

Si l'opération est décidée assez tôt pour que l'existence de la gangrène ne soit pas probable, on doit opérer sans ouvrir le sac, inciser la peau et le fascia, et enfin débrider sur l'anneau ou au-dessous, ainsi que je l'ai dit ci-dessus. Il faut ensuite réunir la plaie par suture; et tout ce qui a été conseillé pour le traitement ultérieur de la hernie chez l'homme, doit être employé chez la femme également.

De même que chez l'homme, la hernie inguinale chez la femme, ne s'étant point encore frayée un passage à travers l'anneau, est quelquefois cachée sous l'aponévrose du grand oblique; dans cette position, si elle s'étrangle, la cause des accidens reste souvent cachée au médecin.

Observation 255. — Une femme fut reçue à l'hôpital Saint-Thomas, présentant des symptômes d'inflammation intestinale. Elle vomissait fréquemment et n'avait point de selles, ce qui engagea le docteur Blane, dans le service duquel était la malade, à lui demander si elle n'avait point de tumeur à l'aîne ou à l'ombilic; elle répondit négativement. Elle fut saignée, placée dans un bain chaud, et

DE LA HERNIE CONGÉNITALE, OU HERNIE DE LA TUNIQUE VAGINALE.

Je n'ai jamais rencontré, chez la femme, cette variété de la hernie inguinale, qui, chez l'homme, descend du côté inférieure de l'artère épigastrique.

Cette hernie diffère de la hernie ordinaire, en ce que les parties déplacées ne sont point renfermées dans un sac péritonéal distinct, mais bien dans la cavité de la tunique vaginale, et en contact immédiat avec le testicule. Cette variété de hernie est une conséquence du changement de situation que subit naturellement le testicule pendant la vie fœtale; en effet, durant les sept premiers mois de la vie fœtale, les testicules sont contenus dans l'abdomen, au-dessous des reins, d'où ils descendent dans le scrotum après le huitième mois de la vie intra-utérine.

Avant leur descente, ils sont placés sur les muscles psoas, immédiatement au-dessous des reins, position la mieux appropriée à l'entrée des artères spermiques qui naissent de l'aorte, ainsi qu'au trajet des veines spermiques qui ramènent le sang, à droite, dans la veine cave inférieure, et, à gauche, dans la veine rénale.

A l'époque de la vie fœtale, où le testicule repose encore sur le psoas, le canal déférent descend du testicule à la partie postérieure de la vessie, pour se terminer dans l'urètre. De la partie inférieure du testicule et de l'épididyme naît un prolongement ligamenteux, appelé le gubernaculum, qui se rend au scrotum, en suivant le même trajet que le cordon spermique après la descente du testicule; ce liga-

ment semble destiné à attirer le testicule en bas dans le scrotum, ou, du moins, à le guider dans le trajet qu'il va suivre. Le péritoine fournit au testicule et aux différents vaisseaux qui lui appartiennent une enveloppe qui les recouvre de toutes parts, excepté à la partie postérieure du testicule, lieu dans lequel pénètrent les vaisseaux. Le péritoine revêt également le gubernaculum dans une partie de son trajet. Au huitième mois, le testicule descend, à travers l'anneau inguinale, dans le scrotum. Dans ce trajet, il entraîne avec lui une portion de péritoine. Cette membrane, en effet, avant la descente du testicule, était un peu plus lâche à la partie inférieure de l'abdomen que partout ailleurs. La progression du testicule est tellement graduelle, que le péritoine n'est point attiré au-dehors de l'abdomen, et qu'aucune des parties de cette membrane renfermée dans le ventre n'a changé de position; ce n'est que par une elongation ou une évolution lente que la tunique péritonéale atteint le fond du scrotum. C'est ordinairement au neuvième mois qu'on trouve le testicule dans le scrotum; mais cette époque est très-variable; aussi n'est-il pas rare de ne trouver à la naissance qu'un des testicules dans le scrotum, et même de ne trouver ni l'un ni l'autre. Chez quelques sujets, des mois et des années s'écoulaient avant la descente du testicule. C'est l'anneau inguinale qui paraît former le principal obstacle à cette descente; aussi, chez les sujets chez lesquels les testicules ne sont pas encore descendus, on

est soumis à l'action de divers moyens propres à provoquer des selles. Tout fut sans succès, et la malade mourut au bout de deux jours. M. Blane, supposant que les accidens avaient tenu à quelque hernie cachée, fit l'autopsie de cette femme. Il y avait au côté droit de l'abdomen, un léger relief; une incision pratiquée dans ce point, fit reconnaître que ce relief était formé par une hernie, qui s'étendait depuis l'abdomen jusqu'à environ un pouce au-dessous de l'anneau inguinale. Cette hernie comprenait une très-petite portion d'intestin qui était étranglée par la pression des parties situées au pourtour de l'ouverture par où sort le ligament rond. La pièce anatomique est conservée dans le Musée de l'hôpital Saint-Thomas.

L'opération, pour ces hernies inguinales, petites et cachées, se fait de la même manière que chez l'homme. On fait une incision suivant la longueur de la tumeur; on met à nu l'aponévrose du grand oblique, qui, une fois divisée, laisse voir le sac. Ce dernier étant ouvert, on incise les parties qui étranglent son col, et on réduit les parties déplacées.

ment semble destiné à attirer le testicule en bas dans le scrotum, ou, du moins, à le guider dans le trajet qu'il va suivre.

Le péritoine fournit au testicule et aux différents vaisseaux qui lui appartiennent une enveloppe qui les recouvre de toutes parts, excepté à la partie postérieure du testicule, lieu dans lequel pénètrent les vaisseaux. Le péritoine revêt également le gubernaculum dans une partie de son trajet.

