

éliminées. C'est alors que se décide l'avenir du malade. Si le canal de la plaie a eu le temps de se recouvrir de granulations, les eschares sont entraînées par le pus et l'urine qui coule à nouveau par la plaie, et cette dernière guérit; la température s'abaisse, le malade se sent mieux. Si au contraire les eschares s'éliminent sans que le canal de la plaie ait eu le temps de granuler, l'infiltration d'urine s'étend, la température reste élevée, et le malade, qui présente les signes de l'infiltration du tissu cellulaire pelvien, succombe à la septicémie.

Lorsque les dangers de l'infiltration d'urine sont passés, il est de la plus haute importance de savoir si la plaie guérira vite ou non. S'il existe une grave complication — ouverture de l'articulation de la hanche, broiements osseux étendus — on voit partir de ces points des suppurations étendues qui épuisent lentement le malade. Si ces complications n'existent pas, la plaie granuleuse se rétrécit le plus souvent avec une extrême rapidité et l'urine s'écoule bientôt par sa voie normale.

Quand le projectile a fait deux plaies, il peut arriver que l'une guérisse très rapidement pendant que l'autre reste fistuleuse. Il est singulier que lorsqu'il existe deux orifices, l'un postérieur, l'autre antérieur, c'est ce dernier qui reste généralement fistuleux; ainsi que Bartels le fait observer, cela tient sans doute à ce que, la vessie étant plus rapprochée de la paroi antérieure que de la postérieure, l'urine coule plus facilement par le trajet antérieur que par le postérieur, ce qui favorise la cicatrisation de ce dernier. Il est évident que l'on rencontre toute espèce de fistules, et que l'orifice externe peut siéger au niveau de l'abdomen, de l'aîne, du scrotum, du périnée, du fondement, de la cuisse, etc. Certaines fistules se prolongent pendant des années, présentant des alternatives de guérison apparente, avec des réouvertures.

Un autre genre de maladie consécutive aux plaies par armes à feu dans la vessie consiste dans la rétention d'un corps étranger (projectile, morceau d'équipement, esquille osseuse) dans la vessie qui devient le siège d'une incrustation plus ou moins complète. Pour en faire connaître la fréquence, il suffira de rappeler que dans 37 cas, on fut obligé de faire une taille ultérieure pour extraire le corps étranger.

Voici quelques exemples: Un capitaine reçoit une balle de fusil dans l'aîne gauche immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, et cette balle reste cachée sous la peau de la fesse droite. De la plaie s'écoulent du sang et de l'urine en grande quantité. La balle est extraite immédiatement. Le ventre se ballonne, et est douloureux spontanément et à la pression. Le malade est très abattu, et le pouls défaillant. Au bout de six jours on extrait de l'urèthre une esquille osseuse longue d'un pouce; plus tard le malade élimine spontanément une nouvelle esquille par l'urèthre et par la plaie antérieure. Un abcès formé au niveau de la plaie posté-

rieure élimine un morceau de laine. Sept semaines plus tard, les deux plaies donnent issue à du pus et à de l'urine. La plaie postérieure se ferme au bout de deux mois, l'antérieure au bout de trois mois (Guthrie).

Un soldat âgé de 27 ans, reçoit une balle pointue qui traverse son bidon, son aîne gauche, l'os pubis gauche, et pénètre dans la vessie. La balle est sous la peau de la cuisse droite. La plaie donne issue à une forte hémorragie et à de l'urine. Pendant 8 jours, le malade ne rend pas d'urine par l'urèthre. Pendant 4 semaines on lui met une sonde à demeure. Au moment où on retire cette sonde, on voit sortir par l'urèthre un lambeau d'uniforme roulé et incrusté, plus tard un petit morceau d'os, enfin on retire avec une pince une pierre de l'urèthre. La plaie guérit. Plus tard le malade présente des signes d'un corps étranger. Un peu plus de 3 mois après on fait la taille. Le noyau de la pierre est un lambeau de laine. Guérison. Neuf ans plus tard, ce malade a une cystite chronique et des symptômes de corps étranger de la vessie (Otis).

