

on administra de temps en temps au malade l'extrait composé de coloquinte; la plaie fut pansée avec du digestif doux, et le malade fut mis à un régime tonique jusqu'à la fin de janvier 1807. A cette époque, la plaie était entièrement fermée: toute apparence de tumeur avait disparu; les selles avaient repris leur cours normal. Le malade est actuellement fort bien portant et peut se livrer à des occupations actives et fatigantes, sans aucun inconvénient.»

Toutes les fois qu'on est appelé auprès d'un malade offrant les symptômes qui viennent d'être décrits, on doit s'informer s'il ne portait point précédemment dans l'aîne ou dans toute autre région susceptible d'être le siège d'une hernie, une tumeur qui se montrait dans la station et disparaissait la nuit, quand il était couché sur le dos. Mais on ne doit pas s'en tenir à ces renseignements. On trouve en effet, des malades qui ne s'étaient pas aperçus de cette maladie ou qui ne veulent pas l'avouer. Il faut donc explorer directement l'abdomen avec la main, pour s'assurer s'il n'existe point une tumeur à laquelle on puisse attribuer ces symptômes.

Bien que la circonstance qui détermine l'étranglement, soit la sortie d'une nouvelle portion d'intestin et d'épiploon dans le sac herniaire, on pourrait croire que la sortie d'une longueur plus grande d'une même anse intestinale, ne rend pas plus forte la constriction exercée par l'anneau; mais la cause de ce phénomène, c'est qu'une quantité proportionnellement plus considérable du mésentère descend avec l'intestin, et devient ainsi une cause d'augmentation de compression sur les vaisseaux sanguins et les parties contenues dans la hernie.

TRAITEMENT DE LA HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE.

Comme tous les accidents de l'étranglement dérivent de la constriction exercée sur les parties déplacées, le but du chirurgien doit être de les faire rentrer dans l'abdomen le plus tôt possible, et c'est perdre un temps précieux que de chercher à diminuer les symptômes, autrement qu'en satisfaisant à cette indication capitale.

On doit d'abord essayer la réduction des parties par le taxis. Cette opération consiste à exercer sur la tumeur une pression avec les mains, pendant que le malade est dans une attitude propre à augmenter la cavité de l'abdomen et à relâcher les muscles et ses ouvertures.

L'attitude la plus convenable à donner au malade est le décubitus dorsal avec flexion modérée du tronc. On l'obtient en faisant coucher le malade sur le dos, et en plaçant deux oreillers l'un sous le bassin, l'autre sous les épaules, de manière à ce que la région lombaire puisse s'affaisser entre eux. Les cuisses doivent

Les mêmes causes qui produisent la hernie, en déterminent l'étranglement: toute distension brusque des viscères, toute contraction des muscles abdominaux, surtout dans les attitudes où les intestins sont refoulés vers la partie inférieure du ventre, pendant que les muscles de cette partie inférieure sont dans le relâchement et que les ouvertures de ces muscles peuvent être en quelque sorte surprises. A ce titre, on doit noter les efforts violents de défécation, l'action d'élever un corps lourd de dessus le sol, lorsque le corps est courbé, des tentatives pour atteindre quelque chose d'élevé, la toux, l'éternuement et autres causes analogues, l'usage des végétaux qui déterminent le développement de gaz dans l'intestin; cette dernière cause agit en distendant les intestins, en leur faisant occuper plus d'espace dans l'abdomen, et, conséquemment, en refoulant dans le sac de la hernie une plus grande quantité de ces viscères.

Une petite hernie s'étrangle beaucoup plus facilement qu'une hernie volumineuse, parce qu'en général, dans les hernies d'un petit volume, la pression exercée sur les parties déplacées est beaucoup plus forte; et les symptômes sont d'autant plus violents, que la constriction a plus d'efficacité pour arrêter la circulation dans une seule anse intestinale, qu'elle n'en a pour la suspendre dans les parties que renferme une hernie volumineuse.

Une hernie qui se forme brusquement est beaucoup plus susceptible de s'étrangler que celles qui existent depuis long-temps et qui sortent et rentrent habituellement. En effet, dans ces dernières, l'ouverture est agrandie par la reproduction fréquente de la hernie, tandis que, dans le premier cas, elle est étroitement resserrée sur les intestins.

être fléchies à angle droit sur le tronc. Les genoux seront assez rapprochés l'un de l'autre pour ne laisser que l'espace suffisant au passage du bras de l'opérateur. Ce rapprochement des genoux est de la plus haute importance, en ce qu'il a pour effet le relâchement du fascia-lata et par conséquent de l'ouverture à travers laquelle la hernie s'échappe d'abord de l'abdomen, c'est à dire, l'anneau abdominal. En effet, ainsi que je l'ai exposé précédemment, cet anneau présente des connexions intimes avec le fascia-lata. Le malade doit avoir uriné, et rester dans le calme le plus parfait.

Le chirurgien se plaçant alors au côté droit du malade et embrassant la tumeur avec sa main droite, la repousse vers l'anneau inguinal en la tenant de manière à ce qu'elle ne puisse glisser en arrière. Appliquant alors le doigt indicateur de la main gauche sur le collet de la tumeur, dans le lieu où celle-ci se continue avec l'abdomen, il exerce sur elle des pressions douces et alternatives d'un côté à l'autre,

de manière à dégager les parties serrées, et à en faire rentrer une petite portion dans l'abdomen. Du moment où une partie quelconque de la hernie a pu rentrer, le reste suit sans difficulté. Le taxis peut quelquefois être exécuté avec plus d'avantage, quand un aide placé du côté opposé, empêche le tronc du malade de s'éloigner.

Observation 198. — M. Gaitskell me fit appeler auprès du capitaine Farrier, atteint d'une hernie qui s'était étranglée depuis 14 heures; on avait déjà employé la saignée et le tabac en lavement. Remarquant que pendant qu'il était dans son lit, la hernie cédait sans se réduire, je lui prescrivis de se tenir devant moi contre son lit, les genoux pliés. Dans cette attitude, j'exerçai sur la tumeur une compression de bas en haut, et je la réduisis avec facilité.

La compression doit être maintenue depuis un quart d'heure jusqu'à une demi-heure. Je l'ai vu ne réussir qu'au bout de vingt minutes. Il ne faut pas y renoncer précipitamment. Toutefois, on ne doit exercer les efforts qu'avec modération, et l'on doit fonder son principal espoir sur la persévérance et non sur la violence de la pression, d'autant mieux qu'on a vu cette dernière produire la déchirure des parties déplacées. En voici un exemple :

Observation 199. — La femme Chilton, reçue à l'hôpital de Guy, avait une hernie irréductible, sur laquelle on exerça sans succès de violents efforts de réduction au milieu desquels la tumeur s'affaissa tout à coup, mais ne disparut pas entièrement. Une semaine après, la tumeur devint très-rouge et très-douloureuse, on y appliqua des cataplasmes; il s'y forma une ouverture à travers laquelle il s'échappa en quantité considérable de la bile, ou plutôt les matières contenues dans les intestins grêles. L'écoulement de ces matières continua pendant plusieurs jours, après quoi il diminua d'une manière graduelle, et l'ouverture se cicatrisa complètement. Il est probable que des adhérences s'étaient établies entre l'intestin déchiré et le collet du sac, de manière à prévenir l'épanchement de la bile dans l'abdomen, ce qui eût entraîné la mort.

