

## HERNIE DIAPHRAGMATIQUE.

Cette hernie dépend de trois causes :

1<sup>o</sup> De ce que le diaphragme, de même que les autres parois de l'abdomen, offre à l'état normal des ouvertures pour le passage des nerfs et des vaisseaux sanguins. L'aorte, la veine cave inférieure, le grand sympathique ont des ouvertures qui leur sont propres, et l'œsophage passe à travers une ouverture considérable dans la portion charnue du muscle.

2<sup>o</sup> Une seconde espèce de hernies peut être la conséquence d'un défaut de conformation de ce muscle, consistant dans l'existence d'ouvertures anormales, qui offrent aux viscères abdominaux un passage direct pour pénétrer dans la cavité de la poitrine.

3<sup>o</sup> Enfin, des plaies ou des déchirures, ayant eu lieu dans ce muscle, restent non réunies pendant tout la durée de l'existence, et livrent passage aux viscères abdominaux.

Quelle que soit la cause de cette hernie, les symptômes sont très-alarmans, car outre ceux qui lui sont communs avec les autres hernies, savoir : l'interruption des fonctions intestinales, les vomissemens, la constipation, et une vive douleur dans l'abdomen; le malade, par suite de la compression exercée sur le poulmon, éprouve une grande difficulté de respirer et une toux violente.

Quelques-unes de ces hernies ont des sacs; d'autres en sont tout-à-fait dépourvues.

Celles qui sont dues à une protrusion qui s'effectue graduellement à travers une ouverture normale, ont un sac formé par le péritoine et par la plèvre.

Parmi celles qui reconnaissent pour origine un vice de conformation, les unes sont contenues dans des sacs, les autres en sont dépourvues.

Celles enfin qui sont dues à une déchirure, ne présentent jamais de sac.

Quant à l'espèce de hernie diaphragmatique, dans laquelle les viscères s'engagent à travers l'une des ouvertures naturelles du diaphragme, je n'en ai jamais observé d'exemple, et je crois qu'elle est extrêmement rare. Cela tient probablement à ce que l'intestin, pour se déplacer du côté du diaphragme, est obligé de remonter contre son propre poids. Et en effet, s'il existait à la partie inférieure de l'abdomen une ouverture pareille à celle qui livre passage à l'œsophage, des hernies se produi-

raient chez presque tous les individus. Ce qui confirme cette idée, c'est que la hernie diaphragmatique est moins fréquente chez l'homme que chez les quadrupèdes, lesquels offrent une direction du tronc plus favorable à la production de cette hernie.

Toutefois, Morgagni a rapporté des exemples de cette espèce de hernie. Il a décrit un cas dans lequel une partie du colon et une portion encore plus considérable de l'épiploon et du pancréas, s'étaient fait jour à travers l'ouverture destinée au nerf grand sympathique.

Dans un autre cas, rapporté par Morgagni, le malade qui fait le sujet de l'observation, avait été pris le matin d'une violente cardialgie, accompagnée de vomissemens fréquens et d'efforts de vomissemens tellement violents, qu'il succomba dans la nuit suivante.

On trouva dans le thorax une masse qui était formée par l'épiploon et l'intestin. La partie intestinale comprenait le duodenum, le jejunum et une partie de l'iléon; ces intestins étaient tellement distendus par des matières et des gaz, que le cœur et les poulmons étaient refoulés, de manière à n'occuper qu'un très-petit espace. La hernie s'était effectuée à travers l'ouverture œsophagienne, qui était considérablement dilatée et avait perdu toute espèce de résistance. (Morgagni, lettre 5A. article 13.)

La deuxième espèce de hernie diaphragmatique, celle qui est due à un vice de conformation du diaphragme, est une variété de hernie moins rare que la précédente.

Il n'est pas rare de trouver chez un fœtus qui a succombé presque immédiatement, après sa naissance, une très-large ouverture du diaphragme, permettant aux viscères les plus mobiles du ventre, de passer dans la cavité de la poitrine.

Il existe dans la collection de l'hôpital Saint-Thomas deux cas de cette espèce.

Sur la première de ces pièces, il existe une ouverture assez considérable pour permettre le passage des intestins grêles dans la cavité thoracique.

