

## CHAPITRE XVI

### CURE RADICALE DANS L'OPÉRATION DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE

J'ai voulu séparer ce chapitre complètement de ceux consacrés à l'opération de la cure radicale de la hernie non étranglée. Quoique cela n'entrât pas dans mon sujet, j'ai tenu à parler un peu de l'opération après étranglement, d'abord parce qu'il y a là un gros intérêt pratique et ensuite parce que c'est sur cette opération que j'ai fait mon éducation pour venir ensuite à la véritable cure radicale.

Il y a longtemps en effet que, systématiquement, j'ai fait la cure radicale dans tous les cas de hernie étranglée. Je dis tous les cas et je ferais mieux de dire presque tous parce qu'il y a quelques cas où il est sage de ne rien tenter. Ce sont ceux où la dépression résultant de la maladie ou de l'âge est telle qu'il faut bien se garder d'ajouter la plus petite manœuvre à ce qui est rigoureusement nécessaire. J'ai vu de temps en temps de ces malades dans les hôpitaux et en ville, lorsque les patients ont longtemps hésité à vous

faire appeler, ou lorsque des efforts de taxis immodérés ont été pratiqués.

Mais, dans l'immense majorité des cas je la fais.

En quoi consiste l'opération? les principes sont exactement les mêmes : dissection du sac, étirement de la séreuse au voisinage de l'anneau, ligature multiple et résection du collet de la séreuse.

L'épiploon a été traité par l'excision.

Ensuite : sutures profondes, sutures superficielles et drainage.

L'opération, vu la distension préalable du sac, est plus facile après la hernie étranglée, au moins pour les premiers temps à exécuter.

Toutefois, si le débridement sur le collet a été multiple on est exposé à faire incomplètement l'extirpation du sac séreux sectionné au niveau du collet.

Comme je l'ai dit plus haut j'ai complété une de mes opérations par l'amputation du testicule.

Je puis dire que je n'ai jamais vu d'accident imputable à cette cure radicale. J'ai observé après plusieurs mois ou plusieurs années les résultats favorables de cette opération. Et bien, ces résultats sont excellents. Dans les plus mauvaises conditions d'âge et de faiblesse musculaire, j'ai vu les résultats de la cure conservés. J'ai eu quelques occasions de revoir des opérés longtemps après et sans récurrence. Je n'ai observé de récurrence que chez quelques-uns de mes premiers opérés.

Ce qui doit caractériser une kélotomie destinée à être suivie de cure radicale c'est la minutie apportée dans l'isolement du sac. Il est certain que dans ces cas le chi-

rurgien ne doit être préoccupé ni de briller ni d'aller vite.

La paroi du sac est plus friable que dans les opérations faites sans étranglement, il faut donc redoubler de surveillance pour n'en pas laisser échapper les débris. Le fait de la congestion péri-herniaire rend aussi la chose un peu plus difficile, les vaisseaux sont très saignants, et tandis que la kélotomie simple se fait souvent à blanc, la kélotomie avec cure radicale nécessite souvent l'application de pinces hémostatiques.

Ainsi l'opération est de durée assez longue et sensiblement plus laborieuse que la kélotomie simple. C'est là ce qui m'engage à l'épargner aux individus qui me paraissent trop déprimés pour la supporter. Mais pour tous les autres, je considère comme un devoir de profiter de la circonstance de l'opération pour les débarrasser de la hernie.

Je dois dire du reste que je suis très généreux dans l'application de ce perfectionnement opératoire ; un de mes meilleurs cas de l'année dernière est la cure radicale de la hernie crurale sur une vieille femme de soixante-dix ans que j'opérais de la hernie étranglée. Elle guérit très rapidement et sortit à son grand étonnement parfaitement indemne de sa hernie. On voit que tout en faisant des réserves pour les plus mauvais cas, je ne crains pas d'appliquer l'opération chez des patients même dans de mauvaises conditions.

