

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, couverturier 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-

lade a des hoquets, des rapports, des vomissements; depuis trois jours il n'a pas été à la garde-robe; le pouls est petit, fréquent et serré. Le malade est conduit au bain; il y reste environ une heure; la tumeur rentre alors d'elle-même, et tout d'un coup.

Cependant le soir, à la visite, M. Dupuytren trouve que les symptômes continuent. (Une saignée de trois palettes est pratiquée au bras; lavements, cataplasmes et boissons émoullients.)

Le 7 décembre, cinquième jour de l'étranglement, persistance des accidents; plus de selles; ventre plus tendu, plus douloureux; cependant pas de tumeur à l'extérieur; la tumeur était donc réduite en masse, avec l'étranglement; toutes les tentatives faites pour la faire ressortir ont été inutiles.

Les symptômes de l'étranglement vont en augmentant jusqu'au douzième jour. Le malade, d'un caractère pusillanime, refuse l'opération qui lui avait été offerte dès les premiers jours de son entrée à l'hôpital.

Quel parti fallait-il prendre pour triompher de cet étranglement?

Aller le chercher dans le ventre et le lever? Certes, dans un cas d'étranglement récent, ce parti pouvait être adopté; mais chez notre malade, l'étranglement datait déjà de douze jours, et en agissant ainsi, l'intestin étant malade, on aurait pu donner lieu à un épanchement de matières fécales dans le péritoine, accident toujours mortel. On pouvait aussi, en faisant une incision au-devant de l'arcade crurale, aller chercher le sac, l'attirer au-dehors, et lever l'étranglement. C'est à ce dernier parti que M. Dupuytren s'arrêta. Le malade s'étant enfin décidé, l'opération fut pratiquée le 14 décembre, douzième jour de l'étranglement, et de la manière suivante:

Une incision fut faite à la peau, au-devant de l'arcade crurale, et parallèlement à l'axe de la cuisse. Le tissu cellulaire sous-cutané et le feuillet aponévrotique ayant été incisés, on arriva à l'ouverture où la veine saphène se plonge dans la cuisse (1). Le feuillet externe de l'aponévrose *fascia*

(1) Il est important de faire la remarque que la hernie crurale à sa

*lata* fut incisé; le doigt, introduit dans l'arcade crurale, y pénétra facilement, et sentit au fond, au-dessus et derrière l'arcade crurale, un corps élastique, que le malade assura être sa descente. L'arcade crurale fut débridée obliquement en haut et en dehors. Depuis long-temps, M. Dupuytren débride ainsi les hernies crurales, et jamais il n'a vu survenir d'hémorrhagie. A quoi tient cette particularité? A plusieurs circonstances que nous allons énumérer. Ainsi la disposition du feuillet antérieur de l'aponévrose *fascia lata*, qui concourt à la formation de l'ouverture inférieure du canal crural, est telle, qu'il suffit souvent de dilater cette ouverture sur laquelle le débridement doit presque nécessairement porter de temps à autre, pour relâcher l'orifice supérieur du canal. Une autre circonstance, c'est qu'un grand nombre d'étranglements sont dus, comme il a été dit, au rétrécissement du collet du sac herniaire épaissi, et que, dans ce cas, le débridement ne porte que sur ce collet. Enfin, dans beaucoup de cas où l'on dirige le tranchant de l'instrument vers les vaisseaux spermatiques, ces vaisseaux, mobiles comme ils le sont, fuient au-devant du tranchant qui s'en approche, lorsque surtout il leur est présenté obliquement. Quoi qu'il en soit, des paquets de tissu cellulaire se montrèrent alors; certain qu'ils devaient adhérer au sac, M. Dupuytren les saisit avec une pince, et en même temps qu'il les attirait au-dehors, et que deux aides maintenaient les deux lèvres de la plaie, il recommandait au malade de tousser, de faire des efforts. Pendant ces tentatives se présenta une tumeur inégale, bosselée; l'extrême pointe d'un bistouri y fut plongée avec précaution. Aussitôt un jet de liquide transparent sortit en arcade, à plusieurs pouces de hauteur, ce qui prouva à la fois que

sortie par le trou de la veine saphène, se trouve en avant et en dedans de cette veine, et celle-ci est par conséquent peu exposée à être blessée. M. Dupuytren, qui pratique presque toujours aux téguments une incision cruciale dont une des branches est parallèle, et l'autre perpendiculaire au pli de la cuisse, n'a jamais blessé la veine saphène, et il a constamment obtenu par l'emploi de ce mode d'incision, adapté à la forme arrondie de la tumeur, la faculté de découvrir facilement celle-ci dans toute sa circonférence.