Plus il s'est écoulé de temps depuis le début de l'étranglement, plus il y a de danger à exercer une pression considérable dans les tentatives de réduction, car la force de résistance des parties est beaucoup moindre alors, que dans leur état naturel.

Les efforts doivent être dirigés vers l'épine iliaque antérieure et supérieure, suivant le trajet d'une ligne oblique de bas en haut, et non directement vers l'abdomen en poussant d'avant en arrière contre l'anneau inguinal.

Dans le cas où les tentatives de réduction seraient impuissantes dans l'attitude que j'ai décrite, on a recommandé de suspendre le malade par les genoux sur les épaules d'un aide, en lui mettant la tête en bas. Mais cette

attitude ne contribue en rien au relâchement des muscles de l'abdomen, qu'il importe tant d'obtenir; elle est pénible pour le malade; elle rend difficiles les manœuvres du chirurgien. D'après les essais que j'en ai faits souvent moi-même, et d'après ceux dont j'ai été témoin, je puis affirmer que je ne l'ai jamais vu réussir, dans les cas où la méthode précédente, employée convenablement, avait échoué.

Le relâchement soudain des muscles de l'abdomen qui a lieu pendant un accès de toux, joint au mouvement d'ascension simultané du diaphragme, peut, en faisant cesser momentanément toute pression sur les viscères, favoriser la réduction.

Observation 200. — On apporta à l'hôpital de Guy, un malade, qui, pendant les tentatives de réduction faites par M. Workman, mon élève, fut pris d'une violente quinte de toux; les efforts de réduction ayant été soutenus pendant la toux, la hernie rentra tout-à-coup dans l'abdomen.

Observation 201. — John Kemp, âgé de 58 ans, fut amené à l'hôpital de Guy, le 18 novembre 1811, pour une hernie inguinale gauche étranglée. Depuis deux jours que la hernie était descendue, elle n'avait pu être réduite, malgré les efforts répétés d'un chirurgien. On renouvela le taxis, après avoir fait placer le malade sur un lit, les épaules soutenues par un oreiller, et les genoux fléchis, dans le but de relâcher les muscles abdominaux. La pression étant alors exercée dans le sens convenable, c'est-à-dire, en haut et en dehors, on prescrivit au malade de tousser; au moment de la toux, l'intestin rentra subitement.

La hernie intestinale se réduit avec plus de facilité que la hernie épiploïque. La première rentre brusquement, en faisant entendre un véritable bruit de gargouillement. La seconde, au contraire, se réduit pour ainsi dire, pièce à pièce, excepté cependant la dernière portion, qui s'échappe des doigts rapidement de bas en haut, mais sans la production d'aucun bruit. Lorsque, par le défaut de rénitence de la hernie, le chirurgien est autorisé à croire qu'elle est seulement épiploïque, il peut, dans la réduction, employer beaucoup plus de force qu'il ne serait prudent de le faire dans les hernies intestinales.

Lorsque, par l'emploi méthodique du taxis, la hernie n'a pu être réduite, on doit recourir à d'autres moyens. Le premier est la saignée, dont l'effet est d'amener un affaiblissement général par suite duquel les parties qui produisent l'étranglement sont relâchées. La saignée a encore l'avantage d'empêcher que l'inflammation locale ne s'élève jusqu'à produire la gangrène, circonstance qui causerait la mort, lors même que les parties déplacées seraient réduites.

On doit tirer de quatorze à vingt onces de sang, suivant la force du malade. L'écoulement de sang doit être assez fort pour déter-

miner un commencement de syncope, pendant lequel, profitant du relâchement général, le chirurgien renouvellera les efforts de réduction. Si l'on ne savait combien le pouls est petit chez les sujets atteints de hernie étranglée, on pourrait hésiter à saigner, dans la crainte que les forces du malade n'en soient rapidement épuisées. Mais cette crainte n'est pas fondée, car après cette évacuation, le pouls devient plus large et plus plein.

Si la saignée ne suffit pas, on place ordinairement le malade dans un bain chaud; je suis même dans l'habitude, avant de faire une seconde tentative de réduction par le taxis, de faire plonger le malade dans le bain immédiatement après la saignée. La température du bain doit être d'abord de 100 degrés (Fahrenheit); on doit l'élever ensuite jusqu'à ce que le malade se sente défaillir, ce qui arrive, le plus souvent, au bout de quinze ou vingt minutes. C'est alors que l'on renouvelle les tentatives de réduction.

La prostration causée par l'étranglement de l'intestin, est quelquefois telle, que les causes les plus légères peuvent amener une syncope, dont on a de la peine à faire revenir le malade. Dans le cas suivant, la syncope causée par le bain chaud fut mortelle.

Observation 202. — John Hughes, âgé de 54 ans, maigre et adonné aux boissons spiritueuses, portait depuis six ans une hernie scrotale droite, qui lui était survenue dans de violents efforts de toux. La hernie s'étant étranglée une première fois, et n'ayant pu être réduite, il avait été envoyé à l'hôpital de Guy, où on le plaça dans un bain chaud, dans lequel la réduction se fit avec facilité. Le 26 septembre 1806, à midi, il éprouva une très-vive douleur dans sa hernie qui était restée sortie toute la nuit; il eut de légères nausées, mais ne vomit que quelques mucosités; le pouls était à 120, très-petit, à peine sensible; la pression ne déterminait de douleur ni dans la tumeur, ni dans l'abdomen. Le chirurgien qu'il avait consulté fit des tentatives de réduction pendant près d'une heure, mais ayant échoué, il l'engagea à retourner tout de suite chez lui en lui prescrivant de faire une application de glace sur la tumeur, et en lui disant que dans le cas où celle-ci ne produirait pas d'effet au bout de deux heures, il l'envoyât chercher. Le malade ne le fit prévenir qu'à six heures du soir. Dans cet intervalle, il avait eu deux selles copieuses. Le ventre étant devenu douloureux au toucher, le malade qui ne pouvait se soigner convenablement chez lui, fut transporté à l'hôpital de Guy, où on le plaça dans un bain à 96°. Les douleurs diminuèrent et il fut pris d'un commencement de syncope pendant lequel M. Sewart pratiqua la réduction avec facilité. Au moment où on l'avait mis dans le bain, il offrait déjà ce subdelirium qui précède souvent la mort, et qui, dans ce cas, s'était dissipé dans le bain. Le malade était sorti de son bain avec un accroissement remarquable des forces; le pouls était à 84, moins faible.

A peine était-il arrivé à sa chaise qui n'était éloignée que de quelques pas, qu'il fut pris d'une syncope, dans laquelle il succomba au bout de quelques minutes.