## OBSERVATION I

HERNIE INGUINALE GAUCHE AVEC ÉPANCHEMENT LIQUIDE ; INCOERCIBLE.  
— VARICOCÈLE. — OPÉRATION DU VARICOCÈLE PAR LIGATURES MULTIPLES.  
— CURE RADICALE DE LA HERNIE PAR EXTIRPATION DU SAC : OUVERTURE DU SAC, DISSECTION ET LIGATURES DU COLLET DU SAC. — APPLICATION DE BANDAGE MÉDIOCREMENT FAITE. — GUÉRISON. — LE PATIENT REVU AU BOUT DE CINQ ANS RESTE GUÉRI, AUCUN INTESTIN NE FRANCHIT LE CANAL ; IL PORTE UN BANDAGE LÉGER.

Le nommé Pitié Philippe, vingt et un ans, commis, entré le 25 mai 1881, salle Saint-Michel n° 11. Adressé par le Dr Jourjon.

Garçon bien portant, malgré quelques légères attaques de rhumatisme ; il présente depuis un an environ une grosseur dans les bourses du côté gauche. Il ne sait cependant si cette tumeur ne remonte pas à une époque beaucoup plus éloignée, s'il n'avait quelque chose dans l'enfance dont la tumeur actuelle ne serait que la continuation. En tout cas, depuis cinq ou six mois, la tumeur a beaucoup augmenté, est devenue douloureuse, jusqu'à lui faire garder le lit. La marche est très fatigante, pénible même. Il a essayé de porter un bandage, mais il lui a été impossible de le supporter. La tumeur se réduit bien puis se reproduit toujours sous le bandage. Un suspensoir le soulage. Il vient d'être exempté par le conseil de revision.

En l'examinant, on constate une tumeur allongée descendant du canal inguinal gauche vers le testicule. Cette tumeur transparente contient manifestement du liquide qui rentre très facilement dans le ventre. Mais en outre, il y a entérocele et la sonorité de la tumeur à sa partie supérieure ne peut laisser de doute. Les veines du cordon sont très dilatées donnant bien la sensation d'un paquet de ficelle. Varicosités sur le scrotum. Si on fait marcher le patient, on constate l'augmentation de volume de la tumeur, la distension des veines, la gêne de la marche.

A cause de son varicocèle, il est difficile de lui faire supporter un bandage. En outre, probablement à cause du liquide qui glisse

sous la pelote, le bandage ne contient pas du tout la hernie. Aussi le patient demande une opération qui le soulage.

Le 16 juin 1881, le malade étant chloroformé, M. Championnière fait sur le trajet du canal et de la tumeur une longue incision. Il arrive sur les veines qui entourent le cordon; plusieurs grosses veines sont liées et sectionnées entre deux ligatures de catgut. Le canal déférent est détaché du sac avec beaucoup de peine. Le sac est isolé complètement jusque dans le canal inguinal. — Les viscères sont réduits et la partie pénétrant dans l'abdomen est liée en trois portions distinctes avec trois fils de catgut (Voy. fig. 5, p. 43). Le sac est reséqué au-dessous. Deux points de suture hauts et profonds ferment le canal qui a maintenant des parois saignantes. Sur la plaie, quatre points de suture plus superficiels (tous ces points au crin de Florence). Tube à drainage en bas. Pansement de Lister.

Pas de fièvre le soir.

17 juin. — Quelques élancements, pas de fièvre. Pansement, on enlève des fils.

18 juin. — Pansement, on enlève des fils. Douleurs articulaires assez vives dans l'articulation coxo-fémorale, et le genou droit. Salicylate de soude, 4 grammes.

20 juin. — Pansement, on retire le tube, très bon état.

23 juin. — Pansement.

27 juin. — Pansement, la réunion immédiate est presque complète. Il ne reste plus qu'une plaie superficielle linéaire.

29 juin. — Pansement à la ouate salicylée. Cicatrisation presque complète.

2 juillet. — Pansement, ouate salicylée. Cicatrisation complète.

