

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-ÉPIPLOCÈLE. — 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^{er} 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-

neuse, moins douloureuse. Il n'y a du reste aucun signe d'étranglement.

23 janvier. — Opération. Chloroforme. Incision cutanée d'environ 0^m,12 suivant le grand axe de la tumeur.

On arrive sur le sac, qu'on ponctionne; il s'écoule une centaine de grammes d'un liquide très foncé, non fétide. Le sac est ensuite largement ouvert. Il contient, à sa partie supérieure, de l'épiploon très adhérent et de l'intestin; d'après ces adhérences il est évident que la hernie n'était jamais complètement réduite. Les adhérences sont détachées et une forte partie d'épiploon ligaturée est excisée.

Le sac est disséqué assez loin, en l'entraînant par des tractions. Deux fils de catgut croisés et excision du sac. Suture profonde perdue, au catgut, sur les parties molles au-dessous du moignon du sac.

Douze sutures superficielles au crin de Florence. Drainage. Pansement antiseptique, auquel est ajouté iodoforme et pommade créosotée.

S. 37°,8. Dans la nuit, vomissements et délire tranquille.

24 janvier. — M. 37°,6. Pansement. Suppression de l'iodoforme qui paraît avoir déterminé de la fièvre et surtout du délire. S. 39°.

Le 25. — M. 39°,4. Ablation du drain et de trois fils. S. 40°.

Le 26. — M. 39°,2. Ni sucre ni albumine dans les urines. Légère douleur généralisée dans l'abdomen. S. 39°,8.

Le 27. — M. 39°,4. Pansement. Ablation de neuf points de suture; douleur vive dans l'hypochondre droit. S. 39°.

Le 28. — M. 38°,2. S. 39°,5.

Le 29. — M. 38°,3. Pansement. Disparition de la douleur de l'hypochondre. Abdomen indolore partout. S. 39°,1.

Le 30. — M. 38°. S. 38°.

Le 31. — M. 37°,8. S. 38°.

1^{er} février. — M. 37°,5. S. 38°. Suppuration assez abondante à la partie inférieure de la plaie. Les quatre cinquièmes supérieurs sont réunis; il n'y a aucune suppuration au niveau du canal herniaire.

2 février. — Pansement. M. 37°. S. 38°,2.

3, 5, 7 février. — Température normale et pansement.

Le 9 février. — Ouate salicylée.

14 février. — Il reste à la partie inférieure de la plaie une petite surface bourgeonnante à l'endroit qui a suppuré.

23 février. — Bandage ordinaire.

25 février. — Exeat. Un mois de séjour.

La nature des accidents précédents est assez difficile à déterminer; on a pensé d'abord à une péritonite légère; le délire a été attribué à l'iodoforme. Puis au bout de peu de jours un ictère intense a suivi quelques vomissements et a été accompagné de développement d'une douleur assez vive dans l'hypochondre droit.

Il paraît s'être développé là au moins de la congestion hépatique. La malade nous a affirmé qu'à plusieurs reprises, et peu de temps auparavant, elle avait eu des crises de jaunisse avec fièvre et vomissements.

Quant à l'état local, malgré un peu de suppuration superficielle, il était excellent. Cette malade est revenue se montrer à la fin de l'année 1885. Son état était le même avec disparition parfaite de tout phénomène d'impulsion. Elle portait très mal son bandage sans sous-cuisse et très irrégulièrement.

OBSERVATION VI

HERNIE SCROTALE, INGUINALE DROITE ÉNORME CHEZ UN INDIVIDU COUVERT DE CICATRICES ET D'ULCÉRATIONS DUES AU PORT DES BANDAGES. — HERNIE ABSOLUMENT INCOERCIBLE. — PREMIÈRE OPÉRATION SUR LA PARTIE SUPÉRIEURE DU SAC POUR LA CURE RADICALE. — DEUXIÈME OPÉRATION POUR ENLEVER TOUTE LA PARTIE INFÉRIEURE DU SAC QUI ÉTAIT RESTÉE EN PLACE LORS DE LA PREMIÈRE. — SUCCÈS COMPLET CONSTATÉ SEPT MOIS APRÈS L'OPÉRATION. — NOUVELLES AU BOUT DE UN AN (Observation par M. Lavie, interne du service).

