

Hernies étranglées : observations et commentaires : thèse pour le doctorat en médecine, présentée et soutenue le 29 août 1861 / par Pierre Coulhon.

Contributors

Coulhon, Pierre.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Paris : Rignoux, impr, 1861.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/ajwc6dre>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 29 août 1861,

Par PIERRE COULHON.

né à Montluçon (Allier),

Interne en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux et Hospices civils de Paris.

HERNIES ÉTRANGLÉES.

OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 31.

1861

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. le Baron P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie.....	JARJAVAY.
Physiologie.....	LONGET.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale.....	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ, Examinateur.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale.....	N. GUILLOT.
	MONNERET.
Pathologie chirurgicale.....	DENONVILLIERS, Président.
	GOSSELIN.
Anatomie pathologique.....	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	ANDRAL.
Opérations et appareils.....	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale.....	GRISOLLE.
Médecine légale.....	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés....	MOREAU.
	BOUILLAUD.
Clinique médicale.....	ROSTAN.
	PIORRY.
	TROUSSEAU.
	VELPEAU.
Clinique chirurgicale.....	LAUGIER.
	NÉLATON.
	JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements.....	P. DUBOIS.

Professeur honoraire, M. CLOQUET. — Secrétaire, M. BOURBON.

Agrégés en exercice.

MM. AXENFELD.	MM. GUBLER.
BAILLON.	GUILLEMIN.
BARTH.	HÉRARD.
BLOT.	LASÈGUE.
BOUCHUT.	LECONTE.
BROCA.	PAJOT.
CHAUFFARD, Examinateur.	REVEIL.
DELPECH.	RICHARD.
DUCHAUSSEY.	SAPPEY.
EMPIS.	TARDIEU, Examinateur.
FANO.	TRÉLAT.
FOLLIN.	VERNEUIL.
FOUCHER.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX.
A M. LE PROFESSEUR VELPEAU.
A MON PÈRE.

A M. LE D^r BERGERON.
A MA MÈRE.

A MA FAMILLE.

A M. LE D^r MARTIN-MAGRON.

DU D^r DESPRÉS.
Cher maître, je vous remercie du fond du cœur de la bienveillance dont vous m'avez honoré, et des excellents conseils que vous m'avez donnés. Agréez la dédicace de cette thèse comme un bien faible témoignage de mon inaltérable gratitude.

A M. LE D^r VERNEUIL,
Chargé du Bureau central,
Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. le Docteur P. DUBOIS, Docteur.	MM.
Antoine	DEJAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAZARRE.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Chimie organique et chimie appliquée	BOUCHARDAT.
Pharmacologie	BOUCHARDAT.
Pathologie	BOUCHARDAT.
Pathologie expérimentale	BOUCHARDAT.
Pathologie clinique	BOUCHARDAT.
Pathologie légale	BOUCHARDAT.
Pathologie sociale	BOUCHARDAT.
Pathologie comparée	BOUCHARDAT.
Pathologie végétale	BOUCHARDAT.
Pathologie animale	BOUCHARDAT.
Pathologie humaine	BOUCHARDAT.
Pathologie individuelle	BOUCHARDAT.
Pathologie collective	BOUCHARDAT.
Pathologie nationale	BOUCHARDAT.
Pathologie internationale	BOUCHARDAT.
Pathologie universelle	BOUCHARDAT.

A M. LE PROFESSEUR DENONVILLIERS,

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis,
Inspecteur général des Facultés de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur, etc.

Hommage respectueux de reconnaissance et de profond dévouement.

Cher maître, je vous remercie du fond du cœur de la bienveillance dont vous m'avez honoré, et des excellents conseils que vous m'avez donnés. Agréez la dédicace de cette thèse comme un bien faible témoignage de mon inaltérable gratitude.

Paris, le 10 Mars 1884.

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX:

A M. LE PROFESSEUR VELPEAU.

AVANT-PROPOS.

A M. LE D^R BERGERON,

Médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

A M. LE D^R GIRALDÈS,

Chirurgien de l'hôpital des Enfants Malades,
Agrégré libre de la Faculté de Médecine de Paris, etc.

Témoignage d'affection et de respect pour le désintéressement du maître
et la modestie du savant.

A LA MÉMOIRE

DU D^R DESPRÉS,

Chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (Hommes).

A M. LE D^R VERNEUIL,

Chirurgien du Bureau central,
Agrégré de la Faculté de Médecine de Paris,

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

A M. LE PROFESSEUR VELPEAU.

A M. LE D^r BERGERON,

Médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

A M. LE PROFESSEUR DENONVILLIERS,

AUX D^{rs} BAUCHET, DOLBEAU, JAMAIN,

MILLARD, MOREL-LAVALLÉE.

Témoignage d'affection et de respect pour le désintéressement du maître
et la modestie du savant.

A LA MÉMOIRE

DU D^r DESPRÈS,

Chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (Hommes).

A M. LE D^r VERNEUIL,

Chirurgien du Bureau central,
Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris.

HERNIES ÉTRANGLÉES.

AVANT-PROPOS.

Ma première intention était de faire ma thèse sur l'opération de la hernie étranglée, sur la kélotomie; mais, pressé par le temps et les circonstances, je me vois forcé de m'en tenir à la publication des cas intéressants de hernie étranglée que j'ai observés pendant le cours de mes études médicales.

Scarpa a dit que la science chirurgicale ne s'éclairait que par les observations et les expériences.

Je serai très-heureux, si les cas de hernie étranglée consignés dans cette thèse peuvent avoir quelque intérêt et quelque utilité pour les gens qui s'occupent de cette partie importante de la chirurgie.

Je remercie mes collègues, MM. Nivert et Verdureau, qui m'ont communiqué des notes intéressantes sur deux cas de hernie que nous avons observés en commun.

AVANT-PROPOS.

Digitized by the Internet Archive
in 2016

HERNIES ÉTRANGLÉES.

OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES.

OBSERVATION 1^{re}.

Étranglement par inflammation dans une hernie crurale. Guérison.

La nommée Virginie B..., âgée de 29 ans, lingère, depuis 5 ans à Paris, d'une forte constitution, est apportée à l'hôpital Saint-Louis (salle Sainte-Marthe, n° 4), atteinte des accidents de l'étranglement herniaire, le dimanche soir, 19 décembre 1858.

La malade s'est ressentie pour la première fois de sa hernie il y a 12 ans, à la suite d'un accouchement; sa hernie n'est jamais rentrée complètement: elle faisait saillie, dit la malade, au-dessous du pli de l'aîne; d'abord grosse comme un œuf de pigeon, la tumeur a grossi insensiblement. La malade n'a jamais porté de bandage; il y a deux ans, elle essaya d'en porter un, mais les douleurs qu'il occasionnait la forcèrent d'en suspendre l'usage. Elle dit qu'elle n'a jamais souffert avant l'année dernière. Depuis un an, elle a des coliques fréquentes, et même assez violentes, qui reviennent deux fois par mois, en moyenne.

Le samedi soir, 18 décembre, à six heures, avant son diner, elle est prise d'accidents alarmants: coliques violentes, ventre ballonné; pas de selles depuis deux jours; cette absence de selles avait con-

traint la malade à prendre deux lavements, qu'elle n'a pas rendus. Hernie rouge, douloureuse. Fièvre. Ces accidents empêchent la malade de prendre des aliments. Absence de miction.

Le 19, au soir, elle entre à l'hôpital.

Le 20, tumeur herniaire oblongue, tendue, rouge, douloureuse, surtout au toucher, du volume d'un gros œuf de poule, dans l'aîne gauche.

Coliques et vomissements persistants. Cependant les vomissements ont un peu diminué par l'administration de la glace. État général bon, fièvre légère; pas de prostration.

La malade rejette l'opération avant qu'on ne la lui ait proposée. Elle pousse des cris quand on veut l'examiner. Le soir, application de 20 sangsues; grand bain.

Le 21. Les accidents sont apaisés. La tumeur herniaire est moins tendue, moins rouge, moins douloureuse; la réduction est impossible, mais on sent les bords de l'anneau constricteur qui est peu tendu.

Les vomissements ont cessé dans la soirée d'hier; les coliques ont diminué d'intensité.

Le 22. Le mieux persiste. En faisant quelques efforts de taxis pendant cinq minutes, M. Denonvilliers parvient à réduire la hernie. — Huile de ricin, 20 grammes.

Le 23. Il ne reste que quelques tiraillements d'estomac; il y a deux selles. — Potages.

Le 24. La malade se trouve très-bien. — Une portion.

Le 29, exéat.

C'est là un cas de hernie étranglée par inflammation, un pseudo-étranglement, ainsi que le désigne M. Malgaigne. Il est vrai que l'on a affaire à une hernie crurale, chez une femme encore jeune. Mais, si l'on considère que la hernie est ancienne (elle date de 12 ans), volumineuse, que la malade n'a jamais porté de bandage, on ne peut croire à autre chose qu'à une inflammation herniaire. De plus, je dois ajouter que le lendemain de l'entrée à l'hôpital, on pouvait presque circonscrire le pédicule de la tumeur.

Il est impossible, d'ailleurs, qu'un étranglement proprement dit cède aussi rapidement à l'emploi de quelques moyens médicaux.

M. Broca a dit, en parlant de l'étranglement vrai, que les antiphlogistiques n'ont jamais rien fait dans l'étranglement, et que presque tous les cas cités, où ces moyens ont réussi, sont des exemples de hernie enflammée. Cette opinion, déjà émise par MM. Lutens et Michau, d'une façon plus catégorique encore, tend de plus en plus à prévaloir, et si quelques chirurgiens ont encore recours aux moyens médicaux dans les étranglements, c'est, ou bien parce qu'ils soupçonnent la préexistence d'une inflammation, ou bien par pure formalité et par acquit de conscience.

Je pense, qu'en présence d'un cas d'étranglement herniaire, si les signes donnés par M. Malgaigne, et si les antécédents de la hernie enflammée n'existent pas, si de plus le taxis avec chloroforme n'a pas réussi, il faut opérer immédiatement. Il n'y a pas à temporiser; le péril est pressant, et la perte du temps que l'on consacre aux moyens médicaux est le plus souvent un arrêt de mort pour le malade.

Si la mort suit l'opération, dit l'expérimenté Bertrandi, c'est qu'on la pratique trop tard; et si on la pratique trop tard, c'est le plus souvent parce qu'on a trop compté sur les moyens médicaux.

Dans les cas d'inflammation herniaire, comme dans le cas présent, les antiphlogistiques reprennent tous leurs droits, et je doute même que le taxis immédiat eût donné ici un résultat aussi heureux que les moyens employés.

OBSERVATION II.

Hernie crurale étranglée, gangrène; opération. Mort.

La nommée Marie B..., âgée de 70 ans, ayant eu six enfants, est apportée salle Sainte-Marthe, n° 23, le 25 juillet 1855, au matin, présentant tous les symptômes de l'étranglement herniaire.