Au huitième mois, le testicule descend, à travers l'anneau inguinale, dans le scrotum. Dans ce trajet, il entraîne avec lui une portion de péritoine. Cette membrane, en effet, avant la descente du testicule, était un peu plus lâche à la partie inférieure de l'abdomen que partout ailleurs. La progression du testicule est tellement graduelle, que le péritoine n'est point attiré au-dehors de l'abdomen, et qu'aucune des parties de cette membrane renfermée dans le ventre n'a changé de position; ce n'est que par une elongation ou une évolution lente que la tunique péritonéale atteint le fond du scrotum. C'est ordinairement au neuvième mois qu'on trouve le testicule dans le scrotum; mais cette époque est très-variable; aussi n'est-il pas rare de ne trouver à la naissance qu'un des testicules dans le scrotum, et même de ne trouver ni l'un ni l'autre. Chez quelques sujets, des mois et des années s'écoulaient avant la descente du testicule. C'est l'anneau inguinale qui paraît former le principal obstacle à cette descente; aussi, chez les sujets chez lesquels les testicules ne sont pas encore descendus, on

les trouve ordinairement à l'aîne, immédiatement au-dessus de l'anneau. Là ils sont exposés à être blessés, et ils donnent au bassin un aspect général assez semblable à celui du bassin de la femme. J'ai vu, il y a quelques mois, un individu qui avait à chaque aîne une tumeur formée par le testicule. D'autres fois le testicule reste entièrement dans la cavité de l'abdomen.

Après la descente du testicule, l'ouverture par laquelle il est sorti de l'abdomen se ferme; mais l'époque de cette occlusion est très-variable. Camper donne les résultats suivans, de sa propre observation: Sur dix-sept enfans nouveaux nés qu'il a ouverts, onze présentaient la communication de la tunique vaginale avec la cavité péritonéale; trois ne présentaient l'oblitération que du côté gauche; deux n'offraient l'oblitération qu'à droite; chez un, seulement, l'oblitération existait des deux côtés.

Quand la cavité de la tunique reste ouverte à l'époque de la naissance, les efforts violents auxquels l'enfant se livre aussitôt qu'il commence à respirer, donnent lieu à la protrusion d'une portion d'intestin grêle qui, étant située vis-à-vis l'ouverture de communication, et qui étant dans un état de vacuité, s'échappe plus aisément.

C'est la hernie congénitale, que l'on reconnaît aussitôt à l'augmentation de volume du scrotum pendant les efforts qui accompagnent les cris. Les gardes-malades lui donnent le nom de *hernie ventouse* (Windy rupture).

La tunique vaginale reste quelquefois ouverte plusieurs années après la naissance, quoique le testicule soit descendu. J'ai disséqué un garçon de six ans, chez qui les deux testicules étaient dans le scrotum, et chez qui l'ouverture de la tunique vaginale était assez large pour laisser passer une sonde de femme. Il n'y avait cependant encore aucune apparence de hernie; mais il est probable qu'aussitôt que cet enfant aurait commencé à se livrer à des travaux fatigans, il se serait produit une hernie congénitale.

Ceci explique le cas d'un homme qui fut opéré à l'hôpital Saint-Thomas, pour une hernie congénitale étranglée, et qui m'assura, après l'opération; que sa hernie s'était montrée, pour la première fois seulement, sept semaines auparavant.

Quelquefois la tunique vaginale s'oblitére au niveau de l'anneau inguinale, mais elle reste béante au-dessus. Quand cette disposition existe, si l'intestin sort de l'abdomen, il en résulte une singulière variété de hernie; elle est congénitale, et, en même temps, renfermée dans un sac qui lui est propre, au-dedans de la tunique vaginale. L'observation 26^e, qui offre un cas de cette espèce, m'a été communiquée par M. Forster; on en trouve une semblable dans l'excellent ouvrage de M. Hey (*Surgical observations*).

La hernie congénitale doit, nécessairement, suivre le même trajet que le cordon spermique, qui descend de l'abdomen, sous le bord

des muscles transverse et petit oblique, pour se rendre à l'anneau inguinale, d'où il atteint le fond du scrotum. La tunique vaginale, qui contient à la fois le cordon et la hernie, est recouverte au-dessus de l'anneau par l'aponévrose de l'oblique externe, et, plus bas, par le cremaster et par le fascia qui se détache du pourtour de l'anneau inguinale. L'artère épigastrique passe obliquement en haut, au niveau de l'endroit où la tunique vaginale quitte l'abdomen, entre celle-ci et la symphyse du pubis. L'artère spermique, dans tout son trajet, est située derrière la hernie.

Le trait caractéristique de la hernie congénitale, telle qu'elle se présente le plus ordinairement, consiste en ce que le testicule qui, dans la hernie inguinale commune, est distinct du sac herniaire au-dessous duquel il est situé, se trouve, dans la hernie congénitale, confondu avec les parties que renferme le sac herniaire, au point d'en être assez difficilement distingué.

Un autre signe distinctif de cette hernie, c'est la descente soudaine et en bloc de la hernie, ainsi qu'on en voyait un exemple dans le cas qui se présenta à l'hôpital Saint-Thomas, et que j'ai mentionné ci-dessus. Dans la hernie inguinale ordinaire, le sac se forme lentement, le péritoine s'allonge et l'intestin descend graduellement dans le scrotum; mais dans la hernie congénitale, la tunique vaginale restant ouverte à sa partie supérieure, il se forme, avec promptitude, un sac qui reçoit l'intestin, lorsqu'un exercice ou une violence subite rompt les adhérences qui se trouvent à l'entrée du canal par lequel la tunique vaginale communique avec la cavité du péritoine.

En 1817, j'ai opéré un jeune homme qui, en soulevant un tonneau de sucre, vit se former, tout à coup, une hernie scrotale qui paraissait pour la première fois. C'était trente-six heures avant son entrée à l'hôpital. A l'ouverture du sac, on reconnut que la hernie était congénitale.

