

Observation 335. — La seule tentative de ce genre qui ait, je crois, jamais été faite, est celle qui a été mentionnée dans un mémoire déjà cité de M. Malaval, qui, ayant été appelé pour une jeune fille atteinte d'une hernie du trou ovale, parvint à réduire l'intestin, mais ne put réduire l'épiploon. Ce chirurgien conseilla à la malade d'aller trouver M. Arnaud qui fit l'opération suivante :

L'intestin fut d'abord réduit; ensuite une incision fut faite à la peau et à la graisse, jusqu'au sac herniaire; celui-ci fut ouvert, et on y trouva une portion d'épiploon du volume d'une noisette dont l'excision fut pratiquée;

on fit en même temps l'excision d'une portion du sac, et la portion restante fut refoulée en haut entre les insertions des adducteurs.

Cette opération, ajoute l'auteur, fut couronnée de succès; mais il est évident qu'elle était entièrement inutile, car, puisqu'il n'y avait pas d'étranglement, un bandage aurait pu suppléer à l'opération.

Si, dans le cas d'étranglement, on venait jamais à pratiquer l'opération pour cette hernie, on devrait débrider le ligament sous-pubien à la partie interne, à cause de la situation de l'artère épigastrique.

HERNIE VÉSICALE.

Cette variété de hernie doit être assez rare, relativement aux autres espèces de hernies. Je n'en ai vu, pour mon compte, que deux exemples sur le vivant; mais deux autres fois, j'ai été assez heureux pour trouver l'occasion d'en faire la dissection.

Je dois la première de ces occasions à M. Maiden et la seconde à M. Hallam, qui eut l'obligance de me procurer la permission d'examiner le cadavre d'un malade qu'il avait soigné pendant long-temps. Cet individu s'était souvent plaint d'une hernie que M. Hallam, après un examen attentif et d'après la nature des symptômes, reconnut pour une hernie de la vessie.

Les symptômes propres à cette espèce de hernie sont les suivants :

Elle présente les mêmes vicissitudes de volume que les autres hernies; mais ce n'est pas la position du corps qui exerce le plus d'influence sur l'accroissement ou la diminution de volume de la tumeur, c'est l'accumulation de l'urine dans la vessie ou l'évacuation de ce liquide hors de son réservoir. Ces variations de volume, toutefois, ne sont pas toujours appréciables, parce que la vessie, lorsque le malade urine, ne peut pas toujours évacuer la totalité du liquide qu'elle renferme. En effet, la portion du viscère qui est contenue dans le bassin se vide, il est vrai, complètement; mais la portion contenue dans le scrotum reste distendue, comme avant la sortie de l'urine. Aussi, les sujets atteints de cette maladie, sont-ils quelquefois dans la nécessité d'élever le scrotum et de le comprimer, pour faire refluer ce qu'il renferme dans la portion pelvienne de la vessie. C'est pour eux le seul moyen de faire passer la totalité de l'urine à travers le canal de l'urètre.

Cette évacuation imparfaite de la vessie, à laquelle sont exposées les personnes atteintes de cystocèle, donne lieu à un autre symptôme incommode, c'est un besoin très-fréquent d'uriner. En effet, la portion de vessie renfermée dans le scrotum, quand elle est incomplètement vidée, éprouve un sentiment de distension continuelle ou fréquemment renouvelée. Elle se contracte sur ce qu'elle renferme et donne au malade un besoin fréquent d'uriner et détermine ainsi les symptômes de l'irritabilité de la vessie.

La sensation qu'éprouve le chirurgien d'une tumeur fluctuante, dans le scrotum peut donner

le soupçon d'une hydrocèle ordinaire. A ce sujet, je ferai observer que, dans un cas que j'ai examiné, la tumeur n'offrait pas de transparence. Cette circonstance peut donc, ainsi que les symptômes énoncés ci-dessus, suffire au chirurgien pour distinguer ces deux maladies l'une de l'autre.