M. Dupuytren avait affaire à une poche, à un sac, et qu'il n'était point enflammé. Le sac fut incisé crucialement à l'aide de ciseaux mousses, et l'on vit alors qu'il renfermait une anse d'intestin rouge; le sac fut attiré hors du ventre de manière à amener en avant l'étranglement, et à mesure qu'il descendait, des coups de ciseaux en agrandissaient l'ouverture à l'aide d'un bistouri boutonné, tranchant sur la convexité. M. Dupuytren débrida obliquement, en haut et en dehors, le collet du sac; l'intestin adhérait, mais faiblement, au sac; il n'était pas gangrené, et la réduction en fut facile. On pansa le malade avec un linge troué enduit de cérat; par-dessus on mit de la charpie, quelques compresses pliées en triangle, et le tout fut maintenu par une grande bande en spica.

Un quart d'heure après, le malade eut une évacuation alvine.

Le lendemain, tous les symptômes de l'étranglement avaient cessé, le malade alla de mieux en mieux, et le trente-cinquième jour de son opération, quarante-quatrième de son entrée à l'hôpital, Paul Michel sortit parfaitement guéri (1).

La hernie crurale a été considérée comme beaucoup plus rare chez l'homme que chez la femme; cette circonstance tient évidemment à la difficulté que cette hernie éprouve chez l'homme à franchir l'anneau crural; il en résulte qu'elle est souvent retenue cachée pendant un temps très long sous le ligament de Fallope et l'extrémité supérieure du repli falciforme.

Le pansement après l'opération n'est pas toujours tel que nous venons de le voir dans l'observation précédente; plusieurs fois la réunion a été tentée par première intention et avec succès. Nous nous rappelons, entre autres faits, celui d'une femme de quarante ans, opérée en juillet 1828. Chez elle, la cicatrisation était presque complète, et au bout de quelques jours la guérison assurée.

Il n'est pas rare, ainsi que nous l'avons déjà fait observer,

(1) Observation recueillie par M. Marx.

de voir les hernies étranglées par le collet du sac être imprudemment réduites en masse. On croit avoir dissipé les accidents; un bandage est appliqué, mais le mal reparaît plus formidable que jamais; des abcès stercoraux se déclarent, un anus contre nature s'établit, et une infirmité dégoûtante en est la conséquence. Quelquefois cependant l'art ou la nature triomphent de tous ces obstacles, et le malade recouvre la santé.

Obs. II. — *Hernie crurale gauche étranglée par le collet du sac.* — *Fausse réduction par le taxis.* — *Application d'un bandage.* — *Persistance des accidents.* — *Administration de purgatifs.* — *Abcès stercoral.* — *Anus contre nature.* — *Guérison.* — Le 20 janvier 1832 fut reçue à l'Hôtel-Dieu et couchée au n° 22 de la salle Saint-Jean, la nommée Guerdon (Marie-Madelaine), âgée de cinquante-neuf ans, blanchisseuse, née dans le département de la Manche.

Cette femme, d'une taille moyenne, d'une bonne constitution, avait eu plusieurs enfants; c'est peut-être là la seule prédisposition aux hernies que nous retrouvions en elle. Il y a douze ans, elle sentit au côté droit de l'aîne une petite tumeur arrondie, presque cachée dans le tissu cellulaire, rentrant à la plus légère pression et dans le décubitus, augmentant au contraire au plus léger effort; c'était une hernie crurale. Quoique parfois cette tumeur déterminât quelques coliques, quelques envies de vomir, la malade n'avait jamais porté de bandage.

