

ble à la pression, surtout dans l'hypogastre et aux régions iliaques. M. Dupuytren, persuadé du peu d'inconvénient de l'opération dans le cas où il se tromperait, et de ses grands avantages s'il y a étranglement, se décide à la pratiquer. Il opère d'abord le côté droit, parce qu'il n'existait pas de tumeur de ce côté; parce que cette hernie, qui, suivant le récit du malade, sortait plus aisément que l'autre quand il se portait bien, n'avait pas reparu par l'effet de la marche. Il ne conçoit pas, en effet, comment une portion d'intestin non étranglée pourrait sortir, lorsqu'il existe une hernie réduite avec son sac; il faudrait, pour cela, qu'il se formât tout de suite un nouveau sac, ce qui est impossible.

Une incision de deux pouces et demi à trois pouces est pratiquée à la peau du côté droit, suivant la direction de l'anneau. Aussitôt se présente une espèce de cordon cylindrique qu'on avait senti à travers les téguments: on l'ouvre avec précaution, et on parvient dans une poche lisse qu'on reconnaît pour le sac herniaire. Le doigt introduit dans cette poche rencontre en haut un cul-de-sac; une sonde cannelée, portée dans le même sens, pénètre dans la cavité abdominale et amène de la sérosité sanguinolente. On agrandit l'ouverture faite à ce sac, on l'attire au-dehors, et on voit que son collet est froncé sur lui-même et rétréci comme par une espèce de cicatrice. Ce collet est incisé; le doigt porté dans la cavité abdominale ne trouve pas d'étranglement. On opère de l'autre côté: dans le sac herniaire était une portion d'épiploon très saine; le doigt introduit dans l'anneau parvient dans une poche lisse où était une anse d'intestin qu'on put facilement repousser dans le ventre (1).

Le malade guérit parfaitement sans accident; mais il est fort douteux que les deux opérations aient concouru à cet heureux résultat.

Obs. X. — *Inflammation du péritoine avec hernie très volumineuse simulant un étranglement. — Opération pratique. — Nul étranglement. — Mort. — Jean-Baptiste Chazet,*

(1) Observation recueillie par M. Cruveilhier.

scieur de long, âgé de cinquante-quatre ans, était porteur depuis long-temps d'une hernie inguinale du côté gauche, qu'il avait fait rentrer plusieurs fois au moyen de la position et des efforts convenables, mais qui depuis deux ans était irréductible, et pour laquelle cependant il ne faisait point usage du brayer.

Il y a environ un mois cet homme fit une chute qui donna lieu à des douleurs dans le ventre et à une contusion à la jambe, pour lesquels il eut recours à divers remèdes. Le 29 novembre, il alla prendre un bain au sortir du lit; la tumeur herniaire, qui déjà était considérable, acquit un bien plus grand volume.

Le 1<sup>er</sup> décembre, il fut transféré à l'Hôtel-Dieu, où l'existence d'une tumeur, longue de neuf à dix pouces, à partir de l'anneau jusqu'au bas du scrotum, et ayant près de quinze pouces de circonférence à sa partie la plus large, très volumineuse, rouge, dure, rénitente, surtout à l'endroit de l'anneau, accompagnée de douleurs, de la tension de l'abdomen et de hoquets, fit croire d'abord à l'étranglement de la hernie. Cependant on pensa que les symptômes pouvaient bien tenir à l'inflammation générale du péritoine. Mais dans l'embarras où l'on était de s'assurer si les douleurs de ventre avaient précédé ou suivi le développement excessif de la tumeur, on résolut de la couvrir d'un cataplasme après y avoir appliqué trente-six sangsues et envoyé le malade au bain où il resta une demi-heure. Ces moyens parurent avoir fait diminuer le volume de la tumeur, et le lendemain matin l'état du malade ne parut pas exiger avec urgence l'opération. Il était assez calme; les hoquets n'avaient lieu que par intervalles; il n'y avait pas de vomissements, mais le pouls était petit et misérable.

On fit sur la tumeur des applications de glace pilée.

Le soir, n'ayant pu parvenir à faire rentrer la hernie, on procéda à l'opération. Lorsqu'on eut entamé le sac, il en sortit un liquide séro-purulent très abondant qui fit bien voir que le mal provenait de la péritonite générale. En effet, le doigt porté dans la plaie ne rencontra pas d'étranglement à l'anneau.



