

recouverte avec un gâteau de charpie, soutenu par une compresse, l'appareil est fixé par un bandage en T, qui exerce une légère compression sur la région inguinale, et a pour objet de tenir fermé l'orifice du sac herniaire.

Le malade doit être porté à son lit dans une position horizontale, et, pendant ce trajet, le chirurgien doit appliquer la paume de la main sur la partie opérée, afin d'empêcher que l'intestin ne soit chassé en bas par les mouvements du malade.

Ordinairement, dès que l'opération est terminée et que le malade a été placé dans son lit, on lui fait prendre de l'opium dans le but de provoquer le sommeil et de calmer ses douleurs; mais lorsque celles-ci ont été très-violentes pendant plusieurs heures, qu'elles se sont accompagnées de vomissements, et que l'insomnie dure depuis long-temps, la cessation subite des souffrances est suivie le plus souvent, au bout de quelques minutes, d'un profond sommeil, sans qu'on ait besoin de recourir à l'opium. En pareil cas, ce médicament, non-seulement est inutile, mais même positivement nuisible, en ce qu'il détermine un état de torpeur de l'intestin, et devient une cause de constipation. Abandonné à lui-même, le malade aura des selles naturelles deux ou trois heures après avoir été placé dans son lit, à moins toutefois que les parties n'aient éprouvé une inflammation très-violente, mais ce résultat se fait toujours attendre davantage quand on a administré l'opium; aussi est-il préférable de renoncer à son emploi, s'il est possible, puisque le malade n'est jamais complètement soulagé que quand l'intestin s'est évacué.

Si trois heures s'écoulent avant que le malade ait des évacuations alvines, on doit faire donner au malade un lavement purgatif, composé de sulfate de magnésie et d'une infusion de séné, dans une grande quantité de liquide et aussi chaud que le malade pourra le supporter. Si ce moyen reste sans effet, il doit être suivi de l'administration de l'huile de ricin et de deux drachmes de sulfate de magnésie dans de l'eau de menthe. Toutefois, on ne doit recourir aux purgatifs qu'autant que les selles ne paraissent pas devoir se rétablir spontanément. Des fomentations spiritueuses sur l'abdomen contribueront au rétablissement des fonctions de l'intestin.

Quelquefois, bien que le malade ait eu des selles, on voit les vomissements persister après l'opération; cela vient de ce que l'estomac

(1) On a pensé que dans les cas où le débridement n'est suivi d'aucune amélioration, l'issue fâcheuse de la maladie devait être attribuée à ce que la portion d'intestin qui avait été étranglée n'était plus apte à recouvrer ses mouvements péristaltiques; sans aucun doute, cette opinion repose sur les résultats fournis par l'examen des cadavres. Je dois dire, toutefois, que, d'après ma propre expérience, je suis porté à assigner une cause différente à ce défaut de réaction des parois intestinales. Les considérations dans lesquelles je vais entrer, ne sont pas sans importance pour la pratique. Si c'était à la paralysie de la portion d'intestin étranglée que dût être attribué le défaut d'évacuations alvines après la réduction, cet état purement passif serait attesté par la distension que déterminerait l'accumulation des matières fécales dans l'intestin, ou bien les matières contenues dans la portion supérieure de l'intestin seraient poussées dans la portion paralysée et formeraient, en s'y accumulant, un obstacle insurmontable à tout passage ultérieur. Et cependant ce n'est pas là ce que démontrent les autopsies; loin d'être distendue, la partie étranglée se trouve dans le

reste encore dans un état d'irritabilité extrême; dans ces circonstances, l'opium est formellement indiqué.

L'opium est encore indiqué pour faire cesser une toux pénible qui survient, dans certains cas, après l'opération, et qui a le double inconvénient de nuire au repos du malade et de l'exposer au retour de la hernie, par suite de la pression soudaine qu'elle détermine sur les parties contenues dans l'abdomen.

On doit recommander au malade, d'une manière toute spéciale, de ne point quitter la position horizontale, pendant tout le traitement, et surtout dans le moment où il se livre à la défécation. En négligeant d'obéir à ce précepte, il s'exposerait à la reproduction de la hernie. En voici un exemple:

Observation 236. — Un malade, qui venait de subir l'opération de la hernie, n'ayant point tenu compte de cette recommandation, fut trouvé par son chirurgien, le soir du jour où il avait été opéré, assis sur la chaise-percée et faisant de violents efforts. A l'examen de la plaie, non-seulement on trouva l'intestin dans le sac, mais encore il s'échappait à travers les points de suture, et faisait hernie au-delà des lèvres de la plaie extérieure. On réduisit une seconde fois; le malade guérit.

Le premier appareil doit être levé le troisième jour, et ensuite les pansements doivent être faits tous les jours; s'il survient une inflammation vive, et si la hernie est volumineuse, le scrotum doit être soutenu au moyen d'un petit coussin; on doit recourir à l'usage des fomentations et des cataplasmes. Les points de suture doivent être retirés le cinquième jour, à moins que l'intensité de l'inflammation n'oblige à les enlever plus tôt.

Une fois que les points de suture sont enlevés, le travail de la cicatrisation marche comme une plaie ordinaire; mais le malade doit garder le lit jusqu'à ce qu'elle soit tout-à-fait complète.

Si l'opération n'a pas été trop long-temps différée, le rétablissement du malade s'effectue d'une manière progressive et régulière; mais plusieurs sortes de dangers sont à craindre quand on a trop temporisé.

1° Quelquefois l'intestin reste impuissant à recouvrer ses fonctions; les vomissements et la constipation persistent, et le malade succombe (1).

2° Si, malgré les selles, l'inflammation du péritoine persiste, et si l'abdomen reste tendu et douloureux, la maladie se termine par la mort; à l'autopsie, on trouve les intestins adhérens entre eux et largement distendus par des gaz. On doit s'efforcer de prévenir ces graves accidents par la saignée, les fomentations, les sangsues à l'abdomen et les purgatifs.

3° Les purgatifs drastiques réussissent quelquefois; mais souvent, leur action se prolongeant pendant plusieurs jours, ils épuisent le malade et peuvent même le faire succomber. Dans ces cas, il faut prescrire de petites doses d'opium fréquemment répétées, des lavemens d'amidon et d'opium, la colle de poisson, et le lait pour tout aliment. Telle est la pratique que j'ai vue le mieux réussir en pareil cas.

4° Chez certains sujets très-irritables, le tétanos peut se manifester lorsque tout d'ailleurs

paraît favorable, cet accident survint chez un malade soigné par M. Spry.

Observation 237. — M. Spry opéra le nommé Ashby, âgé de 50 ans, pour une hernie qui s'était étranglée le 23 décembre 1803, et qui avait résisté à toutes les tentatives de réduction, pratiquées par ce chirurgien et par le docteur Yelloly. Le 25 décembre, l'opération fut faite de la manière la plus satisfaisante; le huitième jour, la plaie était cicatrisée, excepté dans une très-petite étendue; mais ce jour là même, dans la matinée, le malade ressentit dans le cou de la douleur et une raideur accompagnée de difficultés dans la déglutition; bientôt survint le trismus. L'opium et le bain froid ne produisirent qu'un soulagement momentané et peu sensible, après lequel le malade expira (1).

même état qu'à l'instant de la réduction. Tandis que la portion d'intestin supérieure à l'étranglement, qui se trouve distendue par les matières fécales et les gaz, offre, en outre, les caractères anatomiques d'une violente inflammation. C'est cet état d'inflammation de la portion d'intestin située au-dessus de l'étranglement qui est la cause de la constipation. Dans l'état d'inflammation, la fibre musculaire ne peut se contracter; en sorte que le canal cède à la distension qui s'exerce du dedans au dehors. Ainsi, la cessation de l'étranglement, tout en prévenant la mortification de l'anse intestinale étranglée, n'amène point l'évacuation des matières contenues dans la partie supérieure de l'intestin.

