

Pour prévenir l'étranglement, on doit exercer sur l'ouverture qui donne passage à la hernie, une compression permanente qui a pour effet de fermer l'orifice du sac, et d'opposer ainsi une barrière efficace à la reproduction du déplacement.

Dans ce but, on a imaginé divers appareils et des bandages élastiques mais tous ces moyens ne sont propres, pour la plupart, qu'à faire naître une sécurité trompeuse; ils exposent même à plus de danger que l'omission complète de tout appareil, parce qu'ils inspirent au malade la confiance de se livrer à des exercices violents, sans crainte sur les suites probables d'une pareille imprudence. Un bandage élastique en acier construit méthodiquement et bien appliqué, offre une entière sécurité au malade dans tous les exercices pris avec modération, et n'apporte d'obstacles à aucun des actes ordinaires de la vie. C'est donc le moyen le plus sûr dans ses résultats.

La pelote de ce bandage consiste dans une plaque de fer rembourrée, de manière à offrir une surface qui ne soit ni trop bombée ni trop plate; la première forme détermine de la douleur par une pression inutile, la seconde ne s'oppose que d'une manière imparfaite à la production de la hernie. La pelote est rivée sur une longue tige plate d'acier fortement trempé et recourbée d'après la forme de la partie inférieure du tronc qu'elle doit embrasser à la manière d'un ceinturon. Cette tige doit être assez longue pour s'étendre en faisant le tour du bassin, depuis le lieu où siège la hernie jusqu'à environ un pouce au-delà du rachis. La pelote, ainsi que la tige, est matelassée avec du cuir. Une lanière en cuir partant de l'extrémité postérieure du bandage, passe autour du côté opposé du corps, et, venant se fixer sur la pelote, complète la ceinture circulaire.

On ajoute quelquefois une lanière qui descend de la partie postérieure du bandage, passe entre les cuisses, et est ramenée à la partie antérieure de la pelote à laquelle elle est fixée par un clou à tête aplatie. Cette lanière empêche le bandage de remonter. Cependant quand le bassin est bien conformé, c'est-à-dire, quand il est suffisamment évasé et que le ventre est volumineux, cette lanière n'est pas indispensable; mais pour peu que le bassin se rétrécisse du côté de l'abdomen, le bandage se déplacerait de bas en haut s'il n'était retenu par cette lanière.

Plusieurs chirurgiens et presque tous les fabricans d'instrumens ont adopté des formes différentes pour le bandage, et ont posé des règles différentes pour la direction et l'intensité de la compression; mais presque tous sont tombés d'accord pour établir que la pression doit être exercée sur l'anneau inguinal.

C'est justement sur ce point qu'ils sont tous dans l'erreur, et c'est précisément parce que les bandages qui ont été construits d'après ce principe, ont manqué si souvent le but qu'on se proposait d'atteindre, que l'on a été con-

duit à leur faire subir tant de changemens dans leurs formes.

Par l'application d'un bandage, on se propose de fermer l'orifice du sac herniaire, et d'intercepter la communication de ce sac avec l'abdomen. Ce but ne saurait être parfaitement atteint au moyen d'un bandage, dont la pression s'exercerait sur l'anneau inguinal et s'étendrait de là sur le pubis. Dans ce cas, l'indication ne peut être remplie que d'une manière très-incomplète, parce que toute la portion du sac qui est comprise entre l'anneau inguinal et l'ouverture du sac dans la cavité abdominale, reste sans compression. Sous l'influence de ce mode vicieux de compression, il peut arriver 1° que le sac, bien qu'étant oblitéré au niveau de l'anneau inguinal, reste encore béant au-dessus de ce point jusqu'à l'abdomen, ce qui permet à la hernie de se reproduire avec facilité; 2° que le sac herniaire présente plusieurs cellules formées par des cloisons, le plus souvent incomplètes. Voici le mécanisme de leur formation. Si la pelote a été appliquée sur l'anneau inguinal, et portée pendant un certain temps, le sac se contracte ou s'oblitére dans ce point, et le malade se croyant guéri, renonce à l'emploi du bandage; mais le sac étant encore béant du côté de l'abdomen, bien que fermé au niveau de l'anneau inguinal, la hernie, en se reproduisant, chasse au-devant d'elle cette première cloison. Alors l'emploi du bandage étant repris, et la pelote étant appliquée de nouveau sur l'anneau inguinal, il s'y forme une nouvelle oblitération plus ou moins complète, et ainsi de suite.

Les inconvéniens que je viens de signaler ne sont pas les seuls. La pression exercée par la pelote sur le cordon spermatique contre le pubis, détermine souvent des douleurs que le malade cherche à faire disparaître en la déplaçant continuellement, ce qui en paralyse les effets; souvent même les testicules s'atrophient par suite de la suspension de la circulation dans les vaisseaux spermatiques.

Le véritable moyen d'oblitérer complètement l'orifice du sac herniaire, consiste à appliquer le bandage, non-seulement sur l'ouverture inguinale, mais encore sur celle à travers laquelle s'engage le cordon spermatique, et qui donne passage à la hernie dans les premiers temps de sa formation. Le retour de la hernie ne peut en effet être prévenu, et la cure ne saurait être radicale, qu'autant que la pression portera à la fois sur l'anneau abdominal et sur le canal inguinal.

Appliquée d'après ces principes, la compression a pour effet de rapprocher les parois du collet du sac, et de prévenir ainsi tout retour des viscères dans la même cavité. Si la pression est continuée pendant long-temps, il se forme à l'entrée du sac des adhérences qui interceptent la communication entre sa cavité et celle de l'abdomen. Par suite, le sac, n'étant plus distendu par la présence des viscères, diminue de volume, se contracte, et même

dans certains cas, finit par s'oblitérer entièrement (1).

Il s'agit donc d'exercer une compression sur toute la longueur du canal inguinal. Aussi, quand la hernie a été réduite, le chirurgien doit-il poser les doigts obliquement au-dessus et en dehors de l'anneau inguinal, et engager le malade à tousser, et c'est sur le point le plus éloigné de l'anneau vers l'épine iliaque, là où l'on sent que la hernie tend à s'échapper, que l'on doit faire l'application de la pelote; il faut que le bandage soit construit dans la vue de satisfaire à cette indication.

Pour déterminer les dimensions d'un bandage à construire, on place le bout d'un cordonnet sur le point où on a reconnu que la hernie tend à s'échapper, on le conduit ensuite autour du bassin, en le tenant à une distance égale du grand trochanter et de l'épine iliaque, jusqu'à ce qu'il vienne à la rencontre du point de départ en complétant le cercle. Cette mesure donne la longueur du bandage. C'est de cette manière que j'ai l'habitude d'en prendre les dimensions, excepté dans les cas où les hanches font une saillie considérable, et où il est convenable de substituer au cordonnet un fil de fer, qui, reproduisant fidèlement le contour de la hanche du malade, indique la courbure que l'ouvrier doit donner à l'instrument.

