

Les évacuations alvines exercèrent une influence marquée sur la diminution des vomissements ; mais les fonctions de l'intestin furent interrompues au niveau de l'escharre qui, ne pouvant avoir aucune action ; constituait une oblitération incomplète. Si la totalité du cylindre eût été gangrenée, l'obstruction aurait été complète, et, au lieu de vomir de loin en loin, et de vivre une semaine, le malade eût vomé continuellement, et aurait péri moitié plus vite, à moins qu'un anus accidentel ne se fût formé à la plaie.

Dans l'un et l'autre cas, la formation de cet anus anormal aurait pu sauver le malade, parce que l'estomac aurait été calmé ; aussi, dans un cas semblable, devrait-on s'efforcer d'obtenir cette terminaison en ouvrant la portion d'intestin gangrenée dans la position qu'elle occupe.

Lorsque l'intestin adhère au sac, on ne saurait apporter trop de précaution et dans la division de l'étranglement et dans la séparation des adhérences. Il est préférable de commencer à détruire les adhérences avec douceur, et avec le seul secours du doigt, au lieu de se servir du bistouri. Ce qui peut être fait dans la plupart des cas, sans exercer aucune violence sur les parties ; mais si les adhérences sont serrées et résistantes, on doit tailler dans le sac des portions de cette enveloppe que l'on réduit avec les portions d'intestin auxquelles elles adhèrent. L'étranglement doit aussi en pareil cas être divisé fibre à fibre avec les plus grandes précautions.

Dans le cas suivant, la destruction des adhérences fut couronnée d'un succès complet.

*Observation 279, communiquée par M. Johnson, d'Essex.* — « J'eus dernièrement l'occasion de pratiquer l'opération pour une hernie crurale étranglée chez une femme. L'étranglement existait depuis environ trente-six heures. La tumeur, au moment de l'opération, était devenue extrêmement sensible, et offrait à sa surface une coloration inflammatoire. Une petite portion de l'intestin contenu dans la hernie présentait une couleur très foncée, et adhérait de toutes parts à la surface interne du sac. Ces adhérences n'étaient pas tellement résistantes qu'elles ne pussent être détruites, avec le seul secours du manche du scalpel.

Il ne se présenta du reste dans le cours de cette opération aucune autre particularité remarquable. Le fascia propria était très distinct, et l'ayant disséqué en totalité, et détaché de la surface du sac péritonéal, je pus le montrer à tous ceux qui étaient présents.

La malade s'est rétablie sans qu'il soit survenu aucun symptôme fâcheux, et le dix-septième jour la plaie était cicatrisée.

Dans ce cas, je ne pus me rendre compte de la rémission complète des symptômes de l'étranglement après l'administration d'un lavement de tabac, rémission qui continua sept heures après, quoique la tumeur eût resté absolument dans le même état. Cette cessation des

phénomènes de l'étranglement était si complète que M. Patch, un de nos meilleurs chirurgiens d'hôpitaux, fut conduit à penser que la maladie n'était rien autre chose qu'un ganglion engorgé et seulement qu'il y avait en même temps des coliques.

Depuis l'époque à laquelle a été publiée la première édition de cet ouvrage, il s'est présenté à moi deux cas de gangrène de l'intestin dans lesquels, après avoir ouvert le sac, j'ai abandonné l'élimination aux seuls efforts de la nature, me contentant de faire des applications de cataplasmes ; l'un des deux malades mourut au bout d'une heure, et l'autre au bout de vingt et une heures.

Quant à la question de savoir si, après que les symptômes ont duré quelque temps et lorsque les parties externes ont été gangrenées, il est préférable de les abandonner à elles-mêmes sans chercher à aider les efforts de l'organisme au moyen d'une opération, voyez *hernie inguinale*, observation de M. Cooper.

Si toutefois la perte de substance de l'intestin est étendue, et si elle siège à la partie supérieure de l'iléon ou au jejunum, les forces de l'organisme sont incapables de lutter contre l'épuisement produit par l'issue prématurée des aliments à travers la plaie. Je vais rapporter un cas dans lequel un anus contre nature s'est établi par la gangrène de l'intestin et des téguments, sans qu'on ait eu recours à aucune opération.

*Observation 280.* — Martha Williams, âgée de soixante ans, réduite à un état d'amaigrissement considérable, fut reçue à l'hôpital pour une hernie crurale gauche, frappée de gangrène. La malade raconta que depuis 10 à 12 ans, elle portait une hernie petite qu'elle réduisait facilement, soit par la pression, soit en prenant une position horizontale. Quatorze jours environ avant son entrée, la hernie était devenue irréductible, et des symptômes d'étranglement, du reste peu intenses, s'étaient manifestés ; ils avaient consisté en douleur dans le ventre et dans la tumeur, suivie de défaillance et de vomissements, sans qu'il y eût cependant de constipation. La douleur de l'abdomen, les nausées et les vomissements subsistèrent deux ou trois jours, et disparurent au bout de ce temps. Alors la tumeur devint plus douloureuse et commença à s'enflammer et à se tuméfier. Elle continua à s'accroître en volume jusqu'au cinquième jour avant son entrée, époque à laquelle les téguments s'étaient ulcérés, les matières fécales commencèrent à se faire jour à la plaie de l'aîne. Avant cette circonstance, la malade avait pu sans difficulté rendre des selles par l'anus. Si l'on en excepte les deux ou trois premiers jours, il n'y avait eu ni nausées, ni vomissements, ni douleurs dans l'abdomen. Ensuite une ulcération se forma, et fut suivie de l'apparition d'une tache de couleur cramoisi-noirâtre, de la largeur d'une couronne, et qui se montra au milieu de la tumeur ; trois jours après que

l'ulcération se fût montrée, cette tache commença à se sphaceler.