Alphonse Picard, quarante-trois ans, boucher, salle Lisfranc, 17, entré le 18 mai 1885, sorti le 1^{er} décembre.

A l'âge de quatorze ans, dans une chute, il fit un effort assez violent. A la suite de cet accident, une pointe de hernie inguinale se développa. La tumeur augmenta petit à petit sans donner de préoccupation au malade et sans qu'il portât de bandage. En son

métier de boucher il se livrait constamment à de violents efforts.

Depuis l'âge de vingt-huit ans, la hernie a augmenté, le malade a essayé de la contenir par un bandage, mais la tumeur a continué de grossir. Cet homme est fort et bien musclé.

État actuel. — Le malade entre à l'hôpital pour se faire soigner de nombreuses ulcérations de la cuisse et de la paroi abdominale, au niveau des deux épines iliaques, dues à la pression du bandage.

La hernie scrotale est énorme : du volume d'une tête d'adulte. A son niveau, la peau présente çà et là des veines variqueuses et des cicatrices blanchâtres, restes d'ulcérations dues au bandage.

La tumeur a envahi complètement les bourses, la verge est déjetée à gauche et effacée presque entièrement. Le testicule gauche est situé à la partie inférieure et interne de la tumeur, il est hypertrophié et un peu irrégulier.

La tumeur est molle et élastique, sonore à la pression. C'est manifestement une entéro-épiplocèle. Le pédicule en est fort large, sa circonférence est à peu près celle d'un poignet d'adulte. La hernie est facilement réductible, mais se reproduit de suite. Même lorsque quatre doigts sont introduits dans le trajet, après refoulement des viscères, il est impossible de s'opposer à leur issue; au moindre effort de toux, les intestins s'échappent autour des doigts.

Guéri de ses ulcérations, le malade accepte l'opération de la cure radicale qui est faite le 9 juillet 1885.

Incision cutanée parallèle à la direction du canal inguinal, au niveau du pédicule. Le sac découvert est fendu, et se montre adhérent par sa face interne à une partie de l'épiploon contenu, principalement dans ses parties inférieures. Ligatures au catgut placées sur l'épiploon qui est sectionné aussi haut que possible. La séreuse est disséquée soigneusement des parties qui lui adhèrent extérieurement jusqu'au niveau de l'anneau interne, assez loin dans le ventre; des tractions l'amènent facilement en bas.

Triple ligature enchevêtrée sur le collet du sac avec du catgut (Voy. fig. 5, p. 43) puis excision de la partie supérieure du sac seulement, celle qui répond au canal et à la partie supérieure du sac scrotal.

La partie inférieure du sac est laissée dans les bourses de façon

à éviter une trop grande surface traumatique. Puis, pour combler autant que possible l'énorme trou du canal inguinal dilaté, M. Championnière avive un lambeau cutané externe sur une étendue d'environ 0^m,03, adosse les deux feuillets de ce lambeau externe en le repliant et suture la partie avivée supérieure avec le lambeau interne qui la recouvre comme un couvercle.

Petits drains en haut de la plaie, gros drain en bas, dans la partie du sac qu'on a laissée en place.

Pansement à la poudre antiseptique, à la gaze phéniquée et à l'ouate de bois. S. 37°,8.

10 juillet. — Premier pansement. Le malade a remué et déplacé son pansement, les tubes sont raccourcis, poudre et ouate de bois. M. 37°,2. S. 38°.

Le 11. — M. 37°,8. S. 38°.

Le 12. — M. 37°,6. S. 37°,6.

Le 13. — Deuxième pansement, bon aspect de la plaie. M. 37°,4. S. 38°.

Le 14. — M. 39°. S. 38°,8. Constipation, lavement glyceriné.

Le 15. — M. 37°,6. S. 38°,6. Troisième pansement, bon aspect de la plaie. La réunion se fait par première intention.

Le 16. — M. 37°,8. S. 38°.

Le 17. — M. 37°,5. S. 37°,8.

Le 18. — M. 37°,2. Quatrième pansement, les drains sont enlevés et les fils de suture coupés.

Du 19 au 22. — 37°,2, 37°,4.

Le 22. — 37°,2. Cinquième pansement, le lambeau cutané externe a cédé un peu; son adossement s'est un peu effacé sur une petite étendue. D'ailleurs la plaie est presque fermée. S. 37°,4.