Un homme de 46 ans reçoit une balle qui pénètre à 2 pouces au-dessus de l'os pubis, à 1 pouce de la ligne blanche, traverse la vessie, et se loge sous la peau de la fesse gauche à un pouce au-dessus de l'échancrure sciatique. Le canal de la plaie, qui admet le doigt en avant, donne issue à de l'urine, de sorte que le malade est continuellement mouillé. Envies d'uriner sans aucun résultat. L'abdomen n'est pas gonflé. La balle est extraite séance tenante, et cette dernière plaie guérit au bout d'une semaine sans avoir donné issue à de l'urine. La malade a toujours des envies d'uriner, mais n'élimine pas une goutte d'urine par l'urèthre; de temps en temps une urine sanglante sort de la plaie antérieure. Aucune sonde ne fut introduite; on tourna le malade du côté gauche, ce qui favorisa l'écoulement de l'urine. Le 9<sup>e</sup> jour, l'urine s'écoula par l'urèthre. La plaie antérieure guérit le 22<sup>e</sup> jour. Après 18 mois le malade fut revu complètement guéri (van Buren).

Un soldat reçoit une balle de fusil qui entre à la racine de la cuisse gauche, deux pouces au-dessous et en dehors du pli de l'aîne; elle ressort au-dessus du trochanter droit. Le malade ressent immédiatement une forte douleur dans la région vésicale et est dans l'impossibilité d'éliminer son urine. On constate une fracture de l'ischion. Sonde à demeure. De la plaie postérieure s'écoulent du pus et de l'urine décomposée; le débridement de cette plaie n'augmente pas l'écoulement. La fièvre est élevée, le malade est constipé et s'amaigrit. Quand on presse sur l'abdomen, il sort une quantité d'urine supérieure à celle qu'une vessie peut contenir; il devait donc s'être fait une poche urineuse. Eschares de décubitus; il s'établit une infiltration d'urine à la racine de la cuisse. Au bout de 4 semaines on voit à droite de la vessie une tumeur qui se vide. Le malade succomba à une infiltration pelvienne. Autopsie: les anses intestinales sont agglutinées, le péritoine couleur fumier, au-dessous de lui se trouve un réservoir sanieux, qui entoure la vessie. La vessie rétractée présente une perte de substance du diamètre d'une noix. Les muscles du bassin sont mis à nu, entourés d'un liquide sanieux; les cartilages de l'articulation de la hanche sont détruits. La balle était entrée par le trou ovale et sortie par la vessie et le bord inférieur de la cavité cotyloïde (Beck).

Un officier est atteint d'une balle qui pénètre dans les bourses, longe le bord inférieur du pubis et pénètre dans la vessie après avoir blessé l'urèthre. Le projectile sort par la fesse gauche, à un pouce de l'anus. Le cordon et le rectum sont traversés. Lavements et sonde à demeure. Infiltration d'urine du scrotum, gangrène du testicule droit. Extirpation de ce dernier, incisions des parties infiltrées. Après avoir manifesté des symptômes généraux inquiétants, le malade se remonte.



La plaie scrotale guérit la première ; la plaie postérieure laisse passer pendant quelque temps des matières fécales et reste longtemps fistuleuse. Le malade est presque continuellement tourmenté par une diarrhée urineuse ; de temps à autre il élimine au prix de grandes douleurs des esquilles osseuses par l'urèthre. Guérison au bout de deux mois (Larrey).

Un soldat reçoit un coup de feu dans le flanc gauche ; la fausse côte a été sectionnée circulairement par la balle ; le trajet de la balle est de là oblique en bas et en avant, derrière le pubis puis il atteint l'urèthre. Il n'y a pas d'orifice de sortie. La balle n'a pu être retrouvée, et la plaie guérit après quelques symptômes inquiétants. Le malade continue son service pendant deux ans, puis on voit survenir une tumeur inflammatoire en arrière de la branche horizontale du pubis. Au bout de quelques semaines, il a la sensation d'une déchirure dans le bas-ventre ; la tumeur disparaît, il survient de violentes envies d'uriner, et immédiatement après il sort une grande quantité de pus et de sang par l'urèthre. Puis le malade présente les symptômes d'un corps étranger. Par une cystotomie, on retire une esquille osseuse incrustée et un fragment d'obus lourd de 4 onces 1/2. Il est probable que ces objets étaient restés en avant de la vessie, et y avaient pénétré au moment où l'abcès s'était ouvert dans cet organe (Souberbielle).

Un soldat est frappé d'un coup de feu, le projectile pénètre au-dessus du pubis près de la symphyse ; il n'y a pas d'orifice de sortie. L'urine sort de la plaie, et en sondant le malade, on reconnaît la présence d'un corps étranger dans la vessie. On élargit immédiatement la plaie en faisant la taille hypogastrique, et on en retire une balle et une esquille osseuse (provenant du pubis frappé par la balle). La plaie se cicatrises petit à petit (Baudens).