Alors on en réunit les bords avec des emplâtres agglutinatifs, et on prescrivit trente-six sangsues qui furent appliquées sur les lombes.

Pendant leur application le malade eut du délire, et une demi-heure après il expira.

On n'a pu procéder à son autopsie, parce que ses parents le firent enlever par ordre du maire de l'arrondissement (1).

L'inflammation du péritoine n'est pas la seule circonstance qui puisse en imposer pour un étranglement, la même erreur peut être commise lorsqu'un ancien sac herniaire vient à s'enflammer.

OBS. XI. — *Inflammation d'un ancien sac herniaire. — Symptômes d'étranglement. — Suppuration. — Ouverture. — Guérison.* — Une femme âgée de cinquante et quelques années entra à l'Hôtel-Dieu dans le cours du mois d'avril 1830, et fut couchée au n° 1 de la salle Saint-Jean; elle avait été atteinte depuis de longues années d'une hernie crurale du côté droit. Un bandage avait été méthodiquement appliqué et exactement porté par la malade. Depuis quelque temps, des douleurs s'étaient fait sentir sans cause connue, dans l'aîne et le point sur lequel reposait le bandage. Des coliques, de la constipation, des envies de vomir se manifestèrent. La tumeur ne rentrait point lors de l'arrivée de la malade à l'Hôtel-Dieu; elle était douloureuse au toucher, globuleuse, du volume d'un gros œuf de pigeon, dure, irréductible, et sans changement de couleur à la peau. Les symptômes d'étranglement persistaient depuis quelques jours, il y avait constipation, hoquets, nausées, et de temps en temps quelques vomissements. Sans être très prononcés, ces symptômes l'étaient assez cependant pour faire soupçonner une constriction d'une partie de l'intestin. On employa la saignée, les bains, les émollients, etc., etc. Le taxis fut essayé plusieurs fois, mais sans succès. M. Sanson, voyant à la visite du soir tous ces moyens inutiles et les symptômes persister, pensa qu'il était utile d'opérer; perdre un

(1) Observation recueillie par M. de Kergaradec.

temps précieux à tenter la réduction de cette tumeur lui sembla dangereux; il se décida donc à opérer: une incision fut faite sur la tumeur, comme dans l'opération régulière de la hernie; on procéda avec une grande précaution, en excisant lentement chaque couche située au-devant du sac herniaire avec un bistouri et la sonde cannelée. On arriva enfin au sac; une ponction fut faite; il n'en sortit que du pus, l'incision fut agrandie; tout le pus contenu dans la tumeur fut évacué; le doigt, introduit dans la cavité, ne trouva aucune portion d'intestin ni d'épiploon, mais des parties lisses, polies, sans adhérence; et à la partie supérieure de la cavité, l'orifice d'un petit canal fort étroit, communiquant avec l'abdomen, mais tellement petit, qu'on aurait pu tout au plus y introduire, et avec beaucoup de peine, l'extrémité du petit doigt. Ce canal était le reste, le rudiment du collet de l'ancien sac herniaire. La malade fut pansée simplement: de la charpie fut mise dans l'ancien sac herniaire. Immédiatement après l'opération, les accidents qui simulaient l'étranglement cessèrent complètement. L'adhérence des parois du sac se fit, et la plaie était tout-à-fait cicatrisée quinze jours après. La malade sortit de l'hôpital dans un état parfaitement bon (1).

L'inflammation spontanée des anciens sacs herniaires, qui depuis un temps plus ou moins long ne logent plus aucun des viscères abdominaux, cette inflammation, disons-nous, se rencontre encore assez souvent pour mériter l'attention du chirurgien, d'autant plus que le produit de l'inflammation (sérosité purulente ou pus), renfermé dans une cavité quelquefois très étroite, s'y trouve comprimé, et donne lieu à des symptômes qui simulent l'étranglement des viscères abdominaux au point de s'y méprendre.