Le 23. — 37°,2, 37°,8.

Le 24. — 37°,2, 37°,6.

Le 25. — 37°,2. Sixième pansement. On constate un peu de rougeur sur les bourses et dans le pli de l'aîne, avec de petites pustules : irritation due au sublimé de la ouate de bois. Le pansement est un peu modifié, pommade boriquée, sur les parties enflammées, avec poudre et ouate de bois. On applique, en outre, deux bouchons enveloppés dans une compresse au niveau de l'anneau inguinal pour maintenir la paroi abdominale.

Le 26. — 37°,2, 37°,4.

Le 27. — M. 37°,4. S. 38°.

Le 28. — M. 37°,8. Septième pansement.

La plaie est en bon état; l'inflammation a disparu. La cicatrisation est presque complète, pansement à l'acide borique.

On constate depuis une dizaine de jours de l'épanchement dans la vaginale ou plutôt dans la partie du sac restée dans les bourses. Le soir du 28, 38°.

Du 29 juillet au 5 septembre, température normale.

Le 4 août, le pansement est supprimé; spica de l'aine avec contention de la paroi abdominale, toujours avec des bouchons accouplés dans le pansement.

Le 5 septembre, nouvelle opération pour enlever la partie inférieure du sac restée dans les bourses. Le malade étant chloroformé, M. Championnière fait une incision sur les bourses, puis dissèque et excise la masse du sac dont la paroi est épaissie et contient quelques débris épiploïques adhérents.

Opération courte. Tube à drainage. S. 37°,4.

Le lendemain et surlendemain 38° le soir; les autres jours, température normale. Guérison très rapide sans suppuration. Pansements le 10 et le 14 septembre.

Application du bandage Rainal le 12 octobre. Le malade sort le 1^{er} décembre. A la sortie, le maintien de la hernie est excellent, pas d'impulsion.

Comme on le voit, cet opéré a fait, grâce aux deux interventions successives, un long séjour au lit, séjour très favorable à la constitution de la cicatrice résistante.

L'aspect de cet opéré est fort remarquable. Les bourses sont encore un peu plus volumineuses qu'à l'état normal à cause du volume exagéré du testicule droit.

Une cicatrice épaisse, solide, que l'on peut saisir avec les doigts, occupe le trajet herniaire, et le bouchon cutané amené par auto-plastie, au-devant, lui donne une sorte d'appui.

Il y a à ce niveau une agglomération de tissus remarquable. On ne sent aucune impulsion au niveau du canal inguinal.

Le bandage à très large pelote appuie sur toute la cicatrice et un sous-cuisse serré maintient cette pression.

Nous avons fait marcher le patient sans bandage et il n'en avait éprouvé aucun inconvénient.

Le malade s'est représenté dans le courant de janvier, c'est-à-dire six mois après son opération. L'état était absolument le même. Il portait soigneusement son bandage, avait de nouveau commencé à travailler, et se déclarait très satisfait.

La cicatrisation de ses ulcères, la double opération, des tâtonnements pour la confection de son bandage avaient amené pour lui un long séjour à l'hôpital, séjour qui aurait pu être facilement abrégé. Il s'y prêtait assez volontiers et nous avons pu ainsi prolonger notre surveillance et suivre les résultats de cette opération. Il nous a fait donner de ses nouvelles un an après l'opération.

OBSERVATION VII

HERNIE INGUINALE CONGÉNITALE GAUCHE. — ÉPIPLOON ADHÉRENT IRRÉDUCTIBLE, AVEC DOULEURS CONSTANTES DEVENANT VOLUMINEUX, PENDANT L'EFFORT. — EXCISION D'UNE MASSE D'ÉPIPLOON DE 135 GRAMMES. — EXTIRPATION DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DU SAC. — GUÉRISON CONSTATÉE PLUS DE SIX MOIS APRÈS (Observation par M. Demelin, interne de service).

Malade adressé par le Dr Bilhaut.

Le nommé L. E., âgé de quarante-six ans, marbrier, salle Nélaton, n° 1, entré le 3 septembre 1885, sorti le 21 octobre.