Observation 336. — Cette observation a pour sujet un malade de M. Maiden. J'avais été fréquemment appelé pour voir ce malade, qui avait une hernie ventrale qui s'était étranglée, et dans mes efforts pour la réduire, je découvris par hasard qu'il y avait en même temps une cystocèle inguinale. Comme ce malade avait déjà atteint un âge avancé, je prévis un de ses parens qu'indépendamment de sa hernie ventrale ce malade portait une autre hernie incurable dont il était à désirer que la nature pût être constatée à l'autopsie.

Le malade étant mort au bout de quelques années, j'emportai la hernie et les parties environnantes pour les disséquer avec soin.

Autopsie. — On trouva à droite une hernie inguinale volumineuse qui descendait jusque dans la partie inférieure du scrotum; en enlevant les tégumens, on trouva le fascia du cordon et le crémaster étalés sur la tumeur: tous deux avaient subi un accroissement de densité. Ces diverses couches étant enlevées, on aperçut le sac. Celui-ci était formé par le péritoine comme dans la hernie inguinale ordinaire, et présentait le même aspect que dans cette hernie.

Lorsque le sac eut été ouvert, l'intestin et l'épiploon se présentèrent. Le sac dans lequel ils étaient contenus, était complet, et la portion de vessie contenue dans le sac, restait encore cachée. J'insufflai alors la vessie par l'urètre, dans l'intention de distendre ce réservoir, et immédiatement après cette insufflation, la vessie commença à se gonfler, non-seulement dans la portion contenue dans le bassin, mais encore dans celle que renfermait le scrotum. Cette distension put être poussée jusqu'au point de faire acquies à la portion de vessie déplacée le volume d'un œuf d'autruche.

La portion de vessie qui était déplacée, était cachée derrière le sac péritonéal, à la partie postérieure duquel elle adhérait étroitement par sa surface antérieure.

En arrière, elle était unie au scrotum et à la

tunique vaginale du cordon, par du tissu cellulaire. En suivant, à la partie supérieure, le trajet de cette portion déplacée, on trouva qu'elle remontait à travers l'anneau et le canal inguinal, en conservant dans tout son trajet les mêmes rapports avec le crémaster et les vaisseaux spermaticques. A partir du canal inguinal, elle descendait dans le bassin à travers l'anneau abdominal. Il n'est pas besoin de relater que les deux anneaux, spécialement l'interne, étaient très-dilatés.

La forme de la vessie, en comprenant la partie intra-pelvienne et la partie déplacée, représentait une gourde à goulot coudé.

Cette variété de hernie reconnaît pour cause un état de relâchement de la vessie, relâchement favorisé, sans aucun doute, dans ses effets, par la négligence qu'apportent certains individus à évacuer la vessie, quand les évacuations sont nécessaires. Dans ces circonstances, en effet, la vessie se dilate latéralement, et s'étend assez pour remonter à la partie inférieure de l'abdomen, et pour atteindre l'anneau abdominal à travers lequel elle est poussée par la pression qu'exercent, en vertu de leur poids, les viscères abdominaux placés au-dessus, aussi bien que par l'action des muscles abdominaux, du diaphragme et du pyramidal.

Voici comment on peut s'expliquer la présence du prolongement péritonéal qui accompagne la hernie vésicale. Comme les parties antérieure et latérales de la vessie sont, en quelque sorte, privées de tunique péritonéale, la vessie entre d'abord dans le canal inguinal sans pousser cette membrane au-devant d'elle, mais aussitôt que la vessie commence à descendre, le péritoine l'accompagne, et un sac étant ainsi formé, l'intestin et l'épiploon descendent à leur tour, complétant une triple hernie dans laquelle la vessie est derrière le péritoine, tandis que l'intestin et l'épiploon restent enveloppés dans cette membrane que la vessie a fini par entraîner avec elle.

