorsqu'elle demanda à sortir, ce qui lui fut accordé un mois après son entrée (1).

L'épanchement sanguin s'opère avec une rapidité variable. Si l'hémorrhagie est considérable et rapide, le malade éprouve tous les symptômes généraux qui accompagnent les grandes pertes de sang. Il s'y joint souvent une tuméfaction subite et molle du ventre, qui, avec les symptômes généraux de l'hémorrhagie, concourt à le faire reconnaître. Dans les autres circonstances bien plus fréquentes où le sang s'épanche avec lenteur, ce n'est qu'au bout d'un certain nombre de jours qu'on peut le savoir. Sa présence ne détermine dans les premiers temps aucun accident particulier: d'abord parce qu'il n'y a qu'une petite quantité de liquide, et ensuite parce que sa nature n'a rien d'irritant, dans les premiers temps au moins, et les symptômes qu'on observe dépendent de l'inflammation dont la blessure est accompagnée. Ces premiers accidens disparaissent en général au bout de quelques jours; le sang fourni ainsi avec lenteur s'accumule ordinairement autour du vaisseau blessé, et il se répand rarement entre les circonvolutions intestinales, et forme presque toujours un seul foyer, à moins qu'il n'y ait plusieurs vaisseaux ouverts et assez éloignés les uns des autres pour

(1) Par les Rédacteurs.

former des épanchemens particuliers. Mais souvent aussi, ces épanchemens se rassemblent vers la partie inférieure et latérale du ventre ou dans la cavité du petit bassin. Le sang ainsi réuni se coagule et contracte des adhérences avec les parties voisines dont les fonctions sont alors plus ou moins gênées ou troublées. C'est au bout de cinq ou six jours que se manifestent les signes de l'épanchement, après que les accidens de la blessure ont été adoucis ou calmés. Ces signes varient suivant l'endroit où se trouve le foyer. Tantôt c'est à l'hypogastre, mais très-souvent aussi c'est au côté sur lequel le blessé est tenu couché. Dans certaines circonstances, c'est entre le foie et le colon, ou bien entre l'intestin et l'estomac, que se manifeste une tumeur plus ou moins volumineuse, accompagnée de tension dans le reste du ventre et de douleur, de constipation, de vomissemens et de besoins fréquens d'uriner, quand c'est l'intestin, l'estomac, la vessie que se trouvent comprimés, de la fièvre avec des frissons irréguliers, etc., etc.; tels sont les signes qui annoncent l'épanchement d'une quantité de sang assez considérable dans le ventre, et dont on ne peut guère espérer la résorption. Cette résorption ne se fait que lorsque l'épanchement est très-peu considérable. On voit quelquefois, ainsi que nous l'avons dit, le foyer sanguin s'ouvrir dans l'intestin, s'échapper par l'anus et le malade guérir; mais ces cas sont fort rares. Le liquide sanguin finit par agir à la manière d'un corps étranger, et provoque l'inflammation des parois du foyer dans lequel il est contenu, inflammation qui se propage aux organes voisins du péritoine, et finit par faire succomber le malade.

Il faut donc donner issue à ce sang épanché aussitôt qu'on a reconnu sa présence. On attend cependant pour faire cette opération que les symptômes indiquent que

le vaisseau divisé ne fournit plus de sang. Dans le cas contraire il faudrait la retarder jusqu'à ce qu'on eût acquis la certitude qu'il ne coule plus. Alors on fait dans le point le plus saillant des parois de l'abdomen une incision. Cette incision est faite avec toutes les précautions nécessaires pour prévenir l'hémorrhagie et les hernies consécutives. Le péritoine ouvert, et le liquide étant évacué, on favorise sa sortie continue à l'aide d'une bandelette de linge mince et effilé sur ses bords, qui prévient le recollement des bords de la plaie. On achève ensuite le pansement avec de la charpie, des compresses et un bandage de corps. Quelquefois, après avoir ouvert le péritoine, le sang ne sort pas, et un intestin se présente. Il faut, dans ce cas, le repousser doucement dans la plaie, avec précaution et rompre les adhérences, afin d'établir une route entre le foyer et la plaie extérieure. On donne au blessé une position favorable à l'écoulement du liquide; on fait de douces pressions sur l'abdomen. On peut même avoir recours à des injections émollientes et adoucissantes pour délayer le sang et favoriser sa sortie du foyer où il se trouve. On laisse pendant un certain temps la bandelette de linge dans la plaie, afin que la cicatrisation marche de l'intérieur vers l'extérieur.