Les inconvénients qui résultent pour le malade de l'idée qu'a le chirurgien d'avoir à traiter une hernie plutôt qu'un abcès, sont peu graves. Les précautions qu'il prend dans l'opération, minutieuses sans doute pour une ouverture d'abcès pur et simple, valent beaucoup mieux qu'une précipitation imprudente, et qui pourrait être suivie d'accidents fort

(1) Observation recueillie par M. Paillard.



sérieux si on se conduisait comme pour un abcès simple lorsqu'on a affaire à une hernie : dans ces cas douteux, il vaut mieux agir comme si on avait une hernie à réduire. D'ailleurs les symptômes qui annoncent la présence du pus dans cette cavité sont très obscurs ; la fluctuation est très difficile à sentir, et on ne peut guère décider, de prime-abord, dans le plus grand nombre des cas, quelle maladie existe, si c'est une hernie ou un abcès. M. Duparque a publié, dans la *Bibliothèque médicale*, un Mémoire peu connu, et des plus intéressants cependant, sur la phlegmasie du sac herniaire. Il rapporte plusieurs observations qui méritent de fixer l'attention des praticiens.

Comme ce sujet nous semble offrir des détails intéressants, nous allons citer un autre fait.

Obs. XII. — *Hydrocèle*. — *Hernie ancienne*. — *Symptômes d'étranglement*. — *Opération*. — *Point de hernie*. — *Liquide purulent*. — *Mort*. — *Autopsie*. — *Péritonite*. — *Sac herniaire rempli de pus*. — Claude Guérin, âgé de trente-sept ans, d'une bonne constitution, portait depuis l'âge de quinze ans, au-dessous de l'aîne droite, une tumeur assez volumineuse ayant son siège dans la tunique même du testicule. Dans les premiers temps, cette tumeur avait tous les caractères d'un hydrocèle, présentant au toucher une fluctuation apparente qui annonçait bien manifestement l'existence d'un liquide. On fit une première ponction qui fut suivie d'une dizaine d'autres. Le malade ayant atteint sa trentième année, la tumeur commença à disparaître quand il était couché sur le dos et à reparaitre quand il était levé, ce qui fit penser aux gens de l'art qu'il consulta que l'hydrocèle était guéri et remplacé par une hernie. On lui conseilla un bandage ; mais il ne voulut pas s'y assujettir, et il se contenta de contenir la tumeur avec un suspensoire. Sept ans s'écoulèrent ainsi, et il n'en éprouvait qu'une légère incommodité. La tumeur paraissait et disparaissait par intervalle. Avec beaucoup de ménagement il eût probablement vécu long-temps dans cet état ; mais un jour, soulevant un fardeau assez lourd sur ses épaules, la tumeur augmenta subitement de volume,

devint douloureuse, et l'obligea d'entrer à la Charité le 1<sup>er</sup> jour complémentaire an XIII. La tumeur était alors très volumineuse, enflammée, sensible au toucher ; lorsqu'on la pressait, elle diminuait un peu, et l'on entendait un gargouillement semblable à celui d'une hernie que l'on fait rentrer. Le ventre était tendu et douloureux ; le malade avait des nausées, des vomissements, des coliques suivies de quelques évacuations alvines ; le pouls était très faible. La gravité des symptômes, jointe au rapport du malade, ne permettait point de douter que ce ne fût une hernie étranglée par engouement. On crut qu'il n'y avait pas lieu de différer l'opération : on la pratiqua le 3<sup>e</sup> jour complémentaire. M. Boyer disséqua la peau, ouvrit le sac ; il en sortit une grande quantité de liquide séro-purulent avec des flocons de matière blanche albumineuse. On examina l'intérieur du sac ; point d'épiploon, ni d'intestin, par conséquent point de déplacement de viscère qu'on pût soupçonner ; pas même de communication dans la cavité abdominale ; l'anneau quoique dilaté était libre. On acheva de vider le sac, et la matière, qui d'abord avait été en partie séreuse, était entièrement purulente.

Depuis cette époque les symptômes s'aggravèrent de plus en plus ; le ventre, extraordinairement tuméfié auparavant, conserva toujours sa même tension, et le malade mourut le 2 vendémiaire an XIII.