Pendant cette syncope, il rendit par la bouche une grande quantité de matières fécales extrêmement fétides. Au sortir du bain, il conservait si bien sa connaissance, qu'il soutenait de lui-même ses bourses, afin de prévenir le retour de la hernie.

Autopsie. On ne trouva rien de particulier dans la poitrine. Le foie était granulé, pâle; tous les intestins étaient également pâles, excepté dans une étendue de deux pouces, qui correspondait à la partie de l'intestin comprise dans la hernie, et qui offrait une couleur pourpre livide, plus foncée dans quelques points, mais ne présentait aucune trace de gangrène. Il y avait deux étranglements, l'un à l'orifice supérieur, l'autre à l'orifice inférieur; le premier était le plus prononcé. Plusieurs brides pseudo-membraneuses, très-minces, traversaient le sac, qui contenait une grande quantité de liquide, dont l'acreté était telle, qu'il faisait éprouver aux doigts une cuisson douloureuse, sans, toutefois, déterminer l'excoriation de la peau.

Quant à la cause de la mort, dans ce cas, il est probable que sous l'influence d'une constitution considérablement affaiblie, et d'une vive irritation, la syncope déterminée par l'action débilitante du bain chaud fut assez profonde, pour qu'aucun stimulus n'ait pu réveiller les mouvemens du cœur.

Il est rare que le malade n'éprouve pas un grand soulagement après la saignée et le bain chaud, lors même que l'emploi de ces moyens, ainsi que cela n'arrive que trop souvent, n'ont avancé en rien la réduction, qui est cependant le point essentiel.

Les deux moyens sur lesquels je crois devoir compter le plus, d'après ma propre expérience, sont le lavement de tabac et l'application du froid. Quand ces deux moyens ont échoué, je suis peu disposé à en tenter aucun autre.

On a employé le tabac sous la forme de fumée et en lavement. L'emploi de la fumée de tabac exige un appareil compliqué; aussi ce procédé est-il souvent employé d'une manière défectueuse. Il est d'ailleurs incertain dans ses effets, ce qui l'a fait abandonner depuis long-temps dans divers hôpitaux.

Le lavement de tabac, qui est de beaucoup préférable, se prépare en faisant infuser pendant dix minutes une drachme de tabac dans 16 onces d'eau; mais, comme les effets de ce médicament énergique varient d'une manière remarquable, suivant les sujets et peut être suivant la qualité du tabac, il est plus prudent de n'injecter d'abord que la moitié de cette dose et d'administrer le reste, une heure après, quand la première portion n'a pas suffi. Cette conduite peut paraître d'une timidité exagérée à ceux qui pensent que l'injection de deux drachmes de tabac, en une seule fois, est la

dose habituelle. Mais, éclairé par ma propre expérience, je n'hésite point à affirmer que tout praticien qui emploiera souvent cette dose élevée, aura plus d'une fois lieu de s'en repentir.

Observation 203. — J'ai vu un homme à qui on avait administré un lavement préparé avec deux drachmes de tabac. Une heure et demie après, la réduction n'ayant pas été obtenue, on le plaça sur la table pour l'opérer. Son pouls était alors si misérable, son visage était tellement décomposé, et son corps tellement couvert de sueur froide, qu'on le fit reporter dans son lit. Il avait expiré avant d'y arriver.

Observation 204. — Une jeune fille qui était atteinte d'une hernie étranglée, et qui avait été envoyée à l'hôpital de Guy, par M. Turnbull, prit un lavement composé avec une seule drachme de tabac. Cette injection fut suivie d'une douleur excessive dans l'abdomen et du vomissement d'une matière qui avait une forte odeur de tabac. Elle mourut 35 minutes après l'administration du lavement, aux effets funestes duquel elle succomba manifestement.

Telles sont les raisons pour lesquelles j'ai cru devoir donner le conseil qui précède. Je dois avouer toutefois qu'il y a des sujets chez lesquels deux drachmes ne produisent que peu d'effets.

Lorsque le tabac agit de la manière la plus favorable, il produit un accablement extrême; le pouls devient fréquent et faible; une sueur froide couvre le corps, et le relâchement général est tel, que le malade n'a pas la force de contracter un seul des muscles volontaires. Dans cet état, il suffit souvent d'une pression très-légère, pour réduire une hernie qui avait résisté à des efforts considérables. J'ai vu une hernie qui était dure et très-résistante, devenir, sous l'influence du lavement de tabac, parfaitement molle et flasque. Ce changement n'était point dû à la rentrée d'une partie des viscères, car aucune compression n'avait été faite; mais il dépendait de ce que la circulation de l'intestin déplacé avait perdu momentanément une grande partie de son énergie. J'ai vu quelquefois le bain chaud déterminer un accroissement de tension et de volume dans la tumeur; c'était, sans doute, parce que l'action du cœur, rendue plus énergique par l'effet du bain chaud, faisait pénétrer dans le système artériel de l'intestin, une quantité de sang plus considérable que les veines, dans leur état de compression, ne pouvaient en rapporter. L'efficacité du tabac dérive d'un phénomène tout opposé; il déprime tellement la

force du cœur, que le pouls peut à peine être senti au poignet. Par suite de la diminution d'énergie qui en résulte temporairement pour la circulation, il s'effectue un dégorgeement des vaisseaux distendus de l'intestin, ce qui en diminue le volume et en facilite la rentrée (1).

Le second des deux moyens qui possèdent une efficacité réelle pour faciliter la réduction de la hernie, c'est l'application du froid. On a employé, dans ce but, un mélange d'eau-de-vie et de vinaigre, de vinaigre et de sel ammoniac, ou simplement de l'eau froide, appliquée à nu sur le ventre et sur la tumeur. Mais le procédé le plus simple et le meilleur consiste dans l'application de la glace. Pour ce mode d'application, elle doit être réduite en petits fragmens, et renfermée dans une vessie qui n'est remplie qu'à moitié, et qu'on a eu soin de sécher et de bien essuyer.

Appliquée sur les parties enflammées et tuméfiées, son premier effet est de diminuer presque immédiatement la douleur; elle détermine, dans la peau qui recouvre la tumeur, un resserrement qui tend à refouler vers l'abdomen les parties déplacées. Un autre avantage immense, dû à l'application de la glace, c'est qu'elle arrête, un certain espace de temps, la marche des accidens, de sorte qu'on peut en continuer l'usage pendant plusieurs heures, sans avoir à regretter le temps qu'on a perdu. Si au bout de quatre heures l'intensité des symptômes diminue, ainsi que le volume de la tumeur, on peut prolonger encore la durée de l'application réfrigérante. Mais si les symptômes conservent toute leur violence, et si la tumeur résiste à toutes les tentatives, on doit renoncer aussitôt à l'usage de la glace.

Les faits suivans montrent les heureux effets d'une application long-temps soutenue de ce moyen.

