

5 pour quatre-vingt-un, 3 pour quatre-vingt-deux, et 1 pour quatre-vingt-trois.

Après avoir établi ainsi pour la population parisienne les rapports par âge et par sexe, l'auteur cherche à en faire usage pour arriver à connaître pour toute la France le rapport des hernies au chiffre total de la population; et pour cela prenant l'âge de vingt ans, où dans chaque département ceux qui ne sont pas exemptés de la conscription par un haut numéro, par la qualité de fils de veuve, par un frère à l'armée, etc., doivent être examinés par un conseil de santé, il cherche quel a été le rapport des hernieux à celui des hommes examinés, et trouve, en s'appuyant sur la loi de la population en France, que le rapport cherché est de 1 à 20 1/2.

Cherchant ensuite le rapport des hernies à la population dans les différents âges, il arrive aux nombres contenus dans le tableau suivant, qui se rapporte seulement aux individus du sexe masculin.

De la naissance à un an, le rapport est de 1 à 20,67	
De 1 à 2 ans..	1 29,09
2 3	1 36,87
3 4	1 55,64
4 5	1 59,72
5 13	1 77,31
13 20	1 41,72
20 28	1 30,74
20 35	1 20,23
35 40	1 16,58
40 50	1 8,41
50 60	1 8,37
60 70	1 5,54
70 75	1 4,37
75 80	1 3,27

Dans les deux dernières sections de son mémoire, l'auteur considère la proportion des hernies dans la classe indigente et dans la classe aisée, et la fréquence relative des hernies dans les diverses parties de la France.

2° DE L'ÉTRANGLEMENT INTERNE.

En traitant de l'étranglement par le collet du sac, nous avons fait voir que ce dernier pouvait être repoussé en partie dans le ventre, et l'étranglement remonter souvent plus ou moins au-dessus du canal inguinal. Nous avons également constaté qu'il y avait des circonstances où, la hernie étant réduite en masse, l'étranglement se trouvait bien plus loin encore de l'anneau inguinal.

Cette dernière variété de l'étranglement nous conduit naturellement à parler de ceux qui ont leur siège dans le ventre même. Le lieu de l'obstacle entraîne ici une très grande augmentation dans le danger dont le sujet est menacé, par la raison que les étranglements internes n'ayant aucun siège fixe, leur formation se lie à des circonstances accidentelles et très variables. Aussi est-il facile de comprendre que leurs manifestations extérieures ressemblant à celles de plusieurs maladies, leurs signes doivent être douteux, et les remèdes à employer incertains, quelquefois même dangereux.

Nous nommerons, continue M. Dupuytren, étranglement interne, tous les obstacles mécaniques situés en dedans du ventre, qui, en agissant sur un point du canal intestinal, aplattissent ses parois, interceptent le cours des matières stercorales, suspendent, comme les étranglements externes, l'excrétion des substances contenues dans le canal intestinal, et donnent lieu enfin à un mouvement rétrograde de ces matières vers la bouche.

Les recherches auxquelles nous nous sommes livré sur cette lésion, nous ont permis d'en reconnaître dix-sept espèces, parmi lesquelles nous allons indiquer les principales.

La réduction en masse des hernies étranglées par le collet du sac est le point d'union qui lie les étranglements externes aux étranglements internes. Une des premières variétés qui se présente à l'observateur est celle qui consiste dans la torsion circulaire et dans l'aplatissement d'une partie de l'intestin grêle autour d'un point du mésentère; les deux bouts

du canal intestinal s'éloignent ensuite l'un de l'autre, sous des angles plus ou moins aigus.

L'étranglement dans d'autres cas est déterminé par l'aplatissement de l'intestin grêle entre le mésentère et la convexité de la colonne lombaire, avec ou sans torsion de l'intestin sur la première de ces parties. Ce fut à une disposition de ce genre que succomba le célèbre Chopart.

L'invagination d'une portion plus ou moins considérable d'intestin dans celle qui lui est inférieure n'est pas une cause moins fréquente d'étranglement interne. Cet accident, déjà fort grave lorsqu'il est limité à un point de la longueur du conduit intestinal, existe presque toujours sur plusieurs points à la fois.

