

presses imbibées d'eau froide, et au bout de cinq heures la réduction se fit sans difficulté.

En parlant de la hernie inguinale, j'ai indiqué les dangers auxquels expose l'emploi d'une grande force dans l'opération du taxis. Les mêmes précautions sont aussi nécessaires dans la hernie crurale. Une femme enceinte fut apportée à l'hôpital pour une hernie étranglée; mais les symptômes n'étaient pas pressants. On employa pour réduire la hernie, une telle violence que la malade avorta peu de temps après et mourut de péritonite.

Les retards apportés à l'opération, que j'ai hautement condamnés pour la hernie inguinale, sont encore plus funestes dans la hernie crurale, car le plus ordinairement la mort arrive plus promptement dans la dernière maladie que dans la première, pour les causes que j'ai mentionnées ci-dessus.

Observation 271. — Une servante de M. Hervey, âgée de 41 ans, qui avait depuis long-temps une hernie du côté gauche, et qui vaguait à ses occupations ordinaires tout le jour, fut prise de symptômes d'étranglement, le mardi 6 janvier 1807, à huit heures et demie du soir. Vomissements presque sans relâche; face déprimée; douleur excessive à la tumeur et à l'épigastre. M. Robinson fut appelé le mercredi matin, et employa tous les moyens auxquels on a recours en pareil cas. Ce fut sans succès. Voyant le danger qu'elle courait, il promit de revenir de bonne heure dans la soirée. A quatre heures de l'après-midi, la malade devint extrêmement faible, perdit la parole, mais continua à vomir et mourut à six heures, n'ayant vécu que vingt et une heures et demie après l'invasion des symptômes.

La rapidité de la mort, dans ce cas, a été à la vérité très-grande. Mais je connais deux cas dans lesquels l'opération fut faite quarante heures seulement après l'invasion des symptômes, et dans lesquels les parties étaient tellement altérées que leur état ne permit pas de les réduire dans la cavité de l'abdomen. Cette rapide invasion de la gangrène tient au peu de volume de la hernie et à l'étroitesse de l'ouverture à travers laquelle s'échappe l'intestin, de telle sorte qu'une grande force de compression se trouve accumulée sur une petite portion de ce dernier. Je dois néanmoins observer que je n'ai jamais vu d'opération faite avec succès huit jours après le début des symptômes d'étranglement, ainsi que cela eut lieu dans le cas suivant. Mais il s'agissait ici d'une hernie volumineuse; en outre, une quantité considérable d'épiploon descendait avec l'intestin, et, formant une espèce de coussin autour de lui, s'opposait à ce que la pression fût aussi complète que dans les cas où la hernie n'est formée que par l'intestin.

Observation 272. — Mistriss Sheffield, cliente

de M. Weston, portait depuis long-temps une hernie crurale volumineuse qui s'étrangla le 28 novembre 1804. Les symptômes durèrent pendant sept jours, mais ils ne parurent point assez urgents pour nécessiter l'opération. Toutefois, le huitième jour, les vomissements devenant plus fréquents et la douleur devenant très-vive, je fus appelé à onze heures du soir, et ayant trouvé la hernie volumineuse et irréductible, je procédai immédiatement à l'opération.

Je fis une incision en bas à angle droit avec l'arcade crurale, commençant vis-à-vis le milieu de la partie supérieure de cette tumeur et s'étendant jusqu'à son fond, et une deuxième incision à angle droit avec la première, dans la direction du grand axe de la tumeur, de telle sorte que ces deux incisions formaient un T renversé.

Cette partie de l'opération mit à découvert la portion de tumeur qui était sortie à travers une ouverture du fascia superficialis de la cuisse, lequel s'était crevé par la pression de la tumeur herniaire. J'ouvris ensuite la partie antérieure du sac, et je mis à nu une portion considérable d'épiploon en arrière de laquelle était placée une anse d'intestin beaucoup moins altérée dans sa couleur que je ne l'ai vu dans les autres cas (40 heures après le début de l'étranglement.) Passant ensuite le doigt dans le sac, je le trouvai partagé en deux loges. L'antérieure était séparée de la postérieure par une espèce de resserrement en sablier, qui était formé par l'ouverture du fascia superficialis. Je passai donc une sonde dans cette ouverture et je divisai le fascia superficialis en haut, je fis ensuite la même chose au-dessous. Le sac herniaire fut ensuite complètement ouvert au-dessous de l'arcade crurale. Passant alors mon doigt dans le sac herniaire, à son orifice à la gaine crurale, je divisai cette gaine en haut, et pressant ensuite sur l'intestin, j'essayai de le réduire, mais il ne put rentrer. J'introduisis de nouveau mon doigt, et je sentis le bord postérieur de l'arcade crurale pressant sur le collet du sac. Le bistouri boutonné, que j'ai conseillé, fut introduit sur mon doigt au-dessous de ce bord et dans le sac, et je divisai cette portion d'aponévrose, obliquement en dedans et en haut. J'attirai ensuite l'intestin en bas pour examiner s'il n'avait point été trop altéré par la constriction, et trouvant qu'il n'en était pas ainsi, je le réduisis après avoir exercé une compression douce, pour faire refluer les matières que contenait la portion d'intestin située au-dessus de l'étranglement. (1)

Comme l'épiploon, dont une considérable portion était descendue, adhérait à la surface interne du sac, je l'excisai, et son poids, constaté par M. Weston, s'éleva à deux onces et deux drachmes. J'exerçai une compression sur les vais-

(1) Il est d'une grande importance d'amener en bas l'intestin et de chasser par la pression les matières qu'il renferme, parce que cette manœuvre a le double avantage, 1° d'exposer à la vue la portion d'intestin qui a été serrée par l'étranglement, 2° de favoriser le cours des matières à travers l'intestin.

seaux, et je laissai à l'orifice du sac la surface de la section de l'épiploon. Après cela, les bords de la plaie furent rapprochés par des bandelettes agglutinatives. Le jour suivant, toute douleur avait cessé; il en était de même des vomissements, et la malade avait eu deux selles. Toutefois son rétablissement fut retardé, parce qu'une portion des téguments qui avait été extrêmement amincie sur le sac, avant l'opération, était devenue livide et tomba en escharre. On appliqua des cataplasmes. Des bourgeons charnus s'élevèrent de la surface de l'épiploon, et la guérison fut complète, au bout de six semaines.

Lorsque la gangrène a envahi les parties, la peau qui recouvre la tumeur est rouge et très-douleuruse au toucher, et donne, jusqu'à

un certain point, des indices sur cet état de l'intestin, qui est très-défavorable au succès de l'opération. Toutefois, je dois faire observer que dans une hernie volumineuse où l'enveloppe du sac était très-mince, j'ai vu la peau devenir rouge, oedématisée, et cependant la hernie fut réduite par le taxis, et le malade se rétablit.

Lorsque l'intestin est gangrené, et que les enveloppes de la hernie s'enflamment et tombent en escharre, l'intestin peut aussi s'éliminer et donner lieu à un anus contre nature, et toutes les fois que les fèces, au bout d'un certain temps, reprennent leur cours naturel, la plaie peut se cicatrifier, et le malade se rétablir complètement.