La pelote doit être appliquée plus près de l'anneau inguinal dans les hernies volumineuses que dans les hernies petites. Pour ces dernières, on peut faire porter la pelote à distance égale de la symphyse du pubis et de l'épine iliaque. Mais le collet du sac se rapprochant de l'anneau inguinal, à mesure que la hernie devient plus volumineuse, on doit faire concorder la compression avec cette circonstance, en se rappelant toutefois que jamais le bandage ne doit être amené jusque sur le pubis, et que la pression à la partie externe et supérieure de l'anneau inguinal, suffit, même dans les hernies volumineuses, pour retenir les viscères dans l'abdomen.

Il n'est pas rare de rencontrer une hernie des deux côtés à la fois. Dans ces cas, on peut faire usage d'un bandage double, c'est-à-dire, à deux pelotes et à deux ressorts, construit du reste de la même manière que le bandage simple. Pour en faciliter l'application et le maintien, les deux ressorts doivent être bouclés en arrière, et ils peuvent être alongés ou raccourcis à volonté. Dans ce but, ils sont disposés de manière à ce que l'un des deux puisse glisser facilement sur l'autre.

(1) Le fait bien constaté de la réductibilité du sac, dans les petites hernies, démontre les avantages qu'on peut retirer de l'application du bandage, lorsque le tissu cellulaire, qui unit le crémaster avec le sac, conserve encore sa laxité, ce qui n'a plus lieu après un long séjour du sac dans le scrotum. Une hernie petite et récente se guérit par un mécanisme différent de celui par lequel s'effectue la guérison d'une hernie volumineuse et ancienne. Dans ce dernier cas, on oppose à la descente de l'intestin, un obstacle permanent, en déterminant la formation d'adhérences entre les bords de l'orifice du sac; on obtient au contraire la cure radicale d'une petite hernie, en provoquant une sorte d'induration du tissu cellulaire qui entoure le collet du sac, ce qui empêche le péritoine de s'engager à travers l'anneau abdominal. A. K.

bandages, afin de pouvoir en cas d'accident, remplacer à l'instant même celui dont il fait usage. Il se trouve aussi très-bien, de changer le matin le bandage qui a été appliqué pendant la nuit.

Une hernie qui paraissait guérie depuis longtemps, se reproduit quelquefois sous l'influence d'un mouvement brusque. Cela tient à ce que les adhérences de l'orifice du sac sont imparfaites et cèdent à la pression des viscères. J'ai été consulté par un jeune homme, âgé de 25 ans, pour la récurrence d'une hernie inguinale gauche, qui avait paru pour la première fois à l'âge de 7 ans. Pendant seize années il avait porté un bandage, et il y avait deux ans qu'il en avait cessé l'usage sans que la hernie eût reparu.

Les hernies qui se reproduisent dans de telles conditions, sont beaucoup plus susceptibles d'étranglement que les hernies récentes, à cause de l'épaississement qui a été produit dans le collet du sac par la pression du bandage, épaississement qui est en même temps un obstacle à la réduction de l'intestin déplacé.

Ce qui fera toujours hésiter un chirurgien prudent à promettre une guérison radicale par l'emploi du bandage, c'est que, bien que le sac primitif soit fermé à son collet par adhérences ou par oblitération complète, il est possible qu'il se fasse un second sac contigu au premier. On trouve alors, l'un à côté de l'autre, deux sacs herniaires, dont l'un est béant et peut recevoir les intestins s'ils sont poussés au-dehors, et l'autre contracté, au point de ne pouvoir admettre un tuyau de plume. Sur un sujet qui m'a offert cette disposition, la guérison s'était effectuée pour le premier sac, mais la hernie existait dans le second. J'ai vu deux autres exemples de cette disposition.

Les bandages à ressort d'acier sont applicables aux enfans comme aux adultes; en effet, ils produisent une compression moins inégale que celle qui est exercée par les bandages ordinaires non élastiques, appliqués autour du bassin. Il faut examiner avec soin le scrotum de l'enfant, pour s'assurer si le testicule a franchi l'anneau inguinal; car dans le cas où cette migration

n'a pas eu lieu, l'application du bandage est contre-indiquée. Alors, en effet, le sac est formé par l'élongation de la tunique vaginale, et toute compression exercée sur lui, empêchera nécessairement le testicule d'arriver dans le scrotum. Il faut donc différer l'application du bandage jusqu'à ce que le testicule soit complètement descendu au-dessous de l'anneau inguinal.

Lorsque le sac a été oblitéré par adhérence à son orifice, comme la portion de péritoine qui le constitue est une membrane exhaltante, il s'y forme quelquefois une collection séreuse qui donne lieu à une espèce particulière d'hydrocèle, dont le traitement est le même que celui de toute autre hydrocèle.

Quand le bandage est en place, il est indispensable que toutes les parties qui constituaient la hernie, soient exactement réduites, afin qu'aucune d'elles ne soit soumise à la compression. Si le malade s'apercevait que quelques parties se sont déplacées de nouveau, il devrait se coucher sur le dos, enlever son bandage, pour ne le replacer qu'après avoir fait la réduction. Une personne qui, obligée de se servir d'un bandage, continue de le laisser en place, bien qu'une partie de la hernie se soit reproduite, est plus exposée à l'étranglement que si elle ne portait aucun bandage. En effet, privée de bandage, elle n'est point exposée aux dangers qui naissent d'une sécurité mal fondée.

Quand il est une fois bien reconnu que l'adhésion du collet du sac est opérée, on peut cesser l'emploi du bandage; mais il faut y renoncer avec beaucoup de circonspection, car c'est en général une chose difficile à constater. D'abord, le malade peut en cesser l'usage pendant la nuit, en ayant soin de le replacer avant de sortir du lit; et plus tard, dans les circonstances où il n'est obligé à aucun mouvement violent. Mais avant de permettre l'abandon complet du bandage, le chirurgien doit explorer avec soin la région inguinale, et s'assurer si, pendant la toux ou pendant tout autre acte brusque des muscles abdominaux, il ne se manifeste pas à l'anneau abdominal quelque tendance à la reproduction de la hernie.

#### DE LA HERNIE INGUINALE IRRÉDUCTIBLE.

On appelle hernie irréductible, celle qui ne peut être réduite par le taxis. Cette irréductibilité reconnaît pour causes les circonstances suivantes.

1° Quand les parties sont restées long-temps déplacées, elles augmentent de volume au point de ne plus être susceptibles de réduction.

(1) Quelques hernies sont irréductibles parce qu'elles conservent leurs connexions celluluses après avoir quitté la place qu'elles occupaient. La vessie, quand elle fait hernie, n'est pas en général susceptible d'une

2° Il se forme des brides membraneuses qui traversent l'intérieur du sac, et y retiennent les parties qui y sont contenues.