Quelquefois l'étranglement dépend d'un rétrécissement de l'intestin lié à une maladie organique quelconque. Le siège de cette lésion est le plus ordinairement au gros intestin, à l'S iliaque du colon; nous l'avons rencontré une fois à deux pieds et demi de l'extrémité inférieure du rectum chez une femme qui succomba dans le service de M. Honoré. En pratiquant un anus dans la région lombaire gauche, on eût probablement sauvé la vie de cette femme, ainsi que l'ont prouvé les opérations faites depuis avec succès par M. Amussat.

Parmi les causes de la maladie qui fait le sujet de cette leçon, il ne faut point omettre les étranglements internes qui ont lieu par le passage de quelque anse intestinale à travers les érailllements ou les plaies du diaphragme, du mésentère, du rectum, du vagin, et même de la vessie.

D'autres causes résultent de la compression exercée par des tumeurs diverses sur quelques points du canal intestinal.

Les étranglements internes peuvent être dus à des brides de l'épiploon, à des adhérences ou à des perforations de cette membrane par lesquelles l'intestin se trouve aplati, comprimé, et mis hors d'état de transmettre vers l'anus les matières qu'il contient. Les faits de ce genre sont assez intéressants pour que nous en rapportions quelques uns.

OBS. I. — *Ancienne hernie inguinale. — Adhérence convertie en une bride qui étranglait l'intestin.* — Pascal Ra-

cine, âgé de soixante-quatre ans, fut apporté à l'Hôtel-Dieu le 31 mars 1817, et placé dans les salles de chirurgie. Il était presque sans pouls; sa voix était faible, éteinte; son pouls petit, concentré, extrêmement fréquent; son ventre douloureux, tendu et volumineux. Les personnes chargées du soin de transporter cet individu à l'hôpital disaient qu'il avait fait une chute sur les reins dans un escalier. Sur ce rapport, on soupçonna que les accidents étaient causés par la rupture de quelques vaisseaux sanguins du bas-ventre. Deux saignées du bras furent pratiquées. Le malade avait succombé cinq heures après son arrivée.

Autopsie. — La première chose qui fixa l'attention fut l'aspect du canal intestinal, qui était divisé en trois parties, relativement à sa couleur et à son diamètre. La première partie, qui était supérieure, offrait des parois distendues, épaisses, de couleur grise; la portion moyenne avait des parois d'un rouge très foncé. La troisième, placée au-dessous des deux autres, était rétrécie en manière d'intestin de chat; elle avait conservé sa couleur naturelle et se continuait avec le cœcum. Cette disposition si singulière éveilla l'attention, et engagea à rechercher avec le plus grand soin la cause de changements si extraordinaires.

En cherchant à déployer la portion moyenne et à l'isoler, M. Dupuytren s'aperçut qu'elle n'était point mobile, et que c'était une anse intestinale étranglée par une bride tendue. Cette bride se dirigeait de haut en bas, et un peu de dehors en dedans, et allait se perdre dans l'anneau inguinal du côté gauche, en suivant à peu près la direction du cordon des vaisseaux spermaticques. Elle se rendait au fond d'un vieux sac herniaire qui avait franchi l'anneau inguinal du côté gauche. En la tirant de haut en bas, on attirait dans le sac herniaire l'S du colon, à la partie moyenne et au bord libre duquel était attachée l'extrémité supérieure de cette bride; de manière qu'il était certain que cette portion du colon avait autrefois été contenue dans ce sac, qu'elle y avait contracté des adhérences, et que ces liens d'adhérence, tirillés sans cesse par le colon, qui tendait à reprendre sa place accou-

tumée, s'étaient changés en cette bride, qui causait l'étranglement. Sous cette bride étendue, ai-je dit, depuis le fond du sac herniaire jusqu'à la partie moyenne de l'S du colon, existait une ouverture par laquelle avait passé la portion d'intestin étranglée.

On dut soupçonner d'après cela que les renseignements qui avaient été donnés étaient faux. On en demanda de nouveaux, et l'on apprit que l'individu qui fait le sujet de cette observation n'avait point fait de chute, et qu'avant d'être transporté à l'hôpital, il avait attribué tous ces accidents à la présence d'une ancienne hernie dont on ne trouva plus que le sac, et que, s'il n'avait point voulu l'avouer, c'est parce qu'il pensait qu'une hernie n'était pas une cause d'admission dans les hôpitaux (1).

