

Ce traitement n'a aucun succès, quoique la malade l'ait suivi avec soin et pendant plusieurs mois; elle maigrit beaucoup, et sort le 6 août, sans avoir éprouvé aucune amélioration dans l'état de son goître (1).

Ainsi que nous l'avons déjà dit, il serait contraire à l'observation de prétendre que le séton guérit dans tous les cas; ce moyen thérapeutique ne réussit que dans certaines variétés de la maladie. On conçoit, au reste, que la suppuration des tumeurs soit un excellent moyen d'en opérer la résolution. Il arrive quelquefois que l'emploi de ce moyen détermine une violente inflammation; le traitement antiphlogistique parvient presque toujours à la dissiper; dans le cas contraire, il faudrait retirer momentanément le séton. Un autre accident qui peut encore compliquer l'emploi du séton est l'hémorrhagie artérielle; cet écoulement sangtun cesse comme par enchantement en enlevant la mèche. On la replace ensuite quelques jours après; cette simple précaution suffit pour arrêter et prévenir une nouvelle hémorrhagie.

(1) Observation recueillie par M. Brun.

ARTICLE XVIII.

DE L'ÉTRANGLEMENT PAR LE COLLET DU SAC HERNIAIRE (1). — DE L'ÉTRANGLEMENT INTERNE.

1^o ÉTRANGLEMENT AU COLLET DU SAC HERNIAIRE.

Pendant long-temps on a cru que tous les étranglements, dans les hernies inguinale et crurale, étaient dus à une constriction exercée par l'anneau sur l'intestin. Cette opinion erronée a eu plus d'une fois de funestes conséquences. En effet, partant de ce faux principe, des chirurgiens débri- daient largement l'anneau inguinal, faisaient rentrer les parties dans le ventre, croyant avoir détruit l'étranglement; mais les accidents persistaient, s'aggravaient incessamment, et les malades succombaient sans qu'on se fût rendu compte de la véritable cause de leur mort.

Ces résultats fâcheux, dont j'avais été nombre de fois témoin après les opérations de hernie, dit M. Dupuytren, fixèrent mon attention et devinrent l'objet de mes recherches. Bientôt je fus porté à penser que l'anneau inguinal n'était pas l'unique siège de l'étranglement, et mes dissections me prouvèrent, en effet, que dans le plus grand nombre de cas le collet du sac herniaire était la cause des accidents. Le temps a sanctionné mes idées sur ce point, et je crois pouvoir maintenant établir que sur neuf cas d'étranglement, il y en a au moins six qui sont dus à la constriction exercée par le collet du sac. Remarquez bien que ces observations s'appliquent spécialement aux hernies inguinales; car cette disposition se retrouve plus rarement dans les hernies crurales et ombilica-

(1) Mémoire sur l'étranglement au collet du sac herniaire, par M. Marx.

les. La structure des parties rend très bien compte de ces différences.

Mais pour que notre pensée soit bien comprise, il faut que nous disions ce que nous entendons par étranglement; nous parlerons ensuite du siège de cette maladie. L'étranglement, selon nous, est l'action d'un corps plus ou moins résistant, quelquefois étranger à nos parties, qui presse, comprime avec plus ou moins de force d'autres parties vivantes. Un exemple fera mieux comprendre cette définition. Un garçon tonnelier vint à l'Hôtel-Dieu pour se faire débarrasser d'une bobèche de chandelier que, dans une partie de débauche, il avait prise pour autre chose, et qui étranglait la verge; celle-ci était très tuméfiée, et il fallut faire couper la bobèche.