Sur l'autre, bien que le diaphragme ne présente pas une lacune moins étendue, une portion considérable de l'estomac avait fait hernie.

Dans chacun de ces cas, c'était dans la partie musculaire gauche du diaphragme, que siégeait le vice de conformation; aussi était-ce

dans le côté gauche de la poitrine, que les viscères avaient pénétré.

Deux cas de cette espèce ont été également rapportés par le docteur George Macauley, dans les *Medical observations and inquiries*, t. 1, p. 25.

*Observation 339.* — Dans le premier cas, il s'agissait d'un fœtus à terme, et d'un embonpoint remarquable. L'enfant, au moment où il vint au monde, eut des tressaillemens et des frémissemens, qu'on regarda comme des convulsions. Sa respiration était très-embarrassée, il resta quelque temps avant de pouvoir crier, et lorsqu'il le fit, ses cris avaient un timbre particulier. Au bout d'environ une demi-heure, il sembla revenir à la vie, et respira plus librement; mais il expira une heure et demie après sa naissance.

*Autopsie.* — L'estomac, la rate, une partie du pancréas et la plus grande partie des intestins se trouvaient dans la cavité gauche du thorax. Leur passage dans cette cavité s'était effectué à travers une ouverture anormale du diaphragme, ouverture placée à environ un pouce de l'ouverture œsophagienne.

Par suite du volume extraordinaire des parties contenues dans le côté gauche du thorax, le médiastin, le cœur, l'œsophage, et l'aorte descendante, étaient considérablement déviés à droite; le poulmon gauche était réduit au volume d'une petite muscade, et égalait à peine en volume le tiers du poulmon droit, bien que ni l'un ni l'autre ne fussent altérés dans leur tissu.

Les viscères abdominaux ayant été ramenés dans leur situation normale, on trouva dans le côté gauche du diaphragme, une large ouverture à travers laquelle les parties pouvaient passer librement dans le thorax.

D'après cette circonstance, aussi bien que d'après l'état des autres parties, il est extrêmement probable que dans ce cas il existait un vice de conformation primitif du diaphragme, car il n'y avait pas la plus légère trace de rupture ou d'inflammation, vers les bords de cette ouverture. Et le volume diminué du poulmon gauche, du cœur, du médiastin, ainsi que la déviation de ces organes vers le côté droit, paraissait être le résultat de l'accroissement graduel des viscères abdominaux déplacés, lesquels avaient participé au développement général du fœtus.

Dans le second cas, l'enfant était du sexe féminin; il respira d'abord avec de grandes difficultés, poussa un seul cri faible, eut, pendant environ trois quarts d'heure, une respiration suspirieuse et mourut. Ce cas diffère du premier, en ce que c'était dans le côté droit du thorax, que les viscères abdominaux avaient pénétré.

Les poulmons ne remplissant dans l'économie du fœtus aucune fonction essentielle à la vie, tant que les enfans qui présentent ce vice de conformation restent dans l'utérus, l'état imparfait de diaphragme ne compromet

en rien l'exercice des fonctions de la vie intra-utérine; aussi l'état de ces enfans reste-t-il parfaitement normal sous les autres rapports; mais aussitôt que la respiration a commencé, les viscères abdominaux peuvent être refoulés dans la poitrine, et peuvent comprimer les poulmons au point d'amener la mort en peu de temps.

Quand l'ouverture est étroite, elle n'entraîne pas des conséquences immédiatement fatales; elle devient, dans le principe, la source de quelques inconvéniens, qui s'accroissent avec le progrès de l'âge, et enfin, elle peut, ainsi qu'on l'observe pour toutes les autres hernies, devenir une cause de mort par l'étranglement des parties déplacées.

J'ai publié en 1798, dans les *Medical Records and researches*, deux cas, dans lesquels j'ai pu réunir à une histoire très-courte des symptômes, la description des lésions trouvées à l'autopsie. Cette lésion fut trouvée sur un cadavre apporté à l'hôpital Saint-Thomas pour les dissections.