Tel était l'état dans lequel se trouvait la malade au moment de son entrée à l'hôpital ; la santé de cette femme avait au reste toujours été bonne, et elle s'était occupée aux travaux pénibles du lavage, etc.

Au moment de son entrée, voici quel était l'état de sa tumeur. Elle occupait toute la longueur du ligament de Poupart ; une inflammation érysipélateuse s'étendait depuis les parties génitales jusque sur la tumeur, ainsi que sur la partie inférieure de l'abdomen, sur le haut de la cuisse, et même autour des reins. La partie centrale de la tumeur présentait une escharre ayant au moins trois pouces de long sur deux de large. A la partie inférieure et interne de la tumeur, à côté du pubis et près de la ligne de séparation de l'escharre, était une ouverture qui aurait pu admettre l'extrémité du petit doigt, et à travers laquelle s'échappaient les matières fécales.

Le deuxième ou le troisième jour après son entrée, il s'établit à l'autre extrémité, c'est-à-dire, à l'extrémité externe de la tumeur, une seconde ouverture qui laissa aussi passer des matières fécales. Enfin, au bout d'un très-court espace de temps, la portion de peau comprise entre les deux ouvertures se sépara des parties saines situées au-dessous, de telle sorte que les deux ouvertures n'en formèrent plus qu'une seule qui laissait échapper les matières de tous les points de son étendue.

La malade ne prenait pour tout aliment que du porter et du vin, qui s'échappaient à travers l'anus anormal, presque aussitôt après avoir été ingérés ; elle succomba peu de jours après son entrée à l'hôpital.

Quand l'intestin est frappé de gangrène, on doit tenir la conduite que je crois avoir suffisamment exposée dans la première partie de cet ouvrage. Les points sur lesquels j'ai particulièrement insisté, parce qu'ils sont essentiels au succès de l'opération, sont de faire une large incision à la portion d'intestin gangrenée, dans le but d'assurer une issue facile aux matières fécales accumulées au-dessus. Quand on a recours à ce mode de traitement, avant que les forces vitales ne soient épuisées par la durée de la maladie, il est suivi, ainsi que je l'ai démontré, du plus grand succès. Mais quand l'opération a été trop long-temps différée, quand les forces vitales ne peuvent plus se ranimer, alors même que l'intestin est évacué, les symptômes persistent sans aucune amélioration, jusqu'à la mort du malade.

*Observation 281.* — Un homme âgé de 63 ans, fut reçu à l'hôpital de Guy le 24 mai 1804, à quatre heures de l'après-midi ; il portait une hernie crurale qui était étranglée depuis trois jours. Avant son entrée à l'hôpital, des cataplasmes avaient été appliqués, parce qu'on avait supposé à tort qu'il s'agissait d'un bubon. Plus tard on avait fait, pour réduire la hernie, quelques tentatives qui avaient été infructueuses.

Le même soir, vers sept heures, je fis l'opération. En ce moment, la tumeur était peu apparente, et présentait l'aspect d'un bubon en suppuration, car la peau qui la recouvrait était enflammée. Lorsque j'eus fait une incision cruciale à la peau, je mis à nu le fascia qui recouvrait la tumeur. Au-dessous de ce fascia, était une quantité considérable de sang coagulé très-fétide, et une sérosité sanguinolente mêlée avec des gouttelettes graisseuses. Lorsque le fascia eut été divisé, et que le sac fut mis à nu, celui-ci présenta une consistance molle et comme pulpeuse ; et il me fut facile d'y pratiquer avec l'ongle une petite ouverture que je dilatai avec le bistouri conduit sur la sonde.

Je ne trouvai aucun liquide dans le sac, qui renfermait à la fois l'épiploon et l'intestin. Le premier présentait une couleur rouge-brun, comme s'il eût été teint avec du sang. L'intestin, dans presque toute son étendue, offrait une couleur café, parsemée de taches noires qui étaient évidemment gangréneuses ; l'intestin et l'épiploon laissaient échapper une odeur extrêmement fétide.

Ayant examiné ces parties, j'y passai la sonde canelée entre le fascia et le sac, et j'essayai de diviser l'étranglement sans ouvrir le sac dans le lieu du débridement, mais ayant trouvé qu'il y avait aussi de l'étranglement à l'orifice du sac, j'introduisis dans cet orifice un bistouri boulonné, et je débridai directement en dedans, le long de la ligne iléo-pectinée.

L'intestin étant gangrené, je passai une aiguille et un fil à travers le mésentère (pratique que j'ai depuis abandonnée), et je le fixai à l'orifice du sac. Ensuite je fis à l'intestin une ouverture à travers laquelle s'échappèrent les matières fécales. Je laissai aussi l'épiploon dans le sac, et j'appliquai un cataplasme sur la plaie. Le malade paraissait expirant ; il fut immédiatement reporté dans son lit, et au bout d'une heure je le trouvai recouvert d'une sueur froide.

Voyant, au bout de deux heures, qu'il n'était point encore sorti de matières fécales par la plaie, je dilatai un peu plus largement l'orifice du sac, et alors les matières se précipitèrent dans l'intestin gangrené et en furent évacuées par une ouverture que j'y pratiquai. Le lendemain le malade vomissait encore ; ses extrémités étaient froides, mais son esprit était calme, et il ne se doutait nullement des dangers de sa position. Le pouls était petit, à peine plus fréquent que dans l'état ordinaire ; il n'y avait ni hoquet, ni douleur. A quatre heures de l'après-midi, il fut pris de vomissements violents, et mourut d'une manière subite.

*Autopsie.* — Les intestins étaient enflammés et agglutinés entre eux dans la cavité abdominale ; ils étaient considérablement distendus par des gaz et par des matières ; il n'y avait de trace de gangrène dans aucune partie de l'intestin autre que celle renfermée dans la hernie. — On ne trouva dans les autres organes d'autre lésion qu'une ossification à l'origine de l'aorte.