Mais, dans le plus grand nombre des cas, la cause de l'étranglement est en nous. Ainsi, lorsqu'une partie plus ou moins considérable du canal intestinal est engagée dans l'anneau inguinal, elle peut s'étrangler, tantôt par suite du rétrécissement de l'ouverture qui a livré passage, tantôt par l'accroissement du volume trop considérable des parties sorties; d'où résulte une pression, de la gêne dans l'action des parties, dans leur circulation, de l'altération dans leurs fonctions, et enfin la gangrène. Ces étranglements peuvent se faire dans presque toutes les parties du corps où existent des plans aponévrotiques; c'est ainsi qu'on trouve souvent entre les fibres d'une aponévrose, entre les faisceaux d'un muscle, un intervalle contre nature. Ces érailements, ces écartements, se rencontrent surtout à la paroi antérieure de l'abdomen, aux environs de l'ombilic, de l'anneau inguinal; on en trouve quelquefois aussi dans la partie charnue du diaphragme, etc., etc. Ces dispositions anormales favorisent le passage des vicères, et donnent quelquefois lieu à leur étranglement; mais on les observe bien plus souvent aux endroits où des ouvertures existent naturellement, comme aux anneaux inguinal, crural et ombilical.

Ce n'est pas tout, les étranglements peuvent avoir lieu à l'intérieur du ventre aussi bien que dans l'épaisseur de ses pa-

rois. Dans mes cours d'anatomie pathologique, j'ai décrit jusqu'à dix-sept variétés d'étranglements internes. L'art, qui peut tout contre les étranglements externes, est à peu près impuissant contre les premiers. Nous nous occuperons d'abord des étranglements qui ont lieu par le collet du sac herniaire; ceux-ci constituent un genre moyen entre les étranglements internes et externes, et auquel on pourrait donner le nom d'étranglements mixtes. On les trouve, en effet, sur les limites des uns et des autres, et passant souvent du dehors au dedans et du dedans au dehors. Ce sont eux qui amènent les déplacements en masse d'une hernie étranglée. Le premier exemple que j'en ai observé est celui d'une vieille femme qu'on apporta dans mon amphithéâtre, alors que j'étais chef des travaux anatomiques de la Faculté. Après avoir ouvert l'abdomen, je trouvai dans la fosse iliaque, au-dessus de l'arcade crurale, une tumeur du volume du poing, qui soulevait le péritoine, et dans laquelle l'intestin s'engageait par une ouverture faite à son sommet. Cette tumeur était doublement recouverte par le péritoine, par celui de la région iliaque qui avait été soulevé, et par celui d'un sac herniaire véritable, dans lequel nous trouvâmes une anse d'intestin frappée de gangrène et étranglée par le collet du sac. Nous pûmes nous procurer quelques renseignements, et nous apprîmes que, depuis longues années, cette vieille femme portait une hernie crurale sans la maintenir; cette hernie s'était étranglée à la suite d'un effort; un médecin, appelé trois ou quatre jours avant sa mort, avait tenté de la réduire et avait trop bien réussi; cependant les accidents avaient continué, augmenté même, et cette femme était morte des suites de l'étranglement. C'était bien là un étranglement qui d'externe était devenu mixte.

Nous avons dit que les étranglements par le collet du sac étaient très communs. Ils sont, en général, plus communs à gauche qu'à droite. Cette opinion, contraire à celle de plusieurs praticiens distingués, se fonde sur ce que dans l'effort pour soulever de terre un fardeau, le déplacement s'opère ou tend à s'opérer à l'instant où le corps est incliné vers le

poids à soulever, et où l'on commence à agir sur ce point. Expliquons maintenant comment il peut se former à l'entrée du sac herniaire une ouverture capable de donner lieu à un étranglement. Les parties déplacées qui constituent les hernies passent à travers l'ouverture d'un sac herniaire et une ouverture faite aux parois de l'abdomen; lorsqu'elles viennent à être affectées d'étranglement, celui-ci peut avoir son siège à l'ouverture des parois de l'abdomen ou à celle du sac herniaire. Suivant le degré de dilatation ou de resserrement de chacune d'elles, l'étranglement a lieu à l'ouverture des parois de l'abdomen comme à l'anneau inguinal, lors que celui-ci est plus resserré que l'ouverture du sac herniaire.