Il y a quinze jours, sans doute après un effort, bien que la malade assure ne s'être livrée à aucun exercice violent, la hernie devint tout-à-coup plus dure, plus tendue, plus volumineuse. Tous les symptômes de l'étranglement, tels que coliques, nausées, vomissements d'aliments non digérés, de bile, de matières fécales, constipation opiniâtre se manifestèrent aussitôt. Il y eut seulement, à l'aide des lavements administrés, excréation de matières dures, arrondies, semblables à celles qui sont contenues habituellement dans le gros intestin. En vain après l'emploi des antiphlogistiques locaux et généraux, après quelques tentatives de réduc-

tion, pensa-t-on pouvoir faire rentrer la hernie, c'était dans ce cas le collet du sac qui était la cause de l'étranglement. On repoussa la hernie, qui était mobile, en masse, c'est-à-dire l'intestin avec le sac, et on crut avoir guéri la malade, lorsqu'on n'avait fait encore que compromettre son existence. Un bandage fut appliqué, grave erreur à laquelle il faut sans doute attribuer la marche rapide de l'étranglement vers la gangrène.

Les accidents, la constipation persistant, on admit l'existence d'un embarras intestinal causé par un amas de matières. Dans cette idée, des purgatifs furent administrés par la bouche. Bientôt l'inflammation s'empara des parties voisines où existait la tumeur; du pus, des gaz, des matières fécales, résultat de la rupture de l'intestin, s'infiltrèrent dans le tissu cellulaire environnant; la peau prit une couleur bleuâtre, s'amincit, s'ulcéra, et, à travers la plaie, se fit un écoulement de matières infectes, déjà épanchées ou contenues encore dans l'intestin. Dès lors tous les accidents cessèrent. La malade fut portée à l'hôpital. Une seule fois, dit-elle, les vomissements ont eu lieu depuis l'ouverture de l'anus artificiel; plusieurs selles ont été rendues par l'anus; des gaz et des matières fécales sortent en petite quantité par la plaie. Du reste, la figure est naturelle, colorée, le pouls assez résistant; le ventre est souple, indolent, ce qui prouve l'absence de péritonite; les selles sont de bonne nature, donc point d'entérite.

Il existe aujourd'hui un anus contre nature au fond duquel se présentent les deux bouts intestinaux. Probablement l'intestin n'était pincé que dans une portion de son diamètre, car la plus grande partie des matières fécales sort par l'anus. Autour de la plaie, quand on exerce une pression, il s'écoule une grande quantité de pus. Il y a donc eu décollement considérable de la peau et destruction d'une portion considérable de tissu cellulaire. L'état général de la malade, la disposition anatomique de l'intestin paraissent très favorables à une guérison spontanée. Soins de propreté; lotions fréquentes, légèrement chlorurées; prévenir la gangrène consécutive, l'ir-

ritation de la peau par suite de l'écoulement des matières fécales; telles sont les seules précautions prises. (Eau gommée, diète.)

Tout étranglement, dit M. Dupuytren, est suivi d'inflammation avant d'être frappé de gangrène; cette inflammation détermine le plus ordinairement l'adhérence des parties étranglées avec les parties voisines, et cette adhérence est précisément ce qui sauve les malades d'un épanchement à l'intérieur, qui, s'il avait lieu, produirait une péritonite suraiguë, promptement mortelle. Mais comment cesse l'étranglement après la gangrène? C'est que non seulement les parties étranglées, mais encore celles qui produisent l'étranglement, sont frappées de mort. Aussitôt l'étranglement s'arrête, la circulation devient libre dans les parties non encore mortifiées; aussi parfois est-on obligé de réséquer quelques unes de ces parties. Il se passe, en un mot, ici ce qui arrive dans le simple furoncle, où non seulement les parties contenues dans les aréoles du derme, mais encore les cloisons de ces aréoles mêmes sont détruites par l'étranglement, produit de l'inflammation.

Ordinairement, dans les anus contre nature, l'ouverture se trouve placée au centre de l'ulcération; chez cette malade, au contraire, elle est à l'angle interne de la plaie.

Depuis l'entrée, il n'y a pas eu de coliques ni de nausées; les selles ont reparu; le pouls est normal. Cependant, le 13 janvier, il s'est manifesté du dévoiement, ce qui pouvait faire craindre une inflammation des bouts d'intestins voisins de la partie gangrenée. A cette époque, peu de matières stercorales passaient par la plaie extérieure, mais il était à craindre que la quantité n'en augmentât par suite de la chute des escarres qui n'étaient pas encore toutes tombées.

