N° ~~15~~. 18.

DE

L'ÉTRANGLEMENT

DE LA

HERNIE INGUINALE.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 21 MARS 1842;

PAR

M.-P.-D.-A BAZIN,

DE MONTPELLIER;

Chirurgien Sous-Aide à l'Hôpital militaire de Longwy, ex-élève de l'École-pratique d'anatomie et d'opérations chirurgicales, ex-Chirurgien externe de l'Hôtel-Dieu St-Eloi.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Hâtez-vous lentement.....
BOILEAU, *Art poét.*

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1842.

A MONSIEUR

J.-P. BATIGNE,

Professeur-Agrégé en exercice près la Faculté de Médecine de Montpellier, etc.

C'est vous qui m'avez dirigé dans l'étude de la médecine; vous avez guidé mes pas dans les sentiers de la science, daignez agréer mon premier essai offert par la reconnaissance.

A. BAZIN.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE CHÉRIS.

Tous vos moments ont été consacrés à mon avenir, aucun sacrifice ne vous a refroidis ; vous rendre heureux est ma seule ambition.

A mon Grand-Père,

P.-D. BAZIN.

Nestor de la famille, vous avez la première place dans mon cœur.

A MA TANTE,

Mlle M. BAZIN.

Vos soins pour moi sont ceux d'une mère, je vous aime comme on aime une mère.

A MON FRÈRE, MA SŒUR ET MON BEAU-FRÈRE.

Amour, attachement inaltérable.

A MES AUTRES PARENTS.

A chacun selon le degré d'intérêt qu'il me porte.

A. BAZIN.

DE

L'ÉTRANGLEMENT

DE LA

HERNIE INGUINALE.

La hernie est une tumeur produite par le déplacement d'une partie molle, et surtout des viscères contenus dans la cavité du bas-ventre.

Les anciens, sous le nom de hernie, κηλή, *ramex*, *ruptura*, entendaient tout déplacement des parties de leur cavité propre. Aujourd'hui cette dénomination a perdu de son extension, et quoique l'on donne encore assez volontiers le nom de hernie aux déplacements du cerveau, des poumons, de la matrice, des ovaires et du vagin, on est généralement convenu

de n'appeler *hernies* que les déplacements des viscères et de leurs annexes contenus dans la cavité abdominale (1).

La grande multiplicité des viscères abdominaux, et les nombreux points par lesquels ils peuvent faire hernie, ont naturellement conduit à diviser les hernies en intestinales (entérocèles), en épiploïques (épiplocèles), en entéro-épiploïques (entéro-épiplocèles), selon qu'elles sont formées par l'intestin, l'épiploon, ou par les deux à la fois ; et leur position à l'aine, à l'anneau crural, à l'ombilic, au trou ovalaire, etc., leur a valu les noms d'inguinales, crurales, ombilicales, ovalaires, etc.

La plus ou moins grande mobilité des viscères contenus dans l'abdomen les expose plus ou moins à abandonner leur place respective, et à faire hernie : ainsi le jéjunum, l'iléon, le colon, le cœcum, se déplaceront plutôt que le rectum et que le duodénum qui n'est jamais compris dans une masse herniaire, à moins que quelque anomalie ne lui donne une position qu'il n'a pas le plus ordinairement.

Une autre division a été établie dans laquelle on a distingué les hernies en simples, composées, com-

---

(1) Quoique la vessie soit située dans la région pelvienne, on appelle hernie de vessie (cystocèle) le passage de quelque portion de vessie à travers les fibres aponévrotiques de la paroi abdominale antérieure.

pliquées, complètes, incomplètes, par rapport à leur nature, à leur forme et aux diverses affections qui peuvent les accompagner.

Nous ne parlerons qu'en passant du grand travail de M. Malgaigne sur la statistique des hernies, travail dans lequel cet homme recommandable a donné une nouvelle preuve de la profondeur de ses connaissances.

Nous nous bornerons spécialement à faire l'histoire des hernies inguinales comme étant les plus fréquentes et partant les plus sujettes à l'étranglement.

La hernie inguinale, qui a pris son nom de la région qu'elle occupe, est une tumeur plus ou moins arrondie, bosselée quelquefois, faisant saillie sous la peau, molle, se laissant déprimer, et même disparaissant complètement par la pression, revenant quand le sujet tousse, marche ou fait quelque effort : elle a dû, par la position qu'elle peut affecter en dedans ou en dehors de l'artère épigastrique, être distinguée en interne et en externe.

Sans entrer dans de trop longs détails sur le mode de formation de ces deux espèces de hernies, afin d'arriver plus tôt à notre but (l'étranglement), nous dirons cependant que la hernie inguinale *externe* parcourt le canal inguinal de la partie postérieure à la partie antérieure, de dehors en dedans, et un peu de haut en bas, en suivant le trajet du cordon testiculaire chez l'homme, et du ligament rond chez la femme,

et se trouve en dehors de l'artère épigastrique ; tandis que la hernie inguinale *interne* pousse directement devant elle la paroi abdominale, au niveau de l'anneau inguinal externe, là où le seul *fascia transversalis* oppose de la résistance aux viscères. Cette dernière variété est toujours en dedans de l'artère épigastrique. On l'appelle aussi *directe*, par opposition à la première que l'on désigne du nom d'*oblique*.

En poussant les parties devant eux, les viscères entraînent avec eux ces mêmes parties : aussi doit-on trouver, d'une manière générale et sauf les exceptions, doit-on trouver, dis-je, dans les hernies inguinales, en procédant du dedans au dehors, une enveloppe péritonéale appelée *sac herniaire*, des fibres du *fascia transversalis*, du crémaster, une expansion fibreuse de l'anneau inguinal, du *fascia superficialis*, la graisse, le tissu cellulaire, des ganglions lymphatiques et la peau. Il arrive quelquefois que le péritoine se rompt au lieu de céder aux viscères et de les suivre : alors la hernie n'a pas de sac, et le viscère hernié est immédiatement en rapport avec le *fascia transversalis*.

Dans la hernie inguinale interne, cependant, on ne trouve ni le *fascia transversalis*, ni le crémaster; et l'intestin n'est recouvert que par le péritoine, l'expansion fibreuse de l'anneau, le *fascia superficialis* et la peau.

Nous devons encore parler d'une troisième espèce

de hernie inguinale, qui est toujours en dehors de l'artère épigastrique, et qui a lieu lorsque le péritoine, qui forme la tunique vaginale du testicule, est encore en continuité de tissu avec le péritoine abdominal : c'est la hernie inguinale congéniale.

Nous avons emprunté, au traité d'anatomie topographique de M. Blandin, les quelques détails anatomiques qui précèdent : nous aurons à nous en louer si nos juges sont satisfaits, et nous entrerons avec confiance dans la seconde partie et la partie essentielle de notre travail, l'étranglement.