Le seul traitement qui puisse avoir d'heureux résultats en pareil cas, consiste à appliquer des sangsues sur l'abdomen et à donner, à doses continues, le calomel combiné avec l'opium. Cette médication exerce une influence marquée sur l'inflammation des membranes séreuses, calme l'irritabilité de l'estomac, et réussit beaucoup mieux à rétablir l'action normale des intestins, que les purgatifs ordinaires qui causent de l'irritation, sans amener l'effet désiré. Les lavemens sont un auxiliaire utile, en ce qu'ils stimulent la portion inférieure de l'intestin, et tendent à provoquer le mouvement péristaltique dans la partie supérieure; à mesure que l'inflammation disparaît.

A. K.

(1) Il est une circonstance qui accompagne l'opération de la hernie étranglée, et qui n'a été que très-peu ou pas du tout signalée dans les travaux des chirurgiens qui ont le mieux écrit sur cette matière importante; je veux parler de l'inflammation et de la suppuration du sac. Les symptômes de cet accident sont si graves et si semblables à ceux qui accompagnent l'étranglement de l'intestin ou de l'épiploon, que le danger de confondre ces deux états pathologiques l'un avec l'autre, est une raison suffisante pour y donner une attention spéciale. Ordinairement à la suite de l'opération pour la hernie scrotale étranglée, lors même que tout marche favorablement, le scrotum reste encore sensible, une légère suppuration continue à s'écouler jusqu'à ce que toute la surface de la plaie soit cicatrisée ou couverte de bourgeons charnus. Les nausées et la constipation cessent, le hoquet disparaît promptement, et les symptômes d'affaiblissement général ne tardent pas à se dissiper. Dans quelques cas au contraire, vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'opération, le scrotum se tuméfié et devient douloureux; le hoquet et les vomissements reparaissent; les intestins tombent dans un état de torpeur; une constipation absolue s'établit de nouveau, et le chirurgien est porté à penser que l'intestin, s'étant de nouveau engagé à travers l'anneau inguinal, est passé dans le sac. Cette supposition est rendue encore plus vraisemblable par les sensations du malade, qui affirme que le sac herniaire lui semble rempli, et lui fait éprouver la même sensation que lorsqu'il renfermait encore la hernie. On conçoit d'après cela, que le chirurgien est naturellement conduit à ouvrir le sac, dans le but de réduire la hernie supposée reproduite. Or, cette opération, suivant toutes les probabilités, doit être fatale au malade.

Pour moi, si je m'en rapporte à ma propre expérience, et à celle de plusieurs chirurgiens, qui plus souvent que moi ont eu l'occasion d'observer des cas de ce genre, je pense qu'un nouveau déplacement de l'intestin, après qu'il a été convenablement réduit, est une circonstance extrêmement rare. Peut-être même est-il permis d'avancer que ce second déplacement n'est possible que par l'effet de violents efforts exercés par le malade dans l'attitude verticale, comme par exemple, quand, s'étant levé de son lit et s'étant placé sur la chaise de nuit, il contracte avec force les muscles abdominaux.

Ce qui détermine la tuméfaction et la sensibilité du scrotum, c'est un épanchement de lymphes plastiques qui se forme sous l'influence de l'inflammation, avant que la suppuration ne soit établie. Ce phénomène, qui est général dans l'inflammation des membranes séreuses, a surtout un effet salutaire dans les cas dont il s'agit, en ce qu'il oppose au pus qui doit être sécrété plus tard, un obstacle à son passage dans l'abdomen.

L'épanchement de lymphes plastiques remontant jusqu'à l'anneau abdominal, donne à la tumeur l'aspect d'une tumeur herniaire, et fait éprouver au malade le sentiment du retour de la hernie. L'intestin replacé étant situé à l'entrée du sac, contribue à former la barrière qui s'établit entre le sac et la cavité abdominale,

Quand le malade est rétabli des suites de l'opération, il est encore exposé, comme auparavant, à la reproduction de la hernie; la prédisposition à ce genre d'accident a même augmenté; car l'ouverture abdominale a été accrue par l'incision du débridement. J'avais dernièrement, dans mon service à l'hôpital de Guy, un homme qui avait subi l'opération vingt ans auparavant, et qui maintenant porte une hernie du même côté. On doit donc, après la guérison, appliquer un bandage avant de permettre au malade la marche et le retour à ses occupations habituelles.

Observation 238. — Un homme qui demeurait vis-à-vis l'hôpital Saint-Thomas, fut opéré, il y a quelques années, d'une hernie étranglée. Après la cicatrisation de la plaie, on lui recommanda de porter un bandage pour prévenir le retour de la hernie; mais ayant négligé cette précaution, il éprouva de nouveau, deux ans après, les symptômes de l'étranglement. Dans le désir d'éviter l'opération, il employa, mais en vain, tous les moyens possibles pour faire rentrer sa hernie, et enfin, il n'envoya chercher un chirurgien qu'à la dernière extrémité; il était trop tard pour opérer, et le mala-

et entre ainsi pour sa part, dans un travail inflammatoire aigu, qui détermine les symptômes d'une inflammation de l'abdomen si grave en apparence.

Si le chirurgien ouvre le sac pour s'assurer que l'intestin est redescendu, si non content d'un premier examen, il passe le doigt autour du collet du sac, il compromet d'une manière irréparable le travail de la guérison, par la destruction des adhérences que l'intestin a contractées, il permet à l'inflammation limitée auparavant par les adhérences, de se propager en suivant le péritoine; ou bien encore, il ouvre au pus, qui sera formé plus tard, un passage pour arriver dans l'abdomen.

Dans le chapitre précédent, j'ai cité un cas dans lequel le chirurgien soupçonnant, d'après la gravité des symptômes, que l'étranglement n'avait pas été suffisamment débridé au moment de l'opération, l'ouvrit le sac au bout de cinq jours, explora avec le doigt l'état de l'anneau abdominal et débida une seconde fois; pratique on ne peut plus dangereuse, et qui fut suivie rapidement de la mort du malade.

Les deux observations suivantes sont propres à démontrer l'extrême gravité des symptômes qui accompagnent le travail de la suppuration dans le sac herniaire, et la ressemblance qui existe entre ces symptômes et ceux de l'étranglement. Telle était cette ressemblance dans ces deux cas qu'il n'est propre, que je fus fortement engagé par les assistants à ouvrir le sac et à réduire de nouveau la hernie qui, suivant eux, s'était reproduite. L'autre cas s'est présenté dans le service de M. Chandler: cette fois, on ouvrit le sac, mais heureusement, on le referma judicieusement sans avoir fait aucune exploration du côté du collet du sac.

Je dois quelques-uns des détails de l'observation suivante à M. South.