Observation 205, communiquée par M. Johnson, de Berkley. — Un jeune garçon portait une petite hernie inguinale, qui, à la suite d'un travail très-rude, était devenue irréductible, sans s'accompagner des symptômes de l'étranglement; on lui prescrivit l'application de la glace, et le décubitus sur le dos. Sous l'influence de cette application continuée pendant trois jours, la hernie diminua de volume, et fut réduite avec la plus grande facilité.

Observation 206. — William Bennet, âgé de 43 ans, fut reçu à l'hôpital de Guy, pour une hernie inguinale droite, qui avait été prise d'étranglement le mardi 11 avril à 8 heures du soir. D'après ce qu'il rapporta, cette hernie

(1) J'ai vu si souvent les lavemens de tabac produire d'heureux effets, que je n'hésite jamais à en faire usage, toutefois en ayant soin de proportionner la dose à l'âge et à la constitution du malade. C'est, je pense, parce que cette précaution n'a pas toujours été prise que des objections se sont élevées contre ce moyen puissant. C'est un tort que de soumettre indistinctement à l'action du tabac, comme on le fait en général, les sujets forts et ceux qui sont faibles, les sujets jeunes et ceux qui sont avancés en âge. On doit apporter dans l'administration de ce moyen, autant de discernement et de soin que dans l'emploi des médicaments énergiques qui sont donnés par la bouche.

s'était montrée, pour la première fois, cinq ou six ans auparavant, au moment où il soulevait un poids considérable, mais il lui avait toujours été possible de la réduire. Au moment où la hernie s'étrangla, il sentit tout-à-coup une douleur pungitive, qui s'étendait de l'aîne droite à l'aîne gauche, et jusqu'au creux de l'estomac. Il fut pris de nausées, et eut des vomissemens pendant toute la nuit qui précéda son entrée. A son entrée, les mêmes symptômes ayant continué, on fit une tentative de réduction, mais ce fut sans succès; on plaça alors le malade dans un bain chaud; il y resta trois quarts d'heure, et pendant ce temps on lui fit une saignée. Reporté sur son lit, on lui donna deux lavemens de tabac; pendant qu'on les lui faisait prendre, il vomissait encore; un seul de ces lavemens fut gardé. Ces moyens, combinés avec le taxis, étant impuissans, on appliqua sur la tumeur une quantité assez considérable de glace, qu'on y laissa pendant environ trois quarts d'heure. Il sentit, c'étaient ses propres expressions, « comme une grande agitation au-dedans de lui-même. » Lorsqu'on enleva la glace, les symptômes d'étranglement s'étaient rapidement dissipés, et la hernie était réduite.

Il ne faut point, comme on le fait souvent, renfermer la glace dans une enveloppe perméable à l'eau, parce qu'en fondant elle mouillera le lit du malade. En outre, l'application de la glace trop long-temps continuée, pourrait produire la congélation et la gangrène.

Observation 207. — En février 1780, MM. Sharpe et Cline, ayant prescrit une application de glace pour une hernie étranglée, cette application, prolongée pendant trente-six heures, produisit la congélation de la peau, dans une étendue d'environ quatre pouces. La partie était blanche et dure; mais, après l'enlèvement de la glace, cet état cessa, la peau redevenit rouge et chaude, et bientôt après la hernie fut réduite. La portion de peau qui avait été congelée, resta rouge et enflammée pendant dix jours, au bout desquels elle prit une teinte livide, et se gangréna dans toute la portion qui avait été congelée. La plaie qui en résulta se cicatrisa sans peine.

Comme il n'est pas toujours facile de se procurer de la glace, on doit aussi avoir quelques autres réfrigérans à lui substituer. Le meilleur est un mélange de sel ammoniac et de

nitrate de potasse, réduits en poudre et mélangés en parties égales; seize onces d'eau étant placées dans une vessie, on y ajoute dix onces du mélange. Le degré de froid produit par ce mélange, est, par les températures les plus élevées, au-dessous du degré de congélation de l'eau.

Un mélange, à parties égales, d'eau et de nitrate d'ammoniac, produit une température encore plus basse; mais ce dernier sel n'étant pas usité en médecine, il n'est pas facile de se le procurer. Le vinaigre et le sel ammoniac, le vinaigre et l'alcool, produisent trop peu de froid, pour qu'on puisse compter sur ces mélanges (1).

Aux moyens qui viennent d'être indiqués, on peut ajouter l'opium, dans le but de diminuer la violence des vomissemens. Après une saignée abondante, l'opium peut être extrêmement utile, et favorise beaucoup les tentatives de réduction.

Quant aux purgatifs, les plus violens étaient employés autrefois, mais leur action a été si souvent inefficace, et même directement nuisible, qu'ils sont maintenant entièrement abandonnés, excepté quand les symptômes sont très-modérés. Lorsque l'étranglement a déterminé les vomissemens, les purgatifs ne peuvent contribuer qu'à les accroître. Telle est alors, en effet, la susceptibilité de l'estomac, que les purgatifs sont rejetés aussitôt qu'ils sont ingérés, et ne peuvent ainsi avoir aucune action purgative, quelque peu étendue que soit la portion de l'intestin comprise dans l'étranglement. Dans la hernie épiploïque elle-même, on ne peut retirer que bien peu d'avantage de l'emploi des purgatifs.

Lorsque les symptômes sont très-modérés, et que les vomissemens n'ont lieu qu'à de longs intervalles, ou même manquent complètement, on peut administrer un doux purgatif. J'ai vu, dans des cas de cette espèce, l'opium uni au calomel et à des sels purgatifs, amener des évacuations alvines, et soulager le malade.

Dans les cas les moins graves, on peut employer avec avantage les fomentations et les cataplasmes; mais ces moyens sont même alors de beaucoup inférieurs aux applications réfrigérantes. Dans un cas où la tumeur était tendue, et où le scrotum était considérablement enflammé, une application de sangsues, suivie de fomentations, amena la réduction de la hernie (2).

(1) On peut, dans la réduction des hernies scrotale et fémorale, obtenir une température extrêmement basse, en établissant sur la tumeur un courant d'eau froide qu'on laisse tomber de la hauteur de deux à trois pieds. Comme les bons effets du froid semblent résulter principalement de la contraction des vaisseaux de l'intestin étranglé, contraction qui en diminue le volume, il faut entretenir ce courant d'eau pendant vingt minutes au moins, jusqu'à ce que la température de toute la tumeur soit abaissée. A. K.

(2) Je ne puis m'empêcher de remarquer au sujet du taxis pour la réduction de la hernie étranglée, que des désordres parfois irréparables se produisent dans la hernie, par suite de manœuvres peu judicieuses; la force employée quelquefois suffirait à elle seule pour déterminer l'altération d'un intestin non malade, et pour le rendre incapable de continuer ses fonctions. Si maintenant la même force est appliquée à une anse intestinale retenue de manière à ne pouvoir éluder la pression qu'exerce le chirurgien, gorgée de sang, au point de tendre elle-même à se déchirer, et dont les tuniques sont le siège d'une vive inflamma-

CIRCONSTANCES A CONSIDÉRER PRÉALABLEMENT A L'OPÉRATION.