OPÉRATION POUR LA HERNIE CRURALE.

Le malade doit être placé sur une table de trois pieds six pouces de haut, le corps placé dans une position horizontale, mais les épaules un peu élevées, les jambes pendant sur le bord de la table, les cuisses légèrement fléchies, dans le but de relâcher les muscles abdominaux. La vessie doit être vidée et la partie rasée.

L'incision doit commencer à un pouce et demi au-dessus de l'arcade crurale, dans une direction qui tombe sur le milieu de la tumeur, et s'étendre en bas par le centre de celle-ci, au-dessous de l'arcade crurale. Une seconde incision à angle droit avec la première, commence au milieu, du côté interne de la tumeur, et s'étend vers le côté externe. Ces deux incisions doivent représenter un T renversé. L'avantage de cette manière d'inciser, est de donner la facilité d'examiner les parties, et de pouvoir les rejeter de côté pour mettre à découvert l'orifice à travers lequel s'est échappée la hernie, ainsi que les parties qui forment la portion externe de l'étranglement.

Pour avoir négligé cette précaution, j'ai vu de grandes difficultés se présenter dans l'opération. L'incision, quand elle est simple, a trop peu d'étendue pour permettre un examen convenable des parties, la profondeur à laquelle est située la hernie, ne permettant pas au chirurgien de suivre des yeux la marche de l'opération.

L'incision longitudinale occasionne quelquefois un léger écoulement de sang, par suite de la division de l'artère honteuse externe, et avant de passer outre, il est prudent de lier le vaisseau.

La première incision met à nu le fascia superficialis qui naît du grand oblique, et qui

recouvre la partie antérieure du sac herniaire. Mais si le malade est maigre, et si la hernie n'est pas ancienne, ce fascia ne se reconnaît point, parce qu'il est mince et délicat, et qu'il est étroitement appliqué contre la surface interne de la peau.

Lorsque ce fascia est divisé, la tumeur est tellement bien découverte, qu'on peut voir distinctement la forme circonscrite de la hernie; et celui qui ne serait pas familiarisé avec l'anatomie de cette région, serait facilement conduit à supposer que le sac est maintenant mis à nu. Ce n'est pourtant pas ce qui a lieu, car il est encore enveloppé par une membrane formée par le fascia que le sac herniaire chasse au-devant de lui, au moment où il passe à travers le côté interne de la gaine crurale. Cette membrane, qui est le fascia propria, doit être ensuite divisée longitudinalement depuis le collet jusqu'au fond du sac; et si le sujet est gras, on trouve entre le fascia et le sac un tissu graisseux dont il peut être distingué, quand on voit la membrane celluleuse, passant de son côté interne sur la surface du sac. C'est là, dans mon opinion, le temps le plus difficile de l'opération, car il est très-facile de prendre le fascia propria pour le sac lui-même, et une autre circonstance propre à faciliter cette erreur, c'est la graisse qui est placée entre le fascia propria et le sac herniaire. Ce tissu adipeux, en effet, est assez souvent pris pour l'épiploon adhérent à la partie sous-jacente, qu'on croit être l'intestin: ainsi, l'opérateur pensant qu'il a ouvert le sac quand il n'a fait que diviser le fascia propria, est confirmé dans son erreur par la ressemblance de l'épiploon avec l'enveloppe graisseuse du sac (1). De telle sorte que quand

(1) J'ai dernièrement disséqué une hernie fémorale sur un sujet apporté pour nos dissections, et chez lequel cette production graisseuse entre le sac et le fascia propria, avait une ressemblance frappante avec l'épiploon.

le fascia propria est divisé, le chirurgien suppose que le sac herniaire est ouvert, et que l'intestin est à nu. Dans cette idée, il divise l'étranglement à l'extérieur du sac, et l'intestin, toujours étranglé, est repoussé avec un sac non ouvert, dans la cavité de l'abdomen. J'ai, en ma possession, une excellente préparation dans laquelle on voit un sac non divisé, réduit dans la cavité abdominale, et contenant l'intestin étranglé. (1)

(1) La méprise qui consiste à replacer dans l'abdomen un sac non ouvert, est maintenant peu commune depuis qu'A. Cooper a si bien appelé l'attention des chirurgiens sur la tunique additionnelle, fournie par le fascia propria. Dans le cas suivant, cet accident faillit arriver, mais l'opérateur ne pouvant réduire ce qu'il avait pris pour l'intestin, découvrit son erreur. Toutefois, lorsqu'il eut ouvert le sac et qu'il eut enlevé une portion de l'épiploon, au lieu de replacer l'intestin dans la cavité abdominale, il le refoula de force en haut entre le sac péritonéal et la gaine des vaisseaux. L'observation a été communiquée par une personne qui assistait à l'opération.

Observation. — La malade qui fait le sujet de cette observation se nommait Suzannah Towers, elle était âgée de 70 ans; le 20 août 1817, la malade n'avait point de selles depuis plusieurs jours, mais n'avait point remarqué de tumeur dans les premiers momens; elle affirma positivement qu'elle ne s'était livrée à aucun exercice violent et qu'elle n'avait fait aucun effort.

A dix heures du soir, elle éprouva les symptômes caractéristiques de l'étranglement; pouls à 70, petit, filiforme; vomissemens fréquens, qui, suivant la malade, existaient depuis deux jours; extrémités froides; prostration; absence de douleurs très-vives, sauf toutefois une sensation d'élanemens dans les intestins.

La hernie était évidemment crurale. La tumeur était dure et avait environ le volume d'une noix recouverte de son drupe. A son inflexibilité, je pensai qu'elle devait habituellement renfermer l'intestin, et je pensai que l'état qu'elle présentait dépendait de l'accumulation des matières fécales dans l'anse intestinale.

Je fis une saignée de six onces seulement, à cause de l'affaiblissement de la malade. Le taxis fut employé mais sans succès avant et après la saignée.

A onze heures, un chirurgien ayant proposé l'opération, dans la pensée que tout autre moyen serait peu efficace et qu'il n'y avait point de temps à perdre, on y procéda de la manière suivante: on fit une incision cruciale qui comprenait la peau et les enveloppes de la hernie, à l'exception du péritoine (celui-ci, en effet, fut pris pour l'intestin), l'étranglement formé par le ligament de Poupart fut divisé. L'opérateur ayant ensuite introduit son doigt dans une cavité qu'il regardait comme étant la cavité abdominale, me pria d'explorer cette cavité et d'y introduire aussi le doigt. Mais je ne rencontrai point l'espace que je m'attendais à y trouver. Je ne pouvais promener le doigt librement de côté et d'autre.

Après de vains efforts pour réduire la hernie, l'opérateur, à un examen plus attentif, reconnut que le sac formé par le péritoine, n'avait pas même été ouvert; il y pratiqua, non sans quelques difficultés, une ouverture à travers laquelle il introduisit une sonde, et il acheva la division du sac avec un bistouri boutonné. Le sac ne renfermait point de sérosité; la partie antérieure, et c'était la plus considérable de la hernie, était constituée par l'épiploon, derrière lequel se trouvait l'intestin qui avait le volume d'une noix; celui-ci offrait une couleur rouge livide, se rapprochant beaucoup du sang veineux, mais il n'avait pas perdu de sa transparence.