Observation A. — Joseph Hurst, âgé de 30 ans, entra à l'hôpital St-Thomas, le 6 septembre 1817, il portait depuis deux ans, une hernie inguinale droite, qui avait progressivement augmenté de volume; il ne se souvenait point d'avoir jamais fait aucun violent effort, et il n'attribuait sa maladie qu'à de la faiblesse. Il rapporta qu'il avait toujours pu, en se couchant sur le dos, faire rentrer la totalité de la tumeur dans l'abdomen, ce qui lui était devenu impossible, seulement depuis le 4 septembre, époque à partir de laquelle il n'avait eu aucune selle. Il avait été saigné à neuf heures du soir, avant son entrée, et on lui avait tiré seize onces de sang. Les symptômes n'étaient pas très-pressants, mais le malade accusait dans la hernie une vive douleur, ayant son siège dans la hernie, et tenant, selon toute apparence, aux tentatives de réduction: on recommença en vain de nombreuses tentatives. Le malade fut alors placé dans un bain chaud, et on lui fit une saignée de vingt onces. Cette opération fut suivie de syncope; mais lorsque le malade revint à lui, il éprouva de violentes convulsions des membres thoraciques. Les moyens employés jusque-là n'amènèrent aucun résultat; mais une circonstance digne de remarque, c'est qu'en pressant sur la tumeur on déterminait un bruit de gargouillement, et le contenu de l'intestin était facilement refoulé dans l'abdomen, bien que la hernie elle-même fut complètement irréductible. Aussitôt que le doigt était retiré, la tumeur reprenait son volume ordinaire, c'est-à-dire, le volume du poit. Lorsque l'intestin était évacué de cette manière et qu'on imprimait des mouvements à la tumeur, on entendait un gargouillement très-prononcé qui annonçait la présence d'une grande quantité de liquide dans le sac. Après être resté une heure dans le bain, le malade fut reporté dans son lit, et on prescrivit l'application de flanelles chaudes sur l'abdomen.

Le 7 septembre, point de sommeil la nuit dernière, mais peu de douleur; pouls comme la veille. A neuf heures, M. Chandler vit le malade et prescrivit un nouveau bain; on le malade resta pendant à peu près une demi-heure, sans aucun résultat. A onze heures, on administra un lavement de tabac, qui fut de même sans effet. A une heure, on fit une application réfrigérante, et on la continua pendant cinq heures. Le malade se trouva un peu mieux. Dans la soirée, on donna un lavement composé d'huile de ricin et d'une infusion de séné; ce lavement ne produisit aucun résultat.

Le 8 septembre, le malade eut une très-légère évacuation dans la matinée; vers dix heures, on commença l'emploi du sulfate de magnésie à petites doses; et, dans la journée, le malade eut des évacuations un peu plus abondantes. L'abdomen était moins tendu, mais il était légèrement sensible dans toute son étendue. Le malade fut bien toute la semaine suivante, et n'accusa qu'une sensation de constriction qui avait son siège à l'épigastre, et se manifestait le soir, pour disparaître vers le matin. Le ventre fut libre.

Le 16 septembre, vers midi, le malade commença à se trouver très-mal: douleur vive et tension de l'abdomen, qui allaient en s'accroissant; il y avait eu une selle dans la journée. Vers cinq heures et demie, les symptômes étaient plus graves. On fit une saignée de seize onces, avant laquelle deux grains d'opium

de ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, je trouvai la hernie étranglée et contenue dans l'ancien sac.

Le sujet de l'observation suivante avait subi l'opération plusieurs années auparavant, lorsque, par suite d'écart de régime et de négligences dans l'application de son bandage, l'intestin s'est déplacé et s'est étranglé de nouveau. Je dois à M. Wagner, maintenant chirurgien à Charleston, les détails de l'observation.

Observation 239. — Samuel Dawson, sacris-

taine de l'église de Spitalfields, âgé de 42 ans, entra à l'hôpital de Guy, et fut reçu par M. Samuel Harris, élève de M. Lucas, le dimanche, 28 juillet 1816, à 6 heures du matin. Il présentait les symptômes d'une hernie étranglée. Ce malade avait déjà eu, environ vingt ans auparavant, une hernie étranglée du côté droit, et avait été opéré avec succès par M. Lucas aîné. Depuis cette époque, il avait porté un bandage pendant le jour, mais il l'enlevait chaque nuit; quelquefois même il vaquait à ses occupations dans le jour, mais jamais il n'était resté plus d'un ou deux jours sans en faire usage. Un sa-

avaient été administrés. L'état du malade alla en s'aggravant; vers huit heures, il fut pris de hoquet et de vomissements pénibles; visage anxieux; pouls fréquent et dur; abdomen tendu et douloureux; le malade était évidemment en proie aux symptômes les plus graves de l'étranglement.

Vers neuf heures et demie, M. Chandler procéda à l'opération; le pouls était alors à 160, mais sa fréquence avait été probablement accrue par le transport du malade à la salle d'opération. On suivit la méthode ordinaire; mais, à l'ouverture du sac, il s'écoula au moins deux onces de sérosité qui, sans doute, était la cause du bruit qu'on avait perçu en imprimant des mouvements à la tumeur. On vit alors pourquoil l'intestin n'avait pu être replacé dans l'abdomen; en effet, en le soulevant, on s'assura que sa partie inférieure adhérait solidement à la surface interne du sac. Ces adhérences ne paraissaient point récentes. Aussi, bien que le malade affirmât positivement qu'il avait toujours pu réduire sa hernie; je suis porté à croire que depuis quelques semaines elle était irréductible. L'intestin lui-même était fortement distendu par des gaz, mais n'offrait point, à en juger par l'état des vaisseaux sanguins, les traces d'un étranglement prolongé; il semblait même qu'aucune constriction n'avait existé, car l'intestin ayant été vidé, deux doigts pouvaient facilement pénétrer à travers l'anneau abdominal jusque dans l'abdomen, et l'intestin se réduisit avec beaucoup de facilité dès que les adhérences eurent été détruites. Le sac ne renfermait aucune portion d'épiploon.

Je pense que les symptômes d'étranglement avaient dépendu de ce que, lorsqu'il se formait une grande quantité de fluides aëriiformes, l'intestin compris dans le sac étant distendu par ces gaz, il se formait en conséquence à l'orifice du sac, une constriction qui s'opposait au passage des matières à travers la portion étranglée. Ces gaz pouvaient facilement sortir de cette portion d'intestin, mais l'anse intestinale étant reléguée à la portion inférieure du sac, les gaz s'accumulaient de nouveau, et l'étranglement se reproduisait. Ces circonstances avaient donc rendu l'opération nécessaire pour la destruction des adhérences, qui formaient le seul obstacle à la réduction qu'on obtint facilement ensuite.

La plaie fut réunie par trois points de suture et quelques bandelettes agglutinatives; à onze heures, le pouls était à 132 et moins dur; le malade se trouvait mieux.