Lorsque l'ouverture qui a donné passage à une portion d'intestin ou d'épiploon se resserre de manière à intercepter la continuité du tube digestif, ou à irriter l'épiploon, et produire par là des accidents graves, il y a étranglement.

L'étranglement est l'accident le plus redoutable et le plus fâcheux qui puisse arriver dans une hernie inguinale (1) : nous allons donc l'étudier dans ses causes, son siége, sa nature, ses symptômes, ses complications, ses caractères, sa marche et ses terminaisons. Nous tâcherons enfin de donner les moyens de le combattre avantageusement, soit par les médicaments internes, soit par les topiques, soit par l'instrument tranchant.

---

(1) Comme dans toutes les autres espèces de hernies.

L'étranglement peut avoir lieu dans une hernie récente comme dans une hernie ancienne ; et les causes qui ont produit la hernie peuvent aussi donner lieu à l'étranglement : ainsi, un effort, un coup, une chute, sont capables de rappeler au dehors une hernie jusqu'alors contenue par un bandage, et occasionner son étranglement ; des matières alimentaires, fécales, des vents, de la sérosité, du sang même ramassés dans l'intestin hernié, agissant comme corps étrangers, peuvent l'irriter et l'enflammer, et produire ainsi l'étranglement d'une entérocèle, en rompant l'équilibre des parties contenantes et des parties contenues. Le resserrement des fibres aponévrotiques qui donnent passage aux parties herniées, l'inflammation du sac ou de son collet, sont aussi des causes fréquentes d'étranglement, surtout pour les épiplocèles. Dans le premier cas, on peut dire que la hernie s'étrangle ; dans le second, elle est étranglée.

Le siége de l'étranglement varie suivant que la hernie est récente ou ancienne. Dans les hernies récentes, provoquées par un accident, et qui ont été, dès leur apparition, accompagnées des symptômes de l'étranglement, celui-ci est produit par le retour sur elle-même de l'ouverture aponévrotique qui agit en vertu de son élasticité, et son siége est toujours au niveau de cette ouverture. Il peut en être de même dans les hernies anciennes, par une cause

quelconque qui rétrécit l'ouverture et la rend trop étroite pour contenir, sans les comprimer, les parties qui la traversent. Cependant, dans les cas les plus ordinaires, lorsqu'une cause a agi, ou par le seul fait de l'altération organique du sac, l'étranglement a son siége dans les rétrécissements qui surviennent à son corps ou à son collet, et alors l'ouverture aponévrotique est tout-à-fait étrangère à l'étranglement, qui peut avoir lieu plus ou moins loin de cette ouverture, en haut ou en bas.

L'éraillement du sac peut être aussi le siége de l'étranglement des parties qui se seront engagées dans son ouverture; enfin, des adhérences, ou des brides dans l'intérieur du sac, sont aussi parfois le siége de l'étranglement.

A quelque hauteur que l'étranglement se fasse, et dans quelque partie qu'il ait son siége, on le reconnaît difficilement au dehors (le siége); mais, dans tous les cas, les symptômes sont les mêmes, et nous en parlerons bientôt.

On admet généralement trois espèces d'étranglement : 1° l'étranglement par inflammation du collet du sac; 2° par resserrement de l'ouverture aponévrotique; 3° par engouement.

L'étranglement inflammatoire et l'étranglement spasmodique sont ceux qui offrent le plus de dangers, et auxquels il faut opposer des moyens prompts et énergiques; cependant nous dirons, par anticipation,

que le resserrement spasmodique cède aux moyens employés plus facilement que l'étranglement inflammatoire qui réclame le plus souvent l'opération.

L'étranglement par engouement est produit par l'accumulation de matières qui dilatent l'intestin, et occasionnent consécutivement une inflammation des parties herniées qui s'étranglent par leur augmentation de volume. Cette espèce d'étranglement est, toutes choses égales d'ailleurs, moins à craindre que les espèces précédentes, et cède plus souvent aux moyens internes.

M. Malgaigne vient de publier, dans le Bulletin général de thérapeutique, un article qui a pour but de détruire les idées sur l'étranglement par engouement. D'après lui, il n'y a jamais d'étranglement par engouement; bien plus, il n'y a jamais d'engouement. Nous regrettons de ne pas pouvoir donner une analyse de ce travail; nous avouons que nous le trouvons au-dessus de nos forces, et nous dirons, avec Horace, en nous l'appliquant : *sumite materiam vestris*, etc.

Les symptômes de l'étranglement ont rapport à la hernie ou à l'organisme entier.

Aussitôt qu'une hernie est étranglée, elle devient irréductible, tendue et douloureuse; la douleur et la tension s'irradient de l'endroit de l'étranglement aux parties qui sont situées au-dessus et au-dessous. La constipation devient opiniâtre dès que la partie

inférieure du tube digestif (dans l'entérocèle et l'entéro-épiplocèle) a été vidée par des selles spontanées ou par des lavements. Le ventre se tuméfie et devient douloureux, surtout aux environs de la tumeur, et les signes de la plus violente inflammation se développent en elle pour gagner bientôt toute la séreuse abdominale.

En même temps le malade est faible, sa pâleur est effrayante ; il a des sueurs froides, des coliques, des hoquets, des nausées, des vomissements de matières alimentaires d'abord, puis bilieuses, enfin stercorales. Le pouls est vif, petit, concentré ; la langue est noire et sèche, l'anxiété est extrême.

Le symptômes que nous venons d'énumérer sont ceux d'un étranglement bien caractérisé ; ils sont les mêmes, que la hernie soit intestinale ou épiploïque ; la constipation même, qui paraîtrait devoir se présenter seulement quand une anse entière d'intestin est étranglée, a lieu lorsqu'une petite portion d'intestin est pincée ; bien plus, on la remarque aussi dans les épiplocèles étranglées ; disons pourtant que, dans ces dernières, elle est plus sûrement combattue que dans les premières.

Dans un mémoire présenté, le 2 Mars 1840, à l'Académie des sciences, M. Laugier indique un moyen de savoir si la hernie est formée par l'épiploon ou par l'intestin, et, dans ce dernier cas, quelle est la partie d'intestin qui est étranglée. C'est

sur les différences qu'offre le météorisme dans ces divers cas que l'auteur se base pour en venir aux conclusions suivantes :

1° Dans la hernie épiploïque, avant le développement de la péritonite, le ventre est souple, flasque même dans les environs de la hernie : point de météorisme.

2° Le météorisme se montre dès les premières heures de l'étranglement de la hernie intestinale.

3° Quand la hernie contient le gros intestin, le bout supérieur étant constitué par la presque totalité du canal intestinal, le météorisme est général et donne au ventre une forme presque cylindrique.

