

abdominal, mais j'ai déjà dit que ce mode d'étranglement est beaucoup moins fréquent qu'on ne l'a avancé. En effet, on a confondu avec lui, la variété d'étranglement que déterminent les parties situées en dehors du sac.

Il est toutefois incontestable que l'étranglement a lieu quelquefois dans l'intérieur du sac, comme le prouve la formation déjà indiquée de cloisons dans le sac herniaire. Dans un cas de ce genre, que j'ai examiné, le resserrement du sac, si l'on en juge d'après son siège, était, selon toute apparence, le résultat de la compression exercée par une pelote sur l'anneau inguinal. J'ai disséqué dernièrement un sujet chez qui le péritoine, au collet du sac, était considérablement épaissi, et comprimait la portion d'intestin contenue dans le sac, au point d'en déterminer l'étranglement.

*Observation 210.* — J'ai vu avec M. White un cas dans lequel l'étranglement siégeait au collet du sac. Lorsque je vis le malade, des tentatives de réduction avaient été faites sans succès par M. White. Je trouvai le scrotum livide, et toute la tumeur remarquablement molle; quand on la comprimait, une partie reparaissait dans l'abdomen, mais on pouvait facilement reconnaître à la partie supérieure de la tumeur des anses intestinales, qui ne pouvaient être réduites. Je procédai immédiatement à l'opération, et je cherchai à faire cesser l'étranglement, en incisant l'anneau sans intéresser le sac, ce fut en vain; au moment où je comprimais le sac pour faire rentrer les viscères, une grande quantité de liquide s'écoula par une petite ouverture que j'agrandis aussitôt; je vis alors que l'étranglement était dû à un anneau valvulaire, large et résistant, situé au collet du sac. Attirant alors un peu le sac en bas, j'amenai cet anneau à la vue et j'en fis la section. La portion de tumeur qui avait pu être réduite avant l'opération, n'était autre chose qu'une collection de sérosité qui, au moment du taxis, avait pu rentrer dans la cavité abdominale. Il existait un léger anasarque chez ce malade, qui du reste, se rétablit dans le temps ordinaire.

Une bride membraneuse qui traverse le collet du sac, peut devenir une cause d'étranglement par sa pression sur l'intestin; cette circonstance n'est point rare dans la hernie congénitale. Elle tient à des causes qui seront exposées plus loin.

(1) Eu égard à l'hémorrhagie qui a lieu pendant ou après l'opération, quelques circonstances permettent de douter qu'elle provienne, aussi souvent qu'on l'a dit, de la lésion de l'artère épigastrique. Dans un cas de hernie, rapporté par Lawrence, le malade mourut d'hémorrhagie; à l'autopsie on reconnut que le sang avait été fourni par la branche que l'épigastrique envoie au crémaster. Dans un autre cas, rapporté par le même chirurgien, l'on trouva après la mort, l'artère épigastrique ouverte, et cependant il n'y avait eu d'hémorrhagie, ni au moment de l'opération, ni après. Voici cette observation.

*Observation.* — Un homme, âgé d'environ 50 ans, portait depuis plusieurs années une hernie facilement réductible. Le 24 janvier 1806, il fut pris de constipation, ce qui détermina à l'apporter à l'hôpital St-Barthélemy, le 30 du même mois. A son entrée, le ventre était distendu, mais non douloureux, et il y avait de légères nausées. A une distance à peu près égale de l'anneau et du scrotum, se trouvait une tumeur molle, un peu élastique, de la grosseur d'un œuf de pigeon, non douloureuse à la pression; il n'y avait point de testicule de ce côté du scrotum; l'anneau du muscle oblique externe n'exerçait aucune constrict-

*Observation 211.* — Au printemps de 1825, un malade placé dans le service de M. Green, à l'hôpital St-Thomas, offrit un exemple d'étranglement causé par une bride fibreuse très-résistante, tendue en travers dans le trajet inguinal du sac, la hernie qui était habituellement réductible, venant de reparaître subitement et ne pouvant plus être réduite, dut être opérée. On trouva que les deux anneaux étaient tout-à-fait étrangers à l'étranglement. L'intestin fut mis en liberté par la section de la bride déjà indiquée. Dans ce cas, le malade a succombé à une péritonite.

L'observation suivante offre un cas dans lequel la mort survint par suite de l'existence d'une bride intérieure au sac; et qui n'avait pas été reconnue.

*Observation 212.* — Un homme atteint de hernie étranglée, fut apporté à l'hôpital. Le chirurgien ouvrit le sac, et trouvant un peu de rétrécissement à l'anneau inguinal, l'incisa dans une certaine étendue, mais ne put opérer la réduction. Il pratiqua alors le débridement sur les muscles oblique interne et transverse, mais il éprouva encore des difficultés insurmontables pour faire disparaître la hernie. Après plusieurs essais, ayant replié l'intestin sur lui-même, il le fit rentrer imparfaitement dans la cavité abdominale. Les bords de la plaie furent réunis au moyen de la suture. Le lendemain, l'intestin avait fait de nouveau hernie et se présentait à la plaie. Son aspect étant livide, le chirurgien pensa que le parti le plus convenable était de l'abandonner au sphacèle. Mais le malade ne tarda pas à succomber pendant que la mortification de l'intestin s'opérait.

*Autopsie.* L'intestin était étranglé par une bride fibreuse qui provenait des parties latérales du sac, et qui blessait la surface de l'intestin. Elle avait échappé à l'opérateur, étant cachée par l'intestin, qui, à cause de sa distension, formait un bourrelet par lequel elle était complètement masquée.

Quand l'étranglement siége au collet du sac, on peut l'amener à la vue et en opérer la section, en agissant comme je l'ai dit ci-dessus. Il est à remarquer que, dans ce cas, le débridement porte sur le péritoine, ce qui n'est pas nécessaire quand l'étranglement est extérieur au sac (1).

L'observation suivante nous montre un exemple de lésion de l'artère épigastrique, suivie d'une hémorrhagie abondante. Dans ce cas, on appliqua une ligature sur le vaisseau divisé, et le malade guérit.

*Observation 213, communiquée par M. Mackay.*

— James Prescott, âgé de 27 ans, cocher, reçut, dans la matinée du 22 septembre, une ruade violente d'un cheval, dont les deux pieds portèrent contre le côté gauche de l'abdomen. Je le vis deux heures après l'accident, et je trouvai une hernie inguinale gauche, qui avait été produite par le coup; déjà elle avait atteint le scrotum. Je fis pendant long-temps, mais sans succès, des manœuvres très-douces, dans le but de réduire cette hernie. (Saignée; deux lavemens laxatifs; repos parfait.) Le soir, je recommençai les tentatives de réduction, avant et après l'emploi d'un lavement de tabac.

Le lendemain 23, le malade avait passé une mauvaise nuit; il souffrait beaucoup, mais il n'avait eu ni vomissement, ni hoquet, et n'avait que peu de fièvre. Sous l'influence des préparations d'opium, les douleurs devinrent moins vives, de telle sorte qu'à 11 heures, époque à laquelle M. Giraud vit le malade, ainsi que je l'en avais prié, les symptômes n'étant pas pressans, il fut convenu qu'on attendrait. Toutefois on renouvela la saignée, on prescrivit deux lavemens de tabac, et, pour la journée, une potion avec la teinture de digitale à haute dose, toutes les six heures. Plusieurs tentatives de réduction furent encore faites dans la journée, mais ce fut sans résultats. Le soir, je laissai le malade assez bien et sans fièvre.