Le 17 septembre, rien de particulier, pendant la nuit, si ce n'est une selle involontaire. A huit heures du matin, le malade commença à faire usage d'une solution de sulfate de magnésie, il en prit une autre dose à dix heures, à midi il prit une demi-once d'huile de ricin, et quelque temps après il eut une selle. On enleva les emplâtres agglutinatifs et on se borna à un pansement simple. A trois heures après-midi, nouvelle dose d'huile de ricin, qui produisit dans la soirée une évacuation très-copieuse; à cinq heures, le pouls était à 130, l'abdomen était plus tendu que le matin et très-sensible à la pression. On tira environ seize onces de sang, et à sept heures il y avait une amélioration manifeste. Le pouls était à 112 et plus développé; le ventre quoique très-douloureux encore, l'était cependant moins que dans la journée. Le malade prit de deux heures en deux heures une drachme de sulfate de magnésie dans une potion anti-émétique à l'état d'effervescence; à onze heures, le pouls était à 130, mais moins dur que dans la soirée. Le caillot de la saignée était coenueux et à bords relevés.

Le 18 septembre, le malade a eu peu de sommeil, pouls à 120; abdomen moins sensible; à une heure, pouls à 122; peau chaude; langue brune et sèche; abdomen moins tendu et peu douloureux; dans la matinée il y a eu trois évacuations; l'amélioration est évidente. Le scrotum est très-tuméfié, et il semble que l'intestin soit descendu de nouveau; à sept heures du soir, deux selles plus copieuses; même aspect d'une tumeur dans le scrotum; d'après cette circonstance, le chirurgien de garde crut devoir enlever les sutures et rouvrir la plaie. Mais la hernie ne s'était point reproduite; les sutures furent replacées, et l'on fit des lotions évaporantes avec un mélange d'alcool et d'acétate d'ammoniaque liquide. Le malade prit en outre trente gouttes de teinture d'opium.

Le 19, la nuit a été bonne, point de selle avant une heure après-midi; à ce moment, le pouls était à 132, la peau sèche et chaude, mais l'abdomen peu douloureux à la pression; à sept heures du soir, pouls à 104; plusieurs selles depuis une heure, légère moiteur de la peau, absence de douleur; on administra encore la teinture d'opium.

Le 20, nuit bonne, pouls à 112; ventre libre, visage presque naturel, peau humide, langue nette. Quelques jours après, le scrotum ayant été pris d'un gonflement inflammatoire, on y appliqua des cataplasmes qui eurent pour effet de hâter la formation du pus. Le 29 septembre, il s'en écoula environ six onces.

medi, il mit de côté son bandage, soupa de bon appétit, et but abondamment de la bière toute la journée; cependant il se trouvait bien à 10 heures du soir. S'étant couché, il fut pris d'une vive douleur au niveau de la région ombilicale et dans la partie inférieure du ventre. Depuis l'opération pratiquée par M. Lucas, il avait eu de temps à autre, dans l'abdomen, des douleurs accompagnées de nausées et de vomissements; mais ces douleurs étaient de peu de durée, et disparaissaient toujours après une évacuation alvine; il essaya de réduire la hernie, qui s'était reproduite dans la matinée,

mais ce fut sans succès; la douleur abdominale et la tuméfaction du scrotum faisant des progrès, on fit venir un chirurgien qui pratiqua une saignée de douze onces. C'était le dimanche, à 4 heures du matin. L'apparition des symptômes d'étranglement datait de la veille, à 11 heures du soir. Il ne fut point soulagé par la saignée, alors on se décida à le transporter à l'hôpital.

A 6 heures du matin, le malade accuse une grande faiblesse et se plaint de froid; agitation, nausées et vomissement, éructations, vive douleur à la partie inférieure de l'abdomen et à la

Le 30, écoulement d'environ trois onces de pus: dans le cours de la semaine suivante l'abcès se cicatrissa, mais il fut suivi de la formation d'un second abcès, moins considérable, qu'on ouvrit le 11 octobre, et qui donna issue à deux onces de pus. Le 31 octobre, le malade était entièrement guéri.

Dans le cas suivant, après l'opération, telle était la gravité des symptômes qu'on ne pouvait guère compter sur la guérison du malade. J'ai dû beaucoup, dans ce cas, aux conseils éclairés du docteur Cholmeley, qui s'intéressa vivement aux suites de l'opération. M. Elkington, chirurgien à Birmingham, et qui était alors élève à l'hôpital, suivit ce malade avec beaucoup d'attention, et m'a fourni les détails suivants:

Observation B. — James Rogers, âgé de 38 ans, fut reçu à l'hôpital de Guy, le 1^{er} avril, pour une hernie inguinale droite étranglée; elle datait déjà de six mois, et s'était formée dans un moment où il soulevait un pesant fardeau. On l'avait alors facilement réduite, et elle ne s'était pas reproduite jusqu'au samedi matin avant l'entrée du malade. Ce jour-là, la hernie ayant reparu sous l'influence de la même cause, elle s'étrangla immédiatement après.

Au moment où le malade entra à l'hôpital, l'abdomen était douloureux et tendu; les nausées presque continuelles, et les vomissements revenant par intervalles; pouls petit et déprimé. Le malade était dans un état de profond accablement et avait des frissons. La tumeur était assez volumineuse, dure et sensible. On fit à l'instant une saignée au bras; mais le sang s'écoula lentement, sans doute, à cause de l'état d'affaiblissement où se trouvait le malade, toutefois, on put en tirer douze onces, sans qu'il éprouvât aucune faiblesse. On plaça alors le malade dans un bain chaud, et l'on fit une nouvelle saignée de seize à dix-huit onces. Il eut une syncope, on le retira du bain et on tenta le taxis pendant environ une demi-heure. Pendant tout ce temps il resta dans un état de défaillance; on sentait que le collet du sac était très-dur et qu'il résistait à toutes les tentatives de réduction. On appliqua le froid et on recommença le taxis pendant un court espace de temps, mais sans plus de succès. Les symptômes s'aggravant, M. Key proposa l'opération à laquelle le malade consentit. Pendant tout le cours de l'opération, le malade montra une excessive agitation. L'artère honteuse externe donna un peu, mais non pas au point de nécessiter l'application d'une ligature. L'étranglement siégeait à l'anneau abdominal, il fut divisé directement en haut; la hernie comprenait une anse d'intestin de six à huit pouces de longueur, présentant une couleur foncée et une forte congestion. Ce fut dans cet état qu'on replaça l'intestin dans l'abdomen.

Le mardi, 2 avril: La nuit a été bonne, pouls à 80, plein et mou; il y a eu des nausées à deux ou trois reprises, mais point de vomissements; langue légèrement chargée et humide, absence de toute douleur à l'abdomen; point d'évacuation. (*Lavement illico; de quatre heures en quatre heures, deux drachmes de sulfate de magnésie et seize grains de carbonate de magnésie.*) Le pouls s'éleva à 96, il y eut une évacuation après le lavement, et le malade se trouva beaucoup mieux.

Le mercredi 3: la nuit a été bonne, le malade a eu une fois des nausées, mais n'a pas vomé; il a eu à trois ou quatre reprises de légers hoquets; il n'y a point eu d'évacuations depuis hier matin. Pouls, 92, plein et mou. Douleur légère à la pression dans le côté droit de l'abdomen; la tumeur est sensible. Le malade a été très-incommodé par les vents. (*Lavement qui sera renouvelé toutes les deux heures, jusqu'à ce qu'il y ait des évacuations et continuation de la mixture saline indiquée.*) A midi, le malade a eu deux selles; il éprouvait un soulagement marqué, quand tout-à-coup il lui semble que l'intestin est descendu de nouveau; il se plaint de douleur dans l'abdomen; des défaillances, et de temps à autre un léger hoquet, reparait presque soudainement; l'abdomen se distend par des gaz; mais à l'examen du scrotum on reconnut qu'il n'existait aucune trace de la reproduction de la hernie. Au bout de peu de temps ces symptômes disparurent; à quatre heures, douleur et tension de l'abdomen; nausées et hoquet; deux selles.

