

le collet formé par la tunique vaginale opéra sans peine le débridement ; l'intestin fut réduit dans son sac herniaire ; mon doigt ne tarda pas à l'y suivre, et me fit trouver une anse d'intestin beaucoup plus considérable que celle que j'avais fait passer de la tunique vaginale dans le sac herniaire ; dirigé en bas, il ne rencontra qu'un cul-de-sac ; mais en haut, il arriva jusqu'à l'anneau inguinal, qu'il parcourut sans peine, tant il était large et dilaté. Il restait une seconde réduction à faire : il fallait restituer dans le ventre les viscères déplacés. Ce qui fut aisément pratiqué à l'aide de pressions de bas en haut. Convenait-il alors d'abandonner les parties dans l'état où l'opération les avait mises, et de rapprocher les lèvres de la plaie ? Je ne le pensai pas. Je craignis qu'il ne se fit, comme cela arrive souvent, une suppuration dans un des sacs que j'avais ouverts, et que le pus retenu ne donnât lieu à des accidents que je voulais prévenir autant qu'il était en moi. J'incisai donc, tant en haut qu'en bas, les bords de l'ouverture de la tunique vaginale et du sac herniaire, de manière à ne former de ces deux sacs qu'une même et seule poche ; et il me fut facile alors de voir que, comme je l'avais pensé, j'avais eu affaire à un étranglement formé par les bords de l'ouverture creusée à travers la tunique vaginale, par l'effort de l'intestin. Là se trouvaient leurs parois adossées, et l'on voyait le sac herniaire présenter en avant un prolongement qui s'était engagé dans la tunique vaginale ; une mèche fut placée entre les deux bords de l'ouverture ainsi agrandie. Les accidents de l'étranglement cessèrent immédiatement. Il y eut, comme je l'avais prévu, une inflammation des deux tuniques, mais sans accident du côté du ventre ; et le malade, au bout d'un mois, se trouva radicalement guéri de son hydrocèle et de sa hernie.

OBS. XIX. — *Hernie inguinale double. — Etranglement. — Opération. — Mort. — Autopsie. — Double hydrocèle. — Déchirure des parois du sac. — Passage de l'intestin dans la tunique vaginale.* — Un homme fut reçu à l'Hôtel-Dieu le troisième jour de l'étranglement d'une hernie inguinale : la peau était rouge, douloureuse ; on put croire qu'on avait af-

faire à un abcès ; dans le doute, il fallait opérer comme dans le cas de hernie. Sous la peau et sous quelques couches disposées en feuillets était un sac dont l'ouverture donna issue à une grande sérosité sanguinolente ; l'intestin était livide, dans un état très douteux, étranglé par un anneau situé à peu près au niveau de celui du grand oblique. On débride cet anneau ; on laisse l'intestin au-dehors : le malade succombe quelques jours après.

A l'ouverture, nous trouvâmes une poche très considérable au bas de laquelle était le testicule, se prolongeant en haut au-dessus de l'anneau, entre les muscles oblique externe et oblique interne, et contenant l'anse d'intestin noire, gangrenée, perforée. La face postérieure de cette poche était soulevée par une tumeur cylindroïde, verticalement dirigée, et ressemblant assez bien à un intestin grêle. Nous entamons cette tumeur : quel n'est pas notre étonnement de voir que c'était un sac herniaire ! Ce sac était vide, épais de deux lignes, très dense, fibreux, offrant un point d'ossification ; sa paroi antérieure, adossée à la postérieure de la première poche, était percée par une ouverture presque immédiatement au-dessous de l'anneau.

Nous croyions tous à l'existence d'une hernie inguinale double par le même anneau ; cependant nous étions bien loin d'éprouver cette satisfaction d'esprit qui donne la conscience de la vérité. Nous étions toujours tentés de rapprocher ce cas du précédent, sans nous rendre un compte bien exact de ce qu'ils avaient d'analogie. Mais nous fûmes retirés de notre erreur lorsque l'un de nous (M. Lallemand), ayant voulu s'exercer à l'opération de la hernie de l'autre côté, parvint dans une poche lisse, remplie de sérosité, s'étendant jusqu'à l'anneau. La paroi postérieure de cette poche était soulevée par une saillie verticale, tout-à-fait semblable à celle du côté opposé : le doigt, porté derrière l'anneau, pénétra dans cette poche, qui était un sac herniaire vide. Dès lors tout fut expliqué ; une hydrocèle et une hernie existaient à droite comme à gauche ; l'hydrocèle était placée devant et le sac herniaire derrière ; l'hydrocèle s'étendait jusqu'à l'anneau et même

au-dessus de l'anneau, entre les muscles obliques; la paroi postérieure de la tunique vaginale et l'antérieure du sac s'étaient accolées; un effort avait déterminé la déchirure de la partie supérieure des parois adossées de l'hydrocèle et du sac; l'intestin avait passé du sac dans la tunique vaginale; l'étranglement était produit par cette déchirure (1).