*Autopsie cadavérique*. — Epanchement dans la cavité abdominale d'une grande quantité de liquide à peu près semblable à celui qui était sorti de l'intérieur de la tumeur ; le péritoine est couvert d'une fausse membrane, adhérent, enflammé dans plusieurs points, et particulièrement dans la région mésentérique ; la portion descendante du colon considérablement rétrécie, est presque entièrement oblitérée, et enflammée aux points d'adhérences qu'elle avait contractées avec la partie supérieure du sac qui sera décrit plus bas. On aperçoit bientôt une poche membraneuse, formée par la tunique vaginale du testicule, distendue de plus en plus par la présence du liquide qui constituait l'hydrocèle,



qui s'étendait depuis la partie inférieure du scrotum jusqu'à trois pouces au-dessus de l'anneau; sa face péritonéale était adhérente au péritoine, et intimement unie à la portion d'intestin dont il a été parlé. Cette poche, divisée en deux parties par l'anneau inguinal, représentait un véritable bissac, ou, si l'on aime mieux, deux sacs continus étranglés par le milieu, et communiquant ensemble par l'anneau; le sac supérieur, moins grand que l'inférieur, pouvait contenir une chopine de liquide, la quantité renfermée dans le second était au moins du double.

Cette disposition singulière de la tunique vaginale du testicule explique les phénomènes qui se sont présentés dans le cours de la maladie, et la méprise à laquelle elle a donné lieu. En effet, le double sac qu'elle formait et la communication réciproque qui existait de part et d'autre, puisqu'il n'y avait point de replis interposés de manière à s'y opposer, rendent très bien compte de ce qui arrivait quand le malade était debout: le sac supérieur se vidait dans l'inférieur, et produisait le phénomène d'une hernie qui sort; si, au contraire, il était couché, une partie du liquide contenu dans le sac inférieur reflue dans le sac supérieur, et la hernie présumée disparaissait en partie. Le même phénomène n'a pas eu lieu à la fin de la maladie, parce que probablement les deux sacs étaient remplis de matière, et qu'ainsi, en raison de son incompressibilité, le liquide ne pouvait refluer de l'un dans l'autre. Ajoutons que les parois de ce double sac étant portées à leur plus haut point d'extension, le liquide qui ne pouvait plus y affluer a probablement été déposé dans la cavité abdominale par le système exhalant, qui chez cet individu avait sûrement beaucoup plus d'action que le système absorbant de l'épanchement abdominal (1).

Quoique nous ayons déjà dit quelques mots des sacs multiloculaires, il nous paraît convenable d'en rapporter ici un exemple, pour que ce point d'anatomie pathologique soit bien compris.

(1) Observation recueillie par M. Levêque.

OBS. XIV. — *Hernie inguinale étranglée. — Opération. — Sacs multiloculaires. — Mort. — Autopsie.* — Un homme âgé d'une cinquantaine d'années avait depuis six ans une hernie inguinale gauche qu'il contenait ordinairement par un bandage; il négligeait depuis quelque temps cette précaution, lorsque, le 1<sup>er</sup> décembre 1815, il fait un effort et éprouve tous les symptômes de l'étranglement. Il entre à l'Hôtel-Dieu le 3 décembre. La tumeur qu'il portait à l'anneau était volumineuse, conoïde; la base du cône, très considérable, répondait à l'anneau, et semblait se prolonger jusque vers l'anneau du côté droit. (Jamais je n'ai vu de hernie dont la base fût aussi étendue). La consistance de cette tumeur était molle et présentait une sorte de fluctuation; du reste, hoquets très rapprochés, vomissements, constipation opiniâtre depuis le moment de l'étranglement. Le malade est plongé dans un bain tiède; on fait quelques tentatives modérées de réduction. Le lendemain l'opération est pratiquée.

Sous la peau et le tissu cellulaire graisseux sous-cutané, se présente un feuillet aponévrotique très distinct; une bosselure existait à la partie supérieure de la tumeur: c'est en cet endroit qu'on l'attaque. Une lame très mince est entamée; la sonde cannelée, introduite en haut et en bas, sert de conducteur au bistouri, qui divise cette lame dans toute sa longueur: c'était le sac herniaire. L'épiploon se montre à découvert; en dehors était une autre tumeur enveloppée dans son sac. M. Dupuytren pense alors aux sacs multiloculaires; il trouve l'épiploon adhérent dans un grand nombre de points; la hernie devait être irréductible depuis longtemps, quoique le malade affirmât qu'elle rentrait complètement jusqu'au moment de l'étranglement. Le doigt est porté du côté de l'anneau: des adhérences unissaient l'épiploon au sac: on les détruit; on pénètre dans une loge située entre les muscles abdominaux et les téguments, et contenant une portion d'épiploon; alors on introduit aisément le doigt dans l'anneau; on débride avec un bistouri boutoné droit qu'on enfonce à une grande profondeur; on dé-



gage d'autres portions d'épiploon des loges plus ou moins considérables qui les contenaient, et qui étaient au nombre de sept à huit.