E. — *Des plaies du bassin par des armes à feu.*

Les blessures par armes à feu des parties molles et des parties osseuses du bassin sont extrêmement communes dans les combats d'armée comme dans les duels, cette partie du corps étant une de celles que l'on vise le plus pour être plus certain d'atteindre son ennemi. Il n'est donc point étonnant que, dans les journées de juillet, nous ayons eu à observer un bon nombre de ces blessures.

Les parties molles du bassin, les parties dures de cette cavité, enfin les organes qui y sont suspendus, c'est-à-dire les organes génitaux, peuvent être isolément ou simultanément affectés. Nous devons donc traiter de chacune de ces blessures.

A moins de toucher obliquement le bassin, un boulet de canon, en frappant cette cavité, déterminerait la mort immédiatement par l'épouvantable désordre qu'il y produirait. Mais il se peut qu'en frappant très-obliquement, le danger ne soit point aussi grand. Néanmoins, il produit encore d'énormes contusions, et des fractures comminutives des os coxaux. Les muscles sont réduits en bouillie, et cela quelquefois sans lésion de la peau, et la mort arrive, dans ces cas, bien avant l'époque de l'inflammation. Quand la contusion est moins profonde, les malades peuvent échapper après avoir éprouvé des accidens inflammatoires plus ou moins graves, des abcès, des fistules, etc., etc. Ils guérissent encore bien plus sûrement, quand les contusions sont légères et les fractures simples. En 1814, j'ai vu un militaire qui avait eu une portion de l'os coxal et du sacrum enlevée par un boulet qui l'avait obliquement frappé. Ce malade guérit cependant de cette affreuse mutilation, mais avec une cicatrice difforme et une grande gêne dans les mouvemens.

Le biscaien doit produire des désordres à peu près semblables, quoique moins graves. Cependant, quand ils bornent leur action aux parties molles extérieures, ces plaies même fort étendues sont souvent curables. Quand les fractures sont simples, il y a encore possibilité de guérir.

Les balles produisent aux parties molles du bassin des plaies en gouttière et des plaies en canal. Ces plaies

n'exigent pas un traitement différent de celui que nous avons tracé dans nos généralités.

Les balles se perdent quelquefois dans les parties molles extérieures du bassin, et ne peuvent jamais être retrouvées. Le chirurgien ne doit point s'obstiner à les retrouver quand elles ne déterminent point d'accidens graves.

Le bassin semblerait, par ses inégalités, par ses aspérités, peu disposé à se laisser contourner par les balles qui le frappent obliquement, ainsi que cela se remarque au crâne, à la poitrine, et même à l'abdomen. L'observation prouve le contraire, et nous avons eu dans les combats de juillet l'occasion d'observer quelques exemples de ces coups heureux pour les malades.

Un jeune homme admis à la maison de convalescence de Saint-Cloud reçut au côté droit de la hanche un coup de fusil qui sortit au côté diamétralement opposé. Il avait contourné le bassin à travers les parties molles dans sa moitié postérieure. On pouvait sentir à travers l'épaisseur des parties molles le trajet du canal qui avait été fait par la balle. Un autre individu, également admis à la maison de convalescence de Saint-Cloud, avait reçu une balle à la hanche gauche, balle qui, après avoir contourné la partie antérieure du bassin était sortie à la partie antérieure, supérieure et externe de la cuisse. Dans ces deux cas, les os n'avaient point du tout été altérés. Ces blessures des parties molles ne réclament point d'indication particulière.

Les blessures des os du bassin faites par des balles, lors même qu'elles ne sont point graves, sont au moins fort longues à guérir. Les parties d'os nécrosées, et surtout celles qui sont poussées dans le bassin, entretiennent pendant un temps extrêmement long des fistules. Un

grand nombre de blessés des journées de juillet conservaient encore quatre mois après des fistules fournissant une suppuration abondante. La forme aplatie des portions nécrosées des os du bassin rend leur élimination longue et leur sortie difficile à travers les ouvertures fistuleuses.