En outre, comme l'aspect général de cette tumeur rappelle celui de l'hydrocèle, il faut beaucoup d'attention pour apprécier tous les autres signes propres à chacune des deux maladies; quelquefois de la sérosité s'étant formée dans la cavité péritonéale, descend en même temps que la hernie et détermine, à la partie la plus déclive de la tumeur, une transparence qui porte à penser qu'il s'agit d'une hydrocèle. Cette complication de la hernie congénitale peut être reconnue de la manière suivante: le malade étant dans la position horizontale, on fait rentrer dans l'abdomen tout ce que renfermait la tumeur; si, alors, on place le doigt contre l'anneau inguinale, la sérosité seule revient dans le fond du scrotum et produit une tumeur transparente, ou une véritable hydrocèle, si, après cela, on diminue un peu la pression qu'exerce le doigt à l'anneau, et si l'on fait tousser le malade, on sentira l'intestin et l'épiploon sortir de nouveau et reprendre leur situation primitive.

A l'état réductible, la hernie congénitale exige l'application du même bandage que la hernie

inguinale; quand la tumeur est petite, la pelotte doit être appliquée à égale distance entre la symphyse du pubis et l'épine iliaque; si, au contraire, la hernie est volumineuse, la pelotte doit descendre jusqu'à la partie supérieure de l'anneau inguinal. Chez les enfans naissans, la pression ne peut être exercée qu'à l'aide d'une compresse ou d'un coussin de laine, maintenu par un bandage, et, pour peu que la hernie soit contenue pendant quelques jours, la tunique vaginale se fermera. Si cette oblitération n'a pas lieu, on peut, alors, employer un bandage à ressort très-faible, recouvert d'une toile cirée pour le préserver de l'humidité. Je n'ai jamais vu appliquer ce bandage avant que l'enfant eût atteint la huitième semaine; ordinairement la hernie congénitale est exclusivement formée par l'intestin; en effet, chez les enfans, l'épiploon ne descend pas assez bas pour atteindre l'anneau.

J'ai vu une hernie congénitale compliquée de la descente interrompue du testicule, qui s'était arrêté à l'anneau inguinal. Dans ces cas, il faut se garder d'employer aucun bandage, car la hernie a pour effet d'ameurer la descente complète du testicule.

Lorsqu'un bandage a été porté pendant quelque temps, l'orifice de la tunique vaginale s'oblitére au niveau de l'anneau abdominal; mais il reste quelquefois un épanchement de sérosité dans la cavité de cette tunique, au-dessous de ce point. Si en de telles circonstances, la tunique vaginale se ferme aussi immédiatement au-dessus de l'abdomen, la cavité interceptée entre ces deux oblitérations renferme la sérosité épanchée, ce qui donne lieu à une hydrocèle du cordon spermatique.

Quand une hernie ainsi renfermée, avec le testicule dans le canal inguinal, est prise d'étranglement, un examen très-attentif est nécessaire pour reconnaître la nature de la tumeur. M. Lucas a pratiqué l'opération dans un cas de ce genre. On va lire les détails de cette observation, qui m'ont été fournis par M. Wagner de Charleston. Il est probable qu'il s'agissait ici d'une hernie enkystée de la tunique vaginale.

Observation 256. David Daighton, ouvrier, âgé de 37 ans, entra à l'hôpital de Guy, le samedi 27 juillet 1816, à 4 heures, offrant les symptômes d'une hernie étranglée. Cet homme jouissait habituellement d'une bonne santé; était robuste et avait toujours mené une vie régulière. Le mercredi précédent, il avait été pris d'une vive douleur dans l'abdomen, de nausées et de vomissemens. Au moment même de l'invasion de cette douleur, il avait eu une selle abondante; il en avait eu une seconde très-peu abondante le jeudi, et il était resté dans un état de constipation absolue. A partir de ce moment les vomissemens étaient devenus très-fréquens; aucun aliment ne pouvait être retenu dans l'estomac; le malade éprouvait de fréquentes éructations, et la sensation d'un besoin pressant d'aller à la selle.

Le vendredi, saignée de vingt onces sans soulagement, purgatifs qui furent vomis, lavemens qui restèrent sans effet.

Le samedi, jour de son entrée, la tumeur qui est située dans l'aîne droite est de nature équivoque; le malade affirme que cette tumeur date de vingt années, et qu'elle a été produite par un coup de pied de cheval, qui causa, dit-il, une rétraction du testicule de ce côté. Avant cette époque, les deux testicules pouvaient facilement être portés dans l'aîne et ramenés dans le scrotum; mais, depuis le coup, le testicule du côté droit avait cessé de pouvoir descendre. Le malade ne put dire si le testicule se trouvait remonté au moment où il reçut le coup, ou si ce dernier en détermina l'ascension. Le testicule gauche pouvait être porté au-dessus de l'anneau inguinal.

Un examen attentif fit reconnaître 1° que la tumeur située dans l'aîne pouvait être séparée en deux portions distinctes, 2° qu'on pouvait, par des manœuvres faites avec attention, attirer le testicule en bas avec une main, tandis qu'avec l'autre on sentait au-dessus de lui une tumeur faisant hernie à travers l'anneau abdominal. Cette dernière avait le volume d'un œuf de pigeon, était manifestement circonscrite, et éprouvait un peu de dilatation sous l'influence de la toux; il n'y avait aucune sensibilité à l'aîne, excepté quand on serrait entre les doigts la tumeur la plus déclive.

A son entrée, le malade accusait de la douleur dans l'abdomen, et éprouvait la sensation d'un cercle qui lui aurait serré le ventre; il vomissait très-abondamment un liquide jaunâtre, d'un goût et d'une odeur également désagréables, d'une amertume très-prononcée, et qui était manifestement fécal. On prescrivit un bain chaud, dans lequel le malade resta vingt minutes, après quoi le taxis fut essayé, mais sans succès. L'affaiblissement était excessif.

A huit heures et demie du matin, lavement de tabac avec une dose ordinaire; aussitôt faiblesses, nausées et vomissemens, légère transpiration, augmentation de la fréquence du pouls, qui devient plus plein et un peu dur; pupilles dilatées; le taxis échoue de nouveau. Les effets du lavement de tabac se dissipèrent promptement, et les forces du malade n'en furent pas diminuées. Une demi-heure après on administra le reste du lavement, qui n'amena aucun résultat. Le pouls devint un peu plus fréquent, et le malade se plaignit d'un peu de malaise à la tête.