Le traitement de cette hernie consiste dans l'application du bandage ordinaire de la hernie inguinale. Il faut, en outre, apporter une continuelle attention à évacuer fréquemment et complètement l'urine.

Quand la hernie n'est que peu volumineuse et qu'elle est purement vésicale, la guérison est plus facilement obtenue qu'elle ne peut l'être dans les autres hernies, parce que la contraction dont jouit la tunique musculaire de la vessie peut déterminer son retrait à travers le canal inguinal. Dans la hernie ingui-

nale non vésicale, au contraire, les parties déplacées étant passives, on ne peut rien attendre de semblable. Mais, lorsque la hernie vésicale est arrivée au point d'entraîner avec elle le péritoine, et lorsque l'intestin et l'épiploon sont descendus dans le prolongement péritonéal, la guérison est aussi difficile à obtenir que dans la hernie inguinale ordinaire.

La hernie vésicale n'est susceptible de guérison que par une destruction progressive ou une excessive élongation des adhérences qui unissent la vessie au scrotum. Je conçois à peine, que cette hernie puisse subir un étranglement porté assez loin pour réclamer l'opération. Ce ne serait que dans le cas où un calcul, s'étant formé dans la portion de vessie déplacée, aurait donné lieu à de l'inflammation et à l'épaississement morbide de cette portion. Une hernie de la vessie peut aussi être la conséquence d'une hernie fémorale ordinaire préalablement formée. J'ai vu, en effet, chez une femme d'une constitution molle, une hernie de la vessie, qui avait été attirée tout-à-fait contre l'orifice d'un ancien sac de hernie fémorale. Mais l'étroitesse comparative de l'ouverture qui livre passage à la hernie fémorale, et l'inextensibilité des parties qui entouraient cette ouverture, expliquent pourquoil on ne rencontre pas dans la pratique la cystocèle crurale.

Observation 337, communiquée par M. Burn, de Glasgow, lue à la société médicale d'Edimbourg. Hernie vésicale de la grande lèvre (1). — Dans le courant de l'hiver dernier, le corps d'une très-jeune femme fut apporté à la salle de dissection.

Quand l'abdomen fut ouvert et l'intestin grêle enlevé de la cavité pelvienne, la vessie, examinée par en haut, avait complètement perdu son apparence ovoïde. Elle était étendue en travers du bassin, ayant son grand diamètre dirigé transversalement; au lieu d'être verticale et d'occuper la partie moyenne du bassin, elle était déprimée au point de reflouer la surface supérieure du vagin entre les lèvres de la vulve. Sur ses parties latérales, la vessie déplacée, formait une sorte de diverticulum qui descendait à la manière d'une corne de chaque côté du vagin.

Après avoir ouvert la vessie, on vit manifestement que la hernie s'était formée de chaque côté, à partir de la portion latérale de la vessie qui n'est pas recouverte par le péritoine.

Conséquemment, dans cette espèce de hernie vaginale il n'y a point de sac péritonéal. En passant le doigt dans le kyste du côté droit, je trouvai qu'il suivait la direction de la partie latérale du vagin, et qu'il était en définitive situé dans l'épaisseur de la grande lèvre, très-près de la commissure postérieure de la vulve.

Comme cette position de la tumeur ne s'accordait pas avec ce qui a été observé par sir A. Cooper, qui le premier a fait connaître aux chirurgiens la hernie de la grande lèvre, je remplis le sac herniaire de crin; on vit alors comme une boule qui occupait l'épaisseur de la grande lèvre, en arrière et au-dessous d'une ligne partant de l'orifice du vagin et dirigée de dedans en dehors. Sous ce rapport, il y avait une différence entre ce cas et ceux qui ont été examinés sur le vivant par M. Cooper, et dans lesquels la tumeur était située au dedans du repli de la grande lèvre, au-dessus d'une ligne tirée de l'orifice du vagin et dirigée en dehors.