4° Si l'intestin grêle est seul dans le sac herniaire ou avec l'épiploon seulement, les flancs et la région épigastrique sont souples et déprimés ; le ballonnement du ventre occupe les régions hypogastrique et ombilicale ; il est sphérique ou à peu près.

5° Lorsque l'étranglement de l'intestin grêle porte sur une partie du canal plus voisine de l'estomac, le ballonnement du ventre est moins prononcé pour la durée même de la maladie, car le bout supérieur est plus court.

6° Il en résulte que, dans la hernie *crurale* (1)

---

(1) Nous pensons que l'auteur a voulu parler de la hernie ombilicale.

et dans quelques hernies inguinales, il faut se hâter alors de réduire ou d'opérer; car si, par le développement de la gangrène intestinale, un anus contre nature avait lieu, sa proximité de l'estomac le rendrait plus grave pour le malade. Or, un météorisme peu étendu, circonscrit dans le voisinage de la hernie, inspire ordinairement une sécurité qui peut devenir très-fâcheuse. C'est, au contraire, le météorisme général ou très-étendu qui permet des délais, puisqu'il indique l'incarcération d'un intestin éloigné de l'estomac.

Ces considérations ne portent, du reste, aucune atteinte au principe général qui consacre l'utilité des opérations qui ne sont pas tardives.

7° Les caractères du météorisme sont plus tranchés dans les jours qui précèdent la péritonite générale.

M. Laugier ajoute que c'est l'observation qui l'a conduit à formuler ces propositions. La lecture des observations d'Astley Cooper les a confirmées, notamment en ce qui concerne l'épiplocèle étranglée (1).

Les états morbides généraux ou locaux qui peuvent compliquer l'étranglement doivent nécessairement influer sur l'apparition et les caractères des symptômes qu'il présente; ils doivent offrir eux-mêmes ceux qui

---

(1) Journal des conn. méd.-chirurg.; 1840.

leur sont propres ; d'où naissent des indications spéciales à remplir par des moyens appropriés à leur cause.

C'est ici le lieu de parler d'une maladie qui a beaucoup de rapports avec la hernie étranglée qui la complique quelquefois, et avec laquelle on peut la confondre : c'est l'*iléus*.

En effet, les symptômes de cette maladie se rapportent assez à ce qu'on observe dans un étranglement : douleurs aiguës, atroces dans le bas-ventre, tiraillements avec constipation invincible, gonflement et douleur de l'abdomen, lipothymies, nausées, vomissements fréquents et formés souvent de matières fécales.

Il est donc possible que, par des circonstances que l'on ne peut pas prévoir ou qu'on n'a pas étudiées, l'on se trompe ou l'on soit trompé par le malade ou par les personnes qui l'entourent, et qu'on traite le sujet comme atteint d'iléus, alors qu'on a affaire à une hernie étranglée.

Nous avons, à ce sujet, l'observation d'un cas terrible dans les conséquences qu'il aurait pu entraîner, beau dans ses résultats, d'un jeune bottier de la ville, âgé de trente-cinq ans, qui, étant sur le point de se marier, et imbu de cette idée que la présence d'une hernie inguinale congéniale le rendait impuissant, et, par là, impropre au mariage qu'il allait contracter, se laissait mourir dans les douleurs d'un

étranglement, pour ne pas avouer son infirmité. C'était en 1838.

L'habile praticien qui lui donnait des soins lui avait demandé à plusieurs reprises s'il n'avait jamais eu de hernie, et le malade avait toujours répondu négativement. D'après la série des symptômes que présentait la maladie, le médecin crut alors avoir à traiter un *miserere*; mais n'obtenant pas les résultats qu'il était en droit d'attendre d'un traitement par les antiphlogistiques, les antispasmodiques, et même par les purgatifs, qui avaient provoqué des vomissements et des selles, ce qui, dans ce cas, ne saurait s'expliquer que par les relations sympathiques de la partie supérieure du canal digestif avec sa partie inférieure, et qui enlevait l'idée de la présence d'un étranglement herniaire, le praticien demanda à appeler M. B. en consultation. M. B. interrogea de nouveau le malade pour savoir s'il n'avait jamais eu de hernie; sa réponse fut encore négative : cependant, poussé par une sorte d'inspiration, M. B. découvrit le malade, et combien fut grand son étonnement quand il reconnut la présence d'une hernie inguinale du côté droit, au deuxième jour de son étranglement! Une application de sangsues fut faite immédiatement, et l'opération résolue et pratiquée avec un plein succès par M. B., le même jour, à neuf heures du soir.

Si nous nous sommes étendu un peu longuement

sur cette observation, c'est qu'elle est un exemple frappant des conséquences que peut avoir une méprise, et qu'elle prouve de combien de moyens quelquefois rigoureux le médecin doit user pour parvenir à la découverte de la vérité, pour ne pas se laisser tromper, et pour établir des indications justes et heureuses.

Tous les états morbides généraux ou locaux peuvent se combiner avec l'étranglement ou le compliquer; les états nerveux et inflammatoire surtout compliquent souvent l'étranglement : c'est ainsi qu'un sujet affecté de hernie étranglée pourra offrir tous les symptômes d'un spasme général suivi de concentration ou d'expansion, tous les symptômes bien caractérisés d'un état inflammatoire intense, et il faudra, dans les deux cas, chercher si le spasme ou l'excitation inflammatoire sont idiopathiques ou symptomatiques, c'est-à-dire qu'on aura à voir si l'étranglement est la cause ou l'effet du spasme ou de l'état inflammatoire ; alors seulement les indications seront bien établies, et l'on agira sûrement. Nous devons à la bonté de M. B. de pouvoir citer l'observation d'une hernie étranglée chez une femme, avec un spasme général idiopathique tellement prononcé, qu'il ne céda qu'à l'emploi répété de la belladone et de l'opium; avec lui cessèrent tous les symptômes de l'étranglement (qui, dans ce cas, était subordonné à l'état nerveux), et la hernie rentra d'elle-même après une dernière dose

d'opium, alors que, voyant l'impuissance des moyens mis en usage, on allait pratiquer le débridement. La hernie a été depuis contenue par un bandage, et aucun accident n'est survenu.

Nous possédons encore une autre observation d'étranglement dans une hernie ombilicale sous la dépendance d'un état nerveux primitif, avec complication d'un état congestif consécutif à l'état nerveux. Le nommé R., portefaix, d'une constitution robuste, fort, athlétique, portant une hernie ombilicale, s'adonnait et s'adonne encore à l'usage immoderé des liqueurs alcooliques; par cette cause, une irritation nerveuse de l'estomac apparaît; elle réagit sur la hernie qui s'irrite, se congestionne, et il se manifeste des symptômes faibles, à la vérité, d'un étranglement. M. B. est appelé pour pratiquer l'opération; mais reconnaissant la cause première de l'étranglement, cet habile praticien fait appliquer des sangsues autour de la tumeur, ordonne une potion antispasmodique, un lavement avec l'assa-fœtida, et l'étranglement disparaît comme par enchantement. Ajoutons que cet homme a quelquefois des coliques que les antispasmodiques dissipent très-bien.