Lorsqu'une anse intestinale tend à sortir de l'abdomen, elle chasse devant elle le péritoine qui doit lui former un sac. Toutes les hernies n'en sont cependant pas pourvues, car on admet généralement que celles de la vessie et du cœcum, et celles qui se font à travers une plaie ou une cicatrice, n'ont point d'enveloppe péritonéale complète. Dans le commencement, ce feuillet séreux représente assez exactement une cavité digitale dont l'ouverture est à l'abdomen, et dont le fond s'en éloigne sans cesse. Mais avec le temps on voit changer la forme de cette poche: son fond s'élargit, son ouverture se rétrécit, et alors le sac herniaire a la forme d'un cône dont la partie interne répond à l'ouverture des parois de l'abdomen, c'est-à-dire que la partie la plus large du sac herniaire se trouve en bas, présentant des dimensions variables, depuis une ligne jusqu'à quatre de diamètre, et que l'ouverture rétrécie est située en haut. Cette extrémité rétrécie forme le collet du sac, lequel se termine par une ouverture dont les bords sont minces et comme tranchants; c'est là ce qui, dans les hernies, rend les étranglements si fréquents et leurs suites si dangereuses.

L'étroitesse de l'ouverture par laquelle le péritoine se continue avec le sac herniaire ne saurait rendre raison que de l'étranglement lui-même. D'autres circonstances anatomiques servent à expliquer plusieurs des phénomènes que présentent les hernies étranglées au collet du sac.

Le péritoine, qui est placé derrière l'anneau inguinal ou l'arcade crurale, n'est pas intimement uni à ces parties; il ne leur adhère que par un tissu cellulaire extrêmement lâche, et qui permet à cette membrane de très grands déplacements, des déplacements tels que l'on peut aisément, sur le cadavre, faire rentrer un sac herniaire dans le ventre en exerçant des tractions sur le péritoine, ou l'attirer hors du ventre en exerçant des tractions sur le sac herniaire; d'où résulte la mobilité en masse des hernies étranglées à l'orifice du sac herniaire, d'où résulte encore, dans les opérations pratiquées à l'occasion d'une hernie étranglée au collet du sac, la facilité avec laquelle on peut, à l'aide de douces tractions sur le sac herniaire, amener le siège de l'étranglement jusqu'au dehors.

Toutes ces parties, le sac herniaire, son collet et son orifice, sont *mobiles*; il n'en est pas de même du canal inguinal et de ses deux ouvertures; ces parties sont *immobiles*, fixées qu'elles sont, tant au pubis qu'à l'épine antérieure et supérieure de la crête de l'os des îles, au ligament de Fallope, et à l'aponévrose *fascia lata*.

Aussi voit-on les étranglements qui ont leur siège à quelques unes de ces parties, et notamment à l'anneau inguinal, rester immobiles, ne jamais changer de lieu, ni devenir internes d'externes qu'ils étaient; ajoutons qu'on n'a jamais vu, et qu'on ne verra jamais, dans l'étranglement par l'anneau, la tumeur herniaire rentrer en masse; elle ne peut rentrer que successivement. Il n'en est pas de même lorsque l'étranglement a son siège au collet du sac; dans ce cas, le siège de l'étranglement étant mobile, la hernie peut monter, descendre et jouer, en quelque façon, dans le canal inguinal. Là se bornent ordinairement les effets de la mobilité du siège de l'étranglement; mais si des tentatives de réduction sont faites sans mesure, les efforts répétés de la hernie sur l'anneau finissent par le dilater.

L'étranglement est sans doute très commun au-dessus de l'orifice de l'anneau au collet du sac herniaire, mais il peut exister dans presque toutes les parties de l'étendue des tu-

meurs herniaires. M. Dupuytren a trouvé une fois la constriction produite par les bords d'une ouverture située entre la partie inférieure du sac et la partie supérieure d'une hydrocèle de la tunique vaginale du testicule. Dans ce cas, la hernie était en haut et l'hydrocèle en bas. Il a observé deux fois l'étranglement à l'orifice de communication de la partie antérieure du sac herniaire avec la partie postérieure d'une hydrocèle de la même tunique. Dans ces deux cas, la hernie était située en arrière et l'hydrocèle en avant, disposition qu'on rencontre d'ailleurs presque toujours, lorsque ces deux maladies se trouvent réunies. Il l'a rencontré une fois à l'entrée d'une déchirure éprouvée par le sac herniaire à la suite d'un effort. Dans ce cas, l'intestin était répandu dans le tissu cellulaire des bourses, où il avait également produit des déchirures accompagnées d'ecchymoses et d'épanchements de sang. Il l'a trouvé un grand nombre de fois dans le sac herniaire, au-dessous de l'anneau, et formé tantôt par des rétrécissements du sac, tantôt par l'orifice des cellules qui le partagent quelquefois; plus souvent par des brides, des replis ou des adhérences de l'épiploon, ce qui arrive assez souvent dans les hernies ombilicales.