Sur le sujet que j'ai disséqué, comme chez les malades de M. Cooper, la tumeur était pyriforme, mais elle ne suivait pas exactement le même trajet des deux côtés; à droite, la tumeur passait dans la grande lèvre, mais à gauche elle suivait le trajet du tendon du muscle obturateur interne, et paraissait, quand le kyste fut rempli de crin, comme une boule qui aurait été placée entre la partie inférieure du vagin et le rectum.

Des deux côtés, la tumeur était située entre le muscle releveur de l'anus et le muscle obturateur interne.

A gauche, la hernie s'était effectuée entre le muscle obturateur interne et le muscle releveur de l'anus. Le collet du kyste était étroitement embrassé par l'insertion membraneuse concave du muscle releveur de l'anus, laquelle eût indubitablement été la cause de l'étranglement, si ce dernier avait eu lieu.

Ainsi que le prouve incontestablement cette dissection, on voit que même chez ce sujet, chez lequel cependant la tumeur était encore parfaitement réductible, il existait, dans le point déjà indiqué, un rétrécissement manifeste. En suivant en arrière le trajet de l'intestin sur l'obturateur interne, on trouvait qu'il y avait dans ce lieu une tendance naturelle à l'étranglement: aussi dans ce point un léger degré d'épaississement dans les viscères déplacés aurait-il suffi pour compléter l'incarcération.

Quand nous connaissons le siège et la cause de l'étranglement dans la hernie de la grande lèvre, nous serons portés à admettre, d'après la nature de la crevasse située profondément et à travers laquelle passe la tumeur, sur'ou pourrait exercer indéfiniment le taxis sur cette partie de la tumeur sans tendre en aucune manière à réduire les parties. Avant d'essayer de réduire la tumeur, il faut vider la vessie et s'efforcer, s'il est possible, de vider aussi la tumeur en exerçant une pression dans le vagin avec un ou deux doigts. Ensuite il faut faire coucher la malade, en lui recom-

mandant de se placer sur le côté correspondant à la hernie. Alors, par une pression régulière en haut et vers l'épine iliaque, à l'aide de deux doigts introduits dans le vagin, il faut essayer de réduire le kyste.

Cette manœuvre sera favorisée par une légère pression exercée avec les doigts de bas en haut, et dirigée un peu vers le côté sur lequel siège la maladie. Il est à peine nécessaire d'ajouter qu'on agit ainsi avec l'intention de mettre dans le relâchement l'insertion membraneuse concave du releveur anal, insertion qui, dans cette hernie, est tendue et forme la constriction.

Sur le côté gauche du sujet dont il a été question plus haut, la partie herniée de la vessie passait, dans une certaine étendue, entre les ligamens sacro-sciatiques, poussant devant elle l'artère honteuse et le nerf honteux.

Il y avait donc de ce côté deux causes d'étranglement, l'une produite comme du côté droit par l'aponévrose du releveur de l'anus, et l'autre par les ligamens sacro-sciatiques qui embrassaient la tumeur.

Lorsque M. A. Cooper publia son traité des hernies, il ne connaissait sans doute point la hernie vésicale de la grande lèvre; tous les cas de hernie de la grande lèvre observés par lui, sur le vivant, étaient des entéroécèles.

Aussi ses remarques sur l'opération ne s'appliquent-elles qu'à cette dernière espèce de hernie. En effet, il prescrit d'ouvrir le sac herniaire; mais dans la cystocèle de la grande lèvre, comme nous l'avons déjà fait observer, il n'y a point de sac herniaire.

Ceci fait voir avec quelle réserve les chirurgiens doivent donner leur avis relativement aux opérations qui concernent les maladies sur la nature desquelles ils n'ont point eu encore l'occasion de s'éclairer par la dissection.

Puisque dans la cystocèle de la grande lèvre il n'y a point de sac herniaire, tandis que dans l'entéroécèle de la grande lèvre il y en a un, il est important de savoir distinguer ces deux hernies l'une de l'autre.