Sander d'Altembourg (*Annales de médecine*) avait déjà observé plusieurs fois des hernies inguinales situées derrière la tunique vaginale du testicule; la face antérieure du sac adhérait à la face postérieure de cette tunique; une ouverture s'était faite à travers les deux membranes adhérentes: l'épiploon et l'intestin contenus dans le sac herniaire furent poussés à travers l'ouverture de ce sac et de la tunique vaginale, dans laquelle ils étaient contenus en grande partie, et qui formait alors leur véritable sac herniaire.

Un homme qui depuis long-temps portait une tumeur au scrotum fut attaquée de tous les accidents d'une hernie étranglée. L'anneau paraissait libre, et à la partie interne de la tumeur, on trouva de la fluctuation et des signes d'hydrocèle. Pendant qu'incertain on balançait sur le parti à prendre, le malade mourut. A l'ouverture du cadavre, on trouva une entérocele scrotale, une hydrocèle dans la tunique vaginale du testicule, et à la partie inférieure du sac herniaire une ouverture par laquelle l'intestin descendait dans la cavité de la tunique vaginale (2).

Neubaur rapporte une observation semblable (3).

Les faits d'étranglement à l'orifice de communication d'un sac herniaire avec une hydrocèle placée au-devant de lui étaient les seuls qui me fussent alors connus. J'ai appris depuis que Beckers avait fait, en 1812, des observations analogues, mais sur le cadavre seulement. Il y avait loin de là à un étranglement et à l'opération qu'il avait nécessitée; les exemples de cet étranglement ont été rapportés dans la Clinique chirurgicale de Pelletan; mais à l'incrédulité qu'il té-

(1) Observation recueillie par M. Cuveillier.

(2) Lecat, *Trans. philos.*, tome LVII.

(3) *Dissert. de epiplo oshéocèle*. Iena, 1750. Joan. Ernest Neubaur.

moigna lorsque je lui rendis compte des opérations que j'avais pratiquées en son absence, et aux circonstances qui accompagnent les observations qu'il a rapportées, je suis porté à penser que ses observations et les miennes ne constituent pas des faits différents.

Toutes les fois que, par les symptômes ou l'existence d'une hernie congénitale ou vaginale, on a acquis la presque certitude que l'étranglement a son siège au collet du sac, il faut se hâter d'opérer, car ces hernies ne se réduisent presque jamais, et les parties qui les forment sont promptement coupées ou frappées de gangrène.

Le péritoine résiste presque toujours à la pression, mais les autres membranes cèdent; la muqueuse, notamment, est coupée circulairement. Quand on expose au grand jour, collée contre un carreau, la portion d'intestin qui a été comprimée, étranglée, on voit que le péritoine et la membrane celluleuse, intacts, forment à eux deux toutes les tuniques, car la musculuse et la muqueuse ont été coupées; aussi faut-il toujours, après toute opération de hernie étranglée, examiner avec soin l'état de l'intestin, pour ne pas réduire des portions frappées de mort, ou détruire des adhérences qui donneraient lieu à un épanchement de matières fécales dans le péritoine, accident toujours mortel.

Relativement à l'opération, il y a encore une conduite différente à tenir, selon que l'étranglement est à l'anneau ou au collet.

Comment doit-on traiter les hernies étranglées par le collet du sac? telle est la question que nous allons maintenant examiner. Mais avant d'aborder ce sujet, il nous paraît convenable de le faire précéder de quelques considérations générales sur la réduction des hernies.

