

symptômes avaient perdu de leur violence, mais la malade n'avait rendu par l'anus que les matières qui pouvaient être considérées comme le contenu du rectum et de la partie inférieure du colon. Pouls à 100, modérément déprimé, un peu dur et filiforme.

Je pratiquai l'opération à l'instant même.

Une première incision, dans la direction du ligament de Poupart, mit à nu le fascia superficialis que je divisai; une seconde incision fut faite au fascia propria, et agrandie sur une sonde cannelée; ensuite je divisai l'étranglement, en incisant à angle droit avec la direction du ligament de Poupart. Ils s'échappèrent un peu de sérosité; de la lymphe coagulée et un large caillot furent aussi expulsés. L'épiploon se trouva alors mis à nu; mais l'intestin était encore caché aux yeux. Je déchirai l'épiploon, et je reconnus une anse de l'iléon qui y était renfermée comme dans un kyste. Cette portion d'intestin était profondément altérée dans sa couleur; elle offrait l'aspect d'un intestin contus, mais non gangrené; sa couleur était brun-chocolat, mais on n'y découvrait point de taches livides. Je dilatai l'étranglement, en dirigeant le tranchant du bistouri directement vers l'ombilic, jusqu'au bord du ligament. L'intestin ne recouvra point sa coloration naturelle, mais prit un meilleur aspect. Je le vidai d'abord, et je le réduisis ensuite facilement. L'épiploon, qui était très-volumineux, fut excisé. Je réunis les deux lambeaux supérieurs de la plaie avec sa levre inférieure, et je recouvris la plaie elle-même avec un emplâtre agglutinatif.

Après l'opération, le malade étant dans un état de prostration très grande, je lui laissai prendre un peu de Porter.

Plusieurs personnes avaient diagnostiqué dans ce cas une hernie inguinale.

Le 22, deux selles pendant la nuit; point de vomissemens; douleur et sensibilité de l'abdomen. Dans la soirée, la malade eut trois selles; mais elle se plaignit de douleurs violentes qui se renouvelaient par intervalles dans le ventre; pouls à 104. (Saignée de six onces, lavement; fomentations de camomille.)

Le 23, deux selles pendant la nuit; point de vomissemens; pouls irrégulier, à 72 environ; abdomen sensible. (Mêmes fomentations.)

Le 24, deux selles; pas de vomissemens; ventre moins sensible; dans la nuit on administra de l'opium. (Continuation des lavemens et des fomentations.)

Le 25, pas de vomissemens; pas de selles; amélioration des forces; absence de douleur.

Le 26, une selle à la suite d'un lavement; bon aspect de la plaie; sensibilité peu vive de l'abdomen; émission de l'urine difficile et douloureuse.

Le 27, abdomen peu sensible; deux selles; pouls à 70 environ, mais intermittent, et en

apparence déprimé; urines abondantes et sans douleur.

Le 29, plaie enflammée; portion d'épiploon tombant sous forme d'escharre.

Le 2 juin, amélioration; bon aspect de la plaie; l'élimination de l'épiploon continue; les bords de la plaie sont légèrement excoriés.

Le 5, élimination complète de l'épiploon; état satisfaisant de la plaie; cependant la malade paraît encore faible et son pouls est très-irrégulier; ventre indolent.

Depuis ce moment, l'amélioration fit des progrès, et la maladie fut bientôt guérie.

Observation 289. — Mistriss \*\*\*, portait à gauche une hernie, qui s'étrangla pendant un fort accès de toux. Les symptômes de l'étranglement se manifestèrent le 28; constipation; vomissemens; douleur dans la région de l'estomac. Ces symptômes continuèrent sans amélioration le jour suivant; et le 30, deuxième jour après l'accident, la malade fut prise du hoquet. La tumeur avait été dès le commencement dure, et douloureuse à la pression. Des tentatives de réduction avaient été faites sans succès. Le bain chaud, les lavemens de tabac, les applications de glace, n'avaient produit aucun résultat. L'opération fut décidée.