Comme on avait débridé à l'extérieur du sac, on pensa qu'il n'était pas nécessaire de débrider le sac lui-même, ni d'amener l'intestin en bas. Celui-ci fut facile à réduire et rentra promptement dans l'abdomen, du moins d'après ce que nous dit l'opérateur. Quant à l'épiploon, étant complètement froid de même que l'intestin, et le sang ne circulant point dans ses vaisseaux, même après qu'on eut eu soin de les dégorger, on en excisa une portion et le reste fut placé à l'entre du sac. Il y avait quelques légères adhérences entre l'intestin et le sac, mais elles parurent à peine dignes d'attention. Les côtés de l'incision furent réunis par un seul point de suture; on fit un pansement simple, et, comme la malade éprouvait une douleur légère de l'hypogastre, une flanelle chaude fut appliquée sur l'abdomen.

Le 24 août à une heure un quart, lavement de gruau et d'infusion de séné. Ce lavement fut rendu aussitôt; on le renouvela au bout d'une demi-heure, mais sans plus de résultat.

Vers deux heures et demie, deux onces d'huile de ricin qui furent rejetées; depuis midi et demi les vomissemens étaient continuels.

A trois heures et demie, nouvelle dose de ricin qui fut également vomie.

A quatre heures un quart, amélioration, vomissemens moins violens, pouls à 84, mou et plein.

Jusqu'à dix heures les vomissemens cessèrent, mais ils reprirent alors avec une nouvelle intensité, et la malade vomit une grande quantité de matières fécales, verdâtres; pouls à 96, petit et faible; langue chargée d'une couche brune et épaisse; visage anxieux; abdomen souple et sensible à la pression, seulement vers sa partie inférieure; la malade prit alors cinq grains de calomel et un grain d'opium, mais ayant vomé au bout de quelques instans elle rejeta probablement les médicamens qu'elle venait de prendre. Plusieurs lavemens furent administrés jusqu'à une heure après-midi, moment où le chirurgien la vit et prescrivit la potion suivante:

Suc de limon, ℥ ℞
Sulfate de magnésie, ℥ ℞
Carbonate de potasse, un scrupule.

Les deux cas suivans font voir toute l'importance qu'il y a à distinguer bien exactement la nature des enveloppes du sac.

Observation 273. — Mistriss Dearle, âgée de 59 ans, cliente de M. Evans, portait depuis trente ans une hernie crurale du côté gauche. Le lundi, 31 mars 1806, survinrent des symptômes d'étranglement qui durèrent jusqu'au jeudi 3 avril, à 2 heures, époque à laquelle je fis l'opération.

Comme la tumeur offrait une longueur considérable dans la direction de l'arcade crurale, je fis ma première incision sur le milieu de la tumeur, dans la direction du bord antérieur de l'arcade, sans faire d'incision à angle droit avec la première. En divisant l'expansion aponeurotique du grand oblique, je mis à découvert le fascia qui enveloppait immédiatement le sac herniaire. Entre ce fascia et le sac, on vit distinctement un grand nombre de petits vaisseaux mêlés à une grande quantité de graisse; ce fascia étant divisé et le sac étant mis à nu, je pinçai une petite portion de ce dernier entre le doigt index et le pouce; et, par des mouvemens du pouce sur le doigt, j'éloignai l'intestin de cette partie du sac, que j'ouvris par

une incision horizontale, et que je dilatai ensuite en me servant de la sonde. De cette manière l'épiploon et l'intestin furent mis à nu.

Ni l'un ni l'autre ne présentaient d'altération assez prononcée de la couleur pour contre-indiquer le moins du monde la réduction. Passant alors un bistouri boutonné dans l'orifice du sac herniaire, je débridai directement en haut, vers l'arcade crurale. Il n'y eut besoin que d'une dilatation peu considérable, et l'intestin rentra sans difficulté au moyen d'une pression légère.

L'épiploon étant induré et adhérent, j'en excisai tout ce qui faisait partie de la hernie. Je comprimai pendant quelques minutes les petits vaisseaux qui donnaient du sang, jusqu'à ce que l'hémorrhagie fût arrêtée, après quoi je fis rentrer l'épiploon dans la cavité de l'abdomen. Trois points de suture furent faits à la plaie extérieure qui fut recouverte avec de la charpie. La malade eut plusieurs selles dans la soirée. Il ne survint aucun symptôme fâcheux, et le quinzième jour la plaie était parfaitement cicatrisée.

Observation 274. — A. B. avait une hernie crurale à droite, qui s'étrangla à 9 heures du

A prendre de demi-heure en demi-heure.

En outre:

Calomel, G iij

Rhubarbe, G ij

Une dose fut prise à deux heures.

A trois heures, on donna un lavement ordinaire, et comme il y avait une chute de rectum, je fis rentrer l'intestin avant de donner le lavement, et je le maintins avec un tampon de linge.

A quatre heures, aucun vomissement n'est survenu depuis qu'on a administré la potion. Point de selles; pouls à 90.

A six heures, pouls à 90 et faible; extrémités froides; bientôt après, vomissement violent qui survint au moment où la malade prenait le calomel et la rhubarbe. J'injectai une autre demi-pinte de lavement, mais il fut encore rendu à l'instant même.

A onze heures, la malade était expirante; pouls presque imperceptible; extrémités froides; dyspnée. Mort un quart-d'heure après minuit.

Autopsie treize heures après la mort. — Les intestins étaient légèrement enflammés, et ils étaient distendus par des gaz: il y avait des matières fécales et des gaz accumulés au-dessus de la portion intestinale étranglée; mais il n'y en avait point au-dessous. Les intestins étaient fortement rétractés sur eux-mêmes, au-dessous de l'étranglement; l'intestin était très-étroitement embrassé par le collet du sac qui formait un étranglement, l'arcade crurale en formait un autre. Ce dernier avait été débridé extérieurement au sac. En examinant l'intérieur du sac à travers l'incision faite à la cuisse, on ne découvrit d'abord aucune trace d'intestin; mais, toutes les parties environnantes étant écartées, on s'aperçut que l'intestin avait été refoulé en haut, entre le péritoine et la gaine des vaisseaux cruraux; il était resté dans cette position vicieuse, aussi les symptômes avaient-ils persisté.

L'aspect de l'intestin ne parut différer en rien de ce qu'il était au moment de l'opération; je ne puis dire s'il renfermait des matières, car l'intestin fut pressé et les matières furent refoulées dans sa cavité jusqu'à ce qu'il se rompit; il adhérait solidement au collet du sac, et ces adhérences ne pouvaient pas s'être formées depuis l'opération. D'après la situation de la hernie, je ne puis guère douter que l'intestin ne fût placé entre le péritoine et la gaine crurale: c'était l'espace dans lequel on introduisait le doigt lors de l'opération, circonstance qui explique la difficulté que j'avais éprouvée à promener le doigt dans la prétendue cavité abdominale.