10 juillet. — Application d'un bandage herniaire qu'il supporte parfaitement. Il n'y a plus de gonflement variqueux. Le malade sort le lendemain 11, vingt-quatre jours de séjour après l'opération.

Deux mois après, l'opéré est venu se montrer. Il était dans la meilleure situation. On lui conseille de porter son bandage.

Pitié est de nouveau revu le 12 juin 1883. Le maintien de la cure est complet, absolument comme au premier jour. Au niveau du point où le sac a été enlevé, cicatrice rétractée et relevée, ce qui tient à la hauteur à laquelle la dissection du sac a été faite.

Il y a un peu d'impulsion au-dessus, mais aucune tendance à la sortie de la hernie.

Le varicocèle existe comme après l'opération; c'est-à-dire que la peau des bourses est trop longue; et le malade est obligé de porter un suspensoir. Il avait durant quelque temps supprimé le bandage, mais sur nos représentations, il a commencé à le porter de nouveau et s'en trouve bien.

M. Championnière revoit ce malade le 15 mai 1886, soit près de cinq ans après l'opération. Le résultat fonctionnel est très bon. Le sujet porte un bandage très léger, trop léger même et sans sous-cuisse.

Son varicocèle a récidivé, le testicule est pendant, et quoique les veines soient moins saillantes qu'autrefois il doit porter un suspensoir.

Quant à la région herniaire rien ne franchit l'anneau, la cicatrice qui occupe la partie inférieure du canal inguinal est solide et tirée en haut. Toutefois elle est plus courte que dans les faits suivants et les intestins viennent battre sa partie supérieure. Un bandage presque insignifiant suffit à prévenir la récurrence, mais il est probable que si le sujet l'abandonnait et se livrait à des travaux violents la récurrence aurait chance de se produire.

En somme, l'état de cet opéré est très satisfaisant. Lui-même le proclame bien hautement et cependant son traitement a présenté des conditions un peu défavorables. D'abord la dissection n'a pas été poursuivie aussi haut chez lui que chez les opérés suivants.

Il s'est aussi levé plus vite que les suivants.

Enfin l'application du bandage a été mal réglée. Lors de sa sortie de l'hôpital on ne pouvait le décider à porter de bandage. Plus tard il le portait très mal. Ce n'est qu'après plusieurs mois qu'il s'est décidé à porter un bandage trop léger et trop étroit. La même faute n'a plus été commise sur les suivants.

Malgré tout cela il n'y a pas de récurrence à proprement parler; son état actuel diffère peu de son état à la sortie et toutes les chances sont pour qu'il se maintienne longtemps ainsi. Aujourd'hui il fait peu d'exercice de force; mais peu après l'opération il en faisait souvent.

## OBSERVATION II

HERNIE INGUINALE ÉNORME DESCENDANT PRÈS DU GENOU. — RÉSECTION D'UN TRÈS GRAND SAC CUTANÉ PUIS D'UN SAC SÉREUX, CINQ LIGATURES AU COLLET DU SAC, AUTOPLASTIE PAR UN LAMBEAU PLUSIEURS FOIS REPLIÉ. — TRENTE ET UN POINTS DE SUTURE SUPERFICIELLE SUR LA PLAIE. — GUÉRISON OBSERVÉE CINQ ANS PLUS TARD. — CONSERVATION PARFAITE DES RÉSULTATS.

La nommée Maria Bertin, femme Lorion, trente ans, domestique, adressée par le D<sup>r</sup> Dambax.

Entrée le 27 juin 1881, salle Richard Wallace, 41. Opération 5 juillet 1881, sortie le 1<sup>er</sup> août.

Santé générale bonne, six enfants à terme. Après la naissance de son premier enfant, il y a treize ans, elle a éprouvé un sentiment de gêne, de pesanteur et quelques tiraillements dans la région inguinale droite.