Si le talent du chirurgien brille surtout dans l'exécution des procédés opératoires les plus difficiles, il se montre d'une manière bien plus utile encore lorsqu'il parvient à rendre inutiles ces opérations elles-mêmes. Tous les praticiens savent combien de difficultés et de dangers entourent l'opération des hernies. Ceux mêmes qu'une plus longue habitude et des oc-

casions plus fréquentes mettent à même d'opérer avec plus de sûreté, ne s'abusent pas sur les obstacles qu'ils ont à surmonter pour obtenir quelques succès. En vain a-t-on recours à toutes les précautions que suggère la prudence; trop souvent l'opération la mieux faite, et dans les circonstances en apparence les plus favorables, est suivie de la mort du malade.

Aussi la réduction des hernies étranglées a-t-elle toujours été la partie du traitement vers laquelle tous les efforts ont été dirigés. En effet, plus une opération offre de gravité, plus il importe de se dispenser de la faire; et celui là serait bien coupable qui, par amour-propre ou par intérêt, négligerait d'employer tous les moyens possibles pour faire rentrer une hernie étranglée, et s'exposerait aux nombreuses chances d'une opération si hasardeuse.

Les moyens de réduction sont nombreux, variés, plus ou moins efficaces; ils peuvent être rangés sous plusieurs titres généraux que nous ne voulons qu'indiquer en passant. L'application de la main, ou le *taxis*, est sans contredit le plus méthodique et le plus avantageux. Ce procédé mécanique est modifié suivant l'espèce de hernie, son volume, sa nature et les circonstances particulières. Parmi les moyens empiriques mis en usage pour atteindre le même but, il s'en trouve un qui se rapproche beaucoup de celui-ci. Le malade étant couché sur le dos, on élève les pieds à une grande hauteur, en laissant la tête et les épaules sur le sol; le poids des viscères contenus dans l'abdomen agit sur la portion d'intestin retenue dans la hernie, la retire à l'intérieur et produit quelquefois la réduction. Il y a ici action mécanique; non plus de dehors en dedans, comme dans le *taxis* ordinaire, mais bien dans le sens opposé.

On a appliqué sur les hernies étranglées des topiques de différente nature; les uns, tels que l'eau froide, la glace, sont destinés à diminuer le volume des parties qui remplissent le sac. L'action du froid sur les tissus produit des phénomènes variés, et dont il importe de se rendre compte. Il augmente la tonicité des parties musculaires; souvent même

il donne lieu à des contractions brusques, capables de surmonter l'obstacle qui s'opposait au cours de matières intestinales. On a vu des hernies étranglées rentrer tout-à-coup sous l'influence d'une affusion subite d'eau très froide. La glace, appliquée avec persévérance, raréfie les gaz, condense les liquides contenus dans l'anse d'intestin, et rend plus facile sa réintégration dans la cavité abdominale.

Parmi les autres topiques que l'on emploie dans ces circonstances, il faut distinguer ceux qui agissent directement sur la contractilité de l'intestin ou sur la sécrétion de la muqueuse qui le tapisse. De ce nombre sont les purgatifs. Les cataplasmes de follicules de séné, ceux de gratiole (*Gratiola officinalis*), de herniaire (*herniaria glabra* et *hirsuta*), ont été long-temps préconisés, et beaucoup de praticiens dignes de foi ont été témoins de leurs bons effets. Il faut dire cependant que ces moyens ont eu d'heureux résultats, surtout quand ils ont été appliqués sur des vieillards. Or, on sait que chez les personnes avancées en âge, la lenteur du mouvement péristaltique des intestins donne bien plus souvent lieu à un engorgement qu'à un étranglement véritable. Il importe de ne pas oublier ce point, et de ne pas trop compter sur ces moyens dans les cas où le sujet est jeune et l'incarcération véritable.

Puisque l'expérience a démontré d'une manière incontestable que les purgatifs agissent sur les tumeurs herniaires en donnant lieu à l'expulsion des matières contenues dans l'anse d'intestin, on a lieu de s'étonner que l'on tire si peu de parti de cette observation. Pourquoi ne se sert-on pas de substances plus actives? Par exemple, pourquoi ne frictionne-t-on pas la hernie avec l'huile de *croton tiglium*, puisque, à la dose de trois à quatre gouttes, ce médicament détermine des contractions intestinales très fortes? L'huile animale de Dippel et quelques autres principes extractifs âcres, doués de propriétés très stimulantes, nous paraissent devoir offrir des ressources qu'on a tort de dédaigner.