Il y a déjà une vingtaine d'années qu'elle a sa hernie. Elle n'a jamais porté de bandage. Sa tumeur n'a d'ailleurs jamais été réductible. De la grosseur d'un œuf de pigeon d'abord, elle a augmenté de volume surtout dans ces derniers temps. Les renseignements que donne la malade ne sont du reste pas très-précis; elle est dans un état de prostration et d'insensibilité considérable, et on est, pour ainsi dire, obligé de lui arracher les réponses aux questions qu'on lui fait.

Depuis quatre jours les symptômes suivants se sont déclarés :

Constipation complète, coliques; vomissements bilieux, puis stercoraux; hoquet.

État actuel :

Tumeur oblongue du volume d'une grosse orange, complètement irréductible, située dans le pli de l'aîne du côté gauche. La malade n'accuse pas une douleur vive; quand on presse sa hernie, qui du reste n'est pas très-tendue, M. Denonvilliers éprouve la sensation de bosselures au toucher et en conclut qu'il y a de l'épiploon dans la hernie.

Le ventre n'est ni tendu ni très-sensible.

L'état général de la malade est très-grave: facies grippé; prostration extrême; insensibilité presque complète, à tout ce qui se passe autour d'elle; pouls misérable.

M. Denonvilliers pratique immédiatement l'opération.

Incision sur toute l'étendue de la tumeur. Le tissu cellulaire épaissi est incisé couche par couche. On arrive sur le sac. Incision du sac dans les deux tiers de son étendue, et parallèle à l'incision cutanée. Les parois ont environ 2 millimètres d'épaisseur. L'ouverture de la poche laisse écouler une petite quantité de matières jaunâtres, grumeleuses, d'odeur stercorale. On aperçoit une lame épaisse d'épiploon rouge et tuméfié; enfin, soulevant cet épiploon, M. Denonvilliers trouve au fond du sac une tumeur d'un violacé livide, d'un volume d'une grosse noix. En examinant de plus près, on aperçoit deux pertuis d'un millimètre de diamètre environ. Ils sont entourés

d'une auréole grisâtre, cendrée, de 2 millimètres environ de largeur. La tumeur, du reste, est peu tendue, et laisse échapper à la pression, par ces deux pertuis, des matières fécales, liquides, grisâtres.

M. Denonvilliers fait un débridement sur la partie supérieure de l'anneau constricteur ; puis, attirant l'intestin un peu au dehors, il incise les parties gangrenées et fait un anus contre nature. L'épiploon est laissé au dehors. Une sonde est introduite dans le bout supérieur de l'intestin ; il s'échappe une grande quantité de matières fécales, même sur le côté de la sonde. La sonde est retirée, on fait un pansement à plat. — Eau de Sedlitz.

Le 26. La malade est mieux ; elle semble se ranimer un peu ; le facies est meilleur ; la plaie est bonne ; l'épiploon est rosé.

Les matières sortent facilement.

Bouillons.

Le 27, la malade est plus faible qu'hier ; elle semble retomber en prostration ; la plaie devient pâle.

Le 28. La plaie est presque flétrie ; le pouls est misérable ; les extrémités froides.

Mort dans la journée.

Autopsie. A l'ouverture de la cavité abdominale on trouve la masse intestinale légèrement rosée dans toute son étendue ; l'épiploon se porte vers la fosse iliaque gauche, en formant un triangle dont la base est en haut le sommet dans le canal crural ; il est, du reste, d'un rouge foncé, au niveau de la fosse iliaque gauche. En coupant le cordon épiploïque, on aperçoit les deux bouts intestinaux parallèles qui plongent dans la plaie, et sont encore assez adhérents à ses bords. L'intestin a été divisé dans presque toute sa circonférence. Du reste on ne constate aucun épanchement péritonéal.

OBSERVATION III.

Hernie inguinale vaginale non congénitale ; étranglement à l'orifice supérieur du canal inguinal ; opération. Mort.

Le nommé Auguste B..., âgé de 24 ans, d'une constitution robuste, est apporté dans le service de chirurgie de Bicêtre, le 12 avril au soir. Il est porteur d'une hernie inguinale oblique du côté droit, survenue tout à coup, il y a cinq ans, à la suite d'un effort. Depuis l'accident, il a porté toujours un bandage.

Le 12 avril, s'étant débarrassé de son bandage, il est allé à Ivry faire une partie de campagne avec quelques camarades. A la suite d'un dîner copieux, il est pris de douleurs dans le ventre et dans l'aîne droite, de nausées, puis de vomissements. On l'apporte le soir dans le service.

L'interne de garde appelé constate la présence d'une tumeur ovoïde, douloureuse, dans l'aîne droite ; il essaie le taxis, la tumeur paraît rentrer dans l'abdomen. Au bout de deux heures, les accidents continuant, on appelle de nouveau l'interne, qui constate l'existence d'une tumeur plus volumineuse que la tumeur sortie d'abord du canal, et contenue en entier dans la paroi abdominale, ou mieux dans le trajet inguinal. On prescrit un bain d'une heure. Après le bain, on trouve la tumeur occupant, moitié le trajet inguinal, moitié la partie supérieure des bourses. Nouvelle tentative de taxis, nouvelle réduction partielle, la tumeur passant toute dans le trajet inguinal, sans pénétrer dans l'abdomen. — 6 sangsues, lavements de tabac.

Le 13. A la visite, M. Després trouve le malade à peu près dans le même état que la veille. Le malade a des coliques un peu plus vives ; il a eu des nausées et un vomissement dans la nuit. Ballonnement du ventre.

La partie de la tumeur, qui sort de l'anneau, paraît divisée en

deux parties, l'une supérieure moins volumineuse, l'autre inférieure plus grosse et qui paraît être le testicule droit, d'après les renseignements du malade. Il dit, en effet, que son testicule droit n'est jamais descendu dans les bourses, et qu'il est toujours resté accolé à l'anneau externe du canal inguinal.

M. Després ordonne 30 sangsues et des frictions sur la tumeur avec l'onguent belladonné.

A midi, les accidents persistant, on se décide à opérer.

Incision sur toute l'étendue de la tumeur, et prolongée jusqu'au tiers inférieur des bourses. Toutes les couches intermédiaires à la peau et au sac sont incisées sur la sonde cannelée. Enfin, ouverture du sac, issue d'une petite quantité d'un liquide séreux. On aperçoit au-dessous de l'incision une lame mince d'épiploon, de couleur violette. En la soulevant, on découvre une petite tumeur blanchâtre, lisse, qui n'est autre chose que le testicule, qui a conservé parfaitement sa couleur, sa consistance et sa forme normales. Enfin, au-dessus du testicule, en plongeant le doigt dans une cavité, on touche une tumeur du volume d'une grosse noix, formée par l'intestin étranglé. L'anse intestinale, attirée faiblement au dehors, est d'une couleur rouge violacée. Enfonçant le doigt jusqu'au siège de l'étranglement, on sent une bride formée par l'anneau inguinal interne. L'anneau constrictor n'est pas du reste trop étroit, et moyennant quelques pressions ménagées sur l'anse intestinale, M. Després parvient à la faire rentrer, sans avoir recours au bistouri. Le testicule étant remis en place, quelques points de suture sont appliqués sur la partie supérieure de l'incision; pansement à plat. — Potion calmante.

Dans la soirée, ballonnement du ventre augmenté. Pas de coliques; à la pression, douleurs plus vives; fièvre intense. — Frictions mercurielles belladonnées; 15 sangsues, lavement.

Le 14. Matin. Face grippée, constipation persistante, nausées, vomissements, 120 pulsations. Douleur spontanée localisée au ni-

veau de l'incision; pas de coliques, mais douleurs vives à la palpation abdominale.

On défait quelques sutures pour livrer passage à un liquide trouble, blanchâtre, en tout analogue pour l'aspect aux matières intestinales, mais sans odeur.

Le lavement prescrit est sans effet. — Frictions mercurielles belladonnées; cataplasmes; potion calmante.

Le soir, mêmes accidents.

Chaleur vive de la peau; face rouge, vultueuse. — Lavement.

Le 15. Etat général très-grave, face grippée, pouls misérable. Affaissement du ventre; insensibilité presque complète à la pression.

Mort dans l'après-midi.

Autopsie. A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve les intestins d'une teinte rouge marbrée, presque uniforme. On aperçoit quelques fausses membranes, dans les sinus formés par la rencontre des anses intestinales. Le petit bassin est rempli aux trois quarts d'un liquide trouble et floconneux.

L'intestin n'offre d'ailleurs aucune solution de continuité; l'anse étranglée est violacée et un peu dépolie; mais on n'y rencontre point la dépression circulaire, produite si souvent par l'anneau constricteur sur les hernies qui datent de longtemps.

Cette observation est surtout intéressante comme observation de hernie inguinale congénitale, survenue longtemps après la naissance.

L'histoire de cette variété herniaire est assez intéressante, pour que je m'y arrête quelque temps. Cette histoire peut être divisée en deux périodes. Dans une première période, on expliqua la formation de la hernie, tout en croyant qu'elle survenait toujours au moment de la naissance. Dans une deuxième période, qui commence à Lawrence, on admit l'existence de hernies dans la tunique vaginale, ne survenant qu'après la naissance, et quelquefois assez longtemps après.

Les chirurgiens avaient souvent observé autrefois que l'intestin et le testicule se trouvaient logés dans la même cavité, mais ils ne pouvaient expliquer ce phénomène. Sharp, rencontrant un cas pareil, vint le montrer à G. Hunter, expliquant cela par la déchirure des parois adossées du sac et de la tunique vaginale. G. Hunter fut de son avis; mais, lisant plus tard les observations de hernies de naissance de Hallé, il lui vint à l'idée que la descente du testicule dans les bourses pourrait peut-être mieux expliquer la chose. Il fit part de ses idées à son frère John Hunter qui les partagea, et fit quelque temps après son beau travail sur le mécanisme de la migration du testicule dans les bourses. Enfin le doute ne fut plus permis, après les publications de Pott, Arnaud, Lobstein et Sandifort.

La hernie congénitale eut alors sa place dans tous les traités des hernies, mais on la décrivait sous le nom de hernie infantile, et on ne se doutait pas qu'elle pût se former seulement après la naissance.

Laurence, en 1818, publie un cas de hernie congénitale apparue seulement à 12 ans.

M. Velpeau, en 1829, cite une observation de hernie congénitale apparaissant à l'âge de 20 ans. C'était un garçon marchand de vins, très-robuste, qui, voulant soulever un tonneau, vit apparaître dans l'aîne une tumeur herniaire volumineuse, qu'on fut obligé d'opérer.

M. Velpeau publia trois cas, et, dans chacun de ces cas, les malades étaient âgés de 20 ans.

Dupuytren, incrédule d'abord, finit par se convertir à l'opinion de M. Velpeau, après avoir observé un fait semblable.

Depuis cette époque, Roux en a observé. A. Cooper en rapporte quatre cas, plus une observation de Ranking, dans laquelle le malade était âgé de 24 ans, à la première apparition de la hernie. Enfin M. Lafont et M. Mayor publient chacun une observation. Dans celle de M. Mayor, le malade était âgé de 25 ans, quand il vit sa hernie pour la première fois.