A l'ouverture du sac, qui renfermait une très-petite quantité de liquide, on trouva l'épiploon et l'intestin étranglés. Le premier était rouge; le second était rouge-brun. Après le débridement, l'intestin fut vidé et réduit facilement. Mais l'épiploon adhérait si solidement aux parois du sac, que la réduction était impossible. Il fut donc laissé dans le sac, et la plaie fut réunie aussi exactement que possible au moyen de la suture.

La malade eut plusieurs selles très peu de temps après l'opération, et avant qu'on lui eût fait prendre aucun purgatif.

Le jour suivant, il y eut de la chaleur à la peau, autour de la plaie, et un flux séreux abondant. (Purgatif.) La malade était disposée à l'hydropisie.

Le deuxième jour après l'opération, il se développa un peu d'inflammation autour de la plaie. L'un des points de suture fut coupé; on n'observa aucun symptôme général fâcheux. (Fomentations et cataplasmes; purgatifs.)

Le troisième jour, l'inflammation s'était étendue très-loin; le gonflement était considérable; les autres points de suture furent enlevés.

Le quatrième jour, l'épiploon, qui avait été laissé dans le sac, était gangrené. Une suppuration abondante s'était établie à la partie inférieure du sac qui était ulcérée. Il en sortit une grande quantité de pus et des lambeaux d'épiploongangrené. Néanmoins, l'état général continua d'être satisfaisant, et la malade se rétablit.

## VARIÉTÉS DE LA Hernie CRURALE.

Il est rare de rencontrer des hernies crurales qui présentent une disposition différente de celle qui vient d'être décrite.

Les variétés qui se sont présentées à moi, sont les suivantes:

1° J'ai vu le fascia transversalis, qui recouvre habituellement le sac herniaire, déchiré de manière à permettre à une partie de la tumeur de passer au-devant de lui, en sorte que celle-ci se trouvait divisée en deux parties, se continuant l'une avec l'autre par l'intermédiaire d'un rétrécissement en sablier. Cette variété pourrait devenir une cause d'embarras pour un chirurgien qui n'en reconnaît pas la nature. Mais cette disposition ajoute peu de difficultés réelles à l'opération, pour celui qui connaît bien l'anatomie de cette région. Car aussitôt que le fascia est divisé par l'instrument tranchant, la hernie reprend son aspect ordinaire (1).

2° Une autre variété consiste en ce que la tumeur ne sort point de la gaine des vaisseaux cruraux. Les parties qui sont le siège de la maladie, offrent alors l'aspect d'un gonflement général et sans tumeur circonscrite, intéressant le fascia à la partie interne de la veine fémorale. La partie se tuméfié toutes les fois que le malade tousse ou se livre à un exercice un peu actif. Mais la tumeur diminue, toutes les fois sans disparaître entièrement, quand le malade reste dans le repos.

Je crois que cette variété n'est pas très-rare, car je l'ai rencontrée trois fois sur le cadavre, et dans ces trois cas, elle existait des deux côtés à la fois.

Dans cette variété, le sac herniaire descend comme à l'ordinaire, au côté interne de la veine fémorale. Mais au lieu de passer en dehors de la gaine, dans le lieu où pénètrent les vaisseaux absorbans, il se continue en bas, dans la gaine, passe au-devant de la veine fémorale, et descend jusqu'au-dessous de l'arcade crurale, aussi bas que la gaine peut le permettre. Cette distance est, en général, de deux à trois pouces.

Cette espèce de hernie est très facile à réduire, et je pense qu'elle est également peu susceptible de s'étrangler à raison de la largeur de l'orifice du sac.

(1) Hesselbach, dans sa treizième planche, a représenté une hernie crurale que portait un homme, chez qui la gaine crurale a été rompue en divers points de manière à donner au sac herniaire l'aspect de cinq petites tumeurs réunies. Probablement les ouvertures à travers lesquelles passent les vaisseaux absorbans, avaient cédé à la pression, tandis que la gaine elle-même avait résisté. «Haud rarò contingit ut in subjectis masculis sacci hernialis corpus, aut duplex, aut in plura divisum loculamenta appareat; scilicet cum tendinosi textus retiformis fasciuli in lamina externa sacci hernialis impetui restiterint, illi ipse per textus intervalla prorumpit, ejus modi herniæ in subjectis masculo repertæ exemplar in kujate præparatorum anatomicorum collectione observatur. P. 55, opere citato.»