A dix heures, vomissemens fréquens, céphalgie violente, vertiges, pupilles dilatées, tension considérable de l'abdomen.

A onze heures et demie, douleur de l'abdomen au niveau des insertions du diaphragme, besoin d'aller à la selle sans aucune évacuation, nausées fréquentes, vomissement d'une petite quantité de liquide amer et fétide, exhalant une odeur fécale; pouls à cent, petit et assez faible; cessation des vertiges.

A une heure le malade fut apporté à la salle des opérations. Le pubis étant rasé, on recon-

nut, dans le trajet du canal inguinal, une tumeur, sur le trajet et dans la direction de laquelle on fit une incision qui mit à nu le fascia superficialis, et après que ce feuillet eut été divisé, on aperçut, mais d'une manière peu distincte, l'aponévrose du muscle oblique externe qui était très-mince. Un troisième coup de bistouri ouvrit la cavité de la tunique vaginale: il s'en échappa une petite quantité de liquide, et on aperçut le testicule à la partie inférieure du canal inguinal, à environ un demi-pouce au-dessus de l'anneau inguinal. La tunique vaginale étant dilatée, permit de voir distinctement le sac herniaire, qui sortait à travers l'anneau abdominal et pénétrait dans la cavité de la tunique vaginale, descendant à environ un pouce au-dessus de l'anneau inguinal. Le cordon passait un peu au-dessus de la partie antérieure du sac, et à son côté interne. Il fut repoussé tout-à-fait au côté interne de la hernie, pendant l'opération. On pinça le sac à sa partie antérieure et inférieure, dans l'intention d'en saisir une très-petite partie sur laquelle on aurait pratiqué une ouverture; mais on ne put y réussir, parce que l'intestin adhérait étroitement de toutes parts à la surface interne du sac. On fit plusieurs essais dans différentes situations du sac; mais on trouva que partout l'intestin lui adhérait solidement. On fit alors des tentatives pour réduire sans ouvrir le sac: elles furent encore sans succès; enfin, on attira en bas la hernie en masse, et on reconnut d'une manière distincte le lieu de l'étranglement. On parvint alors à pincer, avec les ongles, une petite portion du sac, à la partie supérieure et externe, près de son col. Dans ce point, en râclant doucement, on fit une petite ouverture qu'on dilata dans une étendue d'un demi-pouce: c'était le seul point où les parties contenues dans le sac n'adhéressent pas étroitement à sa surface interne; on parvint alors à détruire les adhérences, avec quelques précautions, quoique l'intestin fut étroitement adhérent à la partie antérieure du sac. A la partie supérieure de ce dernier se trouvait une petite portion d'épiploon; les adhérences ne semblaient pas toutes de formation récente. La portion d'intestin étranglée avait un pouce à un pouce et demi de longueur, et sa couleur était légèrement altérée. Au moment du débridement, qui fut fait directement en haut, avec le bistouri de M. Cooper, le malade exprima tout le soulagement qu'il éprouvait. On apporta un soin particulier à retenir l'intestin. Le testicule conserva la même situation qu'avant l'opération.

Le malade ayant été reporté à son lit dans un état de mieux-être marqué, on lui fit immédiatement une saignée de vingt-quatre onces, et on prescrivit de petites doses de sulfate de magnésie, toutes les deux heures, jusqu'à évacuation.

Trois heures après midi: l'état du malade est satisfaisant, le pouls est à cent vingt, petit et un peu dur; douleur très-légère à l'abdomen; à peine quelques nausées; froid des mains et

des pieds; sueur abondante sur le corps: besoin d'aller à la selle.

A quatre heures, douleur vive dans les reins; il n'y a pas eu de faiblesse. Le malade a pris une autre dose de purgatif; point de selle; pouls très-fréquent, mais mou; langue un peu chargée et humide; peau fraîche; point de douleur dans le lieu de l'opération; point de besoin d'aller à la selle.

A six heures, deux ou trois selles; nausées modérées; point de douleur à l'abdomen; peau fraîche; mains plus chaudes, mais pieds très-froids; pouls très-fréquent; soif vive.

A sept heures, nouvelle dose du purgatif; le malade a des défaillances et vomit une matière bilieuse.

A sept heures et demie: il a beaucoup vomi, se trouve beaucoup mieux, se sent disposé au sommeil; il y a encore eu une selle.

Huit heures un quart: autre dose de la médecine; fomentation sur l'abdomen; pouls très-fréquent.

Neuf heures: le malade est couché sur le côté droit, se trouve mieux, a été très-défaillant et se trouve maintenant dans un état plus favorable.

Neuf heures et demie: le malade a eu des selles fréquentes; les nausées et les vomissemens ont cessé; la pression sur l'abdomen n'est pas douloureuse; les pieds sont très-froids; prescription. (*Bouteille d'eau chaude aux pieds, pilules de calomel et d'opium.*)

Dix heures quarante-cinq minutes: point de douleur au ventre; pouls très-petit, fréquent et vibrant; mains et pieds extrêmement froids; transpiration abondante; quelques nausées; mais point de vomissement; superpurgation. (*Teinture d'opium 40 gouttes.*)

Minuit: beaucoup d'agitation; changemens fréquens de position; il n'y a de douleur nulle part, mais le malade accuse une sensation d'accablement profond et de débilité. Il peut encore se retourner dans son lit et expulser ses crachats avec assez de force; il vomit fréquemment un liquide peu consistant et de couleur noire; il a eu des selles fréquentes; on ne peut plus distinguer aux poignets les battemens du pouls; les mains et les pieds sont tout-à-fait froids; une sueur visqueuse recouvre la surface du corps; la face est pâle et profondément anxieuse.