Le jeudi 4, à midi: il y a eu plusieurs heures de sommeil, point de douleur de l'abdomen ni de vomissements, hoquets presque continus, pouls à 100 et facile à déprimer, langue chargée et humide, peau moite, point d'évacuations depuis la veille, distension de l'abdomen par des gaz. A trois heures, le sac est tuméfié et enflammé. Les tuniques du testicule le sont aussi, de sorte qu'il existe deux tumeurs distinctes. Le visage offre l'expression d'une profonde anxiété. (*Saignée de seize onces, dix grains de calomel; lavement avec un quart de drachme d'extrait de coloquinte toutes les trois heures.*) A neuf heures, pouls

région ombilicale. Le malade dit qu'une selle le soulagerait; mais la constipation est absolue, et il n'y a point eu de selles depuis le vendredi; la douleur et l'anxiété sont telles, que le malade ne cesse de s'agiter et change incessamment de position, se tenant tantôt assis, tantôt couché. La tumeur, qui siége du côté droit, est très-volumineuse; les veines du scrotum sont gorgées de sang; l'ancienne cicatrice est tellement douloureuse à la pression, qu'elle s'oppose à l'emploi du taxis; pouls petit et faible.

A 7 heures un quart, le malade fut placé dans le bain chaud, qui amena de la défaillance, et le taxis fut essayé, mais sans résultat. Exces-

sive sensibilité de l'aîne; diminution de la douleur abdominale; dans le bain, le pouls s'élevait élevé et avait pris de la force. Le malade resta dans le bain pendant vingt minutes; dès qu'il eut été porté dans son lit, il éprouva du soulagement; on l'y laissa tranquille pendant quelques instans.

A 8 heures, dans l'impossibilité d'exercer le taxis, on eut recours aux applications réfrigérantes.

Hydro chlorate d'ammoniaque, nitrate de potasse, de chaque..... ʒ V
Eau..... ʒ ʒ
Alcool..... ʒ ʒ
Ce mélange fut appliqué sur le lieu de l'é-

treblottant et irrégulier; respiration laborieuse; hoquet; point de douleur; tension de l'abdomen moindre; le malade a eu quatre selles abondantes.

Vendredi matin: la nuit a été agitée; il y a eu trois évacuations; pouls à 96 et assez régulier, offrant cependant une légère intermittence à chaque hoquet, ce qui a lieu environ toutes les cinq ou six pulsations; hoquet très-pénible; sac herniaire douloureux; point de douleur dans l'abdomen. (*Trente sangues sur le scrotum, trois grains de calomel et un quart de grain d'opium, toutes les quatre heures, avec une potion purgative.*) La saignée locale a été abondante, il a été difficile d'arrêter le sang; l'abdomen est moins tendu. A dix heures du soir, pouls à 100, mou et plein, langue chargée, soif vive, hoquet constant, nausées et parfois vomissement, absence de douleur. (*Mêmes pilules; on suspend la potion à cause des nausées.*)

Samedi matin, 10: pouls à 86, plein et mou; pas de douleur; il y a eu deux selles abondantes; le malade a dormi pendant cinq heures; le hoquet persiste, mais il est moins fatigant; l'abdomen est moins distendu, la face plus naturelle, et le malade parfaitement tranquille. (*Mêmes pilules; infusion de sené et mixture camphrée, six drachmes.*) Dans la soirée, le pouls est à 96, plein et mou, hoquet constant. (*Huile de ricin, deux drachmes, illico.*)

Dimanche, onze heures: le malade a eu cinq ou six selles noires et fétides; pouls à 90; langue plus nette et plus humide; abdomen ni tendu ni douloureux; diminution du volume et de la douleur du sac herniaire; hoquet continu et vomissements fréquents; pouls, à quatre-vingt-six et intermittent; hoquets et vomissements; trois selles.

Lundi matin, à neuf heures: pouls à 84, intermittent toutes les cinq ou six pulsations; hoquet constant et vomissements; nuit agitée; point d'évacuations. (*Bouillon, sagou et un peu d'eau-de-vie.*) A deux heures, pouls très-irrégulier dans sa force et dans sa fréquence; hoquets et vomissements. (*Toutes les heures, trois grains d'une confection dans laquelle entrent l'opium, le mercure, etc.*) A dix heures du soir: pouls, à 88, irrégulier dans sa force, mais régulier dans sa fréquence; hoquet un peu diminué.

Mardi matin: la nuit a été bonne; le hoquet a diminué; il n'y a point eu de vomissements depuis la veille; pouls plein et mou, n'offrant d'intermittence que de dix en dix battements; langue humide. (*Huile de ricin, six drachmes.*) Pendant la nuit, le malade a eu deux ou trois fois des selles involontaires; ces évacuations l'ont considérablement affaibli; le hoquet est plus pénible; il n'y a pas eu de vomissement; pouls à quatre-vingt-six, petit et intermittent toutes les cinq ou six pulsations. (*Reprendre la préparation de mercure etc.*)

Mercredi: le malade a passé une très-bonne nuit; pouls à 86, intermittent toutes les dix pulsations, hoquet encore très-fatigant, mais plus rare et moins violent. Diminution du gonflement du sac, aspect favorable de la plaie. (*Mêmes prescriptions.*) A dix heures du soir, pouls à 90, mou et régulier; il y a eu une selle abondante, hoquet beaucoup moindre, langue chargée et brune à son centre, mais humide. Le malade se trouve très-bien et très-disposé au sommeil.

Jeudi matin: pouls à 86, régulier, plein et mou. La nuit a été bonne; deux évacuations nouvelles, hoquet plus fréquent que la nuit dernière, mais moins pénible. Pendant la nuit du jeudi, pouls à 86 et régulièrement; diminution très-prononcée du hoquet qui ne revient qu'à de longs intervalles. Le malade a mangé deux œufs et a bu un peu de porter.

Vendredi: nuit bonne; le malade est allé une fois à la selle; pouls à 84, mou et plein; pas de hoquet. (*Porter, côtelette de mouton.*) L'ingestion de ces aliments fut suivie d'un hoquet qui dura toute la journée, mais qui cessa à la nuit.

Samedi: pouls à 96, le hoquet n'a pas reparu; point de selles; six onces de pus environ se sont écoulés du sac. (*Purgatif salin.*)

Dimanche: mieux; selles naturelles; suppuration toujours très-abondante.

Mercredi, 17: le mieux continue. (*Décoction de quinquina acidulée.*)

Le 20, amélioration.

trangement, et recouvrit la tumeur aussi complètement que pouvait le permettre une vessie assez volumineuse. Pendant tout le temps de cette application, le malade se plaignit d'une augmentation de la douleur, qui se propageait dans tout l'abdomen jusqu'à l'épigastre. Au bout de cinq minutes, on suspendit cette application. La douleur était insupportable; il semblait au malade que, s'il pouvait rendre des vents par l'anus, il éprouverait un soulagement marqué. Les vomissemens n'avaient commencé que depuis peu de temps, et il y avait des nausées, une douleur abdominale, vive à la pression, et de l'agitation.