M. Lawrence rapporte un fait à peu près semblable, et dont il a été témoin. L'opérateur avait réduit le sac herniaire avec les parties qu'il renfermait sans avoir divisé le collet du sac. Ce dernier fut probablement refoulé sur lui-même entre les muscles abdominaux. Une circonstance qui fut en partie cause de cette singulière manœuvre, ce fut la section qu'on avait faite du pilier inférieur de l'anneau inguinal. (Pag. 428, opere citato.)

A. K.

matin, accident qu'elle attribua à ce qu'elle avait soupé la veille avec du lard et des pommes de terre. Le quatrième jour après l'invasion des symptômes, l'opération suivante fut pratiquée. Le fascia qui recouvrait le sac fut incisé. Ce dernier fut séparé avec le doigt des parties environnantes; et y ayant fait une incision, il était à supposer que le sac était ouvert, et l'intestin mis à nu. Mais, ainsi que le démontra ensuite la dissection, le sac n'était point divisé. L'arcade crurale étant ensuite largement débridée, le sac avec l'intestin qui y était contenu rentra dans l'abdomen, non sans beaucoup de difficultés, et le fascia qui l'enveloppait passa avec lui par la même ouverture.

Le cinquième jour, la malade n'a point eu de selles depuis l'opération. Les vomissemens continuent. L'abdomen est tendu et douloureux à la pression. (*Fomentations et lavemens fréquemment répétés.*) Mais on ne put administrer de purgatifs tant que dura l'irritation de l'estomac. Le soir, un vésicatoire fut appliqué sur l'abdomen.

Le sixième jour, point de selles; continuation des vomissemens; pouls petit et fréquent; ventre douloureux et sensible au toucher.

Le septième jour, je fus appelé près de la malade par le chirurgien qui avait fait l'opération. Je la trouvai le visage rouge, les lèvres sèches, la langue recouverte d'un enduit fuligineux, les yeux affaissés et s'ouvrant avec difficulté; les traits exprimant une grande anxiété; elle pouvait à peine parler; mais elle avait conservé sa connaissance. Pouls petit, trémulant et fréquent; point de selles, abdomen tendu et sensible à la pression; continuation des vomissemens et hoquets fréquents. La malade boit souvent; mais tous les liquides sont promptement rejetés. (*Fomentations et lavemens stimulans.*)

Le huitième jour, point de selles, vomissemens, tension et sensibilité de l'abdomen, diminution de la douleur, mais prostration plus grande. Mort à 3 heures de l'après-midi.

Autopsie. — En divisant les tégumens de l'aîne, on ne vit point le sac et ses enveloppes; mais en arrière de l'arcade crurale, paraissait une large ouverture à travers laquelle ils étaient rentrés dans l'abdomen. La cavité abdominale fut ensuite ouverte, et à peine y avait-on fait une petite incision, que les intestins considérablement gonflés par des gaz, s'échappèrent à travers l'ouverture. Ils offraient une rougeur inflammatoire, adhéraient les uns aux autres par leurs côtés, et, en avant au péritoine qui tapisse la paroi abdominale. Mais la lymphe coagulable qui les unissait ainsi, était d'une texture très-peu résistante, et lorsqu'on les séparait, des lignes rouges s'étendant le long de l'intestin indiquaient la trace des surfaces adhérentes. En regardant à l'aîne droite par l'intérieur de l'abdomen, on vit le péritoine renflé en haut, dans l'étendue de deux pouces, sur le muscle iliaque interne; et, en examinant cette partie, je trouvai le sac herniaire renfermé dans l'enveloppe que lui forme son fascia et

contenant l'intestin étranglé par un resserrement siégeant à l'orifice du sac et du fascia qui le recouvre. Ce cas montre la nécessité de bien connaître l'existence du fascia propria.

On doit toutefois se rappeler que dans les hernies très-volumineuses, le fascia propria est quelquefois uni d'une manière inséparable au fascia superficiel, de telle sorte que la même dissection les comprend tous les deux.

Le sac herniaire étant mis à nu, doit être ouvert; et, pour le diviser avec sécurité, il est préférable de pincer une petite portion entre le doigt et le pouce, et d'exercer, au moyen de ces deux doigts, des mouvemens par lesquels l'intestin peut être distinctement senti et séparé de la surface interne du sac; alors il faut ouvrir le sac en dédolant; ensuite la sonde doit être introduite, et le sac, s'il est petit, doit être ouvert depuis son fond jusqu'à la gaine crurale. Il s'écoule d'ordinaire à l'ouverture du sac une petite quantité de sérosité, tantôt transparente, tantôt sanieuse, suivant l'espace de temps qu'a duré l'étranglement. L'intestin et l'épiploon, ou tous les deux, en même temps, sont alors mis à découvert.

Il arrive souvent, toutefois, qu'il n'y a point de fluide dans le sac de la hernie crurale, même dans les cas où il n'y a point d'adhérences entre le sac et les parties qui y sont contenues. Cette circonstance est probablement due à la petitesse du sac et des parties qu'il renferme, ainsi qu'au peu d'étendue de la surface de sécrétion. Car lorsque cette hernie renferme une grande étendue d'intestin, il existe alors une quantité notable de sérosité. Si l'étranglement a duré plusieurs heures, l'intestin est aussi recouvert d'une couche de lymphe coagulable, mais cela n'a pas lieu dans le cas contraire.

Le temps suivant de l'opération consiste dans le débridement. Dans ce but, il faut introduire le doigt doucement dans le sac; l'épiploon et l'intestin doivent être séparés de sa partie antérieure; on doit ensuite introduire le bistouri boutoné que j'ai conseillé. Il doit être poussé dans la gaine crurale à la partie antérieure du sac, et cette gaine doit être divisée jusqu'au bord antérieur du ligament de Poupart. Dans une petite hernie, cette incision qui ne doit pas avoir plus d'un demi-pouce, suffira pour la réduction. Le cas suivant en est un exemple.

Observation 275. — Miss *** âgée de 49 ans, cliente de M. Shuters, fut prise, le samedi 19 avril 1806, d'une violente douleur d'estomac. Une tumeur douloureuse apparut à l'aîne gauche. Elle attribua ces symptômes à ce qu'elle avait fait un exercice auquel elle n'était pas habituée. Elle fit immédiatement appeler M. Shuters qui lui prescrivit un purgatif. Mais elle le vomit. Des lavemens amenèrent quelques évacuations, mais n'influèrent en rien sur le volume de la tumeur. De fréquentes tentatives furent faites pour réduire la hernie; mais quoi que la tumeur parût avoir diminué de volume, et que la malade dit qu'elle était soulagée après chaque tentative, les symptômes reparurent avec

toute leur première violence. Des fomentations n'amènèrent qu'un soulagement momentané.

Le dimanche matin, 20 avril, les vomissemens, la constipation et la tumeur persistaient. M. Shuters prescrivit une dose d'opium et me fit appeler.

Quand je vis la malade, il était environ dix heures et demie, la douleur avait été un peu diminuée par l'opium; mais la malade était défaillante; la tumeur était douloureusement tendue, et tout l'abdomen était sensible.

Ayant fait une tentative infructueuse de réduction, et pensant qu'une opération prompte pouvait seule offrir des chances de salut à la malade, j'y procédai à onze heures.