Le 24, au matin, on vint me chercher avant le jour. L'état du malade s'était considérablement aggravé. La douleur qui était devenue de plus en plus vive, depuis que je l'avais quitté, lui arrachait des cris aigus. Il y avait alors beaucoup de fièvre, du hoquet, et des vomiturations. L'abdomen était tendu et dou-

loueux à la pression. Je fis immédiatement appeler M. Giraud, et aussitôt après son arrivée, je fis l'opération d'après le procédé indiqué par Sir A. Cooper.

A l'ouverture du sac, on trouva, dans son intérieur, une anse intestinale d'environ un pouce et demi, et une quantité considérable d'épi-ploon; il s'échappa une grande quantité d'un liquide brunâtre et fétide; l'intestin était d'une couleur brune noirâtre, offrant à sa surface deux taches d'apparence gangréneuse: l'une large comme une petite fève, l'autre plus arrondie et moins étendue. L'étranglement siégeait à l'anneau inguinal, je débridai directement en haut, avec un bistouri boutonné, et ensuite, je fis, avec de grandes précautions, des tentatives pour réduire la hernie, mais ce fut sans succès. On reconnut alors que l'étranglement, qui s'opposait à la réduction, était situé à un pouce ou un pouce et demi au-dessus du point sur lequel on avait débridé d'abord. Un bistouri, tranchant seulement dans l'étendue d'un pouce vers sa partie moyenne, fut introduit avec beaucoup de soin sous l'étranglement; mais la courbure de l'instrument était tellement prononcée, que le débridement ne put être opéré. Je pris alors un bistouri ordinaire, et l'étranglement fut divisé. Mais malheureusement, quoique l'incision fût dirigée en haut, l'artère épigastrique fut coupée perpendiculairement à sa longueur. Nous nous en aperçûmes à l'irruption subite d'un jet de sang volumineux. J'introduisis les doigts dans la plaie, et j'exerçai une pression sur les deux bouts du vaisseau. Je sentis alors l'artère battre avec force sous mes doigts. Après une compression de quelques minutes, le flux de sang diminua. M. Giraud et moi, nous fûmes d'avis qu'il était nécessaire de pratiquer la ligature du vaisseau divisé; car il était tout-à-fait évident que c'était le seul moyen de prévenir une mort certaine. Je fis fléchir la tête du malade, ainsi que le tronc et le membre abdominal de ce côté, de manière à mettre dans le relâche-

ment. Des purgatifs puissans et des lavemens de tabac n'ayant amené aucun changement, l'opération fut pratiquée, sept jours après le début de l'étranglement. La tumeur consistait en un sac herniaire rempli de liquide. Lorsque ce sac eut été ouvert jusqu'à l'oblique externe, on reconnut qu'une portion d'intestin était étranglée à l'anneau abdominal. L'opérateur pouvait à peine atteindre avec son doigt jusqu'à ce point; il fut obligé de diviser l'anneau inguinal dans une grande étendue, avant de pouvoir effectuer le débridement de l'anneau abdominal. Enfin, il y parvint et réduisit l'intestin. Pendant toute l'opération, il ne s'écoula point de sang. Des purgatifs doux d'abord, puis des purgatifs plus énergiques et des lavemens furent également sans effet pour faire cesser la constipation, et le malade succomba dans la soirée du lendemain.

*Autopsie.* — L'aponévrose du muscle oblique externe avait été incisée en haut et en dehors, dans une étendue de deux pouces, elle avait été également divisée en dedans et en haut, dans une étendue de neuf lignes. La dernière incision, qui avait intéressé le bord inférieur des muscles oblique interne et transverse, avait complètement divisé l'artère épigastrique à neuf lignes de son origine. Il ne parut pas que le vaisseau ouvert eût fourni la plus petite quantité de sang. Dans l'abdomen et immédiatement derrière l'anneau, se trouvait une petite portion d'intestin entièrement noire et gangrénée, et qui avait été étranglée par une bride fibreuse accidentelle, formée par des adhérences, et qui du péritoine adjacent à l'anneau s'étendait au mésentère. Les circonvolutions de l'intestin grêle largement distendues, offrant un diamètre de deux à trois pouces, semblaient remplir tout l'abdomen, elles étaient légèrement adhérentes entre elles et offraient çà et là des stries rouges. L'extrémité inférieure du testicule était engagée dans l'anneau abdominal. (Lawrence, on ruptures.)



ment les muscles abdominaux. Je renversai ensuite fortement les bords de la plaie, et après quelques difficultés (la division faite à l'anneau inguinal offrant heureusement une étendue suffisante), je fus assez heureux pour apercevoir et pour saisir un des bouts du vaisseau, sur lequel M. Giraud appliqua une ligature. L'autre bout fut saisi et lié de la même manière. Je fis alors la réduction, je rapprochai les bords de la plaie à l'aide de la suture, et j'appliquai l'appareil ordinaire. Il ne se passa rien de particulier dans les jours qui suivirent. Les fils de la suture furent coupés le quatrième jour, et la ligature de l'artère tomba le onzième. La plaie externe fut parfaitement cicatrisée le quatorzième jour; et le malade, muni d'un bandage, retourna à ses occupations habituelles le 11 octobre, seize jours après l'opération.

La couleur brune de l'intestin et les deux taches encore plus foncées qu'il présentait à sa surface, donnent à penser que l'opération avait été trop long-temps différée. Si l'on pouvait douter que ce soit réellement l'artère épigastrique qui avait été lésée, je n'aurais qu'à observer que M. Giraud et moi nous n'eûmes aucun doute à ce sujet; car ce n'est qu'après la division de l'aponévrose du muscle transverse (opération que nous trouvâmes extrêmement difficile, parce que l'étranglement était tel, qu'il pouvait à peine admettre l'extrémité du bistouri conduite sur le doigt), que le flot de sang se fit jour tout-à-coup. Une cause aussi violente que celle qui a agi dans ce cas, pour la production de la hernie, peut bien et doit même avoir porté l'artère épigastrique hors de sa direction habituelle. L'artère était complètement divisée. Ce qui dépose encore en faveur de notre opinion, c'est que le vaisseau divisé avait le volume d'une plume de corneille.

Quelquefois dans les hernies anciennes, il arrive que l'épiploon épaissi forme des prolongemens, qui entourent l'intestin; l'épiploon devient ainsi une cause d'étranglement dans l'intérieur du sac. M. Vincent m'a communiqué un cas de cette espèce.

Dans un cas où je pratiquai l'opération conjointement avec M. Pugh, et dont je rapporte les détails dans le chapitre suivant, parce qu'il offre de l'intérêt sous un autre point de vue, l'épiploon exerçait sur l'intestin une constriction telle, que je fus obligé de l'inciser, pour dégager celui-ci.