L'emploi de ces moyens touche, il est vrai, à une des questions les plus ardues de la thérapeutique des hernies étranglées, l'époque à laquelle doit être pratiquée l'opération. Quoi

qu'il en soit de ce sujet, qui nous entraînerait beaucoup trop loin, il faut reconnaître que si ces remèdes exigent une grande circonspection, puisqu'ils peuvent augmenter l'inflammation et diminuer les chances de l'opération, leur administration raisonnée et attentivement surveillée peut rendre des services.

C'est ici le lieu de parler des purgatifs administrés à l'intérieur, par la bouche et par le rectum. Les nausées et les vomissements qui forment un des signes les plus constants de l'étranglement ne contre-indiquent pas toujours l'emploi de ces remèdes, et l'on a vu leur usage être suivi de succès dans des cas où un traitement plus méthodique eût peut-être échoué. Quant aux lavements irritants, tout le monde convient de leur utilité; on ne doit donc jamais se dispenser d'y avoir recours, à moins qu'il n'y ait des symptômes évidents d'entérite ou de péritonite.

Certains topiques paraissent avoir pour action de relâcher les parties qui causent l'étranglement. L'extrait de belladone, employé il y a déjà long-temps par Magliari, a produit tout récemment d'heureux résultats entre les mains de M. le docteur Saint-Amand. Il est à désirer qu'on multiplie les essais de ce genre.

L'affaiblissement rapide du malade amène souvent ce relâchement si favorable à la réduction des hernies. On le détermine par des saignées générales abondantes, par une immersion très prolongée dans un bain chaud, par des applications de sangsues sur la tumeur, etc. Ces remèdes, que l'on ne regarde à tort que comme des auxiliaires, devraient être employés avec plus d'énergie, et l'on en obtiendrait de meilleurs effets.

Nous aurions encore beaucoup de moyens de réduction à examiner, mais ceux que nous avons indiqués suffisent pour prouver que l'art n'est pas dénué de ressources pour combattre, autrement que par l'opération, une maladie aussi grave que l'est en général une hernie. Il ne faut pas oublier non plus que, dans beaucoup de circonstances, la prudence ne permet pas d'attendre au-delà du temps strictement nécessaire

pour acquérir la certitude de la nécessité de l'opération. C'est ici le point important. L'examen attentif de toutes les circonstances qui ont précédé, accompagné et suivi l'apparition de l'étranglement, engagera le praticien à multiplier les tentatives de réduction, ou à se servir du bistouri dans le temps convenable. On ne peut donner de règles certaines sur ce point. Mais voici la conduite que nous avons adoptée, et qui prouve au moins qu'à l'Hôtel-Dieu on ne se borne pas à opérer les hernies.

On réduit à l'Hôtel-Dieu le tiers des hernies qui y sont amenées. En ville, au contraire, on en réduit les deux tiers, et peut-être plus. Parmi les causes de cette énorme différence, il faut tenir compte d'abord de celle-ci: c'est que l'on envoie à l'hôpital le plus grand nombre des malades sur qui les tentatives de réduction ont échoué. Chez les gens du monde, les causes d'étranglement sont bien moins communes, et les malades sont bien plus prompts à réclamer les secours de l'art, que ceux qui apportent une extrême incurie à tout ce qui regarde le soin de leur santé. Si l'on se hâtait d'opérer ces individus, on sauverait peut-être quelques uns de ceux qui succombent, mais aussi l'on courrait le risque de pratiquer une opération inutile, puisque le tiers des malades n'en a pas besoin pour être guéri. D'ailleurs, il ne s'écoule jamais plus de douze heures entre chaque visite, et c'est ordinairement dans cet intervalle que la réduction a lieu. La prudence fait donc une loi de ne pas trop se hâter. L'expérience prouve que la gangrène de l'intestin n'arrive ni aussi facilement ni aussi promptement qu'on le dit en général; on s'en laisse moins imposer par la couleur brune que prend cet organe, par suite de la constriction qu'il éprouve, et l'on replace dans l'abdomen des anses intestinales dont l'aspect eût rendu autrefois nécessaire l'établissement d'un anus contre nature. De plus la facilité avec laquelle on guérit aujourd'hui cette maladie, considérée naguère encore comme à peu près incurable, milite en faveur du retard qu'on doit apporter dans l'opération. Il faut donc multiplier les moyens de réduction, persévérer aussi long-temps que possible dans leur emploi,

et ne désespérer de l'efficacité de ces tentatives que quand la persistance des accidents locaux et l'augmentation des symptômes généraux inspirent des craintes bien fondées.