Si tous les moyens indiqués jusqu'ici restent impuissans pour la réduction, le seul moyen d'arracher le malade à une mort certaine, consiste à pratiquer une opération qui fasse cesser la constriction des parties étranglées.

L'opération, quand elle est bien faite chez un sujet sain d'ailleurs, n'est accompagnée que de peu de dangers; aussi est-on porté naturellement à se demander pourquoi elle entraîne si souvent la mort. La grande cause d'insuccès est l'époque tardive à laquelle on se décide à l'opération; alors, en effet, ou les organes étranglés ayant, sous l'influence d'une inflammation trop long-temps prolongée, passé à un état gangréneux ou voisin de la gangrène, sont incapables de recouvrer leurs fonctions, ou bien l'inflammation s'étant propagée aux viscères contenus dans la cavité abdominale, prolonge les conséquences funestes de la maladie, même après la cessation de l'étranglement.

On ne saurait trop s'élever contre la perte d'un temps si précieux. On fait essai sur essai pour réduire la hernie; on réitère vingt fois les mêmes manœuvres, et la tumeur, à force d'être comprimée, devient excessivement douloureuse, de telle sorte que la simple cessation des efforts de réduction, fait éprouver au malade une sensation de mieux être, qui lui inspire, ainsi qu'au chirurgien, la pensée qu'une partie de la tumeur s'est réduite. On se flatte de pouvoir éviter l'opération, jusqu'à ce que les progrès rapides des accidens dévoilent les dangers de cette temporisation mal entendue, et, quand l'opération est faite, il reste malheureusement trop démontré que tout succès est impossible.

Il serait bien à désirer que la chirurgie possédât quelque moyen qui permit d'apprécier avec exactitude l'état des parties déplacées, et de déterminer la limite au-delà de laquelle on ne peut différer l'opération sans danger. Le hoquet a été regardé comme le signe caractéristique de l'existence de la gangrène; mais, depuis plusieurs opérations qui ont été faites après l'apparition de ce symptôme, il est bien reconnu que ce n'est point un indice certain. Dans ces cas, en effet, les parties n'offraient aucune trace de gangrène, et les malades ont guéri. D'un autre côté, chez une femme qui succomba à une hernie étranglée, et chez la-

quelle une portion de l'iléon était gangrénée, il n'y avait pas eu de hoquet pendant toute la durée de la maladie.

Mistriss Bayman, de Hayes, chez qui l'opération fut faite par mon ami M. Edlin, présenta ce symptôme, au plus haut degré, quatre heures avant l'opération, qui, cependant, ne fut suivie d'aucun accident.

Dans tous les cas pour lesquels j'ai été appelé, je me suis hâté d'opérer avant que l'abdomen fût devenu douloureux à la pression. Peu de temps après l'apparition des symptômes d'étranglement, le ventre devient tendu par suite de l'accumulation des gaz dans le canal intestinal, sans être cependant encore douloureux à la pression; mais lorsqu'il se joint à la tension du ventre, une vive douleur de cette partie sous l'influence de la pression, c'est une preuve que l'inflammation s'est propagée à la cavité abdominale. Dans ce cas, on a de plus à combattre une péritonite qui, malheureusement, ne peut être qu'aggravée par l'opération; et ce moyen est pourtant le seul qu'on ait de faire cesser l'étranglement.

Ainsi donc, dès que la saignée, le bain chaud, les lavemens de tabac, et l'application locale du froid, administrés d'une manière convenable, sont restés sans succès; si l'abdomen commence à s'affecter, l'opération doit être faite immédiatement. On doit même, toutes les fois qu'on ne peut se procurer assez promptement le bain chaud, y renoncer plutôt que de s'exposer à des retards qui mettraient en danger la vie du malade.

La sensibilité abdominale est un criterium beaucoup plus sûr, que la mesure du temps qui s'est écoulé depuis l'apparition des premiers symptômes; car, entre cette première apparition et la mort, l'intervalle qui s'écoule est extrêmement variable. L'on voit au Musée de l'hôpital Saint-Thomas, une planche qui représente une hernie intestinale et épiploïque très-volumineuse. M. Else la montrait dans ses leçons, et il faisait remarquer qu'elle avait causé la mort huit heures après les premiers symptômes d'étranglement. Dans les cas de ce genre, la mort n'est pas causée par la gangrène, mais par les désordres généraux que détermine l'inflammation d'une surface aussi étendue. D'un autre côté, j'ai vu l'opération

elle contond les parties de manière à rendre nuls pour des organes ainsi altérés, les heureux effets de la réduction. Plus d'une fois il m'est arrivé de voir des malades périr victimes des manœuvres d'un taxis violent et trop prolongé. Ces efforts immodérés de réduction sont suivis d'un écoulement de sang par l'anus, qui est dû à la contusion des vaisseaux de la membrane muqueuse de l'intestin, et qui épuise souvent le malade après la réduction de la hernie. Cette pratique dangereuse est plus commune dans les hôpitaux que dans la pratique privée; on ne saurait trop la blâmer. Quoique les chirurgiens anglais soient loin d'admettre le système de temporisation préconisée par Desault, cependant le conseil qu'il donne d'éviter toute manœuvre rude sur une hernie enflammée, ou même de s'abstenir du taxis en pareil cas, mérite une sérieuse attention, et la vérité de ses observations sur ce sujet sera reconnue par tout chirurgien qui aura observé les résultats comparatifs de l'opération de la hernie, dans les cas où on a pratiqué le taxis, et dans ceux où l'on s'en est abstenu. A. K.

réussir huit jours révolus après la première apparition des symptômes d'étranglement; mais c'est en général le sixième ou le septième jour que survient la mort. J'ai vu un cas se terminer par la mort, trois jours après la production de la hernie.

On peut se guider jusqu'à un certain point, sur l'état du pouls et sur l'aspect général du malade. Si le pouls est petit et à peine perceptible, si le visage est anxieux, et si les traits sont déprimés, il n'y a pas un instant à perdre. Cependant, j'ai vu l'opération réussir, même dans ces circonstances, et bien que le hoquet se fût ajouté aux autres symptômes.

À la vérité, on peut à peine assigner un terme au-delà duquel l'opération cesserait d'être opportune; car, lors même que la gangrène s'est développée, l'opération peut offrir des chances de salut, en provoquant la prompté élimination des parties gangrénées, et en faisant cesser la distension des intestins.

On peut objecter qu'il est difficile de décider le malade à une opération qui semble prématurée; mais je n'ai jamais rencontré d'obstacles sous ce rapport, lorsque la position du malade lui était convenablement exposée. La crainte des fâcheuses conséquences qu'entraîne presque inévitablement la temporisation, et l'assurance qu'on donne au malade, que cette opération est peu douloureuse, comparativement à beaucoup d'autres, manquent rarement de décider ce dernier à accepter le seul moyen qui lui reste de calmer ses souffrances, et d'échapper aux dangers de sa position.