*Observation 282.* — Le 24 décembre 1806, je

fus prié par M. Smith de voir madame Webb qui avait une hernie crurale du côté gauche, au sujet de laquelle il me donna les renseignements suivans.

Le mardi 16 décembre, la malade s'était plainte d'une vive douleur à la région de l'utérus, accompagnée de la sensation d'un corps qui pèserait de haut en bas, de suppression d'urine, de douleur à la région du dos et de fréquence du pouls. Elle rapporta qu'elle était auparavant sujette à une sensation douloureuse *poussant en bas* (c'était son expression), mais que cette sensation était beaucoup plus violente en ce moment qu'elle ne l'avait jamais été. M. Smith lui prescrivit de l'huile de ricin qui fut rejetée aussitôt, et ensuite une solution de sulfate de magnésie qui, bien qu'ayant été gardée plus long-temps, fut enfin rejetée aussi bien que l'autre médicament.

Le mercredi, elle avait eu des vomissemens toute la nuit, et ce jour, pour la première fois, elle accusa la présence d'une tumeur à l'aîne, tumeur que M. Smith reconnut pour une hernie. Après avoir prescrit un lavement, il fit, mais sans succès, une tentative de réduction. On crut remarquer que dans l'après-midi du mercredi, la malade rendit dans ses vomissemens des matières fécales.

Le jeudi, l'état de la malade paraissait très-grave. On employa la saignée, le bain chaud, l'opium, les lavemens et les purgatifs; mais tout cela fut sans effet. On employa aussi la glace et la solution de muriate d'ammoniaque, et enfin le mardi, on fit pénétrer dans le rectum de la fumée de tabac.

Le mercredi 24, je vis la malade avec M. Smith. La tumeur était légèrement enflammée et très-douloureuse au toucher; l'abdomen était distendu et peu douloureux à la pression. Le pouls était petit et très-faible, le visage anxieux, les forces languissantes; et il y avait par instans du hoquet. On fut généralement d'accord que l'opération, malgré le peu d'espoir qu'elle pouvait laisser, était cependant le seul moyen qui put offrir quelques chances de salut.

Je fis aux tégumens deux incisions longues de trois pouces, ayant la forme d'un T renversé. Ensuite je divisai le fascia superficialis qui était considérablement épaissi, et je mis à nu le fascia qui recouvrait le sac. Ayant pratiqué au fascia une petite ouverture, j'y introduisis une sonde canelée, et je le divisai avec un bistouri recourbé jusqu'à l'arcade crurale.

Je fis ensuite au sac une petite ouverture que je dilatai de la même manière que celle du fascia.

L'épiploon fut la première chose qui se présenta; il était d'une couleur foncée et exhalait une odeur de matières fécales. Derrière lui, je trouvai enveloppée dans la partie postérieure de l'épiploon, une portion d'intestin de sept pouces de longueur, complètement gangrénée, mais qui ne s'était point encore ouverte; de telle sorte que l'odeur des matières fécales qu'exhalait le sac et les parties contenues, tenait à une transsudation qui s'était effectuée

après la mortification des parties. Le doigt fut ensuite introduit dans l'orifice du sac herniaire, et je trouvai l'étranglement non à l'ouverture de la gaine crurale, mais beaucoup plus haut, et il me fut facile de reconnaître qu'il était formé au côté interne de l'orifice du sac, par l'insertion interne du muscle grand oblique et du fascia placé derrière ce muscle; je reconnus aussi que l'étranglement était formé en avant, par le bord postérieur de l'arcade crurale, et, en dehors, par le prolongement fibreux situé au côté interne de la veine crurale.

J'introduisis alors le bistouri boutoné dans le sac, et je divisai le bord postérieur de l'arcade crurale en haut et un peu en dedans; puis ayant fait à la portion gangrénée de l'intestin une ouverture, pour évacuer les matières fécales, j'abandonnai les parties au travail de l'élimination spontanée.

Pendant l'opération, le pouls devint très-faible, la malade extrêmement abattue. Je la revis environ une demi-heure après qu'elle eût été reportée dans son lit, et alors elle me parut mourante. Le lendemain M. Smith m'écrivit qu'une heure après mon départ la malade avait accusé une douleur très-violente dans l'abdomen, que son corps s'était recouvert d'une sueur froide, qu'elle avait eu la conscience d'une fin prochaine, et qu'elle avait expiré au bout d'une heure.

Dans les deux cas suivans, la suture fut employée pour mettre les lèvres de l'intestin en contact, mais ce fut sans aucun effet. Je ferai observer que ces deux cas se sont présentés avant l'année 1808, époque à laquelle j'abandonnai entièrement l'usage des sutures, comme étant très-préjudiciables en pareille circonstance, et j'adoptai le mode de traitement décrit dans la première partie de cet ouvrage.

*Observation 283.* — Madame Clark, âgée de 50 ans, fut prise des symptômes d'une hernie étranglée le 1<sup>er</sup> novembre 1806; elle attribuait la cause de ces accidens à ce qu'elle avait porté un poids considérable sur la tête. Le 6 au soir, M. Saunders sachant le désir que j'avais de voir le plus possible de cas de hernie, me fit prévenir; je trouvai une hernie crurale à droite.

La malade avait des vomissemens fréquens; une constipation absolue; des accès de douleur qui revenaient par intervalles de quelques minutes; mais l'abdomen, quoique tendu, n'était pas douloureux à la pression, ce qui me porta à espérer que l'opération pourrait encore sauver la malade. Je restai auprès d'elle plus d'une heure à la presser vivement et consentir à l'emploi de ce moyen; mais elle refusa de s'y soumettre en cet instant, parce qu'elle se sentait un peu mieux.

Le samedi 8, je fus appelé pour faire l'opération qu'elle demandait alors instamment.