Le tempérament, l'âge, le sexe, la constitution du sujet et le monde extérieur, donnent ou peuvent donner chacun un caractère différent à l'étranglement.

Par sa rapidité, la marche de l'étranglement se confond le plus souvent avec l'apparition des symp-

tômes ; cependant elle présente des variétés qui sont en rapport avec les causes qui l'ont produit, avec l'état de force ou de faiblesse du sujet, ses dispositions antérieures. La marche de l'étranglement est toujours aiguë, mais avec plus ou moins de rapidité. L'étranglement peut marcher d'une manière régulière, irrégulière, continue, rémittente, périodique, etc. (1).

---

(1) Ceci a besoin d'une explication pour être bien compris. Nous ne voulons pas dire que l'étranglement, en tant qu'il consiste dans le resserrement mécanique des parties herniées, offre une marche périodique, par exemple : non ; mais les symptômes propres à cet état, ou qui en sont la conséquence immédiate, peuvent prendre le caractère périodique. Ainsi, les symptômes constituant l'étranglement reviendront à des époques fixes et déterminées, présenteront les mêmes phénomènes que les maladies qui seront sous l'influence de cette constitution périodique, et, bien plus, ils pourront cesser par l'emploi des moyens propres à combattre la périodicité, à l'administration du quinquina ou de ses succédanés.

Supposons un moment une constitution médicale portant son action sur les viscères de l'abdomen, et donnant lieu à des affections nerveuses des organes de cette cavité splanchnique, le *miserere*, par exemple : supposons, d'un autre côté, que cette constitution atteigne un individu portant une hernie irréductible, le chirurgien inattentif ne verra, dans la maladie de ce sujet, qu'un étranglement qu'il essaiera de faire cesser par tous les moyens possibles, par le débridement même, alors que le véritable praticien, ayant égard aux caractères de la constitution médicale régnante, emploira des agents qui auront un succès complet, et dont le résultat sera la cessation de tous les phénomènes simulant l'étranglement, ou qui du moins concourront au succès de l'opération, si elle est nécessaire.

On conçoit encore que le *miserere*, dans le même cas,

Disons aussi que, presque toujours, pour ne pas dire toujours, la marche de l'étranglement va de plus en plus croissant d'intensité, et qu'elle est funeste pour le malade si le médecin n'est pas appelé à temps pour ordonner ou pratiquer le débridement.

L'étranglement peut, dans des cas très-rares, se terminer par résolution, c'est-à-dire que tous ses symptômes diminuent d'intensité pour s'éteindre tout-à-fait ; mais la terminaison la plus ordinaire est l'apparition de la gangrène, si une péritonite générale n'enlève le sujet.

Cette terminaison s'annonce, le plus souvent, par la cessation de tous les symptômes de l'étranglement. Mais tandis que l'état local semble s'améliorer, le malade ne reprend pas des forces : il est, au contraire, abattu, fatigué ; et l'état de faiblesse et d'intermittence du pouls montrent que la dernière ressource,

---

provoque, dans la tumeur herniaire, un mouvement congestif dont l'effet sera l'augmentation de volume des parties contenues dans la hernie et leur étranglement consécutif. Alors le praticien aura deux indications à remplir : la première sera de détruire les effets propres au *miserere;* dans la seconde, il aura à combattre les effets consécutifs de cet état morbide, c'est-à-dire qu'il devra opérer le débridement s'il résiste aux moyens employés pour enlever la cause.

Par la combinaison heureuse de ces deux chefs d'indication, il pourra rendre l'opération plus simple dans ses suites, s'il est obligé de la pratiquer.

C'est dans ce sens que l'on peut dire que l'étranglement, dans sa marche, offre tels ou tels caractères.

l'opération, est pressante, si l'on veut conserver les jours du malade.

La gangrène arrive tout à coup, ou les symptômes de l'étranglement ne cèdent que peu à peu. Ce dernier cas peut induire en erreur avec assez de facilité; et nous avons vu une femme avec un étranglement qui s'est terminé par gangrène d'une manière si lente et si graduée, que l'on croyait la malade en voie de guérison, tandis que les symptômes propres, mais tardifs, de la gangrène sont venus avertir le médecin du danger. Un chirurgien pratiqua bien un anus artificiel; mais il était trop tard, et le sujet succomba.

La gangrène est due à l'inflammation des parties étranglées, ou à l'inflammation résultat de l'engouement; ces caractères sont différents dans ces deux cas. Si l'étranglement est primitivement inflammatoire, si la continuité du tube digestif participe à l'affection de la partie herniée, la gangrène ne s'arrête pas à la tumeur; elle gagne les parties d'intestin ou d'épiploon situées au-dessus ou au-dessous; la tumeur s'efface, se ramollit et conserve l'impression des doigts; le ventre se détend, et, comme nous l'avons dit, tous les symptômes d'étranglement disparaissent.

L'intensité de l'inflammation, et la rapidité avec laquelle elle passe à la gangrène, empêchent qu'il ne se forme des adhérences; aussi en trouve-t-on rarement.

Si la gangrène est la suite d'un étranglement par engouement, et si l'inflammation ne s'est développée qu'après cet étranglement, cette altération morbide se borne à la masse d'intestin ou d'épiploon étranglé : la tumeur ne devient pas seulement molle et pâteuse, mais encore la peau se couvre de phlyctènes, et se convertit en une escarre plus ou moins étendue ; elle s'ouvre en plusieurs endroits, tombe en lambeaux, et il s'échappe alors des matières stercorales d'une odeur insupportable. Les adhérences sont, dans ce cas-ci, plus fréquentes, la lenteur de l'inflammation leur ayant permis de s'établir.

La gangrène est-elle toujours suivie de la mort ? Non. Dans quelques cas heureux, ses ravages sont bornés, et il se forme alors un anus contre-nature. Nous parlerons de cette terminaison à l'endroit où nous traiterons du débridement dans les cas où les parties sont gangrenées.

Une fois que l'étranglement a été reconnu, il faut le faire cesser au plus tôt, et les moyens que l'on emploie sont classés en deux catégories : ou ce sont des médicaments administrés à l'intérieur ou appliqués sur la tumeur et autour d'elle, ou ils consistent dans l'opération par l'instrument tranchant.