Minuit et demi: les vomissemens ont augmenté; sensation d'un profond accablement, agitation; légères convulsions dans les membres supérieurs; insensibilité; selles involontaires; abdomen plus tendu; on enlève l'appareil; la plaie offre un bon aspect; la hernie n'a pas reparu.

Minuit quarante-cinq minutes: mort. Le malade s'éteignit d'une manière très-graduelle.

Autopsie. — L'abdomen était ballonné et fortement tendu, profondément altéré dans sa couleur. Les lèvres de la plaie étaient dans un contact parfait, et quand les points de suture furent coupés, la tunique vaginale, à sa sur-

face interne, parut légèrement enflammée, aussi bien que la surface du testicule, qui était placé à la partie inférieure du canal inguinal. Le doigt put être passé facilement de dedans en dehors, par l'anneau inguinal, et jusqu'à une certaine distance, en bas, dans le scrotum. On vit ensuite le sacherniaire, qui se trouvait dans la cavité de la tunique vaginale. L'ouverture qu'on y avait faite était de trois quarts de pouce. Le sac était enflammé à sa surface interne, et la tunique vaginale pouvait être suivie en haut jusque sur le collet du sac, collet qu'elle entourait complètement. Le cordon était situé au côté interne du sac.

L'abdomen étant ouvert, on vit l'épiploon qui descendait jusqu'à la région ombilicale, au niveau de laquelle il s'arrêtait, du côté gauche, tandis que, du côté droit, il descendait jusqu'à la région inguinale, il fut suivi jusque dans le sac, au collet duquel il adhérait étroitement.

Les vaisseaux de l'épiploon étaient légèrement engorgés. L'intestin grêle était très-distendu; ses vaisseaux étaient également engorgés dans quelques points; mais c'était à environ un pied de la valvule iléo-cœcale que l'inflammation existait au degré le plus élevé. La tunique péritonéale pouvait être facilement enlevée avec les doigts; il n'en était pas ainsi de la tunique musculaire, qui était ferme et résistante. La portion d'intestin qui avait été étranglée appartenait à l'iléon, et se trouvait à huit pouces environ de la valvule. Dans ce point, l'intestin offrait une surface inégale, ayant environ le diamètre d'un six-pence, et dans toute l'étendue de laquelle il avait adhéré fortement à la surface interne du sac. Dans cette même place, l'intestin avait contracté de légères adhérences avec le péritoine, près de l'orifice du sac; mais il s'en détacha sans effort; le colon ascendant était considérablement distendu par des gaz; les intestins contenaient à peine quelques matières fécales. L'estomac avait sa position naturelle; le foie était comme à l'ordinaire; la vésicule du fiel était extrêmement distendue, et avait fourni une transsudation abondante; il y avait dans le même point un léger épanchement dans la cavité du péritoine; il n'y avait point de péritonite. Tous les autres vis-

cères étaient dans leur état normal. L'artère épigastrique avait sa position ordinaire. Le testicule gauche pouvait rentrer facilement dans l'aîne à travers l'anneau inguinal. A l'ouverture de la tunique vaginale, il s'échappa environ deux drachmes d'un liquide jaune-paille. La capacité de la tunique vaginale était accrue, et ses parois étaient fortement écartées; mais, à sa partie supérieure, ses parois avaient contracté entre elles des adhérences solides et définitives, et elle ne conservait aucune communication avec l'abdomen. Le testicule était sain; celui du côté droit était beaucoup plus petit qu'à l'ordinaire (1).

La descente incomplète du testicule s'accompagne souvent de ce genre de hernie, et la tumeur présente la même direction que le canal inguinal. M. Dalrymple m'a communiqué un cas dans lequel on observa la même disposition que dans celui rapporté par M. Lucas; mais la forme de la tumeur avait quelque chose de particulier, et les parties contenues dans le sac étaient le cœcum et une partie du colon (2).

Observation 257. — James Mellowship, âgé de 18 ans, carrossier, entra à l'infirmerie de Norfolk et Norwich, le 23 décembre 1812, à une heure après midi; il présentait les symptômes d'une hernie étranglée. Dans la région iliaque droite existait une tumeur oblongue de quatre pouces de longueur, commençant à environ un quart de pouce au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et s'étendant en bas dans une direction légèrement oblique, à un quart de pouce environ au-delà et un peu au-dessus de l'épine du pubis. La tumeur était très-proéminente et tendue; elle s'était montrée vers huit heures du matin, pendant que le jeune homme était à son travail. Les symptômes d'étranglement survinrent immédiatement après l'apparition de la hernie. Le malade rapporta que dix ans auparavant il avait éprouvé le même accident; que la tumeur s'était réduite d'une manière spontanée, et que le rétablissement était survenu de lui-même et sans aucun traitement.

Ce cas est intéressant sous le rapport de la situation et de la direction de la tumeur. Il a

(1) M. Ranking, chirurgien à Hastings, m'a communiqué un cas semblable, dans lequel l'étranglement nécessita l'opération. Le sujet de cette observation était un homme de 28 ans, qui depuis quatre années portait une hernie qui lui était survenue par suite du choc d'un poteau, contre lequel il avait heurté dans une course rapide. Le testicule de ce côté n'avait jamais effectué sa descente dans les bourses. La tumeur au niveau de l'anneau inguinal était très-petite, mais au-dessus de l'anneau, et dans le canal inguinal, elle présentait la forme et le volume d'un œuf de canne. A l'ouverture de ce canal et du sac, on trouva les intestins contenus dans la tunique vaginale et en contact immédiat avec le testicule qui remontait jusqu'à l'anneau inguinal. La quantité de liquide qui s'échappa avant et après l'opération, s'éleva à près de quatre pintes. Le liquide continua à couler pendant deux heures après l'opération. L'étranglement siègeait à l'anneau abdominal et était situé très-haut; on le débrida en haut et en dehors, parce qu'on savait que l'artère épigastrique était à son côté interne. Il ne survint aucun accident après l'opération. A. K.