La blessure de la crête de l'os des îles est en général peu grave, et guérit facilement. Celle qui est située dans les environs du grand trochanter est au contraire très-difficile à guérir. Les balles s'y perdent souvent, et les portions nécrosées ont beaucoup de peine à sortir. Il résulte souvent de ces blessures des fistules intarissables pendant toute la vie des blessés.

Quand les balles ont pénétré par ces points dans la cavité du bassin, et qu'elles s'y sont perdues, il n'y a rien à faire, aucune recherche à tenter, et on doit se borner aux ressources générales. Cependant si une balle, après avoir percé l'os des îles, n'était pas allée trop loin dans le bassin, qu'elle se fût fixée dans le tissu cellulaire du péritoine, ou dans les muscles psoas et iliaque, et qu'il fût possible de la reconnaître avec le doigt ou la sonde, on pourrait chercher à l'extraire; il faudrait alors augmenter l'ouverture par quelqu'un des moyens ci-devant énoncés, et même trépaner l'os, si le siège de la balle ne correspondait point à cette ouverture (1).

(1) Les os du bassin présentent une très-grande épaisseur, et contiennent surtout beaucoup de tissu spongieux, et souvent les balles y causent des gouttières ou des canaux d'une très-grande longueur. En avril 1834, nous avons observé dans le service de M. Sanson, à l'Hôtel-Dieu, sur le cadavre d'un des insurgés, un canal pratiqué par une balle dans l'épaisseur de l'os coxal, canal qui commençait près de l'épine postérieure et supérieure du bassin, et finissait au milieu de la fosse iliaque interne. La balle n'était point ou très-peu déformée.

(Note des Rédacteurs.)

Les blessures de la partie inférieure du bassin présentent quelquefois des particularités assez remarquables. Les balles atteignent souvent la tubérosité ischiatique, la brisent, et entretiennent là de longues fistules jusqu'à ce que tous les fragmens nécrosés soient sortis. D'autres fois elles séparent complètement la tubérosité ischiatique du reste du bassin. Tel était le cas d'un individu âgé d'environ quarante ans, reçu à l'Hôtel-Dieu dans les journées de juillet. Il avait reçu un coup de feu à la partie interne et supérieure de la cuisse; la balle sortit près de la tubérosité ischiatique. Une inflammation violente qui se manifesta, et fut suivie d'une abondante suppuration, masqua d'abord le véritable état des choses. Un affaiblissement considérable eut lieu dans les forces du malade; mais soutenu par de bons toniques, et en particulier par le vin de Bordeaux, il ne succomba pas. Le gonflement étant diminué, on put remarquer que la tubérosité de l'ischion était tout-à-fait séparée et tirée en bas par les muscles qui s'y insèrent. Actuellement (quatre mois après la blessure reçue), une suppuration assez abondante a encore lieu aux environs de la tubérosité ischiatique. Néanmoins celle-ci commence à se consolider.

Le pubis peut être fracturé par un projectile lancé par la poudre à canon. Lorsque la vessie n'est point affectée, le cas est beaucoup moins grave et la guérison possible. Cette lésion ne présente point d'indication différente de celles des plaies par armes à feu en général.

La lésion de la branche horizontale du pubis par les coups de feu n'est grave qu'à cause de celle des vaisseaux et nerfs cruraux qui reposent sur elle (1).

(1) Les blessures de la branche horizontale du pubis sont très-communément suivies de la perte de la balle dans l'intérieur de la cavité pelvienne

Quant à celle de la branche descendante, elle ne présente de gravité que par sa complication avec celle de gros vaisseaux, nerfs ou organes voisins, et particulièrement des organes génitaux.

