rent tenus rapprochés par des points de suture et des bandelettes agglutinatives.

A neuf heures du soir, il n'y avait point eu de vomissemens depuis l'opération; le hoquet et la douleur abdominale avaient diminué considérablement. On observait encore un peu de tympanite autour de l'ombilic. Pouls dur, à 108; pas de selles. (*Saignée de 12 onces; cataplasme sur la plaie; extrait de jusquiame*, 10 *grains, avec carbonate d'ammoniaque*, 6 *grains; un lavement le matin.*)

A six heures, il y avait eu quatre selles copieuses. Bien que le malade eût dormi pendant long-temps, et que sa nuit eût été assez bonne, après les évacuations alvines, cependant tous les symptômes alarmans et même les vomissemens stercoraux, se renouvelèrent avant que vingt-quatre heures se fussent écoulées. Malgré tous les soins possibles, il mourut, le 7, quarante-huit heures après l'opération.

Autopsie. — On trouva environ douze onces d'un liquide séro-purulent dans la cavité abdominale. Le péritoine offrait des traces très-légères d'inflammation. L'épiploon était réuni en une masse volumineuse, irrégulière, épaisse, noirâtre, et se trouvait presque en totalité dans le sac herniaire du côté droit. Plusieurs ulcérations et plusieurs petites collections purulentes existaient à sa surface. La partie renfermée dans le sac était en partie gangrénée. Le colon, intimement uni à la masse épiploïque, était amené presque en contact avec l'anneau abdominal, et était situé en travers de cette ouverture. L'intestin n'adhérait point aux parois abdominales, ni à l'anneau: mais il était tellement fixé en bas et tellement adhérent à l'épiploon déplacé et altéré, qu'il sembla, au premier coup d'œil, que son calibre était considérablement diminué. Lorsque cette adhérence eut été détruite, la diminution apparente disparut.

Le sac herniaire du côté gauche avait une capacité considérable; ses parois étaient très-épaissies; l'anneau inguinal était très-dilaté. Mais aucune portion de l'épiploon n'adhérait à ce dernier.

Si l'on compare les détails de l'histoire de l'épiplocèle du côté gauche, chez ce malade, avec ceux de l'affection semblable, du côté droit, on verra qu'il existait une grande ressemblance entre les deux tumeurs, sous le rapport du volume et des autres caractères extérieurs, et même, entre les deux cas, sous le rapport de la marche des symptômes. La première fois, la maladie marcha plus lentement; les symptômes locaux et généraux furent moins pressans: l'inflammation abdominale fut moins étendue, et la suppuration du sac plus complète. Le malade était donc dans de meilleures conditions pour supporter l'opération. Mais, même la seconde fois, bien que l'espoir du succès eût été moins fondé, cependant, l'urgence incessamment croissante des symptômes; cette circonstance, que l'inflammation avait débuté dans la tumeur et s'était propagée de là dans l'abdomen; l'insuccès complet du traitement antiphlogistique, tant local que général; les raisons qu'on avait de croire qu'une partie des symptômes alarmans pouvaient dépendre d'une portion nouvelle d'épiploon récemment déplacée et devenue étranglée, ou de la présence d'une anse intestinale dans la hernie; le succès marqué de l'opération qui avait été pratiquée à gauche, deux ans et demi auparavant; toutes ces considérations portèrent les médecins, présens à la consultation, à recommander l'opération comme la seule ressource que l'art pût offrir. Si l'inflammation abdominale avait été moins étendue, le résultat de l'opération aurait peut-être été plus heureux. Toutefois, celle-ci, loin d'aggraver les symptômes, les amenda, pour un court espace de temps, à un tel point que l'on put concevoir de trompeuses espérances. L'opération aurait pu aussi remédier à la position anormale du colon, si l'état des parties avait permis de détruire les adhérences qui existaient au pourtour de l'anneau. Il fut impossible d'en agir ainsi; et, à raison de l'état du malade, ainsi que de l'étendue et de l'étroitesse des adhérences, il n'y avait qu'un parti à prendre, qui consistait à laisser l'épiploon dans la plaie, et à en éloigner toute cause de constriction et de compression.

Je m'attendais à trouver aussi une portion d'épiploon adhérente avec l'anneau inguinal gauche. On ne peut s'expliquer l'absence complète d'adhérences de ce côté, qu'en admettant que la suppuration du sac herniaire, qui avait isolé la masse volumineuse d'épiploon irréductible que j'avais enlevée avec le bistouri, trois semaines après l'opération, avait, par le même mécanisme, pendant le travail de cicatrisation de la plaie, détruit les adhérences qui unissaient l'épiploon à l'anneau, et permis le retour du premier dans l'abdomen. Dans la suite, l'application constante du bandage s'opposa à ce que l'épiploon reparût à cette ouverture.

HERNIE MÉSENTÉRIQUE

ET

HERNIE MÉSOCOLIQUE,

Le mésentère se compose de deux feuillets du péritoine entre lesquels sont placés les vaisseaux sanguins, les absorbans et les nerfs qui se distribuent à l'intestin grêle. Les deux feuillets de ce repli membraneux sont unis ensemble par un tissu cellulaire très-peu résistant.