Cette observation ne peut servir en rien à éclairer le diagnostic, les symptômes n'ayant point été et ne pouvant être observés suffisamment; mais elle nous avertit que, dans le cas où l'on soupçonne la présence d'un étranglement interne, il faut examiner avec le plus grand soin les parties extérieures de l'abdomen, pour rechercher s'il n'y a pas quelque tumeur à l'extérieur. Si ce malheureux était venu au moment où les premiers accidents se sont développés, ou peu après, n'est-il pas probable que l'on eût reconnu la cause de tous les accidents, et que l'on eût pu la détruire?

Les brides situées derrière l'anneau méritent de fixer notre attention; souvent elles deviennent la cause d'un étranglement intérieur qui présente les mêmes signes et les mêmes indications que l'étranglement par le collet du sac. Il n'est pas de praticien qui n'ait eu occasion d'observer de pareilles brides; de là le précepte si essentiel d'introduire le doigt dans l'abdomen après le débridement de l'anneau.

Voici une observation tout-à-fait extraordinaire qui nous montre une bride en forme d'anneau, située dans l'abdomen. Elle est trop importante dans tous ses détails pour que je la défigure par une analyse trop succincte.

(1) Observation recueillie par M. Maunoury.

Obs. II. — *Hernie inguinale étranglée. — Réduction. — Persistance des accidents. — Opération. — Mort. — Autopsie. — Bride en forme d'anneau située dans l'abdomen.* — Beaudoin (Antoine), âgé de cinquante-cinq ans, journalier, d'une bonne constitution, avait depuis huit ans une hernie inguinale gauche, qu'il maintenait peu exactement. Une circonstance singulière, c'est que sa hernie, une fois réduite, ne paraissait pas de cinq à six mois, quoiqu'il se livrât aux efforts les plus violents, sans aucune espèce de moyen contentif. Le 7 février 1813, il soulève un fardeau de soixante livres; sa hernie reparait à l'instant, non plus molle, indolente comme de coutume; mais dure, douloureuse, accompagnée de hoquets, de tension et de douleur de ventre. La nuit, le lendemain, accroissement de symptômes, mais point de vomissements; ce qu'on pouvait attribuer au peu de susceptibilité de ce malade pour le vomissement, les doses ordinaires d'émétique n'ayant jamais produit aucun effet sur lui. Un chirurgien appelé vingt-huit ou vingt-neuf heures après l'étranglement, fait pendant une demi-heure de grands efforts de réduction, et réussit enfin. Cependant les hoquets et tous les accidents persistent, aussi violents qu'avant la réduction. Beaudoin entre à l'Hôtel-Dieu le cinquième jour de l'étranglement et le troisième depuis la réduction: voici quel était son état.

A l'aîne, aucune trace de tumeur; l'anneau est dilaté et vide; derrière lui on sent une tumeur arrondie; ventre très tendu, ballonné, douloureux; point de selles depuis l'étranglement, seulement évacuation d'une très petite quantité de matières fécales fort dures; hoquets fréquents; point de vomissements; face assez bonne; locomotion facile; pouls presque naturel.

Quel parti prendre? Il existait évidemment des symptômes d'étranglement; mais ces symptômes tenaient-ils à la réduction du sac avec la hernie, à une bride intérieure, à l'altération de la partie d'intestin réduite, à un volvulus, à un épanchement de matières? Voilà une question qu'il était impossible de résoudre, et à la solution de laquelle était pourtant

attaché le mode de traitement. Sans doute il existait beaucoup de probabilités pour un étranglement intérieur ; mais sur de simples probabilités on n'entreprend jamais une opération comme celle de la hernie : et M. Dupuytren se voyait dans l'alternative ou de passer pour timide en laissant périr ce malheureux sans rien tenter pour son salut, ou pour téméraire à l'excès en pratiquant une opération sans indication suffisante. Prévenir la péritonite, favoriser la circulation des matières, voilà les seules indications bien positives qui existaient alors, et qu'on remplit par les bains, la saignée et l'eau de rhubarbe. Les hoquets deviennent moins fréquents.