3° Les viscères déplacés contractent des adhérences solides avec les parois du sac (1).

Quelle que soit la cause de l'irréductibilité, elle expose le malade à plusieurs accidens; le principal est l'étranglement de la hernie.

Toutefois, ce danger est moins à redouter dans la hernie habituellement irréductible, que dans celle qui ne descend qu'accidentellement; car dans la première, le sac étant déjà presque rempli, n'admet pas facilement de nouvelles parties dans sa cavité.

Le malade est encore exposé à d'autres dangers, ainsi qu'on le verra dans les observations suivantes.

*Observation 188.* — On apporta à l'hôpital Saint-Thomas un homme qui était tombé d'une échelle. Dans la chute, le scrotum, qui renfermait une hernie volumineuse, avait heurté contre le bord d'une pièce de bois. Il mourut au bout de quatre heures, après avoir éprouvé de vives douleurs, et une tension considérable de l'abdomen. A l'autopsie, on trouva une déchirure dans une anse de l'iléon que renfermait la hernie.

*Observation 189, communiquée par M. Norris.* — « Un homme de moyen âge, qui était atteint depuis plusieurs années d'une hernie scrotale, pour laquelle il ne portait point de bandage, reçut un coup violent du timon d'une voiture, qui vint frapper dans un point correspondant au collet de la tumeur. Je le vis une heure après, il était expirant; le pouls était fréquent et faible; il y avait des vomissemens fréquents, et le malade accusait une vive douleur dans tout l'abdomen; le point sur lequel le coup avait porté, n'offrait à l'extérieur aucune plaie, et n'était pas à beaucoup près aussi douloureux que le reste du ventre: la tumeur était beaucoup plus volumineuse qu'auparavant, mais elle ne présentait pas la tension qui caractérise ordinairement l'étranglement de l'intestin. Je n'éprouvai aucune difficulté à opérer la réduction, qui n'amena aucun soulagement. Aussitôt que la pression exercée par ma main eut cessé, la tumeur reparut aussi volumineuse qu'auparavant. Dans une consultation qui eut lieu, plusieurs purgatifs furent prescrits, et l'opium fut administré de temps en temps, dans le but de diminuer les vomissemens et les douleurs; mais

réduction complète. J'ai disséqué deux cas dans lesquels le cœcum était descendu et avait contracté à sa face postérieure, des adhérences solides avec le cordon. En effet, dans les hernies du cœcum le sac n'est pas complet. Il manque à la partie postérieure et externe de l'intestin, là où existent les connexions celluluses naturelles. Il est probable que l'étranglement a moins de chance de se produire avec un sac incomplet. En effet, l'orifice du sac, ne formant point alors un anneau complet, n'exerce point sur l'intestin cette constriction que présente ordinairement le sac d'une hernie inguinale. Scarpa signale l'erreur où sont tombés quelques chirurgiens, lorsqu'ils ont décrit la hernie du cœcum et de la partie inférieure de l'iléon, comme étant entièrement dépourvue d'enveloppe péritonéale. Desault et Choppart paraissent avoir commis cette méprise dans la description qu'ils ont donnée d'une hernie, dans laquelle ils prétendent avoir trouvé le cœcum, recouvert seulement par la peau des bourses. C'est, dit Scarpa, parce qu'en pratiquant son incision trop au côté externe de la tumeur herniaire, l'opérateur ne tombe pas sur le sac, qu'il est porté par là à croire que l'intestin est descendu sans le péritoine. Cette observation de Scarpa est d'un haut intérêt pour le chirurgien, et prise en considération, elle prévient beaucoup d'embarras et même de dangers pendant l'opération; l'opérateur, en effet, s'il ignorait cette disposition quand il serait arrivé à la tunique celluluse de l'intestin n'hésiterait pas à la diviser, et il ne serait instruit de sa méprise que par la sortie des matières fécales. On peut éviter cette cause de difficulté pour l'opérateur et de danger pour le malade, en faisant l'incision plus près du côté interne de la tumeur.

A. K.

aucun des moyens que nous imaginâmes, ne put pendant les trois jours que le malade vécut encore, procurer aucune selle ni aucun soulagement dans les douleurs.

*Autopsie.* — On ouvrit d'abord la tumeur herniaire qu'on trouva entièrement remplie de sang; le sac ne paraissait pas avoir été lésé. L'abdomen contenait au moins trois pintes de sang, qui provenait d'une déchirure du mésentère et de l'iléon. Il est probable qu'il avait existé entre ces parties et le sac, des adhérences qui furent détruites au moment l'accident. L'intestin avait été arraché du mésentère dans une étendue de 5 pouces.

*Observation 190, communiquée par M. Norris.* — « Dans la soirée du 23 février 1802, Serjesson, jeune homme maigre, vint heurter avec force, en courant, contre un poteau, au détour d'une rue; le coup porta vers le milieu de l'abdomen. Le malade se remit au bout de quelques instans; mais après avoir été un peu plus loin, il sentit une douleur très-vive, se trouva mal, et fut obligé de s'asseoir sur le seuil d'une porte où il resta dix minutes. De là, il revint avec peine chez lui, à une distance d'environ deux cents pas. Je le vis le lendemain matin de bonne heure; on ne trouvait pas la plus légère trace de lésion, dans la partie sur laquelle avait porté le coup; mais sur le trajet des vaisseaux spermatiques du côté gauche et jusque dans le scrotum, existait une ecchymose, avec un gonflement qui offrait un volume égal à celui d'une hernie ordinaire. Lypothymies; vomissemens accompagnés de grands efforts; pouls fréquent et très-foible; face pâle et exprimant la plus grande anxiété; douleur aiguë dans toute l'étendue du ventre; toutefois l'abdomen était d'une grande souplesse; et l'on pouvait réduire facilement les parties renfermées dans la tumeur de l'aîne; mais à peine la pression avait-elle cessé, que la tumeur se reproduisait. Après avoir réitéré cette manœuvre, et après l'examen le plus attentif, j'acquis la certitude que la tumeur

était exclusivement formée par un liquide. Fomentations sur l'abdomen; solution de sel d'Epsom dans de l'eau de Menthe, de quart-d'heure en quart-d'heure jusqu'à effet purgatif.) Quatre onces de sel furent prises dans la journée sans aucun résultat. Les symptômes persistèrent, et les douleurs devinrent atroces; le malade mourut dans la matinée.