Un commandant reçoit une balle Minié qui pénètre du côté gauche, en dedans et en bas de l'épine iliaque antéro-supérieure, et entre dans la vessie. Pas d'orifice de sortie. Une urine sanglante s'écoule de la plaie et de l'urèthre. Plus tard on fait de plus sortir du pus par la plaie en pressant sur l'aîne droite. Puis survient une attitude vicieuse ; la cuisse gauche se met dans la flexion et l'abduction ; les mouvements de l'articulation sont très douloureux. Petit à petit se forme au-dessous des vaisseaux cruraux droits une tumeur fluctuante qui fut incisée et qui donna issue à du pus, à de l'urine claire et à des lambeaux sphacelés. La balle n'est pas retrouvée. Six jours après l'incision, frisson, pyohémie, et le 13<sup>e</sup> jour, mort. *Autopsie.* La balle avait ouvert en avant le col de la vessie et était ressortie, en dehors du péritoine, au niveau de l'acétabulum droit en perforant ce dernier ; l'articulation coxo-fémorale gauche est infiltrée, et le phlegmon urinaire descend en dehors jusqu'à la partie moyenne du fémur (Langenbeck).

### § 5. — Ligatures des artères du bassin.

**Iliacque interne ou hypogastrique.** — Au niveau de la symphyse sacro-iliaque, l'iliaque primitive (fig. 6, 2) se divise en deux branches principales ; l'iliaque externe (3) et l'iliaque interne. Cette dernière (4) est la véritable artère du bassin ; son tronc descend perpendiculairement dans le bassin le long du bord latéral du sacrum, puis elle donne sept branches : l'ilio-lombaire, la sacrée latérale, l'ombilicale, l'obturatrice, la fessière supérieure, la fessière inférieure, et la honteuse inter-

ne. Dans la circulation fœtale, c'est l'artère ombilicale qui joue le rôle le plus important ; on la voit former la continuation de l'hypogastrique sous la forme d'une grande courbe convexe en arrière qui se porte en avant vers l'ombilic ; de cette courbe, les adultes conservent la courbure initiale de l'hypogastrique. Les veines hypogastriques occupent une position asymétrique par rapport à l'artère : la droite est située en dehors, la gauche en arrière de l'artère. Le nerf obturateur au contraire occupe une position symétrique ; des deux côtés il est situé en dehors de l'artère. L'uretère et les vaisseaux spermatiques (5, fig. 6 et 7) croisent les vaisseaux iliaques au moment de leur bifurcation. A gauche, l'artère est recouverte par l'S iliaque.

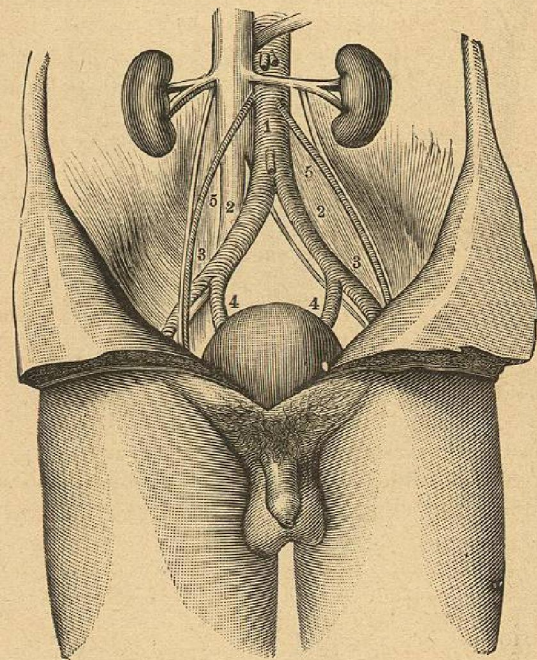


Fig. 6. — Artères iliaques.

Pour arriver jusqu'à l'artère, on fait la même incision que pour lier l'iliaque commune. On peut donc, par exemple par le procédé de Mott, inciser parallèlement l'arcade de Fallope jusqu'au-dessus de l'épine antérieure et supérieure, et après division des muscles de la paroi abdominale pénétrer dans le tissu cellulaire sous-séreux, de façon à soulever le péritoine dans la fosse iliaque. Puis on cherche de bas en haut en suivant avec le doigt l'iliaque externe jusqu'à sa naissance, ce qui est préférable ; ou bien on cherche le promontoire et de là on se porte vers l'iliaque commune le long de laquelle on descend jusqu'au point