La situation sur le dos, la poitrine et les jambes fléchies sur le bassin, et le taxis, sont toujours les premiers moyens que l'on doit employer pour réduire

un étranglement, quelle que soit d'ailleurs sa nature ; mais on ne doit pas insister sur leur emploi, quant au taxis surtout, de peur d'irriter les parties qui sont étranglées, et, par conséquent, de peur d'aggraver la maladie déjà assez fâcheuse par elle-même (1).

Il est une foule de moyens que l'on a essayés pour combattre l'étranglement, et dont le succès ne s'est pas soutenu ; et si leur nombre peut donner une juste idée de leur peu d'efficacité, il prouve peut-être aussi que l'on a trop voulu généraliser les effets produits par un médicament, et qu'on l'a appliqué à toutes les espèces d'étranglements, sans avoir égard à leur nature et à leurs caractères. La belladone, par exemple, a eu du succès entre les mains du docteur Méola (2), du docteur Joffre (3) et autres ; tandis que, dans le même moment, en Amérique, on obtenait des résultats satisfaisants de l'emploi de l'essence de térébenthine (4). On prône encore les purgatifs et surtout les sels neutres, et, d'un autre côté, on a à se louer de l'application, sur la tumeur herniaire, de l'éther sulfurique.

---

(1) M. le professeur Lallemand a pu faire rentrer une hernie étranglée, par le taxis pratiqué pendant que le malade était dans un bain, tandis que ses efforts avaient été vains avant l'administration de ce moyen. Le malade avait resté plus d'une heure dans le bain.

(2) Observ. médical de Naples ; 1830.

(3) Journ. des conn. méd.-chirurg. ; 1834.

(4) *The American journal ;* 1829.

J.-L. Petit, Heister, Théden, etc., se servaient avec avantage de l'application de la glace, de la position horizontale; et d'autres sont venus après eux qui en ont déclaré l'insuffisance.

Comment donc concilier ces diverses opinions, si nous n'admettons pas que les moyens thérapeutiques dont on se sert doivent différer selon la nature et les caractères de l'étranglement.

On n'administrera pas, pour l'étranglement spasmodique, les mêmes remèdes que pour celui qui est de nature inflammatoire; les mêmes moyens ne seraient pas applicables dans les deux cas d'étranglement par resserrement inflammatoire du collet et par engouement. Ainsi, par exemple, l'on se gardera bien, dans un étranglement spasmodique, d'employer les saignées générales ou locales, à moins qu'il n'y ait un mouvement de congestion sanguine vers quelque organe important, ou que le spasme soit subordonné à un état d'irritation inflammatoire; mais on emploiera de préférence les antispasmodiques, tels que l'opium, la belladone, la jusquiame qui a été vantée par le Dr Chanel (1).

Dans l'étranglement inflammatoire, au contraire, on aura recours aux émissions sanguines générales ou locales répétées, aux applications émollientes, aux potions calmantes, et aux lavements rafraîchis-

(1) Journ. méd.-chirurg.; 1834.

sants, en combinant ces moyens avec des remèdes intérieurs qui tendront à combattre les complications s'il en existe. Cependant les émissions sanguines pourraient nuire à des individus faibles, épuisés par l'âge ou par les souffrances, et l'on devrait se contenter de cataplasmes émollients, d'embrocations huileuses, et d'autres moyens qui abattent l'inflammation sans affaiblir le malade.

Toujours d'après les mêmes principes, le traitement de l'étranglement qui vient à la suite de l'engouement ne sera pas le même que celui qui est dû au resserrement de l'aponévrose ou du collet du sac. Dans ce cas, l'usage des toniques, des astringents, des purgatifs, l'eau froide, la glace, l'éther sulfurique (appliqués sur la tumeur), les lavements acides, irritants (avec le tabac), est assez souvent suivi de succès. Toutes choses égales, d'ailleurs, on peut essayer plus longtemps ces moyens, quand on a à traiter un étranglement par engouement, que dans les cas précédents.

Malgré tous les moyens qu'on aura mis en usage pour détruire l'étranglement, celui-ci pourra persister, et il faudra en venir alors au débridement par une opération sanglante.

L'opération du débridement, simple en théorie, est, dans la chirurgie pratique, une des plus délicates et des plus difficiles, tant à cause de la nature des parties sur lesquelles on opère et leur haut degré

d'utilité, que par les variétés incalculables que l'on peut rencontrer et qui la rendent minutieuse.

On lit dans tous les auteurs qui ont tracé l'historique des procédés que l'on a suivis pour la réduction des hernies, que les anciens pratiquaient l'opération de la castration dans les cas de hernie inguinale étranglée : ce procédé a été jugé depuis si long-temps et par tant d'écrivains, que nous n'en parlons que pour mémoire.

Mais depuis que l'anatomie, dans ses recherches scrupuleuses, a jeté un jour nouveau sur le mode de formation des hernies et sur les parties qui les étranglent le plus souvent, on a reconnu la possibilité de faire rentrer les parties étranglées dans le lieu qu'elles doivent normalement occuper, en enlevant l'obstacle qui les retient au dehors : ainsi donc, inciser les téguments, les aponévroses et le sac quand il existe, opérer le débridement proprement dit, réduire les parties étranglées, s'il est possible, et poser l'appareil de pansement convenable, tels sont les divers temps de l'opération que nous allons examiner successivement, en ayant soin de rappeler autant que possible les variétés ou les anomalies que peuvent présenter les parties dans chaque point de l'opération.

Le malade étant couché sur le bord de son lit, ou mieux sur une table étroite, sera contenu par des aides qui lui conserveront la position qu'il doit garder; le chirurgien, placé du côté de la tumeur,

pratiquera sur celle-ci une incision dans le sens du canal inguinal, c'est-à-dire que sa direction sera oblique de dehors en dedans et un peu de haut en bas. Cette première incision comprendra toutes les parties qui auront pu être pincées par le chirurgien d'un côté, et par un aide de l'autre. Elle devra être faite avec précaution, parce que, dans certains cas, il arrive que la hernie est superficielle, et que le sac péritonéal est presque immédiatement sous la peau. Il pourrait se faire aussi que, contre l'ordinaire, le cordon spermatique fût placé devant une hernie inguinale interne, et il serait alors possible de l'intéresser, ce qui ne laisserait pas d'avoir quelques inconvénients.

L'opérateur disséquera ensuite avec soin, et couche par couche, tous les feuillets aponévrotiques ou cellulaires qui recouvrent le sac; et c'est ici un des points les plus délicats de l'opération, à cause des variétés qui peuvent se présenter dans le nombre de ces couches. Les auteurs comptent ordinairement quatre ou cinq lames à inciser; mais ce nombre est plus ou moins grand; quelquefois on en trouve moins; souvent on en rencontre davantage, et nous rapporterons à ce sujet le cas d'une femme que M. B. opérait en présence de M. le professeur Delmas, et chez laquelle l'opérateur n'arriva sur le sac péritonéal qu'après avoir disséqué huit ou dix couches de tissus cellulaires ou fibreux. On voit par là combien ce

temps de l'opération exige de précautions, et l'on comprend les dangers auxquels les malades sont exposés lorsqu'on néglige cette règle.