Si, par suite d'une violence extérieure, d'un coup sur l'abdomen, par exemple, un de ces feuillets vient à se rompre, l'autre restant intact, l'intestin sera poussé à travers l'ouverture, et formera (du moins d'après l'idée que je me fais de cette maladie) une véritable hernie, puisqu'il aura éprouvé un déplacement hors de la cavité qui lui est propre.

Cette variété de hernie peut encore être la conséquence d'un vice de conformation congénital, par suite duquel existe, dans l'un de ces deux feuillets, une ouverture ou une lacune anormale.

Je ne puis déterminer au juste laquelle de ces deux conditions est la cause de cette maladie; mais je suis porté à croire qu'elle tient à un vice de conformation congénital, plutôt qu'à une déchirure accidentelle, car, dans le cas que j'ai observé, il n'existait aucune trace de violence antérieure, et les parties, sauf l'existence de la hernie, conservaient leur aspect normal.

Quel que soit le mécanisme suivant lequel s'effectue cette maladie, il est bien propre à montrer tout le degré de pression que les intestins exercent sur chacun des points de la cavité qui les renferme. Si cette pression n'était pas très-puissante, comment se ferait-il que tous les intestins grêles, chassés hors de leur position naturelle, s'engageassent à travers une petite ouverture située dans une membrane mobile et flottante.

Il est vrai qu'une fois que la hernie commence, il n'est pas difficile de concevoir comment elle s'accroît suffisamment pour que la totalité de l'intestin grêle en fasse partie: car le tissu cellulaire qui unit les deux feuillets n'a pas assez de résistance pour lutter contre une pression tant soit peu considérable.

Observation 359e. — J'ai observé cette variété de hernie sur un sujet destiné aux dissections et qui avait été apporté pour M. Richard Pugh, à l'hôpital Saint-Thomas. Le malade avait été à l'hôpital de Guy dans le service de M. Forster, et avait subi une amputation. Il paraissait avoir environ 55 ans.

L'abdomen étant ouvert, et l'épiploon ainsi que le colon ayant été soulevés, on n'aperçut point l'intestin grêle; mais à la place qu'il occupe dans le milieu de l'abdomen, on trouva une tumeur située sur les vertèbres lombaires, et s'étendant en bas jusqu'à la base du sacrum.

Lorsque cette tumeur fut ouverte, on reconnut qu'elle consistait en un sac qui contenait tout l'intestin grêle à l'exception du duodénum. Ce sac était formé par le péritoine qui entourait de toutes parts les intestins, excepté en arrière, où existait une petite ouverture à travers laquelle ceux-ci avaient passé.

En suivant le trajet de l'intestin, depuis l'estomac jusqu'à l'anus, on reconnut que le jéjunum passait dans le sac à la partie postérieure, et que l'iléum franchissait la même ouverture, en se portant à droite et en descendant vers l'aine droite, pour se continuer comme à l'ordinaire avec le gros intestin. J'injectai les vaisseaux mésentériques qui ont été conservés par dessiccation sans qu'on les ait disséqués. Mais l'absence de tunique péritonéale permet de les voir aussi distinctement que s'ils avaient été soumis à une dissection minutieuse.

Je n'ai pas pu savoir à quels phénomènes cette situation anormale des intestins avait donné lieu pendant la vie. On prit toutes les informations possibles, mais rien, pendant le séjour du malade à l'hôpital, n'avait pu faire soupçonner une lésion dans l'abdomen.

D'après l'état d'incarcération dans lequel se trouvaient les intestins renfermés dans le sac, je suis naturellement conduit à penser que les mouvemens péristaltiques des intestins avaient dû être moins libres qu'à l'ordinaire, et cet état d'engourdissement et de torpeur avait dû être souvent une cause de constipation. Mais, si tel avait été le résultat de cette disposition des intestins, jamais la gêne n'avait été portée au point de déterminer de l'inflammation, car les tuniques intestinales ne présentaient aucun épaississement, et les intestins n'avaient contracté aucune adhérence soit entre eux, soit avec le sac.

Observation 360e. — En ouvrant l'abdomen d'un sujet apporté pour les dissections, l'épiploon et les gros intestins ayant été renversés, on trouva, du côté gauche, une tumeur volumineuse dont la partie supérieure reposait contre le rein gauche, et qui, s'étendant en bas vers le rebord du bassin, était circonscrite à sa partie inférieure, par la concavité de la courbure sigmoïde du colon.

Le gros intestin conservait sa situation accoutumée dans l'abdomen. Toutefois le cœcum et le commencement du colon étaient

plus rapprochés de la partie centrale de cette cavité.

Du côté gauche, le colon était placé entre la tumeur et les muscles abdominaux, et la tumeur s'étendait depuis la fin de son arc transverse jusqu'à sa courbure sigmoïde: le duodénum, une petite partie du jéjunum et la fin de l'iléon étaient les seules parties de l'intestin grêle qui ne fussent pas cachées; toutes les autres portions de l'intestin grêle qui ne se voyaient pas à l'ouverture de l'abdomen, étaient renfermées dans la tumeur.