M. Dupuytren a encore rencontré un grand nombre de fois la constriction à l'orifice de l'anneau inguinal. Lorsque l'étranglement existe à l'anneau, c'est-à-dire à l'orifice inférieur du canal inguinal, la tumeur formée par la hernie ne s'étend pas au-dessus de ce point; tout le trajet du canal inguinal est vide, souple, indolent au toucher, et l'anneau paraît serré, dur et tendu. Au contraire, lorsque l'étranglement est situé au collet du sac herniaire, c'est-à-dire à la hauteur de l'orifice supérieur du canal inguinal, ce canal est constamment plein, dur, douloureux, et offre au toucher la sensation d'une tumeur cylindrique, dirigée de bas en haut et de dedans en dehors. Il est même quelquefois possible d'insinuer le doigt entre les parties déplacées à l'anneau, tant celui-ci est loin d'opérer de constriction. Ces indications n'ont jamais trompé M. Dupuytren, et nous avons constamment vu l'opération justifier le diagnostic qu'il avait porté d'avance sur le siège de l'étranglement.

Dans quelques cas, lorsque le sac est très mobile et susceptible d'être repoussé en partie dans le ventre, l'étranglement remonte souvent plus ou moins au-dessus du canal inguinal. Il est d'autres circonstances enfin où la hernie ayant été réduite en masse, l'étranglement est bien plus loin encore de l'anneau inguinal.

Les hernies étranglées au collet du sac ne rentrent pas seules et sans efforts, il y a trop de disproportion entre le volume de la hernie et les ouvertures qu'elles devraient franchir pour rentrer. Cependant, lorsque des tentatives sont faites sans mesure, soit par les malades, soit par les hommes de l'art, ces efforts, en poussant la hernie contre les parois de l'abdomen, dilatent l'ouverture par laquelle elles se sont faites, et en la dilatant, ces pressions font cesser la disproportion qui existe entre ces ouvertures et le volume de la hernie. Cependant rien ne se réduit, ou ne rentre successivement, par degrés et avec un bruit de gargouillement, comme dans la hernie étranglée, dont la réduction se fait *utilement*; mais au moment précis où la dilatation de l'anneau est arrivée au point d'égaliser le volume de la tumeur, celle-ci rentre subitement en bloc, ou en masse, laissant l'opérateur étonné, et bientôt fâché de son succès; car les accidents, au lieu de cesser, comme dans les cas de réduction ordinaires, persistent, et offrent souvent plus d'intensité qu'ils n'en avaient avant cette fausse réduction; le sac, en effet, a été réduit avec les parties déplacées, la cause de l'étranglement avec les parties étranglées, et sans qu'il soit survenu entre ces parties aucun changement de rapport qui puisse faire cesser les accidents; la seule différence c'est que la tumeur, d'externe qu'elle était, est devenue interne.

Où ira se placer cette tumeur? Pourra-t-elle se porter dans tous les points du ventre, indifféremment, ou bien restera-t-elle toujours dans une même région? Elle ne saurait être libre et errante, puisqu'elle est formée, en partie du moins, par le péritoine. Celui-ci, bien que mobile et susceptible de s'élever et de s'abaisser par l'anneau inguinal, et même de se déplacer en abandonnant les parois de l'abdomen, reste

pourtant toujours dans la région à laquelle il appartient, et il y retient aussi la hernie réduite en masse.