Pour faire ces dissections, les auteurs proposent généralement l'usage du bistouri convexe porté en dédolant sur les parties soulevées par une pince; mais généralement aussi les praticiens préfèrent se servir de ciseaux mousses qu'ils conduisent avec plus de précision et de sécurité. Pour nous, nous n'hésiterions pas à employer ces derniers de préférence, parce que nous en avons vu les avantages : ce qui ne veut pas dire cependant que l'on doive abandonner l'usage du bistouri.

Arrivé sur l'enveloppe péritonéale, que l'on reconnaît à sa ténuité, à sa couleur bleuâtre, et à la fluctuation qu'elle présente ordinairement, le chirurgien l'ouvre aussi, comme il a fait des lames précédentes, et agrandit son incision avec un bistouri porté sur une sonde cannelée, ou mieux encore au moyen des ciseaux.

Quelquefois il existe, entre la surface interne du sac et la surface externe des parties herniées, de légères adhérences que l'on doit détruire avec les doigts ou avec les ciseaux, si elles sont résistantes. Dans une de nos observations, nous avons pu constater l'existence d'adhérences qui cédèrent à l'action seule des doigts : nous en parlerons dans la suite.

On reconnaît, avons-nous dit, que l'on est arrivé

dans le sac péritonéal herniaire, au flux d'une certaine quantité de sérosité sanguinolente, suite de l'inflammation de la membrane séreuse, et qui s'écoule quand le sac a été ouvert. Mais si, par l'effet de la distension trop grande des viscères contenus dans la tumeur, le sac est immédiatement appliqué sur la partie herniée, et pour ainsi dire collé sur elle, le chirurgien pourra être fort embarrassé pour connaître s'il est seulement arrivé jusqu'au sac ou s'il l'a déjà ouvert.

Dans le premier cas, un moyen dont nous avons pu constater la justesse, et qui, à ce que nous croyons, n'est pas consigné dans les auteurs, est celui qui consiste à faire exécuter aux parties qui recouvrent la tumeur un mouvement de glissement par lequel on peut apprécier presque positivement l'épaisseur de la couche que l'on a encore à couper. Hâtons-nous de dire que ce moyen ne nous appartient nullement ; nous l'avons vu employer dans la pratique de M. B., et il nous a été permis de l'essayer nous-même.

Dans le second cas, l'on agrandira l'ouverture déjà pratiquée, et l'on essaiera avec le doigt de faire le tour de la tumeur ; et si le doigt glisse facilement entre les parties herniées et les parties étrangères à l'étranglement, on en conclura qu'on est arrivé sur le péritoine.

Que si la hernie n'a pas de sac, le chirurgien peut se trouver fort incertain ; mais pourtant l'aspect

lisse et humide de l'intestin, la présence de l'espèce d'arborisation que forment les vaisseaux qui rampent entre le péritoine et la membrane musculeuse de l'intestin, et qui presque toujours sont gorgés de sang par suite de la constriction qu'ils ont soufferte, feront reconnaître à l'opérateur qu'il est arrivé sur le viscère.

Une épiplocèle qui n'a pas de sac herniaire présente plus de difficultés; mais, encore, dans ce cas, l'aspect de la surface de l'épiploon, ses bosselures, sa couleur particulière due aux vaisseaux qui sillonnent ses feuillets, seront autant de guides pour le chirurgien qui pourront lui éviter une méprise.

Il arrive quelquefois, mais rarement, que l'incision du sac suffit pour réduire la hernie sans avoir recours au débridement (1); et c'est sur cette possibilité qu'est basée la règle qui veut que, une fois le sac ouvert et les parties mises à nu, on essaie, par de légères tractions exercées sur les parties, ou en les comprimant doucement comme pour le taxis, on essaie, disons-nous, si les parties étranglées ne se déplaceraient pas avec assez de facilité pour qu'il fût possible de réduire la hernie sans inciser le collet ou l'anneau. Parfois aussi les intestins sont entrelacés,

---

(1) Ce qui pourrait s'expliquer par le resserrement spasmodique des parties étranglées, au contact de l'air extérieur, toujours plus froid que les parties elles-mêmes.

ou ils sont compris dans une éraillure de l'épiploon : alors, en désentortillant les intestins ou incisant l'épiploon, on fait cesser l'étranglement, et le débridement est inutile.

Ce n'est qu'après l'inutilité de cette manœuvre que l'on opère le débridement.

La seconde partie de l'opération est peut-être celle qui exige, de la part du chirurgien, le plus d'habileté et de précision : c'est dans le débridement que l'opérateur doit user de toutes les précautions possibles pour ne pas blesser les organes essentiels qui se trouvent dans la tumeur ou autour d'elle.

Le débridement proprement dit a pour but de lever mécaniquement l'obstacle qui produit l'étranglement ; il doit donc varier autant que le siége de la constriction, et c'est toujours sur ce point que doivent agir les moyens employés.

Dans une hernie inguinale, le débridement s'opère de la manière suivante : un aide écarte autant que possible les parties étranglées et les porte en bas ; le chirurgien alors cherche à reconnaître le siége de l'étranglement avec le doigt indicateur de la main gauche ; et, quand il l'a trouvé, il glisse sur la pulpe de ce même doigt un bistouri courbe étroit et boutonné, ne coupant que dans l'étendue de six lignes environ ; il le glisse de plat jusqu'à ce qu'il soit arrivé sur le siége de l'étranglement ; alors il en

dirige le tranchant du côté de la constriction, et le dos du côté des parties étranglées, et il fait, en raclant plutôt qu'en coupant, un certain nombre de mouchetures aux parties qui étreignent l'intestin ou l'épiploon, en dirigeant le bistouri en haut et en dedans pour une hernie directe, en haut et en dehors pour une hernie oblique, et il évite par là la lésion de l'artère épigastrique, dont les rapports sont différents dans ces deux espèces de hernies.

Scarpa (1) veut que, dans tous les cas, on incise le sac et l'anneau à la fois. Si l'étranglement est au collet, on ne peut pas ne pas le couper ; s'il est à l'anneau, l'incision du sac ne retarde pas du tout la cicatrisation.