L'ouverture à travers laquelle les intestins avaient passé dans la tumeur, était située au côté droit de l'abdomen, et offrait des dimensions plus que suffisantes pour permettre le passage de deux anses intestinales, même dans leur plus grande distention, aussi l'intestin grêle fut-il retiré de l'intérieur du sac avec beaucoup de facilité. Le sac s'était formé entre les deux feuillets du mesocolon. L'orifice, qui avait livré passage aux intestins, siégeait dans la portion droite du feuillet antérieur. Le sac avait assez de capacité pour renfermer tout l'intestin grêle dans un état de demi-distention L'orifice du sac était formé, dans les deux tiers de son pourtour, par le péritoine seul, et, dans l'autre tiers, par une branche de l'artère mésentérique inférieure. La portion de péritoine qui formait le sac, était un peu plus épaisse que celle qui tapissait les muscles abdominaux; mais, somme toute, elle avait subi, sous ce rapport, moins d'altération que je ne l'aurais supposé d'après le degré de pression auquel elle avait été soumise.

L'ouverture du sac était assez étendue pour permettre à une partie des intestins de rentrer dans la cavité abdominale, lorsqu'ils étaient fortement distendus par des gaz ou par des alimens. Mais si, par suite de la pression qu'il avait à supporter, l'orifice se fût ou épaissi ou resserré, le malade aurait pu être exposé à des accidens d'étranglement.

Du reste, ces accidens ne doivent survenir que bien rarement dans l'espèce de hernie dont il s'agit, car le resserrement et l'épaississement d'un sac herniaire sont généralement produits par une pression qui s'exerce à l'extérieur du sac, et qui fait effort contre la pression qui agit de dedans en dehors.

C'est par ce mécanisme que quelquefois, dans la hernie inguinale, le sac se resserre au niveau de l'anneau abdominal ou de l'inguinal. Mais, dans la hernie mésentérique, il n'y a que la simple épaisseur du péritoine qui résiste à la pression du dedans, et l'orifice du sac oppose aux intestins si peu de résistance, qu'il n'est guère probable que ces viscères puissent exercer sur l'orifice une compression considérable.

Dans le cas que je viens de rapporter, il ne s'est présenté aucune particularité qui pût porter à croire que la hernie eût jamais donné lieu à des symptômes d'étranglement. Il est probable aussi, d'après l'examen des parties, que l'individu chez lequel existait cette hernie, n'avait pas éprouvé autant de gêne dans les fonctions des intestins que celui qui fait le sujet de l'observation précédente, car le passage à travers l'ouverture du sac était complètement libre; mais nous eûmes à regretter dans ce cas, comme dans le précédent, de n'avoir pu connaître les symptômes que la hernie avait produits.

ÉTRANGLEMENT INTERNE.

L'étranglement des intestins, à l'intérieur de l'abdomen, peut être le résultat des trois causes suivantes:

1° L'existence dans l'épiploon, dans le mésentère, dans le mésocolon, d'ouvertures à travers lesquelles l'intestin fait hernie.

2° La formation d'adhérences qui se sont établies à la suite d'une inflammation, et qui laissent une ouverture dans laquelle reste engagée une portion de l'intestin.

3° L'existence de ces brides membraneuses qui se forment à l'orifice des sacs herniaires, brides qui, s'allongeant par la sortie et la rentrée fréquente des viscères déplacés, peuvent entourer l'intestin de manière à en déterminer l'étranglement à l'intérieur de l'abdomen, après qu'il a été réduit.

Observation 361 *, *communiquée par M. Henri Jones Palmer. Etranglement produit par des ouvertures existant dans l'épiploon.*—Le 22 avril 1804, je fus appelé auprès de madame Ann Davis, qui avait été prise, le jour précédent, de vomissemens bilieux suivis immédiatement de l'impossibilité la plus complète de retenir dans l'estomac aucune substance, soit solide, soit liquide; cette dame ne ressentait qu'une douleur légère à la région épigastrique; le pouls était fréquent et petit, la peau était un peu chaude; il y avait une tension considérable de tout l'abdomen, et, depuis plusieurs jours, les évacuations alvines étaient totalement supprimées.

Le premier objet, en de telles circonstances, était d'obtenir un libre passage à travers les intestins; et, dans ce but, je prescrivis un lavement laxatif qui produisit très-peu de résultat: en conséquence je prescrivis un autre lavement purgatif plus énergique et une médecine apéritive.

Le lendemain matin, la malade était à peu près dans le même état; le ventre était encore tendu et non dépressible; les purgatifs n'avaient produit aucun résultat. La malade continuait à vomir tout ce qu'elle prenait.

Le docteur Blount ayant été appelé en consultation, fut d'avis de continuer les mêmes purgatifs, et de renouveler de temps en temps les lavemens; on employa aussi l'huile de ricin, soit seule, soit combinée avec le séné et le jalap; mais tous ces moyens n'amenèrent pas le plus léger soulagement.

Le bain chaud, les potions salines à l'état d'effervescence, des applications opiacées sur l'estomac furent employés à plusieurs reprises, dans l'espoir que l'on parviendrait, à l'aide de ces moyens, à diminuer les vomissemens continuels, si même on ne les faisait pas cesser complètement. Tout fut sans succès.

La malade resta dans cet état fâcheux sans éprouver à peine quelque rémission d'un instant, jusqu'au moment où son état empira d'une manière évidente. Une quantité considérable de matières fécales fut rendue par le vomissement; le pouls devint fréquent, précipité et filiforme; les extrémités froides; les parois abdominales étaient plus flasques et moins résistantes. Bien que la mort fût imminente, je crus devoir employer comme dernières ressources des cordiaux et de l'éther; ils furent rejetés à l'instant même; et bientôt la malade expira.