Bien qu'une hernie volumineuse complètement étranglée, soit plus promptement mortelle qu'une petite hernie, cette dernière, étant ordinairement le siège d'une constriction plus forte, réclame plus souvent l'opération que la première.

Une hernie épiploïque, tout en offrant plus de difficulté pour la réduction qu'une hernie intestinale, n'est cependant pas aussi dangereuse; sa marche est plus lente; elle produit des symptômes moins violents; aussi permet-elle de différer davantage l'opération (1).

Quand la hernie est entéro-épiploïque, les symptômes tiennent le milieu pour la violence et la durée, l'intestin étant, en général, moins gravement compromis par l'étranglement que quand il n'est pas accompagné de l'épiploon.

Lorsque le même sujet est atteint de plusieurs hernies irréductibles, il est quelquefois

difficile de déterminer celle qui réclame l'opération. Nous allons en voir un exemple dans l'observation suivante, qui a été recueillie à l'hôpital de Guy, au printemps de 1803.

Observation 208. — Une femme entra à l'hôpital ayant trois hernies, une à chaque aine et une à l'ombilic. La hernie ombilicale et celle de l'aine gauche étaient toutes deux irréductibles; celle de l'aine droite était extrêmement douloureuse à la pression. On fut très-embarrassé pour savoir laquelle de ces hernies devait être opérée; et, comme les symptômes d'étranglement n'étaient pas très-présens, bien que la femme fût très-affaiblie, on convint d'attendre jusqu'au lendemain et de se réunir pour délibérer à ce sujet. La malade mourut dans la nuit, et on trouva à l'autopsie, que la tumeur située dans l'aine droite, était un ganglion tuméfié et enflammé, situé sur un sac herniaire vide. Dans l'aine gauche était une anse intestinale enflammée; et, à l'ombilic, une hernie épiploïque irréductible, qui était entrée en suppuration, et qui contenait environ une demi-once de pus.

Cette femme s'était plainte surtout de la douleur de l'aine droite, et si l'on s'était décidé à l'opération, c'est sans doute dans ce point qu'on l'eût pratiquée.

Il est d'ailleurs à remarquer, que cette femme qui avait plusieurs hernies, n'aurait pu être sauvée, en quelque endroit que l'opération eût été faite: car elle succomba, non à l'étranglement, mais à l'inflammation du péritoine et de l'épiploon. À l'ouverture de l'abdomen, on trouva les intestins adhérents entre eux, et renfermant du pus çà et là, dans leurs intervalles. Il s'était rassemblé en outre une quantité considérable de pus dans la partie d'épiploon encore contenue dans la cavité de l'abdomen. Ainsi, dans ce cas, l'abdomen était le siège primitif de l'inflammation, qui ne s'était propagée que secondairement aux parties herniées. Aussi, la douleur de l'abdomen, qui, dans les hernies étranglées, ne survient ordinairement qu'en dernier lieu, avait-elle dû se présenter ici tout d'abord.

De même qu'une hernie récente est plus difficile à réduire qu'une hernie ancienne, elle exige aussi plus souvent l'opération. La dernière, en effet, est entourée par des tissus qui se sont relâchés sous l'influence de dilatations fréquemment répétées, tandis que la hernie récente se forme, au milieu de parties qui ont

(1) Lorsque, d'après les symptômes, on a lieu de croire que la hernie est épiploïque, il ne faut pas se hâter de proposer l'opération. Car il n'est pas facile d'établir la distinction entre l'étranglement et l'inflammation; il serait donc alors bien plus convenable de tenter les saignées générales et locales, qui font souvent disparaître tous les symptômes. Les conséquences de l'opération dans les cas de hernies épiploïques, accompagnées de symptômes aigus, tels qu'une sensibilité très-vive des parties, des nausées continuelles, la tension et la sensibilité du ventre, me paraissent assez graves, pour qu'avant de me décider à l'opération, je me croie obligé, dans ce cas, de combattre l'état inflammatoire par tous les moyens possibles. Dans les cas de cette espèce qui sont venus à ma connaissance, l'opération n'a pas fait cesser les symptômes, comme cela a lieu dans l'entérocele; le malade au contraire a succombé en peu d'heures à la violence de l'inflammation.

une grande force de résistance, et qui sont déjà contractées.

Dans un âge très-tendre, de même que dans un âge très-avancé, la hernie réclame l'opération moins souvent que dans l'âge adulte, où les fibres sont plus résistantes, et où la force musculaire est plus grande. La flexibilité des tissus chez l'enfant, et leur flaccidité chez le

vieillard, permettent presque toujours la réduction par le taxis. C'est surtout chez les vieillards qu'il peut s'écouler beaucoup de temps avant que l'étranglement produise la mort; on a même observé des cas dans lesquels leurs souffrances se sont prolongées jusqu'au vingtième jour.

DE L'OPÉRATION DANS LA HERNIE INGUINALE.

Le but qu'on se propose dans cette opération, est de faire cesser la compression des parties étranglées et de les faire rentrer dans la cavité abdominale, quand toutefois on les trouve encore dans un état qui permette d'espérer que les altérations, produites par l'étranglement, ne sont pas irrémédiables.

Pour cette opération, le malade doit être placé sur une table haute d'environ 3 pieds 1/2, le corps étant dans une position horizontale, et les épaules étant seulement un peu élevées, les jambes pendant en dehors de la table, et les cuisses un peu fléchies, afin que les muscles abdominaux soient dans le relâchement. La vessie doit être évacuée, et l'on doit avoir eu soin de raser la partie, sur laquelle doit être pratiquée l'opération.

Le chirurgien, placé entre les cuisses du malade, saisit la tumeur de la main gauche, et, avec un bistouri, qu'il tient de la main droite, il commence son incision sur la ligne médiane du sac, au niveau de la partie supérieure de l'anneau inguinal, et la prolonge dans l'étendue des deux tiers de la tumeur, à moins qu'elle ne soit très-volumineuse.

Cette incision, qui doit comprendre la peau et le tissu cellulaire extérieur au sac, divise aussi l'artère honteuse externe, qui croise toujours celui-ci, près de l'anneau inguinal, et qui donne quelquefois une hémorrhagie assez abondante. Cette circonstance toutefois ne saurait alarmer le chirurgien, puisqu'il doit s'y attendre, et que l'hémorrhagie peut être arrêtée par la seule compression du vaisseau au moyen des doigts d'un aide. Dans le cas où l'artère serait plus volumineuse que de coutume, par suite de la longue distension qu'a subie le scrotum sous l'influence de la hernie, on devrait recourir à la ligature. Cette artère se détache de la fémorale, immédiatement au-dessous du ligament de Poupert, et se distribue à la peau du pénis et du scrotum, en croisant le cordon spermatique près de l'anneau inguinal.

L'incision faite à la peau et au tissu cellulaire, met à nu le fascia, qui provient du muscle oblique externe, et qui forme la première

et la plus épaisse des enveloppes du sac (fascia superficialis). On fait ensuite à la partie moyenne de ce fascia, une petite ouverture à travers laquelle on introduit une sonde cannelée, qui est dirigée en haut, et conduite jusqu'à un pouce de l'anneau inguinal. On divise le fascia sur la sonde; puis, celle-ci étant dirigée en bas, on divise de même le fascia dans ce sens, jusqu'à la base de la tumeur.