L'usage du doigt a plusieurs avantages sur l'emploi des sondes que l'on a inventées pour conduire le bistouri dans ce temps de l'opération, de la sonde ailée de Méry, par exemple : d'abord les mouchetures que l'on pratique ne seront pas aussi grandes, parce que le doigt sentira la force du bistouri et la profondeur à laquelle il arrive ; ensuite il agira comme dilatateur en déchirant les mouchetures et les agrandissant ; enfin, par ses propriétés tactiles, il avertira le chirurgien de la présence d'un vaisseau, et empêchera peut-être sa section.

Ne pourrait-on pas encore appliquer aux mou-

(1) Traité des hernies, trad. par Cayol ; 1812.

chetures, que l'on agrandit en les déchirant au moyen des doigts, ce que le célèbre Delpech disait si souvent en parlant de l'opération de la taille, que la déchirure d'une partie favorise plus sa cicatrisation que son incision nette et égale.

Si, malgré toutes ces précautions, il est assez malheureux pour intéresser l'artère épigastrique, le chirurgien cherchera aussitôt à arrêter l'hémorrhagie par la torsion ou la ligature de ce vaisseau artériel, et il continuera l'opération.

Lorsque l'étranglement est situé profondément, on doit tâcher d'attirer à soi les parties étranglées, et on opère alors le débridement d'une manière plus sûre. C'est surtout dans le cas d'étranglement par le collet du sac que l'on peut opérer ainsi.

Si la hernie est irréductible, le procédé du débridement diffère. On conseille, dans ce cas (1), de laisser intacte la tumeur herniaire, et d'inciser la région de l'anneau ; mettre le sac à nu, l'ouvrir, débrider et laisser cicatriser la plaie sans toucher aux parties herniées.

Quand on a affaire à une épiplocèle irréductible, Dupuytren veut, et regarde comme plus avantageux, que l'on abandonne à lui-même l'épiploon. Selon cet auteur, la réduction forcée de l'épiploon offre des

---

(1) Chélius, traité de chirurgie, traduit par Pigné.

inconvénients graves; sa section expose à des hémorrhagies considérables, et sa ligature provoque elle-même, dans beaucoup de cas, tous les accidents de l'étranglement que l'on a voulu combattre (1).

On s'aperçoit que le débridement est suffisant quand, par une traction médiocre, l'intestin ou l'épiploon sortent de la cavité abdominale, et qu'ils ne sont plus retenus dans la tumeur; il faut alors opérer la réduction des parties.

Ce point de l'opération est ordinairement facile dans son exécution, et ne présente pas d'obstacles à surmonter. La nature des parties contenues indique la manière dont elles doivent être réduites, et l'espèce de hernie donne la direction dans laquelle on doit réduire.

Si les intestins sont remplis de gaz ou de matières, on répand celles-ci dans les parties que l'on a tirées au dehors, et on les fait rentrer peu à peu dans l'abdomen, en ayant soin de réduire les premières les parties qui sont sorties les dernières, et de les pousser jusqu'à l'ouverture interne par laquelle elles ont quitté la cavité abdominale.

Cependant la réduction, dans les hernies inguinales qui en sont susceptibles, n'est pas toujours aussi fa-

---

(1) Sabatier, médecine opératoire, édition de Sanson et Bégin.

cile que dans le cas précédent ; elle peut devenir d'une grande difficulté, ou même être contre-indiquée par l'existence d'adhérences plus ou moins solides et par l'altération des parties.

Si les adhérences ont lieu depuis peu de temps entre les parties herniaires et le sac, on les rompt avec les doigts, ou on les incise avec le bistouri ou avec les ciseaux ; si elles sont anciennes, et que leur liaison à l'intestin soit intime, Chélius (1) et autres conseillent de laisser en place l'intestin, de le couvrir de compresses imbibées d'une décoction de mauves, et, par le seul fait de la nature, les portions d'intestin adhérentes rentrent peu à peu dans l'abdomen. S'il en reste quelque partie dans la poche herniaire, elle se couvre bientôt de bourgeons charnus, contracte des adhérences avec les téguments, et la hernie est irréductible.

Pour une épiplocèle, on détruit les adhérences avec les ciseaux, en se rapprochant autant que possible du sac, et l'on abandonne l'épiploon dans la cavité abdominale. Lorsque les adhérences sont multiples, Scarpa (2) veut qu'on comprenne l'épiploon dans une ligature que l'on serre tous les jours un peu plus jusqu'à ce qu'il soit divisé. Nous craignons que cette

---

(1) *Loco citato.*
(2) *Loco citato.*

pratique n'ait quelqu'un des inconvénients que redoute Dupuytren, et dont nous avons déjà parlé.

Une autre contre-indication à la réduction des hernies étranglées, c'est l'existence de la gangrène dans la partie.

L'épiploon frappé de gangrène a perdu son éclat, sa couleur, sa densité, et il répand une odeur *suî generis* que J.-L. Petit distinguait si bien. Elle a quelques rapports avec celle qu'exhalent les malades à la dernière période d'une fièvre typhoïde.

L'indication qui se présente, c'est de retrancher les parties gangrenées, et l'on agit pour cela comme pour détruire les adhérences. Ici la section de l'épiploon aurait peut-être moins d'inconvénients, par rapport à l'hémorrhagie, que dans les cas d'adhérences, parce que, par le seul fait de la gangrène, le calibre des vaisseaux se trouve de beaucoup rétréci.

La couleur foncée, violette et même vineuse d'un intestin étranglé ne doit pas s'opposer à sa réduction; car, en faisant cesser l'étranglement, on peut amener la solution d'une altération commençante et qui n'en était que l'effet.

Mais lorsque l'intestin a perdu son éclat, qu'il est d'une couleur grise, cendrée, qu'il est ramolli, et que sa membrane extérieure se détache par lambeaux, la gangrène s'en est emparée. L'on ne doit pas alors réduire l'intestin, et c'est le cas d'avoir recours aux

anus contre-nature, ou de pratiquer la suture intestinale (1).

Si l'intestin est gangrené dans une petite partie de son étendue, les auteurs donnent le précepte de passer un fil dans le mésentère, d'embrasser ainsi l'intestin, de l'ouvrir avec un bistouri ou une lancette, et de lui faire contracter adhérence avec les téguments.

Dans le cas où la gangrène comprend une grande partie de la circonférence de l'intestin, ou même toute une anse intestinale, la partie désorganisée sera enlevée complètement ; le bout supérieur du tube digestif, que l'on reconnaîtra au moyen du sirop de violettes ingéré dans l'estomac, sera maintenu au niveau de l'ouverture extérieure, pour former un anus contre-nature, et le bout inférieur pourra, sans de graves inconvénients, être abandonné dans l'abdomen.

On agira différemment si l'on ne veut pas laisser au malade la dégoûtante infirmité d'un anus artificiel, et après avoir retranché toute la portion gangrenée de l'intestin, on fera la suture des deux bouts, en les invaginant selon la méthode de Rhamdor.