Le sixième jour (solution de manne dans du lait), les symptômes s'aggravent ; le soir, l'abattement est extrême, les extrémités sont froides. (Potion calmante qui soulage le malade, mais n'empêche pas quatre ou cinq vomissements pendant la nuit.)

Le septième jour, nouveau bain, nouvelle saignée ; on fait marcher le malade en allant au bain et en revenant ; on l'engage à se lever, à faire des efforts, dans l'espérance de déterminer la sortie de la hernie. Le huitième jour, il s'était levé de grand matin, avait fait beaucoup de mouvements, et à la visite il nous montre, avec un air de satisfaction, une petite tumeur à l'aîne. (Troisième bain, troisième saignée.) Le matin du neuvième jour, la tumeur avait un volume plus considérable que la veille ; mais sa mollesse ne permettait pas de penser à un étranglement, et liait manifestement les mains d'un praticien prudent. Le soir, la tension est plus grande : alors seulement il convenait d'opérer, et quoique neuf jours d'étranglement dussent enlever presque tout espoir, on s'y décida sur-le-champ.

Sous la peau s'est présenté un sac à parois denses, épaisses, d'abord d'une nature douteuse, traversé par une multitude de vaisseaux qui fournissaient du sang à chaque coup de bistouri. Au-dessous était le vrai sac, reconnaissable à sa transparence parfaite. Son ouverture donne issue à deux cuillerées de sérosité sanguinolente ; l'intestin se présente un peu rouge, résistant, beaucoup moins altéré que dans la

plupart des hernies étraanglées. L'anneau n'était pas la cause de l'étranglement : on le débride néanmoins largement pour découvrir plus aisément cette cause. Le doigt, porté dans l'anneau et dirigé en dedans et en arrière le long de l'intestin, rencontre, à deux pouces environ, une bride qui paraît dense, résistante, et étrangle l'intestin. M. Dupuytren me permit de reconnaître cette disposition. L'instrument tranchant, porté à une aussi grande profondeur, aurait pu blesser des parties importantes. On cherche à attirer au-dehors cette bride avec le doigt recourbé en crochet, et la déchirure commencée dans l'abdomen est complétée par l'effet de cette manœuvre. Alors, on peut voir la nature de cette bride : ce n'était point l'épiploon : elle n'en avait ni l'aspect ni la texture ; ce n'était pas non plus le collet du sac, mais bien une membrane plus dense, presque fibreuse, blanchâtre, comme frangée, présentant en dehors trois petits kistes séreux. On procède à la réduction : l'intestin rentre avec une grande facilité.

Quel que doive être l'événement, il est évident que l'art ne pouvait pas faire davantage pour ce malade. Presqu' aussitôt après l'opération, des envies d'aller à la selle se déclarent ; le malade rend, comme coup sur coup, une quantité énorme de matières, huit litres peut-être. Il est d'abord soulagé : on commence à espérer ; mais bientôt les accidents se renouvellent avec plus de violence ; les hoquets sont plus fréquents ; l'abattement plus considérable ; le ventre dur, ballonné, et surtout tellement douloureux que le moindre contact est insupportable ; le pouls petit, très précipité ; la face grippée ; les yeux enfoncés et mourants. C'est par cette suite de symptômes qu'il est conduit à la mort le 16 février, deux jours après l'opération, huit après la réduction, et dix depuis l'étranglement.

Examen du cadavre. — A l'ouverture, qui fut faite le lendemain, quinze à seize heures après la mort, nous trouvâmes une péritonite, une portion d'intestin rouge noirâtre, d'un pouce et demi de longueur, cernée par deux rétrécissements circulaires, épaissie surtout à l'endroit de ces rétré-