*Observation 340.* — Sarah Homan, âgée de 28 ans, avait été depuis son enfance affectée de dyspnée; à mesure qu'elle avançait en âge, les efforts et la plus légère précipitation dans la marche, déterminaient de la douleur dans le côté gauche, une toux fréquente et une respiration extrêmement laborieuse; ces symptômes n'étaient accompagnés d'aucun autre signe de maladie. L'appétit était bon; il se développa même de l'embonpoint, et au premier aspect, la santé paraissait florissante.

Dans la famille chez laquelle elle vivait, on la soupçonnait d'indolence, et ses plaintes étant regardées comme de faux prétextes pour éluder ses devoirs. Elle fut forcée de se livrer à des travaux du genre le plus fatigant. Elle supporta patiemment ce genre de vie, quoique souvent, par suite de son travail exagéré, elle fût sur le point de tomber en défaillance; souvent, après un grand effort, elle était prise de douleur à la partie supérieure de l'abdomen, de vomissemens et d'une sensation de tiraillement dans le côté droit, sensation qu'elle rapportait toujours à l'estomac.

La cessation de ces symptômes était ordinairement subite, ainsi que leur apparition.

Parfois, après une souffrance très-vive mais qui ne durait que peu de temps, toute douleur et tout malaise cessaient, et cette femme reprenait ses occupations habituelles. A mesure qu'elle avançait en âge, les retours des attaques dont il vient d'être parlé, devenaient plus fréquens, et les accidens se prolongeaient plus de temps que dans les premières années de sa vie. Il lui devint enfin absolument impossible de travailler pour subvenir aux besoins de son existence.

Quelques jours avant sa mort, elle fut prise des symptômes ordinaires d'une hernie étranglée, vomissemens fréquens, constipation, douleur siégeant à la partie supérieure de l'abdomen, qui était tendu: comme ces symptô-

mes n'étaient accompagnés d'aucune tuméfaction locale qui indiquât l'existence d'une hernie, on pensa que ces accidens étaient dus à une péritonite, mais il y avait d'autres symptômes qui ne pouvaient point être attribués à cette cause, et qui jetaient beaucoup d'obscurité sur la véritable nature de la maladie semblant indiquer l'existence d'une lésion de l'intérieur du thorax.

La malade ne pouvait se coucher sur le côté droit, elle éprouvait dans le côté gauche une douleur continuellement accompagnée de toux, de dyspnée et de la sensation de tiraillement dont elle s'était plainte précédemment.

Les signes d'inflammation du ventre ainsi qu'un hoquet pénible, continuèrent sans relâche pendant trois jours, au bout desquels ces derniers symptômes s'amendèrent; mais les accidens qui existaient du côté du thorax, persistèrent avec autant de violence, et la malade expira.

C'était le quatrième jour depuis le début des accidens de la poitrine.

*Autopsie.* — A l'ouverture de l'abdomen, on trouva l'estomac et le lobe gauche du foie déviés à droite; en suivant le trajet des circonvolutions de l'intestin grêle, on les trouva dans leur place accoutumée. Mais des traces d'inflammation s'étendaient sous forme de lignes le long des surfaces par lesquelles les anses intestinales se touchaient. C'est l'aspect que présente à son début l'inflammation adhésive, et il est extrêmement probable que si la mort ne fût pas survenue aussi promptement, les anses intestinales auraient contracté des adhérences les unes avec les autres.

L'arc du colon, au lieu d'être dirigé transversalement d'un des reins à celui du côté opposé, avait été repoussé dans la cavité gauche de la poitrine, à travers une ouverture du diaphragme.

Le cœcum et le commencement du colon étaient considérablement distendus par des gaz, mais le colon descendant offrait des dimensions moindres que celles qu'il présente ordinairement.

Une petite partie seulement de l'épiploon put être retrouvée dans la cavité abdominale, une portion considérable de ce repli membraneux ayant fait hernie à travers l'ouverture qui avait livré passage à l'arc du colon.

Le déplacement de l'estomac et du lobe gauche du foie était la conséquence du changement de position du colon et de l'épiploon qui, dans leur déviation vers le diaphragme, occupaient la place de l'estomac et du foie.

Le poumon gauche n'avait pas plus du tiers de son volume ordinaire, il était refoulé à la partie supérieure de la cavité gauche du thorax, et avait contracté avec la plèvre costale des adhérences récentes. L'épiploon occupait la partie inférieure de la cavité gauche de la poitrine, placé entre le poumon et le diaphragme et flottant dans de la sérosité sanguinolente en quantité d'une pinte.