(2) Sandifort fait remarquer les différences très-notables que peut subir la situation du cœcum dans l'abdomen, et il cherche à expliquer la présence fréquente de cet intestin dans les hernies. Dans plusieurs cas, cet intestin par suite de ses connexions lâches avec l'abdomen, faisait partie d'une hernie inguinale droite; mais on l'a rarement rencontré dans une hernie scrotale gauche. Toutefois, Sandifort en rapporte un exemple, observé chez un enfant de six mois, qui mourut à Leyde, et dont il fit la dissection. A. K.

été désigné sous le nom de hernie fémorale. (Mais ce n'est certainement point là une hernie fémorale. En effet, chez ce malade, qui est très-maigre, on peut sentir et voir, à environ un demi-pouce au-dessous du bord inférieur de la tumeur, le ligament de Poupart, ainsi que la gaine qui contient les grands vaisseaux de la cuisse et qui passe au-dessous de lui. Il me semble aussi que je puis sentir l'anneau inguinal dans sa place ordinaire; mais le cordon spermatique ne s'y trouve pas: il n'y a point de testicule dans le côté droit du scrotum; le testicule gauche est à sa place ordinaire.)

On prescrivit des lavemens de tabac, et on tenta, mais en vain, le taxis; à quatre heures après midi, l'opération ayant été décidée fut faite aussitôt par le chirurgien de semaine.

Les tégumens furent divisés par une incision commençant à la partie supérieure de la tumeur, et se continuant obliquement en bas jusqu'au-dessus de la symphyse du pubis. Les tégumens ayant été détachés des parties subjacentes, on trouva une couche de fibres tendineuses, serrées, marchant dans la direction des fibres de l'aponévrose du grand oblique. Ces fibres ayant été divisées à leur tour, on trouva au-dessous d'elles un sac herniaire congénital, renfermant, au milieu d'une quantité considérable de sérosité, une petite portion d'épiploon, tout le cœcum, à l'exception de son appendice, et une portion du colon ayant six à huit pouces de longueur: toutes ces parties étaient en contact avec le testicule, qui n'était recouvert que par sa tunique albuginée. Le testicule était placé à la partie la plus inférieure du sac, et à gauche du colon; ses vaisseaux étaient situés, dans tout leur trajet, au côté interne du sac. La portion la plus déclive du sac répondait à peu près à un demi-pouce au-dessus du niveau de la tubérosité du pubis. L'ensemble de la tumeur avait à peu près la même direction que les fibres tendineuses qui coupent perpendiculairement les piliers de l'aponévrose du grand oblique. L'ouverture à travers laquelle passaient les parties étranglées, était à peu près dans la situation de l'anneau abdominal; son rebord était poli et moussé, ce qui me fait supposer que la hernie était ancienne. L'étranglement était serré, et on pouvait à peine y introduire l'extrémité de la sonde. On opéra le débridement directement en haut, et les parties furent réduites. Le doigt fut alors introduit, et pénétra directement dans la cavité du ventre.

Les parties divisées dans l'opération se réunirent par première intention. La guérison marcha rapidement.

Observation 258. — Il y a près de vingt ans, je fus appelé, par M. Kent, près de M. Atwood, qui avait une hernie de naissance, devenue irréductible depuis peu, et accompagnée de symptômes d'étranglement. M. Kent ayant vainement tenté la réduction par les moyens ordinaires, et voyant qu'ils restaient sans succès, ainsi que mes tentatives, je proposai l'opération à laquelle M. Atwood consentit. La tumeur faisait saillie précisément dans le point qu'occupe l'anneau; celui-ci ayant été mis à nu, et le sac étant ouvert, je portai le doigt en haut, vers l'épine iliaque, et je trouvai qu'il n'y avait pas d'étranglement à l'anneau inguinal. J'ouvris alors le canal inguinal, et je trouvai dans ce canal une petite anse d'intestin qui y était cachée. Une petite quantité de liquide qui occupait la partie inférieure du sac s'en échappa lorsqu'on l'eut ouvert. En attirant l'intestin, le testicule se présenta; il était renfermé dans la tunique vaginale; celle-ci formait le sac herniaire. Après avoir divisé l'étranglement, qui, dans ce cas, siègeait très-haut, et était formé par l'anneau abdominal, je réduisis l'intestin, laissant le testicule dans le canal inguinal. Le rétablissement s'effectua rapidement.

Observation 259. — J'ai dernièrement opéré un enfant de cinq ans, pour une tumeur aqueuse du scrotum, ayant un volume considérable, et s'étendant depuis le fond de ce sac membraneux jusqu'au niveau de la partie supérieure du testicule. La tumeur ayant été ouverte, on trouva que le testicule en était isolé par des adhérences très-distinctes; cependant le fluide paraissait contenu dans la tunique vaginale et remontait à travers l'anneau jusqu'au lieu dans lequel existe l'ouverture péritonéo-vaginale, qui, au moment de l'opération, était oblitérée. Cet enfant avait été soumis à l'action d'un bandage pour une hernie congénitale (1).

Lorsque la hernie congénitale s'étrangle, on doit recourir, pour la réduction, aux mêmes moyens que dans la hernie inguinale; mais, quand ces moyens restent impuissans, l'opération devient nécessaire. Elle diffère, sous quelques rapports, de celle qu'on pratique dans la hernie inguinale ordinaire. L'incision doit commencer à la partie la plus élevée de l'anneau inguinal; et, dans les hernies volumineux

(1) Quelquefois une portion de la tunique vaginale, comprise entre l'anneau abdominal et le testicule, étant restée béante, de la sérosité s'y accumule, et par la distension qu'elle détermine, détruisant les adhérences qui s'étaient établies à l'orifice abdominal, donne lieu par-là à la formation d'une hernie.