Autopsie.—A l'ouverture de l'abdomen, nous éprouvâmes, au premier moment, quelques difficultés à reconnaître le siége précis de la maladie, ce qui dépendait de l'affaissement des intestins. Mais, à un examen plus attentif, on trouva dans le mésentère une ouverture qui formait l'étranglement et qui renfermait la partie inférieure de l'iléum. Cette circonstance expliquait suffisamment l'issue funeste de la maladie dans ce cas.

Monro a rapporté un cas semblable dans son ouvrage sur la hernie crurale.

Observation 362 *, *communiquée par Richard Croakes.* — Le jeudi matin, 23 février 1804, je fus appelé à environ une heure du matin, pour voir M. Wade, fermier, âgé de 80 ans, d'une constitution grêle, et qui néanmoins avait joui précédemment d'une bonne santé, et avait mené une vie très-active.

Il se plaignait d'une douleur très-aiguë dans l'abdomen, principalement vers la région ombilicale. Cette douleur était survenue, il y avait près de trois ou quatre heures, sans nausées ni fièvre.

Le malade attribuait l'apparition de cette douleur à l'ingestion d'un peu de jambon qu'il avait pris à son dîner, le jour précédent, et qui n'avait pas été suffisamment bouilli.

Ne pouvant découvrir aucune autre cause à cet accident, j'attribuai à la même cause que le malade les accidens qu'il éprouvait.

Dans les informations que je pris après à la mort du malade, j'appris que la veille du début des accidens, il avait fait, au moment où il montait à cheval, une chute dont il ne s'était pas plaint au moment même. Comme il n'avait point vomi, je pensai qu'il était préférable, eu égard à son âge avancé, de ne point lui donner d'émétique, et je ne le saignai point par le même motif. Mais je lui administrai une mixture purgative. Vers midi, je fus appelé de nouveau, et la personne qui vint me chercher m'apprit qu'il avait tout vomi. Alors je lui donnai le tartre stibié : mais il ne rendit que le vomitif. Je prescrivis alors un lavement qui agit abondamment. Mais la douleur et les nausées continuaient. J'administrai alors deux grains d'opium, et je lui laissai quelques pilules renfermant chacune 4 grains de calomel, à prendre toutes les deux heures, jusqu'à effet purgatif. Mais à mon retour, il avait rendu tout ce qu'il avait pris. Je fus appelé de nouveau pendant la nuit, et je revins accompagné du docteur Dow qui prescrivit un bain chaud, et réitéra la mixture purgative, mais sans plus de succès qu'auparavant. (*Bains de pieds*; *lavemens*; *huile de ricin*; *large vésicatoire sur l'abdomen*; *mixture effervescente.*)

Nous eûmes ensuite recours au mercure à l'état métallique que nous administrâmes en grande quantité; mais les vomissemens continuèrent encore; le samedi matin, le docteur Dymond vit le malade. En ce moment, celui-ci se trouvait beaucoup mieux, et on craignit que la gangrène ne se fût établie. Le malade mourut à onze heures du soir, le 25.

Autopsie.—L'épiploon était considérablement tiré vers l'estomac, et une portion de l'intestin grêle était gangrénée. A un examen ultérieur, on reconnut que cet état gangréneux avait été causé par la hernie de l'intestin à travers l'épiploon, hernie qui avait été suivie d'étranglement. Les intestins étaient complètement vides de matières dures, et étaient dans leur état naturel, excepté au niveau de l'étranglement. Je retrouvai aussi le vif argent au-dessus de l'étranglement; il n'en avait passé qu'une très-petite partie.

Observation 363e, *communiquée par M. Hodson.* — *Étranglement interne par la seconde des causes indiquées ci-dessus.* — Un jeune homme d'environ 20 ans fut affecté d'entérite à la suite d'un bain pris dans un moment où il était échauffé après avoir joué à la crosse. Les symptômes d'entérite furent modérés, disparurent promptement par les moyens ordinaires, et le malade parut entrer promptement en convalescence. Dans ces conjonctures, il fut pris de vomissemens immédiatement après son dîner, ce qu'il attribua à ce qu'il avait pris du porter. Les nausées continuèrent, malgré tout ce qu'on put lui donner pour le soulager. Cet état s'accompagna de constipation absolue, et il mourut en peu de jours, présentant au plus haut degré les symptômes auxquels sont en proie ceux qui meurent par suite d'une hernie étranglée.

Autopsie. — On reconnut qu'il s'était établi entre l'épiploon et le péritoine, près du ligament de Poupart, une adhérence au-dessous de laquelle avait passé une partie de l'intestin. Ce dernier avait éprouvé un commencement d'étranglement qui avait entraîné l'oblitération de sa cavité.

Le docteur Highton m'a appris aussi qu'il avait été appelé par M. Fearon, chirurgien dans les Adelphes, pour examiner les intestins d'une personne qui avait succombé avec tous les symptômes d'un étranglement intestinal. Il trouva que l'appendice cœcal qui était plus long que de coutume, avait contracté des adhérences par son extrémité, avec la surface d'une portion d'iléum qui en était la plus voisine, ce qui avait formé une gance ou doublure dans laquelle une portion d'intestin avait passé et s'était étranglée.