cissements. Mais où était la bride si singulièrement observée pendant l'opération? Était-elle formée par le mésentère, l'épiploon? Après avoir fait rentrer les deux portions frangées qu'on avait laissées dans la plaie, on reconnaît qu'on a eu affaire, non pas à une bride, mais à un anneau dont il importe de donner ici la description. Cet anneau, situé immédiatement derrière le canal inguinal, naissait de sa partie inférieure, où il se continuait avec le péritoine et le sac herniaire. A l'endroit de cette continuité existait un épaississement sensible, un froncement analogue à celui de l'orifice d'une bourse, des inégalités, des replis du péritoine dont l'un, plus considérable, se prolongeait obliquement sur toute la face postérieure de la vessie; ce qui semblait prouver que cette adhérence et même que cet anneau étaient une production accidentelle. Nées de cette manière, ces deux bandes qui constituaient l'anneau se portaient en haut en s'élargissant: l'externe offrait à sa partie supérieure une espèce d'appendice frangé où adhéraient les trois petits kystes séreux observés pendant l'opération. La circonférence interne présentait un bord plus épais que le reste de cette production membraneuse. Quant à sa structure, elle tenait pour ainsi dire le milieu entre celle des séreuses et celle des fibreuses: les deux feuillets qui la constituaient se continuaient, le postérieur avec le péritoine de la manière que j'ai indiquée, l'anérieur avec le sac. Ce sac était épais d'une ligne environ, tapissé dans toute son étendue par une fausse membrane. Au premier coup d'œil, on eût dit que le péritoine était épais; mais il nous fut facile de l'isoler, et de voir que c'était le tissu cellulaire extérieur (1).

L'anatomie pathologique démontre que les brides sont constituées par des parties fort diverses; tantôt ce sont les intestins qui les forment, tantôt c'est le grand épiploon. Dans un grand nombre de cas, il a existé d'anciennes péritonites dont les produits en s'organisant ont donné lieu à des brides celluleuses.

(1) Observation recueillie par M. Cruveilhier.

OBS. III. — *Symptôme d'étranglement interne. — Mort. — Autopsie. — Étranglement causé par l'appendice cœcale et la torsion de l'intestin.* — Esther-Rose Trehan ressentit, à l'âge de dix-sept ans, quelques incommodités qui firent croire que ses règles allaient s'établir: elle fut traitée en conséquence. La menstruation n'eut pas lieu, et cependant le corps se développa, les formes se prononcèrent; la figure se colora d'une teinte rosée, signe d'une santé florissante, qui, au dire de la malade, ne souffrit point d'interruption jusqu'à l'âge de trente-cinq ans. Seulement, dans les douze dernières années de sa vie, elle ressentit des coliques peu intenses, qui revenaient tous les six mois ou tous les ans, duraient quelques minutes, ou cédaient à l'usage des carminatifs.

Le 1^{er} juillet 1817, des coliques violentes se firent sentir sans cause déterminante connue; une douleur fixe profonde s'établit dans la région ombilicale. Des lavements purgatifs et une potion calmante firent disparaître ces symptômes, qui durèrent près de deux jours, pendant lesquels rien ne sortit spontanément par l'anus, et des hoquets eurent lieu sans aller jusqu'au vomissement. Douze jours après cet accident, les mêmes symptômes revinrent avec plus d'intensité, accompagnés alors de nausées et de cessation complète de toute excrétion par l'anus. Un médecin appelé donna deux grains d'émétique, qui déterminèrent sur-le-champ des vomissements qui se répétèrent fréquemment pendant les trois jours suivants. Le 16 juillet, la malade entra à la clinique de l'Hôtel-Dieu. La figure était altérée, la face décolorée; la peau n'offrait point une chaleur plus grande que dans l'état ordinaire; le pouls était à peu près naturel. Le ventre commençait à être douloureux à la pression: il était volumineux; ce développement tenait à la présence des gaz. La bouche était amère, la langue blanche, sans rougeur à son bord. Des coliques violentes se faisaient sentir par intervalles rapprochés. A peine placée dans un lit, la malade vomit spontanément des matières brunes, laissant un dépôt épais semblable aux matières fécales qui n'ont point encore séjourné dans le colon; la couleur, l'odeur, ne laissaient aucun doute sur leur

nature. L'abdomen, exploré avec soin, ne présenta dans aucun point de disposition à une hernie, quelle qu'elle fût. Dès ce moment, on soupçonna l'existence d'un étranglement interne, et le traitement fut dirigé en conséquence.