Je suppose maintenant l'opération indispensable, elle doit nécessairement varier par rapport au siège de l'étranglement; quand il est à l'anneau, il suffit de faire une incision sur la tumeur, de la prolonger en haut et en bas, de diviser le tissu cellulaire sous-cutané, les divers plans aponévrotiques, d'arriver ainsi avec précaution jusqu'au sac, de l'ouvrir; alors paraît l'intestin: à l'aide du doigt, on le protège; un bistouri boutonné, introduit entre lui et l'anneau, débride en haut ce dernier; on réduit les parties après les avoir un peu attirées au-dehors pour les examiner, et l'opération est terminée.

Il n'en est pas de même quand l'étranglement est au collet du sac herniaire, l'anneau est libre; le doigt introduit, on trouve l'étranglement, mais situé à deux, trois, et quelquefois même quatre ou cinq pouces. Quand on peut, attirant en bas chacun des côtés du sac, l'amener au-dehors et le mettre en évidence, les difficultés et les dangers de l'opération sont beaucoup diminués: ces cas sont les plus heureux; mais il faut quelquefois porter jusque dans le ventre un bistouri boutonné droit, ou bien encore un bistouri concave ou convexe, conduit sur l'ongle de l'index gauche, dont la pulpe abaisse, déprime et protège l'intestin. Quelques chirurgiens se servent d'un bistouri pointu, conduit sur la cannelure d'une sonde; mais cette pratique est dangereuse, et expose à léser l'intestin. Pour le débridement, en général, quand on doit porter l'instrument à une grande hauteur, il faut en envelopper la lame d'une bandelette de linge, et ne laisser à découvert que deux ou trois lignes de son tranchant, qui suffisent toujours pour lever l'étranglement, sans exposer le malade à aucun danger. Si, malgré ces efforts de traction, on ne peut réussir à ramener le collet du sac vers l'anneau, faudra-t-il imiter la conduite tenue par Arnaud dans le cas suivant (1)?

(1) *Traité des hernies*, t. II.

Arnaud fut appelé auprès d'un officier, âgé de soixante-cinq ans, qui éprouvait tous les symptômes de l'étranglement. Les chirurgiens qu'il trouva auprès du malade assuraient avoir réduit les deux tiers de la tumeur: il voit aisément que la partie qu'ils croyaient avoir réduite n'était que déplacée et soulevait les muscles abdominaux. Arnaud prononce que l'étranglement est produit par le péritoine, et pratique l'opération. A un travers de doigt au-dessous de l'anneau, il trouve un rétrécissement circulaire que les chirurgiens disent avoir aperçu avant la réduction. Arnaud assure qu'il existe un autre étranglement à l'extrémité supérieure de la tumeur vers l'os des iles; il fait plusieurs tentatives pour ramener cette tumeur au-dehors, et ne pouvant il y réussir, il débride le rétrécissement dont j'ai parlé, puis incise la région iliaque sur la partie supérieure de la tumeur, trouve une anse d'intestin livide recouverte par l'épiploon: il débride l'orifice du sac rétréci. Le malade fut guéri au bout de cinq semaines.

Le succès qui a couronné la tentative hardie d'Arnaud ne peut, je crois, servir de guide.

Nous n'aurions point fait connaître toutes les idées de M. Dupuytren sur le traitement des hernies, si nous nous bornions à ces seules considérations. Ainsi, par exemple, les praticiens ne sont point d'accord sur l'étendue de l'incision qu'il faut faire à l'anneau, et sur l'étendue que cette incision doit avoir. Tout débridement pour être efficace, dit M. Dupuytren, doit permettre de réduire sans peine les parties déplacées.

Dans la hernie fémorale chez la femme, la meilleure méthode est le débridement en haut et en dehors: c'est celui que pratique souvent M. le professeur Dupuytren.

Dans la hernie fémorale chez l'homme, on évitera le cordon testiculaire et l'artère sus-pubienne, en incisant le ligament de Fallope tout près de son insertion à l'éminence du pubis. Il ne faut pas porter l'incision au-delà de deux lignes, car on pourrait léser le cordon, si elle était prolongée au-delà.