J'ai rencontré un autre cas, dans lequel, cherchant à réduire l'intestin, après avoir divisé le rebord de l'anneau abdominal, j'éprouvai une résistance considérable. Ayant examiné l'intestin plus attentivement, je m'aperçus que la circulation était suspendue dans ses vaisseaux. J'explorai alors l'épiploon, et je reconnus qu'il entourait l'intestin, et qu'il adhérait à la partie postérieure du sac. Je le divisai avec un bistouri, et l'intestin, ainsi dégagé, fut facilement réduit.

J'ai opéré une hernie scrotale, dans laquelle

l'épiploon, outre qu'il formait l'étranglement, était encore adhérent à l'intestin. Après avoir disséqué l'épiploon avec soin, je réduisis l'intestin, et j'excisai une partie de l'épiploon. Le malade guérit sans symptômes fâcheux.

Lorsque l'étranglement a été levé, il faut explorer avec soin la portion d'intestin comprise dans la hernie, et observer si la couleur brune qu'il offrait, sous l'influence de l'étranglement, s'affaiblit ou disparaît; ce qui est une preuve du rétablissement de la circulation. On peut également, afin de s'assurer de cette circonstance, essayer de dégorgier les veines de sa surface par une compression convenablement dirigée, et prendre en considération le degré de rénitence qu'elles font éprouver. Il est nécessaire d'amener l'intestin un peu en bas, pour pouvoir faire ces explorations sur la partie qui a été immédiatement comprimée par l'étranglement. Si la circulation de l'intestin paraît libre, le chirurgien doit le faire rentrer immédiatement, mais peu à peu, en réduisant environ un pouce de sa longueur à la fois, et en laissant le doigt successivement sur chaque portion réduite, jusqu'à ce que tout soit remplacé. Il faut éviter, avec soin, toute violence, toute précipitation; car l'intestin est facile à déchirer au niveau de l'étranglement.

J'ai examiné le cadavre d'une femme, qui était morte après l'opération de la hernie. Bien qu'on n'eût employé, dans ce cas, qu'une pression légère pour la réduction de l'intestin, et que ce dernier n'eût été étranglé que pendant vingt-quatre heures, cependant l'intestin se rompit et laissa échapper dans la cavité de l'abdomen les matières qu'il contenait. J'aurai occasion de citer un autre fait de la même espèce.

Pour la réduction de l'intestin après le débridement, il importe de donner au malade la même attitude que pour le taxis; ainsi, il faut faire fléchir la cuisse du côté de la hernie, et élever les épaules du malade, afin de mettre, autant que possible, dans le relâchement, l'ouverture qui donne passage aux viscères.

Si l'intestin adhère aux parois du sac, on ne doit ouvrir ce dernier qu'avec les plus grandes précautions; car il n'y a que peu ou point de liquide interposé entre eux. Lorsque les adhérences sont constituées par des brides assez longues pour permettre à l'intestin d'être mobile sur les parois du sac, elles peuvent être complètement détruites par la dissection; mais lorsqu'elles sont tellement serrées, que l'intestin et le sac sont collés ensemble, comme cela a lieu dans le cas d'adhérences anciennes, et si ces adhérences ne se sont pas faites dans une grande étendue, il est nécessaire d'exciser une portion du sac et de la faire rentrer dans l'abdomen adhérent encore à l'intestin. Si les adhérences sont récentes, on peut dégager avec précaution l'intestin, soit en se servant du manche du bistouri, soit en se servant du doigt, et le faire rentrer ensuite dans l'abdomen.

Le cas suivant, tiré de la pratique de M. Landgrige, de Staines, est une preuve, entre plusieurs autres, qui sont venues à ma connaissance, du succès de cette pratique. Les adhérences étaient probablement très-anciennes; leur destruction déterminait la suppuration du sac.

*Observation 214.* — Il s'agissait d'une hernie scrotale irréductible, chez un jeune homme de 23 ans. Depuis cinq ans, la hernie n'avait jamais été complètement réduite. Dans l'opération, le fascia superficialis parut très-épais. Le crémaster ne partageait point cet épaississement. La première ouverture que l'on pratiqua au sac, laissa écouler une quantité considérable de sérosité (de 4 à 6 onces). La hernie était formée par une anse de l'intestin grêle; entre cette anse intestinale et la surface interne du sac, existaient des adhérences résistantes, qui nécessiterent une dissection longue et difficile. L'intestin, la partie inférieure du sac, et la partie supérieure de la tunique vaginale, étaient agglutinés en une masse commune. Il y avait aussi, vers le collet du sac, des adhérences très-solides; cependant, après une dissection convenable, l'intestin fut enfin remplacé. L'étranglement remontait à quelque distance au dessus de l'anneau. Au moment où on débrida, le malade se sentit immédiatement soulagé.

Le troisième jour tout le scrotum se tuméfia et devint très-douloureux.

Le quatrième jour, il continua à augmenter de volume, et les sutures partirent.

Le cinquième jour, dans la soirée, il sortit de la plaie environ trois onces de pus; la suppuration alla en diminuant jusqu'à l'apparition des bourgeons charnus. Alors la cicatrisation marcha rapidement, et depuis, il n'y a point eu de récidives.

Quelquefois les adhérences existent seulement à l'orifice du sac, toute la partie, située au-dessous de cet orifice, étant parfaitement libre. Cette circonstance exige qu'on apporte les plus grandes précautions pour assurer la réintroduction complète de l'intestin déplacé.

*Observation 215.* — Le 26 février 1799, un malade fut apporté à l'hôpital Saint-Thomas, pour une hernie inguinale étranglée. Les essais de réduction restant sans succès, l'opération fut pratiquée le jour même. L'épiploon était très-épais, on en excisa une portion. On éprouva beaucoup de difficultés pour réduire l'intestin, à cause d'une adhérence qui existait entre lui et le collet du sac, cependant on parvint, du moins en apparence, à obtenir la réduction. Le lendemain, il y eut deux selles à la suite des lavemens; mais à partir de ce moment, le malade ne rendit aucune selle jusqu'au 9 mars, époque à laquelle il mourut.

*Autopsie.* On trouva dans le collet du sac l'anse de l'iléon qui avait été étranglée, et qui était repliée sur elle-même et comme chiffon-

née. La portion d'intestin grêle située au-dessus du lieu de l'étranglement, était enflammée et très-distendue, le jejunum était dans un état gangréneux, le gros intestin était vide et revenu sur lui-même.

Il est évident que, dans ce cas, ce sont les adhérences qui, en s'opposant à la réduction complète de l'intestin, causèrent la mort du malade.

C'est une opération des plus difficiles et des plus délicates, que celle qui consiste à détruire les adhérences qui siègent à l'orifice du sac herniaire. Une condition nécessaire pour cette opération, c'est que le collet du sac soit susceptible d'être dilaté; il faut aussi que l'aponévrose du grand oblique ait été divisée en haut au niveau du point où la hernie sort de l'abdomen. Dans l'opération qui consiste à détruire les adhérences, on est très-exposé à blesser l'intestin, lors même que les parties auraient été amenées à la vue.

Il arrive quelquefois que les circonvolutions intestinales, renfermées dans un sac herniaire, contractent des adhérences entre elles. Dans ce dernier cas, il convient de détruire ces adhérences avant de tenter la réduction; c'est en effet le seul moyen d'éviter la difficulté qu'éprouveraient plus tard les matières, dans leur passage à travers un intestin, ainsi plié en double.