A. K.

On doit faire usage d'un bandage, dans le double but et d'empêcher l'accroissement de la hernie et d'éviter le danger, qui pourrait résulter de son passage hors de la gaine, ainsi qu'il arrive dans les cas ordinaires.

Cette espèce de hernie peut donner naissance à une variété secondaire, en passant hors de la gaine, à travers l'ouverture par laquelle le faisceau des vaisseaux absorbans pénètre dans cette gaine. Cette disposition reconnaît pour cause l'absence complète du prolongement qui passe au côté interne de la veine crurale, de telle sorte que, dans ce cas, la hernie se réfléchit au-devant de la veine, au lieu de descendre le long de sa partie latérale.

Si, dans la variété ci-dessus décrite, la hernie venait à s'étrangler, l'opération pourrait présenter quelques difficultés, à raison de la situation profonde des parties. Il faudrait diviser le fascia superficialis et mettre à nu la gaine crurale; cette dernière étant incisée longitudinalement, le sac herniaire se trouve à nu; il ne reste plus qu'à l'ouvrir à la manière ordinaire. Ainsi la difficulté naît de la situation profonde de la hernie, et cette circonstance peut souvent inspirer des doutes au chirurgien sur la véritable nature de la maladie. L'étranglement doit dans ce cas toujours siéger au bord postérieur de l'arcade crurale.

3° Une troisième variété de hernie crurale dont j'ai vu des exemples, est celle dans laquelle la hernie est située en partie dans la gaine, en partie dans le lieu accoutumé. Je l'ai observée chez un malade, qui mourut d'un anévrysme de l'aorte, dans le service du docteur Marcet, à l'hôpital de Guy, et qui avait en même temps une hernie crurale à droite. A l'autopsie cadavérique, je fis disséquer le doigt d'un aide dans le sac, et je disséquai sur lui la tumeur. Après avoir incisé l'aponévrose superficielle, je mis à nu plusieurs ganglions qui furent enlevés, et je découvris la gaine crurale, qui, une fois ouverte, permit de voir le sac. J'enlevai les parties avec l'intention de les conserver; et, en examinant la gaine crurale, je reconnus qu'elle était déchirée à sa partie interne, et qu'il s'était formé une petite hernie à travers l'ouverture qui, d'ordinaire, donne passage aux vaisseaux absorbans, tan-

dis que la plus grande partie du sac herniaire était tendue en travers de l'artère crurale et de la veine, et avait, en conséquence, dilaté la gaine dans laquelle les vaisseaux sont contenus.

J'ai cru devoir mentionner cette variété, bien qu'elle n'entraîne que peu de différence dans le procédé opératoire, car la portion la plus susceptible d'étranglement est celle qui s'échappe de la gaine à la manière ordinaire, et non celle qui reste au-dedans.

4° Dans un des cas observés par moi, l'artère ombilicale qui passe ordinairement au côté interne du sac, le long de la partie latérale de la vessie, se trouvait à son côté externe et au-devant de son col. Il est probable que c'est dans des cas de cette espèce que la vessie vient occuper le sac herniaire. Je ne pus pas le constater cette fois, parce que l'épiploon resta seul déplacé; mais la vessie était très distendue et en contact avec l'orifice du sac herniaire.

5° La dernière et la plus curieuse variété de hernie crurale que j'aye à mentionner, est celle où l'artère obturatrice passe autour du collet du sac (1).