*Autopsie.* — Le lendemain, j'examinai le cadavre avec le docteur Yelloly. La tumeur avait augmenté de volume; elle était livide, renfermait des gaz, ce qu'il était facile de reconnaître à sa rénitence. En l'ouvrant, on vit qu'elle contenait de la sérosité, du sang et des gaz. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoula environ une pinte d'un liquide séreux et sanguinolent. Aucun des viscères abdominaux ne présenta la plus légère trace de lésion, excepté l'iléum qui était le siège d'une ouverture irrégulière, assez grande pour admettre facilement le doigt, et à travers laquelle tout ce qui était introduit dans l'estomac s'épanchait aussitôt dans la cavité de l'abdomen.

Un tel accident doit être regardé comme étant nécessairement fatal, surtout quand les fibres circulaires de l'intestin sont intéressées comme dans ce cas, les lèvres de la déchirure restant béantes.

La hernie irréductible expose encore à un autre genre de danger, c'est l'ulcération de l'intestin qui peut succéder à l'ingestion dans l'estomac d'un corps aigu, lequel, après avoir parcouru le canal intestinal, arrive dans le sac herniaire. On possède des exemples qui prouvent, qu'arrivé dans ce lieu, un corps étranger peut se faire jour à travers une perforation, qui livre ensuite passage aux matières fécales.

*Observation 191.* — Un enfant, âgé de 13 ans, entra à l'hôpital Saint-Thomas, pour une hernie scrotale irréductible, d'où s'échappaient incessamment des matières fécales à travers une petite ouverture du scrotum. L'enfant raconta qu'il avait, par mégarde, avalé une épingle, et que cinq semaines après, sa hernie s'était tuméfiée et était devenue très-douloureuse. On avait appliqué des cataplasmes, et il s'était formé un abcès, qui bientôt s'ouvrit. En examinant l'ouverture qui donnait issue au pus, on vit se présenter la pointe d'une épingle, qui fut facilement extraite. Il resta une ouverture fistuleuse de l'intestin, pour laquelle il fut traité à l'hôpital; les tentatives qu'on fit pour obtenir la réunion en avançant les bords de la fistule, restèrent sans succès.

Une hernie irréductible acquiert quelquefois un volume énorme, lorsqu'elle a été entièrement abandonnée à elle-même, et alors elle détermine divers autres accidents, dont le cas du célèbre historien Gibbon, fournit un exemple remarquable.

*Observation 192.* — M. Gibbon, portait depuis trente ans, une hernie scrotale gauche,

dont il ne s'était jamais plaint, et dont il n'avait jamais cherché, par aucun moyen, à prévenir l'accroissement. Dans l'été de 1793, la tumeur étant devenue douloureuse, il commença à s'alarmer, et il consulta sir Walter Farquhar et Cline. La tumeur avait alors un volume extraordinaire; elle pendait jusqu'aux genoux, et offrait une largeur considérable à son point de réunion avec l'abdomen. La partie inférieure de la tumeur étant le siège d'une collection de liquide, la ponction fut pratiquée en novembre 1793; il s'écoula une quantité considérable de sérosité. Quinze jours après, une nouvelle ponction fut pratiquée, et on retira trois pintes de liquide, sans qu'il en résultât une diminution notable de la tumeur. Six semaines plus tard, la peau qui recouvrait la tumeur s'étant enflammée et menaçant de s'ulcérer, on renouvela la ponction. Cette dernière opération eut lieu le 13 janvier 1794, elle donna issue à six pintes de liquide. Deux jours après, il commença à éprouver de la douleur à l'épigastre et dans l'abdomen, ainsi que dans la tumeur, quand elle était comprimée. Il passa une nuit agitée; le lendemain matin, à son lever, il parut moins souffrant et plus dispos qu'à l'ordinaire; mais quelques heures après il perdit connaissance, et expira vers onze heures.

*Autopsie.* — J'assistai M. Cline dans l'examen du cadavre; presque tous ceux des viscères de l'abdomen qui sont susceptibles de déplacement, étaient sortis hors de cette cavité. L'épiploon tout entier, ainsi que tout le canal intestinal à l'exception du duodénum et du cœcum, étaient compris dans la hernie. Le pylore lui-même était descendu jusqu'à l'orifice du sac herniaire. Toutes les parties déplacées étaient chargées de graisses et légèrement enflammées. Le sac descendait presque jusqu'au genou; son orifice pouvait admettre la main. Au-dessous du sac, existait une autre cavité distincte, pouvant contenir plusieurs pintes de liquide; cette poche renfermait le testicule, et n'était autre chose que la tunique vaginale.

Telles sont les suites fâcheuses que peut entraîner l'omission d'un bandage chez les sujets atteints de hernie. Une tumeur aussi considérable que celle qui vient d'être décrite, exige des soins particuliers. Le penis étant profondément enfoncé au sein de cette tumeur, l'urine ne peut être évacuée qu'en coulant goutte à goutte à la surface du scrotum, sur lequel elle entretient des excoriations continues.

Outre ces inconvénients, une hernie très-volumineuse peut produire une affection du scrotum lui-même. Il peut s'y former des abcès, que la distension continuelle des parties rend fistuleux, et qui ne peuvent être guéris qu'en obligeant le malade à un séjour permanent dans son lit.

Dans les cas où les parties déplacées sont devenues tellement volumineuses et chargées d'

graisse, que la hernie a cessé d'être réductible, on a recommandé, avant de faire aucune tentative de réduction, de soumettre le malade à une diète excessivement sévère, de lui administrer des purgatifs et tous les moyens propres à entretenir une abondante transpiration. Il est extrêmement probable, que de pareils moyens, employés pendant un temps considérable, seront à la fin couronnés de succès; mais je n'ai jamais rencontré de malade qui voulût se soumettre à un régime si sévère pour se délivrer d'une infirmité peu gênante pour le moment présent, et qui lui paraît peu inquiétante pour l'avenir (1).

Un moyen plus simple et non moins efficace consiste à faire porter un bandage en suspensoire, qui est lacé à sa partie antérieure, et soutient le scrotum. Ce moyen permet d'exercer une compression permanente qui détermine peu à peu la résorption de la graisse accumulée sur les parties déplacées, de sorte qu'après un repos au lit de quelques jours, la tumeur diminue beaucoup de volume et devient enfin réductible.

Dans quelques cas, les applications froides peuvent faciliter la rentrée d'une hernie qui paraissait irréductible.

*Observation 193.* — Un médecin me pria d'examiner une hernie, qui datait de 45 jours, et qui avait résisté à toutes les tentatives de réduction sans devenir douloureuse. Je reconnus une épiplocèle et je prescrivis l'application de la glace sur la tumeur pendant un temps considérable. Au bout de vingt-quatre heures la diminution était assez notable pour engager à persévérer dans l'emploi de ce moyen; et, au bout de quatre jours, la hernie fut entièrement réduite.