Ma première incision, aux tégumens, avait la forme d'un T renversé; les angles furent renversés. J'avisai alors l'aponévrose du grand oblique par une seconde incision; le fascia propria par une troisième, et le sac lui-même par une quatrième. Je me servis d'une sonde pour faire cette dernière, d'après les règles que j'ai déjà indiquées. Les parties contenues dans la hernie furent mises à découvert; à l'ouverture du sac, une petite quantité de sérosité s'écoula et fut suivie d'un caillot de lymphe coagulable qui se détacha de l'intérieur du sac. L'intestin avait une couleur rouge-brun. Passant mon doigt dans le sac, je le conduisis sous l'étranglement; mais je ne pus l'y introduire. Alors j'introduisis le bistouri émoussé à sa pointe; je lui fis faire quelques mouvemens de latéralité pour écarter l'intestin de son bord mousse, et le dirigeant ensuite en avant, je tournai le tranchant contre l'étranglement qui siégeait à la gaine crurale et je le divisai en haut. L'intestin fut alors replacé dans l'abdomen par une pression légère, quoique la division faite par le bistouri eût été tellement petite que je ne pus passer le doigt au travers de cette incision dans l'abdomen. La plaie fut alors réunie par suture à la manière ordinaire.

Le lundi 20, la malade est beaucoup mieux; elle n'avait pas eu de vomissemens depuis l'opération. La douleur a cessé promptement; mais il n'y a point eu de selles jusqu'à ce matin, où pour la première fois elle eut une évacuation qui fit disparaître les symptômes d'irritation générale produits par l'opération.

Mercredi, absence de toute douleur; amélioration sous tous les rapports. On prescrivit le repos, parce que je désirais que l'épiploon devint adhérent à l'orifice du sac. Les sutures tombèrent au bout de dix jours, et en trois semaines la plaie était cicatrisée. Un bandage fut appliqué avant que la cicatrisation fût complète, dans l'espoir qu'il pourrait amener l'adhérence des parois du sac pendant la période d'inflammation.

Mais lorsque la gaine a été ainsi divisée, si l'intestin ne peut, au moyen d'une pression légère, être réduit facilement. le doigt devra être introduit à un demi-pouce plus haut, et l'on sentira le bord postérieur de l'arcade crurale et le fascia transversalis, formant un bord tranchant qui comprime fortement le collet du

sac. Pour diviser ce rebord, le bistouri doit être conduit sous l'étranglement; et, le tenant incliné obliquement en dedans et en haut à angle droit avec l'arcade crurale, on fait avec sécurité dans cette direction, une incision suffisante pour délivrer l'intestin de la compression.

Les deux incisions que j'ai dit devoir être faites à l'intérieur du sac, étant une fois pratiquées, tout étranglement provenant de la constriction exercée par le collet de ce dernier, sera par là-même détruit, et les parties déplacées deviendront entièrement libres.

Si la hernie est volumineuse, et si une pression a été exercée sur les parties qui la constituent par le bord falciforme du fascia lata, la première incision divisera nécessairement ce bord.

Une compression forcée pour faire rentrer l'intestin dans l'abdomen, même après qu'on a débridé l'ouverture de la gaine crurale, entraîne de graves dangers. En effet, si l'étranglement est produit par le bord postérieur de l'arcade crurale, ce bord exerce sur les parties une pression tellement forte, que l'intestin crèvera plutôt qu'il ne fera céder l'étranglement. J'ai tout lieu de croire que ce siège de l'étranglement n'a pas été généralement bien apprécié; et cependant c'est là que j'ai trouvé dans plusieurs des cas pour lesquels j'ai pratiqué l'opération. J'ai appris en outre de M. John Pearson que dans un cas de hernie crurale opérée par lui dernièrement, ayant divisé tout ce qui lui avait paru d'abord au toucher constituer l'étranglement, il éprouva néanmoins une impossibilité de réduire les parties déplacées, et que ce ne fut qu'après avoir divisé un autre étranglement, qu'il parvint à faire la réduction.

Les chirurgiens ne traitent que très-légèrement le sujet du débridement. Ils consistent à introduire le doigt dans la cavité du sac, et de diviser l'étranglement partout où on peut le sentir. Ils ajoutent que l'étranglement est situé au côté interne du sac, et qu'il est produit par la pression qu'exerce l'insertion de l'aponévrose du grand oblique, ou par ce qu'ils appellent ligament de Gimbernat. Mais ils ne prennent pas garde qu'un étranglement agit d'une manière circulaire, et semblablement à une corde qui serait liée autour des parties déplacées; et que si toutefois aucune autre circonstance ne s'y oppose, on pourrait débrider indistinctement sur tous les points, excepté en arrière où se trouve l'os pubis. On peut débrider sur le côté interne du sac, c'est-à-dire, vers le pubis, mais ce mode de débridement comporte de graves objections que j'exposerai plus loin. On ne doit pas débrider directement en dehors, car la veine crurale serait nécessairement intéressée. D'un autre côté, si on débride en haut et en dehors vers l'épine iliaque antérieure et supérieure, l'artère épigastrique court de grands risques, toutefois cette artère est moins exposée qu'on ne le croit à être divisée dans le débridement de la hernie crurale; en effet elle ne se rapproche guère de plus d'un demi-pouce de la partie supérieure

et externe du sac. Or, une incision d'un demi-pouce à plus d'étendue qu'il n'en faut ordinairement pour mettre en liberté les parties déplacées dans la hernie crurale. On peut débrider en haut avec confiance. Mais le mode de débridement qui offre le plus de sécurité, en égard aux vaisseaux sanguins aussi bien qu'à l'intestin déplacé, consiste à introduire le bistouri sous le milieu de la partie antérieure de l'orifice du sac, et à diviser en haut les parties qui forment l'étranglement, en donnant à l'incision un peu d'obliquité en dedans vers l'ombilic.

M. Hey a conseillé d'introduire le bistouri sur le côté interne du sac et de débrider directement en haut (1).

Chez la femme, lorsque la hernie est volumineuse, il sera nécessaire, rarement il est vrai, de diviser en entier le ligament de Poupart; ce qu'on peut faire en incisant sur le côté interne du sac, en divisant obliquement, en haut, vers l'ombilic. Mais chez l'homme, et dans le cas de hernie volumineuse, lorsque la section de l'arcade crurale est nécessaire, il devient indispensable pour prévenir la lésion du cordon spermatique, de recourir à un procédé différent. Lorsque les parties ont été mises à découvert, si elles sont trop volumineuses pour pouvoir être dégagées par la section de la gaine des vaisseaux et du bord postérieur de l'arcade crurale, on doit faire à travers l'aponévrose du grand oblique, vis-à-vis le collet du sac, et à environ un quart de pouce au-dessus de l'arcade crurale, une incision qui mette à nu le cordon spermatique. Celui-ci étant alors soulevé avec le doigt, ou avec un silet courbe, et étant écarté du trajet qu'on veut donner à l'incision, on introduit dans le

sac le bistouri couché sur son doigt, et sans le moindre danger pour le cordon, on divise l'arcade crurale jusqu'à son bord antérieur inclusivement.