Le lendemain 17, il n'y avait point de soulagement, le ventre était douloureux, le pouls petit, la peau chaude. L'urine n'avait point été évacuée depuis vingt-quatre heures, et des douleurs se faisaient sentir dans la région des reins, d'où elles se propageaient dans les cuisses. Insomnie, bouche fétide, amère, soif vive, anxiétés, douleurs, au point d'arracher des cris aigus. On sonda; la vessie contenait peu d'urine. (Trente-six sangsues sur le ventre, fomentations émollientes, bain frais, potion calmante, laudanum vingt gouttes.) Le bain ne put être supporté; des vomissements eurent lieu dans la journée; leur nature était la même; seulement ils étaient moins fétides, et leur couleur d'un jaune doré. Le soir, la peau était froide aux extrémités, le pouls très petit; la figure se décolora, les traits s'allongèrent, les coliques augmentèrent et furent continuelles. Le 18, la nuit fut un peu plus calme, quoique sans sommeil. Rien absolument ne s'était échappé par l'anus; les hoquets, les nausées persistèrent, mais il n'y eut point de vomissement; le ventre se distendit et augmenta de sensibilité; les coliques revenaient à des époques plus éloignées, et étaient moins intolérables. A la visite du matin, un vomissement analogue aux précédents eut lieu. (Douze sangsues à l'épigastre, immersion froide, fomentations émollientes, potion calmante, laudanum vingt gouttes.)

L'immersion détermina plusieurs vomissements. Tous les symptômes continuèrent avec la même intensité; un lavement fut rendu dans la soirée tel qu'il avait été pris. Le 19, face décolorée, traits grippés, yeux errants au hasard, ventre tendu, douloureux, peau froide, gluante, pouls misérable, parole pénible; état continu d'anxiété. A huit heures il y eut un vomissement; le pouls sembla se relever un peu. (Douze sangsues sur le ventre, lin, petit-lait, demi-bain.) Le 20, aucune évacuation par l'anus, nul vomisse-

ment, délire, tension du ventre de plus en plus considérable, persistance des autres symptômes. Le 21, agitation violente, pâleur de la face; le froid des extrémités s'étendit; pouls à peine sensible, yeux ternes, ventre très douloureux. (Lavement avec lait, suppositoire de savon.)

Eau de menthe. $\bar{\bar{3}}$ iij.

Huile de ricin. $\bar{\bar{3}}$ j.

Sirop de guimauve. $\bar{\bar{3}}$ j.

A donner par cuillerées.

Le soir, aucune rémission; sueur froide; mort pendant la nuit.

Autopsie. — Le corps n'avait point perdu son embonpoint; les chairs étaient fermes et bien colorées. L'abdomen, ouvert par une incision cruciale, présenta des traces d'une péritonite ancienne, démontrée par des adhérences celluluses solides, transparentes, des divers points du péritoine entre eux. Une d'elles se portait du grand épiploon à l'ombilic, une autre de l'épiploon à l'arcade crurale droite. Les intestins grêles étaient distendus et pleins de liquide; leur surface péritonéale était recouverte dans un grand nombre de points de nuances rosées, signes d'une inflammation récente. De plus, la capacité du ventre renfermait de la sérosité sanguinolente en quantité peu considérable. En soulevant de bas en haut le paquet intestinal distendu, on put voir une portion du tube alimentaire déprimée dans le bassin, et disproportionnée pour le volume avec celle qui était placée supérieurement. L'appendice cœcal avait contracté, par son extrémité libre, des adhérences avec la dernière portion de l'iléon et le mésentère qui le supporte. Situé à la hauteur de la dernière vertèbre lombaire, se dirigeant horizontalement de droite à gauche, il formait une bride tendue, une espèce de pont, sous lequel le doigt pouvait être aisément introduit. Une anse d'intestin, longue de dix à douze pouces, provenant de la fin de l'iléon, s'était introduite sous cette bride en se tordant sur elle-même, circonstance qui augmentait encore l'étranglement. Toute la portion étranglée présentait les traces d'une inflammation violente. Sa couleur, en beaucoup

de points, était noire, ainsi que celle d'une partie de la bride qui formait l'étranglement. Toute la portion intestinale qui se trouvait au-dessus de l'étranglement était remplie par un liquide analogue au produit des vomissements; la portion qui était au-dessous était affaissée, revenue sur elle-même, et ne contenait presque rien (1).