Observation. — M. Gasely m'amena un malade qui avait une hydrocèle transparente, s'étendant depuis la partie supérieure du testicule jusque dans le canal inguinal. On pouvait refouler le liquide jusque dans ce canal, mais il n'était pas possible de le faire rentrer dans l'abdomen. La tumeur étant petite et non tendue, on proposa d'attendre pour opérer, qu'elle eût acquis un plus grand volume, afin qu'il fût possible de l'inspecter plus facilement. Je fus consulté de nouveau six mois après; mais alors, au lieu d'une hydrocèle, je trouvai une poche occupée par l'intestin qui pouvait être réduit dans l'abdomen. Il est probable que les adhérences qui existaient à l'orifice de la tunique vaginale avaient été détruites, que le liquide de l'hydrocèle avait reflué dans la cavité abdominale, et qu'il avait été remplacé par l'intestin. A. K.

ses, elle doit s'étendre jusqu'à une petite distance au-dessus du testicule. Cette incision met à nu le fascia et le muscle crémaster, qui couvrent la tunique vaginale; on fait alors à cette tunique une incision ayant la même direction que l'incision de la peau, mais commençant en haut, à un pouce de l'anneau inguinal, tandis qu'inférieurement l'incision ne doit pas descendre plus bas que la partie supérieure du testicule, afin de laisser à cet organe une portion de tunique vaginale suffisante pour le recouvrir. Le doigt étant alors introduit dans la tunique vaginale, qui, dans cette espèce de hernie, constitue seule le sac herniaire, on doit s'assurer du siège de l'étranglement, et, s'il est à l'anneau, on le débride en introduisant le bistouri entre l'anneau et le sac.

Dans la hernie congénitale, beaucoup plus souvent que dans la hernie ordinaire, l'étranglement siège dans le sac.

Les adhérences qui peuvent avoir existé à l'orifice de ce dernier, ou bien, les adhérences partielles formées dans la cavité de la tunique vaginale, peuvent devenir une cause d'étranglement, par la pression qu'elles exercent sur l'intestin; elles peuvent déterminer l'enlacement des anses intestinales et produire les symptômes de l'étranglement. M. Hodyson de Lewes m'a communiqué l'observation d'un cas dans lequel il avait opéré, et dans lequel il trouva l'étranglement situé très-bas dans le sac. Voici comment il s'exprime à ce sujet: « A l'ouverture du sac, je trouvais la partie inférieure de l'intestin adhérente, en apparence, à la partie inférieure du sac; l'anse intestinale, dans une longueur d'environ trois quarts de pouce, était étranglée à travers une ouverture de la tunique vaginale, d'où on la dégagait avec facilité, et sans qu'il fût nécessaire de diviser l'étranglement. L'intestin paraissait avoir souffert beaucoup plus de cet étranglement intérieur au sac, que de celui qui siègeait à l'anneau. »

Lorsque c'est le muscle transverse qui fait obstacle à la réduction de la hernie, le bistouri (toujours à la partie antérieure du sac) doit être porté en haut, à travers l'anneau, jusqu'à l'étranglement; mais, quand ce dernier siège dans la tunique vaginale elle-même, à son ouverture de communication avec l'abdomen, c'est dans ce point que le bistouri doit être introduit, et qu'on doit débrider, avec beaucoup de précaution.

Le précepte qu'on donne ordinairement de débrider en haut et en dehors, pour éviter l'artère épigastrique, offre constamment la plus grande sécurité dans cette espèce de hernie; cette artère, en effet, passe à la partie postérieure et interne de la tunique vaginale. Mais c'est une pratique également sûre que celle qui consiste à débrider directement en haut, à la partie moyenne et supérieure de la tunique vaginale; et, comme il est préférable d'adopter une règle uniforme pour les débridements, je conseille de choisir le débridement directement en haut.

Si la hernie congénitale est volumineuse,

et surtout si elle est depuis long-temps irréductible, je serais d'avis qu'on réduisit les parties déplacées sans les mettre à nu, en supposant, bien entendu, que l'étranglement pût être détruit sans qu'on eût besoin d'ouvrir la tunique vaginale. Dans un cas de hernie congénitale ancienne et d'un volume considérable, au milieu des tentatives qu'on faisait pour obtenir la réduction, l'intestin creva, et les matières fécales sortirent à travers l'ouverture produite par la rupture de l'intestin, dans laquelle on introduisit une bougie. Le malade ne survécut que quelques jours.

Mais un motif qui doit engager plus puissamment à réduire la hernie sans ouvrir la tunique vaginale, c'est l'existence d'adhérences anciennes formées entre l'intestin et cette membrane. Je ne connais aucune opération chirurgicale aussi difficile que celle qui consiste à énucléer une hernie congénitale qui a contracté avec la tunique vaginale des adhérences serrées.

Les adhérences sont trop courtes pour qu'on puisse, sans danger, les diviser avec le bistouri; d'un autre côté, la tunique vaginale ne peut être réduite dans la cavité de l'abdomen, et on ne saurait non plus en exciser la plus petite étendue à la partie postérieure, sans s'exposer à atteindre les vaisseaux spermaticques. On élude toutes ces difficultés en divisant l'anneau inguinal et le bord du muscle transverse, sans ouvrir la tunique vaginale; et si ce débridement ne suffit pas, ce qui est rare, on doit se contenter d'ouvrir la tunique vaginale, au niveau de l'anneau inguinal, ou bien, tout à fait en haut, dans le point où la cavité de cette tunique communique avec l'abdomen, quel que soit le lieu où siège l'étranglement; on dissèque cette tunique de manière à mettre les parties dans un état de liberté complète; ensuite on rapproche les lèvres de la plaie, et on cherche à obtenir une réunion par première intention; la cause de l'étranglement étant ainsi détruite, l'intestin conserve la place qu'il occupait, c'est-à-dire reste non réduit, et toujours également irréductible; après quoi on le soutient d'une manière permanente au moyen d'un bandage.

M. Fixat, de Jersey, m'a cependant communiqué l'observation d'un cas dans lequel on a opéré la destruction des adhérences, et où cette pratique a été couronnée d'un plein succès.