Le 26, les bords de la plaie ont de la tendance à se rapprocher; du reste, aucun symptôme d'étranglement ne s'est manifesté. Le pourtour de la plaie est légèrement excorié par le contact souvent répété des matières; on recommande d'enduire la peau environnante de cérat, qui, par sa pré-

sence, non seulement adoucira et calmera l'inflammation cutanée, mais encore garantira la partie du contact des substances nuisibles. On continue les soins de propreté dont nous avons déjà parlé, et on se garde de faire aucune espèce de pansement qui pourrait par sa présence opposer un obstacle à la libre issue du gaz et des matières. On a un peu fléchi la cuisse sur le bassin, afin de favoriser le rapprochement des bords de l'ouverture, et d'empêcher les matières de s'écouler par la plaie extérieure aussi facilement que lorsqu'elle était béante.

La malade continue à aller bien les jours suivants; la quantité des matières, assez abondante après la chute complète des escarres, diminue. Cependant elle augmente légèrement dans les premiers jours de février. A cette époque, en effet, la malade fut affectée d'un rhume assez violent; elle toussait souvent, et les secousses de la toux favorisaient la sortie du pus par la plaie.

Le 4 février, la plaie est cicatrisée dans la plus grande partie de sa circonférence, il n'existe plus que l'endroit où se trouve placée l'ouverture de l'intestin. Cette malade ne présente rien de remarquable pendant le courant de février. La quantité des matières diminue toujours. La plaie se rétrécit beaucoup, de telle sorte que dans les premiers jours de mars il semble qu'on pourrait la faire cicatriser entièrement, en plaçant par-dessus un emplâtre de diachylon. Mais la nature semble suffire, quoique lentement, à la guérison; il est plus convenable de la laisser agir. Il y aurait des inconvénients à hâter la cicatrice; il pourrait arriver, en effet, que celle-ci fût parfaitement opérée avant que la communication fût entièrement libre entre le bout supérieur de l'intestin et l'inférieur. Dans ce cas malheureux, des accidents provenant de l'accumulation du pus dans le bout supérieur ne manqueraient pas de se manifester. On a quelquefois été obligé de rouvrir la plaie, et d'aller à la recherche de l'intestin.

Le 12 mars il ne s'écoule presque plus de matières. L'amélioration continue, et dans l'espace de vingt-quatre heures, la malade dit qu'il n'est rien sorti; on ne voit plus que de pe-

tites gouttes de liquide. Enfin, le 20, la plaie est totalement cicatrisée, la malade guérie (1).

L'observation suivante est une nouvelle preuve du danger qu'il y a à réduire les hernies étranglées par le collet du sac.

OBS. III. — *Hernie inguinale. — Étranglement par le collet du sac. — Opération. — Mort. — Autopsie.* — Honoré Lefèvre, âgé de cinquante-neuf ans, cocher, entra à l'Hôtel-Dieu, le 2 septembre 1819, dans l'état suivant.

Il vomit à chaque instant des matières fécales liquides; les vomissements sont précédés et suivis de coliques, de nausées, de rapports, de hoquets; ils ont commencé, il y a quatre jours, à la suite d'efforts pour tousser. Depuis ce moment, pas d'évacuations alvines, pas de vents par le bas; le malade est dans un état d'anxiété inexprimable, sa face décomposée, son corps tout couvert de sueur; le pouls est petit, fréquent, le ventre tendu, ballonné, sensible à la moindre pression. Une petite tumeur molle, indolente, de deux pouces de long, faisant à peine une saillie de quelques lignes, s'étend de l'anneau à la partie supérieure de la bourse du côté droit.

Dans cet endroit, selon le rapport du malade, existait une tumeur plus considérable, du volume d'une bille de billard, survenue, il y a vingt-trois ans, à la suite d'un violent effort pour soulever un fardeau. Cette tumeur rentrait et sortait facilement, un bandage la maintenait réduite; déjà, plusieurs fois, elle avait fait éprouver des accidents qui s'étaient calmés d'eux-mêmes, lorsque, le 30 août, survinrent les symptômes qu'il présente aujourd'hui. Un médecin appelé avait fait des tentatives de réduction, et la hernie était en effet presque rentrée, sans qu'il fût survenu aucun amendement dans les accidents.

Les circonstances commémoratives, les signes évidents d'un étranglement, la rentrée en masse d'une hernie, les vomissements de matières stercorales, déterminèrent M. Dupuytren à pratiquer l'opération.

(1) Observation recueillie par M. Cazeaux.