*Observation 216.* — Un malade qui fut opéré à l'hôpital de Guy, et chez lequel on réduisit l'intestin, sans avoir eu soin de détruire les adhérences qui s'étaient formées entre les anses intestinales, n'eut point de selles après l'opération. A l'autopsie, la seule circonstance qui put rendre compte de la terminaison fatale de la maladie, était l'adhérence de deux portions intestinales, collées parallèlement l'une à l'autre. L'intestin n'avait point recouvré sa couleur normale; les matières fécales étaient accumulées au-dessus du pli intestinal, au-delà duquel elles n'avaient pu se frayer un passage.

Dans les hernies du colon, chez les individus replets, on trouve quelquefois les appendices graisseuses de l'intestin, plus altérées que l'intestin lui-même, de telle sorte qu'il devient nécessaire d'en faire l'excision.

*Observation 217.* — Une dame, soignée par M. Pidcock, de Watford, avait une hernie volumineuse qui s'étrangla, et nécessita l'opération. A l'ouverture du sac, je trouvai que la hernie était formée par le colon. Cet intestin était très-altéré dans sa couleur, et les appendices épiploïques l'étaient à un point tel, qu'on ne pouvait espérer qu'elles reprissent leur état primitif, même après que l'étranglement serait levé. Je pratiquai donc l'excision de ces appendices à la surface du colon que je réduisis ensuite. Cette excision ne fut suivie d'aucune hémorrhagie, et la malade, contre mon attente, se rétablit parfaitement, malgré les craintes que m'avait inspirées



son embonpoint extraordinaire, joint à une ascite, qui avait laissé échapper une quantité considérable de sérosité, au moment de l'opération.

Une fois l'intestin réduit, on doit examiner, avec attention, l'épiploon; s'il est dans un état sain, et s'il n'est pas très-volumineux, on doit aussi le réduire en exerçant une pression aussi modérée que possible; mais si le volume de l'épiploon est considérable, on doit en exciser une partie. Cette opération doit être faite avec le bistouri, et comprendre une grande étendue de l'épiploon; quand elle est convenablement faite, elle n'est accompagnée d'aucun danger; et j'ai, pour mon compte, pratiqué plusieurs fois cette opération, sans que le malade ait paru en éprouver aucune conséquence fâcheuse.

Pour pratiquer cette opération, le chirurgien, soulevant l'épiploon, pendant qu'un aide le saisit au-dessus du point où doit porter la section, afin de prévenir sa rentrée dans l'abdomen, divise cette membrane près de l'orifice du sac. Il y a toujours quelque jet sanguin provenant d'artères peu volumineuses qu'il faut entourer d'une ligature fine. Quand cette hémorrhagie est arrêtée, l'épiploon doit être ramené dans l'abdomen, pendant que la surface de la section est maintenue à l'orifice du sac, les ligatures pendant au-dehors. Par ce procédé, l'épiploon se trouve transformé en une sorte de tampon qui oblitère la cavité du collet du sac (1).

Dans le cas de Henderson, à qui M. Pugh donnait des soins, l'épiploon empêcha toute hernie ultérieure. Il y a douze ans que l'opération a été faite, et le malade n'a encore éprouvé aucune tendance au retour de la hernie.

*Observation 218.* — Jeremiah Clare, âgé de

(1) La pratique qui consiste à exciser des portions étendues d'épiploon, non seulement dans le cas de gangrène, mais même dans les cas où son volume semble constituer un obstacle à sa rentrée, a été employée dans notre hôpital, si fréquemment et avec tant de succès, qu'on y a recours toutes les fois qu'on peut élever quelque doute sur l'opportunité de la réduction. Avant de ramener à l'orifice du sac la surface de la section, il faut appliquer une ligature ordinaire, mais très-fine sur chacun des vaisseaux qui fournissent du sang, car l'hémorrhagie consécutive est difficile à arrêter, et pourrait mettre la vie du malade en danger. Pour atteindre ce but avec plus de sûreté, il faut étaler l'épiploon avant d'en opérer l'excision; en effet, l'excision de l'épiploon en masse empêche d'apercevoir tous les vaisseaux, et l'épiploon une fois réduit pourrait fournir un écoulement sanguin abondant. Le cas suivant s'est présenté à moi cet été à l'hôpital de Guy.

*Observation.* — Une femme avancée en âge, fut envoyée à l'hôpital de Guy, par M. Pugh, pour une hernie crurale étranglée. Je pratiquai l'opération et j'enlevai, d'un seul coup de bistouri, une portion considérable de l'épiploon, en ayant soin, avant de ramener l'épiploon à l'orifice du sac, de lier les artères qui donnaient. Quatre heures après l'opération, du sang artériel commença à couler hors du sac, et l'hémorrhagie devint promptement assez abondante pour alarmer le chirurgien qui veillait la malade; il employa la compression et les applications réfrigérantes; ce fut sans succès. Le pouls commençait à s'éteindre, et le visage se couvrait d'une sueur froide, au moment où j'arrivai près de la malade. Il était évident qu'elle avait perdu une quantité considérable de sang, et que la vigueur seule de sa constitution avait pu l'empêcher de succomber à l'hémorrhagie. Ayant alors ouvert le sac, j'enlevai le caillot sanguin qui le remplissait et je me disposais à chercher celui des vaisseaux de l'épiploon qui avait fourni l'hémorrhagie, lorsque je m'aperçus que celle-ci s'était arrêté subitement. L'hémorrhagie n'eut d'autres suites fâcheuses que le retard et le trouble apportés au travail de la cicatrisation et la suppuration, ultérieure du sac. Du reste, la malade a complètement guéri.

A. K.

37 ans, entra à l'hôpital de Guy, le 28 juin 1814, pour une hernie étranglée depuis huit jours, pendant lesquels on avait employé divers moyens pour obtenir la réduction. Il vomissait ses aliments, immédiatement après leur ingestion; il avait le hoquet, le pouls était petit et fréquent; l'hypogastre et la tumeur étaient le siège d'une vive douleur. Je fis l'opération à 3 heures après midi. A l'ouverture du sac, une grande quantité de sérosité s'échappa, et il se présenta une portion de l'épiploon. Après avoir écarté l'ouverture et écarté l'épiploon, j'aperçus une anse intestinale de couleur extrêmement foncée, mais n'offrant aucune apparence de gangrène. Le débridement fut fait d'après la méthode ordinaire et l'intestin fut réduit. En explorant l'épiploon, je remarquai que ses vaisseaux étaient gorgés de sang et que la circulation y était à peine sensible. Cette circonstance, jointe à son volume, me déterminait à en faire l'excision. Le sang y était coagulé dans plusieurs points. Comme il ne se manifestait aucune hémorrhagie, l'épiploon fut réintroduit dans l'abdomen. La plaie fut fermée à l'aide de la suture et des agglutinatifs; et le malade fut reporté dans son lit. Je prescrivis la mixture suivante, à prendre par doses de trois cuillerées jusqu'à évacuation :

Sulfate de magnésie ʒi

Eau pure ʒvi

Le lendemain matin, le malade avait eu 12 ou 14 selles; le hoquet et les vomissements avaient cessé; le pouls était plus lent et plus plein. La nourriture du malade consista principalement dans du bouillon. A partir de ce moment, la guérison fut rapide.