Trois ans après, on y constatait la présence d'une saillie réductible et indolore. Le volume de la tumeur a augmenté lentement jusqu'à il y a un an pour arriver au volume d'une orange. La malade a porté un bandage. Le volume de la tumeur est devenu énorme, puis il a été impossible de la contenir.

Quand la malade est debout, elle présente à la racine de la cuisse droite une énorme tumeur qui, de la partie supérieure de la grande lèvre, descend jusque vers le milieu de la cuisse; et après un peu de marche presque jusqu'au genou. Quand elle se couche, la tumeur diminue beaucoup et se réduit aisément. Tous les doigts de la main pénètrent dans l'anneau, et l'on conçoit qu'aucun bandage ne puisse la maintenir. La tumeur est d'ordinaire très sonore, contenant surtout des anses intestinales.

Quand on maintient tous les doigts de la main dans l'anneau, on peut s'opposer à peu près à la sortie de la hernie sous l'influence des efforts.

La patiente, cuisinière, à laquelle tout travail devient impossible, demande avec instance une opération.

Le 5 juillet 1881, pendant la chloroformisation, M. Championnière circonscrit la tumeur par deux grandes incisions semi-elliptiques, qui permettent d'abord la dissection des parois du sac.

La hernie est alors réduite, et la dissection du collet du sac est poursuivie jusque dans l'abdomen; quand ce collet a été détaché le plus possible de la paroi abdominale et de l'anneau, ce collet du sac est fermé par cinq ligatures de catgut, enchevêtrées, comme dans la figure 6 de la page 44; puis le sac et les enveloppes cutanées sont réséqués. Sur la peau, en dehors de la plaie, est avivé un lambeau assez large pour boucher la baie de la paroi abdominale au niveau du collet du sac. La partie cutanée est complètement avivée, puis ce lambeau est retourné trois fois sur lui-même de façon à remplir comme un bouchon toute la partie béante de l'anneau. Il est fixé en place par deux ou trois points de suture au catgut abandonnés dans la profondeur des tissus. La plaie est suturée d'un bout à l'autre; et à la partie supérieure, les lèvres de la plaie sont suturées par-dessus ce lambeau inséré au niveau de l'orifice.

Trente et un points de suture réunissent cette longue plaie. Aux deux bouts, un gros tube à drainage.

6 juillet. — Bon état général. Écoulement de liquide très abondant, pansement renouvelé; drains raccourcis. Enlèvement de huit points de suture. On sonde la malade, pour qu'elle n'urine pas dans son pansement.

Le 7. — Pansement renouvelé, douze points de suture enlevés; drains très raccourcis.

Le 9. — Pansement. Enlèvement des derniers points; un peu de recroquevillement des lèvres vers le milieu de la plaie; les drains sont enlevés.

Le 11. — Pansement.

Le 14. — Pansement avec ouate salicylée et onguent boriqué.

Le 17. — Pansement. La cicatrice, jusque-là saillante, s'aplatit.

Le 23. — Pansement. Vingt-cinq jours de séjour après l'opération.

Le 1<sup>er</sup> août, la malade sort munie d'un bandage Rainal dont la pelotte triangulaire fort large couvre toute la cicatrice de la paroi abdominale. Ce bandage est d'abord mal supporté, car le lambeau de peau renversé contre la baie de la paroi abdominale fait

une saillie et la pression de la pelotte à sa surface est un peu irritante et douloureuse. Mais plus tard cette saillie s'affaisse, la cicatrice devient très homogène, et en quelques semaines la malade est très habituée à ce bandage.

Au moment du départ, les résultats sont satisfaisants, la cicatrice dans le canal ou plutôt l'orifice herniaire est épaisse, volumineuse; on ne sent aucune impulsion. L'induration constituée par cette cicatrice remonte dans le ventre beaucoup plus haut que celle observée sur l'opéré précédent; on la suit en quelque sorte dans le ventre.

Cette femme a été revue une première fois au commencement de 1882. Elle était dans l'état le plus satisfaisant, il n'y avait pas apparence de retour de la hernie; le bouchon oblitérait bien l'orifice.