Observation 276. — Joseph Falbrook fut reçu à l'hôpital de Guy, le 4 novembre 1805, pour une hernie crurale du côté gauche, qu'il portait depuis plusieurs années; il avait déjà été reçu une autre fois dans cet hôpital pour un étranglement de la même hernie, qu'on avait pu à cette époque réduire par le taxis.

Cette fois la hernie était étranglée depuis 40 heures, et les symptômes étaient plus violents qu'ils ne le sont d'habitude. Vomissements fréquents; constipation absolue; hoquets et anxieux; abdomen très douloureux et sensible au toucher.

Les moyens ordinaires de réduction ayant échoué, quoiqu'on eût eu recours au taxis pendant un temps assez long, on jugea que, en égard à l'intensité des symptômes, tout délai ultérieur apporté à l'opération, serait très périlleux, et je pensais que la mort du malade était très probable, alors même qu'on opérerait immédiatement. Toutefois, comme en supposant qu'il y eût quelques chances de salut, c'était à l'opération seule qu'on pouvait les devoir, et comme j'avais vu survivre des sujets qui paraissaient en quelque sorte à l'agonie au moment de l'opération, je crus devoir recourir à ce moyen. La tumeur ne présentait aucune trace d'inflammation à sa surface; elle était mobile en tout sens au-dessous de la peau à la manière d'un ganglion engorgé, et elle était réfléchie au-devant de l'arcade crurale.

Je fis aux téguments une première incision en

(1) Dans la description anatomique qu'on trouve dans la première partie de cet ouvrage, j'ai exposé ce qui me paraît être la cause de l'étranglement dans la hernie crurale, et nommément cette bandelette tendineuse qui unit le fascia transversalis au bord postérieur du ligament de Poupart, et qui est parfaitement distincte du ligament de Gimbernat, auquel plusieurs chirurgiens font jouer un si grand rôle dans la production de l'étranglement. Les difficultés dont j'ai été témoin dans des cas où l'opérateur avait débridé sur le ligament de Gimbernat, vers le pubis, et la nécessité où l'on est dans ce cas, d'introduire à plusieurs reprises le bistouri, laissent une supériorité marquée au débridement en haut, qui porte sur la bandelette tendineuse dont j'ai parlé. Le docteur Breschet a décrit le procédé de M. Dupuytren, comme étant le même que celui de sir A. Cooper, sous le rapport des parties divisées; mais M. Dupuytren donne une direction un peu différente à l'instrument. Le bistouri dont il se sert est convexe sur son tranchant, et il le conduit obliquement en dehors. M. Dupuytren a mis long-temps en pratique ce mode de débridement, tant chez l'homme que chez la femme, et cela sans avoir d'hémorrhagie. Ce chirurgien expérimenté tombe d'accord avec A. Cooper et M. Hey sur ce point, qu'une très-petite incision suffit pour dégager l'intestin, pratique qui doit rassurer le chirurgien sur les craintes qu'il pourrait avoir d'atteindre les vaisseaux spermatiques ou l'artère obturatrice, quand cette dernière naît de l'épigastrique, tandis qu'une incision plus étendue pourrait compromettre ces vaisseaux.

Dans la réduction, par le taxis, de la hernie crurale étranglée, je ferai remarquer qu'il est nécessaire de se rappeler exactement la situation de l'ouverture qui a livré passage aux parties déplacées. Quand la hernie a acquis un volume considérable, l'ouverture ne répond plus au centre de la tumeur; mais comme celle-ci, en augmentant de volume, s'est portée vers l'os iliaque, l'ouverture herniaire se trouve un peu à sa partie interne. Quand une nouvelle partie d'intestin descend dans le sac, ce qui devient ordinairement la cause d'étranglement, la portion d'intestin nouvellement descendue se trouve à la partie interne de la tumeur, et c'est cette portion nouvellement déplacée que le chirurgien doit chercher à faire rentrer la première; dans ce but, il exercera sur la portion externe de la tumeur, une contre-pression, tandis qu'il pétrit la portion interne, en quelque sorte, dans la cuisse. J'ai vu ce procédé réussir dans des cas où une pression exercée sans discernement sur la totalité de la tumeur avait échoué.

Trenversé, et après avoir divisé les fascia, j'ouvris le sac d'où il ne s'échappa qu'une très-petite quantité de liquide. En ouvrant le sac dans toute sa hauteur, je mis à nu une portion d'intestin étranglée et très altérée dans sa couleur. Cette portion d'intestin étant volumineuse, et ne pouvant être rentrée sans qu'on divisât la totalité du ligament de Poupart jusqu'à son bord antérieur, et d'un autre côté redoutant la lésion des vaisseaux du cordon spermatique, je mis à nu ce dernier au moyen d'une petite incision à environ un demi-pouce au-dessus du ligament de Poupart; et, l'ayant fait retirer en haut, par le doigt d'un aide, j'introduisis le bistouri dans le collet du sac, et je le divisai, ainsi que l'arcade, avec la plus grande facilité.

Quoique profondément altéré dans sa couleur, l'intestin ne présentait cependant pas de taches livides, ce qui m'engagea à le réduire; mais ce ne fut pas sans exprimer aux assistants les craintes, que m'inspirait le retard apporté à l'opération.

Le jour suivant, je trouvai le malade considérablement soulagé par l'opération; ses douleurs étaient beaucoup moindres qu'auparavant; mais il vomissait encore et n'avait point eu de selle, ce qui me fit craindre que l'intestin ne fût déjà trop altéré pour recouvrer sa contractilité.

Le lendemain, le malade vivait encore, mais le pouls était faible, le visage abattu, le corps couvert d'une sueur froide, et l'abdomen considérablement distendu. Il mourut le lendemain dans la matinée.

M. John, qui fit l'autopsie, trouva une forte inflammation des intestins. La portion d'intestin étranglée était restée dans le même état qu'avant l'opération.

M. Else avait proposé de commencer par faire une incision au-dessus de l'arcade crurale, et d'introduire en arrière de cette arcade, une sonde cannelée, afin d'inciser sur elle l'arcade crurale, dans le but de délivrer les parties étranglées. Mais la réflexion du fascia transversalis rend ce procédé impraticable, à moins qu'on n'emploie un effort très considérable pour faire ainsi pénétrer la sonde dans la gaine crurale. M. Bonet, qui a opéré par ce procédé, m'a rapporté qu'il éprouva de grandes difficultés à faire pénétrer la sonde sous l'arcade.

Dans les hernies crurales très-volumineuses, on peut présenter contre l'ouverture du sac les mêmes objections que dans la hernie inguinale. (Voyez le chapitre sur les hernies inguinales volumineuses.) L'observation suivante nous offre un exemple remarquable de l'inconvénient d'ouvrir le sac, quand la hernie est assez volumineuse pour s'opposer à la rentrée des intestins dans l'abdomen.

Observation 277, communiquée par M. Dalrymple. — Le 16 juin 1825, dans l'après-midi, Mary Ducker, âgée de 50 ans, fut reçue à l'hôpital de Norfolk; elle offrait les symptômes d'une hernie étranglée. Elle raconta qu'entre les sept et huit heures du matin, étant occupée

à un travail de ménage, elle eut tout à coup la sensation de quelque chose qui glissait dans une tumeur volumineuse qu'elle portait à l'aîne depuis long-temps, et qu'elle fut prise à l'instant même de nausées, de douleurs très vives dans l'abdomen, et de vomissements.