Ce malade est porteur d'une hernie inguinale gauche depuis l'enfance; peut-être, dit-il, la hernie est-elle congénitale. Le malade a porté bandage. Sa hernie est irréductible depuis quelque temps.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, on constate une hernie scrotale gauche du volume d'une orange; la hernie est molle, sans inflammation, un peu douloureuse au toucher, irréductible, et mate à la percussion.

Fonctions digestives normales.

Le malade est entré dans l'intention de se faire opérer, le port

du bandage étant devenu impossible et la hernie déterminant des coliques à chaque effort.

Opération le 10 septembre 1885.

Incision cutanée de 0^m,12 environ. M. Championnière arrive sur le sac scrotal, l'ouvre, et le trouve rempli d'épiploon; au niveau de l'anneau inguinal, il y a une anse intestinale. Une portion considérable d'épiploon est attirée de l'abdomen; au dehors, puis à la base de cette masse sont placés six fils de catgut: résection de la masse épiploïque qui pesait 135 grammes. Les catguts sont placés jusqu'au voisinage de l'anse intestinale, c'est-à-dire le plus haut possible, et enchevêtrés deux à deux comme dans le dessin plus haut (Voy. fig. 8 et 9, p. 59 et 60).

Le sac étant vidé de son contenu épiploïque, on peut apercevoir à sa partie inférieure le testicule: le sac est bien celui de la vaginale, il s'agit donc d'une hernie congénitale. On dissocie le sac d'avec les éléments du cordon; le canal déférent appliqué étroitement sur le conduit séreux est écarté. Deux ligatures enchevêtrées sont placées au collet du sac. Dès qu'elles sont nouées, le sac est réséqué partiellement, et aussitôt, le péritoine fermé par ces ligatures et libre d'adhérences disparaît en fuyant dans le ventre.

Trois sutures au catgut sont profondément placées sur les parties molles et saignantes. Sutures de la peau au crin de Florence; un drain en bas sur le testicule, dans la vaginale un autre en haut allant jusqu'aux sutures profondes. Pulvérisation phéniquée pendant l'opération.

Pansement avec poudre, gaze phéniquée et charpie de bois. Durée de l'opération trois quarts d'heures; on a employé 160 grammes de chloroforme.

L'épiploon réséqué pèse 135 grammes.

Le soir de l'opération, 38°. Légère douleur abdominale, pas de vomissement.

Le 11 septembre au matin 37°,4. Légère douleur abdominale. S. 38°.

12 septembre. — M. 37°,3. Premier pansement; on enlève cinq ou six points de sutures; on supprime le tube supérieur. Poudre; sachets de charpie de bois; très bon état, pas de suppuration.

Le 13 et le 14. — 37° et 37°,8.

Le 15. — 37°,3. Deuxième pansement. Suppression du deuxième tube; on enlève six nouveaux points de suture. Pas de suppuration. Réunion. Poudre et charpie de bois.

Le 16. — 37°.

Le 17. — Troisième pansement. Pas de suppuration. Température normale: poudre et charpie de bois.

Du 18 au 22, température normale.

Le 22. — Quatrième pansement au lint et à la vaseline boriquée. Réunion complète.

Du 23 au 29, température normale; le 29, on change le lint et l'ouate salicylée.

Le malade sort le 21 octobre; au moment de sa sortie, on ne sent point d'impulsion sauf au-dessus d'une bride dure, inguinale, c'est-à-dire dans le ventre. Quarante et un jours de séjour.

Le patient sort portant le bandage Rainal qu'il supporte bien, qui n'est point douloureux.

Il est revenu passer le mois de mars dans le service pour un testicule soupçonné de syphilis, celui du côté opposé à la hernie. Le résultat se maintenait excellent. Le malade ne cessait de répéter combien il était soulagé depuis cette opération. Il y avait douze ans, disait-il, qu'il n'avait pas eu une heure sans douleur. Il pouvait déjà travailler et se livrer sans peine à des efforts considérables. Nouvelles toutes récentes, onze mois après l'opération.

OBSERVATION VIII

HERNIE INGUINALE ÉPIPLOÏQUE DROITE, IRRÉDUCTIBLE ET DOULOUREUSE, PAS D'ACCIDENTS D'ÉTRANGLEMENTS, MAIS PHÉNOMÈNES INFLAMMATOIRES. — CURE RADICALE. — REVU APRÈS SIX MOIS (Observation par M. Lavie, interne du service).