Dans la cystocèle, quand la vessie est distendue, la tumeur devient saillante; si l'on évacue cet organe, le sac devient moins tendu. Le doigt étant introduit dans le vagin et appliqué sur le collet de la tumeur, le chirurgien peut, au moyen d'une légère pression, vider celle-ci de ce qu'elle contient, sans percevoir la rentrée d'aucun corps solide dans le bassin. Enfin, indépendamment de ces signes, il n'y a aucun trouble dans les fonctions intestinales.

Lorsqu'on trouve ces circonstances réunies, il y a de fortes raisons de croire que la maladie est une cystocèle. Alors, comme il n'y a point de sac herniaire, il faut bien se garder de prendre la vessie herniée pour un sac péritonéal, et de l'inciser dans l'intention de mettre l'intestin à découvert.

Quand on se dispose à opérer une cystocèle de la grande lèvre, la vessie, ainsi que l'a très-judicieusement recommandé M. A. Cooper pour la hernie intestinale de la grande lèvre, la

vessie, dis-je, doit être évacuée. Cela étant fait, le chirurgien pratiquera une incision aux tégumens qui recouvrent la grande lèvre, et l'on doit agir de même, soit que la tumeur se trouve située dans la grande lèvre, soit qu'elle suive le trajet du tendon de l'obturateur, pourvu toutefois qu'elle ne sorte pas entre les ligamens sacro-sciatiques, comme cela avait lieu du côté gauche, dans le cas dont il s'agit. Par cette incision, le viscère déplacé est mis à nu, et si la hernie est située à gauche, le médus et l'index de la main gauche doivent être introduits dans le long du vagin. Ensuite, un bistouri boutonné sera conduit sur l'index de la main droite, en longeant la tumeur du même côté et en suivant la partie latérale du vagin, jusqu'à ce qu'il arrive au-delà du point où siège l'étranglement c'est-à-dire à l'insertion aponevrotique du releveur de l'anus. Quand le bistouri est bien solidement fixé sur ce point, son bord tranchant regardant vers le centre du bassin, le chirurgien doit reporter vers le côté droit le vagin et la vessie, à l'aide des doigts qu'il a préalablement introduits dans le premier de ces conduits; en même temps qu'il agit ainsi avec la main gauche, il doit, en retirant la main droite, inciser la portion du releveur de l'anus avec laquelle le bistouri est en contact.

Tel est le procédé qui, sur le cadavre, m'a paru de la plus facile exécution.

Je dois néanmoins reconnaître qu'il n'est pas exempt de tout danger, car entre la portion déplacée et la portion non déplacée de la vessie, il n'existe pour toute protection que la mince aponevrose du releveur de l'anus. Ainsi donc, si le bistouri était conduit trop loin, la vessie pourrait être blessée dans la portion où elle présente une convexité.

Il faut donc, pour plus de sécurité, écarter ce viscère en le portant de côté, au moyen des doigts introduits dans le vagin, et diriger un peu le tranchant du bistouri vers la partie antérieure du bassin.

J'ai souvent expérimenté ce procédé opératoire sur des cystocèles artificielles de la grande lèvre, et je n'ai jamais lésé aucune partie importante.

Je dois ajouter que si l'on en juge d'après l'examen anatomique des parties, soit dans l'état sain, soit dans le cas de hernie, le débridement doit être rarement nécessaire, que la hernie soit une cystocèle ou une entéroccèle; je crois qu'il sera, la plupart du temps, possible de réduire les parties, quand, par une incision pratiquée sur la grande lèvre, on aura rendu la tumeur plus accessible à la vue en l'attirant en bas.

HERNIE ISCHIATIQUE.

Cette hernie a été observée très-rarement, soit qu'en effet elle se reproduise très-peu souvent, soit qu'elle ait généralement échappé aux investigations des praticiens, parce qu'elle donne lieu à une tumeur difficilement appréciable, si même elle produit une tumeur.