Cette tumeur se trouve donc toujours derrière l'ouverture par laquelle elle est rentrée, appliquée à son côté interne. Environnée par le tissu cellulaire qui unissait auparavant le péritoine aux parois de l'abdomen, et qui s'est laissé déplacer pour la recevoir, elle est en outre recouverte par une seconde lame du péritoine; celle-là précisément qu'elle a détachée de la face postérieure des parois de l'abdomen; de sorte que pour arriver dans le sac herniaire, par une incision des parois du ventre, il faudrait inciser deux fois le péritoine, pénétrer dans sa cavité avant de s'engager dans celle du sac, à moins toutefois qu'on ne voulût agir, comme pour la ligature de l'artère iliaque externe, en soulevant et en décollant le péritoine. On conçoit que cette méthode pourrait être employée; je n'y ai pourtant jamais eu recours.

Il en existe heureusement une plus simple et moins dangereuse; elle consiste à chercher et à amener la hernie par l'ouverture qui l'a transmise dans le ventre, assuré que l'on est de la trouver appliquée à la face interne de cette ouverture, de pouvoir la saisir avec des pinces et de l'attirer au-dehors, en incisant, ou sans inciser les bords de l'anneau, de manière à pouvoir l'opérer au grand jour; le collet, l'ouverture du sac, est constamment situé dans un point opposé à celui que l'on a saisi. Ainsi, la première précaution à prendre lorsqu'on est appelé près de quelqu'un dont la hernie a été rentrée, est de l'engager à la faire ressortir, en marchant, en toussant, ou en se livrant à des efforts quelconques.

Si l'on examine la tumeur par la cavité du péritoine, on la trouve constamment logée dans la fosse iliaque, un peu plus en dehors et un peu plus profondément dans la hernie crurale, un peu plus en dedans dans la hernie inguinale; elle présente une ouverture étroite et serrée, dans laquelle deux bouts d'intestin se plongent pour former une anse dans la cavité du sac. A cette ouverture, les intestins sont comprimés, resserrés, amincis, étranglés, et quelquefois gangrenés; le

bout supérieur plus que l'inférieur; le premier plus dilaté, au point de se déchirer; le second mince, vide, et tel que l'intestin d'un enfant.

On conçoit quels embarras et quelles difficultés doit éprouver un praticien, appelé à donner les secours de son art à des malades atteints de hernies étranglées, et réduites en masse.

Disons ces embarras et ces obstacles, afin de vous aplanir la route épineuse que j'ai suivie, et dans laquelle vous vous engagerez également. Ils consistent, d'une part, dans la difficulté de prononcer, en l'absence de toute hernie, s'il existe ou non un étranglement, et, lorsque celui-ci est constaté, dans la difficulté d'atteindre un étranglement qui, en rentrant dans le ventre, s'est soustrait à l'investigation des yeux et aux instruments de nos opérations.

Existe-t-il donc, après qu'une hernie a été réduite, des moyens de décider si l'étranglement persiste ou non, au dedans du ventre?

Je le crois. Parmi ces signes, il en est de commémoratifs et d'actuels. Les signes commémoratifs sont: la largeur de l'anneau, la mobilité de la hernie qui en est la conséquence, sa réduction en masse qui en est le résultat, la persistance des accidents sans aucune rémission; mais ces signes n'ont pas toujours été observés avec soin; il faut alors avoir recours aux signes actuels. Ceux-ci sont: une douleur fixe et circonscrite dans la région du ventre, derrière l'ouverture par laquelle la hernie s'est faite et par laquelle elle est rentrée; une tumeur plus ou moins sensible dans cette région, lorsque les parois du ventre peuvent être déprimées; une résistance plus ou moins grande qu'on sent quelquefois à l'anneau, soit en introduisant le doigt dans cette ouverture, soit en faisant tousser le malade; l'effort que fait cette tumeur pour sortir, en dilatant le canal, et quelquefois en soulevant la peau qui le revêt, comme si une hernie s'y engageait et était prête à le franchir. Mais ce qui est plus caractéristique encore, c'est la persistance, et surtout la nature des vomissements. De faibles vomituritions ne suffiraient