Cette incision du fascia met à nu la seconde enveloppe du sac, qui est formée par le muscle cremaster, celle-ci doit être divisée en haut et en bas, en suivant le même procédé que pour l'incision précédente.

Ces tuniques étant divisées, le sac lui-même se trouve à découvert. Il est à remarquer que l'incision de ces couches entraîne des difficultés et des lenteurs pour ceux qui ne possèdent pas parfaitement l'anatomie de cette région. En effet, celui qui s'attend à voir le sac herniaire immédiatement après avoir divisé la peau, coupe le fascia avec une précaution extrême et fibre par fibre, dans la crainte de léser l'intestin qu'il suppose situé au-dessous, prenant à tort cette tunique épaisse, et le muscle cremaster pour le sac lui-même.

Quand le sac est complètement mis à nu, si la hernie est intestinale, et si l'intestin n'est pas adhérent aux parois du sac, on perçoit ordinairement une fluctuation à la partie antérieure et inférieure du sac, lorsque la tumeur est comprimée entre les doigts, et que le liquide qu'elle renferme est refoulé en avant.

Alors, le chirurgien, pinçant entre le doigt indicateur et le pouce, le tissu cellulaire, qui adhère intimement à la partie antérieure et inférieure du sac, soulève ainsi la paroi de ce dernier, l'éloigne de l'intestin, et plaçant horizontalement la lame du bistouri, il y pratique une petite ouverture, à peine assez grande pour admettre l'extrémité d'une sonde cannelée, sur laquelle le sac doit être divisé de bas en haut jusqu'à l'anneau inguinal, et de haut en bas, seulement dans une étendue suffisante pour mettre à nu les parties renfermées dans le sac (1).

(1) L'incision successive des tuniques est blâmée par quelques chirurgiens, en ce qu'elle leur semble superflue, et en ce qu'elle rend l'opération longue et douloureuse; cependant la disposition des vaisseaux du cordon qui sont quelquefois séparés les uns des autres, et en quelque sorte étalés à la partie antérieure du sac, justifie cette manière d'agir. On a cité au commencement de cet ouvrage un cas, dans lequel l'opérateur

La circonstance qui engage à choisir la partie antérieure et inférieure du sac pour y pratiquer la première incision, c'est que l'intestin descend rarement jusqu'à la partie la plus déclive, et que, même quand il descend très-bas, le liquide, renfermé dans la tumeur, se trouve ordinairement interposé entre l'intestin et cette partie du sac.

Aussitôt que le sac est ouvert, il s'en écoule une certaine quantité de liquide. Si l'étranglement est récent, ce liquide a la couleur de la sérosité ordinaire; mais si l'intestin est étranglé depuis un certain temps, la sérosité prend une couleur café, et devient quelquefois fétide. Quand il n'existe aucune adhérence entre l'intestin et le sac, la quantité du liquide, renfermée dans le sac, est proportionnée à la longueur de la portion d'intestin étranglée. Quand, au contraire, il existe des adhérences, on trouve très-peu de liquide dans le sac, si même il y en a, de sorte que le chirurgien, qui compterait sur la présence de ce liquide, blesserait l'intestin presque inévitablement. Dans la hernie épiploïque, de même que dans la hernie intestinale adhérente, on trouve rarement de la sérosité dans le sac, et quand il en existe, c'est en quantité très-peu considérable; car ce liquide semble être surtout le produit d'une sécrétion, qui s'opère à la surface de l'intestin.

Lorsque le sac est ouvert, les parties qu'il renferme se présentent à la vue. Si la hernie est à la fois intestinale et épiploïque, l'épiploon se présente le premier, et recouvre ordinairement l'intestin, auquel il forme quelquefois une enveloppe complète: l'épiploon conserve en grande partie son aspect habituel, sa couleur est seulement un peu plus foncée qu'à l'ordinaire. Quant à l'intestin, il est recouvert par une fausse membrane, et présente une couleur rouge, si l'étranglement a été de courte durée, mais une couleur brune de chocolat, si l'étranglement est très-serré ou s'il dure depuis long-temps. Les veines situées à sa surface sont gorgées de sang; j'ai même vu les vaisseaux chylifères, sur le jéjunum et l'iléum, distendus par des gaz.

Le reste de l'opération consiste dans le débridement. Le chirurgien porte le doigt dans le sac, afin de reconnaître le siège de l'étranglement. Il le trouvera, soit à l'anneau inguinal, soit à un pouce et demi ou deux pouces au-dessus de cet anneau, et dirigé en dehors vers l'épine iliaque, soit enfin à l'orifice du sac.

Si l'étranglement est produit par l'anneau inguinal, le débridement doit être pratiqué de la manière suivante: le chirurgien passe le doigt dans le sac jusqu'à l'étranglement, porte un bistouri boutoné à la partie extérieure du sac, et, l'introduisant dans l'anneau, il incise directement en haut, dans un point cor-

respondant à la ligne médiane du sac. L'étendue de l'incision doit être proportionnée au volume de la tumeur. La dilatation de l'anneau ne doit pas être plus grande, qu'il n'est rigoureusement nécessaire pour permettre la réduction des parties, mais elle doit les laisser rentrer sans aucune violence. En général, si le doigt peut passer facilement dans l'abdomen, le long des parties déplacées, la dilatation a une étendue suffisante.

Il est préférable de débrider, en introduisant le bistouri entre l'anneau et le sac, même après l'ouverture de ce dernier, parce qu'en agissant ainsi, une plus grande étendue de péritoine reste intacte, et que la cavité abdominale se ferme ensuite plus aisément.

Assez généralement, on pratique le débridement dans une direction en haut et en dehors, vers l'épine iliaque; mais je donne la préférence au débridement direct en haut, pour les raisons suivantes:

1^o Afin d'éviter l'embarras d'avoir à choisir un procédé particulier pour chaque cas, il est préférable d'adopter un mode de débridement qui puisse s'appliquer à tous les cas indistinctement. Or, puisque dans le cas où l'étranglement siège à l'anneau abdominal, on est dans la nécessité de débrider directement en haut, il est bon d'appliquer ce mode de débridement à tous les cas de hernie inguinale, quel que soit le siège de l'étranglement.

2^o Le débridement de l'anneau inguinal dans cette direction, expose les parois de l'abdomen à moins d'affaiblissement que le débridement dirigé en haut et en dehors. En effet, comme c'est en haut et en dehors que la hernie se forme, en suivant la direction du cordon, qui, lui-même, sort de l'abdomen dans ce point, le débridement en haut et en dehors, détruit la résistance que l'aponévrose pourrait apporter à de nouvelles hernies. Dans le débridement de l'anneau directement en haut, le pilier supérieur est divisé; si, au contraire, on débride en haut et en dehors, la section porte sur les fibres transverses, qui unissent les deux piliers. Sous le rapport de la sécurité, le débridement directement en haut offre les mêmes avantages que le débridement en haut et en dehors; s'il n'en était pas ainsi, toute autre considération devrait céder devant celle de la sécurité.