Observation 364e.—*Étranglement par des brides membraneuses.* —Richard Saxton, âgé de 85 ans, fut pris, le 14 février 1805, de douleurs dans les intestins; cette douleur qu'il avait déjà ressentie plusieurs fois auparavant, différait cette fois de ce qu'elle avait été dans les attaques précédentes. La douleur continuant à s'accroître, M. Weston fut appelé le 15; mais il ne put voir le malade que le 16. Celui-ci se plaignait d'une vive douleur dans l'abdomen et avait des vomissemens fréquens; l'abdomen était distendu. En palpant l'aine droite, M. Weston découvrit une hernie qu'il comprima et qui se réduisit en peu de temps.

On prescrivit un purgatif et un lavement qui ne produisirent aucun effet, et le malade mourut au bout de quelques heures.

Autopsie. — L'intestin était réduit; mais une bride membraneuse embrassait deux de ses circonvolutions qu'elle étranglait.

L'intestin grêle était considérablement distendu au-dessus de l'étranglement qui portait sur l'iléum. Une partie de la portion étranglée était très-altérée dans sa couleur. On trouva de l'autre côté une hernie épiploïque irréductible (1).

(1) La fréquence relative des obstructions fécales, par des causes mécaniques, dans l'abdomen, et leur terminaison ordinairement fatale, donnent à ce chapitre une grande importance.

L'opportunité d'une opération chirurgicale, en pareil cas, doit être déterminée d'après les considérations suivantes :

1° Les symptômes qui caractérisent un étranglement interne par cause mécanique sont-ils assez marqués pour nous permettre d'être certains de son existence ?

2° L'opération qui consiste à ouvrir la cavité abdominale est-elle généralement suivie d'effets propres à nous en détourner ?

Observation 365e, *communiquée par M. Dalrymple.* — *Étranglement de l'intestin par une bride membraneuse.* — Le 20 avril 1811, un jeune homme de vingt-six ans, de complexion délicate et grêle, fut pris dans le milieu de la nuit, après un souper copieux, de vives douleurs d'estomac et des intestins, accompagnées de nausées et de crampes dans les mollets. Quatre heures après l'invasion des symptômes, il vomissait son souper indigeste de raves; mais les douleurs du ventre et des mollets avaient tellement perdu de leur insensité qu'il se croyait atteint d'une simple indigestion et qu'il s'excusait auprès du médecin de l'avoir fait venir si matin. Une heure auparavant, il avait eu deux évacuations alvines. Le pouls était petit et fréquent, mais très-mou; la langue était couverte d'un léger enduit blanchâtre; la peau était un peu refroidie; le ventre n'offrait ni dureté, ni sensibilité au toucher; mais des sensations singulières étaient rapportées à la région ombilicale, et la face offrait une expression d'anxiété dont les symptômes actuels ne pouvaient rendre compte. (*Abstinence absolue de toute espèce de stimulans*; *panades et bouillons légers*; *solution de sulfate de magnésie dans l'eau de menthe avec cinq gouttes de laudanum, toutes les trois heures.*)

A midi, amélioration, cessation des nausées, pouls presque naturel.

Dans la soirée, une nouvelle selle fut suivie d'un amendement marqué dans la sensation singulière que le malade percevait au niveau de l'ombilic. (*Pilules avec calomel gr. ij et opium, gr.* 1/2.)

Le 21, le malade avait dormi quatre heures pendant le commencement de la nuit, et était resté calme ensuite. A neuf heures du matin,

3° Quand les parties sont mises à nu, leur état est-il tel qu'on puisse espérer que la destruction de l'étranglement amènera un rétablissement complet ?

Quoique la marche et les symptômes de la maladie puissent, dans beaucoup de cas, permettre de reconnaître l'existence d'un obstacle mécanique au cours des matières fécales, cependant il est loin d'être aussi facile d'apprécier la nature précise de la cause qui donne lieu à cet obstacle. Aussi la première difficulté sera-t-elle de distinguer les unes des autres les diverses causes de suspension des fonctions intestinales, telles que : invagination, étranglement de la cavité du gros intestin par suite d'une maladie de ses tuniques, adhérence des circonvolutions intestinales s'opposant à leur action péristaltique, constriction déterminée par des brides ou fausses membranes, hernie d'une portion d'intestin à travers une ouverture du mésentère ou du méso-colon accompagnée d'étranglement.

L'obstacle au cours des matières et l'inflammation consécutive étant les effets uniformément produits par ces diverses causes, et l'appareil symptomatique n'étant, à peu d'exceptions près, différencié que par des nuances très-faibles, il en résulte que le diagnostic ne peut être que conjectural.

Il faut faire une exception, pour les enfans, qui sont plus disposés à quelques-unes de ces causes qu'aux autres, ainsi que pour le rétrécissement chronique du gros intestin, quand les circonstances antérieures de la maladie peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

Les plaies pénétrantes de l'abdomen sont certainement accompagnées de beaucoup moins de danger qu'on ne l'avait cru autrefois. Cette proposition est démontrée par les opérations qui sont pratiquées soit pour les hernies, soit pour d'autres maladies, et par les exemples de guérison, après de graves blessures de l'abdomen que l'on trouve dans les ouvrages de chirurgie publiés à nos jours.