Le colon avait une couleur plus foncée qu'ordinaire; il était ramolli et distendu par des matières fécales, mêlées avec un mucus brunâtre.

La portion d'intestin contenue dans la poitrine, avait onze pouces de longueur; l'épiploon offrait une couleur un peu plus foncée qu'à l'ordinaire; à cela près, il n'avait subi aucune altération; il adhérait solidement au rebord de l'ouverture, et plus de la moitié de sa substance était contenue dans la poitrine.

L'ouverture du diaphragme siégeait dans la partie charnue de ce muscle à trois pouces de l'œsophage. Elle était circulaire, avait deux pouces de diamètre, son pourtour était poli mais offrait une épaisseur plus grande que celle que présentait le reste du muscle.

Le péritoine se terminait brusquement sur le rebord de cette ouverture, de sorte que les parties déplacées n'étaient pas contenues dans un sac, comme cela arrive dans les cas de hernie ordinaire: ils flottaient librement et sans enveloppe dans la cavité thoracique, dans laquelle ils occupaient assez d'espace pour comprimer très-fortement le poumon gauche.

Le côté droit de la poitrine et le poumon de ce côté n'offraient aucune altération.

Si l'on prend en considération la largeur de l'ouverture et le rôle important que joue le diaphragme dans l'acte de la respiration, il semble extraordinaire que cette maladie n'ait pas amené la mort à un âge moins avancé.

Mais il est probable que l'ouverture était petite dans le principe, et qu'elle avait été agrandie par le passage des viscères abdominaux. Avant d'être ainsi dilatée, elle était probablement oblitérée pendant l'inspiration ordinaire, par la pression de quelqu'un des viscères de l'abdomen, peut-être par l'épiploon, car cette membrane adhérait solidement à son pourtour. Mais dans les respirations plus profondes que provoquaient les efforts extraordinaires, les viscères abdominaux, au lieu de recouvrir simplement l'orifice, étaient forcés de s'y introduire, et se trouvaient ainsi comprimés par son rebord. De là, des symptômes peu graves d'étranglement, tels que les nausées, la douleur et la sensation de tiraillement, dont la malade s'était plainte si souvent.

Toutefois, la position de l'ouverture favorisait la descente, et par conséquent la rentrée dans l'abdomen des parties qui faisaient hernie. Aussi les symptômes, bien que fréquemment renouvelés, ne duraient-ils que peu de temps et disparaissaient-ils subitement.

Par suite de ces fréquentes protrusions, l'ouverture devint peu à peu plus large, ce qui rendit la malade plus sujette encore au renouvellement de la douleur et des nausées, parce que les viscères pénétraient dans la poitrine avec plus de facilité et en plus grande quantité.

Enfin, une plus grande quantité d'épiploon et d'intestin franchit l'ouverture. Le volume

considérable des parties déplacées s'opposa à leur retour. La pression du rebord de l'ouverture détermina de l'inflammation dans l'intestin hernié, et fit naître tous les symptômes ordinaires de la hernie étranglée. La pression des organes déplacés sur les poumons produisit la dyspnée, la douleur du côté gauche et la difficulté du décubitus sur le côté droit.

Le docteur Clarke a publié un cas semblable dans les *Transactions of the society for the improvement of medical and surgical knowledge*. Le docteur Monro jeune en a rapporté un, dans son traité sur la hernie crurale.

Le diagnostic de cette maladie est difficile; c'est par la présence simultanée des symptômes qui révèlent une hernie étranglée et de ceux qui indiquent une compression des organes contenus dans la poitrine, qu'on est conduit, jusqu'à un certain point, à asseoir un jugement en pareil cas, c'est-à-dire, par la réunion des vomissemens, de la constipation, du hoquet, de la douleur et de la tension de l'abdomen, avec la toux, la dyspnée et l'impossibilité de se coucher sur un des côtés.

Il y a peu à faire pour le soulagement de ces malades, lors même que l'affection serait bien reconnue. Tout ce qu'on peut faire, c'est de leur recommander fortement le repos, qu'ils sont déjà portés instinctivement à garder.