En ce moment, voici quels étaient les symptômes: constipation absolue; point de selles depuis huit jours; vomissemens fréquens d'une matière liquide, jaunâtre, sans odeur fécale;

l'abdomen ballonné, et assez douloureux à la pression; tumeur rouge, dure, d'une sensibilité extrême au toucher; pouls à 130 et fort, langue chargée et sèche; soif vive; traits abattus et déprimés.

L'opération fut faite à une heure, en présence des docteurs Farre et Saunders.

Par une première incision en T renversé, je mis à nu le fascia superficialis qui était considérablement épaissi, et l'ayant renversé, le fascia propria du sac fut mis à découvert; j'incisai ensuite ce fascia qui laissa voir le sac immédiatement.

L'aspect du sac avait quelque chose de singulier; il ressemblait à une vessie qu'on aurait fait long-temps macérer dans l'eau; et des doutes furent élevés sur la question de savoir si ce n'était pas l'intestin. Percuté avec le doigt, il donnait de la fluctuation. Mais, à travers le liquide, on finissait par reconnaître, à la partie supérieure du sac, l'intestin qui formait en ce lieu une tumeur dure entourée par un liquide abondant. Une odeur fécale très-forte s'exhalait de la surface externe du sac, et nous en concluâmes que l'intestin était gangréné, et que des matières fécales étaient épanchées dans le sac.

Celui-ci ayant été incisé avec beaucoup de précaution, laissa échapper aussitôt une grande quantité de matières fécales liquides, et on trouva à la partie supérieure du sac, en contiguïté avec la gaine crurale, l'intestin gangréné qui n'occupait qu'un tiers de la cavité du sac et présentait une large ouverture circulaire à bords épais et renversés, qui offrait la coloration du sang veineux. J'introduisis le bistouri, sur le doigt, dans la cavité du sac, et je divisai l'orifice de la gaine crurale. Mais ce débridement ne suffisant pas pour me permettre d'attirer en bas l'intestin, je fis pénétrer le doigt plus avant dans l'intérieur du sac, et je sentis que le bord postérieur de l'arcade crurale et le fascia placé en arrière formaient un étranglement très-puissant que je divisai en haut et en dedans; ce qui fit cesser la constriction de l'intestin, car une quantité considérable de matières fécales s'échappèrent par l'ouverture que j'y avais faite.

La portion d'intestin qui avait été étranglée et qui avait environ deux pouces et demi de longueur, fut alors excisée complètement, et les bouts de l'intestin furent réunis par trois points de suture, de manière à laisser une petite ouverture pour la sortie des matières fécales; en outre, la ligature qui avait été passée à la partie postérieure de l'intestin près du mésentère, fut maintenue à l'orifice du sac.

Les bords de la plaie extérieure furent ensuite rapprochés par des points de suture, en laissant toutefois un petit écartement pour l'issue des matières.

Pendant l'opération, la malade eut des vomissemens fréquens; elle ne vomit qu'une seule fois après l'opération. Le pouls était à 108 et languissant. (30 gouttes de teinture d'opium)

Le soir, les vomissemens avaient cessé;

l'abdomen était moins tendu et moins douloureux; le pouls battait environ 112 fois par minutes; la langue était sèche et chargée; les traits abattus, les yeux fréquemment amenés dans la rotation en haut, les extrémités chaudes; il n'y avait point eu de sommeil, quoiqu'elle eût pris un grain d'opium en outre des trente gouttes.

Le 9 novembre, les vomissemens n'avaient pas reparu. Le ventre était souple; mais la malade accusait une légère douleur à l'estomac; la plaie rendait, en grande quantité, un liquide semblable à celui que la malade avait vomie auparavant; mais il n'y avait point de selles, et toutes les boissons s'échappaient au bout de quelques minutes à travers la plaie. Le pouls était à 139; la malade n'avait point eu de sommeil.

Le 10, même état, avec accroissement de la prostration, langue très-brune, peau chaude; la malade se plaignait beaucoup du défaut de sommeil; on lui fit prendre des opiacés.

Le thé, le bouillon et le porter qu'elle prenait, s'échappaient par la plaie de l'aîne très-prompement après leur ingestion.

Le 11, même état, sauf la faiblesse qui s'accroît d'heure en heure.

Dans la matinée du 12, la malade expira; elle avait conservé ses facultés jusqu'à la fin, et se plaignait de douleur dans l'abdomen.

*Autopsie.* — L'abdomen était flasque. Les tégumens qui recouvraient l'anus anormal avaient une couleur livide, mais n'étaient pas gangrénés. L'estomac était pâle et revenu sur lui-même. Les intestins grêles; à partir de l'estomac, jusqu'à l'anse intestinale déplacée, étaient enflammés; les petits vaisseaux étaient gorgés de sang.

La portion d'intestin déplacée appartenait à la partie supérieure de l'iléon; depuis le point où siègeait l'anus anormal jusqu'au cœcum, l'intestin était pâle et revenu sur lui-même. Le gros intestin n'était pas enflammé. Il n'y avait pas d'épanchement dans la cavité du péritoine, ni aucune adhérence des intestins avec cette séreuse; mais l'intestin déplacé adhérait solidement à la partie interne du sac.

Du côté opposé, était une petite hernie crurale peu volumineuse.

C'est au docteur Farre que je dois les détails de ce qui s'est passé après l'opération.

*Observation 284.* — Le dimanche 26 juillet 1806, Emma Dollet, âgée de 68 ans, fut prise des symptômes d'étranglement qui persistèrent jusqu'au jeudi, époque à laquelle elle fit appeler M. Weston. M. Heriot, aide de M. Weston, vit la malade et trouva à droite une hernie crurale qu'il essaya de réduire. M. Weston ayant vu la malade trois heures après, renouvela les tentatives de réduction; mais quoique la tumeur eût diminué, elle ne disparut point entièrement. A neuf heures du soir, je fus appelé et j'observai l'état suivant:

La peau qui recouvrait la tumeur était très-

enflammée et gardait l'impression du doigt; la tumeur diminua par la pression que j'exerçai, mais ne disparut point entièrement; la malade ressentait une douleur très-vive dans l'abdomen, vomissait fréquemment et avait un peu de hoquet; son pouls était petit et fréquent; néanmoins il lui semblait que les accidens avaient moins de violence que dans la matinée; toutefois, comme la tumeur n'avait pas disparu; comme, d'un autre côté, les symptômes persistaient, et que l'état de la peau annonçait un désordre considérable de l'intestin, je pensai qu'il fallait recourir à l'opération à laquelle elle se décida sans difficulté.