Quelques chirurgiens, s'appuyant sur des théories, ont voulu nier l'étranglement dans la hernie congénitale; mais toutes les observations publiées sont des cas de hernie étranglée, et, qui plus est, on peut affirmer, je crois, que l'étranglement dans ces hernies devient plus rapidement grave que dans n'importe quelle autre variété herniaire. Il suffit pour s'en convaincre de lire les observations 256 et 257 d'A. Cooper, celle qui est consignée dans cette thèse, et surtout celle qu'a publiée M. Richet, au mois d'octobre de l'année dernière.

Quel est le siège de l'étranglement dans la hernie congénitale?

D'une manière générale on peut dire que c'est à l'anneau inguinal interne. Dans les observations d'A. Cooper, les deux cas où le siège de l'étranglement est indiqué, il se trouvait à l'anneau abdominal, et situé très-haut.

L'observation de Ranking en est encore un exemple.

Le cas de M. Richet ne laisse aucun doute.

Enfin je citerai deux faits inédits, que je dois à l'obligeance de mes collègues, MM. Chipault et Lévy.

Dans le premier cas, la hernie, qui était entéro-épiploïque, s'était montrée subitement à la suite d'un effort, et s'était immédiatement étranglée. Les accidents marchèrent rapidement, et vingt-quatre heures après l'entrée du malade, M. Maisonneuve fut obligé de faire l'opération. L'étranglement était à l'anneau supérieur. Le malade guérit.

Dans la deuxième observation, prise par M. Lévy, dans le service de M. Laugier, au mois d'octobre de l'année dernière, les accidents furent également très-rapides. L'opération permit de constater que la tunique vaginale était très-rétrécie à un pouce au-dessus du testicule, qu'il y avait une hydrocèle, dont on pouvait faire refluer le liquide d'une poche séreuse dans l'autre, et qu'enfin l'étranglement était à l'anneau supérieur.

Les deux malades qui font le sujet de ces observations étaient tous deux âgés de plus de 20 ans.

Quel est l'agent constricteur dans la hernie congénitale? Est-ce le collet du sac? est-ce l'anneau inguinal interne? Il serait difficile de se prononcer d'une manière générale sur cette question, aucune recherche spéciale n'ayant été faite dans ce sens. Tout ce que l'on peut dire aujourd'hui, c'est que le collet du sac n'est pas l'agent constricteur exclusif, M. Richet ayant démontré d'une manière irréfutable que l'étranglement pouvait aussi se faire par l'anneau inguinal. Si l'on voulait faire une statistique des causes de l'étranglement (par le collet ou par l'anneau inguinal), il faudrait, comme le conseille A. Cooper, dans toute opération de hernie congénitale étranglée, débrider d'abord l'anneau, le sac restant fermé, puis, si l'anneau une fois débridé, la réduction était impossible, ouvrir le sac et débrider sur le collet.

L'observation, qu'on vient de lire, présente un détail curieux au point de vue des accidents consécutifs à la kélotomie. On a vu que, le lendemain de l'opération, il s'écoula par la plaie un liquide blanchâtre, et trouble, en assez grande quantité. Le D^r Després pensa que cela était dû à ce que l'intestin endommagé par l'étranglement s'était crevé dans la cavité abdominale, et laissait échapper au dehors les matières qu'il contenait. On comprend dans quelle perplexité doit se trouver l'opérateur quand il se présente un cas pareil, il croit à la perforation intestinale et il est entre deux alternatives : laisser marcher les choses d'elles-mêmes, avec les craintes d'une péritonite, ou bien fouiller dans l'abdomen, et attirer l'anse intestinale pour la fixer aux parois du ventre. Dans le cas présent, M. Després attendit ; et l'autopsie démontra que c'était la conduite la plus sage à tenir, l'intestin étant intact. En tout cas, si l'on se trouvait en face d'un fait semblable, pour diagnostiquer s'il y a lésion ou intégrité de l'intestin réduit, il faudrait, ainsi que le conseille M. le professeur Denonvilliers, à propos d'un cas rapporté plus loin, se fier au simple bon sens ; si les matières n'avaient aucune odeur,

croire à l'intégrité de l'intestin et agir en conséquence : on a affaire alors aux liquides de la cavité péritonéale.

OBSERVATION IV.

Hernie inguinale directe étranglée; opération; péritonite. Mort.

Benoist, âgé de 84 ans, cocher, est couché au n° 2 de la salle Saint-Prosper, à Bicêtre.

1^{er} mai. Cet homme a été apporté la nuit dernière dans nos salles, pour les raisons suivantes : il ne peut aller à la garde-robe, et vomit depuis trois jours ; cinq mois auparavant, il avait déjà éprouvé des symptômes analogues, et M. Després, lui réduisant une hernie, avait fait disparaître tous les accidents.

Aujourd'hui, il y a encore une hernie inguinale, marronnée, irréductible, du côté droit. Après d'inutiles efforts de réduction ; M. Després reconnaît la nécessité d'opérer. Les conditions de l'opération ne sont pourtant pas très-bonnes : le malade a 84 ans, âge bien avancé, il est tracassé par une affaire, où il s'agit pour lui de récupérer une somme de 30,000 francs à peu près. Mais les vomissements durent depuis trois jours, et on ne peut les le réduire ; le pourrait-on mieux plus tard ?

Benoist est porté sur le lit d'opération à dix heures et demie ; puis, les poils étant rasés au niveau de la tumeur, le chloroforme ayant été administré, M. Després incise dans le sens du cordon de haut en bas, et un peu de dehors en dedans, au niveau du pli de l'aîne. La peau est facilement coupée, puis on tombe sur un tissu cellulaire graisseux abondant ; plus profondément on rencontre diverses couches fibreuses, qui font craindre d'arriver inopinément au sac. M. Després redouble de précautions. Un moment, on peut craindre qu'il n'y ait pas de sac, et qu'il ne s'agisse d'une hernie du cæcum. En effet, il semble qu'en incisant plus profondément, on tombe sur des fibres musculaires ; d'autre part, une bandelette fi-

breuse, dirigée en bas et en dehors, ressemble beaucoup aux bandelettes du gros intestin. Mais M. Després, saisissant la partie la plus superficielle de la tumeur entre ses doigts, reconnaît qu'un feuillet existe encore, sans adhérence avec les parties profondes. Du reste, la tumeur est blanchâtre, et n'a pas la couleur rouge violacée d'un intestin étranglé. Il fait donc une légère ouverture, puis se dispose à inciser. C'est au sac qu'il a affaire ; car l'intestin saillit bientôt au-dessous. Il n'existe aucun liquide dans ce sac. M. Després cherche l'étranglement du côté des anneaux ; mais, n'y trouvant pas d'obstacle sensible, il revient au sac et à la bandelette fibreuse que nous avons signalée ; une portion d'intestin, située en dedans de cette bride, ne peut passer dans la partie ouverte du sac, et on voit quelle aurait été la difficulté de réduire, puisqu'on n'aurait pas songé que là siégeait l'étranglement, et que l'intestin ne devait pas être poussé à travers les anneaux, avant d'être dégagé de cette loge extérieure. M. Després introduit son doigt au-dessous de la bandelette, puis la coupe sur son ongle. Alors l'intestin rentre facilement.

Après avoir réduit, on réunit la partie supérieure de l'incision avec une bandelette de diachylon, et on panse simplement.

Lavement émollient, 20 sangsues, sur l'abdomen à droite, où le malade accuse quelques douleurs.

Le 2, les lèvres de la plaie sont flétries ; au fond, on aperçoit une tuméfaction, dont on ne se rend pas parfaitement compte.

Un peu de fièvre ; quelques douleurs abdominales. — 20 sangsues à gauche ; cataplasme belladonné.

Le 3 et 4, plaie blaflarde, état général plus mauvais, pouls à 120, peau sèche.

Le 5, les bords de la plaie sont décollés, rougeur érysipélateuse dans l'aîne, verge et bourses tuméfiées, évacuations involontaires, appétit nul, ventre ballonné.

Le 6, la plaie est comme gangréneuse, le fond noirâtre ; la con naissance n'existe plus.

Facies hippocratique, pouls imperceptible.

Le malade meurt à dix heures.

Autopsie. A l'ouverture de la cavité péritonéale, on trouve une péritonite avec légère injection du péritoine, quelques fausses membranes ça et là, surtout sur le bout supérieur. La portion d'intestin étranglée, longue de 1 décimètre environ, et légèrement ecchymosée, paraît saine. Elle présente un épaissement circulaire, au niveau de l'étranglement.

Les deux orifices inguinaux internes sont libres; à gauche, se trouve une petite hernie, qui sort par la fosse inguinale interne, et qui rentre facilement. De même, à droite, la hernie s'échappait entre les artères inguinale et ombilicale; et on trouve à l'autopsie l'anneau de la hernie occupé par une portion d'épiploon presque gangrenée, et qui produisait la tuméfaction signalée dès le second jour de l'opération dans la plaie. Cette portion d'épiploon était comme roulée en gouttière.

Les cas de hernie inguinale directe ne sont pas très-fréquents; c'est ce qui donne à cette observation une partie de son intérêt.

Il n'y a pas très-longtemps que cette variété de hernie a été décrite avec soin. Camper l'avait vaguement indiquée en 1759. Le 6 mai 1777, Cline, faisant une autopsie avec Hawkins, découvrit une hernie inguinale directe, et en fit l'objet d'une leçon publique. Richter, moins heureux, n'en parle même pas dans son beau traité des hernies. Chopart et Desault paraissent l'avoir observée. Rouge-mont (1788) en cite un cas, et dit qu'il conserva la pièce pendant au moins six mois, pour la montrer aux personnes de l'art. Michaëlis parle d'un fait semblable dans une lettre à Richter.

Cette variété est très-clairement décrite et représentée par Scarpa. Toutefois, ce n'est que depuis Hesselback qu'on l'admit à titre de hernie distincte; il en publia cinq observations. Enfin A. Cooper rapporte cinq observations, et dit en avoir rencontré assez souvent.

Quoi qu'on en ait dit, les cas cités ne sont pas tellement nombreux, qu'on ne puisse les compter, et Michaëlis est peut-être au delà de la

vérité, quand il dit que pour deux cents hernies inguinales, on n'en trouve qu'une directe.

Cette observation n'est du reste pas seulement remarquable au point de vue de la variété de hernie ; elle présente aussi beaucoup d'intérêt sous le rapport du siège de l'étranglement. On a vu, en effet, que l'anneau constricteur ne se trouvait ni à l'orifice inguinal externe, ni à l'ouverture herniaire aponévrotique.

La constriction était exercée par une bandelette fibro-musculaire dirigée de haut en bas et de dedans en dehors. Est-ce une simple lame fibreuse, avec des faisceaux musculaires de nouvelle formation ? ou bien n'est-ce pas une hypertrophie de ce que M. Velpeau a nommé muscle ventrier ? Je pencherais plutôt vers la dernière opinion, car les faisceaux musculaires accidentels ne se développent qu'au niveau du col herniaire, d'après les recherches de M. Demeaux ; puis la bandelette mentionnée avait tout à fait la direction et la structure du muscle ventrier.