F. — *Plaies du rachis par armes à feu.*

Il n'est aucune partie du corps dans laquelle les projectiles lancés par la poudre à canon, et les balles en particulier, s'égarer plus facilement et soient plus difficiles à extraire que dans la partie postérieure de la colonne vertébrale. Les nombreuses saillies osseuses qui se rencontrent là, les plans divers et inclinés formés par les muscles, les tendons et les aponévroses qu'on y trouve réfléchissent les balles dans mille directions variées. Parmi les blessés des combats de juillet, il y en a beaucoup qui ont reçu des balles dans la partie postérieure du cou, au dos et aux lombes, et chez lesquels il a été tout-à-fait impossible de les extraire, et même de les trouver, à cause des déviations considérables qu'elles ont éprouvées, des enclavemens, etc.

Si une balle logée dans la région vertébrale y était arrivée par un trajet assez direct, nul doute qu'on ne pût reconnaître sa présence et l'extraire facilement avec les pinces ou le tire-balle, après avoir fait les incisions nécessaires. On pourrait, si elle était enclavée entre les os, l'extraire avec des leviers, et surtout avec le tire-fond. Il est inutile de dire qu'il faut enlever aussi avec elle tous les autres corps étrangers, tels que les esquilles, les portions de vêtemens, etc.

où il n'est pas permis d'aller à leur recherche. Elles y restent souvent sans déterminer aucune espèce d'accident; d'autres fois elles entretiennent des fistules intarissables. Ces blessures sont souvent suivies de l'entrée dans la vessie de la balle ou d'esquilles osseuses complètement détachées du pubis.

(Note des Rédacteurs).

Les plaies du rachis par des armes à feu, outre les accidens inflammatoires qui leur sont communs avec toutes les autres plaies par armes à feu dans lesquelles les os sont fracassés, produisent des paralysies subites des parties situées au dessous de la blessure et particulièrement de la vessie et du rectum. Quand la moelle épinière a été atteinte, c'est seulement de la lésion de cet organe, ou des nerfs qui en partent, que les blessures de cette région tirent leur gravité. On ne doit rien négliger pour faire l'extraction de ces balles, quand elle est possible et qu'elle n'est point dangereuse, car c'est le seul moyen de faire disparaître la paralysie des membres, de la vessie et du rectum. *Vigarous* avait même, dans ce but, proposé d'appliquer une couronne de trépan sur le corps d'une vertèbre fracturée, pour relever des esquilles qui piqueraient la moelle épinière, et vider un épanchement qui se serait fait autour de cet organe.

Il est difficile de tracer des règles fixes à ce sujet. C'est au chirurgien, dans de pareilles occurrences, à choisir celui qui convient le mieux à ses vues, et à suppléer aux règles que l'art ne saurait prescrire sur tant de cas imprévus que fournit journellement la pratique.

Lorsqu'un projectile lancé par la poudre à canon a traversé le corps des vertèbres par sa partie antérieure, et qu'il a déterminé une paralysie, par suite d'une commotion, ou compression, ou contusion de la moelle épinière, le chirurgien n'a d'autre chose à faire que de condamner le blessé au repos le plus absolu au lit, à recourir aux moyens généraux, et à abandonner le blessé aux ressources de la nature, qui, dans certains cas, guérit seule des fractures de la colonne vertébrale, avec lésion plus ou moins profonde de la moelle spinale.

Quelquefois, et même très-souvent, les balles se per-

dent au milieu des parties molles, ou s'enclavent au milieu des os, sans qu'il soit possible de les retrouver. Il faut alors les abandonner. Il est digne de remarque que, parmi les blessés de juillet, il y en a un assez grand nombre chez lesquels on n'a pu retrouver des balles ainsi égarées, et qui n'en éprouvent aucune incommodité.

Très-communément les plaies de cette sorte ne se cicatrisent jamais complètement, et il demeure aux individus une fistule qui dure toute leur vie, ou ne cesse que lorsque les corps étrangers, esquilles, balles, etc., etc., sont expulsés.

Voici une observation de lésion du rachis qui a été observée dans les combats de juillet, à l'Hôtel-Dieu de Paris, et qui s'est terminée d'une manière assez heureuse.

OBSERVATION.