Une incision cruciale fut faite à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané que je trouvai épaissi et condensé. Un fascia distinct qui enveloppait le sac herniaire fut divisé; ensuite je divisai le sac lui-même et je trouvai une portion d'épiploon du poids d'environ une demi-once, qui exhalait une forte odeur de matière fécale. J'exerçai sur cette portion d'épiploon une pression qui fit sortir du côté interne du sac, une matière fécale liquide; cependant plus tard, on ne put trouver dans le sac aucune portion d'intestin qui eût donné issue à ces matières.

Je dilatai ensuite l'étranglement, et je crus en cet instant reconnaître à l'orifice du sac herniaire, une petite portion d'intestin que je protégeai avec le doigt et le pouce pendant que je dilatais avec les plus grandes précautions l'orifice du sac.

Une fois ce débridement opéré, j'attirai le corps que je sentais, et je trouvai que c'était une portion d'intestin ayant environ le volume de l'extrémité du doigt et trois quarts de pouce de longueur, d'une couleur très-foncée et qui présentait deux petites ouvertures, dont l'une pouvait presque recevoir l'extrémité boutonnée de ma sonde, et l'autre seulement la pointe. Ces deux trous étaient circulaires et comprénaient toutes les tuniques de l'intestin, de telle sorte que quand je pressai la portion d'intestin attenante, les matières fécales s'échappaient à travers les deux ouvertures.

Il s'agissait alors de décider ce qu'on ferait de cette portion d'intestin ainsi perforée. On pouvait, soit l'unir au sac au moyen d'une suture, et la laisser dans cette situation de manière à permettre aux matières fécales de s'échapper, soit la réduire dans la cavité de l'abdomen, ou bien enfin en exciser une portion et réunir les deux bouts. Je donnai la préférence à ce dernier procédé. C'est pourquoi, étalant dans ma main la portion d'intestin étranglée, j'en fis la résection avec des ciseaux, et j'appliquai trois points de suture pour rapprocher les bords de la plaie faite à l'intestin. L'hémorrhagie fut abondante, mais elle s'arrêta quand les ligatures furent serrées. L'intestin fut alors repoussé aussi près que possible de l'orifice du sac, et les fils furent laissés pendans hors de la plaie. La portion d'épiploon qui avait été comprise dans la hernie fut excisée, et les bords de la plaie furent rapprochés

dans tous les points, excepté dans le centre, afin de donner issue aux matières fécales qui pourraient passer par la plaie, et prévenir leur épanchement dans l'abdomen.

Immédiatement après l'opération, la malade fut prise de frissons violens et d'une vive sensation de froid; mais lorsqu'elle eut été reportée dans son lit, elle se réchauffa promptement, et le pouls qui, pendant l'opération, était très-petit, se releva. La douleur devint moins intense.

Le vendredi 1<sup>er</sup> août, la malade avait dormi plusieurs heures pendant la nuit; ventre encore tendu, mais beaucoup moins douloureux à la pression. L'intestin offrait une coloration vermeille; il ne s'était écoulé de matières fécales ni par la plaie, ni par l'anus. La malade avait vomi une fois depuis l'opération. Les éructations continuaient; pouls à 96; peu d'irritation générale.

Le 2, une grande quantité de matières fécales avait passé par la plaie; l'abdomen était devenu souple; la nuit avait été bonne; pouls à 92.

Le 3, l'aspect des parties était satisfaisant; ventre souple; issue par la plaie des matières mêlées à une grande quantité de liquide gélatineux ressemblant à la lymphe qui s'épanche sous l'influence de l'inflammation; langue nette; état satisfaisant.

Le 4, la nuit a été bonne, la tension du ventre a cessé; point de vomissemens; pouls à 84, mais faible; les selles ne consistent point en matières fécales, mais les matières rendues sont d'une couleur verte et mêlées avec les mucosités intestinales. Les boissons s'écoulent par l'anus anormal, une heure après leur ingestion. Un peu de veau que la malade avait mangé passa également au bout d'une heure, étant à peine altéré.

L'intestin était vermeil, mais il semblait avoir de la tendance à se renverser en dehors. Je le fis soutenir au moyen d'un tampon de charpie que l'on devait enlever de temps en temps pour l'évacuation des matières fécales.

Le 6, absence de fièvre; amélioration des forces après l'ingestion d'un peu de vin; aspect vermeil de l'intestin, qui laisse suinter une grande quantité de mucosités filantes. L'anus anormal paraissait définitivement établi. L'ouverture de l'intestin était assez large pour recevoir le doigt.

Jusqu'au 23 septembre, il ne se passa rien de remarquable, si ce n'est que la peau située à l'entour de la plaie fut souvent enflammée par l'écoulement intestinal, ce qui exigea l'emploi des lotions avec le sous-acétate de plomb, ou avec la teinture d'opium, et quelquefois l'application d'un onguent saturnin, en ayant soin de laisser, au milieu du gâteau de charpie, une ouverture pour l'issue des matières.

Le 24 septembre, on m'envoya chercher, parce que l'issue des matières s'était suspendue; la plaie s'était considérablement rétrécie, et l'ouverture de l'intestin était tellement petite, qu'on ne pouvait y introduire une bougie. La

malade avait mangé un peu de lapin et de pomme cuite avant cette rétention. Je me bornai à conseiller l'application d'un cataplasme, supposant qu'un fragment de pomme resté compacte avait obturé l'anus anormal. Des vomissemens survinrent et le ventre se ballonna. Au bout de quarante-huit heures, il sortit par la plaie une grande quantité de matières; mais la malade devint très-faible et ne put jamais reprendre entièrement ses forces. Elle mourut le 9 octobre.