La pratique, qui consiste à appliquer une ligature sur la totalité de l'épiploon, pour le faire tomber par gangrène, bien qu'elle ait eu des partisans, est maintenant généralement abandonnée. Il paraît même extraordinaire

qu'elle ait jamais pu jouir de quelque crédit. En effet, le but qu'on se propose dans l'opération de la hernie, est de faire cesser la constriction, produite par la pression d'une aponeurose, qui entoure l'épiploon, et qui agit à la manière d'une ligature, et le chirurgien n'aurait pas plutôt détruit cette pression, qu'il irait appliquer une ligature, dont l'effet serait une constriction plus complète que celle qu'il vient de détruire!

*Observation 219.* — Un homme âgé de 20 ans, entra à l'hôpital Saint-Thomas, en 1790, pour une hernie étranglée. Dans l'opération, l'épiploon offrit un volume tel, qu'il fut impossible de le replacer dans l'abdomen; en conséquence, on l'entoura d'une ligature, afin d'en obtenir l'élimination. L'opération ne fit éprouver aucun soulagement au malade, qui mourut le septième jour.

Cependant, j'ai vu plusieurs fois le malade guérir, après la ligature en masse de l'épiploon; mais j'ai tout lieu de croire que, dans ces cas, toute action vitale était éteinte dans cette membrane, par le fait de l'étranglement. Quand il y a mortification des parties, l'application de la ligature ne peut pas déterminer de symptômes de réaction, ni produire aucune conséquence dangereuse, mais alors son application ne sert à rien, car l'épiploon se serait séparé spontanément par le fait seul de la gangrène.

Quand l'épiploon est atteint de gangrène, il faut pratiquer l'excision dans la partie encore vivante, en agissant d'après le procédé que j'ai décrit. On doit se comporter de la même manière, lors même qu'on a seulement des doutes, et non une certitude de l'existence de cet état gangréneux; car, d'après ma propre expérience, cette excision n'est pas accompagnée de danger, tandis que si l'épiploon est réduit dans un état de mortification ou même dans un

état voisin de la mortification, le malade court les plus grands risques et l'issue de la maladie est le plus habituellement funeste. Toutefois j'ai observé un cas, qui fait exception à cette règle presque générale.

*Observation 220.* — Un homme atteint de hernie, fut opéré à l'hôpital de Guy. Le sac contenait une portion de l'intestin et l'épiploon. Ces organes ne paraissant pas gangrénés, bien que notablement altérés, furent replacés dans l'abdomen. Six jours après l'opération, le malade semblait mourant; le pouls était extrêmement faible; l'abdomen était le siège d'une vive douleur. Les points de suture placés au scrotum furent coupés; on fit des fomentations sur la plaie, et on la recouvrit de cataplasmes. Le lendemain il se présenta à la plaie une portion d'épiploon gangréneux. Pendant 7 jours, cette portion augmenta graduellement de volume jusqu'à ce qu'enfin toute la portion d'épiploon qui avait été contenue dans la hernie, parut dans la plaie, et fut éliminée graduellement. Alors la plaie se cicatrisa et le malade se rétablit.

Une terminaison aussi heureuse ne peut avoir lieu que dans les cas où le collet du sac est large, et où l'épiploon est situé, dans l'abdomen, tout près de son orifice.

Si l'épiploon est adhérent au sac, il faut couper très-largement les adhérences, et, après avoir lié les vaisseaux, replacer l'épiploon dans la cavité abdominale.

Il est quelquefois nécessaire d'emporter l'épiploon, parce qu'il est à l'état squirrheux, état qui est un résultat fréquent de sa longue présence dans le sac. Un cas de cette espèce s'est présenté chez un homme qui fut opéré d'une hernie congénitale. L'épiploon ainsi altéré, formait une tumeur volumineuse et dure, qui est conservée dans la collection anatomique de l'hôpital St-Thomas.

#### DE LA GANGRÈNE DE L'INTESTIN.

Deux ordres de symptômes annoncent la gangrène de l'intestin, les uns sont généraux, les autres sont locaux et consistent dans des changements que présente la tumeur. Le pouls devient plus plein et plus mou que pendant la période inflammatoire; mais il présente souvent des intermittences. Le hoquet et la tension du ventre persistent, mais les vomissements diminuent. Le malade se trouve mieux, et un chirurgien inexpérimenté pourrait croire que les symptômes sont plus favorables. L'aspect vitré des yeux est encore un des symptômes généraux de la gangrène. La tumeur, qui était tendue et rénitente, devient molle et pâteuse. La peau, d'abord rouge, prend une teinte livide. Le tissu cellulaire qui recouvre la tumeur devient emphysemateux et fait éprouver au

doigt une sensation de crépitation. Dans ces cas, la hernie peut quelquefois rentrer dans l'abdomen par un effort médiocre, ou même sans aucun effort de la part du chirurgien. Cette dernière circonstance est un signe assuré de la mort du malade. Quelquefois les téguments eux-mêmes se gangrènent et s'ulcèrent; l'intestin se rompt, et les matières fécales s'échappent à travers la plaie extérieure, les symptômes d'étranglement cessent. Il s'établit ainsi quelquefois, un anus contre nature, par lequel les matières fécales s'échappent fréquemment pendant le reste de la vie du malade.

Quant au traitement que réclame la gangrène de l'intestin, il me semble qu'on ne peut guère se proposer autre chose, que de



hâter l'élimination de l'escarre par l'emploi des fomentations et des cataplasmes, et de soutenir les forces du malade par une alimentation réparatrice et une médication tonique. Toute tentative pour rétablir le cours naturel des matières, avant que l'élimination soit complète, ne peut qu'entretenir l'irritation, s'opposer à la marche régulière de cette élimination et compromettre la vie du malade.

Quelquefois après que les matières ont passé pendant long-temps par l'ouverture accidentelle, les seuls efforts de l'organisme suffisent pour rétablir la continuité du canal; les matières reprennent leur cours naturel et la plaie extérieure se cicatrise. Mon ami, M. John Cooper, de Wotton-Underedge, m'a permis de publier le cas suivant, qui a été recueilli dans sa pratique, et qui peut répandre des lumières sur le mécanisme de cette guérison.

*Observation 221.* — Mary Perkins, indigente, âgée de 60 ans, fit appeler M. Cooper pour une hernie crurale. La hernie était gangrénée et la malade paraissait expirante. Quinze jours auparavant, elle était tombée du haut d'un escalier et s'était aperçue, immédiatement après, de l'apparition à l'aîne d'une tumeur, qui lui causait des douleurs déchirantes, accompagnées de vomissemens et d'une constipation, qui durait encore au moment où M. J. Cooper visita la malade. La gangrène existant déjà, il restait peu d'espoir de sauver la malade, et on se contenta d'employer quelques moyens propres à soutenir ses forces. Au bout de quelques jours, les parties gangrénées commencèrent à se détacher, et, pendant trois mois, la totalité des matières passa à travers l'anus contre nature. Pendant ce laps de temps, plusieurs poudres de l'intestin grêle furent éliminés à travers la plaie. Au bout de ce temps, une petite partie des matières reprit son cours naturel; celles qui s'échappaient par l'anus anormal diminuèrent progressivement, de telle sorte que six mois après la formation de l'anus anormal les matières passaient en totalité par le rectum et la plaie était complètement cicatrisée. Quelques jours après l'époque où la gangrène avait commencé à l'aîne, il s'était formé près de l'os iliaque du même côté, une tumeur qui se gangréna également et donna issue à une portion d'intestin d'un pouce de longueur. Cette ouverture resta béante pendant un mois, et se cicatrisa. Dans le cours du traitement, la malade prit du quinquina et des toniques à hautes doses. A l'époque où l'observation a été rédigée elle jouissait d'une aussi bonne santé que les années précédentes.