Le nommé Louis Lassaigne est atteint, dans la journée du mercredi 29, en combattant au Louvre, d'une balle, qui pénètre dans la région des lombes, près des apophyses épineuses, au niveau de la dernière vertèbre lombaire. Aussitôt il tombe la face contre terre, et bientôt se relève seul, et marche encore depuis le Louvre jusqu'à la rue Saint-Honoré. Là ses forces l'abandonnent. Porté à une ambulance il y reçoit les premiers secours. La balle est extraite, elle n'avait pénétré qu'à un pouce et demi de profondeur. Le jour même il est transféré à l'Hôtel-Dieu. Au rapport du malade une grande quantité de sang s'écoula par la plaie au moment de la blessure. Pansement simple, deux saignées; le blessé, dès les premiers jours qui ont suivi la blessure, n'a jamais accusé de douleur dans l'abdomen, point de météorisme ni de vomissemens, mais il avait des douleurs lancinantes qui, parties du niveau des échancrures

sciatiques, se propageaient tout le long des extrémités inférieures jusqu'à la maléole externe. Elles persistent pendant les huit premiers jours de son séjour à l'Hôtel-Dieu, augmentant pendant la nuit et quand l'atmosphère se chargeait d'humidité; elles cédèrent à des frictions faites avec le baume tranquille pendant trois ou quatre jours. La sensibilité et la myotilité des extrémités inférieures n'ont reçu aucune atteinte; mais il n'en est pas de même de celles de la vessie et du rectum. Dès l'instant de sa blessure le malade a perdu la faculté d'uriner volontairement. On fut obligé de le sonder d'abord plusieurs fois le jour; depuis on lui mit une sonde à demeure. Cependant la paralysie se borne à la faculté contractile. Il sent comme avant sa blessure le besoin d'uriner, et s'efforce d'y parvenir en contractant les muscles abdominaux; quand la vessie est fortement distendue, il urine par regorgement. Le rectum participe à cette inertie; mais c'est une simple paresse plutôt qu'une paralysie. Les vingt-six premiers jours qui suivirent son entrée, il n'alla pas une seule fois à la selle malgré l'usage de plusieurs lavemens. Il n'éprouvait du reste aucun besoin de rendre les matières fécales; depuis, la contractilité de l'intestin s'est un peu réveillée, il rend ses matières tous les trois jours environ, mais sans le sentir. Vient-il à marcher, à faire quelque effort violent, elles s'échappent à son insu. Du reste, les lombes, l'abdomen, les parties génitales ont conservé leur sensibilité habituelle; la digestion s'accomplit librement, et la lésion porte uniquement sur l'innervation qui préside aux fonctions du rectum et de la vessie (1).

L'anatomie rend assez facilement compte de ces phénomènes. La vessie reçoit, comme on sait, les nerfs du

(1) Par les rédacteurs, observation rédigée au commencement de septembre 1830.

plexus formé par la partie inférieure des grands sympathiques, et les dernières paires sacrées; le plexus hypogastrique lui en envoie encore, la vessie reçoit les siens des mêmes sources, du trisplanchnique, et des plexus sacrés et hypogastrique. Bien que la balle ait pénétré un peu trop haut pour aller léser ces plexus, que la faible profondeur à laquelle on a pénétré pour l'extraire indique assez qu'elle ne s'est pas enfoncée jusque dans le petit bassin, on conçoit cependant que cette balle en atteignant une ou plusieurs branches du plexus lombaire, a pu faire ressentir ses effets à la vessie, au rectum, à la faveur des anastomoses nombreuses qui font communiquer entre eux les plexus lombaire, sacré et hypogastrique.

G. — *Des écrasemens du ventre et du bassin.*

Les écrasemens du ventre sont peut-être plus communs encore que ceux de la poitrine; mais ils offrent ceci de remarquable que, comme les parois de cette cavité sont formés de parties susceptibles de céder, c'est moins sur elles que sur les viscères qui y sont contenus que se portent les efforts de l'écrasement. C'est ordinairement sur le foie, la rate, les intestins, la vessie, etc., etc., qu'ils ont lieu.

Le foie par son volume et sa texture friable y est plus exposé que les autres. La rate y serait encore plus sujette à cause de sa texture et de son peu de consistance, mais l'exiguïté de son volume et l'abri qu'elle trouve derrière les côtes la préservent souvent. Cependant si une maladie quelconque vient accroître son volume, elle est autant que le foie exposée à l'action des violences extérieures.