Une incision parallèle à la direction du cordon des vaisseaux spermatiques divisa la peau au-devant de la tumeur extérieure. Après avoir fait la section de plusieurs plans aponévrotiques, on arriva à un corps de consistance molle : c'était le cordon. Le doigt, porté en suivant ce cordon jusque dans l'anneau, fit sentir à la partie postérieure, supérieure et externe de celui-ci, un corps arrondi, mobile, d'une médiocre consistance; l'anneau fut alors incisé en haut, et parallèlement à la direction de la ligne blanche. La tumeur fut saisie à l'aide de pincés, attirée en bas, engagée dans l'anneau. Une ponction y fut faite; elle donna issue à une assez grande quantité de sérosité incolore. L'ouverture de cette ponction fut agrandie supérieurement, et la totalité du sac parut au-dehors; il contenait une anse d'intestin de trois pouces de long. Ces tractions amenèrent aussi à l'extérieur le siège de l'étranglement. Il était au collet du sac; chacun des assistants put le voir; le tranchant convexe d'un bistouri bouffonné servit à opérer le débridement. L'intestin, d'une couleur brune et noirâtre, fut attiré au-dehors; il était rétréci et comme coupé à l'endroit où il avait été étranglé; au-dessous, il était d'un brun noirâtre; mais il était résistant, et ne répandait aucune odeur de gangrène. Il fut réduit après que M. Dupuytren eut chassé les gaz renfermés dans son intérieur, en le comprimant largement entre les deux mains.

Dans la nuit, selles abondantes, disparition des hoquets et des vomissements, le ventre diminue et le pouls se relève.

Le lendemain dans la journée, le malade éprouve des frissons; le ventre devient douloureux, les hoquets reparaissent. On applique trente sangsues sur le bas-ventre; après leur chute, le malade est conduit au bain, et immédiatement après, on couvre le ventre de cataplasmes émollients.

Le soir, même état, nouvelle application de cinquante sangsues; du reste, même prescription. Dans la nuit, délire fugace.

Le surlendemain, le malade est très abattu, la figure est altérée, le délire continue, le ventre est tendu, ballonné, douloureux; la langue est sèche, le pouls insensible. Ces

symptômes augmentent, et le malade meurt à quatre heures.

*Autopsie.* — La peau, le tissu cellulaire qui recouvrent la hernie, le *fascia superficialis*, l'aponévrose de l'oblique externe, le transverse, sont successivement enlevés, et laissent à découvert le conduit qui a donné passage à la hernie. Le col du sac herniaire est placé au-devant de l'artère épigastrique et des vaisseaux spermatiques qui s'entre-croisent à un pouce au-dessous, en dedans de son orifice interne, et qui ne tardent pas à s'accoler à sa face postérieure, puis à gagner son côté externe qu'ils longent; il est incisé à sa partie antérieure et supérieure, où il présente un bord tranchant. Le crémaster et les vaisseaux spermatiques, après qu'ils sont sortis de la région postérieure du sac, forment en dehors de lui une masse rougeâtre, dans laquelle on distingue à peine les vaisseaux, et qui pendant la vie formait cette tumeur molle restée au-dehors. C'est au-dessous et en dehors de cette partie, que l'incision faite pour les recherches avait été prolongée, et c'est au-devant et en dedans d'elle qu'on trouva le sac, qui se prolongeait en dedans et en arrière du péritoine dans la cavité du bassin, où il se terminait en un cul-de-sac qui adhérait à la vessie, un peu entraînée de ce côté.

Une partie d'intestin grêle, longue de deux pouces, distante du cœcum de huit, offre un aspect d'un rouge noirâtre, cessant brusquement par un cercle où les membranes paraissent amincies. Cette partie noire, quoique tirée avec effort, ne se déchire que difficilement. Le péritoine est rouge injecté, il contient de la sérosité purulente. Tous les autres organes sont sains.

L'étranglement au collet du sac herniaire occasionnant très promptement la désorganisation des parties, il faut opérer immédiatement, parce que la hernie rentre très difficilement d'une manière complète; et d'un autre côté, parce que les bords tranchants qui pincent l'intestin sont une cause sans cesse renaissante de gangrène. La résistance des tissus mérite ici de fixer l'attention: le péritoine soutient plus longtemps la pression, mais la membrane muqueuse ne tarde

point à être coupée en cercle. Si l'étranglement a duré deux à trois jours, la membrane cellulaire est à son tour sectionnée ; dans quelques cas, enfin, la membrane péritonéale est elle-même coupée, de sorte que la moindre traction suffit pour séparer les deux bouts de l'intestin, et la gangrène finit par se manifester. On voit donc que quand on opère de pareilles hernies, il ne faut pas tirer l'intestin avant d'avoir largement débridé, car on s'exposerait à n'amener qu'un bout d'intestin et à déterminer un épanchement dans l'abdomen.