pas pour établir l'existence d'un étranglement interne; il faut pour cela de larges et copieux vomissements; leur nature est surtout importante; des vomissements muqueux ou bilieux indiqueraient tout aussi bien une irritation ou une inflammation, une gastrite ou une entérite, qu'un étranglement; mais des vomissements d'une bouillie d'un jaune doré, ayant l'odeur des matières stercorales, et formés par ces matières délayées, ne sauraient laisser aucun doute sur l'existence d'un étranglement interne; et lorsque ce signe se joint aux précédents, on doit admettre que la hernie est rentrée en masse, et étranglée en dedans comme elle l'était au-dehors. Il est rare qu'on ne rencontre pas un plus ou moins grand nombre de ces signes réunis; alors on doit agir, sous peine de voir le malade périr, car la nature ne déploie pas toujours des ressources assez grandes pour les sauver. Dans quelques cas, il m'a suffi des signes commémoratifs et du vomissement de bouillie stercorale pour opérer la réduction de la hernie.

Quelques chirurgiens mettent en doute la possibilité de la réduction en masse d'une hernie; les raisons qu'ils allèguent ne sauraient détruire les faits observés par M. Dupuytren, et avant lui par d'autres. Ledran rapporte qu'un homme à qui on avait réduit une hernie depuis sept jours mourut sans que les symptômes de l'étranglement eussent cessé. Il n'y avait plus de tumeur dans l'aîne; mais on sentait un vide à l'endroit qu'elle avait occupé, et le ligament de Fallope avait tellement prêté au volume de la hernie, qu'on pouvait aisément glisser les doigts par-dessous. Ledran ajoute que le chirurgien qui avait fait la réduction de cette hernie se rappelait que, lors de la rentrée des parties, il n'avait pas entendu le gargouillement qui caractérise celle des hernies intestinales, et que les parties avaient passé sous le ligament en bloc, comme aurait pu faire une balle de paume.

A l'ouverture du corps, on trouva dans le ventre le sac herniaire, qui avait quatre-vingt-un millimètres de hauteur sur deux cent quatorze de circonférence, et dans ce sac était renfermée une portion considérable de jéjunum. Lorsqu'on

voulut l'en faire sortir, l'entrée se trouva si resserrée, qu'il fallut l'agrandir avec des ciseaux.

A l'autorité de Ledran nous pouvons ajouter celle d'Arnaud, de Lafaye, de Leblanc, et de M. Sanson. M. Dupuytren a vu huit ou dix cas semblables.

OBS. I. — *Hernie crurale gauche étranglée par le collet depuis douze jours. — La hernie rentre en masse. — Continuation des accidents. — Opération le douzième jour. — Guérison.* — Paul Michel, âgé de cinquante-cinq ans, couvreur de profession, entra à l'Hôtel-Dieu le 5 décembre 1818, pour se faire traiter d'une hernie crurale du côté gauche, étranglée depuis trois jours.

Vingt-huit ans auparavant, à la suite d'un violent effort, il avait remarqué qu'il s'était formé dans la région inguinale gauche une petite tumeur du volume d'une noix, sans changement de couleur à la peau, de forme ronde, molle, élastique, rentrant avec facilité, soit par la simple pression, soit par une position horizontale, augmentant au contraire de volume lorsque le malade était debout ou faisait le moindre effort. Cette tumeur n'avait jamais été contenue par un bandage, et n'avait jamais donné lieu à des accidents; seulement, de temps à autre, il avait de légères coliques. Il y a trois jours, et sans le moindre effort, il sentit tout-à-coup sa hernie sortir plus volumineuse que de coutume, plus dure, plus tendue et plus douloureuse. En vain employa-t-il tous les moyens imaginables pour la faire rentrer, les tentatives furent infructueuses. Une heure après, il éprouva des nausées, des coliques, des hoquets; il eut deux ou trois vomissements de matière bilieuse verdâtre; les évacuations alvines se supprimèrent.

Voyant que les accidents, loin de cesser, allaient en augmentant, le malade se fit transporter à l'Hôtel-Dieu, il se trouvait alors dans l'état suivant:

A la partie supérieure de la cuisse gauche, au-devant de l'arcade crurale, existe une tumeur arrondie, bosselée, dure, sans changement de couleur à la peau, douloureuse à la moindre pression; le ventre est tendu, douloureux; le ma-