3^o Ce qui engage peut-être plus puissamment encore à préférer le débridement en haut dans tous les cas de hernies inguinales, ce sont les variétés de situation de l'artère épigastrique, qui se trouve quelquefois au côté externe du collet du sac, et qui, dans ce cas, serait inévitablement divisée dans le débridement en dehors; car nous ne possédons point de signe qui puisse faire reconnaître avec une parfaite certitude, si la hernie est ordinaire, c'est-à-

divisa le canal déferent pour avoir négligé cette précaution, et pour avoir achevé, d'un même coup, l'incision de toutes les tuniques, après l'ouverture du sac. La possibilité de l'anomalie qui vient d'être mentionnée, justifie la recommandation que donne Sir A. Cooper, de n'agrandir l'incision à la partie inférieure que dans l'étendue rigoureusement nécessaire pour l'exploration des parties contenues dans la hernie. A. K.

dire oblique, ou bien si elle est directe. En effet, dans la hernie oblique, les deux anneaux, l'abdominal et l'inguinal, sont quelquefois juxtaposés, et se répondent si exactement centre pour centre, que l'on pourrait s'imaginer à tort qu'on a affaire à une hernie directe.

Ce n'est pas à l'anneau inguinal que se trouve le siège le plus habituel de l'étranglement, c'est plutôt à un pouce et demi ou deux pouces au-dessus, dans le lieu où le sac communie avec la cavité de l'abdomen, et par conséquent au côté externe de l'anneau. Dans ce point, il est généralement causé par la compression qu'exerce l'aponévrose du transverse et du petit oblique qui passe au-dessus de lui, et par la résistance du bord du fascia qui passe au-dessous.

Quand l'étranglement siège à l'orifice du sac, on doit débrider de la manière suivante:

Le chirurgien passe le doigt au-dessus du sac, à travers l'anneau inguinal, jusqu'à ce qu'il rencontre l'étranglement. Il glisse alors le bistouri, en tenant le plat de l'instrument appliqué contre le doigt, qui lui sert de conducteur, et en dirigeant le tranchant en dehors du côté de l'os iliaque; de cette manière, il conduit le bistouri le long de la partie antérieure du sac jusqu'à ce qu'il l'ait engagé sous l'étranglement, formé par le bord inférieur du muscle transversal et du petit oblique; il tourne alors le tranchant du bistouri en avant, et, par un mouvement léger imprimé au manche, il divise l'étranglement dans une étendue suffisante pour permettre au doigt de pénétrer dans l'abdomen. Il doit alors retirer l'instrument, et afin d'éviter toute lésion des parties qui se trouvent sur son trajet, il a soin de le retirer avec les mêmes précautions qui avaient été prises pour l'introduire.

J'ai quelquefois pratiqué, et j'ai recommandé dans mes leçons, le procédé suivant, pour débrider sans intéresser le sac. L'aponévrose du grand oblique étant divisée un peu au-dessus de l'anneau inguinal, le sac est attiré doucement en bas, pendant que les muscles sont retirés en haut par un aide. Au moyen de ce procédé, l'étranglement est amené sous les yeux de l'opérateur, et peut être divisé sans aucun risque, et sans que le péritoine soit intéressé. J'ai été conduit à employer cette méthode par suite d'un cas rapporté précédemment et dans lequel j'ai eu des motifs de soupçonner que l'ouverture de l'intestin avait été produite par le bistouri; en effet, quand on n'a pas sous les yeux le siège de l'étranglement, l'intestin n'est pas à l'abri de tout danger; le bistouri est conduit à tâton sur le doigt, et on a vu des cas où l'intestin a été blessé au moment où l'on divisait l'étranglement.

Il y a de l'avantage à débrider à l'extérieur du sac, et sans diviser ce dernier. En effet, en agissant ainsi, on ne court aucun risque de blesser l'intestin avec le dos de l'instrument, qui est en contact immédiat avec lui; ce qui est arrivé deux fois à ma connaissance. Dans un

de ces cas, le malade mourut, par suite de l'épanchement dans le péritoine des matières contenues dans l'intestin. Dans l'autre cas, on fut obligé de retenir l'intestin dans le sac, afin de permettre aux matières de passer par la plaie extérieure.

Un autre avantage attaché au débridement à l'extérieur du sac, c'est que dans le cas où l'opérateur a ouvert l'artère épigastrique, le péritoine n'étant point ouvert, on reconnaît de suite l'écoulement du sang, et on peut alors appliquer une ligature, tandis que si le sac est compris dans l'incision, le sang s'écoule dans la cavité péritonéale, et peut déterminer des accidents mortels, dont la cause ne sera reconnue qu'à l'autopsie.

Dans le cas suivant, l'étranglement existait à la fois à l'anneau inguinal et à l'anneau abdominal, ce cas vient à l'appui des considérations précédentes.

Observation 209^e. — David Sugmund, âgé de 60 ans, entra à l'hôpital de Guy, dans le service de M. Lucas, le 25 décembre 1803, pour une hernie scrotale du côté droit, volumineuse et étranglée. La maladie existait depuis vingt ans, mais l'étranglement ne datait que de vingt-quatre heures, et avait eu lieu à la suite d'une journée dans laquelle il s'était livré à un rude travail. La hernie ayant résisté à toutes les tentatives de réduction, l'opération fut décidée et pratiquée le 26, à une heure de l'après-midi. A l'ouverture du sac, on n'y trouva que le cœcum et son appendice; peu altérés dans leur aspect, mais recouverts en avant par une couche de lymphes, et adhérents solidement aux parois du sac en arrière et en haut. Le doigt ayant été introduit dans le sac, on rencontra à l'anneau inguinal un étranglement qui fut largement débridé. On essaya alors de réduire l'intestin. Les essais furent répétés, et même avec des efforts considérables, mais inutilement. Le doigt étant porté de nouveau à la partie supérieure du sac, on rencontra, à 2 pouces au-dessus de l'anneau inguinal, un second étranglement. Ce dernier était formé supérieurement par le bord semi-lunaire du fascia; ces deux bords pouvaient être sentis distinctement. On passa un bistouri boutoné au-dessous du bord du muscle transverse entre lui et le sac, et on en fit la section. Alors le doigt put être introduit facilement dans l'abdomen, et il suffit d'une pression légère pour faire rentrer l'intestin. Le débridement du muscle transverse avait été fait directement en haut, afin de ménager un grand espace pour le passage de l'intestin qui était épais et avait augmenté de volume par suite du renouvellement fréquent de ses déplacements.

Troisièmement enfin, l'étranglement peut siéger au sac herniaire lui-même; il dépend alors de l'épaississement que contracte le collet du sac sous l'influence de la pression exercée par les aponévroses au niveau de l'anneau