Le procédé adopté par M. Dupuytren, et qu'il met depuis

long-temps en usage, est extrêmement simple et d'une exécution facile, d'un résultat certain, quelle que soit la cause de l'étranglement. Après avoir divisé les téguments par une incision cruciale, et mis à découvert le sac dans toute sa circonférence, ce praticien incise cette enveloppe, porte le doigt entre elle et les parties déplacées, reconnaît le siège de l'étranglement, et débride *de dedans en dehors, de bas en haut, et parallèlement aux vaisseaux spermatiques*. Il se sert à cet effet d'un bistouri boutonné et à lame *convexe* sur son tranchant, qui, n'ayant pas, comme le bistouri concave de Pott, l'inconvénient d'embrasser les parties avant de les diviser, laisserait aux vaisseaux, qui sont mobiles, la facilité de rouler sur son tranchant s'il venait à les rencontrer.

D'ailleurs l'obliquité de l'incision permet de lui donner une étendue beaucoup plus considérable, avant d'atteindre les vaisseaux spermatiques, que dans les cas où le débridement est porté directement en haut. M. Dupuytren a toujours débridé de cette manière, et jamais on n'a vu survenir d'hémorrhagie. Nous avons déjà fait connaître les circonstances auxquelles il fallait attribuer cette particularité.

Ordinairement, dans les hernies avec gangrène, l'intestin a contracté des adhérences avec le col du sac; mais dans quelques circonstances il n'en existe pas. On détruit quelquefois ces adhérences, soit pour débrider, soit pour attirer l'intestin au-dehors, afin de s'assurer s'il n'est pas gangrené au-delà de l'étranglement. Dans ce cas, il nous paraît indispensable de retenir l'intestin à l'anneau à l'aide d'un fil traversant le mésentère.

« Marchus, rapporte Richter (*Chirurg. bibliothec.*, t. VIII, p. 516), fit l'opération d'une hernie inguinale étranglée, et trouva à l'ouverture du sac la plus grande partie de l'intestin gangrené. Après l'incision de l'anneau, et dans le moment où il était occupé à séparer les parties mortes, le malade fit un mouvement, tout l'intestin rentra dans la cavité du ventre. Il fit lever le malade, le fit tousser et faire divers mouvements afin de faire ressortir les intestins, mais ce fut en vain; il sortit une grande quantité d'excré-

ments par la plaie; le pouls s'affaiblit, et le malade mourut deux heures après l'opération. »

Il faut toujours se rappeler, en pratiquant cette opération, que si un débridement trop faible rend difficile la réduction des parties, et expose ces dernières à des pressions et à des contusions d'autant plus dangereuses qu'elles sont déjà enflammées, un débridement trop large expose en pure perte à la récurrence de la hernie, et à des éventrations plus ou moins difficiles à contenir. Il est donc de précepte de proportionner, en général, l'étendue de l'incision à l'étroitesse de l'ouverture, à la force de la constriction et au volume des parties déplacées; c'est ainsi qu'elle doit être forte lorsque les ouvertures sont étroites, que la constriction est très grande, et que les parties déplacées ont un grand volume.

L'intestin grêle ne demande pas un débridement aussi étendu que l'épiploon gonflé, durci et réuni en masse; le cœcum, au contraire, en exige un plus grand que l'intestin grêle et l'épiploon. M. Dupuytren a trouvé deux fois, chez des malades affectés de hernie inguinale étranglée, l'intestin grêle adhérent à lui-même et non au sac; chez l'un, la portion intestinale déplacée avait la forme d'une poire dont la base était dirigée en bas, et dont le sommet très étroit était engagé dans le canal inguinal; chez l'autre, un grand nombre de circonvolutions, roulées en spirale les unes sur les autres, et adhérentes entre elles par des liens cellulaires, sans l'être aux parois du sac herniaire, formaient une masse sphéroïde et ondulée de plusieurs pouces de diamètre, et au sommet de laquelle on voyait deux bouts d'intestin, l'un afférent, tenant au bout supérieur, et l'autre déférent et tenant au bord inférieur du canal alimentaire.

Dans ces cas remarquables, l'intestin à réduire ne pouvant être déployé et présenté successivement à l'ouverture de l'anneau, il ne suffit pas à l'opérateur d'avoir assez débridé pour faire cesser l'étranglement, il lui fallut encore débrider assez pour faire rentrer des parties qui présentaient une masse indivisible et d'un grand volume. Il est donc évident qu'on ne saurait donner à ce sujet aucune règle générale.