Les reins sont moins exposés encore aux écrasemens

que les viscères précédens; leur situation profonde, leur petitesse et leur texture les en préservent beaucoup.

Viennent enfin les intestins, l'estomac et la vessie, dont les ruptures sont si communes par suite de pressions violentes exercées sur l'abdomen. Mais nous n'avons pas besoin de revenir sur ce que nous avons déjà dit sur ce sujet.

Les gros vaisseaux contenus dans la poitrine ou l'abdomen, tels que l'aorte, les veines caves, etc., etc., peuvent malgré leur situation profonde être, comme les viscères qui y sont aussi renfermés, atteints dans ces écrasemens. Ces lésions, soit des grosses artères, soit des grosses veines, sont bien plus fréquentes quand ces vaisseaux offrent ou des ossifications ou des dilatations. Cette dernière circonstance doit être prise en grande considération lorsque, en médecine légale, il s'agit d'apprécier les effets de violences extérieures et de faire la part qu'elles peuvent avoir eue dans la mort des sujets.

Les écrasemens du bassin sont aussi très-communs; mais ses parois, au lieu d'être formées comme celles de la poitrine de parties flexibles qui résistent ordinairement en cédant, sont solides et ne peuvent résister que par leur épaisseur et leur densité. Si la force qui agit sur les parois du bassin n'est point au dessus de leur résistance, il n'y a de lésion qu'aux parties molles, à la peau et aux muscles; mais si cette force est au dessus de la résistance des os, il en résulte des fractures plus ou moins multipliées. Si cette force s'arrête alors, les organes du bassin peuvent être intacts; mais si elle n'est pas épuisée, ces organes peuvent être plus ou moins gravement intéressés par les nombreux fragmens déplacés vers eux par suite de l'enfoncement des os des îles, du corps du pubis et de ses branches. De là résultent des dé-

chirures de la vessie, du rectum, des épanchemens de sang, d'urine, de matières stercorales, des abcès urinaires et stercoraux qui se terminent presque toujours par gangrène et entraînent la mort. Dans quelques cas de solution de continuité survenue aux os et aux parties molles, on observe une rupture des ligamens des articulations, d'où résultent des mobilités contre nature, qui, lorsque le malade échappe, ne cèdent plus ou moins complètement qu'au temps et aux bandages contentifs. La station et la marche sont empêchées jusqu'au rétablissement, ce qui résulte soit du défaut de base solide au bassin ou au rachis, soit du nouvel état vicieux de conformation apporté par la maladie dans ces parties. Quant au traitement de ces lésions du ventre et du bassin, nous renvoyons à ce que nous avons dit à l'occasion des contusions des organes contenus dans le ventre. Il ne présente aucune différence.

CHAPITRE VI.

BLESSURES DES ORGANES GÉNITAUX.

1. *Piqûres du scrotum.*

Les piqûres de la peau du scrotum ne présentent rien de particulier sous le rapport des phénomènes et du traitement. Seulement le grand nombre de nerfs qui se trouvent dans cette partie rendent ces piqûres fort douloureuses, et la laxité du tissu cellulaire rend très-faciles les infiltrations sanguines. Les applications calmantes et résolatives doivent surtout être employées dans ce genre de lésion.

2° *Plaies du scrotum par armes tranchantes.*

Il en est de même des plaies du scrotum produites par des armes tranchantes. Elles ne présentent absolument rien de spécial dans leurs phénomènes et leur traitement. Elles se cicatrisent généralement avec une grande rapidité.

3. *Plaies du scrotum par armes contondantes. Contusions du scrotum.*

La texture lâche du tissu cellulaire du scrotum l'expose, comme celui des paupières, à devenir le siège d'infiltrations sanguines très-considérables à l'occasion des contusions d'une intensité médiocre. Quelquefois aussi les vaisseaux de la tunique vaginale sont divisés, et l'extravasation du sang se fait même dans la cavité de cette tunique. La tumeur prend alors tous les caractères de l'épanchement; elle constitue une des variétés de la