*Autopsie.* — Aucune trace d'inflammation dans l'abdomen. L'anus anormal siègeait à la partie inférieure de l'iléon. Les gros intestins étaient revenus sur eux-mêmes et ne renfermaient qu'un peu de mucosités. Les bouts de l'intestin, et surtout l'inférieur, étaient très-contractés.

Ces cas démontrent le danger des retards apportés à l'opération. C'est en moi une conviction si profonde, que si j'étais affecté moi-même d'une hernie crurale étranglée, je n'essayerais pas autre chose que les lavemens de tabac, et que, s'ils ne réussissaient pas, je voudrais que l'on m'opérât dans les douze heures qui suivraient le début de l'étranglement.

Le cas suivant démontre qu'alors même qu'on a réduit l'intestin, parce qu'il a paru sain au moment de l'opération, le débridement peut être impuissant à sauver cet organe; que l'inflammation peut aller jusqu'à la gangrène, par suite de laquelle les matières renfermées dans l'intestin peuvent être versées dans le sac.

*Observation 285.* — Hernie crurale à droite chez une femme de 32 ans, soignée par M. Webb. Mardi 12 mai, à dix heures du soir, l'étranglement datait de vingt-neuf heures; la tumeur paraissait double; elle était formée par un ganglion situé en dehors, et une hernie située en dedans. Le taxis resta sans succès.

*Opération.* — Première incision oblique dans la direction du ligament de Poupert; deuxième incision à angle droit avec la première. Ces deux incisions mirent à nu un fascia superficiel très-mince, puis le fascia propria. En divisant ce dernier, j'ouvris le sac, et il s'en écoulait une grande quantité de liquide jaunâtre. Je divisai le fascia propria avec le bistouri, et j'ouvris le sac avec mes doigts. Le dernier était beaucoup plus épais que le second. L'intestin offrait une coloration veineuse foncée; une petite portion d'épiploon lui adhérait. J'introduisis dans le collet du sac une sonde sur laquelle je dirigeai un bistouri boutonné, et je débridai directement en haut. L'intestin seul fut réduit, et les bords de la plaie furent réunis seulement par des agglutinatifs. (*Flanelle chaude sur l'abdomen; sulfate de magnésie, deux drachmes toutes les quatre heures; saignée dans le cas où il y aurait des symptômes d'inflammation.*)

Le 13, une selle dans la nuit, deux selles dans la journée; on pratiqua le soir une sai-

gnée de douze onces, parce que le pouls était fréquent et dur, et que l'abdomen était un peu douloureux. Point de vomissemens depuis l'opération, diminution de la douleur. Le même purgatif fut prescrit.

La nuit du 13 au 14 fut agitée; la malade rendit des urines et eut une autre selle, la douleur qui, dans l'après-midi, s'était manifestée vers la région ombilicale, se faisait sentir sous forme d'élanemens vers l'épigastre, et s'accompagnait de tension abdominale. N'osant pas pratiquer une saignée à cause de l'état du pouls, on prescrivit une application de sangsues à l'ombilice, des fomentations sur l'abdomen avec une décoction de fleurs de camomille.

A cinq heures après midi, douleur vive, pouls misérable, respiration presque impossible, pouls petit et dur, ventre tendu et tuméfié, point de vomissemens, trois selles; les intestins étaient évidemment enflammés. Une saignée de dix onces fut suivie d'une syncope, le pouls devint ensuite plus plein et un peu moins fréquent; il y eut une selle.

A dix heures du soir, amélioration, visage moins anxieux et moins pâle, respiration plus facile, pouls moins fréquent et moins dur; la malade a eu en tout cinq selles dans la journée. (*Continuation des fomentations et du sulfate de magnésie.*)

Le 15, à huit heures et demie du soir, la malade éprouvait une vive douleur épigastrique depuis six heures du matin; une profonde inspiration déterminait beaucoup de douleur, l'abdomen était très-sensible à la pression; il y avait eu trois selles, point de vomissemens, pouls fréquent et petit. (*Saignée de quatorze onces, continuation du sulfate de magnésie.*)

Le 16, douleur à la région épigastrique sur laquelle la malade faisait des frictions; elle avait eu six selles, point de vomissemens; elle semblait très-mal. L'émission de l'urine était facile.

A dix heures du soir, respiration très-courte et très-fréquente, pouls très-fréquent et petit, mais régulier; état alarmant. Je lui avais prescrit dans la matinée un drachme de sulfate de magnésie et cinq gouttes de teinture d'opium; avant de prendre cette médecine, elle avait eu trois selles. Elle avait eu depuis de fréquentes éructations qu'elle n'avait pas auparavant. Elle eut aussi, pour la première fois, des vomissemens; mais la douleur était moins intense; le ventre était tendu. M. Webb avait prescrit un vésicatoire qui fit lever l'épiderme. La malade avait uriné abondamment; son esprit était parfaitement calme.

Le 17, six ou sept selles, dont la dernière consiste en des matières solides, émission des urines facile, éructations fréquentes, vomissemens dans la nuit. La malade est soulagée ce matin; elle se plaint de douleur à la plaie; elle a pris quelques alimens. (*Teinture de rhubarbe, deux drachmes; sulfate de magnésie, deux drachmes, infusion de roses, une demi-once; mêlez.*)

A neuf heures du soir, visage coloré, ventre

plus souple; la malade a eu deux selles depuis le matin, elle parle plus volontiers; respiration plus profonde et moins rapide, pouls 114, point de vomissemens; la malade a pris de la nourriture; l'état moral est parfait; ventre libre, absence de douleur.