Il me reste enfin à signaler une opinion émise par le D^r Després. Il disait que dans toutes les hernies étranglées dont il avait fait l'autopsie, il avait toujours rencontré les lésions de la péritonite sur le bout supérieur de l'intestin. Je n'ai pour mon compte aucune observation à ce sujet. Mais on comprend qu'il en soit parfois ainsi ; la distension du bout supérieur de l'intestin par les matières fécales étant quelquefois excessive, et irritant les tuniques intestinales par une pression excentrique considérable.

D'ailleurs, on trouve bien plus souvent les lésions généralisées que localisées, ainsi qu'on peut le constater en lisant les autres observations.

OBSERVATION V.

Hernie inguinale droite étranglée ; opération ; péritonite ; guérison.

Le nommé Emile R....., âgé de 24 ans, boutonnier, d'une constitution faible, est apporté au n° 25 de la salle Sainte-Marthe, le 2 avril 1861, à une heure de l'après-midi.

Il est atteint d'une hernie inguinale droite irréductible par étranglement.

Il y a douze ans qu'il a vu apparaître sa hernie pour la première fois. Il l'a toujours maintenue réduite avec un bandage. Le lundi 2 avril, le malade ayant fait un effort assez violent, et le bandage n'étant pas appliqué, la hernie sort, et les symptômes de l'étranglement éclatent dans toute leur intensité :

Coliques violentes, douleurs dans la hernie, qui ne peut rentrer ; vomissements biliaires abondants, suivis de vomissements stercoraux.

Le malade est apporté immédiatement à l'hôpital : il est dans un état général grave, qui tient un peu sans doute à la longue convalescence d'une fièvre typhoïde, dont il ne fait que relever. La face est grippée ; le pouls filiforme ; les extrémités froides. La tumeur, du volume d'un œuf de poule, est tendue, douloureuse au toucher ; le ventre ballonné ; les vomissements continuels.

Quelques tentatives de taxis sont faites, mais sans résultat ; on applique de la glace sur la tumeur ; on donne un lavement de tabac, on administre un grand bain. Rien ne réussit.

M. Richet, appelé en toute hâte, vient à l'hôpital à cinq heures, et pratique immédiatement l'opération, sur le lit du malade.

Les poils étant rasés au niveau de la tumeur, et le malade étant endormi par le chloroforme, M. Richet fait un pli à la peau au niveau de la hernie, incise par transfixion dans la direction du grand axe de la tumeur, puis, coupant avec précaution les lames de tissu cellulaire, arrive sur le sac. Soulevant le sac avec une pince dans un de ses points, il lui fait une petite ouverture ; introduit la sonde canulée, et incise la paroi antérieure du sac dans toute son étendue. Il s'écoule une petite quantité d'un liquide citrin, et on aperçoit une anse d'intestin grêle entière, de couleur rouge violacé. M. Richet, portant le doigt au niveau du collet du sac, et introduisant sous l'anneau constricteur le bistouri de Pott, fait un léger débridement. L'anse intestinale se réduit sans trop de difficulté.

Réunion des lèvres de l'incision au moyen de serres-fines; pansement à plat; spica, eau de sedlitz, lavement émollient.

Le 3. Le malade est plus mal que la veille. Le ventre est ballonné, douloureux à la moindre pression; le pouls filiforme; la face grippée. Il y a eu des vomissements dans la nuit; pas de selles; la plaie est grisâtre.

Le 4, même état. On s'attend à une terminaison fatale. Calomel, 20 centigrammes, à doses fractionnées.

Le 5, nouvelles doses de calomel.

Le 6. Le malade va mieux; le ventre est moins ballonné et moins douloureux. Il y a eu une selle. Cependant l'état général n'est guère amélioré.

Le 7. Le pouls reprend de la force; il bat cent pulsations. Une selle.

Le 8. Le malade reprend un peu d'intérêt aux objets qui l'entourent. Le facies est meilleur, le pouls moins vif. — Bouillons.

Le 9. Le mieux se continue; la fièvre a fait place à un état de langueur et de faiblesse. Le malade a un peu d'appétit; il consent à prendre des potages.

A partir de ce jour, la plaie, qui était grisâtre et comme sanieuse, devient rose et bourgeonnante. L'état général se soutient. Vin de quinquina, une portion.

Exeat le 25 mai.

Cette observation, intéressante à plus d'un titre, est surtout remarquable par l'intensité des symptômes et la rapidité de leur apparition. Il est rare en effet de voir des accidents aussi graves apparaître presque subitement à la suite de l'étranglement. D'habitude, la hernie irréductible devient d'abord le siège d'une douleur vague, surtout au niveau de l'anneau constricteur; cette douleur s'étend ensuite dans toute la tumeur et dans l'abdomen. Les vomissements surviennent, mais modérés, et généralement deux ou trois heures après l'étrangle-

ment. L'état général ne devient réellement grave qu'après un temps assez long.

Ici, nous avons vu les symptômes acquérir leur plus grande intensité en trois heures au plus. Coliques vives; ballonnement du ventre; vomissements considérables, presque cholériformes au moment du début de l'étranglement. État général des plus graves : face grippée; pouls misérable; extrémités froides.

A quoi faut-il attribuer cette gravité insolite des symptômes? Est-ce à l'état de faiblesse du malade qui relevait, ainsi que je l'ai dit, de fièvre typhoïde? Cette cause aura certainement contribué à aggraver son état. Mais je pense qu'on doit ranger cette observation parmi celles qu'a publiées M. Demarquay. Ce chirurgien a démontré que les symptômes de l'étranglement variaient en intensité avec la portion de l'intestin étranglée, et qu'ils étaient d'autant plus graves que l'étranglement siégeait plus haut sur l'intestin grêle.

On avait affaire à une anse de l'intestin grêle, comme on a vu dans l'observation, et il ne répugne pas de penser que ce soit une anse assez rapprochée de l'estomac, puisque les vomissements sont survenus immédiatement.

Quant au manuel opératoire, il n'a eu de particulier que le procédé suivant lequel a été pratiquée l'incision. M. Richet a fait un pli à la peau et l'a incisée par transfixion. C'est un procédé indiqué depuis très-longtemps, mais qu'on ne saurait trop recommander, quand la laxité du tissu cellulaire, placé au-devant de la tumeur herniaire, permet de l'employer. Il est sûr, rapide, et la plaie obtenue est très-régulière. On n'a pas à craindre aussi la lésion des parties importantes à ménager.

Enfin, il me reste à dire quelques mots sur les caractères de la péritonite survenue après l'opération.

Cette inflammation du péritoine s'est présentée avec tous les symptômes de la péritonite franche, classique, si je puis m'exprimer ainsi : ventre très-ballonné, douleurs vives, impossibilité où est le malade de supporter la plus légère pression sur l'abdomen sans

accuser une angoisse des plus pénibles ; constipation opiniâtre ; pouls petit, fréquent, etc.

Ce n'est généralement pas ainsi que se présente la péritonite, qui fait suite à l'opération de la hernie. L'état général, dans ces cas, est certainement très-grave ; mais l'état local est assez mal dessiné ; le ventre est peu ou point ballonné ; il paraît quelquefois plutôt rétracté. Les douleurs sont peu vives, surtout les douleurs spontanées, et la constipation ne persiste pas quand même.

Il semble qu'il y ait dans les cas ordinaires autre chose derrière la péritonite : est-ce comme on le dit un épuisement des forces du malade ? Cela est vrai quelquefois, surtout chez les vieillards. Mais je pencherais plutôt à admettre qu'il se fait une espèce d'empoisonnement, due, dans la plupart des cas, à l'exosmose des gaz intestinaux.

Nous avons vu dans notre observation une péritonite très-intense, éclatant avec tout son cortège de symptômes alarmants. Malgré sa faiblesse, le malade résiste parfaitement. A quoi faut-il attribuer ceci ? Je crois qu'il faut l'attribuer à ce que, dans le cas présent, l'inflammation était fraiche, et non pas de nature septique.

OBSERVATION VI.

Hernie inguinale droite étranglée ; opération ; phlegmon et gangrène partielle du scrotum ; guérison.

Le nommé Louis V..., âgé de 41 ans, d'une assez bonne constitution, entre le 3 mai 1861, salle Saint-Augustin, n° 48, avec les accidents de l'étranglement herniaire.

Ce malade a sa hernie depuis son enfance. Il a porté un bandage pendant une douzaine d'années, mais depuis environ dix ans, il en a suspendu l'emploi.

La hernie, du volume d'un gros œuf de poule, sortait assez souvent, mais rentrait avec facilité, en faisant entendre le bruit de gargouillement des entérocéles. Quinze jours avant son entrée à l'hô-

pital, ayant éprouvé quelques symptômes d'étranglement, il prit un bain tiède de cinq heures; la hernie rentra ensuite d'elle-même.

Le 4, la tumeur sort de nouveau. N'ayant pu être réduite, le malade ressent de vives coliques, et vomit plusieurs fois.

Le 5, il prend de l'huile de ricin, qu'il vomit. Le soir, grand bain de quatre heures; la hernie ne rentre pas.

Le 7, jour de l'entrée à l'hôpital, le malade est dans l'état suivant :

Tumeur de la grosseur d'un œuf à la partie interne et supérieure de l'aîne droite, placée dans la direction du canal inguinal, et faisant saillie dans la moitié supérieure du scrotum du côté droit. Douleurs spontanées légères, assez intenses à la pression. Quelques coliques.

L'état général du malade est assez bon. On fait des tentatives de taxis, qui ne donnent aucun résultat. Bain prolongé; lavement de tabac.

Tous ces moyens ayant été inutiles, on envoie chercher M. Verneuil, qui opère la hernie à 11 heures du soir.

Le malade ayant été préalablement endormi par l'inhalation du chloroforme, on fait une incision de 5 à 6 centimètres au plus, au niveau de la base de la hernie. Cette incision courte est faite au niveau de l'anneau inguinal externe, siège présumé de l'étranglement, dans le but d'intéresser le moins possible de tissus, tout en levant facilement l'étranglement. On incise les couches de tissu cellulaire, lame par lame, et sur la sonde cannelée. Arrivé sur le sac, M. Verneuil le soulève délicatement avec une pince, dans un de ses points coupé au-dessous de la pince horizontalement avec le bistouri; puis introduisant par la petite ouverture une sonde cannelée, il incise la paroi antérieure du sac. Immédiatement après l'incision et l'écartement des lèvres de division du sac, on peut voir l'anse intestinale étranglée éprouver un mouvement de rotation, de façon que la portion droite se place à gauche, et réciproquement la partie de l'anse qui se trouvait à gauche tourne à droite. L'intestin, du reste, est d'un rouge peu foncé. On aperçoit le mésentère dans l'étendue de

2 ou 3 centimètres. Introduisant l'index dans l'anneau inguinal externe, l'opérateur le trouve peu serré. Moyennant un très-léger débridement sur un seul point, l'intestin est réduit avec une facilité surprenante. On applique des cataplasmes sur la plaie. Lavements.

Le 8. Le malade est à peu près dans le même état. Il ne souffre plus de coliques ; mais il accuse un peu de douleur au niveau de la plaie. Il a un peu de fièvre.

La partie interne de la plaie est rouge et légèrement tuméfiée.

Le cours des matières est rétabli.

Le 9. La rougeur constatée hier s'est étendue jusqu'au milieu du scrotum. On sent de l'empâtement mais pas de fluctuation. Un peu de fièvre. — Bouillons.