La première explication me paraît la plus probable, à raison de l'exacritude avec laquelle les membres pelviens sont disséqués sur les sujets apportés dans nos amphithéâtres. En général, les muscles, les nerfs et les vaisseaux sanguins sont suivis avec soin, et il serait difficile que cette hernie échappât à de telles recherches si elle était fréquente.

Observation 338*, communiquée par M. Jones.

Le 18 avril 1800, je fus appelé auprès d'un homme, âgé de 27 ans, qui, quelques heures auparavant, avait été pris de nausées, de vomissemens et de vives douleurs à la région épigastrique. Le pouls était un peu plus petit et plus lent qu'à l'état normal, et la peau était couverte de sueur. Il ne pouvait rapporter ces symptômes à aucune cause appréciable; mais il avait, dit-il, éprouvé déjà une fois les mêmes accidens à un degré moindre. Cette première fois, les désordres fonctionnels de l'estomac avaient été combattus avec succès par la teinture d'opium, et une dose d'huile de ricin avait achevé la guérison.

Le malade avait pris quinze gouttes de teinture d'opium une heure avant ma visite; mais comme il n'en avait éprouvé aucun soulagement, et que les symptômes continuaient à être pressans, je prescrivis une pilule composée d'un grain d'opium avec une goutte d'essence de menthe poivrée; puis à prendre immédiatement, après que l'estomac serait un peu calmé, la potion suivante :

- Calomel g. v
 - Poudre de scammonée g. viij
 - Savon médicinal g. vi
 - Sirop simple q. s.
- Faites trois pilules.

A huit heures du soir, j'appris que l'opium avait produit une amélioration passagère, que l'estomac n'avait été calmé qu'en partie, que les pilules purgatives avaient été rejetées par le vomissement. Les pilules et l'opium furent repris pendant la nuit, mais le malade dormit peu; il eut de fréquens vomissemens, et n'eut point d'évacuations alvines.

Le lendemain 19, éructations fréquentes et très-pénibles, qui firent croire au malade que

sa tumeur était due à des vents. Je prescrivis la potion suivante, à prendre immédiatement et à renouveler, si elle produisait de bons effets:

- Esprit d'ammoniaque compos. 1 drachme
- Esprit de lavande 1 drachme
- Eau de menthe des prés, 3 i

Misce. — Fiat haustus.

A neuf heures du soir, le malade avait pris trois fois cette dose et se trouvait mieux, bien qu'il n'eût pas été entièrement exempt de nausées et de vomissemens; il avait été plus calmé et moins souffrant, les éructations avaient cessé, et la douleur, qui avait quitté l'estomac, avait son siège immédiatement au-dessous de l'ombilic, et n'était point augmentée par une légère pression.

Le malade m'assura qu'il n'avait jamais eu de hernie. Aucune évacuation n'ayant eu lieu, je prescrivis un lavement laxatif avec l'huile de ricin. Ce lavement devait être renouvelé après un certain temps, si le premier ne faisait point effet. Je prescrivis en outre une nouvelle potion, avec addition de vingt gouttes de teinture d'opium.

Deux lavemens furent administrés, mais chacun d'eux fut rendu aussitôt sans aucune matière; toutefois la nuit fut un peu meilleure que la précédente.

Le 20, la douleur persistait au-dessous de l'ombilic, mais sans augmentation. Le malade accusait aussi une sensation de pesanteur et de plénitude vers l'estomac. Interrogé de nouveau sur l'existence d'une hernie, il répondit encore qu'il n'en avait jamais eu.

Cependant, ne sachant comment me rendre compte de l'opiniâtreté des symptômes, et pensant qu'il pouvait exister une hernie suffisante pour les produire, mais assez petite pour avoir échappé à l'attention du malade, j'explorai avec le plus grand soin l'anneau inguinal, le ligament de Poupert et tous les points des parois abdominales, mais je n'y trouvai aucune hernie. Comme le malade n'accusait aucune douleur dans les points où la hernie peut être perçue, quand elle a lieu au trou ovale ou à l'échancrure sciatique, je ne crus pas nécessaire d'explorer ces régions.