A cinq heures, les symptômes étaient suffisamment caractérisés, mais peu pressants. La hernie qui siègeait du côté droit présentait un volume énorme; c'est la plus volumineuse hernie que j'aie jamais observée chez une femme. Elle descendait jusqu'à la partie moyenne de la cuisse qu'elle croisait dans une direction oblique, occupant la presque totalité de l'espace compris entre l'épine iliaque antérieure supérieure droite et la tubérosité de l'ischion. Mesurée dans ce sens, elle avait quinze pouces et demi de longueur; dans le sens de son petit diamètre, c'est-à-dire, de haut en bas, sa longueur était de huit pouces et demi; elle aurait pu contenir de trois à quatre pintes de liquide.

Cette hernie existait depuis huit années. Depuis cette époque elle était irréductible, et avait été complètement négligée, la malade n'ayant porté aucune espèce de bandage.

La hernie était molle et flasque, uniforme excepté au niveau de son collet; elle était dans le même point très sensible au toucher; une pression très forte exercée sur elle ne causait que peu de douleur. Le ventre était aplati: la capacité abdominale était considérablement rétrécie, par suite, sans aucun doute, de l'absence long-temps prolongée d'une masse aussi considérable des viscères habituellement contenus dans l'abdomen.

Les caractères distinctifs de la hernie n'étaient pas manifestes.

Le collet de la tumeur ne paraissait point situé au-dessous du niveau de la tubérosité du pubis; sa largeur était tellement considérable, qu'on pouvait à peine dire que le collet fût situé en dehors de cette éminence. Toutefois, quand on attirait fortement en bas la tumeur, on pouvait apercevoir quelque chose de semblable à la ligne résistante que forme l'arcade crurale. Cette dernière circonstance, jointe à ce que la hernie existait chez une femme, me détermina à considérer la tumeur comme une hernie crurale.

L'opération fut pratiquée à sept heures du soir.

Je fis aux téguments, un peu en dedans des vaisseaux cruraux, une première incision d'environ cinq pouces de longueur. De l'extrémité inférieure de cette incision, j'en fis partir une seconde dirigée transversalement, suivant en cela le procédé opératoire de sir A. Cooper, procédé qu'on ne saurait trop préconiser. Les lambeaux furent détachés avec soin d'avec le fascia sous-jacent qui, étant incisé, laissa le sac à découvert. Je me vis obligé, non sans quelques regrets d'ouvrir largement ce dernier, et tout à coup il se présenta à moi une masse intestinale considérable, comprenant un cinquième de ceux des viscères de l'abdomen qui sont flottants dans cette cavité.

Il était facile de distinguer les parties récemment déplacées de celles qui formaient la hernie permanente et irréductible. Ces dernières consistaient dans le tiers au moins du colon, avec la totalité du cœcum joint à son appendice. Ces intestins étaient à peine altérés dans leur couleur, mais présentaient une texture ferme et charnue, évidemment anormale.

Les parties récemment déplacées consistaient en une énorme portion de l'iléon, et n'offraient que de légères traces d'inflammation; il n'existait aucune adhérence ni des anses intestinales entre elles, ni des intestins et de la surface du sac. L'étranglement siégeait au bord antérieur du ligament de Poupart; il fut débridé largement en haut et en dedans, le bistouri étant guidé sur le doigt indicateur de la main gauche. Le ligament de Gimbernat, facile à distinguer au toucher, n'offrit aucune résistance notable, mais la diminution de capacité qu'avait subie la cavité abdominale, rendit la réduction impossible. On fut donc obligé de replacer l'intestin dans le sac herniaire, ce que l'on fit avec soin, après quoi les bords du sac furent rapprochés par des points de suture et des bandelettes agglutinatives. Aucun vaisseau important ne fut ouvert, et il ne survint aucun accident durant l'opération.

Néanmoins il ne se fit aucune amélioration dans l'état des symptômes qui, tout au contraire, acquirent au bout de quelques heures une intensité beaucoup plus grande; et, en dépit d'un traitement énergique, la mort survint dans la matinée du 19 juin, soixante-douze heures après le début des symptômes, et soixante heures après l'opération.

Autopsie douze heures après la mort. — Les muscles abdominaux, ainsi que les tégumens du sac herniaire et de la partie supérieure de la cuisse, furent enlevés avec les mêmes soins que pour la démonstration anatomique des parties qui jouent un rôle dans la hernie crurale. Cette préparation mit à découvert l'origine de la tumeur, origine qui siégeait dans le lieu ordinairement occupé par la hernie crurale. L'arcade crurale passait manifestement au-dessus de cette origine. L'anneau inguinal était situé à son côté interne et un peu au-dessus; les bords de l'ouverture qui avait été pratiquée au sac herniaire furent écartés de nouveau et l'on put voir les parties que contenait le sac. Celles-ci conservaient à peu près la même situation que celle qu'elles occupaient lorsqu'on les avait mises à découvert. Toutefois leur aspect était considérablement changé. Tous les intestins déplacés étaient fortement colorés par suite de l'inflammation; leurs circonvolutions étaient agglutinées entre elles, la tumeur de fausses membranes très-épaisses, et la surface interne du sac adhérait sur tous les points à la surface péritonéale des intestins. Le moyen d'union consistait dans des fausses membranes de la même nature que celles qui faisaient adhérer les intestins entre eux. Ces membranes

offraient peu de consistance et se déchiraient facilement. On rencontra aussi sur différents points, de petites masses insuliformes de lymphes coagulables déposées à la surface des intestins.

La surface péritonéale des intestins qui étaient restés dans le ventre, offrait çà et là de légères traces d'inflammation; mais il n'y avait dans la cavité abdominale, ni épanchement sanguin, ni épanchement d'aucun autre liquide.

Dans des cas pareils à celui qui vient d'être rapporté, il conviendrait de diviser l'étranglement, sans ouvrir le sac, et de réduire une portion des viscères qu'il contient par une pression douce exercée sur lui. Si cette manœuvre n'était pas couronnée de succès, on pourrait faire une petite ouverture à la partie supérieure du sac, et diviser le col de ce dernier avec le bistouri.

Quand la hernie est petite, on peut objecter, contre la méthode qui consiste à ne pas ouvrir le sac, la possibilité de voir la gangrène s'emparer des tuniques de l'intestin. Dans la hernie crurale, l'ouverture est si étroite, qu'il y a plus lieu de craindre qu'une pression long-temps continuée soit suivie de conséquences funestes pour l'intestin, que dans la hernie inguinale; d'ailleurs toutes les fois que, d'après la sensibilité de la tumeur et d'autres symptômes, on a le plus léger soupçon que les tuniques de l'intestin sont lésées par suite de l'étranglement, on ne doit point négliger d'ouvrir le sac et de s'assurer de l'état des parties.

C'est la seule pratique qui offre l'espoir de sauver le malade si l'intestin est gangrené.