Cela peut tenir en partie aux tentatives heureuses qu'on a faites relativement à la réunion par première intention. Mais l'occlusion complète de la plaie extérieure par première intention ne prévient pas toujours le développement de l'inflammation et de cette prostration générale, qui accompagne une inflammation abdominale, même dans sa première période. Les petites plaies exercent peu d'influence sur l'économie. Mais des incisions étendues, soit traumatiques, soit pratiquées par le chirurgien, lors même qu'elles ont lieu dans les circonstances les plus favorables, ou qu'elles sont faites par les mains les plus habiles, sont trop souvent suivies d'un résultat opposé; et tout chirurgien expérimenté considérera certainement, ainsi que moi, comme des exceptions heureuses et très rares, l'extirpation d'une large tumeur de l'ovaire, ou l'ouverture d'une hernie très-volumineuse couronnée de succès.

Les expérimentations faites sur les animaux semblent être en opposition avec cette manière de voir, car on peut impunément leur faire des plaies abdominales très-étendues. Mais il serait peu logique d'en rien conclure par analogie pour l'homme. L'analogie tirée des classes inférieures des animaux, peut éclairer d'une manière satisfaisante un point de physiologie ou de pathologie; mais elle ne peut jamais déterminer le degré de susceptibilité des tissus humains, ni l'étendue des lésions qu'ils peuvent supporter; ceci ne peut être établi que par l'expérience.

Dans plusieurs cas, il sera possible de porter secours au malade, lorsque l'abdomen aura été ouvert, et que le lieu où siége l'obstacle sera exposé aux regards du chirurgien. Ainsi, des brides peuvent être enlevées; des anses intestinales entortillées peuvent être dégagées; on peut détruire des adhérences établies entre les circonvolutions intestinales.

Mais ce qui est certain, c'est que la gastrotomie ne doit être pratiquée que comme une dernière ressource, quand les autres moyens ont échoué et quand les symptômes font craindre qu'il n'y ait que peu de chances de guérison. A cette période avancée, la péritonite se sera déclarée, des adhérences pourront avoir réuni inséparablement le péritoine aux parties environnantes, ou la gangrène aura ôté toute chance de salut. De telle sorte que, bien que la cause de l'obstruction soit enlevée, ses effets persisteront dans la majorité des cas et conduiront le malade au tombeau.

A. K.

dégoût; anorexie; absence de douleur; pouls à 80, petit et fréquent, offrant son caractère habituel chez ce jeune homme; langue légèrement chargée; peau moite et d'une température modérée.

A 2 heures après midi, état plus grave; éructations fréquentes, suivies de vomituritions; de temps en temps vomissemens des matières ingérées, mêlées avec de la bile; pouls à 90. Le malade n'accusait aucune douleur prononcée, mais il éprouvait autour de l'ombilic la même sensation que précédemment, et il était moralement très-abattu. Il n'y avait ni tension, ni sensibilité du ventre, excepté à l'ombilic; dans cette dernière région, si, dans une étendue qui pouvait avoir la largeur de la main, on exerçait une légère pression, on causait de la douleur et l'on déterminait immédiatement l'envie de vomir. Les parois de l'abdomen examinées avec soin, n'offraient en aucun point des traces de tumeur herniaire. (*Saignée de 14 onces; 8 sangsues à la région du nombril; pilules avec de l'opium et du calomel à petites doses; solution de sulfate de magnésie. Ces deux derniers médicamens furent donnés toutes les deux heures.*) Anorexie, soif vive: le malade but en abondance de l'eau de gruau et autres boissons délayantes.

A neuf heures du soir, le malade se trouvait soulagé, mais les vomissemens étaient plus fréquens, et il n'avait point eu de selles. Un lavement fut administré et rendu au bout de deux heures, mêlé avec une petite quantité de matières. (*Fomentations sur l'abdomen; du reste même prescription.*)

Le 22, à huit heures du matin, après une nuit sans sommeil, mais calme, l'état du malade était le même que le soir précédent; continuation des vomissemens, point de selles; pouls à 100, petit et faible; diminution de la douleur à l'ombilic. La même pression, qui, la veille, déterminait de la douleur, en causait à peine en ce moment; toutes les autres parties de l'abdomen étaient indolentes à une pression modérée; toutefois la langue était recouverte d'un enduit fort épais, et la peau était plus chaude; soif vive; éructations fréquentes; expression d'anxiété du visage. (*Lavement, fomentations, potion effervescente avec de petites doses de laudanum, toutes les deux heures.*)

A 4 heures après midi, la constipation avait persisté; le lavement, après avoir été gardé pendant environ deux heures, avait été rendu comme il avait été pris. Les vomissemens étaient fréquens. (*Nouvelle application de sangsues; lavement; du reste, même prescription.*)

Le 23, la nuit avait été très-agitée. A huit heures du matin, les vomissemens étaient toujours opiniâtres, ainsi que la constipation; douleur du nombril comme la veille; soif très-vive; pouls à 120 et faible. (*Saignée de bras; large vésicatoire sur l'abdomen: les autres prescriptions ut supra.*)

A dix heures du soir, les symptômes persistaient, la constipation n'avait pas cédé, et le malade s'était évidemment affaibli depuis le matin. Il y avait à peine de la douleur; le ventre n'était ni sensible, ni résistant. Le sang tiré dans l'après-midi n'offrait aucun signe d'inflammation.