*Observation 290\*, communiquée par le professeur Barclay, d'Edimbourg.* — La pièce anatomique a été recueillie sur le corps d'une jeune femme, sur laquelle les renseignements manquaient complètement. En examinant la position du sac herniaire on remarqua qu'il suivait le trajet ordinaire sous l'arcade crurale, et qu'il était situé comme à l'ordinaire à la partie supérieure de la cuisse. Mais l'artère épigastrique et l'obturatrice naissaient par un tronc commun qui passait au-devant du sac avant de se diviser. Ensuite l'artère épigastrique se dirigeait en haut, vers le muscle droit, et l'artère obturatrice passait en arrière, à la partie interne du collet du sac, se dirigeant vers le trou sous-pubien à travers lequel elle passe ordinairement.

L'artère obturatrice, à la vérité, se dévie très souvent de son trajet normal: au lieu de naître séparément de l'hypogastrique, elle tire son origine de l'iliaque externe, conjointement avec l'épigastrique. Mais, dans tous les cas que j'ai disséqués, où cette anomalie existait en même temps qu'une hernie crurale, l'artère obturatrice

passait dans le bassin, en cotoyant la partie externe du collet du sac, tout-à-fait hors de la portée du bistouri.

Sur vingt et une préparations de hernie crurale, j'ai trouvé six fois cette anomalie de l'artère obturatrice (2).

Quand cette artère passe au-devant du sac, comme dans l'observation du docteur Barclay, le tronc artériel qui lui est commun avec l'épigastrique, offre une longueur anormale; car lorsque ce tronc est court, l'artère obturatrice passe derrière le sac. Une hernie située ainsi est environnée de vaisseaux sanguins, excepté à sa partie postérieure, ce qui semblerait rendre nécessaire une modification dans le procédé opératoire ordinaire, pour éviter la lésion de ces vaisseaux. Toutefois, cette lésion est moins probable quand le débridement se fait directement en haut, ou un peu en haut et en dedans; car la plus grande distance entre l'artère et le sac herniaire est à la partie antérieure. Il est impossible de sentir cette artère avant l'introduction du bistouri, car avant que l'étranglement n'ait été détruit, le doigt ne peut être glissé derrière le bord postérieur de l'arcade crurale au-delà duquel elle est placée. Aussi le sac doit-il être divisé avec beaucoup de soin à sa partie antérieure.

Mais, en supposant même que cette artère soit blessée dans l'opération, on peut demander quelle autre direction l'on pourrait donner à l'incision pour opérer plus facilement la ligature de ce vaisseau au cas où il serait atteint. En effet, en divisant de bas en haut l'arcade crurale, et en attirant en bas le collet du sac, on mettrait sous les yeux l'artère qui pourrait être liée.

M. Wardrop, d'Edimbourg, m'a communiqué deux cas de la même espèce recueillis sur le même sujet, de l'un et l'autre côté. L'artère épigastrique et l'obturatrice naissent de l'iliaque par un tronc commun, et les veines qui les accompagnent, offrent des positions semblables. L'artère obturatrice rampe immédiatement sur le muscle et entoure complètement le collet du sac herniaire ou plutôt passe sur lui. Le sac est extrêmement petit, et son orifice est obstrué par un ganglion lymphatique volumineux.

(1) M. Cloquet, ayant comparé deux cent cinquante sujets, pour obtenir une approximation relativement à l'origine de l'artère obturatrice, est arrivé aux résultats suivants:

Sur 160 sujets dont 87 hommes et 73 femmes, elle naissait de l'iliaque interne des deux côtés.

Sur 56 Id. 21 hommes et 35 femmes, de l'épigastrique des deux côtés.

Sur 28 Id. 14 hommes et 13 femmes, de l'iliaque interne d'un côté, et de l'épigastrique de l'autre.

Sur 6 Id. 2 hommes et 4 femmes, de l'artère crurale.

Ces sujets ayant été examinés des deux côtés, nous trouvons la proportion suivante:

Sur 348 artères obturatrices, 191 hommes et 157 femmes présentèrent son origine à l'iliaque interne.

Sur 152 id. 58 hommes et 94 femmes à l'artère épigastrique ou la crurale.