La malade a été encore revue deux ans plus tard, puis en 1885. A cette époque, le résultat opératoire s'était bien maintenu. Le canal était oblitéré par une cicatrice et un bouchon dur. A la longue, la saillie du bouchon autoplastique avait diminué, puis il était devenu tout à fait insensible. La patiente se livrait sans aucune gêne aux travaux les plus pénibles que nécessitaient un état de profonde misère. Un bandage lui fut remis, celui qu'elle portait auparavant était devenu complètement insuffisant, et malgré cela aucun accident n'était survenu.

Cette malade est revenue pour la dernière fois, le 18 mai 1886, cinq ans moins deux mois après l'opération. Au point de vue fonctionnel aucun état ne peut être plus satisfaisant. Cette femme va en journée; durant les premières années elle s'est placée surtout comme lavandière. Aujourd'hui elle a trouvé à faire de la couture dans la lingerie, ce qui est un peu moins fatigant. Elle n'a jamais cessé de travailler, élève deux enfants et fait en outre de ses occupations de lingère tous les travaux les plus durs du ménage. Elle continue à porter son bandage qu'elle regarnit de temps en temps.

Localement on constate une cicatrice ramassée sur elle-même, étendue du bas de la grande lèvre droite, jusqu'un peu au-dessous de l'épine iliaque, antérieure et supérieure. Cette cicatrice semble plonger dans le canal inguinal, ou pour mieux dire elle se continue avec des tractus durs et résistants qui pénètrent la paroi

abdominale. Aucun chemin en haut n'est fait par les viscères dans cette paroi qui est partout résistante. On ne sent pas d'impulsion. Il est impossible aujourd'hui de se représenter quelle difformité grave a été guérie radicalement. Étant donnée la puissance de la cicatrice on pourrait peut-être supprimer le bandage; mais la patiente ne se soucie pas de courir les chances d'un pareil essai, elle a du reste tellement l'habitude de son bandage qu'elle n'en est pas gênée. Ce dernier dure depuis deux ans, et tenu très proprement n'est pas altéré.

## OBSERVATION III

HERNIE CRURALE GAUCHE DOULOUREUSE ET IRRÉDUCTIBLE, IMPOSSIBILITÉ D'APPLIQUER UN BANDAGE. — TENTATIVE DE CURE RADICALE. — OPÉRATION INCOMPLÈTE A CAUSE DE L'ADHÉRENCE DES INTESTINS AU SAC PÉRITONÉAL. — PERSISTANCE DE LA CURE PENDANT SIX MOIS, RÉCIDIVE. — LA HERNIE RESTE RÉDUCTIBLE, INDOLORE ET PARFAITEMENT TOLÉRANTE POUR LE BANDAGE. — REVUE AU BOUT DE QUATRE ANS ET DEMI.

La nommée Antonia Lambert, âgée de trente-deux ans, est entrée le 1<sup>er</sup> septembre 1881 à l'hôpital Tenon, salle Boyer. Elle portait au pli de l'aîne à droite une petite hernie crurale du volume d'un marron. Cette hernie est le siège de douleurs spontanées assez vives. Il est impossible de la réduire. Les efforts de taxis sont du reste fort douloureux; la compression d'un bandage est intolérable. Elle est déjà venue consulter plusieurs fois et est décidée à une opération radicale.

Le 1<sup>er</sup> septembre cette femme étant endormie une incision est faite sur la tumeur. La paroi du sac paraît très mince. Elle est ouverte avec les plus grandes précautions; ces précautions sont bien nécessaires, car la paroi intestinale est fusionnée avec les parois du sac. Celui-ci ne peut être décollé que dans une petite étendue. Une petite portion d'épiploon adhérente au sac est liée et réséquée avec la portion de sac correspondante. Cela permet de faire les incisions sur le sac jusque vers le collet. Cela fait

quatre lambeaux inégaux et adhérents à l'intestin. Celui-ci se réduit bien avec ses lambeaux. Un point de suture au catgut très profond. Quatre ou cinq points superficiels avec le crin de Florence; drain. Guérison très rapide, sortie le 10 octobre. La malade est munie d'un bandage qu'elle supporte très bien.