*Observation 194.* — M. G., chirurgien au service de la compagnie des Indes Orientales, me fit appeler pour une hernie épiploïque droite, qui, malgré le peu de douleur dont elle était accompagnée, lui inspirait quelques craintes. Cette hernie étant irréductible, il craignait qu'elle ne vint à s'étrangler tôt ou tard. Je le fis mettre au lit, et je lui prescrivis l'application de la glace, qui produisit peu à peu la diminution de la tumeur, et la fit disparaître entièrement au bout de 5 jours.

Dans ces deux cas, les heureux résultats des applications réfrigérantes doivent être attribués au resserrement consécutif du scrotum, qui tenait lieu en quelque sorte d'une compression forte et permanente sur la tumeur.

La hernie devient quelquefois irréductible par suite de la formation de brides membraneuses, qui traversent le sac et enlacent les viscères déplacés.

Voici quel paraît être le mécanisme de la formation de ces brides: à une époque où la hernie est encore réductible, il se développe de l'inflammation à la fois dans les viscères et à la surface interne du sac. La hernie étant réduite, les parois du sac s'affaissent et contractent des adhérences entre elles. Cependant, tandis que ces adhérences sont encore récentes, la hernie se reproduit de nouveau, les organes déplacés séparent les surfaces contiguës, excepté dans les points où la réunion a été produite par l'inflammation: la lymphe, qui établissait ces adhérences, au lieu de se rompre, s'allonge sous l'influence de cette nouvelle pression, et forme les brides qui s'étendent d'un côté du sac à l'autre. Au milieu de ces brides, l'intestin et l'épiploon se trouvent enlacés, circonstance qui rend la réduction tellement difficile, qu'on l'a généralement considérée comme impossible dans ces cas. Cependant, si les parties contenues dans la hernie ne sont pas elles-mêmes adhérentes, je ne vois pas pourquoi les moyens qui réussissent ordinairement ne seraient pas ici couronnés du même succès. Dans tous les cas, il est presque impossible de reconnaître cette disposition sur le sujet vivant, au moyen du toucher.

*Observation 195.*, communiquée par M. Cooke de Brentford. *Hernie épiploïque irréductible guérie spontanément.* — M. Crow, de Hanwell, portait, depuis trois ans, une hernie scrotale qui ne se montra irréductible que pendant la dernière année. Le 6 août 1810, dans la matinée, sans cause appréciable, il fut pris tout-à-coup d'une vive douleur, avec gonflement à la partie inférieure de la tumeur herniaire. Cette douleur se propageait le long du cordon jusque dans les lombes, et s'accompagnait de frissons et de vomissements. Le même jour, à cinq heures après midi, je le trouvai avec tous les symptômes de l'étranglement; le côté gauche du scrotum était fortement enflammé, considérablement tendu et douloureux à la pression; la tumeur était piriforme. Je fis faire une saignée abondante au malade, et pendant l'état de syncope qui succéda à l'écoulement du sang, on pratiqua sans interruption des efforts de réduction qui restèrent infructueux. Les nausées et les frissons qui s'étaient manifestés au début, ayant entièrement cessé, et ne voyant survenir aucun symptôme pressant, je fis faire des fomentations sur la tumeur, et administrer une solution de sulfate de potasse jusqu'à effet purgatif. Il y eut plusieurs évacuations abondantes dans la soirée, ce qui me fit supposer que l'intestin n'était pas étranglé. Rassuré sur l'existence du malade, je lui prescrivis le même traitement pour les deux jours suivants et lui recomman-

(1) M. Hey est parvenu par cette méthode, à réduire une hernie épiploïque (p. 222). D'après ses observations, la durée de l'abstinence doit être en général de cinq à six semaines. Dans un cas, il a obtenu la réduction au bout de huit jours. Arnaud a aussi employé ce moyen, avec succès, dans plusieurs cas de hernie.

dai d'éviter avec soin tout mouvement immo-  
déré. Les symptômes subirent peu de change-  
ment jusqu'au 9, époque à laquelle la tumeur  
offrit un commencement de suppuration. Elle  
était devenue plus douloureuse et avait déter-  
miné un trouble général très-prononcé. L'o-  
pium fut administré sous forme de pilules tou-  
tes les six heures; les parties furent constam-  
ment fomentées et couvertes de cataplasmes;  
des purgatifs furent administrés tous les jours.  
Sous l'influence de ce traitement, les symptô-  
mes s'amendèrent jusqu'au 12. On aperçut alors  
des points rouges et livides à la partie anté-  
rieure de la tumeur; la fluctuation était ma-  
nifeste à sa partie la plus déclive; le liquide  
qui produisait cette fluctuation semblait com-  
muni-quer avec la partie de la tumeur sous-ja-  
cente aux taches de la peau. Entre ces taches  
et l'anneau inguinal, la tumeur était dure,  
enflammée et douloureuse. Du 12 au 16, la  
tumeur devint bosselée, proéminente à sa par-  
tie centrale; l'ulcération du scrotum était im-  
minente, mais elle n'eut lieu que le 20, et li-  
vra passage à une poche membraneuse mince,  
sans qu'il s'écoulât aucun liquide. Cette poche  
membraneuse était le sac herniaire. Le 24,  
le sac s'ouvrit par ulcération; il en sortit une  
pinte d'un liquide sanieux au milieu duquel  
flottaient des débris d'épiploon. Dans l'explo-  
ration de la cavité qui renfermait ce liquide,  
le doigt était arrêté dans toutes les directions  
par de fortes brides membraneuses, qui tra-  
versaient le sac herniaire, surtout à la partie  
antérieure. dans les points correspondant à  
l'espace compris entre les taches livides de la  
peau. Dans cet endroit, elles formaient une  
cloison incomplète qui déprimait, comme par  
un sillon, l'intervalle des taches. Après l'éva-  
cuation de ce liquide, les symptômes s'amé-  
liorèrent. Peu à peu, le volume du scrotum  
diminua considérablement, et la fonte gan-  
gréneuse de l'épiploon continua jusqu'au 7  
octobre. A cette époque, l'inflammation, la  
douleur et la suppuration avaient cessé; il  
s'était formé, entre les parties contenues dans  
le scrotum et l'anneau inguinal, des adhéren-  
ces générales et en apparence très-solides, qui  
prévenaient toute hernie ultérieure. Considé-  
rant la guérison comme radicale, je permis au  
malade de retourner à ses occupations, sans  
porter de bandage. Depuis ce moment, il a  
toujours joui d'une santé parfaite.

La hernie peut devenir irréductible, mais  
rarement, par suite d'une contraction de la  
partie moyenne du sac, qui revêt alors la for-  
me d'un sablier. Dans ce cas, une portion de  
l'épiploon peut être emprisonnée au-dessous  
et au-dessus de la partie contractée.

L'intestin et le sac peuvent devenir, sous  
l'influence de diverses causes, le siège d'une  
inflammation.