Ce calcul donne un résultat extrêmement rapproché de celui de Sir A. Cooper, qui a trouvé que l'artère obturatrice naît de l'épigastrique ou de la fémorale, un peu moins d'une fois sur trois.

(2) L'artère obturatrice naît de l'épigastrique plus souvent que je ne l'ai dit ici; mais comme cette disposition, de l'artère, qui passe sur l'ouverture crurale, tend à présenter un obstacle à la formation de la hernie, il résulte que sur un nombre donné de sujets atteints de hernie crurale, on trouve cette anomalie moins fréquemment.

## DU DÉBRIDEMENT EN DEDANS.

Gimbernat, chirurgien espagnol, est le premier qui ait (dans son traité sur la hernie crurale) proposé le débridement en dedans pour cette hernie. Ce chirurgien ayant disséqué les parties avec beaucoup de soins, trouva que le point le plus résistant de l'étranglement se trouvait au côté interne, et que les vaisseaux sanguins recouvraient l'orifice du sac herniaire en dehors et en avant (la veine crurale et l'artère épigastrique étant en dehors et le cordon spermétique étant en avant). D'après cette disposition anatomique, il considéra le débridement en dedans comme le mode opératoire qui offrait le plus de sécurité.

Si je n'appuyais mon jugement que sur des données anatomiques, je me rangerais à cette opinion; mais à mon sens, dans la hernie crurale, le danger ne git point dans le voisinage de ces vaisseaux: il consiste bien plutôt dans la possibilité de blesser l'intestin, d'ailleurs le débridement en dedans ne met pas complètement à l'abri des hémorrhagies.

Voici les objections que j'ai à faire contre ce mode de débridement:

1° Il augmente beaucoup les difficultés de l'opération. En effet, la hernie crurale est enlevée profondément dans l'épaisseur de la cuisse, et l'orifice du sac est relativement plus difficile à atteindre. Lors même qu'on débride en avant, l'instrument doit être conduit en bas à une certaine profondeur avant qu'il puisse être introduit sous l'étranglement; mais si la division est faite en dedans, on est obligé, à cause de l'obliquité du ligament de Gimbernat, de faire pénétrer le bistouri à une profondeur telle qu'il est caché par les parties environnantes. Deux essais que j'ai faits de ce procédé opératoire m'ont mis à même d'affirmer à ceux qui n'ont pas l'occasion de faire des essais comparatifs, que ce débridement en dedans est d'une exécution beaucoup plus difficile que l'autre;

2° Dans le procédé de Gimbernat, on est exposé à blesser l'intestin de deux manières. Quand on cherche le siège de l'étranglement au côté interne de la hernie, il faut ramener considérablement en dehors l'intestin qui, dans la hernie crurale, descend en dedans, afin de permettre soit au doigt, soit à la sonde cannelée, d'arriver jusqu'à l'orifice de l'étranglement. Dans cette manœuvre, l'intestin est fortement tendu au niveau de la partie étranglée; et, si l'étranglement dure depuis long-temps, il se déchirera facilement en ce point. J'ai des raisons pour croire que, dans un des cas suivants, c'est à cette cause qu'il faut rapporter la déchirure de l'intestin et la mort du malade.

*Observation 291\*.* — Mistriss Phillips, âgée de cinquante ans, fut prise, le vendredi 16 février 1804, de symptômes d'étranglement dans une hernie qu'elle portait depuis douze ans, espace

de temps durant lequel la tumeur avait subi des variations de volume, mais ne s'était jamais complètement étranglée.

Le 16 février, la hernie augmenta tout-à-coup pendant un exercice violent et devint très-douloureuse; les intestins devinrent le siège d'une sensation très-pénible, il y eut des vomissements fréquents.

Le 24, M. Robert Kent appelé auprès de la malade, lui conseilla d'aller à l'hôpital Saint-Thomas.