Elle a été revue plusieurs fois. On ne sentait aucune impulsion.

Au bout de six ou sept mois elle fut prise d'une bronchite très intense; c'était aussi le moment du début d'une nouvelle grossesse. La hernie se reproduisit. Mais elle était désormais bien réductible, non douloureuse et facile à contenir par un bandage.

La patiente a été revue bien des fois, est venue subir à l'hôpital un accouchement prématuré; le bénéfice de l'opération s'est bien maintenu.

En avril 1886 elle a été revue à l'hôpital. Elle conserve le bénéfice de son opération en ce sens que la hernie ne présente aucun accident douloureux; elle est très bien réductible et très bien maintenue par un bandage ordinaire.

## OBSERVATION IV

ENTÉRO-ÉPILOCÈLE GAUCHE AVEC HYDROCÈLE. — HERNIE CONGÉNITALE AVEC LIQUIDE ABONDANT INCOERCIBLE D'ABORD PUIS IRRÉDUCTIBLE. — OUVERTURE, ÉCOULEMENT DE LIQUIDE, RÉSECTION D'UNE ÉNORME MASSE D'ÉPIPLOON, RÉSECTION DU SAC. — PERSISTANCE DE LA CURE RADICALE OBSERVÉE AU BOUT DE SIX MOIS (Observation par M. Doyen, interne du service).

Le nommé Pierre Pitarelli, âgé de vingt-sept ans, tisseur en toile métallique, entré le 15 août 1882, salle Saint-Ferdinand n° 41.

Cet homme se plaint d'une hydrocèle gauche remontant à l'enfance; cette hydrocèle aurait été traitée sans succès par la ponction et même par l'incision par M. Pacchiotti.

A l'examen, on trouve à gauche une hydrocèle qui se réduit en partie dans le décubitus dorsal; en outre, et surtout, une hernie inguinale gauche qui ne devient volumineuse que dans les

efforts prolongés; à la toux, il y a un peu d'impulsion à droite, et issue de la hernie à gauche.

Pendant la marche, la hernie devient volumineuse et très gênante.

Elle contient de l'intestin et de l'épiploon.

Après la réduction du liquide on sent des parties qu'il est possible de faire rentrer. Le testicule et l'épididyme sont assez gros et durs.

Les veines du cordon sont volumineuses.

Dans le sac vaginal, des masses molles irréductibles semblent constituer une épilocèle volumineuse adhérente au sac.

Sur le scrotum, on voit la cicatrice linéaire de l'incision faite à Turin.

Le malade désire être opéré.

Le 22 août 1882, P... étant chloroformé, une longue incision sur le trajet du canal inguinal et sur les bourses permet d'arriver rapidement dans le sac herniaire. Celui-ci contenait fort peu de liquide, mais un épiploon très adhérent au testicule. Sous l'influence de quelques efforts, la masse épiploïque augmenta considérablement, devint énorme. M. Championnière en profita pour réséquer toute l'étendue de cet épiploon qui descendait si facilement. Trois ligatures de catgut, dont deux enchevêtrées, furent placées sur la base de cette masse épiploïque; la section fut faite et le pédicule fut réduit. La masse épiploïque destinée à être excisée fut assez difficile à détacher du testicule auquel elle était très adhérente.

M. Championnière disséqua ensuite lentement toute la partie supérieure du sac, surtout au voisinage du collet et dans le canal. Cela fut difficile, et il resta certainement des lambeaux de séreuse disséquée sur le canal déférent et l'artère spermatique que M. Championnière tenait entre ses doigts. Cette dissection ayant été conduite jusque dans l'abdomen, au point le plus élevé possible, M. Championnière fit sur le collet du sac séreux la ligature en deux parties avec deux fils enchevêtrés.