Restait encore la tumeur enveloppée de son sac qu'on avait remarquée au côté externe : on divise la poche, elle contenait de l'épiploon qui n'était pas du tout altéré. On le développe ; on recherche avec le plus grand soin s'il n'existe pas derrière lui quelque anse d'intestin. La masse épiploïque, quelque peu altérée, est laissée dans la plaie. Ses adhérences avec les parties voisines contre-indiquaient la réduction. Le malade est porté dans son lit ; les hoquets persistent et se rapprochent ; des vomissements ont lieu ; le pouls est très accéléré : il succombe quatre jours après l'opération. A l'ouverture, on trouve la cause de la persistance des accidents dans une petite anse d'intestin étranglée qui avait échappé aux recherches les plus exactes faites pendant l'opération (1).

Il est une autre circonstance sur laquelle je veux appeler toute votre attention. Quelquefois l'étranglement est double, c'est-à-dire qu'il l'est à la fois inférieurement à l'anneau et supérieurement au collet du sac ; et si, dans une opération de hernie étranglée, l'on s'en tenait à débrider l'anneau, les accidents persisteraient, l'étranglement continuant au collet. J'ai aidé, il y a quinze ans environ, un de mes confrères à pratiquer une opération de hernie inguinale étranglée. La peau ayant été incisée, le sac ouvert, on débrida l'anneau, on réduisit les parties d'intestin et d'épiploon contenus : les accidents continuèrent, et le malade succomba le troisième jour. Nous crûmes qu'une péritonite avait causé la mort de ce malade. A l'autopsie, nous trouvâmes que l'anneau avait, il est vrai, été débridé, mais que les parties réduites l'avaient été avec l'étranglement dont le siège était au collet du sac ; toute la partie supérieure du canal intestinal était distendue et enflammée, et la portion étranglée était frappée de gangrène. Ainsi, dans toute opération de hernie inguinale étran-

(1) Observation recueillie par M. Cruveilhier.

glée, il faut, après avoir débridé l'anneau ou l'arcade crurale, attirer au-dehors l'intestin pour voir si l'intestin est libre supérieurement ; ou tout au moins introduire le doigt dans le sac herniaire, afin de s'assurer si l'intestin est étranglé au-dessus de l'anneau, il faut aussi examiner avec soin l'état dans lequel il se trouve.

D'autres fois l'étranglement existe dans toute la longueur du canal inguinal, et il est nécessaire, pour le lever, de porter le bistouri cinq et six fois sur lui ; car à mesure que l'on avance, on trouve toujours une autre partie à débrider au-dessus.

L'observation suivante va donner un exemple de cette disposition que nous avons souvent rencontrée.

OBS. XII.—*Étranglement dans toute la longueur du canal inguinal. — Débridements successifs. — Guérison.* — Passé (Barthélemy), âgé de dix-huit ans, menuisier, entra à l'Hôtel-Dieu le 22 décembre 1818, pour s'y faire opérer d'une hernie inguinale du côté droit, étranglée depuis huit heures seulement.

A la suite d'un violent effort, fait un an avant, il sentit un craquement à l'aîne ; une tumeur se manifesta dans la bourse du côté droit, sans douleur, sans changement de couleur à la peau ; elle rentrait par la moindre pression, et sortait au plus léger effort. Jamais il n'avait contenu sa hernie, lorsque le mardi 22 décembre, étant occupé à travailler, il sentit tout-à-coup la hernie devenir plus volumineuse que de coutume ; aussitôt coliques, envies de vomir. Le malade fait des efforts pour la réduire, ils sont infructueux ; deux heures après surviennent des hoquets, des vomissements. Un médecin fut appelé, et d'après la dureté de la tumeur et les efforts déjà tentés par le malade, il ne fit que quelques tentatives de réduction prudentes et modérées. Il lui conseilla d'aller à l'Hôtel-Dieu pour s'y faire opérer. A son entrée, il était dans l'état suivant :

La bourse du côté droit est distendue par une tumeur pyriforme, dont la petite extrémité s'engage dans l'anneau inguinal, et qui se prolonge, sous forme d'un cylindre, dans l'épaisseur des parois de l'abdomen dans la direction du canal inguinal, qu'elle élargit, tandis que la grosse extrémité est



contenue dans le scrotum, à la partie postérieure duquel on sent le testicule. La tumeur est dure, tendue, douloureuse, sans changement de couleur à la peau; le malade est tourmenté par de vives coliques, des rapports, des hoquets, des nausées et des vomissements de matières bilieuses. Le ventre est tendu, sensible à la pression; il n'existe pas d'évacuations alvines.