Mes essais pour déterminer des selles à l'aide du calomel et de la scammonée ayant été sans résultat, je me déterminai à essayer une infusion de séné, que le malade prenait ordinairement comme purgatif, avec l'addition seulement de quelques pruneaux, et que je n'avais

pas osé lui prescrire d'abord à cause de l'extrême irritabilité de l'estomac.

Dans la journée, il en prit près de 12 onces en plusieurs petites doses; mais presque tout fut rejeté malgré l'application de synapismes sur la région épigastrique, et il n'y eut aucun effet purgatif produit.

Le malade se plaignait d'une sensation de pesanteur et de plénitude à l'épigastre; ce symptôme, ainsi que les nausées constantes et les vomissemens le tourmentaient beaucoup plus que la douleur qui avait son siège au-dessous du nombril.

Voyant échouer tous les moyens ordinaires, je pensai qu'il serait peut-être utile de favoriser sa disposition aux vomissemens, et de vider ainsi complètement l'estomac. Dans ce but, je prescrivis 12 grains d'ipécacuaba, qui furent vomis immédiatement, et qui ne produisirent aucun changement dans l'état du malade. Je fis prendre ensuite une potion calmante.

Le jour suivant, 21, amélioration; la nuit avait été meilleure. Le malade attribuait ce mieux à une abondante transpiration. Son pouls (sauf quelques instans de langueur qui avaient eu lieu pendant les dernières vingt-quatre heures) était, comme au début, assez petit et plus lent qu'à l'ordinaire. Le malade resta tout le jour plus tranquille qu'il ne l'avait été jusqu'à; mais il eut encore quelques vomissemens, et sentit plus vivement la douleur située au-dessous de l'ombilic.

Six sangsues appliquées sur le point douloureux produisirent un abondant écoulement de sang.

Dans la soirée, deux lavemens laxatifs n'amènèrent aucune selle. Après ces lavemens, le malade prit une potion calmante, qui ne produisit que peu d'effet.

Le 22, même douleur, sans augmentation, car le malade pouvait supporter une légère pression; l'abdomen n'était pas tendu: un large vésicatoire fut appliqué sur la partie douloureuse. L'infusion de séné fut prise de nouveau, mais sans résultat.

Dans la soirée, douleur très-vive que le malade attribuait au vésicatoire. Les lavemens furent renouvelés, mais ils n'amènèrent qu'une très-petite quantité de matières. Après le troisième lavement, la potion calmante fut répétée, mais la nuit ne fut pas meilleure.

Le 23, je demandai une consultation; mais le malade dit à ses amis qu'il se sentait mieux, et les empêcha d'envoyer chercher un autre médecin. Dans la journée, il prit de nouveau des potions à cause du retour des éructations.

Le 24, je trouvai le malade assis sur son lit. Il m'apprit que le matin il avait mangé un peu de pain rôti et qu'il avait bu deux tasses de thé, ce qu'il n'avait point encore fait depuis le commencement de sa maladie. Il se trouvait si bien, qu'il était très-disposé à reprendre ses affaires, mais il avait voulu me consulter auparavant; je lui conseillai de n'en rien faire avant quelques jours. Je trouvai le pouls très-bon.

Toutefois, comme le malade était très-affaibli, je lui prescrivis une infusion de serpentinaire avec teinture de quinquina, dont il prit seulement deux petites doses.

Dans la soirée, j'appris que le mieux continuait. Le malade se plaignait seulement de faiblesse et d'une douleur causée par le vésicatoire. Il dormit peu pendant la nuit. Le 25, il sortit de son lit, et descendit de sa chambre, qui était au quatrième étage; mais il y retourna promptement, disant qu'il ne se sentait pas bien.

A partir de ce moment, il s'affaissa graduellement jusqu'à sept heures du soir, heure à laquelle il expira.