En dessous, sept points de suture cutanée superficiels et semi-profonds avec le crin de Florence; drain inférieur. Compression très attentive sur le trajet du canal inguinal.

Le drain plongeait jusque vers le testicule dans une large cavité.

Au moment de la suture, toute la surface de la plaie saignait abondamment. S. 37°,5.

Le 23. — M. 37°,8. S. 38°.

Le 24. — M. 37°,7. Premier pansement, le drain est raccourci. S. 37°,4.

Le 25. — M. 37°,6. S. 37°,3. Légère gêne de la miction, cathétérisme.

Le 26. — M. 37°,4. Deuxième pansement, on enlève cinq fils de suture, et le tube. S. 37°,6.

Le 27. — M. 36°,8. S. 37°,3.

Le 28. — M. 37°,6. Troisième pansement. Guérison. Réunion. Les trois derniers fils sont retirés. S. 37°,4.

Le 29. — 37°,6.

Le 31. — Quatrième pansement. Ouate salicylée. On sent un cordon dur le long du canal vaginal oblitéré.

3 septembre. — Pansement à la ouate salicylée.

5 septembre. — Pansement à la ouate salicylée. Plus de douleurs.

7 septembre. — Bandage inguinal double ; suspensoir.

On sent encore à droite pendant la toux l'impulsion de l'intestin ; à gauche, côté opéré, on ne la sent plus.

Le cordon induré siégeant dans le canal est résistant et semble assurer la guérison.

12 septembre. — Exeat. Vingt jours de séjour à l'hôpital.

Le malade a été revu le 6 octobre. Il marche bien, sans douleur. Il porte un bandage. Aucune impulsion sur le trajet du canal.

Ce malade est revenu au commencement de l'année 1883 six mois après son opération. Il était en bon état, portait un bandage ordinaire. Il n'y avait aucune impulsion au niveau du canal occupé par la cicatrice résistante. Le patient marchait sans peine.

## OBSERVATION V

HERNIE INGUINALE DROITE; ENTÉRO-ÉPILOCÈLE. — ACCIDENTS INFLAMMATOIRES. — HERNIE IRRÉDUCTIBLE. — OPÉRATION APRÈS VINGT-TROIS JOURS D'IRRÉDUCTIBILITÉ. — CURE RADICALE. — FIÈVRE ET ICTÈRE. — GUÉRISON. — PERSISTANCE DE LA CURE RADICALE OBSERVÉE DIX MOIS PLUS TARD (Observation par M. Lanery, interne du service).

La nommée Marie Buffeteau, journalière, âgée de trente-huit ans, entrée le 5 janvier 1885, salle Richard Wallace, n° 15; sortie le 2 mars 1885.

Bonne santé habituelle.

En 1873, à la suite d'un effort, hernie à droite, du volume d'un œuf de poule. Cette hernie rentra spontanément dans les vingt-quatre heures, et ne réapparut plus. Cependant la malade reste sujette à des douleurs dans l'aîne droite, survenant après des fatigues ou une station debout trop longtemps prolongée.

Jamais de bandage. La hernie ne sortait pas habituellement.

Le 1<sup>er</sup> janvier 1885, sous l'influence d'un effort, la hernie réapparut subitement.

Le 5 janvier, on constate une hernie inguinale droite, irréductible, du volume d'une orange, occupant la région inguinale et les deux tiers supérieurs de la grande lèvre.

Tumeur dure, douloureuse, spontanément et à la pression, sans changement de coloration à la peau. La percussion indique une matité totale.

La hernie se compose d'un corps ovoïde et d'un pédicule occupant le canal inguinal et se prolongeant dans l'abdomen sous forme d'un gros cordon dans la direction de l'utérus.

L'état général est bon; pas de vomissements; pas de constipation absolue; pas de fièvre.

Le 15 janvier, quelques tentatives de réduction ont été faites : la hernie est toujours irréductible, mais un peu moins volumi-