A la visite du soir, M. Dupuytren comprime largement la tumeur avec ses deux mains: elle ne rentre pas. L'opération paraissant la seule ressource, elle fut proposée, acceptée et pratiquée de la manière suivante:

Une incision à la peau est commencée à deux pouces au-dessus de l'anneau inguinal, et elle est continuée jusqu'à la partie inférieure du scrotum; le tissu cellulaire sous-cutané et plusieurs couches membraneuses, sont divisées avec grand soin; chemin faisant, les artères honteuses externes sont liées sur leurs deux bouts; on arrive jusqu'au sac, dans lequel on sent de la fluctuation; l'extrême pointe d'un bistouri y est plongée: un jet de sérosité s'en élève, et à l'aide de ciseaux droits et mousses, cette petite ouverture est agrandie supérieurement et inférieurement; alors on voit une anse d'intestin de couleur foncée. Au moyen d'un bistouri boutoné, courbe et tranchant sur la convexité, introduit entre l'intestin et l'anneau, M. Dupuytren opère un premier débridement: il ne peut réduire l'intestin; un second est jugé nécessaire et pratiqué, puis un troisième, et chacun des assistants peut remarquer que ce qui est au-dessus du débridement opéré forme encore un étranglement; de sorte qu'il est constitué, non par l'anneau ou le collet du sac, mais par une suite de rétrécissement du col du sac herniaire placé dans le canal inguinal dans une longueur d'un pouce et demi; le débridement terminé, la rentrée des parties fut facile.

A dater de ce moment tous les accidents qu'éprouvait le malade cessèrent, et il quitta l'hôpital le 27 janvier 1819, parfaitement guéri de l'opération et muni d'un bandage pour prévenir le retour de la hernie (1).

(1) Observation recueillie par M. Marx.

Ces rétrécissements successifs le long du col du sac herniaire sont plus fréquents qu'on ne l'imagine; ils n'ont pas lieu seulement le long du collet du sac, il peut en exister, comme cela se voit souvent, sur toute la longueur d'un sac herniaire qu'ils partagent en deux ou trois tumeurs, séparées par autant de sillons de resserrement apparents à la surface de la tumeur et sensibles à son intérieur par des brides plus ou moins exactement circulaires. Là aussi nous avons rencontré, dans plus d'un cas, des étranglements étrangers non seulement à l'anneau, mais à l'orifice du collet du sac herniaire; et l'existence de ces derniers, qui frappent les yeux, peut servir à donner une idée de ceux qui s'opèrent dans le canal inguinal.

OBS. XIV. — *Étranglement dans toute l'étendue du canal inguinal. — Opération. — Débridements. — Mort. — Autopsie.* — Cerin (François), âgé de vingt ans, n'avait eu, jusqu'à l'âge de onze ans, qu'un testicule dans les bourses. A cette époque, il tombe en roulant du haut d'une colline, fait d'inutiles efforts pour prévenir sa chute, se relève tout étourdi, éprouve une vive douleur à l'anneau gauche, sent une tumeur insolite, et trouve dans la bourse un testicule qui n'y était pas auparavant. Cette tumeur, à laquelle il faisait à peine attention, rentrait tous les soirs et ne lui avait jamais fait éprouver d'accidents, lorsque, le 8 février 1813, après un déjeuner copieux, il est pris de nausées, de vomissements, qu'il attribue à une indigestion; éprouve une douleur vive à l'anneau, modérée à l'abdomen, et tous les symptômes de l'étranglement. — Le lendemain, il se fait apporter à l'Hôtel-Dieu dans l'état suivant. — *État général.* Figure sans altération manifeste, sans cet aspect grippé qui décèle toujours une affection profonde des viscères abdominaux; hoquets rares et peu violents; plus de vomissements; ventre presque indolent; respiration naturelle; pouls sensiblement naturel aussi; locomotion facile. — *État local.* La bourse gauche était d'un rouge vif, assez tendue: de l'anneau inguinal naissait une tumeur cylindrique du volume du petit doigt, suivant parfaitement la direction du cordon spermati-



que, se terminant en bas à un gros renflement, fluctuant à sa partie supérieure, sans qu'on pût distinguer ce qui appartenait au testicule de ce qui ne lui appartenait pas.