A 8 heures 45 minutes, le malade s'étant mis, de son chef, à exercer une pression sur la tumeur, la réduisit avec un bruit de gargouillement; mais cette réduction ne fut pas suivie d'un grand soulagement, et la douleur abdominale persistait encore.

A 9 heures, douleur abdominale considérable, nausées et vomissemens, défaillances, frissons très-vifs, tremblement très-fort des membres supérieurs, pouls fréquent et petit, constipation (*pillules de calomel avec coloquinte, n. 2*).

A 11 heures, point de selles, mais besoin pressant de défécation; quelques nausées suivies de vomiturations, douleur abdominale aussi vive qu'avant la réduction et qui augmente encore à la pression, tension considérable de l'abdomen, pouls petit, fréquent et tremblotant, mais peu dur, soif vive, impossibilité de garder les liquides dans l'estomac, visage anxieux, traits

pâles et décomposés depuis la sortie du bain, peau plus chaude qu'à 9 heures.

A midi et quart, pouls extrêmement fréquent, petit et tremblotant, douleur abdominale très-vive et qui s'exaspère par la pression, tension, constipation, quelques nausées, langue blanche et chargée, avec un tremblement au moment où le malade la porte en avant, refroidissement des mains et des pieds qui sont couverts d'une sueur visqueuse, surface du corps recouverte d'une sueur froide. Dans cet état, voici quelles furent les prescriptions de M Forster:

Huile de ricin.....	ʒi ʒ ss
Hydrochlorate de soude. }	ʒi ʒ ss
Eau tiède.....	ʒi viij

de plus, à prendre en potion, huile de ricin ʒ ss, fomentations sur le ventre.

A midi 45 minutes, pouls petit, fréquent et un peu dur, légère dyspnée, douleur abdominale, très-intense: le malade est très-agité, éprouve le plus vif besoin d'aller à la selle, et dit que cette évacuation le soulagerait infailliblement; éructations fréquentes (*saignée du bras*).

Pendant la saignée, le pouls s'éleva et devint à la fois et plus distinct et plus fréquent; on ne put tirer qu'une demi-livre de sang, parce que l'écoulement s'arrêta. Immédiatement après la saignée, le pouls s'affaissa, devint petit, faible et presque imperceptible; plus tard il se releva un peu, mais il diminua graduellement, jusqu'au point de devenir tout-à-fait imperceptible au poignet.

Le 22, diarrhée; pouls à 90, petit et déprimé; suppuration abondante. (*Cessation du quinquina; confection aromatisée et infusum de cuspar.*)

Le 23, pouls à 86, évacuations moindres; accumulation du pus dans le scrotum; petite incision pour en faciliter l'issue.

Le 24, mieux; selles naturelles; suppuration abondante qui s'échappe à travers l'ouverture inférieure; cicatrisation presque complète de l'ouverture supérieure.

Le 17 mai, l'amélioration a été progressive; on applique un bandage qui est porté pendant quelques heures. L'ouverture supérieure est complètement cicatrisée; l'ouverture inférieure ne l'est pas encore tout à fait; le testicule et le scrotum ont presque repris leur volume naturel. La partie inférieure du sac, semble comblée de matière plastique et forme une tumeur assez dure située au-dessus du testicule.

Le 30, bien. Le malade sort de l'hôpital le 19 juin. Il a constamment porté un bandage pendant un mois, espace de temps après lequel on trouva que le sac avait considérablement diminué, et qu'on ne pouvait sentir de fluctuation, même quand le malade se livrait aux efforts de la toux. Le bandage fut remplacé.

J'ai vu cet homme en juin 1825, il ne présentait aucune trace de hernie, même quand il ne portait pas son bandage.

D'après ce qui précède, il est évident que la crainte de voir l'intestin sortir de nouveau après l'opération, prend sa source plus dans les prévisions de l'esprit que dans l'expérience de ce qui a lieu. La descente d'une hernie n'est point un phénomène dans lequel les intestins jouent un rôle actif; pour qu'elle s'effectue, il faut l'action combinée des muscles abdominaux et du diaphragme, et quand le malade est maintenu tranquille et qu'il repose, il est presque impossible que la hernie se reproduise. Comme l'intestin réduit est toujours le siège d'une inflammation plus ou moins vive à sa surface, il a bientôt contracté des adhérences avec les parties voisines. Dans le cas de suppuration du sac, le traitement doit être entièrement palliatif. Car, bien que cet état soit accompagné de symptômes graves, sa terminaison n'est pas dangereuse. Au début de l'inflammation, on doit, afin d'en modérer l'intensité, appliquer sur le scrotum des sangsues et des lotions évaporantes. Du moment où l'on juge que la suppuration existe, ce qui est annoncé par l'excessive sensibilité du scrotum dans deux ou trois points, principalement vers l'anneau inguinal, on doit appliquer des cataplasmes, et tenir les bords de la plaie écartés pour favoriser la sortie du pus. L'épaisseur des tuniques du scrotum s'oppose généralement à ce que la fluctuation soit facilement sentie, et l'absence de ce signe jointe à la crainte bien ou mal fondée de blesser l'intestin, éloigne presque toujours le chirurgien de plonger la lancette dans la tumeur.

A. K.

A une heure après midi, agitation extrême, froid et sueur visqueuse aux extrémités, sueur abondante sur tout le corps, tension de l'abdomen plus considérable, mais diminution de la douleur, pouls à peine perceptible, tellement fréquent qu'on ne peut compter les pulsations; les nausées et les vomissemens ont cessé. Le lavement a été rendu; il n'a amené d'abord qu'une très-petite quantité de matières; mais un peu après, il a été suivi d'une autre selle plus copieuse; le malade s'est levé tout seul sur son lit, mais il est retombé, ne pouvant se soutenir.

A une heure 15 minutes, la douleur de l'abdomen avait complètement cessé. Le malade s'éteignit graduellement et mourut sans agonie. Il y avait entre chaque inspiration un intervalle d'une minute, et on observa de légers mouvemens convulsifs, mais réguliers, dans les muscles de la face; quelques instans avant sa mort, le malade avait perdu l'usage de ses sens. L'autopsie n'a pas été faite.

On voit, d'après cette observation, combien il est nécessaire de faire porter au malade un bandage convenable, si l'on veut le mettre à l'abri de pareils dangers pour l'avenir. Il est aussi très-important de garder le lit jusqu'à ce que la plaie soit complètement cicatrisée, afin que les adhérences qui se forment dans le sac aient pu acquiescer une grande solidité avant que le malade ne s'expose au danger d'une nouvelle hernie; il ne doit pas non plus quitter la position horizontale sans un bandage, sous la pelotte duquel on placera une compresse pour prévenir la pression douloureuse qu'exercerait le bandage sur la cicatrice récente.

L'opération n'ayant pour but et pour résultat que de faire cesser la complication actuelle et n'amenant point une cure radicale, quelques chirurgiens ont proposé, pour atteindre ce dernier but, ou d'emporter le sac, ou d'en pratiquer la ligature pendant l'opération, ou enfin de le replacer dans la cavité abdominale.

Le cas suivant met à même d'apprécier les résultats de l'excision du sac.