Un pareil étranglement était au-dessus des ressources de l'art. Comment eût-il été possible d'arriver jusqu'au siège du mal, et comment d'ailleurs aurait-on pu le reconnaître? Nous ferons la remarque que la portion d'intestin située au-dessus de l'obstacle était dilatée, tandis que celle qui était au-dessous était affaissée, revenue sur elle-même. On verra plus tard que cette différence offre de grandes ressources dans le cas où on pratiquerait la gastrotomie. Il est à regretter que chez cette femme on n'ait pas constaté l'état des organes génitaux, car il eût été curieux de les décrire à raison de l'aménorrhée constitutionnelle qu'avait présentée cette malade.

OBS. IV. — *Étranglement interne formé par une portion du grand épiploon.* — Joseph Mague, âgé de vingt-six ans, cordonnier, d'une bonne constitution, n'ayant point de hernie, avait éprouvé, à deux reprises différentes, de vives coliques, qui n'eurent que peu de durée. Il y a trois ans que cet accident lui arriva pour la dernière fois; ce fut le seul qui ait interrompu la bonne santé dont il a toujours joui. Le 19 août 1817, après avoir mangé quelques fruits, il ressentit une douleur extrêmement vive vers la fosse iliaque droite; il eut des nausées, et vomit les aliments qu'il avait pris. Le lendemain, cette douleur ayant augmenté, on lui donna un grain d'émétique, qui provoqua des vomissements sans selle. Tout le reste du jour, il eut des nausées, des hoquets, des vomissements. La douleur du ventre étant encore plus vive, il entra à l'Hôtel-Dieu le 20 août 1817. Ce malade était dans un état d'anxiété qui ne lui permettait pas de rester au lit; il cherchait, en marchant, à calmer ses souffrances, et se tenait courbé en se pressant l'abdomen avec les mains, comme pour tromper la douleur. La parole, la toux, lui

(1) Observation recueillie par MM. Lallemand et Hellis.

étaient extrêmement pénibles; la peau était froide, les traits fortement altérés, la langue humide, le pouls petit, concentré, irrégulier, très fréquent. La moindre pression du ventre vers la fosse iliaque droite lui était insupportable; cette région était un peu soulevée. Toutes les matières ingérées étaient vomies peu de temps après avoir été avalées, et sans aucune altération dans leur nature; quelquefois une bile verdâtre s'y mêlait; elles étaient sans odeur, et laissaient déposer un sédiment. (On appliqua quinze sangsues sur l'abdomen; on prescrivit une potion huileuse et un lavement; des fomentations émollientes furent appliquées sur le ventre.) La nuit, le malade fut agité; il rendit ses lavements, et vomit sans cesse. Le lendemain, les traits étaient encore plus altérés; du reste, même état. (On appliqua trente sangsues sur le ventre, puis on mit le malade dans un bain tiède, où il ne put rester qu'une demi-heure.) Le soir, il n'y avait pas d'amélioration; on remarqua des soubresauts de tendons. Les matières des vomissements n'avaient point changé de nature. (On appliqua encore trente sangsues sur le bas-ventre.) Le 22 août, quatrième jour de la maladie, le pouls était à peine sensible, la face décolorée, les extrémités froides et couvertes d'une sueur visqueuse; l'abdomen était tendu inférieurement; la douleur plus généralement répandue. On porta le malade au bain; il ne put y demeurer qu'un quart d'heure, et mourut dans l'après-midi.

Autopsie. — Le ventre était plus ballonné que pendant la vie. A l'ouverture de l'abdomen, des intestins se présentèrent, ayant un volume triple de celui qu'ils ont dans leur état naturel. Les vaisseaux du péritoine étaient fortement injectés et très apparents; de la sérosité purulente était épanchée dans la cavité abdominale. Les circonvolutions intestinales, distendues, ayant été portées à gauche, laissèrent à découvert, dans la fosse iliaque droite et le long du colon ascendant, un portion d'intestin grêle affaissée, d'un rouge brun, couvert de sugillations, et dont la membrane muqueuse, d'un rouge violacé, était tapissée de mucosités sanguinolentes. En suivant la portion d'intestin distendue, on