Il arrive souvent qu'il se développe après l'opération, dans le tissu cellulaire qui environne le collet du sac des abcès qui augmentent la gravité de la maladie en donnant lieu à des péritonites.

Obs. IV. — *Hernie inguinale étranglée par le collet du sac. — Opération. — Absès. — Péritonite. — Mort. — Autopsie.* — Un homme d'environ quarante ans, d'une petite taille, et d'une assez bonne constitution, vint à l'Hôtel-Dieu, le 11 janvier 1832, pour y être traité d'une hernie étranglée.

Depuis quatre à cinq ans, il était affecté de tumeur à l'aîne du côté droit. Voici ce que cet homme raconta sur l'origine de son mal : il portait un sac de farine divisé en deux parties ; l'antérieure, qui était la plus forte, l'ayant entraîné en avant, il fit un mouvement violent en arrière pour se retenir ; il sentit aussitôt au côté gauche de la poitrine une vive douleur qui provenait de la distension des muscles. Cette douleur guérit ; mais quelque temps après, il se montra une petite tumeur à l'aîne du côté droit ; elle rentra lorsque le malade était couché, et sortait lorsqu'il était debout ; il se manifesta de l'autre côté une seconde tumeur qui offrait les mêmes caractères. C'étaient deux hernies inguinales ; la première était plus volumineuse que la seconde. Il fit dès lors usage d'un bandage inguinal double ; à l'aide de ce moyen, il se préserva assez long-temps d'accidents ; hier, il ôta son bandage pour uriner. Probablement il aura fait quelque effort pour satisfaire ce besoin ; toujours est-il que la hernie du côté droit était devenue plus volumineuse que de coutume ; elle était dure, incarceration, irréductible. A dater de ce moment, le ma-

lade éprouva des coliques, des nausées, des envies de vomir et des vomissements ; il avait une constipation opiniâtre. Quelques tentatives de réduction furent faites inutilement. Pendant ces efforts, M. Dupuytren annonça que l'étranglement s'était fait au collet du sac herniaire. Le malade fut conduit au bain ; de nouvelles tentatives de taxis furent pratiquées sans plus de succès. Que nous restait-il à faire ? dit M. Dupuytren ; pouvions-nous attendre que la réduction s'opérât d'elle-même ? Mais si cette terminaison heureuse a été observée dans quelques circonstances, combien de fois la gangrène, la péritonite et la mort n'ont-elles pas été les suites d'une opération trop long-temps différée ? Nous avons constamment obtenu un bien plus grand nombre de guérisons de malades opérés dans les douze premières heures de l'étranglement, que de ceux qui l'avaient été après cet espace de temps. D'ailleurs l'étranglement au collet du sac herniaire est un motif puissant pour se hâter de pratiquer l'opération, car on sait que sur dix cas de ce genre, on peut à peine en réduire un. La mollesse de la tumeur influe sans doute sur la facilité de la réduction, mais dans le cas dont il s'agit, la hernie était dure, tendue.

L'opération est donc hautement indiquée ; aussi M. Dupuytren ne balance-t-il point à l'exécuter : Le malade est conduit à l'amphithéâtre, et l'opérateur procède au débridement, le 12 janvier, de la manière suivante. La peau qui couvre la partie supérieure de la tumeur étant soulevée et disposée en un pli transversal qu'il tient lui-même d'un côté entre le pouce et l'indicateur de la main gauche, et dont il confie l'autre extrémité à un aide placé vis-à-vis de lui, il pratique une incision sur ce pli, en faisant glisser le bistouri depuis la pointe jusqu'à la base. L'incision est ensuite prolongée vers la partie supérieure de la tumeur pour que l'anneau soit bien à découvert, et portée en bas, afin d'éviter la formation d'une poche. Les feuillets du tissu cellulaire sous-cutané sont coupés en dédoland. Une artériole ayant été ouverte, on en fait la ligature. Parvenu au sac herniaire, M. Dupuytren annonce qu'il contient une assez grande quantité de liquide, circon-