On fait quelquefois, dans des tentatives de réduction, des efforts tellement immodérés que les tuniques de l'intestin se déchirent, et, à l'ouverture du sac, on trouve une rupture qui livre passage aux matières fécales.

Quelquefois aussi une petite plaie peut être faite à l'intestin par le bistouri, quand on n'apporte pas assez de précaution dans le débridement, ou quand on omet de se conformer au

précepte que j'ai exposé précédemment, savoir: d'amener l'étranglement à la vue, en tirant le sac doucement en bas, pendant qu'on fait retirer en haut les muscles abdominaux. Quand l'ouverture de l'intestin est très-petite, le chirurgien peut recourir aux divers modes de traitement que réclame la gangrène de l'intestin. Un traitement mal dirigé peut avoir pour conséquence une fistule stercorale, qu'il serait possible d'éviter par le moyen suivant. On doit saisir avec une pince les lèvres de la plaie, ainsi qu'une petite partie de l'intestin au pourtour de celle-ci, et appliquer une ligature de soie très-fine, de manière à comprendre tout le champ de la division, après quoi on réduit l'intestin. Le cas suivant, tout en donnant une idée des accidens qui peuvent survenir en pareilles circonstances, est un exemple heureux de cette pratique. J'en donne les détails d'après les notes de M. Lapbe, qui a suivi la maladie avec soin.

*Observation 222.* — Joseph Curtis, boucher, âgé de 21 ans, fut apporté à l'hôpital de Guy, le vendredi 9 décembre à 11 heures du matin, offrant les symptômes d'une hernie étranglée. Il avait été soigné par M. Hooper, avant son entrée à l'hôpital. Ce jour-là, s'étant levé à 7 heures du matin, il avait au bout d'une heure ressenti une vive douleur à l'estomac, et, environ 10 minutes après, il s'était formé dans l'aîne gauche une tumeur très-dure, très-tendue et très-douloureuse à la pression. Il chercha à la faire disparaître, mais des tentatives répétées restèrent sans succès.

On avait appelé alors M. Hooper qui reconnut une hernie, et qui essaya, mais en vain, de la réduire d'après les procédés ordinaires. Après une saignée de 10 onces, on renouvela encore, mais toujours sans succès, les tentatives de réduction. Le malade eut des vomissemens d'une matière verte extrêmement amère. M. Hooper voyant l'insuccès des tentatives qui avaient été faites, envoya le malade à l'hôpital. Celui-ci fut placé dans un bain chaud et M. Lucas ainsi que M. Cooper essayèrent en vain de réduire. M. Cooper prescrivit immédiatement un lavement de tabac en feuilles, à la dose d'une once pour une pinte d'eau. La moitié de cette dose fut administrée. Dix minutes après, il survint des nausées et des vomissemens. La tumeur examinée de nouveau par M. Cooper parut plus molle, mais elle restait toujours irréductible; on donna le reste du lavement qui amena presque aussitôt une syncope. Cette circonstance paraissant très-favorable pour la réduction, on fit alors une dernière tentative, qui n'eut pas plus de succès, et qui fut suivie de quelques vomissemens. M. Cooper se détermina alors à l'opération.

A 3 heures et demie, le malade, encore sous l'influence très-prononcée du lavement de tabac, fut apporté dans la salle des opérations. Là, on lui fit prendre une cuillerée d'un julep stimulant, ce qui parut un peu le ranimer; le pouls donnait alors 60 pulsations, et était un

peu irrégulier. M. Cooper procéda alors à l'opération.

Le sac renfermait une anse d'intestin grêle de 4 pouces de longueur, d'un rouge livide; le testicule était situé à la partie inférieure du sac; le doigt index de la main gauche étant introduit dans la plaie, on reconnut que l'étranglement siégeait à l'orifice du sac, sur lequel on débrida; un liquide jaunâtre s'écoula aussitôt, et, en refoulant l'intestin, on y aperçut une ouverture par laquelle s'était échappé ce liquide. La circonférence de cette plaie fut saisie aussitôt avec une pince et embrassée par une ligature. L'intestin ayant ensuite été réduit, la plaie des tégumens fut réunie à l'aide de cinq points de suture, et de bandelettes agglutinatives. Le malade supporta très-bien l'opération et parut immédiatement soulagé. Je l'ai vu environ deux heures après l'opération, il n'y avait point eu de selles; pouls 96, irrégulier, douleur vive dans le dos; on administra une once d'huile de ricin vers 9 heures, mais il n'y eut aucune évacuation.

Le samedi 10, peu de sommeil, agitation; ni selles, ni urines depuis l'opération; douleur très-vive dans le dos; bouche sèche; soif vive; langue sale; pouls à 120, régulier mais dur. Une once d'huile de ricin, donnée de nouveau dans la matinée, n'amena aucune selle. On pratiqua une saignée de 8 onces, qui fournit un caillot légèrement coenneux. Vers midi, urines abondantes; ventre un peu tendu et très-sensible à la pression. M. Cooper ordonna une nouvelle saignée de 8 onces, qui fut pratiquée à 2 heures et demie; à 3 heures, le pouls était déprimé et à 112. Un lavement fut administré, et rendu au bout de dix minutes; 14 sangsues furent appliquées sur le ventre, et l'écoulement du sang fut entretenu au moyen de fomentations avec la camomille; 5 grains de calomel administrés à 4 heures, furent suivis, au bout d'une heure et demie, d'une selle, qui soulagea beaucoup le malade. A 6 heures moins un quart, selle liquide abondante; à 6 heures un quart, nouvelle évacuation. Le ventre n'est plus aussi douloureux à la pression; pouls à 128, un peu dur; soif vive; tendance au sommeil; langue blanche sur les bords, rouge au centre. Le malade se trouve en général soulagé, mais très-faible, et se plaint d'un refroidissement général; l'estomac paraît distendu par des vents. A 9 heures M. Stocker le vit. Le pouls était à 145, et petit; il y avait une douleur abdominale très-vive; les tégumens paraissaient livides autour de l'ombilic; à 10 heures, pouls 145, petit et dur; assoupissement. A minuit, selle liquide; pouls 132, encore dur; le malade a de loin en loin quelques instans de sommeil, mais quand il est réveillé, il paraît dans un état de stupeur.

Dimanche 11, il y a eu trois selles pendant la nuit; pouls à 150; même état de la langue; soif comme la veille; le malade ayant demandé une rôtie, a paru la manger avec appétit. A une heure, pouls comme auparavant; douleur et sensibilité de l'abdomen beaucoup moindres;

peau chaude et sèche; douleur vive dans le dos; visage coloré; stupeur et léger délire; langue brune et dure; soif intense; deux selles depuis 9 heures. Le reste de la journée se passa sans changement notable.