La tumeur siègeait à gauche; son grand axe était parallèle à la direction de l'arcade crurale au-devant de laquelle elle était située. Elle présentait dans sa configuration tant de ressemblance avec une hernie inguinale commençante, qu'elle trompa plusieurs des élèves les plus instruits. Mais après un examen attentif et après avoir attiré la tumeur en bas, je reconnus que l'arcade crurale passait au-dessus du sac, et que l'épine du pubis était à son côté interne; la nature de la maladie n'était plus douteuse.

Les symptômes n'étaient pas aussi pressants qu'on aurait pu s'y attendre d'après la durée de l'étranglement. La tumeur, en effet, n'était point enflammée; l'abdomen était peu tendu et peu douloureux; les traits n'offraient point de traces d'une grande anxiété, toutefois, le pouls était fréquent et filiforme. Après un essai infructueux de réduction, et après avoir fait administrer un lavement de tabac, je procédai à l'opération.

Je fis une incision dans le sens du grand axe de la tumeur, c'est-à-dire transversalement; cette incision mit à nu le fascia, que je divisai afin de mettre à nu le sac herniaire; j'ouvris ensuite ce dernier qui laissa échapper un peu de sérosité claire. En me dirigeant sur une sonde cannelée, je prolongeai l'ouverture du sac de bas en haut jusqu'à son collet; je pus voir alors l'intestin et l'épiploon étranglés. Le premier alléra dans sa couleur, ainsi qu'il l'est ordinairement en pareil cas, ne l'étant pas cependant à un degré remarquable.

Il fallut, pour atteindre l'étranglement, attirer l'intestin vers l'épine iliaque: une sonde cannelée fut introduite dans l'orifice du sac à son côté interne, du côté du pubis; et l'étranglement fut divisé en dedans, le long du bord du pubis, avec un bistouri boutonné ordinaire. Il fut facile de réduire l'intestin; mais, au moment où la dernière anse intestinale allait rentrer dans l'abdomen, il s'échappa de l'orifice du sac herniaire une petite quantité de matière fécale. Il était trop tard pour empêcher la rentrée complète de l'intestin que je n'aurais point effectuée, si j'eusse aperçu cette circonstance plutôt: dans ce cas; j'aurais fait sur la partie malade un point de suture.

L'épiploon fut réduit après l'intestin, et la plaie fut pansée.

Je vis la malade une heure et demie après l'opération ; elle se plaignait d'une vive douleur dans l'abdomen et était extrêmement agitée : j'enlevai l'appareil, et je vis les matières fécales sortant de la plaie ; je me bornai à faire appliquer un cataplasme. La douleur et l'agitation continuèrent jusqu'à la mort, qui survint quatre heures et demie après l'opération.

*Autopsie* — Je trouvai les matières fécales épanchées dans l'abdomen, l'intestin était enflammé dans toute sa longueur. La portion d'intestin qui avait été étranglée, quoique peu altérée dans sa couleur, offrait une rupture dans le lieu où avait porté l'étranglement.

Dans ce cas, l'intestin s'est déchiré au niveau de l'étranglement quand je l'attirais de dedans en dehors, ou bien il a été blessé par le bistouri. Il est impossible de déterminer quelle a été la cause de la solution de continuité ; mais je suis décidé à ne jamais débrider en dedans, à cause des chances fâcheuses que l'on a de voir survenir l'un ou l'autre de ces deux accidents.

*Observation 292.* — Une femme âgée de 45 ans, qui portait depuis long-temps une hernie crurale à droite, fut prise des symptômes d'étranglement. Les accidents débutèrent, dit la malade, à huit heures du soir, dans un moment où elle se levait brusquement de sa chaise.

Le jour suivant, elle eut de fréquents vomissemens et éprouva beaucoup de douleur dans la tumeur, le pouls devint petit et fréquent.

On fit une saignée de huit onces ; on essaya de réduire, mais sans succès. Un bain chaud fut prescrit, et l'on renouvela les tentatives de réduction sans obtenir plus de résultats ; un lavement de tabac ne réussit pas davantage. Le lendemain, à midi, on pratiqua l'opération.