Autopsie. — L'iléon était descendu dans le bassin, sur le côté droit du rectum; une anse de cet intestin faisait hernie hors du bassin, à travers l'échancrure sciatique. Afin d'étudier plus commodément la disposition des parties, une ligature fut placée sur l'iléum, précisément dans le point au niveau duquel il pénétrait dans le bassin, on en plaça une autre autour de tous les intestins dans le bassin. Ensuite, l'intestin fut graduellement retiré du sac herniaire dans lequel il était assez solidement emprisonné. En examinant la surface de l'anse intestinale renfermée dans le sac, je reconnus qu'elle avait contracté dans deux points des adhérences au moyen d'une lymphé plastique. L'intestin était très-noir dans la portion qui était étranglée, et dans une longueur d'environ trois pouces au-dessus et au-dessous. Les intestins, à partir de la hernie vers l'estomac, étaient considérablement distendus par des gaz et présentaient çà et là des taches livides. Il y avait aussi une tache foncée à l'estomac, immédiatement au-dessus du pylore; le colon, jusqu'à sa courbure sigmoïde, présentait une telle rigidité de contraction, qu'il n'aurait pas pu laisser passer de l'air dans sa cavité; mais il avait sa couleur naturelle, et l'inflammation s'étendait à peine à ses parois.

A une dissection minutieuse, nous trouvâmes, sur le côté du bassin, un petit orifice placé un peu au-devant et un peu au-dessus du nerf sciatique, et à la partie antérieure du muscle pyramidal. Quand le doigt était introduit dans cette ouverture, il pénétrait dans un sac situé sous le grand fessier; c'était là le sac herniaire dans lequel la portion d'intestin dépliée avait été étranglée.

La membrane celluleuse qui unit le nerf sciatique, aux parties environnantes situées dans l'échancrure sciatique, avait cédé à la pression de l'intestin refoulant le péritoine au-devant de lui. L'orifice du sac herniaire était placé en avant de l'artère iliaque interne et de la veine, au-dessous de l'artère obturatrice et au-dessus de la veine du même nom; son collet était placé au-devant du nerf sciatique, et son fond, qui siégeait à la partie externe du bassin, était recouvert par le muscle grand fessier. Au-devant, mais un peu au-dessous du fond du sac, était situé le nerf sciatique.

que; derrière lui se trouvait l'artère fessière; facile de construire un bandage propre à la à sa partie supérieure, il répondait aux os, et maintenir dans le bassin; si elle s'étranglait, et au-dessous de lui étaient les muscles et les ligamens du bassin. et que l'opération dût être pratiquée, le débridement en avant serait celui qui offrirait le moins de danger.

Si cette hernie pouvait être reconnue sur le vivant, et si on la trouvait réductible, il serait

HERNIE DIAPHRAGMATIQUE.

HERNIE DIAPHRAGMATIQUE. Cette hernie est une espèce de hernie étranglée, qui se forme dans le diaphragme, à la suite d'une déchirure de ce muscle. Elle est caractérisée par la présence d'une tumeur qui se développe dans le thorax, et qui est accompagnée de symptômes locaux et généraux. Les symptômes locaux consistent dans une douleur fixe, et dans une augmentation de la tumeur. Les symptômes généraux consistent dans une oppression, et dans une difficulté de respirer. Cette hernie est le plus souvent le résultat d'un effort violent, et elle est le plus souvent accompagnée d'une hémorragie. Elle est le plus souvent mortelle, et elle est le plus souvent incurable. Elle est le plus souvent le résultat d'une déchirure du diaphragme, et elle est le plus souvent accompagnée d'une hémorragie. Elle est le plus souvent mortelle, et elle est le plus souvent incurable. Elle est le plus souvent le résultat d'une déchirure du diaphragme, et elle est le plus souvent accompagnée d'une hémorragie. Elle est le plus souvent mortelle, et elle est le plus souvent incurable.