Le 10, même état. Le gonflement et la rougeur augmentent. La fièvre devient plus intense.

Le 12. Le scrotum présente, à sa partie antéro-supérieure, une plaque gangréneuse de la largeur d'une pièce de 5 francs au moins. On sent un peu de fluctuation.

M. Richet fait une longue incision qui, partant de la première incision, descend jusqu'au bas du scrotum. Il sort une quantité assez considérable de pus.

A partir de ce jour, le malade va de mieux en mieux ; il sort le 13 juillet, parfaitement guéri.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue : d'abord au point de vue de la cause de l'étranglement. Ce n'est ni l'anneau inguinal, ni le collet du sac, qui produisaient l'étranglement, c'était l'entortillement de l'intestin. On a vu, en effet, après l'incision du sac, l'anse intestinale éprouver un mouvement de rotation, et la réduction s'opérer ensuite avec une facilité remarquable.

Les auteurs du siècle dernier ajoutaient beaucoup d'importance à l'entortillement intestinal. Richter le croyait très-fréquent et le redoutait beaucoup ; il avait même inventé tout exprès un procédé de taxis, dans lequel le chirurgien tirait à lui la hernie, et la ma-

laxait de façon à renverser en différents sens les deux bouts de l'intestin, pour en détruire l'entortillement probable.

Scarpa insiste également sur la fréquence de l'entortillement intestinal. « J'ai souvent observé, dit-il, dans la hernie scrotale formée par une anse de l'intestin grêle, que cette portion du canal intestinal était comme tordue sur elle-même, de manière à représenter un 8 » (p. 81 de l'édition de Cayol). Dans un autre passage il dit : « De nouvelles recherches m'ont prouvé que cet entortillement de l'intestin, en forme de 8, est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit communément, soit qu'il se forme à mesure que l'intestin franchit l'anneau, soit qu'il commence à se former lorsque la hernie a déjà acquis un certain volume..... Alors se déclarent des symptômes d'étranglement qui ne dépendent ni de l'anneau inguinal, ni du col du sac herniaire, et qui peuvent néanmoins rendre l'opération indispensable. » (p. 126).

Les traités de chirurgie les plus modernes mentionnent à peine cette variété d'étranglement. Laurence n'en parle pas dans son *Traité des hernies*, et M. Broca n'en fait pas mention dans sa thèse sur l'étranglement dans les hernies.

Je dois dire, du reste, que ce genre d'étranglement est assez rare, et que l'entortillement intestinal est surtout à craindre comme accident consécutif à l'opération, et pouvant amener un arrêt persistant des matières fécales.

Le second point de vue, sous lequel cette observation présente de l'intérêt, c'est le procédé opératoire. M. Verneuil a employé le procédé de M. Malgaigne : courte incision au niveau du siège présumé de l'étranglement. On a vu quel a été le résultat : phlegmon du scrotum, avec gangrène partielle.

Une seule observation ne pourra jamais juger un procédé; aussi n'ai-je pas la prétention de porter un jugement définitif sur le procédé de M. le professeur Malgaigne. La seule conclusion que je veuille en tirer, c'est la possibilité d'un phlegmon des bourses à la suite de l'opération ainsi pratiquée. Je ferai d'ailleurs remarquer

que, dans l'opération ordinaire, on ne prolonge l'incision jusqu'à la partie inférieure de la tumeur, que pour éviter les fusées purulentes qui peuvent se faire dans les enveloppes du testicule.

OBSERVATION VII.

Hernie crurale étranglée; kélotomie; anus contre nature; péritonite. Mort, autopsie.

Le jeudi, 9 mai, on apporte à l'hôpital Saint-Louis un malade nommé Charles Br..., âgé de 46 ans, journalier, atteint de hernie crurale étranglée.

Il y a deux ans que la hernie avait paru pour la première fois. Le malade, après quelque temps, s'était décidé à porter un bandage; mais la hernie n'avait jamais été réduite, elle était seulement contenue par le bandage qui, mal construit et mal appliqué, fut bientôt abandonné.

Le mardi 7, le malade s'alita; il avait de légers frissons, était constipé depuis plusieurs jours; le ventre était tuméfié, mais indolent. La tumeur herniaire rouge, luisante, tendue, était douloureuse au toucher.

Le mercredi 8, les accidents se prononcent davantage; le malade vomit; la constipation persiste.

Le jeudi 9, le ventre devient douloureux; les vomissements persistent et changent de nature. De bilieux qu'ils étaient, ils deviennent fécaloïdes.

Le malade entre à l'hôpital.

Après l'avoir endormi par l'inhalation du chloroforme, l'interne de garde essaie le taxis; la tumeur, qui est bilobée, semble diminuer de volume après les premiers efforts du taxis; mais elle ne peut être réduite en totalité. On prescrit un bain d'une heure. Dans la soirée, le taxis est encore essayé pendant dix minutes: même insuccès et même sensation perçue de diminution de la tumeur herniaire.

M. Verneuil, appelé dans la nuit du jeudi, trouve le malade dans l'état suivant :

Tumeur rénitente, rouge, douloureuse, du volume d'une grosse noix dans l'aîne droite. A la palpation, elle paraît composée de deux bosselures, l'une externe, formant presque toute la tumeur ; l'autre interne, plus petite et faisant corps avec la première. On pouvait, du reste, imprimer à la tumeur herniaire quelques mouvements de latéralité.

Un peu de ballonnement du ventre ; douleurs abdominales à la pression.

L'état général du malade est assez bon ; le pouls est fort, sans être beaucoup augmenté dans le nombre des pulsations. Facies naturel. Le malade réclame avec instance l'opération.

Les douleurs abdominales, la sensibilité assez vive de la tumeur, son petit volume, la durée déjà longue des accidents de l'étranglement, l'insuccès du taxis répété ; toutes ces circonstances engagent M. Verneuil à pratiquer immédiatement la kélotomie.

Opération. Incision légèrement courbe, à concavité supérieure au niveau de la tumeur herniaire. On trouve le tissu cellulaire épaissi et légèrement infiltré. L'artère tégumentouse abdominale donne un jet de sang assez volumineux par la lèvre inférieure de l'incision ; on est obligé d'en pratiquer la ligature.

L'opérateur incise ensuite couche par couche sur la sonde cannelée. On tombe sur une tumeur réniforme de la grosseur d'une noix, sans adhérence avec les lames cellulaires déjà disséquées. Cette tumeur, qui se présente par son bord convexe, est séparée en deux parties par un léger sillon ; cette forme bilobée explique la sensation mentionnée plus haut, et dont on ne se rendait pas parfaitement compte. A première vue, il semble que l'on ait affaire à un gros appendice intestinal, comme on en rencontre sur le bord convexe de l'intestin. Cette tumeur est, du reste, parfaitement blanche et assez peu tendue pour qu'on puisse en palper les parois. Elles

sont fermes, élastiques, en tout comparables aux parois intestinales, et semblent avoir une épaisseur de deux millimètres environ. On aperçoit en quelques points des vaisseaux étoilés et ramifiés comme ceux des parois intestinales. Le pédicule est de la grosseur du petit doigt, très-serré par l'anneau constricteur, et adhérent à la tumeur par sa grosse extrémité. Un débridement tenté sur l'anneau serait inutile, vu la constriction du pédicule.

A quoi a-t-on affaire ici? Est-ce au sac? Les parois fermes, élastiques et assez épaisses, semées de vaisseaux radiés, en éloignent un peu l'idée. Cependant, si c'était l'intestin, depuis le temps que dure l'étranglement, il serait devenu au moins rougeâtre ou violacé, la constriction étant considérable.

Dans l'incertitude où on se trouve, M. Verneuil se décide à ouvrir la tumeur. Une incision est donc pratiquée sur le bord convexe. L'ouverture de la poche laisse voir un tissu filamenteux, à mailles remplies de sérosité parfaitement limpide.

Ce tissu filamenteux qui existe dans toute l'étendue des parois de la tumeur, adhère, d'un côté à la paroi incisée, de l'autre à une lame finement dentelée, parcourue de gros vaisseaux rouge brun, et en tout semblables à l'épiploon. Cette lame dentelée étant enfin relevée, on découvre une tumeur noirâtre, parfaitement sphérique, du volume d'une petite noix.

Cette fois enfin, l'opérateur et les internes qui assistaient à l'opération croient que l'on est arrivé à l'intestin. La petite tumeur noire violacée est ferme dans une petite partie de son étendue; mais, dans l'autre partie, elle peut s'affaisser, et présente une consistance molasque, flasque, de linge mouillé. Reconnaisant les caractères de la gangrène, M. Verneuil se détermine à faire un anus contre nature. Après avoir à grand'peine débridé légèrement, il tire un peu sur la tumeur avec beaucoup de précautions, passe un fil dans le milieu de son pédicule, pour la retenir au dehors, et enfin, incisant les parties dépourvues d'élasticité, il fixe par quel-

qués points de suture les lèvres d'incision de la tumeur aux bords de l'incision cutanée. Pendant l'ouverture de la tumeur violacée, il ne s'est écoulé qu'un peu de liquide trouble, de couleur blanc jaunâtre, et sans odeur.

Une sonde est passée dans l'intestin, dont on ne trouve qu'un des bouts; elle ne livre passage qu'à une petite quantité de matière blanc jaunâtre, contenant quelques flocons grumuleux.

On applique des cataplasmes. Lavement.

L'opération, commencée à une heure du matin, n'est terminée qu'à deux heures.

Le 10, le malade est à peu près dans le même état; seulement il est un peu plus affaibli. Le cours des matières n'est pas encore rétabli. Il y a encore des vomissements fécaloïdes, et pas de selles. Douleurs abdominales persistantes.

La sonde, introduite par l'anus artificiel, ne donne écoulement qu'à un liquide filant, un peu visqueux et trouble, ressemblant au sac intestinal. Il ne sort ni matière fécale, ni gaz.

Maintenant, est-ce bien dans l'intestin que la sonde pénètre si facilement? L'introduction du doigt ne donne nullement la sensation d'une muqueuse. Cependant M. Richet croit avoir senti l'éperon.

Huile de ricin : 20 grammes. Lavement purgatif.

Le 11, l'état général du malade empire. La face est pâle, grippée; les traits profondément altérés; le pouls petit, fréquent, presque imperceptible, les extrémités froides.

Vomissements continuels.

Persistance de l'arrêt des matières fécales.

Le ventre est tuméfié, très-douloureux.

M. Denonvilliers introduit le doigt par la plaie, et, le faisant pénétrer assez profondément de tous les côtés, sans éprouver de résistance, il en conclut que l'on est en pleine cavité péritonéale. Il prescrit une injection forcée par l'anus. L'injection est poussée avec force; il ne sort pas une goutte de liquide par la plaie.

Le malade meurt dans la journée.

Autopsie. A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve la masse des intestins très-distendue, d'une couleur rouge-brun uniforme dans toutes les parties, et recouverte en quelques points de fausses membranes.

En soulevant le paquet intestinal, on trouve dans le petit bassin un grand verre au moins d'un liquide jaunâtre, trouble, floconneux.