Observation 240. Une malade nommée Bisham, traitée par M. Holt, de Tottenham, portait depuis plusieurs années une hernie fémorale qui, dans l'été de 1801, devint très-douloureuse, sans que cependant le cours des matières s'interrompît, et la force de garder le lit à cause de la vive douleur, qu'elle éprouvait lorsqu'elle cherchait à appuyer le pied sur le sol. Après que la malade eut resté plusieurs jours dans cet état, sans pouvoir se livrer à aucun mouvement pour satisfaire à ses besoins, je la vis avec M. Holt, et je fis, mais en vain, plusieurs tentatives de réduction. Huit jours après, la douleur et l'impossibilité des mouvemens persistant, je conseillai l'opération, qui fut pratiquée par M. Holt; lorsque le sac eut été ouvert, on trouva une petite portion d'intestin adhérente solidement à l'entrée du sac, et fortement enflammée, mais non gangrénée. Cette partie étranglée était constituée par une portion si

petite de la circonférence de l'intestin, que la cavité de ce dernier offrait encore un libre passage aux matières; aussi cet étranglement partiel n'avait-il produit aucune constipation.

Mais cette petite portion se trouvait douloureusement comprimée par les efforts que la malade faisait pour mettre la cuisse dans l'extension, ce qui rend compte de l'impossibilité où elle était de se mouvoir. M. Holt détruisit, avec beaucoup de soin, les adhérences, et replaça l'intestin dans l'abdomen. Comme le sac avait beaucoup de capacité, et que, pendant l'opération, il avait été décollé des parties environnantes dans une grande étendue, je pensai que c'était là l'occasion d'expérimenter les effets, qui pourraient résulter de l'excision du sac, et je priai M. Holt de me laisser faire cette opération. J'enlevai facilement, par la dissection, la totalité du sac; ensuite je rapprochai par des points de suture les pièces du sac, afin de les amener à un contact exact. Les fils furent placés en dehors de la plaie extérieure, qui fut pansée simplement. Le sixième jour, les ligatures tombèrent, et la plaie était guérie le dixième jour.

Un mois après, je vis cette femme, et je remarquai, non sans surprise, qu'il s'était formé, au même endroit, une nouvelle hernie presque aussi volumineuse que la première. La malade venait réclamer un bandage, parce que dès qu'elle se livrait à un effort un peu considérable, elle sentait un tiraillement très-fort vers la tumeur qui, en même temps, augmentait rapidement de volume. Je l'ai revue deux ans après; à cette époque, dès qu'on enlevait le bandage qu'elle avait porté constamment, la hernie se reproduisait avec facilité.

Il semble donc que l'ablation du sac est impuissante à prévenir la récurrence de la maladie; et, en effet, quand on réfléchit que l'ouverture des parois de l'abdomen conserve, après cette opération, la même étendue qu'auparavant, et que le péritoine est encore le seul obstacle qui s'oppose à la reproduction de la hernie, il ne paraît pas probable que cette membrane, si extensible, puisse empêcher la réapparition d'une hernie, dont elle n'a pu prévenir la formation primitive.

Le procédé qui consiste à porter une ligature autour du collet du sac a été aussi préconisé et se pratique même quelquefois; mais il est susceptible de tant d'objections, surtout dans le cas de hernie inguinale, qu'il n'est pas probable qu'on veuille jamais l'admettre généralement dans la pratique.

L'unique objet de cette opération est d'amener l'élimination graduelle du sac; mais je viens de démontrer que la séparation du sac, lors même qu'elle pourrait être tentée sans danger pour le malade, est insuffisante.

Mais non-seulement cette méthode est impuissante pour atteindre le but qu'on se propose; elle expose en outre à des dangers. En effet:

1° Le cordon spermatique est écarté par le sac qui est placé de manière à ce qu'une partie

des élémens du cordon passe derrière lui, tandis que l'autre passe au-devant ou sur le côté.

Dans cet état de choses, il serait extrêmement difficile, sinon impossible, de diriger les instrumens de manière à éviter des parties qui doivent être nécessairement respectées.

2° Cette méthode a été suggérée par de fausses idées que l'on s'est faites au sujet du sac. Car une ligature, placée à l'anneau inguinal, lorsqu'elle a divisé le sac dans toute son épaisseur, doit laisser, au-dessus du lieu où elle a été appliquée, un sac béant et une hernie comme auparavant; et pour qu'une ligature fût appliquée sur une partie du sac qui fut placée au-dessus de l'anneau, il faudrait une incision préalable de l'aponévrose du muscle oblique externe, incision qui détruirait, dans une si grande étendue, ce qui fait la solidité de cette région, qu'il en résulterait, presque certainement, une hernie nouvelle.

3° Le danger de l'opération est en outre une objection capitale. En effet, une ligature, placée autour d'un prolongement du péritoine, doit en déterminer l'inflammation; et, comme cette portion du péritoine se continue sans interruption, par l'intermédiaire du sac, jusqu'à la cavité abdominale, l'inflammation suivra le même trajet, et compromettra l'existence du malade.

Les surfaces étendues permettent à l'inflammation de se propager avec beaucoup de rapidité, ainsi que nous le voyons à la peau pour les érysipèles ou dans les inflammations des veines et des vaisseaux absorbans; mais si la surface est interrompue par des adhérences, l'inflammation ne s'étend que jusqu'à ces adhérences, et ne va pas au-delà.

C'est ainsi que quand une ligature est appliquée autour du cordon, dans l'opération qui consiste à enlever le testicule, l'inflammation déterminée par cette ligature ne se propage

pas à l'abdomen, parce que la tunique vaginale du cordon est fermée par des adhérences. Chez les animaux, chez qui cette disposition n'a point lieu, l'inflammation se propage plus loin, ainsi qu'on le verra dans le cas suivant.

Un chirurgien, croyant pouvoir pratiquer la castration sur un cheval, beaucoup mieux qu'un maréchal-ferrant, qui employait un fer rouge pour couper le cordon spermatique et crisper les vaisseaux, persuada à un de ses amis de lui laisser faire cette opération sur un jeune cheval de prix. Il coupa le cordon, plaça une ligature, qui arrêta l'hémorrhagie, et enleva le testicule, ainsi qu'on le pratique chez l'homme; l'animal mourut au bout de quatre jours. A l'ouverture du corps, on trouva que l'inflammation, produite par la ligature, s'était propagée le long de la tunique vaginale, qui chez le cheval s'ouvre dans l'abdomen, et s'était étendue dans cette cavité, de sorte que l'animal avait succombé à une péritonite.

Petit a signalé les dangers qui résultent de la ligature du sac herniaire: dans un cas, la douleur fut si vive après l'opération, qu'il fut obligé de couper la ligature pour arrêter l'inflammation qui se propageait à l'abdomen. Dans un autre cas, il survint des symptômes d'étranglement, et le malade succomba. Le péritoine était enflammé dans son feuillet pariétal et dans sa portion intestinale.

Quant à la réduction du sac, elle est souvent impraticable lorsque la hernie est volumineuse. Cette pratique ne peut convenir que dans le cas où il s'est établi des adhérences très-étendues entre l'intestin et le sac, parce qu'alors il est plus facile de réduire l'intestin et le sac ensemble, que de détruire les adhérences. Au reste, je traiterai ce sujet avec plus de détail dans le chapitre des petites hernies.

DES HERNIES VOLUMINEUSES.

Lorsqu'une hernie est très-volumineuse, et surtout lorsqu'on a en même temps des raisons de croire que les parties qui y sont contenues, adhèrent à la surface intérieure du sac, l'opération doit être différente de celle qui vient d'être décrite, et qui est applicable aux cas ordinaires.