Observation 196\*. — Je fus appelé par M.  
Ashton auprès d'un malade qui était atteint  
d'une hernie du côté droit, qu'on supposait  
irréductible et étranglée. La tumeur était en-

flammée à sa surface, et présentait un état  
d'induration qu'on pouvait suivre le long du  
sac jusque dans l'abdomen. Le malade sem-  
blait très-affaibli; pouls misérable; éructations;  
hoquet. Cependant, il avait rendu des vents et  
des matières fécales. Voyant qu'il était impos-  
sible de réduire la tumeur, je l'incisai; il sortit  
une certaine quantité de liquide de la tuni-  
que vaginale. Prolongeant alors l'incision à la par-  
tie supérieure, j'ouvris le sac herniaire, d'où  
il sortit environ deux onces de pus. L'intestin  
contenu dans le sac, parut comme enveloppé  
par une couche de lymphé plastique; mais il  
n'y avait point d'étranglement. Toutefois, com-  
me l'anneau était étroit, je le dilatai un peu,  
et laissai dans le sac les intestins adhérens. La  
pression exercée sur l'abdomen fit écouler de  
la partie supérieure du sac une quantité con-  
sidérable de pus. Les tégumens ayant été rap-  
prochés au-devant de la tumeur, on mit un  
cataplasme sur la plaie. Le jour suivant, le  
malade éprouva un soulagement notable, mais  
une suppuration abondante persista pendant  
vingt-neuf jours, et il mourut épuisé sans  
qu'il parût résulter aucun effet fâcheux de  
l'état où se trouvait l'intestin.

La hernie devient encore irréductible par  
suite d'adhérences qui s'établissent entre les  
parois du sac et les parties qui y sont conte-  
nues. Quelquefois ces adhérences sont géné-  
rales; le plus ordinairement elles ne sont que  
partielles. Elles siègent presque toujours à la  
partie inférieure du sac, d'autres fois à son  
orifice, et, alors, l'irréductibilité doit durer  
toute la vie, à moins qu'il ne devienne néces-  
saire de faire une opération.

J'indiquerai plus tard les cas dans lesquels  
cette opération doit être pratiquée. Tout ce  
qu'on peut faire dans une hernie intestinale  
irréductible, c'est de prescrire l'usage d'un  
bandage en suspensoir, qui par sa pression  
constante, prévienne l'accroissement de la tu-  
meur. Mais si la hernie est purement épiploi-  
que, son accroissement et la sortie ultérieure  
de l'intestin peuvent être prévenus d'une ma-  
nière efficace par un bandage à ressort. Tou-  
tefois, il est si difficile de déterminer sur le vi-  
vant, quelles sont les parties qui constituent  
réellement une hernie, et de décider si elle  
renferme ou non une petite anse intestinale,  
qu'on ne doit se décider à l'application de ce  
bandage qu'après l'examen le plus attentif. Le  
ressort doit être d'une force modérée, et il  
faut suspendre l'emploi du bandage, ou quel-  
que trouble dans les fonctions des intestins.

Souvent il arrive que l'épiploon éprouve des  
altérations de texture, dans les hernies an-  
ciennes irréductibles; je l'ai vu quelquefois  
squirrheux; il n'offrirait point alors cette espèce  
de squirrhe qui dégénère en cancer; seule-  
ment, il formait une tumeur compacte et vo-  
lumineuse. Il existe dans la collection de l'hô-  
pital Saint Thomas, une pièce anatomique qui  
en offre un exemple. On a vu aussi des hyda-  
tides s'y développer.

Quand la suppuration s'empare de l'épiploon,  
elle détermine un abcès qui s'ouvre à l'exté-  
rieur. J'en ai vu un exemple chez une femme  
qui portait une hernie épiploïque ancienne.

## DE LA Hernie INGUINALE ÉTRANGLÉE.

L'étranglement consiste non-seulement dans  
l'irréductibilité de l'intestin ou de l'épiploon,  
mais encore dans une compression qui, d'une  
part, s'exerce sur les vaisseaux sanguins au  
point de provoquer de l'inflammation, et d'au-  
tre part, sur l'intestin, au point d'y inter-  
rompre complètement le passage des matiè-  
res.

L'étranglement s'accompagne des symptô-  
mes suivans: le malade ressent une douleur  
très-vive dans la tumeur; il éprouve la sensa-  
tion d'une corde qui serait fortement serrée  
autour de la partie supérieure de l'abdomen  
et quelquefois seulement autour du nom-  
bril.

A ces signes, succèdent de fréquentes éruc-  
tations, et le vomissement des matières conte-  
nues dans l'estomac; et, comme un mouve-  
ment antipéristaltique s'établit dans les in-  
testins, il se manifeste des vomissemens bi-  
lieux. Lorsque l'étranglement a son siège dans  
le colon, (1) les matières fécales sont rendues  
par le vomissement, c'est un fait que j'ai con-  
staté d'une manière positive, et que l'on con-  
çoit, quand on réfléchit que la valvule qui est  
située à la fin de l'iléon est souvent incomplète  
et surtout que le mouvement antipéristaltique  
intervient l'action de cette valvule de même  
que celle de tout le tube intestinal. J'ai observé  
ce symptôme si fréquemment qu'il ne me reste  
aucun doute à son égard.

Avec les vomissemens coïncide une consti-  
pation opiniâtre; on ne peut obtenir à l'aide  
des lavemens que l'expulsion des matières con-  
tenues dans la portion d'intestin située au-des-  
sous de l'étranglement.

Le pouls est fréquent; au début de l'étran-  
glement il est dur.

Si l'on n'obtient un prompt soulagement, la  
tumeur devient rouge et douloureuse, elle  
conservé l'empreinte des doigts, qui y laissent  
une dépression blanchâtre ainsi que dans l'œ-  
dème; ce dernier signe annonce l'infiltration  
du tissu cellulaire qui recouvre le sac, infil-

tration produite par la persistance de l'inflam-  
mation.

L'abdomen devient légèrement tendu et dou-  
loureux à la pression; les vomissemens aug-  
mentent de fréquence; tout le corps se couvre  
de sueur; la constipation persiste; les éructa-  
tions font place au hoquet; en même temps, les  
traits s'affaiblissent et expriment une vive anxiété;  
le pouls devient misérable et filiforme au point  
de faire supposer à ceux qui observent pour la  
première fois les phénomènes de l'étranglement,  
que la mort est imminente. Toutefois  
ces symptômes ne persistent pas toujours  
au même degré, et peuvent présenter des ex-  
acerbations; très-violens d'abord, ils peuvent  
offrir ensuite une rémission, qui porterait à  
penser que les moyens employés ont été cou-  
ronnés de succès; mais les accidens repa-  
raissent bientôt avec un redoublement d'inten-  
sité.