La cavité péritonéale ne contient pas trace de matières fécales, et *l'intestin ne présente aucune solution de continuité, dans toute son étendue.*

Au niveau de l'anneau crural du côté droit, se trouve l'anse intestinale étranglée. L'intestin n'était pincé que dans une partie de sa circonférence; cette partie est violacée, moins lisse que le reste de la séreuse, un peu rétrécie. Elle n'offre aucune solution de continuité.

En examinant le péritoine au niveau du canal crural, on le voit enfoncé dans ce canal, et retenu aux bords de l'incision par des points de suture.

On fait macérer la région inguino-crurale droite, pour disséquer, et voir les désordres locaux plus clairement; mais une dissection attentive ne rend pas suffisamment compte de la disposition des parties.

Pour compléter l'autopsie, je dois ajouter que la partie de l'intestin, située au niveau de l'étranglement, formait un angle aigu, un coude, de façon à rendre, selon toute probabilité, le passage des matières presque impossible.

En lisant cette observation, et en la comparant avec celles qui précèdent, et celles qui suivent, on est tenté d'appliquer à la kélotomie ce que l'on a dit du cathétérisme et des accouchements : quand c'est facile, rien n'est plus facile; mais quand c'est difficile, rien n'est plus difficile.

On a vu, en effet, quelles circonstances imprévues se sont présentées pendant l'opération; et en présence de l'autopsie, on peut affirmer que le cas était de nature à dérouter les plus habiles.

M. Maisonneuve a donné un précepte pour l'opération de la hernie étranglée : « Si vous ne croyez pas être arrivé dans le sac, dit-il, continuez à inciser, vous n'y êtes pas encore. » Ce précepte, excellent dans presque tous les cas, et d'une application pratique généralement facile, eût été inapplicable ici, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la lecture de l'observation.

Tout, dans le cas présent, excepté le diagnostic, a présenté un aspect anormal; les symptômes, l'opération, ses suites, et jusqu'à l'autopsie.

La tumeur herniaire avait une forme bilobée, tandis que les hernies crurales ont généralement une forme sphérique, marronnée. Elle a paru se réduire de moitié, deux fois de suite, par les efforts du taxis, les accidents continuant toujours.

Pendant l'opération, une première fois on crut être arrivé sur l'intestin; c'était une poche séreuse. En l'ouvrant, on trouva des adhérences baignant dans un liquide citrin; un tissu dentelé, parcouru par de grosses veines, et analogue en tout à l'épiploon; et au-dessous, une tumeur sphérique noirâtre, flasque dans la plus grande partie de son étendue. Une seconde fois, l'opérateur et les internes présents à l'opération crurent qu'on avait affaire à l'anse intestinale étranglée : M. Verneui l'incisa la tumeur, réséqua la partie gangrenée, et fixa les lèvres d'incision au bord de l'incision cutanée. Une sonde fut introduite, et donna écoulement à une petite quantité de liquide blanchâtre et floconneux, sans odeur, qu'on crut être de la matière intestinale.

Les accidents persistèrent quand même.

L'autopsie ne rend compte qu'en partie des détails de l'observation. La réduction partielle de la hernie s'explique parfaitement; l'anse intestinale était rentrée par les efforts du taxis, et avait diminué d'autant le volume de la tumeur. La forme bosselée n'était

pas due à la hernie, mais à une poche séreuse placée au-devant d'elle; l'opération n'a pas porté sur la hernie, mais sur la tumeur bosselée et sur le sac herniaire.

Mais comment expliquer l'existence de cette tumeur placée au devant de la hernie? Est-ce un sac séreux, de la nature des bourses séreuses, qui se développent quelquefois au devant des hernies?

M. Verneuil donne l'explication suivante : « Il s'est formé, dit-il, deux sacs herniaires successifs; le premier étant oblitéré, l'intestin a pressé sur l'oblitération, et a fini par former un second sac, qui s'est porté en dehors, et s'est coiffé en quelque sorte de la première poche péritonéale. Il se serait ensuite produit autour du second sac, et dans l'intérieur du premier, un tissu graisseux, délicat, qui a pu en imposer pour l'épiploon. »

Une particularité importante à noter ici, c'est la nature des matières, qui se sont écoulées par la sonde après l'opération. C'était, ainsi qu'on l'a vu, un liquide trouble, grisâtre, analogue aux matières intestinales. Le lendemain, l'écoulement était le même, et, comme ce liquide n'avait aucune odeur, on pensa que c'était du mucus intestinal. L'autopsie démontra que ces matières n'étaient autre chose que les liquides de la cavité péritonéale.

Cette erreur, contre laquelle les auteurs ne mettent pas en garde, a déjà été commise dans la troisième observation; on a pris les liquides de la péritonite pour les matières intestinales. Il est donc très-important de la signaler. Dans le cas actuel, si on avait soupçonné que les liquides qui s'écoulaient ne provenaient que du péritoine, on aurait attiré l'anse intestinale étranglée, et on aurait fait un anus contre nature, qui aurait peut-être enrayé les accidents. Je répéterai ici le précepte de M. Denonvilliers : en pareille circonstance il ne faut croire que l'on a affaire aux matières intestinales, que quand on en a constaté l'odeur caractéristique.

Enfin, il me reste à signaler la disposition de l'anse intestinale étranglée; on a vu qu'elle formait un angle aigu, un coude. J'in-

siste sur ce fait ; car il me semble rendre compte de l'arrêt des matières fécales, tout aussi bien et même mieux que la péritonite, dans un assez grand nombre de cas. — C'est en assistant à l'autopsie d'un de ses opérés, qui présentait une disposition pareille, que Lassus se reprochait si vivement de ne pas avoir attiré l'anse intestinale au dehors, pour détruire cette disposition, à laquelle il attribuait la mort du malade.

OBSERVATION VIII.

Hernie crurale étranglée; épanchement sanguin dans l'anse intestinale déplacée; kélotomie. Mort, autopsie.

Le lundi 3 juin est entrée, salle Sainte-Marthe, n° 48, à Saint-Louis, une malade nommée Louise A..... Cette femme, âgée de 61 ans, est d'une bonne constitution et d'une bonne santé habituelle; elle n'a jamais eu d'enfant.

Il y a onze ans, elle vit apparaître à l'aîne gauche une petite tumeur. Voyant la tumeur augmenter sensiblement de volume, au bout de quelque temps, elle consulte un médecin qui lui conseille l'application d'un bandage; depuis cette époque elle a toujours porté son bandage, qu'elle ne quittait que la nuit.

Samedi 1^{er} juin, elle le quitta pour aller faire un voyage à Pont-sur-Yonne; en chemin de fer, et sans cause déterminante appréciable, elle est prise de vomissements qui durent environ une heure; arrivée à Pont-sur-Yonne elle consulte un médecin, qui pratique le taxis, longtemps et avec force, mais sans le moindre succès. Il lui conseille de retourner en toute hâte à Paris.

Pendant le trajet, les vomissements continuent, accompagnés de coliques très-violentes et de douleurs dans l'aîne. De retour à Paris elle consulte de nouveau un médecin, qui lui prescrit un purgatif et un lavement pour vaincre une constipation opiniâtre. La malade n'allant pas à la selle, le médecin recommence un taxis assez longtemps prolongé.

Enfin, en désespoir de cause, il lui conseille d'entrer à l'hôpital.

État actuel. La malade se présente à nous avec les symptômes suivants :

Tumeur douloureuse, rouge, rénitente, du volume d'une petite orange occupant l'aîne gauche.

Ballonnement du ventre peu sensible, mais douleurs vives à la pression.

Face vultueuse, animée; yeux saillants, presque hagards; pupille dilatée; langue sèche et brunâtre.

Pouls dur; 100 pulsations.

Les antécédents de la malade étant connus, on n'essaie pas le taxis.

On envoie chercher M. Verneuil.

L'opération est immédiatement pratiquée, la malade ayant été endormie par l'inhalation du chloroforme.

L'opérateur fait une incision à convexité inférieure au niveau de la partie moyenne de la tumeur, en dépassant un peu les limites latérales; le tissu cellulaire est trouvé épaissi, et ses mailles remplies d'une sérosité transparente; on incise avec précaution, et couche par couche, et on arrive sur une tumeur d'un rouge brunâtre, lisse et tendue; la couleur de la tumeur aurait pu la faire prendre pour l'intestin étranglé au premier abord; mais un examen plus attentif, l'intégrité parfaite des parois, après toutes les tentatives de taxis déjà pratiquées, en éloignent l'idée; une ponction pratiquée sur la partie la plus convexe de la tumeur laisse échapper un liquide brun, exhalant une odeur de matières fécales; on incise de chaque côté la paroi sur une sonde cannelée, et on tombe sur une tumeur d'une couleur livide, violacée, de la grosseur d'une noix; cette tumeur ne présente pas d'ouverture; elle est peu résistante, et, en pressant ses parois à la base, on éprouve la sensation d'un corps ferme de la grosseur d'une fève. Reconnaisant les caractères de la gangrène herniaire, M. Verneuil ouvre la tumeur, il s'écoule un liquide noirâtre, exhalant une forte odeur de matières fécales; les parois de la poche intestinale s'affaissent, et, au palper,

on constate une consistance mollassse, de linge mouillé, et complètement différente de la consistance de l'intestin normal.

L'opérateur attire une portion d'intestin sain au dehors, après avoir passé un fil à travers le mésentère, pour retenir l'anse gangrenée. Cela fait, il enlève la partie gangrenée de l'intestin, et on trouve dans cette partie l'épaississement mentionné plus haut, et formé par un épanchement sanguin dans les tuniques intestinales. Il fixe les deux bouts de l'intestin sur les côtés de la plaie au moyen de quelques points de suture; enfin, passant une sonde dans le bout supérieur de l'intestin, il fait sortir par une pression légère sur le ventre une petite quantité de matières liquides jaunâtres, sans odeur bien marquée. La sonde est établie à demeure dans le bout supérieur, et on applique par-dessus des cataplasmes.

Mardi, 4 juin, état général meilleur; pouls moins fort et moins fréquent.

L'état de la plaie est bon; coliques peu intenses; les cataplasmes sont continués. — Bouillons.

Le 5. Pouls plus fort, un peu plus fréquent; hoquet; coliques peu vives. La sonde fait difficilement sortir une petite quantité de matières.

Le 7. Plus de hoquet; face pâle; pouls ralenti; coliques persistantes. — Huile de ricin.

Le 8. Peau froide; pouls filiforme. — Mort à quatre heures de l'après-midi.

Autopsie. A l'ouverture du ventre, on constate un peu d'injection générale du péritoine. Puis dans la fosse iliaque gauche, une péritonite avec épanchement séro-flaconneux, et fausses membranes molles encore, mais fixant dans la fosse iliaque une partie du paquet intestinal. Les deux bouts de l'intestin sont superposés, le bout inférieur par-dessus et pressant le bout supérieur, qui se trouve au-dessous et comme aplati. Cette disposition est assez bien représentée

par un x allongé, dont les branches empièteraient l'une sur l'autre par leur partie moyenne.