L'intestin altéré dans sa couleur, adhérait au sac ; mais ces adhérences furent détruites sans beaucoup de difficultés, et l'étranglement fut divisé en dedans. Toutefois, plusieurs incisions furent nécessaires avant que l'ouverture fut assez large pour permettre la réduction de la hernie. Je n'étais pas présent à l'opération, mais les détails m'en ont été communiqués par des personnes instruites qui s'y trouvaient.

Au moment où l'intestin allait être replacé dans l'abdomen, on vit s'échapper à travers une ouverture considérable, les matières qui y étaient contenues ; il fut donc retenu à l'orifice du sac herniaire ; le pansement fut fait et la malade fut portée dans son lit : je la vis peu de temps après l'opération, elle était en proie aux plus vives douleurs ; elle mourut à sept heures du soir.

*Autopsie.* — Des matières fécales étaient épanchées dans l'abdomen, les intestins étaient enflammés, et comme d'ordinaire, sillonnés par des lignes rouges qui passaient longitudinalement sur les points au niveau desquels les anses intestinales adhéraient entre elles. La portion d'intestin qui avait fait partie de la

hernie était fortement enflammée au-dessus de l'étranglement. On trouva deux ouvertures dans la portion qui avait été placée à l'orifice du sac : l'une d'elles avait été retenue dans le sac ; mais l'autre était restée inaperçue, et était rentrée dans l'abdomen : c'est cette dernière qui avait livré passage aux matières fécales et qui avait ainsi amené une mort si rapide.

L'intestin peut encore être blessé au moment où l'on introduit le bistouri, l'étranglement étant trop serré pour qu'on puisse y introduire le doigt. Le chirurgien, qui d'ailleurs craint de contondre l'intestin dans ses tentatives pour faire pénétrer le doigt jusqu'à l'étranglement, se dirige sur une sonde canelée pour débrider, ou même introduit le bistouri sans conducteur. Pendant cette manœuvre, une anse d'intestin se place au-devant de l'instrument, soit au niveau de l'orifice du sac herniaire, soit encore plus haut, immédiatement au-dessus du sac, dans l'abdomen ; au contraire, quand l'incision est faite à la partie antérieure du sac, l'intestin se trouve en totalité en arrière du bistouri.

Si la lésion de l'intestin est reconnue au moment où elle a lieu, le malade conserve quelques chances de salut ; toutefois, il n'évite pas un anus anormal, soit seulement pour un temps, soit pour toute la vie, suivant le traitement employé ; mais si l'intestin est dans l'abdomen au moment où il est blessé, la portion étranglée est réduite dans la cavité de l'abdomen, sans qu'on se doute de sa lésion : dans ce cas, le malade devient la proie des plus vives douleurs, les matières fécales s'écoulent par la plaie, et la mort arrive en quelques heures. Dans de tels cas, on trouve à l'autopsie une inflammation très-vive de l'abdomen, inflammation qui reconnaît pour cause l'épanchement des matières fécales dans la cavité péritonéale.

Il est encore une autre objection puissante contre le débridement en dedans ; c'est que si la hernie est volumineuse, ce mode de débridement ne suffit pas pour permettre la réduction des parties déplacées, parce qu'il ne donne pas assez d'espace. Il faut, même après le débridement en ce sens, user d'une grande force pour réduire la hernie ; et il arrive souvent qu'on est obligé de débrider une seconde fois, mais alors à la manière ordinaire, c'est-à-dire en incisant la partie postérieure de l'arcade crurale, ce qui complique l'opération fort mal à propos.

L'artère obturatrice qui, dans le débridement en haut et en dedans, ne court de danger que dans les cas où son trajet présente une anomalie, court de plus grands risques dans le débridement directement en dedans ; en effet, dans cette variété, elle embrasse étroitement le côté interne du sac, mais est située à quelque distance de sa partie antérieure ; et, de plus, si elle est divisée dans le débridement en dedans, il sera à peine possible d'en pratiquer la ligature, ce qui peut être fait quand l'incision a été dirigée en haut et en dedans.