Le 18, la malade a eu trois selles dans la nuit et une dans la matinée; elle n'a pas eu de vomissemens; elle a beaucoup mangé; elle a des éructations continuelles; elle se tient assise sur son lit et ne paraît pas éprouver de douleurs; elle a rendu quelques vents et a uriné; la partie sur laquelle a été appliqué le vésicatoire est très-douloureuse; il n'y a pas de douleur à l'abdomen. On prescrit un peu de vin à la malade.

A neuf heures du soir elle est mourante; la respiration est très-courte et embarrassée, le pouls est fréquent et irrégulier; la malade a vomi deux fois le matin, mais elle n'a pas eu de selles depuis cette époque.

Le 19 au matin, amélioration; une quantité considérable de liquide s'est échappée de la plaie. (Vin.)

A neuf heures et demie du soir, elle parle avec plus de force; le ventre est douloureux, surtout au niveau de la plaie; respiration à 60, pouls à 108, vomissemens dans la soirée; la malade n'a pas eu de selles; elle pousse des plaintes par instans. (Sulfate de magnésie.)

Le 20, état très-alarlant, pouls fréquent, peau chaude; la malade a vomi et n'a pas eu de selles depuis la dernière nuit, pendant laquelle, d'après son récit, elle en a eu trois par la plaie. Une matière liquide abondante a été rendue par la plaie avec une grande quantité de gaz. La malade a pris des alimens en grande quantité; mais ses facultés intellectuelles semblent un peu altérées.

Le 21, des gaz et des liquides s'échappent toujours par la plaie, le pouls est à peine sensible, la malade semble très-affaiblie; ce qu'elle prend sort par la plaie dans l'espace d'une demi-heure; elle vomit souvent; on lui donne du vin; la malade a recouvert le sens et passe une nuit très-agitée.

Le 22, pouls fréquent; une matière bilieuse s'échappe encore par la plaie; la malade a parfois des vomissemens; elle prend du vin et des alimens, mais elle semble très-mal. (Opium, trente gouttes.)

Le 23, la malade prend encore des alimens, quoiqu'elle soit très-mal; point de vomissemens; beaucoup de gaz s'échappent par la plaie.

Le 24, pouls environ à 110; deux selles abondantes par les voies naturelles; point de vomissemens; l'épiploon gangrené s'élimine par la plaie; la malade peut à peine parler depuis huit jours.

Le 25, elle peut à peine respirer; elle est très-faible, le pouls est très-fréquent.

Le 26, mort à quatre heures du matin.

Si l'intestin est gangrené, on doit apporter dans l'opération les plus grands soins, afin que la portion du canal intestinal, qui est renfermée dans l'abdomen, ne soit pas séparée par déchi-

rure de celle qui est frappée de gangrène. Cet accident aurait lieu sans aucun doute, si le doigt était introduit de force dans le sac. Lorsqu'on n'a pas soin d'éviter cette séparation, les matières fécales s'épanchent dans l'abdomen et causent la mort du malade en quelques heures. Pour prévenir cet accident, il faut, lorsqu'on trouve l'intestin gangrené, ne pas pousser le doigt dans l'orifice du sac, mais introduire le bistouri seul dans l'étranglement, quand celui-ci est divisé, on attire doucement l'intestin dans le sac, afin d'exposer à la vue le point sur lequel portait la constriction.

Quant à l'épiploon, s'il adhère, ses adhérences seroient déchirées sans danger au moyen du doigt; s'il est descendu en trop grande quantité pour qu'on puisse facilement le réduire, et qu'il soit devenu dur et bosselé, on doit en faire la résection.

J'ai pratiqué cette résection dans des cas de hernie inguinale, crurale et ombilicale, et je l'ai vu pratiquer par d'autres chirurgiens, sans qu'elle ait entraîné aucune suite fâcheuse.

L'épiploon doit être excisé dans sa portion saine. On reconnaît ce tissu sain à ce que les vaisseaux laissent écouler du sang; cette hémorrhagie est l'indice que l'excision est faite assez haut. Les vaisseaux doivent être liés, et l'épiploon doit être réduit, mais pas au-delà de l'orifice du sac herniaire.

Observation 286. — Elisabeth Whittle, âgée de 56 ans, fut reçue à l'hôpital pour une hernie crurale étranglée du côté droit. Cette hernie avait toujours été réductible par la pression ou par la position horizontale, jusqu'au dimanche matin à huit heures, sept jours avant l'entrée de la malade, époque à laquelle elle présenta pour la première fois des symptômes d'étranglement. Rétention d'urine; pas de selles, défaillance, vomissement de tout ce qui est ingéré dans l'estomac, tumeur douloureuse, douleur et tension à l'abdomen. Deux jours auparavant, un médecin avait tenté la réduction, mais sans succès. Il avait recommandé qu'on la transportât à l'hôpital de Guy, où elle fut reçue à midi.

A quatre heures, M. Cooper vit la malade et pratiqua l'opération usitée en pareil cas. Celle-ci ne présenta rien de remarquable, si ce n'est qu'une couche épaisse de lymphes coagulables était interposée entre la gaine et le sac herniaire. Ce dernier étant ouvert, il se présenta une portion d'épiploon de la largeur de la main, adhérant au pourtour de l'orifice du sac, et enveloppant une portion d'intestin du volume d'une noix, qui n'avait pu être découverte jusqu'au moment où l'épiploon fut attiré en bas. L'intestin présentait une couleur pourpre foncée; mais son état n'offrait rien d'inquiétant; il fut aussitôt réduit. L'épiploon, au contraire, ne pouvait être replacé à cause des adhérences qu'il avait contractées avec toute la circonférence du sac herniaire; aussi M. Cooper crut-il devoir en faire l'excision, ce qui était d'autant plus convenable, que la circulation y avait

cessé et qu'on trouva le sang coagulé dans les vaisseaux. Les bords de la plaie furent rapprochés, et la malade fut placée dans son lit.