Si le vice de conformation du diaphragme n'est point accompagné d'un état défectueux du péritoine et de la plèvre, ces membranes fournissent une double enveloppe aux parties déplacées, ainsi qu'on le voit dans le cas suivant. Ce cas diffère du précédent, en ce que la hernie était à droite, qu'il n'y avait pas d'étranglement, et que les viscères étaient renfermés dans un sac.

*Observation 341.* — En octobre 1796, M. Bowles ouvrit le cadavre d'un homme âgé de 50 ans, qui était mort à la suite de vomissemens, après avoir pris un émétique, et chez qui les viscères abdominaux offraient une disposition anormale.

On ne pouvait voir qu'une petite portion de l'épiploon. L'extrémité droite de l'épiploon et l'arc du colon avaient entièrement disparu. On trouva, dans la cavité droite de la poitrine, un sac beaucoup plus volumineux qu'une balle de paume (*tennis ball*) qui contenait l'extrémité droite de l'épiploon et l'arc du colon. Ce dernier formait plusieurs circonvolutions.

Le sac était formé par la plèvre et le péritoine réunis. Son orifice était placé à une petite distance du côté droit du cartilage xiphoidé. Il y avait, en cet endroit, une absence de fibres dans le corps charnu du diaphragme, en rapport avec le volume du sac. Les parties qui formaient cette hernie n'offraient aucune trace d'inflammation; elles étaient libres d'adhérence, soit entre elles, soit avec le sac, et pouvaient être ramenées sans difficulté dans la cavité abdominale.

Le poumon droit, comprimé par la tumeur à sa partie antérieure et inférieure, avait

perdu beaucoup de son volume. Les autres viscères thoraciques étaient sains.

L'estomac renfermait dans sa cavité une grande quantité de pois, que le malade avait ingérés immédiatement avant la mort. La membrane muqueuse de l'estomac était colorée par un mucus d'une couleur foncée, qui, étant enlevé, laissait voir la muqueuse de l'extrémité gauche violemment enflammée. Cet aspect était dû probablement aux efforts violents produits par l'émétique, qui parurent être la cause de la mort.

M. Bowles ne put rien apprendre d'important sur l'histoire de cet homme, si ce n'est qu'à diverses époques il avait éprouvé des accès d'asthme qui s'expliquent facilement par les résultats de l'autopsie. Les renseignemens antérieurs n'apprirent point que le malade eût souffert une violence extérieure capable de produire un tel déplacement.

Il paraît donc probable que la hernie était due à un vice congénital de conformation.

Une plaie ou une déchirure du diaphragme constitue la troisième cause de hernie diaphragmatique. Les plaies faites avec une petite épée, ont été les causes les plus fréquentes de cette maladie. Les plaies faites au diaphragme ne pouvant s'oblitérer par la pression des viscères abdominaux, il se fait aussitôt une hernie qui augmente peu à peu le diamètre de l'ouverture, au point de rendre le passage facile à une grande quantité d'intestins. Mais des armes de cette espèce étant très-peu portées en Angleterre, de telles plaies s'y rencontrent très-rarement.

Le seul accident que j'aie vu produire cette hernie, est une déchirure du diaphragme occasionnée par la fracture de plusieurs côtes.

*Observation 342.* — William Rattley, âgé de 30 ans, fut admis à l'hôpital de Guy le 5 février 1804. Il avait joui jusque-là d'une très-bonne santé. Etant occupé à peindre le mât d'un vaisseau, il était tombé de trente-six pieds de haut. Son dos avait porté sur le rebord de la pompe, et il s'était fracturé les six dernières côtes.

Les symptômes étaient très-graves: respiration difficile; douleur excessive dans l'hypochondre droit; crépitation dans la région dorsale au niveau des côtes fracturées; emphysème dans la même région.

Le malade fut reçu à une heure après-midi: il eut dans la soirée des vomissemens violents et un hoquet fréquent, et le lendemain matin, à huit heures, il expira.