## HERNIE OMBILICALE.

### SYMPTÔMES DE LA HERNIE OMBILICALE.

Si j'avais fondé sur le degré de fréquence des diverses espèces de hernie, l'ordre à suivre dans leur description, je n'aurais point hésité à placer la hernie ombilicale immédiatement après la hernie inguinale. Mais comme les parties qui ont des rapports avec la hernie crurale, sont non seulement contiguës, mais même intimement liées à celles qui sont intéressées dans la hernie inguinale, j'ai décrit la hernie crurale immédiatement après cette dernière, afin d'en faciliter l'intelligence.

La hernie ombilicale se fait jour à travers une ouverture située dans l'ombilic, et qui, chez le fœtus, est destinée au passage du cordon ombilical. Cette ouverture est située près de la partie centrale de la ligne blanche, et elle se ferme naturellement après la ligature du cordon. Elle n'est jamais entièrement remplie par un tissu aponévrotique, mais seulement par un tissu cellulaire condensé, qui renferme les restes de la veine et de l'artère ombilicales. Si l'on dissectionne cette partie, on trouve en arrière le péritoine devant lequel se trouvent en haut les restes de la veine ombilicale, et au-dessous l'ouraque et les deux artères ombilicales. Le péritoine adhère plus intimement en cet endroit, que dans le reste de la ligne blanche.

Une ouverture qui peut admettre un tuyau de plume de grosseur ordinaire, existe à cette partie de l'aponévrose ; mais elle est naturellement remplie par un tissu cellulaire condensé. La peau de l'ombilic se réfléchit en dedans pour adhérer au tissu cellulaire, et c'est cette réflexion qui donne au nombril la forme qu'il présente. Si l'ouverture ombilicale était située à la partie inférieure de l'abdomen, personne ne pourrait éviter la hernie ombilicale. Dans la position qu'elle occupe, lorsqu'elle reste béante, cette hernie se produit très-fréquemment à diverses époques de la vie, et la maladie prend le nom d'*exomphale*, ou de *hernie ombilicale*.

Pendant le péritoine est aussi complet en ce point qu'en toute autre partie de l'abdo-

men. J'insiste sur cette considération anatomique, parce que plusieurs médecins ont supposé à tort que le cordon ombilical passe à travers un trou pratiqué dans le péritoine, derrière l'ombilic, et que, par conséquent, lorsque l'intestin fait hernie, dans l'enfance, les organes déplacés ne sont point recouverts par le péritoine.

Mais, bien que chez l'adulte la hernie ombilicale soit quelquefois privée de sac herniaire et que toujours, quand la hernie est volumineuse, ce sac soit extrêmement mince, cependant cette disposition ne doit pas être attribuée à une telle cause.

On doit se rappeler que les restes des artères et de la veine ombilicales ne sont nullement situés au dedans du péritoine, mais bien au devant de lui. En effet, les artères ombilicales naissant de l'hypogastrique et passant sur les côtés de la vessie, se continuent jusqu'à l'ombilic, entre le péritoine et les muscles abdominaux ; de son côté, la veine ombilicale, après avoir traversé l'ombilic, se continue aussi entre le péritoine et les muscles abdominaux, pour constituer le ligament rond du foie. L'aponévrose seule offre une solution de continuité, dans le point où une ouverture existe pour le passage des vaisseaux sanguins, de la même manière qu'il existe des ouvertures à l'anneau abdominal et à l'anneau inguinal pour le passage du cordon spermatique.

On a avancé que la hernie ombilicale passe à travers une ouverture située dans le voisinage de l'ombilic, et non à travers l'ouverture ombilicale elle-même. Mais il résulte des dissections que j'ai faites, que cette hernie passe, dans la majorité des cas, à travers la dernière de ces ouvertures. Il est probable que l'opinion contraire est fondée sur ce que la tumeur est rarement située exactement dans le centre de l'ombilic, parce que, la peau étant fortement adhérente dans le centre de cette ouverture, la cicatrice cède plutôt sur un de ses côtés que dans son point central.

La hernie ombilicale se présente d'abord sous