Les sentiments ne sont pas moins partagés sur la direction à donner au débridement, par rapport à l'artère épigastrique. M. Dupuytren s'élève contre les distinctions établies par les auteurs, et qui lui paraissent plus propres à surcharger la science de détails inutiles qu'à éclairer la pratique. Il est à peu près impossible, suivant lui, de distinguer *à priori*, et lorsque les parties sont fortement tuméfiées, dans quels cas la hernie est interne et dans quels autres cas elle est externe; c'est-à-dire si, l'artère épigastrique étant en dedans, il faut débrider en dehors, ou si, cette artère étant en dehors, il faut débrider en dedans. Une erreur dans le diagnostic pourrait donc aller directement contre le but qu'on se propose, en faisant diriger le débridement vers l'artère qu'on doit ménager, comme cela est arrivé à Bertrandi. Cependant, il faut une règle simple, facile et sûre, qui tienne le tranchant de l'instrument éloigné de l'artère épigastrique, de quelque côté qu'elle puisse se trouver, et de manière à le faire marcher avec une égale sûreté entre les deux œcucils dont cette opération est environnée.

La règle établie et constamment suivie par M. Dupuytren, consiste à débrider directement en haut et parallèlement à la ligne blanche. Quelle que soit, en effet, la disposition des parties déplacées relativement à l'artère épigastrique, on sent que par cette pratique il a toujours dû éviter de blesser cette artère.

Lorsque le débridement est opéré, il faut repousser l'intestin dans le ventre; mais ce temps de la réduction n'est pas toujours facile. La difficulté peut dépendre de la trop grande distension de l'anse intestinale herniée par les gaz qui s'y sont accumulés. On a conseillé de pratiquer dans ce cas la ponction de l'intestin. Il est vrai que le volume et la tension de l'intestin, produits par l'amas de gaz stercoraux, opposent souvent une grande résistance à la réduction des parties; mais on sent que la ponction d'un intestin enflammé, faite par une aiguille même fort acérée, doit être souvent un moyen bien inefficace. Nous nous rappelons avoir vu un cas de ce genre à l'Hôpital-Général de Rouen: le chirurgien, homme

fort instruit, après avoir pratiqué le débridement, vit une portion considérable d'intestin énormément tuméfié s'échapper au-dehors; il chercha à la faire rentrer, mais inutilement; il eut alors recours à la ponction avec une aiguille fine; elle fut répétée plusieurs fois, mais sans succès; l'intestin ne s'affaissa en aucune manière.

La ponction expose de plus à des inflammations dangereuses, à des épanchements de gaz, de liquides intestinaux, bilieux, stercoraux ou autres dans le péritoine, et par suite à des péritonites mortelles. M. Dupuytren emploie un moyen plus efficace et moins dangereux; il consiste, après avoir levé l'étranglement, à comprimer doucement, entre les deux paumes des mains, bien lubrifiées avec de l'eau ou de la décoction de racine de guimauve, chaude, ou enduite de cérat, l'anse d'intestin distendue par des gaz ou des matières liquides. Cette compression est constamment suivie du passage de ce que contient l'intestin situé au-dehors dans les parties d'intestin situées au-dedans, de l'amoindrissement de sa masse et de sa réduction.

L'opération terminée, il faut songer aux suites: chez un certain nombre de malades, les accidents continuent, quoique l'obstacle n'existe plus. On donne souvent alors de doux minoratifs. M. Dupuytren n'a point adopté cette pratique; il pense que l'étranglement étant levé, et la hernie réduite, l'inflammation de l'intestin peut seule, en suspendant les contractions du tube intestinal, s'opposer au rétablissement des selles, et que des lavements excitants ou des purgatifs, administrés dans ces circonstances, doivent avoir pour résultat inévitable, lors même qu'ils réussissent à provoquer les évacuations alvines, d'augmenter l'inflammation du canal intestinal, et de favoriser le développement de l'entérite et de la péritonite, c'est-à-dire de l'accident le plus redoutable, qui fait périr presque tous ceux des malades qui succombent après l'opération de la hernie, et contre lequel doivent être dirigés tous les efforts de l'art.

C'est d'après la connaissance de ces faits que M. Dupuytren préfère les antiphlogistiques, les débilitants aux excitants et