Après avoir senti de vives douleurs pen-  
dant toute la première période de l'étran-  
gement, le sujet éprouve tout à coup du soula-  
gement, et en exprime sa grande satisfaction.  
La tumeur prend ordinairement une teinte  
pourpre ou plombée, donne une sensation de  
crépitation due à des gaz contenus dans le tissu  
cellulaire; l'abdomen devient plus tendu, le  
hoquet plus violent; une sueur froide couvre  
tout le corps, et le pouls, plus plein et moins  
dur qu'auparavant, offre des intermittences  
faciles à reconnaître quand on prolonge l'ex-  
ploration pendant quelques instans. Mais le ma-  
lade conserve encore toute son intelligence et  
conserve ordinairement de l'espoir jusqu'à l'in-  
stant de la mort, qui, dans ce cas, survient  
avec rapidité.

Ce sentiment trompeur d'amélioration dont  
je viens de parler, est si vif, que j'ai vu un  
malade arrivé à cette période, qui voulait à  
toute force se lever et qui expira en cherchant  
à sortir de son lit. J'en ai vu un autre s'asseoir  
dans son lit, demander à boire et mourir en  
approchant le vase de ses lèvres (2).

(1) C'est une opinion généralement reçue, que les matières contenues dans les intestins, ne présentent l'état fécal d'une manière prononcée, qu'après avoir franchi la valvule iléo-cœcale, et avoir été sou-  
mises à l'action du gros intestin. Il peut en être ainsi, lorsque le mouvement péristaltique des intestins  
s'exécute d'une manière normale, mais dans l'état d'étranglement, quand le passage des matières est inter-  
cepté, celles-ci prennent le caractère fécal même dans l'iléon, ainsi que j'ai eu occasion de l'observer  
dans des cas où l'opération avait été suivie d'un anus contre nature, et où la dissection avait démontré que  
l'étranglement siègeait à la partie inférieure de l'intestin grêle. Il n'est donc pas nécessaire de supposer le  
retour des matières fécales à travers la valvule iléo-cœcale pour expliquer les vomissemens stercoraux, quoi-  
que la possibilité de ce retour soit suffisamment établie par le fait bien constaté du vomissement de sub-  
stances injectées dans le rectum.

(2) Pour se rendre compte des symptômes qui accompagnent l'étranglement, on doit avoir égard à deux  
conditions dans lesquelles se trouve l'intestin par suite de sa compression; la première est la lésion méca-

A l'examen de la tumeur, après la mort, on trouve d'abord sous la peau une grande quantité de sérosité transparente; le sac herniaire contient une certaine quantité de sérosité sanguinolente de couleur café; l'intestin est de couleur chocolat foncé, offrant çà et là des taches noires, au niveau desquelles son tissu se déchire facilement avec le doigt. Une couche de lymphes plastique de la même couleur que l'intestin, peut être enlevée à sa surface; des adhérences molles s'étendent de l'intestin au sac. Dans le lieu de l'étranglement, l'intestin est complètement divisé, ou bien il se déchire par la traction la plus légère. Si l'inflammation a été très-violente, le tissu cellulaire ambiant est infiltré d'une grande quantité de gaz.

L'inflammation qui survient dans la hernie étranglée, revêt des caractères tout à fait spéciaux.

Dans la plupart des cas que présente la pathologie, l'inflammation est déterminée par une accumulation de sang apporté par les artères de la partie; et comme le sang retourne librement vers le cœur, la partie enflammée offre la couleur du sang artériel. Mais dans la hernie, l'inflammation étant produite par un obstacle apporté au retour du sang à travers les veines, ce liquide, en s'accumulant, perd sa couleur artérielle, et revêt celle du sang veineux. Cette coloration des intestins doit être distinguée avec soin de celle qui dépend de la gangrène. Ce dernier état, en effet, se caractérise, soit par des taches livides disséminées sur la surface de l'intestin, soit par la désorganisation complète des tissus avec un commencement de putréfaction.

Dans l'abdomen, on trouve trois ou quatre circonvolutions intestinales si énormément dilatées qu'elles masquent complètement tous les autres viscères; elles sont légèrement collées l'une à l'autre par de la lymphe plastique. Le trajet des adhérences est marqué par des lignes rouges, formées elles-mêmes par des vaisseaux enflammés qui ont produit cette exsudation. Ces anses distendues appartiennent à la portion d'intestin située immédiatement au-dessus de l'étranglement. Leur dilatation est due à l'accumulation de matières fécales, et surtout au développement des gaz dans la cavité de l'intestin.

niq ue de ses membranes par l'étranglement, la seconde, c'est l'altération de la portion d'intestin supérieure à l'obstacle, et dans laquelle sont retenues les matières qui y sont contenues. J'avoue que je partage l'opinion de M. Travers, qui pense que les phénomènes morbides doivent être attribués principalement à la dernière de ces deux causes. Cette opinion trouve de puissants arguments: 1° dans l'identité qui existe entre les symptômes de l'étranglement et ceux d'une simple obstruction au cours des matières fécales, par toute autre cause, comme dans l'iléus, 2° dans le siège de l'inflammation qui est limitée à la portion de l'intestin comprise entre l'étranglement et l'estomac; 3° dans l'absence de trouble fonctionnel et d'altération anatomique dans la portion située au-dessous de l'étranglement, malgré sa continuité avec la portion étranglée. Ces circonstances, ainsi que l'ordre dans lequel se succèdent les symptômes, expliquent d'une manière satisfaisante les effets de l'étranglement sur l'intestin, et cette opinion ne me paraît nullement affaiblie par les objections d'un auteur moderne qui fait observer « que les symptômes de l'étranglement présentent souvent une intensité qui n'est point en rapport avec l'accumulation des matières dans la portion d'intestin supérieure à l'étranglement », puisqu'il convient dans le paragraphe suivant, que les effets de l'irritation locale présentent des différences suivant les dispositions individuelles. A. K.

La portion d'intestin située au-dessous de l'étranglement, se fait remarquer au contraire par son état de resserrement et par l'absence de toute trace d'inflammation.

Dans la hernie épiploïque étranglée, les symptômes sont beaucoup moins violents que dans l'entérocéle. Les vomissements sont moins fréquents; la tumeur est moins douloureuse; la tension de l'abdomen est moins considérable; et la constipation est loin d'être aussi complète, car en général, tant que le péritoine qui revêt l'intestin n'a pas participé à l'inflammation, on peut obtenir des selles pendant toute la durée de l'étranglement, soit par l'usage des lavemens, soit par l'emploi des purgatifs. Des hoquets violents et fréquents sont produits par le tiraillement de l'estomac. Le pouls, quoique petit et fréquent, n'est pas aussi misérable ni aussi filiforme que dans la hernie intestinale. Quoique beaucoup plus rare que dans la hernie intestinale, l'inflammation de la peau survient quelquefois dans la hernie épiploïque; et, quand la gangrène s'établit, les effets généraux qui en résultent, sont beaucoup moins graves.