Le 24, nuit très-mauvaise; à six heures du matin, point de douleur, mais persistance des vomissemens. Toutes les substances avalées par le malade sont rejetées avec un effort convulsif, dès qu'elles atteignent l'estomac; constipation absolue; soif intarissable; langue dépouillée de son épiderme dans la plus grande partie de son étendue et devenue extrêmement douloureuse; le pouls ne peut être compté; à toutes les souffrances du malade se joint un hoquet qui le torture; les forces de cette constitution, habituellement faible et disproportionnée à de tels efforts, semblent maintenant presque entièrement épuisées: cependant, au milieu de ces causes d'angoisse et d'irritation, l'intelligence reste nette, la sérénité habituelle du caractère n'est point altérée; l'expression d'anxiété de la face a fait place à une tristesse douce et calme qui donne à la physionomie naturellement très-intéressante du malade, une expression touchante.

A dix heures du matin, vomissemens de matière évidemment fécale. Au bout de trois ou quatre heures, l'épuisement des forces fut à son comble; pouls à peine sensible; extrémités refroidies; peau entièrement recouverte d'une sueur froide et visqueuse.

Les vomissemens et le hoquet cessèrent à une heure avancée dans la soirée, et, à trois heures du matin, le 25, le malade mourut.

Autopsie, trente heures après la mort. — Le ventre ne présentait aucune tuméfaction; le péritoine et les parois abdominales furent examinés attentivement, mais ils avaient leur aspect et leur couleur naturelle, et ne paraissaient avoir subi aucune altération; l'estomac était sain, et contenait une petite quantité de gaz et de liquides: l'intestin grêle était complètement caché par l'épiploon, qui était gorgé de sang, étalé en un large feuillet, et fixé par d'innombrables brides à tout l'hémisphère antérieur du détroit du bassin, depuis l'extrémité iliaque de la branche du pubis d'un côté jusqu'à la même partie du côté opposé.

Ces adhérences étaient continues tout le long du bord inférieur de l'épiploon, et semblaient, à en juger par leur couleur et la solidité de leur tissu, exister depuis long-temps.

L'épiploon ayant été divisé, on aperçut l'intestin grêle couché presque dans sa position ordinaire, et ne présentant, ni dans sa tunique péritonéale, ni dans les intervalles de ses circonvolutions, aucun des résultats habituels de l'inflammation. Toutefois, cette description ne s'applique qu'au duodénum, au jéjunum et à la portion la plus élevée de l'iléum; car, en suivant le reste du canal, on aperçut une masse d'intestin considérablement distendue par des liquides et dans un état d'inflammation.

Cette masse était située auprès de l'ombilic, et dans le point auquel le malade avait rapporté la sensation particulière qu'il avait éprouvée. On reconnut qu'elle était constituée par une partie de l'iléum étranglée. L'étranglement était occasionné par une bride membraneuse qui, par une de ses extrémités, s'attachait à la portion de mésentère appartenant à l'iléum, et s'avançait d'abord en avant et perpendiculairement à l'intestin, puis, se retournant brusquement d'une manière circulaire en serrant fortement l'intestin, remontait en arrière et un peu en haut vers l'hypochondre gauche; de ce dernier point, apparaissant de nouveau en avant et croisant une autre anse d'intestin, elle s'étendait obliquement vers la cuisse droite, et était solidement attachée, avec un prolongement de l'épiploon avec lequel elle adhérait dans une petite étendue, à la lèvre interne du rebord du bassin, dans le point d'union du pubis avec l'iléum.

Cette bride variait en épaisseur dans le cours de son trajet autour de l'intestin; mais elle était uniformément dense et ferme dans sa texture. Quoiqu'elle n'adhérât pas à l'intestin, car on pouvait facilement faire circuler à travers la bride qui l'étranglait les matières contenues dans sa cavité, cependant, à raison du trajet que décrivait cette bride et de la manière dont elle embrassait l'intestin, elle avait produit l'étranglement de celui-ci. Ce cas offrait une variété curieuse de la hernie interne ou abdominale.

Aucune autre lésion ne fut observée. Les autres cavités ne furent pas explorées.

Des symptômes semblables à ceux exposés ci-dessus, mais plus chroniques dans leur marche, se présentèrent dans l'observation suivante.

Observation 366 *. *Autopsie faite six heures après la mort par MM. King Davies et A. Cooper.* — Il y avait à l'anneau inguinal gauche un sac herniaire qui permettait l'introduction du doigt indicateur, mais qui ne renfermait ni l'intestin, ni l'épiploon. Du côté droit, il n'y avait, soit à l'anneau, soit au-dessous de l'arcade crurale, aucune trace qui pût faire croire qu'une hernie eût existé en cet endroit.

La face supérieure du foie paraissait saine, mais sa face inférieure offrait des traces très-prononcées d'inflammation, et adhérait intimement à toute la longueur de la vésicule qui était distendue par une quantité considérable de bile noire; l'orifice du canal cholédoque, dans le duodénum, était fermé par une couche de lymphe coagulable. Cet intestin était très-enflammé et distendu par des gaz.

L'estomac avait une grande capacité et était flasque; il offrait peu de traces d'inflammation, si ce n'est le long de sa petite courbure; il ne contenait presque que de l'air.

En suivant le trajet des intestins, nous trouvâmes quelques matières fécales légèrement colorées et assez fermes dans la fosse iliaque droite, était le siége de la maladie. Une partie de l'iléum avait contracté de solides adhérences dans l'étendue d'un pouce et demi, avec la partie latérale du bassin, et un peu en arrière et au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Une bride membraneuse était également tendue sur l'intestin, de manière à le serrer très-étroitement.