Le mercredi, trois jours après l'opération, comme il n'y avait pas eu de selles, et que l'abdomen était tendu et douloureux, on donna un lavement de bouillon et d'huile de ricin, qui provoqua des selles abondantes.

Observation 287. Mistriss Clark, âgée de 40 ans, cliente de M. Brickenden, eut en août 1779 une hernie étranglée qui avait son siège à gauche. La tumeur, de forme ovale et d'un volume considérable, occupait la presque totalité de l'aîne, et s'étendait depuis la tubérosité du pubis jusqu'àuprès de l'épine iliaque. Les symptômes d'étranglement avaient commencé quarante-huit heures avant que je la visse, et pendant les six dernières heures, elle avait eu de fréquents hoquets. J'essayai aussitôt la réduction au moyen du taxis, mais ce fut sans succès. Pensant qu'il n'y avait pas de temps à perdre, je conseillai l'opération, à laquelle la malade consentit facilement. La première incision eut trois pouces de longueur, et fut faite à distance à peu près égale entre le pubis et l'artère crurale. Après avoir divisé le fascia qui recouvrait la hernie, la surface du sac fut mise à nu. Je fis à ce dernier une très-petite ouverture, et ayant dirigé une sonde de bas en haut sous l'arcade crurale, j'ouvris toute la partie antérieure du sac, ce qui mit à nu l'épiploon et l'intestin. Celui-ci offrait une couleur café; l'épiploon adhérait solidement à la partie interne du sac. Je passai alors la sonde dans l'orifice de ce dernier, la conduisant à environ un pouce et demi en arrière de l'arcade crurale, et, comme la hernie était volumineuse, je divisai non-seulement l'orifice du sac, mais encore le bord antérieur de l'arcade crurale, en haut et en dedans.

On explora alors l'intestin, afin de s'assurer si sa coloration naturelle avait commencé à se rétablir. On exerça une pression sur ses veines afin de voir si le sang revenait librement de son tissu. Cet examen ayant donné des résultats satisfaisans, et n'ayant laissé apercevoir aucune tache livide, l'intestin fut réduit dans l'abdomen.

L'épiploon étant dur et épaissi, tout ce qui avait fait partie de la hernie fut excisé, à l'exception d'une petite portion que l'on réserva afin d'en faire une espèce de tampon qui serait situé à l'orifice du sac, et qui aurait pour objet de diminuer les chances de hernie à l'avenir. On réunit les bords de la plaie extérieure par trois points de suture, et l'on donna trente-cinq gouttes de teinture d'opium à la malade après qu'elle eut été placée dans son lit.

Au bout de deux heures, elle avait eu deux selles. Dans le cours de la soirée, elle en eut plusieurs autres. Le lendemain, la plaie présentait un bon aspect, et il n'y avait aucun signe d'irritation générale. Néanmoins, l'estomac restant irritable et les vomissemens étant

fréquens, il fallut encore administrer la teinture d'opium.

Le jour suivant, amélioration; cicatrisation parfaite de la plaie au bout de trois semaines.

La malade fut obligée dans la suite de porter un bandage, la tumeur étant devenue un peu plus volumineuse qu'avant l'opération. Ainsi, cette portion d'épiploon qui avait été destinée à oblitérer l'orifice du sac herniaire, n'amena aucun résultat dans cette circonstance. J'attribuai cet insuccès à l'imprudence de la malade, qui s'était levée sans bandage avant la cicatrisation de la plaie, ou au moins avant le temps nécessaire pour que l'épiploon eût pu contracter des adhérences.

C'est une pratique inutile ou dangereuse que d'appliquer une ligature autour de la totalité de l'épiploon compris dans la hernie. Cette ligature est-elle placée sur les parties gangrenées? évidemment elle ne sert à rien, puisque le travail éliminatoire se fera au-dessus d'elle. Est-elle placée sur les parties vivantes? pourquoi détruire l'étranglement pour établir immédiatement après une nouvelle constriction?

C'est, à mon avis, une chose peu rationnelle que de laisser l'épiploon tomber par élimination dans le sac herniaire, parce qu'il est inutile d'entretenir une longue suppuration qui retarde la guérison. Chez un malade, dont j'ai rapporté l'observation, l'épiploon, qui avait été réduit, redescendit dans le sac le sixième jour après l'opération, et forma escharre d'une manière progressive, entretenant pendant tout le temps une suppuration très-fétide et une réaction générale très-vive. Une circonstance à peu près semblable se présenta dans le cas de madame Culf. (Voyez hernie ombilicale.)

Après la réduction, on doit rapprocher les bords de la plaie et les maintenir au contact par des points de suture; on recouvre la plaie aussi exactement que possible avec de la charpie, des bandelettes agglutinatives et un bandage.

Quand l'épiploon a été laissé dans le sac herniaire, il arrive souvent que l'inflammation s'en empare et y détermine la gangrène. Cet accident peut épuiser les forces du malade, qui est déjà affaibli par le fait même de l'étranglement, et peut même causer sa mort. La pratique qui consiste à exciser l'épiploon est donc très-convenable toutes les fois qu'on ne peut le réduire, soit à cause de son volume, soit parce que sa vitalité est altérée.

Observation 288. — Madame \*\*\*, âgée de 64 ans, fut prise, le lundi 18 mai 1809, des symptômes d'une hernie étranglée. Le mardi, elle fit appeler M. Paine, qui fit quelques tentatives de réduction. Le mercredi, ces tentatives furent répétées, et on y ajouta les lavemens de tabac. Le jeudi 21, la malade fut envoyée à l'hôpital de Guy. Je la vis à six heures et demie du soir. La tumeur était très-volumineuse: elle s'étendait depuis l'épine du pubis jusqu'àuprès de l'épine iliaque; elle était enflammée; les