Examiné après la mort, l'épiploon dans ces cas, offre un aspect qui diffère peu de celui qu'il présente dans son état normal. Sa couleur est seulement un peu plus foncée. Il m'est arrivé, dans plusieurs cas, de lui trouver, même pendant l'opération, une odeur extrêmement fétide. Le sac herniaire ne contient que très-peu de liquide. Bien que la cavité péritonéale présente des traces d'inflammation, et que les intestins soient légèrement collés les uns aux autres, jamais on ne trouve des marques d'une inflammation aussi intense que dans la hernie intestinale.

Dans la hernie inguinale, l'étranglement siège quelquefois à l'anneau inguinal, qui, à raison de son inextensibilité, agit à la manière d'une ligature sur l'épiploon ou l'intestin déplacé, quand ces parties se sont échappées à travers l'anneau en quantité trop considérable pour que cette ouverture puisse en permettre facilement la rentrée. C'est à l'anneau inguinal que l'étranglement siège le plus habituellement, dans les hernies anciennes et volumineuses; mais dans tous les autres cas, son siège le plus ordinaire est à l'anneau abdominal, dans le lieu même où les vaisseaux

spermatiques sortent de la cavité abdominale. Les agents principaux de l'étranglement dans ce point, sont d'une part, les muscles petit oblique et transverse et leurs aponévroses, qui décrivent sur le sac un trajet demi-circulaire, et d'autre part, le fascia transversalis qui s'élève du ligament de Poupert, et dont le bord falciforme passe au-dessous du sac.

C'est ici le lieu d'examiner l'opinion émise par quelques chirurgiens sur la nature spasmodique de l'étranglement. Ce mode d'étranglement est difficile à admettre quand la constriction siège à l'anneau inguinal, puisque cette ouverture, toute tendineuse, ne possède aucune contractilité musculaire, et, par conséquent, ne saurait présenter d'état spasmodique. Mais quand l'étranglement siège à l'anneau abdominal, une portion de l'intestin s'engageant au-dessous du bord des muscles petit oblique et transverse, exerce sur eux une compression qui les excite à se contracter et à réagir sur l'intestin, avec une force suffisante pour produire un étranglement qui s'accompagne de symptômes spasmodiques. Si alors le chirurgien, pendant l'opération, examine avec attention le siège de l'étranglement, il trouvera que, sauf le cas de hernie volumineuse, le débridement de l'anneau inguinal est insuffisant pour mettre en liberté les parties étranglées, et qu'avant de pouvoir réduire la tumeur il est obligé de débrider obliquement de bas en haut et de dedans en dehors. Pour la vérité de cette assertion, j'en appelle aux chirurgiens qui, connaissant bien la structure de ces parties, ont pratiqué cette opération fréquemment et avec attention.

Dans les cas où l'étranglement siège à l'orifice du sac, on remarque que cet orifice s'est épaissi à sa partie interne sous l'influence de la pression exercée sur lui par l'aponévrose du petit oblique et du transverse. Si, d'un autre côté, une forte pression a été exercée sur la partie externe du collet du sac, par un bandage, le cercle entier de cet orifice participe à l'épaississement. Ainsi, l'on voit que l'étranglement au collet du sac est déterminé par l'action de parties situées à l'extérieur du sac.

En outre, même après que l'anneau inguinal aura été largement dilaté, les parties étranglées conserveront parfois la même couleur et resteront tout aussi irréductibles qu'avant le débridement. Si, alors, on suit le sac obliquement en haut et en dehors avec le bistouri dans une étendue d'un pouce et demi environ, on arrive au siège véritable de l'étranglement. C'est après qu'on a débridé en cet endroit, que l'intestin peut être réduit avec facilité.

La hernie étranglée est presque toujours mortelle si la tumeur n'est réduite. On rencontre cependant parfois quelques cas, dans lesquels la gangrène s'empare des parties et détermine une ouverture fistuleuse incurable qui donne passage aux matières fécales. Cette terminaison de la maladie, expose le malade à une fétidité continuelle, lui interdît tout

exercice actif, et lui rend la vie presque insupportable.

Chez les jeunes sujets où l'organisme a une grande énergie, et où la nutrition se fait avec beaucoup d'activité, on voit quelquefois, dans les cas de hernie terminée par gangrène, l'ouverture fistuleuse se cicatrifier spontanément. L'observation suivante en offre un exemple.

*Observation 197, communiquée par M. Kingdon.* — « William Kelland, âgé de 16 ans, fut atteint en 1803 d'une hernie inguinale droite, qui fut heureusement réduite par les moyens ordinaires. Pendant trois ans, il ne se manifesta aucune apparence de récurrence. Le 25 novembre 1806, après un violent exercice, qui avait provoqué une sueur abondante, il s'aperçut que la hernie s'était reproduite dans le côté droit du scrotum; une douleur excessive s'y faisait ressentir. Il resta pendant quelque temps couché sur la terre froide et humide, dans un état d'affaiblissement et de lipothymie. On le transporta chez lui, à une certaine distance, et pendant le trajet, il fut exposé à un vent très-froid. Lorsque je vis le malade, non-seulement la hernie elle-même, mais encore tout l'abdomen, étaient très-douloureux à la pression, ce qui me fit penser qu'il y aurait de l'imprudence à faire des tentatives de réduction. Le péritoine paraissait être le siège d'une inflammation générale. (*Applications froides; lavemens; saignée du bras; frictions sur l'abdomen avec un liniment ammoniacal camphré; mixture saline avec le vin émétique*). A la suite de ces moyens, il y eut une amélioration: mais le troisième jour, le malade fut pris de défaillances, de vomissements fréquents et de frissons alternant avec de la chaleur; le pouls était plein; la tumeur était dure et extrêmement douloureuse, même en l'absence de toute pression. (*Saignée du bras; même mixture; cataplasme de farine de lin avec la solution d'acétate de plomb sur la tumeur; potion calmante*). La tumeur présenta alors des changements d'aspect et de couleur, qui annoncèrent un commencement de suppuration. Cependant les symptômes fâcheux allèrent en diminuant de violence jusqu'au 8 décembre, époque à laquelle j'aperçus une petite quantité de pus qui s'écoulait de la partie la plus saillante de la tumeur, où je reconnus un commencement de gangrène; j'y pratiquai une incision, qui donna issue à une grande quantité de pus et de matières fécales. Je fis l'extraction d'une petite portion d'épiploon gangrené, qui sortait à travers la plaie, et je pansai celle-ci avec de la charpie sèche, recouverte par un cataplasme de farine de graine de lin.

On continua l'usage des calmans et des purgatifs doux. En peu de jours, tout le sac fut éliminé et la plaie marcha d'une manière favorable. Dix jours après l'incision de la tumeur, il y avait un commencement de cicatrisation. Les matières fécales passaient en partie par l'anus. A partir de cette époque,