Quelle était la nature de cette tumeur? La première idée qui devait se présenter était celle d'une hernie; mais quand on examinait sa forme si extraordinaire; quand on considérait que l'engorgement du cordon spermatique doit donner lieu aux mêmes accidents et affecte cette forme; quand surtout on avait égard à l'état général de l'individu, on était jeté dans la plus étrange perplexité. Le malade est plongé dans un bain chaud: on fait d'inutiles efforts de réduction hors du bain et dans le bain.

A la visite du soir, M. Dupuytren est frappé de la forme singulière de la tumeur; mais ne voyant rien d'urgent, il remet un plus ample examen au jour suivant. Le lendemain, les symptômes vont toujours croissant et le décident à l'opération. Peut-être quelque doute existait-il encore dans son esprit sur le véritable caractère de la tumeur; mais au milieu de ces doutes, il fallait prendre le parti le plus sûr; et n'eût-on affaire qu'à un abcès, à un engorgement du cordon spermatique, il était de la bonne chirurgie de pratiquer l'opération. Elle fut simple et facile dans le premier temps ou incision de la peau; dans le second temps ou incision des couches celluluses et du sac herniaire, une sérosité sanguinolente s'écoule; l'intestin se présente entouré d'une assez grande quantité d'épiploon; l'un et l'autre étaient rouges, surtout l'épiploon, qui tirait sur le noir. Le débridement est opéré; mais le doigt porté dans l'anneau sent, à un pouce et demi au-dessus, un rétrécissement circulaire, une bride comme tranchante, qui cependant ne formait pas d'étranglement intérieur, vu l'intégrité parfaite de la portion d'intestin et d'épiploon étendue de l'anneau fibreux à cette bride. Il fallait évidemment l'inciser pour prévenir tout étranglement ultérieur, faciliter la réduction; ce qui fut fait en haut et en dehors.

L'opération est suivie de l'évacuation d'une grande quantité de matières. Une solution de manne dans du lait la favorise: le soulagement est d'abord assez grand. Mais le lende-

main la face était pâle, les traits affaissés, le ventre très douloureux; les hoquets persistent: en vain prescrit-on des bains, une saignée le matin, une seconde le soir; le malade succombe trente-six heures après l'opération, et huit jours et demi après l'étranglement.

*Examen du cadavre.* — Péritonite générale caractérisée par l'adhérence albumineuse des circonvolutions intestinales, soit entre elles, soit avec les parois abdominales. La portion d'épiploon qui avait fait partie de la hernie était reconnaissable à sa couleur d'un noir très foncé; l'anse d'intestin réduite se distinguait aussi par sa couleur d'avec les parties environnantes.

Mais la bride circulaire observée dans le débridement éveillait surtout notre curiosité. Elle existait à cet endroit précis où le péritoine se plonge dans l'anneau inguinal pour devenir sac herniaire. De cette bride à l'anneau fibreux existait un canal étroit, long d'un pouce et demi à deux pouces, du calibre d'une grosse plume à écrire, et s'évasant aussitôt hors de l'anneau pour devenir à la fois sac herniaire et tunique vaginale. Comment se rendre compte de cette disposition? Le voici: le canal inguinal qui, dans l'état naturel, a un pouce et demi à deux pouces de long, diminue de longueur à mesure que la hernie augmente de volume, et devient enfin un véritable anneau; mais quand la hernie n'est pas volumineuse, comme dans le cas dont il s'agit, le collet du sac a souvent toute la longueur de ce canal, et peut se rétrécir dans la totalité de son étendue (1).

Nous n'avons parlé jusqu'à ce moment que de hernies étranglées au collet d'un sac herniaire ordinaire, mais il est des cas plus difficiles encore, dans lesquels la hernie est étranglée au collet du sac d'une hernie congéniale ou vaginale, comme nous l'appelons dans quelques uns de ces cas; le testicule étant resté à l'anneau, il se forme derrière et autour de lui une hernie qui l'étrangle souvent au collet du sac.

Il n'est presque pas de praticiens, parmi ceux qui obser-

(1) Observation recueillie par M. Cruveilhier.