Observation 278. — John Bishop, âgé de 55 ans, laborieux et d'une bonne santé, portait du côté droit, depuis plusieurs années, une hernie crurale réductible et peu volumineuse. Dans la matinée du 19 octobre, cette hernie s'étrangla par suite d'efforts trop violents, et, comme le taxis ne put en triompher, cet homme fut apporté à l'hôpital Saint-Thomas, vers dix heures du matin, le 22, trois jours après le début de l'étranglement. Pendant cet intervalle, il avait eu de fréquents vomissemens; ni les lavemens répétés, ni les purgatifs n'avaient pu amener d'évacuations alvines. Le taxis, après l'emploi préalable du bain chaud, de la saignée et des lavemens de tabac, ayant échoué, l'opération fut pratiquée vers une heure de l'après-midi, par le chirurgien, qui ne tenta point la réduction, à cause de l'excessive irritabilité que présentaient les parties, au moment où il vit le malade pour la première fois. Une incision fut faite aux tégumens, presque perpendiculairement à l'arcade crurale, et dans une longueur de deux pouces; la tumeur fut en partie découverte. Pour achever de la mettre à nu, une seconde incision fut faite à angle droit avec la première, dans une étendue d'un pouce vers le scrotum. Le fascia lâche et le tissu cellulaire étant enlevés, on aperçut une glande lymphatique en suppuration,

sous laquelle était situé un sac herniaire tendu et résistant à la pression. On aperçut facilement le fascia lata au-dessus de ce sac, et au-dessus de lui, l'arcade crurale. Avec l'extrémité du doigt on reconnut un étranglement, siégeant au ligament de Poupart, dont les fibres furent divisées directement en haut. On exerça ensuite une pression douce dans l'intention de faire rentrer les intestins; mais ces tentatives furent rendues inutiles par les fibres du fascia transversalis, qui formaient une arcade au-dessous du ligament de Poupart. Ce fascia fut divisé avec un bistouri boutonné, et les intestins rentrèrent en totalité dans l'abdomen avec un gargouillement manifeste. Le sac ne fut pas ouvert.

Le malade ayant été replacé dans son lit, on lui prescrivit deux dragmes de sulfate de magnésie toutes les trois heures; un lavement dans le cas où les deux ou trois premières doses de ce médicament ne produiraient pas de selles; quatre gouttes de teinture d'opium toutes les six heures, et des fomentations sur l'abdomen.

Dans la soirée, le pouls était fréquent; il y avait eu une évacuation peu abondante, provenant des gros intestins; les vomissemens avaient été fréquents, mais la douleur était nulle.

Le 23, au matin, il avait passé la nuit sans sommeil, et avait eu des vomissemens continus jusqu'au déjeuner. Un autre lavement avait été administré vers quatre heures, et, depuis l'opération, il y avait eu trois selles très-peu abondantes, brunes, contenant quelques cybales. Le pouls était petit et presque filiforme. La plaie et l'abdomen étaient indolens à la pression. (*Solution de sulfate de magnésie continuée toutes les deux heures; suspendre la teinture d'opium.*)

Dans l'après-midi, il y eut une évacuation normale et abondante, qui paraissait évidemment provenir des parties supérieures du canal intestinal.

Le 24 octobre, plusieurs évacuations abondantes avaient eu lieu depuis la veille après midi, et, depuis ce temps, le malade n'avait eu qu'un vomissement; il ne souffrait point, mais il éprouvait du malaise, se plaignait et n'avait pas de repos. Pouls 90 et petit, langue nette. (*Calomel, gr. ij; cesser le purgatif.*)

Le 25, à midi: le malade a vomi deux fois dans la matinée une quantité considérable de bile verte, liquide; il a eu plusieurs selles liquides; agitation pendant la nuit; il accuse de la douleur dans la plaie et dans la totalité du ventre; langue chargée, pouls 90 et plein. (*Mixture effervescente toutes les six heures, avec quatre gouttes de teinture d'opium.*)

A deux heures, augmentation de la douleur, pouls plus fréquent et plus dur, oppression. (*Saignée de seize onces; vingt sangsues sur l'abdomen.*)

A cinq heures, les sangsues ont donné peu de sang, la douleur, quoique moindre, persiste encore (*saignée de huit onces*). Le sang de la pre-

mière saignée n'offrit point un caillot contracté, ni couenneux. Pouls 126, petit et filiforme; respiration moins laborieuse.

Le 26 octobre, à dix heures du matin, la nuit a été bonne, le malade ne souffre point; il a vomi deux fois dans la matinée et a eu deux évacuations très-fétides; pouls à 94 et faible. (*Continuer la mixture.*)

A dix heures du soir, pouls à 106 et très-faible; plaintes continuelles; abdomen douloureux à la pression; respiration laborieuse; langue recouverte d'un enduit brun, épais; vomissemens fréquents; plusieurs selles. (*Calomel gr. ij, opium gr. 1/2.*) Les vomissemens ont continué par intervalles; le malade n'a cessé d'avoir des selles abondantes et naturelles jusqu'au soir du 29, époque de sa mort.

Autopsie douze heures après la mort. — Les intestins grêles étaient légèrement distendus par des gaz, et par une matière molle. L'estomac était dilaté par des gaz. La surface interne du péritoine n'était pas enflammée, seulement elle présentait quelques lignes rouges sur les intestins, au niveau des points où ils se touchent. Il ne s'était formé aucune exsudation lymphatique, si ce n'est aux environs de la hernie. Une portion de l'iléon était désorganisée, grisâtre et d'un aspect flétri; cette partie, toutefois, était recouverte par une adhérence du collet du sac, qui la circonscrivait de telle sorte, qu'on ne l'aperçut qu'après avoir détruit l'adhérence; alors une grande quantité de matières fécales pulvérulentes s'épanchèrent dans le bassin. Une autre anse intestinale adhérait au côté sain de celle-ci, et la soutenait contre l'anneau. Le tiers environ du cylindre de l'intestin qui avait supporté la pression était sain, et une grande quantité de matières fécales avait passé à travers cet intestin dans le bout inférieur du canal. Le collet du sac existait seul, le fond ayant été enlevé deux jours avant la mort du malade, pour faciliter l'issue des matières fécales, dans le cas où la gangrène, ainsi qu'on le soupçonnait, se serait établie. A l'orifice du sac existait une exsudation plastique, ayant la forme d'une lèvres ou d'un bord, lequel adhérait à la ligne de séparation qui, dans l'intestin, distinguait le mort du vif; de telle sorte que l'épanchement dans l'abdomen aurait été prévenu, si l'on se fût établi un anus contre nature. Cette adhérence n'avait été que vingt-quatre heures à s'établir; du moins est-on porté à le penser, si l'on a égard à l'état de l'intestin et à l'issue des matières fécales liquides qui eut lieu dans les cataplasmes le jour de la mort du malade.

De cette autopsie, il résulte que l'intestin avait été réduit dans un état d'inflammation très-intense; qu'il était devenu gangréneux ultérieurement, et qu'il avait été recouvert et comme circonscrit par des adhérences au niveau de l'orifice du sac. Si donc, il s'était formé un anus anormal avant que les forces du malade fussent épuisées, très-probablement la vie de cet homme aurait pu être sauvée.