Du reste, l'étranglement siégeait sur la partie moyenne de l'intestin grêle.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres. On a vu d'abord quelle était la nature du liquide contenu dans le sac ; c'était un liquide brun, exhalant une forte odeur de matières fécales. On ne peut pas expliquer ceci par la sortie des matières intestinales ; l'anse herniée ne présentait aucune fissure. Il est probable que cela est dû à l'exosmose des gaz intestinaux ; ce n'est d'ailleurs pas le premier fait de cette nature ; dans certains cas, on a trouvé cette odeur aux matières contenues dans le péritoine, l'intestin ne présentant aucune solution de continuité. Je dois ajouter que le taxis, dont on a tant abusé ici, n'est pas étranger sans doute à ce phénomène.

C'est aussi au taxis pratiqué sans ménagement, qu'est dû l'épanchement sanguin, trouvé dans l'épaisseur des tuniques intestinales. C'est du reste un fait très-rare, car je ne l'ai trouvé mentionné nulle part dans les auteurs ; on parle bien d'une infiltration séreuse, séro-sanguinolente, sanguinolente, mais on n'indique pas la possibilité d'un épanchement sanguin circonscrit, d'une espèce de bosse sanguine.

Quelques mots sur les caractères anatomiques de la gangrène de l'intestin. Autrefois, on regardait comme un signe certain de gangrène la couleur livide, violacée ; plus tard, on considéra la couleur feuille morte comme un caractère pathognomonique. M. Cruveilhier dit qu'il ne faut croire qu'on a affaire à une anse intestinale gangrenée que quand cette anse est *de couleur cendrée, et qu'elle a perdu son élasticité*. Je crois, avec M. Velpeau, qu'il ne faut compter que sur un signe : c'est la perte de l'élasticité. La couleur cendrée est un signe excellent ; mais elle n'apparaît qu'assez tard, et, si l'on s'y fiait exclusivement, on pourrait faire rentrer dans l'abdomen une

anse qui, ne présentant pas la couleur cendrée, serait cependant gangrenée. Le premier signe, qui annonce la gangrène, est la consistance mollassse des parois intestinales, une consistance de linge mouillé, qui fait contraste avec la fermeté des parties saines. On peut facilement s'en convaincre par la lecture de cette observation, et de quelques autres publiées dans cette thèse.

Il me reste à signaler une particularité intéressante, constatée à l'autopsie : c'est la disposition en x des deux bouts de l'intestin. On la rencontre assez souvent en faisant des autopsies de hernies étranglées, et c'est, ainsi que je le dis ailleurs, une des causes les plus fréquentes soit de la difficulté qu'ont les matières intestinales à sortir par l'anus contre nature, soit de l'arrêt persistant des matières fécales, quand l'intestin a été replacé intact dans la cavité abdominale.

OBSERVATION IX.

Hernie crurale étranglée sèche; opération; anus contre nature. Mort.

La nommée Julie M..., âgée de 39 ans, couturière, entre, le 8 juin 1861, salle Sainte-Marthe, 63, atteinte des symptômes de l'étranglement herniaire.

Il y a quatre ans, à la suite d'une couche, elle ressentit une douleur vague, sourde, dans l'aîne du côté droit. Il y a trois ans et demi, à la suite d'une fausse couche, elle éprouva une douleur assez vive dans l'aîne, des douleurs de ventre, et en même temps apparut la hernie, qui était alors du volume d'une grosse noisette. Depuis ce temps, elle éprouva souvent des coliques, qui la forcèrent de garder le lit pendant quelque temps, à des époques différentes. Ces douleurs devenant de plus en plus vives, elle fut contrainte de suspendre complètement son travail. Au moindre effort, la petite tumeur devenait plus volumineuse, et les coliques augmentaient. Constipation habituelle, et difficulté d'aller à la garde-robe.

Cet état dura jusqu'au commencement du mois de mars : elle ne consulta plus son médecin, qui l'avait un peu rassurée en lui disant qu'elle pourrait bien avoir un abaissement de matrice. La tumeur augmenta insensiblement ; et comme les souffrances devenaient tous les jours plus vives, elle alla consulter un autre médecin, qui diagnostiqua une hernie. Néanmoins il cautérisa le col de l'utérus, il fit prendre des bains, et prescrivit des injections ; il y avait un ulcère du col.

4 juin. La malade ressent une douleur très-vive, dans l'aîne, et la tumeur, grosse auparavant comme un petit œuf de poule, devient très-volumineuse tout d'un coup. D'après la malade, elle était plus volumineuse que le poing, dure, tendue, et on sentait comme des nœuds dans la tumeur.

Le 6, M. Richet est appelé, et fait donner un grand bain.

Le 7, les vomissements continuent ; ils sont jaunes et d'odeur infecte.

Le 8, la malade est amenée à l'hôpital. Les vomissements fécaloïdes persistent. On applique de la glace sur la tumeur.

Le 9, glace à l'intérieur.

État actuel :

Tumeur herniaire ovoïde, moins grosse qu'un œuf de poule, située au-dessous de l'arcade crurale, et dirigée de manière que son grand axe fait avec l'arcade crurale un sinus regardant en dedans. Sonorité à la percussion ; pas de bride épiploïque tendue dans l'abdomen ; vomissements fécaloïdes ; douleurs abdominales vives.

M. Richet pratique l'opération :

Il fait un pli à la peau, perpendiculairement à la tumeur, et incise ce pli de bas en haut ; il divise ensuite un feuillet cellulaire assez mince, et immédiatement au-dessous on peut voir une membrane d'aspect séreux, et présentant par transparence une couleur d'un noir violacé : c'est le sac. On fait une ponction à la partie la plus déclive, on introduit une sonde cannelée. Un bistouri est conduit

sur la cannelure de la sonde pour diviser le sac. Il s'écoule alors un liquide blanchâtre, glaireux, que M. Richet croit être du pus ; mais, en examinant plus attentivement, il s'aperçoit que c'est du mucus intestinal ; l'intestin avait été probablement embroché par la sonde, et coupé ensuite par le bistouri. Il présente une section très-nette dans l'étendue d'un demi-centimètre à peu près. Il est de couleur lie de vin, paraît très-facile à déchirer, et ne présente aucune adhérence au sac. Entre le sac et l'intestin, il n'y a pas de liquide ; les lèvres de la plaie intestinale donnent lieu à un suintement sanguin insignifiant, qui ne tarde pas à s'arrêter.

M. Richet débride avec le bistouri boutonné l'anneau constricteur, et fixe l'intestin à la paroi abdominale par quatre points de suture. Il ne s'écoule pas de matières fécales.

Eau de sedlitz par cuillerées ; cataplasmes sur le ventre ; diète.

Dans l'après-midi, mon collègue Nivert, interne du service, se rend auprès de la malade. Les matières ne s'écoulaient pas, et les vomissements continuaient. Il introduit une sonde de femme par le bout supérieur de l'intestin ; il s'écoule des matières fécales en abondance ; il laisse la sonde une demi-heure : pendant ce temps, il s'écoule un litre de liquide environ. Les vomissements s'arrêtent un instant, mais reprennent vers quatre heures. Une sonde de gomme élastique est laissée à demeure ; les matières continuent de couler, et les vomissements cessent. La malade repose un peu.

Le 10. Un peu de rougeur autour de la plaie. Ventre souple, indolent même à la pression ; 96 pulsations. — État général excellent.

Les matières fécales n'ayant pas repris leurs cours, on remet la sonde à demeure.

Le soir, le pouls est à 108 pulsations, mais la peau n'est pas très-chaude. Pas de réaction fébrile très-prononcée.

Le 11. Commencement d'inflammation locale : la plaie est entourée d'un cercle rouge de 2 à 3 centimètres. La sonde est enlevée et les fils des sutures détachés.

Deux vomissements. — Cataplasmes sur le ventre ; lavement laxatif.

Le soir, réaction fébrile ; frisson ; face rouge, injectée.

Deux vomissements, dus sans doute à un potage trop copieux que la malade a pris. On suspend toute alimentation.

Un lavement amène une selle : il n'est rien passé par la fistule stercorale.

Le 12. Ventre indolent. 96 pulsations. Etat général bon.

La rougeur persiste autour de la plaie. En pressant, M. Richet fait sortir un pus noirâtre, qui vient du sac enflammé. — Eau de Sedlitz par cuillerées ; eau vineuse ; cataplasmes ; quelques cuillerées de bouillon.

Le soir, l'ouverture fistuleuse ne livre plus passage aux matières stercorales, même par l'emploi de la sonde. La malade est faible ; 100 pulsations. Après quatre vomissements de matières fécaloïdes, elle devient plus tranquille et repose un peu. — Glace, eau de Seltz, cataplasmes.

Le 13. Même état. Arrêt persistant des matières. M. Richet introduit son doigt par la plaie et constate que les bouts de l'intestin sont renversés ; le supérieur est au fond de la plaie ; l'inférieur est par-dessus et comprime le bout supérieur. Une sonde est introduite ; on fait par cette sonde une injection. Quelques minutes après, écoulement abondant de matières. On laisse la sonde à demeure.

M. Richet pense que les vomissements de la veille ont été déterminés par le purgatif, qui a produit une hypersécrétion de mucus intestinal. — Eau de groseille, eau vineuse, bouillons.

Le 14. Fièvre assez vive, qui a débuté hier au soir. 112 pulsations ; peau chaude, face rouge, injectée. Accablement ; moral affaibli.

Les matières ont assez bien coulé par la sonde ; mais il s'est formé un phlegmon au voisinage de la plaie. La fluctuation étant manifeste, M. Richet fait une incision ; il s'écoule deux ou trois cuille-

rées d'un pus noirâtre, fétide : la fièvre doit être sans doute attribuée à la formation du pus.

Outre cela, M. Richet résèque avec des ciseaux le bout supérieur qui dépasse les lèvres de la plaie. — Sonde remise à demeure ; deux injections d'eau tiède, eau vineuse.

Le 15. État assez bon.

Le 16. Accablement très-grand ; la malade a le moral très-abattu ; elle demande la mort. La respiration est anxieuse ; le ventre est rétracté plutôt que ballonné ; les matières rendues sont à peine digérées : la malade ne prend que du vin. — Vin de quinquina, bordeaux, potion cordiale.

Le 17. Agitation, subdelirium. La malade ne prend rien et peut à peine répondre à ce qu'on lui dit, tant elle se trouve faible.

Le 18. Mort.

Autopsie. Le ventre est rétracté et présente la disposition désignée sous le nom de *ventre en bateau*.

A l'ouverture de la cavité péritonéale, on ne constate aucun épanchement dans l'abdomen. Les intestins sont d'un rouge violacé ; le bout supérieur de l'intestin est très-dilaté, l'inférieur est, au contraire, très-rétréci, et le diamètre de sa cavité très-étroit. L'anus contre nature siège au niveau de l'union du jéjunum avec l'iléon ; les valvules conniventes étant beaucoup plus rares au-dessous qu'au-dessus de l'anus artificiel : les mesures n'ont d'ailleurs pas été exactement prises.

Les deux bouts de l'intestin sont contournés en pas de vis, le supérieur étant à la partie inférieure, et réciproquement.

Cette observation est intéressante sous deux rapports, l'opération et les lésions constatées à l'autopsie.