*Autopsie.* — A l'ouverture du thorax, pratiquée par M. Travers, les poumons ne présentèrent aucun aspect anormal, à cela près de quelques légères et récentes adhérences à la plèvre du côté droit, et d'une ouverture petite et partielle à la partie postérieure et inférieure du poumon droit. En abaissant la face supérieure du diaphragme, on découvrit une anse intestinale d'une couleur livide, et, en continuant l'examen dans la cavité de l'abdo-

men, on vit une portion de l'intestin, que l'on reconnut être l'iléon, qui remontait derrière le foie, et pénétrait dans la cavité de la poitrine, à travers une large ouverture du diaphragme.

Cette ouverture, qui paraissait comme déchirée, était située à deux pouces environ du centre aponévrotique du diaphragme, dans la portion charnue du muscle et à son côté droit. L'ouverture était comblée par l'intestin, autour duquel existait une constriction très-serrée. L'intestin avait été étranglé par le muscle lui-même, et sa lividité, neuf heures seulement après l'accident, semblait attester que l'étranglement avait été porté à un point extraordinaire.

La déchirure du diaphragme avait été causée par un fragment de la dixième côte, qui avait traversé le muscle dans le moment de l'expiration; dans l'inspiration, le muscle s'était dégagé de la pointe du fragment de côte, de manière à laisser libre l'ouverture à travers laquelle l'intestin avait fait hernie.

Sous tous les autres rapports, les viscères ne paraissaient que peu altérés dans l'abdomen. Mais une pinte environ de sérosité sanguinolente existait dans les deux cavités.

Observation 343<sup>e</sup>, communiquée par M. James Simpson. — Le malade était âgé de 20 ans. Il fit une chute de six pieds de haut, sur le côté gauche. Il se manifesta aussitôt, dans cette région, une douleur accompagnée d'efforts de vomissemens fréquens et douloureux. De temps en temps, il rejetait les matières qui étaient contenues dans son estomac, particulièrement quand il avait pris une boisson délayante. Le pouls était très-foible; quelques jours après l'accident, il devint à peine sensible. Les extrémités étaient très-froides; le malade était très-agité; il n'y avait de selles qu'au moyen de lavemens purgatifs; la respiration était difficile.

L'accident était arrivé le 3 avril 1811, et le malade avait été apporté à l'hôpital vingt-quatre heures après. Les symptômes indiqués, qui existaient depuis le moment même de l'accident, allèrent en augmentant jusqu'au 8 du même mois, époque de la mort.

Autopsie. — On trouva, dans la portion aponévrotique du diaphragme, une rupture, d'environ trois pouces de long, à travers laquelle l'estomac et une partie du duodenum avaient fait hernie dans la cavité du thorax, ce qui fortifie l'opinion que la partie charnue de chaque muscle est décidément la plus résistante pendant la vie, quoique sur le cadavre...

(1) Dans le dix-neuvième volume de l'Edinb. med. and surg. journ. est rapporté un cas qui s'est présenté à l'observation de M. Macfadyen, de Glasgow, et dans lequel l'estomac, l'épiploon et l'arc transverse du colon faisaient hernie dans la cavité du thorax, à travers une ouverture du centre aponévrotique du diaphragme. Les symptômes d'étranglement survinrent immédiatement après l'ingestion d'une grande quantité de liquide froid. Mais la déchirure du diaphragme fut attribuée (ce qui paraît rationnel) à une chute très-violente que le malade avait faite un an auparavant.

vre elle soit souvent la plus faible. L'estomac était considérablement distendu; et paraissait remplir toute la cavité gauche du thorax. Le poumon de ce côté avait beaucoup perdu de son volume; ses mouvemens, ainsi que ceux du cœur, avaient dû être considérablement gênés. Les intestins grêles et les gros étaient affaissés, excepté la partie du duodenum qui était renfermée dans le thorax. Il y avait, sur la partie convexe de l'estomac, une petite tache gangréneuse, qui provenait de la pression qu'avait exercée le diaphragme sur ce point. Il n'y avait aucune trace extérieure de lésion (1).

Observation 344<sup>e</sup>, recueillie par M. Leacock. — James Morton, forgeron, âgé de 49 ans, fut reçu le 15 janvier 1815, dans l'infirmerie d'Edimbourg, éprouvant dans l'abdomen, et particulièrement à la région épigastrique, une douleur vive qui était augmentée par la pression la plus légère ou par les mouvemens du corps. Il vomissait aussi tout ce qu'il prenait. Frissons; syncopes imminentes au plus léger mouvement; expression de douleur répandue sur le visage; l'attitude habituelle du malade était le décubitus sur le côté, les genoux étant fléchis et rapprochés de l'abdomen; la respiration était précipitée et anxieuse; pouls à 60, très-petit et faible; langue nette et sèche; soif excessive; les selles étaient normales; pas d'urine depuis plusieurs heures; transpiration.