Les motifs de cette différence sont les suivans;

1° Dans les hernies anciennes, très-volumineuses, la cavité de l'abdomen est tellement diminuée, par suite de la sortie permanente de l'intestin et de l'épiploon déplacés, qu'elle conserve à peine assez de capacité pour les recevoir de nouveau. Si, dans de telles circonstances, on tente la réduction, la force que l'on est obligé d'employer pour l'effectuer, peut déterminer la rupture de l'intestin. Cet accident est arrivé à l'hôpital Saint-Thomas. La hernie était très-volumineuse; la diminution de la cavité abdominale nécessita, pour la

réduction, des efforts considérables, pendant lesquels l'intestin creva; le sujet mourut au bout de cinq jours.

2° Une grande étendue de l'intestin est exposée à l'air et soumise aux manœuvres du chirurgien, pendant un temps assez considérable pour faire craindre, lors même qu'il ne se fait aucune rupture, le développement d'une inflammation dont les suites seront probablement funestes.

3° Lors même qu'après avoir surmonté toutes les difficultés, on est parvenu à replacer les viscères dans l'abdomen, il est extrêmement difficile de les maintenir dans cette cavité, qui se trouve ainsi distendue à l'excès, de sorte qu'un accès de toux ou le plus léger effort suffit pour les faire sortir de nouveau, et pour donner lieu par la suite à une inflammation grave.

4° Enfin, lorsqu'il existe des adhérences étendues, la dissection des surfaces adhéren-

tes est si longue, qu'on peut craindre à juste titre que le malade n'y puisse survivre. On a recommandé, dans ce cas, de séparer par la dissection le sac des parties environnantes, et de le replacer dans la cavité abdominale après le débridement. Mais cette opération, qui est praticable dans les cas de petites hernies, devient extrêmement dangereuse lorsque la hernie a un volume considérable, à cause des rapports de celle-ci avec le cordon spermatique dont elle écarte quelquefois les vaisseaux ainsi qu'il a été déjà dit.

Dans ces cas, je crois qu'on doit se borner à diviser l'anneau inguinal, ou, si l'étranglement siège plus haut, le bord inférieur du muscle transverse. Le sac ne doit point être ouvert, à moins que l'étranglement n'ait son siège dans son intérieur. L'observation suivante démontre les avantages d'une telle pratique.

Observation 241°. — Charles Beegey, âgé de 54 ans, entra à l'hôpital Saint-Thomas, le vendredi 4 février 1803, pour une hernie étranglée. Cette hernie, qu'il portait depuis sa plus tendre jeunesse, et qui s'était produite à la suite d'un coup sur le pommeau d'une selle, avait toujours été réductible, en grande partie, mais non en totalité. En effet, après qu'il avait vidé le sac autant qu'il le pouvait, il y restait encore quelque chose qui était très-appréciable au toucher. Le lundi 31 janvier, pendant que le malade était à son travail, la hernie cessa des-lors d'être réductible. Presqu'aussitôt, il fut pris de coliques et de vomissemens.

Le 1^{er} février, augmentation de tous les symptômes; selles très-peu abondantes et présentant la quantité de matières que l'on pouvait supposer contenue dans le gros intestin au-dessous de l'étranglement; cette supposition devint très-vraisemblable, car le malade n'éprouva aucun soulagement de ces évacuations. Les jours suivans, les symptômes allèrent en s'aggravant, jusqu'au moment où le malade entra à l'hôpital.

M. Birch, dans le service duquel il était placé, étant absent, je fus chargé de le remplacer.

La tumeur était énorme, et s'étendait jusque vers le milieu de la cuisse; elle était dure et très-douloureuse à la pression. L'abdomen était dur et tendu, mais peu douloureux. Le malade avait des nausées, vomissait par intervalles, et n'avait pas eu de selles depuis le mardi. On fit en vain plusieurs tentatives de réduction. L'état du malade ne permettait pas d'espérer que l'on pût lui sauver la vie sans pratiquer l'opération. Mais cette ressource même semblait désespérée, eu égard à l'âge du malade, au volume de la tumeur, et à l'état d'adhérence des parties que celle-ci renfermait. A tant de circonstances défavorables se joignait une toux habituelle, qui s'opposait presque invinciblement à ce que les viscères déplacés pussent être maintenus dans la cavité abdominale après leur réduction.

D'après ces considérations, je voulus m'as-

surer, avant d'ouvrir le sac, s'il était possible de diviser l'anneau et les parties situées au-dessus de lui; je résolus en outre de chercher à replacer la portion réductible de la hernie, sans mettre à nu les parties qui constituaient cette hernie.

Dans ce but, je pratiquai une incision de trois pouces de longueur, immédiatement sur l'anneau inguinal, que je mis à découvert, ainsi que le fascia qui en naît. Je fis ensuite à ce fascia une ouverture suffisante pour introduire une sonde cannelée, que je fis glisser au-dessous de l'anneau inguinal entre cet anneau et le sac. Passant alors sur ce dernier un bistouri boutonné courbe, je divisai cet anneau. J'introduisis ensuite le doigt, et sentant quelque résistance due au muscle transverse, je conduisis le bistouri sur la sonde jusque dans ce point; après ce second débridement, j'eus la satisfaction de voir qu'une pression légère suffisait pour faire rentrer dans l'abdomen toute la partie non adhérente de la hernie; cette partie fut, en effet, réduite avec gorgouillement aussitôt que j'eus appliqué la main sur la tumeur. Le malade éprouva promptement du soulagement. Les bords de la plaie furent rapprochés et on le plaça dans son lit.

Seize heures après l'opération, tous les symptômes d'étranglement avaient disparu; la plaie était à peine douloureuse. Une circonstance qui me permit de juger combien la pratique que j'avais adoptée est convenable, c'est que, pendant la toux, la tumeur augmentait considérablement de volume, et que l'intestin bien que facile à réduire, descendait de nouveau à chaque quinte de toux. Le degré de pression que les parties pouvaient supporter, était tout-à-fait insuffisant pour maintenir l'intestin dans l'abdomen. Dans le cas présent, ce déplacement fut sans gravité; mais si le sac avait été ouvert, l'irritation portée sur les parties qu'il contenait, aurait probablement entraîné de fâcheuses conséquences.

Le malade n'éprouva aucun symptôme défavorable. Au bout d'une semaine, il put supporter l'application d'un bandage lacé, semblable à celui que j'ai décrit, et dont j'ai conseillé l'usage pour les hernies volumineuses et irréductibles. Au bout de trois semaines, la plaie était parfaitement cicatrisée.

Dans le cas suivant, qui fut terminé par la mort, on suivit une pratique opposée. Ce fait vient également à l'appui du procédé opératoire que je viens de préconiser.

Observation 242°. — M. Johnson, chirurgien, me fit appeler pour une de ses malades, âgée de 68 ans, qui portait depuis long-temps une hernie ventrale irréductible, d'un volume énorme; cette hernie s'était étranglée. Diverses tentatives de réduction ayant été faites sans succès, on proposa l'opération, qui fut acceptée par la malade. A l'ouverture du sac, on trouva l'épiploon et l'intestin adhérens entre eux, ainsi qu'aux parois du sac, de telle sorte que la réduction était tout-à-fait impossible.