On a vu que M. Richet, croyant ouvrir le sac seulement, avait ouvert à la fois le sac et l'intestin. Cet accident est assez commun et les exemples en sont nombreux ; il doit être mis sur le compte de la nature de la hernie, qui était sèche. On a vu, en effet, que le

sac ne contenait pas une goutte de liquide, et que l'intestin lui était étroitement appliqué. Ce sont les cas de ce genre qui effrayaient tant les auteurs anciens, et leur faisaient dire que le temps le plus difficile de la kélotomie était l'ouverture du sac. Les hernies sèches sont, du reste, assez fréquentes; les trois dernières, opérées par M. Richet, étaient de cette nature, et toutes les trois étaient des hernies crurales. Si l'on soupçonnait, dans une opération de hernie étranglée, avoir affaire à un cas analogue, je crois qu'il faudrait préférer à l'incision ordinaire du sac le mode d'incision employé quelquefois par Dupuytren; c'est-à-dire qu'au lieu de soulever un point du sac avec la pince, et de couper au-dessous, il faudrait inciser le sac, sans le soulever, avec beaucoup de précaution, et introduire une sonde cannelée, dès qu'on suppose être arrivé sur l'anse intestinale.

Sous le rapport des lésions anatomiques, cette observation présente une particularité, qui la rapproche de l'observation précédente. On a vu, en effet, dans le cas précédent, une disposition bizarre de l'anse intestinale, qui a mis obstacle à l'issue des matières fécales par l'anus contre nature. Dans le cas actuel, nous constatons également une torsion intestinale, qui rappelle l'entortillement intestinal de Scarpa, et qui explique l'issue difficile des matières pendant la vie de la malade. M. Richet essaye de rendre compte de cette disposition: il pense que cela est dû à ce que le bout supérieur, rempli de matières intestinales, étant plus lourd, tourne autour du bout inférieur, qui est vide, et vient se placer au-dessous de lui.

OBSERVATION X.

Hernie crurale étranglée sèche; opération; anus contre nature. Mort. Autopsie.

La nommée Marie G..., âgée de 75 ans, est apportée, salle Sainte-Marthe, n° 58, le 15 juillet 1861, atteinte des accidents de l'étranglement herniaire.

Il y a deux ans et demi environ qu'elle s'est aperçue de l'existence d'une tumeur dans l'aîne du côté droit. Cette tumeur grossissant assez rapidement, elle consulte un médecin, qui lui conseille l'application d'un bandage.

Elle quitte son bandage le dimanche 14 juillet. Le lendemain 15, elle a un vomissement de bile ; constipation opiniâtre ; douleurs générales dans le ventre et dans la tumeur.

Le lundi soir, deux vomissements.

Le mardi, les accidents continuent.

Quatre vomissements ; les deux derniers, formés de matières fécales. La malade ne prend plus rien ; les douleurs augmentent.

Le mercredi 17, on l'apporte à l'hôpital, à onze heures du matin.

On fait deux tentatives de taxis ; on lui donne un purgatif, un lavement. Aucun moyen ne réussit.

Le jeudi 18, ces accidents augmentent ; la malade est dans un état de prostration profonde ; elle répond à peine aux questions qu'on lui fait.

Vomissements comme par regorgement.

Constipation persistante.

Douleurs abdominales vives ; ventre peu ballonné, mais très-douloureux à la moindre pression.

Tumeur herniaire de la grosseur d'un œuf de poule, douloureuse, donnant la sensation de bosselures, mate à la percussion dans sa moitié supérieure.

M. Richet procède à l'opération.

Les poils étant rasés au niveau de la tumeur, et le chloroforme étant administré, M. Richet fait une incision qui s'étend dans toute la longueur de la tumeur herniaire ; il dissèque avec soin les couches de tissu cellulaire épaissi, et tombe sur une tumeur lisse, présentant quelques points violacés et jaunâtres. M. Richet pense qu'il est arrivé au sac, qui laisse apercevoir par transparence les parties sous-jacentes. Il incise la tumeur dans un point, et prolongeant l'incision

dans la direction de son grand axe, il trouve une lame épiploïque, présentant des points jaunâtres et violacés, et légèrement tuméfiée. Soulevant cette lame épiploïque, il découvre une tumeur violette, du volume d'une grosse noix. Les parois de l'anse intestinale étant trouvées intactes, M. Richet, après un léger débridement, fait rentrer l'intestin.

La lame épiploïque est laissée à l'extérieur, pour former bouchon à l'orifice par lequel s'est échappée la hernie.

Potion purgative; lavement.

Le soir, la malade a une selle; l'état général est mauvais; la prostration continue; les douleurs abdominales sont aussi vives: ballonnement du ventre.

Le 19, pas de mieux; il y a une selle involontaire dans la matinée; insensibilité de la malade à tout ce qui l'entoure.

Le 20, mort dans la journée.

Autopsie. Ventre ballonné; à l'ouverture, teinte rosée uniforme du paquet intestinal; cordon épiploïque très-tendu, aboutissant au canal crural. C'est à un décimètre du cæcum que siège la lésion intestinale. Au niveau de l'étranglement, l'intestin, pincé dans une partie seulement de sa circonférence, présente un rétrécissement circulaire; il est dépoli, violacé, sans solution de continuité; il forme un coude qui empêche le passage de toute espèce de liquide; de l'eau, versée par l'intestin grêle, peut à peine franchir le rétrécissement intestinal et arriver dans le cæcum.

Peu d'épanchement péritonéal: deux cuillerées à peine d'un liquide trouble et floconneux.

Cette observation doit être rapprochée de la deuxième de cette thèse. Les deux malades, très-âgées, n'ont pu suffire aux dépenses vitales d'une convalescence; elles sont mortes par épuisement: c'est la terminaison la plus commune des hernies étranglées opérées chez les gens âgés.

De plus, c'est là un cas de hernie sèche, comme le précédent; et je rappellerai qu'à l'autopsie, on a trouvé, comme dans la septième observation, une disposition intestinale, sur la fréquence de laquelle j'ai déjà insisté.

Réflexions générales et conclusions.

Les dix observations publiées dans cette thèse sont de deux ordres :

Hernies inguinales.

Hernies crurales.

Les premières, au nombre de quatre, se sont toutes présentées chez des hommes.

Les secondes, au nombre de six, se sont rencontrées, cinq chez les femmes, une seule chez un homme. Deux des six étaient sèches.

Dans les 10 malades, 7 sont morts, 3 seulement ont guéri. La guérison est due, dans un cas, à l'emploi des antiphlogistiques; dans les deux autres, à l'opération. Je ferai observer du reste que ce premier cas était un étranglement par inflammation; les deux autres, des étranglements proprement dits. De ces deux derniers cas, l'un était au premier jour de l'étranglement, l'autre au quatrième jour; mais la hernie était inguinale, et de plus, l'étranglement était spécial (entortillement intestinal), peu serré, et les accidents peu pressants.

S'il m'est permis de tirer quelques conclusions d'un aussi petit nombre d'observations, je dirai, et ce qui suit est aussi le résultat des commentaires ajoutés à chaque observation et de mes lectures particulières :

1° Que l'opération de la hernie étranglée n'est pas aussi à craindre qu'on a voulu dire, en se fondant sur une statistique prise dans les hôpitaux. Cette statistique a le tort immense d'englober tous les

cas de hernies opérées dans de bonnes ou dans de mauvaises conditions, assez tôt ou trop tard. Elle attribue à l'opération ce qui ne doit être mis que sur le compte de l'étranglement : « On ne meurt pas de l'opération, dit Bertrandi ; si la mort la suit, c'est parce qu'on l'a pratiquée trop tard. »

2° Que les moyens médicaux employés avant l'opération, sont le plus souvent, pour ne pas dire toujours, complètement inutiles, à part les cas d'étranglement par inflammation, où les antiphlogistiques sont indiqués.

3° Que dans les étranglements proprement dits, le taxis seul, avec l'aide du chloroforme, doit précéder l'opération. C'est à ce moyen que nous devons d'avoir réduit, à l'hôpital Saint-Louis, au commencement de cette année, trois hernies étranglées qui n'avaient pas cédé aux moyens médicaux.

4° Que, passé trois jours, quatre jours au plus pour les hernies inguinales, vingt-quatre heures, trente-six heures au plus pour les hernies crurales, on doit opérer.

5° Que la mort, après l'opération, dépend moins souvent de la péritonite qu'on s'est plu à le dire et à le répéter. Elle tient le plus souvent à une insuffisance de forces du malade ou à une espèce d'empoisonnement.

6° J'ajouterai que la continuation des accidents après l'opération tient moins rarement qu'on ne le croit généralement à une disposition des anses intestinales, qui empêche le libre cours des matières (obs. 7, 8, 10).

Quant à ce qui concerne la hernie qu'on a appelée congénitale, et que M. Malgaigne a mieux nommée hernie à canal ouvert, je dirai :

7° Qu'elle apparaît généralement entre 20 et 25 ans, ainsi que l'a déjà écrit mon collègue, M. Tirman.

8° Que l'étranglement est plus serré que dans les autres hernies inguinales, que les accidents sont plus pressants et que l'opération doit être pratiquée plus tôt.

9° Enfin j'ajouterai qu'il est de règle que l'anneau constricteur soit au niveau de l'orifice inguinal interne.

QUESTIONS

sur

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Des effets de la foudre sur les corps bruts et sur les animaux.

Chimie. — Du sulfate de zinc.

Pharmacie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont pour base un composé de plomb.

Histoire naturelle. — Caractères de la famille des ombellifères.

Anatomie. — Des artères et des veines de l'organe auditif.

Physiologie. — Des parties qui composent le sens du goût.

Pathologie interne. — De l'application de la percussion au diagnostic des maladies de l'abdomen.

Pathologie externe. — De la hernie inguinale.

Pathologie générale. — Des entozoaires en général.

Accouchements. — L'accouchement prématuré artificiel peut-il être appliqué à d'autres cas que ceux de rétrécissement du bassin ?

Thérapeutique. — Quelles sont les applications thérapeutiques du froid?

Médecine opératoire. — De la cure radicale des hernies.

Médecine légale. — De l'empoisonnement par l'arsenic.

Hygiène. — De l'allaitement mixte.

Vu, bon à imprimer.

DENONVILLIERS, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

ARTAUD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

AN 1861

THÈSE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 25 avril 1861.

Par **JULES KERNACH**

Docteur en Médecine.

Thèse de Doctorat en Médecine.

CONTRIBUTION

à l'étude de la pathologie et de la thérapeutique

DE LA DYSPEPSIE.

ET DE L'ÉTAT GÉNÉRAL DES SANGUINÉS EN GÉNÉRAL.

Par **JULES KERNACH**

Thèse de Doctorat en Médecine. — 1861.

PARIS.

Imprimé par **L. FACULTÉ DE MÉDECINE**

de la Faculté de Médecine.

1861

1861 — 1862

Thérapeutique. — Quelles sont les applications thérapeutiques du

Endurogène ? — De la cure radicale des hernies.

Maladie de la peau. — De l'eczéma chronique par l'endurogène.

Hygiène. — De l'allaitement mixte.

Paris, chez l'imprimeur

MAISON G. L. L. L. L. L.

Par voie d'expédition

La Vice-Président de l'Académie de Paris

1884