Observation 266^e, communiquée par M. Fixat. — Le 12 juillet, au matin, je fus appelé près de M. C. Pinel, conjointement avec M. Le Gros. A mon arrivée, celui-ci m'apprit que M. Pinel avait une hernie étranglée, pour la réduction de laquelle il avait fait des tentatives répétées, mais sans succès. Des cathartiques et des fomentations avaient été employés, mais sans aucun résultat, et l'étranglement durait depuis trente-six heures; le pouls était à quatre-vingt-seize et plein. J'examinai aussitôt la tumeur, et je tentai la réduction; la hernie était une entéroccèle. Le bain chaud, la saignée et les

purgatifs étant de même restés impuissans, je proposai l'opération comme la seule chance de salut. Rien, dans l'état du sac, ne décelait la présence d'un liquide, ce qui me fit penser que des adhérences s'étaient établies. Cette circonstance me détermina à réclamer la présence de deux autres chirurgiens. Un seul d'entre eux put venir.

Le pouls s'était élevé, et M. Marck, chirurgien au 58^e régiment, proposa d'administrer toutes les deux heures un scrupule de calomel et un lavement de tabac; c'était le matin du 13. M. Legros resta auprès du malade pour veiller à ce que cette prescription fût exécutée.

A quatre heures après midi, le même jour, comme on trouvait le malade très-affaibli, et qu'on craignait qu'il ne succombât au bout de quelques heures, on revint me chercher. Je fis demander M. Marck, et j'arrivai avec lui. La persistance des vomissemens s'était opposée à ce que le malade prit, aussi exactement qu'on l'avait ordonné, le calomel et les lavemens. Nous trouvâmes le pouls petit et des symptômes évidens de la gangrène de l'intestin. Alors ayant fait transporter le malade dans une chambre plus spacieuse (la température était élevée), je procédai à l'opération, après avoir placé le malade dans la position ordinaire. Je commençai mon incision à un pouce et demi au-dessus de l'anneau inguinal, et je la continuai dans une étendue d'environ huit pouces, jusqu'à la partie inférieure du scrotum. Le sac

fut ensuite disséqué avec beaucoup de précaution; mais lorsqu'on l'eut ouvert, on n'y trouva aucune trace de liquide. L'intestin était altéré dans sa couleur, mais non gangréné. L'anse intestinale avait huit pouces de longueur; le sac lui adhérait étroitement de toutes parts. Le testicule de ce côté était atrophié.

Les adhérences ayant été disséquées avec soin, je procédai immédiatement au débridement de l'anneau; mais à ma grande surprise, il ne me fut pas plus possible de réduire qu'au paravant. Les adhérences s'étendaient tellement loin, que je fus obligé de prolonger mon incision un pouce plus haut et dans une direction oblique. Ce fut seulement alors qu'avec beaucoup de précautions et non sans quelques difficultés, je parvins à réduire. J'appliquai ensuite une suture et un bandage en T. Le pouls était à cent vingt; on administra un purgatif qui détermina plusieurs selles pendant la nuit. Le lendemain le malade était gai et sans douleur. A partir de ce moment jusqu'au 23, il fut tenu à un régime sévère. Le pouls, depuis l'opération, avait varié de cent vingt à cent trente, et était petit.

Bientôt la suppuration devenant plus abondante, on accorda au malade un régime plus fortifiant; du vin et du quinquina furent administrés. Le pouls diminua de fréquence et augmenta de force. L'amélioration alla en augmentant, et le 2 septembre, la plaie était parfaitement cicatrisée (1).

HERNIE ENKYSTÉE DE LA TUNIQUE VAGINALE.

On rencontre quelquefois une variété de hernie congénitale qui, lorsqu'elle est méconnue, peut causer au chirurgien de grands embarras. Dans les cas de ce genre, à l'ouverture de la tunique vaginale, au lieu de trouver l'intestin en contact avec le testicule, on trouve un second sac, renfermé dans la tunique vaginale, et enveloppant les intestins. Ce sac, attaché en haut, à l'orifice de la tunique vaginale, se prolonge de là dans la cavité de cette tunique. Il contracte d'ordinaire quelques adhérences avec la tunique vaginale, tandis qu'à l'intérieur, il présente les caractères habituels d'un sac herniaire.

Voici comment je conçois la formation de cette espèce de hernie: la tunique vaginale, après la descente du testicule, se fermant au niveau de l'anneau inguinal, mais restant béante au-dessus et au-dessous de ce point, l'intestin, en faisant saillie dans la portion de la tunique vaginale, située au-dessous du

point où se sont établies les adhérences, allonge ces dernières, de manière à déterminer la formation d'un sac qui descend dans la cavité de la tunique vaginale, au-dessus du lieu dans lequel est établie l'adhérence qui ferme en haut la tunique vaginale. Ensuite, ce sac restant étroit à son collet, bien qu'il s'élargisse inférieurement, reçoit une portion d'intestin assez considérable, pour que, dans le cas que je vais rapporter, elle se trouvât trop volumineuse, soit pour rentrer dans l'abdomen, soit pour continuer ses fonctions, tant qu'elle serait restée contenue dans le sac.

On ne doit point regarder cette hernie comme une hernie de la tunique vaginale, car le testicule ne s'y trouve point compris, et il peut être distinctement aperçu au-dessous d'elle. Il peut survenir quelque embarras dans l'opération, quand on n'a pas eu soin d'ouvrir la tunique vaginale très-largement, et de manière à ce que les parties déplacées

(1) M. Lawrence rapporte un cas dans lequel il trouva le sac herniaire situé à la partie moyenne de l'espace compris entre le testicule et l'aine, et tellement revenu sur lui-même, qu'on pouvait à peine passer une sonde sous l'étranglement. Il trouva les parties déplacées, aussi étroitement serrées dans cette situation qu'elles le sont quand l'étranglement siège à l'anneau. Cette particularité tout à fait inattendue, fut d'abord assez embarrassante, parce que le sac ayant été d'abord ouvert à sa partie supérieure, et, par suite de la contraction étroite du sac, la communication n'ayant pu être découverte immédiatement, il s'éleva des doutes sur la nature de la partie inférieure de la tumeur. A. K.