Immédiatement au-dessus de ces adhérences, la cavité de l'intestin était augmentée, mais irrégulièrement et de manière à former plusieurs ampoules, dont la plus large offrait environ le volume d'un œuf de poule, et était située immédiatement au-dessus du rétrécissement; elle diminuait graduellement de volume jusqu'au point où l'intestin reprenait son diamètre ordinaire, à six pouces environ au-dessus du rétrécissement. L'intestin et ses ampoules étaient complètement remplis de matières couleur d'argile, offrant la consistance du mastic, excepté immédiatement au-dessus du rétrécissement, où l'intestin avait crevé et avait laissé échapper une partie de son contenu, ainsi qu'il a été dit.

D'après la couleur livide des bords de la rupture intestinale, je suis porté à croire que cette rupture avait eu lieu avant l'ouverture du cadavre; mais la grandeur de cette ouverture fut tellement augmentée lorsque nous refoulâmes en avant l'intestin avant d'avoir trouvé le siége de la maladie, qu'il est impossible de dire quel avait été, au moment de la mort, l'état des parties.

Immédiatement au-dessous du rétrécissement, l'intestin était très-rétréci, complètement vide et à peine altéré dans sa couleur; au niveau de l'adhérence, et immédiatement au-dessus, étaient plusieurs taches livides, mais dans une étendue moindre que je ne l'aurais supposé; le gros intestin ne contenait que des gaz, et offrait dans tout son trajet plus ou moins d'inflammation.

Il était évident que rien n'avait pu franchir la portion de l'iléum adhérente au bassin. L'adhérence était-elle d'ancienne date ou s'était-elle formée pendant la dernière maladie? D'après l'élargissement en ampoule que nous observâmes immédiatement au-dessus de l'adhérence, je suis porté à croire que celle-ci était ancienne.

Observation 367 *, *communiquée par M. Headington.* — A. B., âgé d'environ 50 ans, atteint d'une hydropisie générale, mourut à l'hôpital de Londres, dans le service du docteur Frampton.

Autopsie. — Indépendamment de l'état morbide du foie et de la présence d'une quantité considérable de liquide dans la poitrine et dans l'abdomen, on trouva un sac herniaire à chacun des deux anneaux inguinaux. Celui qui occupait l'aine droite avait une étendue considérable. Il y avait aussi un sac herniaire au-dessous du ligament de Poupart.

Sur le trajet de l'iléum, des adhérences s'étaient établies entre plusieurs des anses de co-

intestins, et selon toute apparence ces adhérences s'étaient formées sans doute entre des parties qui étaient entrées en commun dans la composition d'une hernie.

Au-dessus de ces adhérences, et dans la plus grande partie du jéjunum, s'étaient formées un certain nombre d'ampoules variant depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une noix, situées principalement entre les feuillets du mésentère. Ces ampoules paraissaient avoir été la suite d'un obstacle dans le cours du canal alimentaire, obstacle produit par la descente de l'intestin. Toutes ces ampoules, en effet, étaient situées au-dessus de la portion adhérente que nous avons mentionnée. L'intestin, selon toute probabilité, avait cédé dans les points où il était le moins soutenu. Il paraît également très-probable que les petits saccules étaient formés seulement par la tunique interne de l'intestin, semblablement à ces ampoules qui sont formées quelquefois par la hernie de la tunique interne de la vessie entre les fibres musculaires de ce réservoir. Les saccules étaient complètement distendus par des gaz au moment où l'on enleva le jéjunum, et ne paraissaient contenir aucune des matières solides de l'intestin.

Quelquefois les adhérences contractées par des portions d'intestin suffisent pour produire un obstacle complet au passage des matières; et sur une pièce que je dois au docteur Marshall Hall, une portion d'intestin s'était étranglée par suite d'adhérence entre deux anses intestinales.

Observation 368[1]. — Une femme qui avait été sujette à des inflammations intestinales, présenta, dans sa dernière maladie, des symptômes d'étranglement; et, comme à l'extérieur on ne voyait aucune trace de hernie, on pensa que la maladie était une invagination intestinale.

Autopsie. — Différentes portions des intestins avaient contracté des adhérences; il y avait une de ces adhérences dans laquelle deux anses intestinales ne s'étaient réunies que dans un point, disposition qu'il est facile d'imiter en mettant en contact l'extrémité du pouce et celle de l'index de la même main; à travers le nœud coulant, ainsi formé, s'était engagée une autre anse intestinale qui s'était étranglée (1).

(1) En 1819, je trouvai sur le cadavre d'un malade, mort à l'hôpital de Guy, avec les symptômes prolongés d'une obstruction intestinale, une bride de matière adhésive qui entourait comme dans un cercle une portion de l'iléon. Cette bride commençait à la surface convexe d'une circonvolution du jéjunum et passant autour de la portion étranglée, allait se fixer à la face inférieure du mésentère.

Nous possédons dans notre muséum une pièce anatomique présentant une disposition semblable. L'extrémité de l'appendice cœcal avait contracté des adhérences, et enfermait une circonvolution de l'iléon.

A. K.

TRAITÉ

DES

MALADIES DU TESTICULE.