Lundi 12, 4 heures du matin; pouls petit, 170; le malade s'imagine voir des montagnes; vertiges; soif vive; point de selles depuis hier midi; une selle ce matin à 6 heures, et une autre à 9. Cinq grains de calomel à deux reprises. On panse la plaie qui est enflammée. Cataplasme toutes les 12 heures, fomentation avec la camomille. A 7 heures du soir, 3 selles; moins d'inflammation à la plaie; le malade dit que les fomentations lui font éprouver du soulagement; pouls 164 et dur; même état de la langue; soif très-vive.

Mardi 13, à 10 heures du matin; 4 selles dans la nuit. A 1 heure après midi, deux autres selles. Pouls 126, plus mou; les éructations persistent; moins de douleur à l'abdomen. A 4 heures, langue humide. M. Cooper ayant divisé deux des points de suture, il s'écoula une petite quantité de pus. Pouls 126, mou et régulier; peau moite; tendance au sommeil; (continuation des fomentations sur l'abdomen; huit grains de poudre d'ipéc. comp. si la diarrhée persiste); on lui accorde un peu de bouillon.

Mercredi 14, pendant la nuit il a bu une demi-pinte de bouillon; plus de calme dans la nuit; parfois du délire qu'on a attribué à ce que un malade, couché en face de lui, était mort subitement. Disparition de la douleur du dos; persistance de celle de l'estomac; face rouge; soif modérée; point de selles, point d'urine, depuis la veille; pouls 104, mou; plaie encore très-enflammée; l'inflammation de nature érysipélateuse, s'étend vers l'os iliaque. Il s'est écoulé un peu de pus de la plaie. (Fomentations et cataplasme de farine de graine de lin.) Tendance au sommeil. A 4 heures, pouls 92, naturel, persistance de la douleur épigastrique; ni selle, ni urine; le malade a mangé une pomme cuite avec plaisir. (Deux grains de calomel illicé.) A 7 heures, le malade a uriné, et éprouve du soulagement.

Jeudi 15, le calomel n'a amené aucune évacuation; à 9 heures du soir on avait donné un lavement sans plus de résultat. A 2 heures du matin, deuxième lavement qui amène à 4 heures une selle d'une bonne consistance et d'une bonne couleur. Le malade prit dans la matinée deux tasses de café avec un peu de pain. Vers 10 heures, il prit une panade. Pouls à 60 et naturel; langue plus nette et plus humide; soif; tout fait espérer un rétablissement mieux marqué. A une heure, un bouillon; plaie beaucoup moins enflammée; suppuration d'un meilleur aspect et d'une meilleure consistance. (Fomentations et cataplasmes). La ligature n'est pas encore tombée; douleur épigastrique nulle; pouls 80, assez plein. M. Cooper vit le malade à 4 heures, et le trouva beaucoup mieux que la veille.

Vendredi 16, à 11 heures; hier, après midi, le malade a pris deux tasses de thé; et, à son



souper, une demi-pinte de bouillon avec un peu de pain. Il a eu deux selles pendant la nuit et a uriné 3 fois. A déjeuner, deux tasses de café et une rôtie. Il y a eu de l'agitation pendant la nuit. Pouls 80 et naturel; face moins rouge que la veille; langue humide et plus nette; soif moindre; plaie moins enflammée, donnant un pus de bonne couleur et de bonne consistance; retour des éructations; ulcération à la partie postérieure du bassin. Du reste, le malade est encore mieux que le jour précédent.

Samedi 17, 11 heures, il y a eu du délire pendant la nuit; le malade est sorti de son lit et a marché dans la salle; il a eu une selle. Le matin, à déjeuner, trois tasses de café et deux rôties. Pouls 92, naturel. Sous les autres rapports, le malade est comme la veille. La plaie donne une bonne suppuration. (*Fomentations et cataplasmes.*)

Dimanche 18, le malade a bien dormi; point de selles; émission naturelle des urines; pouls 92, naturel; langue nette; la plaie offre un aspect favorable. (*Fomentation et cataplasme, thé et rôtie dans la matinée.*) Amélioration sous tous les rapports. La ligature n'est pas encore tombée.

Le 19, sommeil assez bon cette nuit. Hier, dans l'après-midi deux grains de calomel ont procuré une selle; pouls 98, naturel; langue gonflée et très-douloureuse; M. Cooper a retiré la ligature hier; aucune matière fécale n'a suivi; la suppuration continue à être favorable.

Le 20, quelque agitation pendant la nuit: pas de selles; pouls 96, la langue continue à être douloureuse; appétit assez bon; légère augmentation de la soif; suppuration de bonne nature, aspect de la plaie favorable. (*Pansement simple, maintenu par une bandelette agglutinative; une once d'huile de ricin.*)

Le 21, sommeil: l'huile de ricin a déterminé plusieurs selles; pouls 88; douleur très-vive à l'estomac, soulagée par une application de flanelle imbibée d'eau chaude; langue plus nette; soif moindre; état de la plaie parfait.

Le 22, hier, selles normales; pouls 88; douleur d'estomac moindre.

Le 23, douleur épigastrique encore moindre.

Le 24, amélioration graduelle; aspect de la plaie très-satisfaisant.

Le 26, à onze heures, point de selles depuis samedi; céphalalgie; pouls 104; la plaie a un aspect favorable; à neuf heures du soir, M. Cooper vit le malade, et prescrivit 2 onces d'huile de ricin, qui produisirent deux selles copieuses.

Le 27, pouls 88; céphalalgie nulle; aspect de la plaie favorable; état général meilleur que la veille.

Le 28, le malade s'est levé dans la matinée, et est resté assis pendant deux heures; la cicatrisation fait de rapides progrès.

Le 29, le malade a été levé presque toute la matinée, et recouvre ses forces de jour en jour.

Le 17 janvier 1809, le malade sort guéri.

Cette observation répand un grand jour sur une question encore neuve.

Quelquefois, bien que l'intestin ne présente, au moment de l'opération, aucune trace de gangrène, cependant, au bout de quelques jours, des matières fécales s'échappent à travers la plaie. Cette circonstance se présente dans les cas où l'étranglement a été poussé assez loin pour que la circulation ne puisse se rétablir dans les vaisseaux des parois de l'intestin, après que celui-ci a été réduit. Quand on peut avoir quelques craintes sur la possibilité de cet accident, il faut réduire l'intestin vis-à-vis l'orifice du sac, afin que les matières puissent trouver une issue facile par la plaie, dès que l'élimination de la partie gangrénée aura commencé.

Observation 223. — M. Turner, chirurgien, à Yarmouth, fut appelé auprès d'un homme qui était atteint, depuis long-temps, d'une hernie inguinale, laquelle s'était récemment étranglée. L'opération ayant été acceptée, on trouva dans le sac herniaire, une portion considérable d'épiploon, et une petite portion d'intestin. Une partie de l'épiploon ayant été excisée, on passa dans la portion restante une ligature, qui fut nouée lâchement. Cette portion d'épiploon fut maintenue, avec l'intestin, à l'orifice du sac herniaire, à raison des craintes qu'inspirait l'état de ce dernier. Les lèvres de la plaie furent rapprochées. Les symptômes d'étranglement cessèrent aussitôt après l'opération, et le malade eut des selles régulières pendant neuf jours; mais le dixième, les matières fécales s'échappèrent à travers la plaie, bien qu'elles continuassent en partie à suivre la route naturelle. Cet état dura pendant onze semaines. Au bout de ce temps, la plaie se cicatrisa, et les matières reprirent leur cours naturel. La perte de substance du cylindre intestinal fut probablement réparée par l'adhérence de la surface interne du sac avec l'intestin.