Joseph Belson, dix-huit ans, émailleur, entré le 23 décembre 1885, salle Nélaton n° 17, pour une hernie scrotale, douloureuse et irréductible.

La hernie a paru depuis un an à la suite d'un effort. A cette

époque Belson ressentit des douleurs pendant trois semaines; puis il lui sembla que la tumeur disparaissait. Cette première poussée ne donna lieu à aucun autre accident.

Le 19 décembre 1885, à la suite d'un effort, nouvelle réapparition de la hernie; douleurs, mais aucun accident d'obstruction. Le malade entre à l'hôpital le 23. Il est porteur d'une tumeur grosse comme un œuf, située au niveau de l'orifice inguinal externe à droite.

Tumeur allongée, mate, tendue, douloureuse, irréductible sans propulsion pendant la toux. Le testicule est situé au-dessous de la hernie et nettement séparé d'elle.

Cet état persiste, avec une légère atténuation des phénomènes inflammatoires jusqu'au jour de l'opération.

Il s'agit donc d'une hernie inguinale épiploïque irréductible, douloureuse, légèrement enflammée.

Le 31 décembre 1885, chloroforme. Incision sur le trajet du canal inguinal, descendant sur les bourses. Vaisseaux nombreux paraissant appartenir au cordon, au-devant de la tumeur: puis on arrive sur la poche arrondie qui communique avec l'abdomen par un canal étroit. La poche, ouverte, se trouve remplie d'une masse épiploïque sphérique réunie à l'épiploon dans l'abdomen par une portion allongée très étroite. Cet épiploon est très adhérent à la paroi du sac, il est ecchymotique, de teinte noirâtre; on l'isole du sac, on attire une quantité assez notable d'épiploon qui ne descendait pas dans le sac, puis après avoir fait une double ligature de catgut enchevêtrée au plus haut point accessible, M. Championnière résèque l'épiploon et réduit le moignon.

Les parois du sac sont facilement détachées; puis, on prépare la résection du sac, dont on poursuit la dissection dans le canal inguinal à l'aide du doigt et de l'ongle; des tractions abaissent la séreuse très mince au dehors; quand la séreuse résiste à l'effort, une ligature double de catgut est passée sur le point le plus élevé de cette sorte de pédicule au moyen d'une aiguille de Reverdin. Au-dessous la résection est faite.

Aussitôt après, le moignon de séreuse remonte dans le ventre entraîné par sa propre élasticité.

Deux sutures profondes de catgut sont placées tout au fond de la plaie.

Sutures superficielles de crin de Florence, gros tube de caoutchouc souple.

Pansement antiseptique avec gaze iodoformée, sachets de poudre antiseptique et gaze antiseptique, compression à l'aide d'une éponge et spica de gaze.

Le malade a quelques vomissements le jour et la nuit qui suivent l'opération, quelques douleurs abdominales: piqûres de morphine.

1^{er} janvier. — Encore quelques vomissements, dans la matinée, douleurs abdominales un peu atténuées.

2 janvier. — Plus de vomissements ni de douleurs.

7 janvier. — Huitième jour. Premier pansement, suppression des tubes et des sutures; réunion presque complète.

10 janvier. — Démangeaisons au niveau de la plaie. Deuxième pansement antiseptique avec pommade boricuée, les démangeaisons diminuent.

16 janvier. — Troisième pansement, réunion complète, suppression de la gaze phéniquée: pommade boricuée, lint et ouate salicylée.

18 janvier. — Même pansement.

19 janvier. — Même pansement, moins pour garantir la plaie que pour soutenir la paroi abdominale.

25 janvier. — Application d'un bandage ordinaire qui pèse beaucoup trop sur le canal et sur la cicatrice. Quelques jours plus tard un bandage Rainal est prêt et le malade muni de ce bandage part pour Vincennes. Il est revenu depuis portant son bandage et se trouvant le mieux du monde.

Chez lui, vu l'étroitesse du canal suivi par la hernie, la cicatrice est bien moins épaisse que chez les précédents, mais elle est très longue, on la sent remonter dans l'abdomen sous la forme d'un cordon dur, et ce patient présente toutes les garanties de solidité pour l'avenir. Revu en juin 1886.