La douleur de l'épigastre durait depuis quatre ou cinq heures. Au moment où elle commença, le malade prit un verre de whisky, qui lui fit éprouver un soulagement momentané. Toutefois les vomissemens revinrent promptement; la douleur reparut plus vive qu'auparavant et augmenta graduellement. Il ne reconnaissait à ses douleurs aucune autre cause que d'avoir bu de l'eau forte le soir de la veille. Il n'avait pris d'autre médicament qu'un purgatif salin, qu'il avait vomi. (Saignée de vingt onces; huile de ricin, une once; lavement.)

A huit heures après midi, la douleur n'était que peu soulagée, si même elle l'était. Elle s'était étendue à tout l'abdomen. Les vomissemens avaient cessé; le pouls était un peu plus plein; la soif était encore vive. Une évacuation alvine; peu abondante fut produite; le malade avait bien supporté la saignée; elle fut répétée. Un vésicatoire fut appliqué sur tout l'abdomen; le lavement fut renouvelé et la décoction d'avoine employée comme boisson.

A midi, la douleur n'était point diminuée, bien que le malade parût supporter mieux la pression, et que sa physionomie exprimât moins de souffrance. Les jambes étaient moins lé-

chies, et le malade pouvait se remuer facilement. Le vomissement se renouvelait de temps en temps; le pouls était à 134, plus plein et plus fort; mais il n'y avait point de selles.

Après une saignée de seize onces, tendance à la syncope; le sang n'était pas couenneux. La saignée fut renouvelée, ainsi que le lavement. La potion suivante fut administrée en quatre doses, d'heure en heure:

Eau de menthe, huile de ricin, ʒaa ʒiʒ.

Eau de potasse, goutte X.

Fiat mixtura.

Le 16, à huit heures du matin, le malade mourut.

On lui avait tiré seize onces de sang, qui n'avait point fourni un caillot contracté et couenneux. Pendant la nuit, il avait été agité et avait rendu par le rectum une petite quantité de matière noirâtre.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouva l'estomac énormément distendu; la rate était couchée sur sa partie antérieure et supérieure, immédiatement au-dessous du cartilage xyphoïde, mais un peu à gauche.

A un examen plus attentif, on trouva que l'estomac était complètement contourné sur lui-même; que l'extrémité cardiaque, avec la rate attachée à cette extrémité, avait été portée du côté droit, et que le pylore se trouvait à peu près dans la situation du cardia. La face anté-

rieure de l'estomac était ainsi devenue postérieure.

La portion pylorique, l'arc du colon et l'épiploon ne se trouvaient point dans la cavité abdominale. En enfonçant le doigt au-dessous de la petite courbure de l'estomac, on crut reconnaître qu'une partie des intestins avait fait hernie à travers le diaphragme.

En effet, après avoir ouvert la cavité gauche du thorax, on aperçut dans la portion musculaire gauche du diaphragme, près des vertèbres, une ouverture d'environ deux pouces de diamètre, à travers laquelle s'étaient échappés la moitié de l'extrémité pylorique de l'estomac, tout l'arc du colon, et l'épiploon. Ces parties étaient en contact avec le poumon et le péricarde, et offraient les traces d'une vive inflammation. Le colon offrait l'aspect noirâtre qu'il offre ordinairement dans la hernie étranglée. L'épiploon avait contracté quelques adhérences avec les bords de l'ouverture du diaphragme. Les autres viscères étaient libres.

L'estomac contenait environ soixante-dix à quatre-vingts onces d'un liquide noir, d'une fétidité particulière, dans lequel nageaient des fragmens qui étaient probablement du fromage non digéré. Les autres viscères étaient sains. Le poumon gauche avait perdu beaucoup de son volume; mais son tissu paraissait sain. Il y avait quelques onces de liquide dans la cavité gauche de la poitrine.