Observation 224. — Le 29 novembre 1818, je fus appelé par M. Pugh, pour voir un nommé Henderson. Ce malade était atteint d'une hernie étranglée, qui avait résisté à tous les moyens ordinaires de réduction; il consentit à l'opération. Après avoir divisé l'étranglement, qui siégeait à l'anneau abdominal, je cherchai à attirer l'épiploon en bas, par une traction très-douce; mais il embrassait l'intestin si étroitement, que je fus obligé de le diviser. L'intestin était profondément altéré dans sa couleur, qui parut se rétablir un peu après que la constriction eut cessé. Une demi-heure après l'opération, le malade eut deux selles; pendant les trois jours qui suivirent, son état alla en s'améliorant; mais, à cette époque, des symptômes de péritonite commencèrent à se manifester. M. Pugh fit une saignée de 28 onces.

Le 5 décembre, le malade fut pris de hoquet, qui diminua le jour suivant, sous l'influence d'un vésicatoire, du calomel et de l'opium.

Le 14, quinzième jour de l'opération, les matières fécales sortirent à travers la plaie.

Le 16, environ une cuillerée de matière fécale fut évacuée dans les pièces du pansement. Cette évacuation fécale continua sans interruption pendant quinze jours, au bout desquels elle commença à diminuer. Trois semaines après, elle avait complètement cessé. La plaie se cicatrisa rapidement, et le rétablissement fut complet.

Observation 225. — J'ai opéré, pour une hernie inguinale étranglée, un homme qui avait été envoyé à l'hôpital de Guy, par M. Butler, de Woolwich. L'intestin avait une couleur foncée, mais n'était pas atteint de gangrène. Cette circonstance m'engagea à réduire l'intestin, en le laissant en regard avec l'orifice du sac. Cinq jours après l'opération, les matières fécales sortirent par la plaie. Pendant les trois jours suivants, elles continuèrent à passer par cette voie, et ensuite elles reprirent leur cours naturel. La convalescence du malade n'éprouva point de retard; mais la plaie venait de se cicatriser, quand il fut pris d'un érysipèle qui le fit périr en quelques jours.

Autopsie. — L'inspection du cadavre fut faite par M. Key. La portion d'intestin étranglée,

appartenait à l'iléon, et était distante du colon d'environ huit pouces. Elle avait contracté avec la partie supérieure et externe de l'orifice du sac, des adhérences très-intimes, au moyen desquelles la perte de substance faite à l'intestin, s'était trouvée réparée. En incisant l'intestin, on put circonscrire très-exactement l'ouverture à travers laquelle avaient passé les matières. La perte de substance de l'intestin était comblée par le péritoine pariétal qui avait contracté des adhérences avec l'intestin, et était à peine altéré dans son aspect.

Souvent, au moment de l'opération, l'intestin est déjà frappé de gangrène, et le chirurgien, dans l'impossibilité, où il se trouve, de le faire rentrer dans l'abdomen, doit alors porter toute son attention sur les moyens de sauver la vie du malade. L'intestin gangréné a un aspect bien différent de celui qui n'est qu'à l'état de simple étranglement. Il n'est plus seulement de couleur brune de chocolat, il est d'un pourpre noirâtre, et, quand la gangrène est confirmée, il est parsemé de taches plombées ou verdâtres; en outre, il se ternit, par suite de la déposition à sa surface, d'une pellicule de matière adhésive brune, ou par suite de la désorganisation de sa tunique péritonéale (1).

(1) On peut rapporter à trois états, les altérations que l'intestin subit par suite de la constriction à laquelle il a été soumis.

1° L'état de simple congestion, dans lequel les veines de l'intestin gorgées de sang sont encore distinctes, et dans lequel les tuniques de l'intestin n'ont encore subi aucune altération dans leur texture. Cet état annonce une période peu avancée de l'étranglement et se rencontre rarement dans la pratique, car ordinairement la maladie a fait des progrès considérables avant qu'on n'en vienne à l'opération.

A une époque plus avancée de l'étranglement, les vaisseaux de l'intestin deviennent moins distincts, parce que les veines capillaires participent à l'engorgement, et toute la surface de l'intestin prend la teinte chocolat, qui est rendue encore plus foncée par l'exsudation du sang sous la tunique péritonéale; c'est ce dernier aspect que l'intestin présentait le plus souvent dans les cas où j'ai opéré. J'ai observé la couleur chocolat chez une jeune femme que M. Travers opéra pour un étranglement qui n'existait que depuis quelques heures. Dans ce cas, la guérison fut rapide eu égard au temps qu'elle exige ordinairement.

2° Dans le second état, on voit des traces évidentes de l'inflammation vive qui accompagnait l'étranglement. Cet état est caractérisé par la couleur vermeille de l'intestin, par une infiltration de sérosité dans le tissu cellulaire, ce qui épaissit les parois de l'intestin, au point de rendre difficile la réduction de ce dernier, même après le débridement. Les tuniques intestinales semblent épaissies et denses quand on les saisit entre les doigts; et les fibres de la tunique musculieuse sont distinctes et élargies d'une manière extraordinaire. L'aspect de l'intestin dans cet état, indique la continuation de la circulation artérielle et la difficulté qu'éprouve le retour du sang par les veines. Bien que dans cet état le tissu de l'intestin paraisse avoir subi des altérations notables, cependant je suis porté à croire que l'état normal de l'intestin se rétablit, et qu'il se rétablit même facilement quand l'étranglement est levé, pourvu toutefois que l'inflammation ne se soit pas propagée à la cavité péritonéale. Deux fois, j'ai observé cet état de l'intestin, et les deux cas ont été heureux. L'un s'est présenté dans le service de M. Cline, l'autre dans celui de M. Lucas, à l'hôpital de Guy. Quelquefois l'inflammation est limitée à la tunique péritonéale qui sécrète une couche de matière adhésive, et devient adhérente au sac. Ce dernier caractère est un de ceux que l'intestin présente le plus souvent après l'étranglement.

3° Le troisième état est celui qui précède immédiatement la gangrène ou qui en indique la présence. Dans ces deux cas, l'organisation est si profondément altérée, que le retour des phénomènes de la vie dans les parties étranglées est désormais impossible. L'aspect de l'intestin varie suivant le mode d'après lequel la gangrène s'est établie, ainsi qu'on en a un exemple dans la gangrène de la peau. Le sphacèle de la peau se caractérise ordinairement par une couleur brune, approchant du noir, due à l'épanchement du sang sous l'épiderme, qui est soulevé comme dans les cas de phlyctènes, mais si, au début de la sphacélisation, l'épiderme est enlevé, comme cela a lieu souvent dans les brûlures, le derme mortifié, privé de toute circulation, prend une légère couleur cendrée ou jaunâtre. De même l'intestin gangréné se présente sous deux aspects: l'un dans lequel sa surface a perdu le poli qu'elle présente habituellement et offre une couleur