Le pansement doit suivre immédiatement la réduction ; et comme le but de l'opération ne doit pas être seulement de faire cesser l'étranglement,

---

(1) Chélius, *loco citato.*

mais encore d'empêcher son retour, on cherche à former une espèce de bouchon qui ferme l'ouverture par laquelle s'est faite la hernie.

Le sac étalé sur la plaie et d'une grandeur convenable, on enfonce aussi loin que possible, dans le canal inguinal, une compresse de linge fin, fenêtrée, enduite de cérat, et on remplit sa cavité de boulettes de charpie, de manière à exercer une faible pression sur les parois du canal. Cet obstacle à la réunion immédiate de la plaie a l'avantage de favoriser, dans le canal inguinal, la formation d'un tissu inodulaire dense qui le bouche, pour ainsi dire, et qui peut empêcher par là la sortie ultérieure des intestins ou de l'épiploon. Un plumasseau de charpie enduit de cérat est appliqué sur la plaie ; des gâteaux de charpie sèche, progressifs en grosseur, sont posés l'un sur l'autre ; on les couvre d'une large compresse, et le tout est maintenu en place par un bandage en T un peu serré.

On combat les accidents, s'il en existe, par les moyens que l'on juge convenables et appropriés à la nature des symptômes.

Au quatrième ou au cinquième jour, on lève le premier appareil, et l'on favorise la cicatrisation de la plaie du fond à la surface, cicatrisation qui est complète au bout de trois semaines ou un mois.

Un bandage bien fait est appliqué sur la cicatrice, et le malade peut bientôt vaquer à ses affaires.

La réunion médiate de la plaie guérit souvent les hernies inguinales d'une manière radicale, surtout les hernies inguinales externes. Sur cinq opérations que nous avons vu pratiquer à M. B., trois de ses malades n'ont plus vu reparaître la hernie, et les deux autres, dont la plaie est en pleine voie de cicatrisation, porteront, eux aussi, sans aucun doute, le bandage par pure précaution.

Le régime des opérés doit être sévère ; pendant les premiers jours qui suivent l'opération, un bouillon, quelques crèmes de riz, plusieurs tasses de limonade végétale, sont les seuls aliments que l'on puisse permettre au malade. Peu à peu on augmente les aliments, et on fait en sorte de les donner succulents sans être copieux. Le ventre doit toujours être tenu libre par quelques lavements huileux ou légèrement laxatifs. A mesure que la cicatrisation marche, le malade doit prendre des forces, et, pour cela, les aliments devront être pris en plus grande quantité. Enfin, lorsque l'opéré sera rétabli entièrement, il pourra reprendre ses habitudes, en se rappelant pourtant que le moindre excès peut lui être fort nuisible.

Nous ne saurions mieux faire que de terminer ce travail en rapportant deux observations de hernies étranglées, aux opérations desquelles nous avons assisté, et que nous avons recueillies.

La première a pour sujet une femme de 50 à 55

ans, d'une constitution forte, et qui, en Juillet 1839, à la suite d'un effort violent, vit survenir un étranglement dans une hernie inguinale interne du côté droit, et qu'elle portait depuis environ cinq ans. La malade souffrait beaucoup ; elle avait été tourmentée par des vomissements toute la nuit et tout le lendemain. Le pouls était petit, mais dur ; la face grippée, mais encore expressive : les antiphlogistiques les plus énergiques avaient été employés en vain ; en vain avait-on combattu les symptômes. Le soir même de l'opération, elle vomissait encore. Le débridement fut fait par trois ou quatre mouchetures dirigées vers la ligne médiane du corps, et l'intestin fut réduit : la plaie, pansée comme nous l'avons exposé plus haut, se cicatrisa au bout de 36 jours. On eut à combattre quelques accidents inflammatoires qui ne furent que passagers. La malade n'a plus vu reparaître sa hernie. Elle porte depuis un bandage qu'elle ne pose que le soir.

Le sujet de la seconde observation est un homme de 60 ans, portier, ayant depuis 18 mois une hernie inguinale externe du côté gauche (c'était, disait-il, sa première maladie). Elle s'étrangla à la suite d'un mouvement de colère, et peut-être aussi par l'emploi d'un bandage usé et mal fait : c'était le 14 Février 1840. Cet homme se plaignit d'abord de coliques qui devinrent de plus en plus intenses ; plus tard, les douleurs se fixèrent sur la tumeur herniaire, et

les vomissements ne survinrent que le 15 : les antiphlogistiques locaux et les antispasmodiques à l'intérieur ne produisirent aucun effet sensible ; la manœuvre du taxis ne fut pas plus heureuse. Enfin, l'opération fut pratiquée le 16, à 11 heures du soir. Le sac péritonéal ne renfermait pas de sérosité ; il présentait quelques légères adhérences que l'habile opérateur, M. B., détruisit avec le doigt ; la section de l'anneau fut faite par quatre ou cinq mouchetures à sa partie externe, et l'intestin réduit. Aussitôt après le pansement, le malade prit une cuillerée à bouche d'une potion avec l'éther, et s'endormit d'un sommeil paisible. La marche de la plaie ne fut enrayée par aucun accident, et le malade guérit parfaitement avant un mois.

Nous pourrions encore parler de deux opérations dont nous avons été le témoin ; mais nous nous en abstenons, d'abord parce que nous n'avons pas recueilli les observations, ensuite parce que les malades (ce sont deux femmes) ne sont pas encore parfaitement rétablies, quoiqu'elles marchent à grands pas vers la guérison.

Ici se termine le travail que nous avons entrepris : nous serons entièrement satisfait si nos faibles efforts ont pu nous attirer la bienveillance de nos Juges.

Quod potui, non quod voluerim.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT.

SCIENCES ACCESSOIRES.

—

Exposer les principales opinions qui ont été émises sur l'origine et le mode de propagation des vers intestinaux.

Cette question a dû nécessairement offrir beaucoup de difficultés à ceux qui s'en sont occupés, à cause de la structure de ces animaux, et surtout quant aux diverses époques de leur apparition qui peut s'observer à tous les âges de la vie. La présence des vers dans le tube intestinal d'un fœtus, pendant la vie intra-utérine, a nécessairement beaucoup controversé l'opinion de ceux qui ont admis la propagation de ces animaux à l'homme, au moyen des choses extérieures.

Quoi qu'il en soit, deux opinions ont toujours partagé les naturalistes : les uns prétendent que tous les vers que l'on rencontre chez l'homme se trouvent aussi sur la terre ou dans l'eau, et que, par conséquent, il n'y a qu'une communication de leurs éléments à l'espèce humaine; que ces animaux s'introduisent dans nos organes sous l'état de vers, de germes ou d'œufs, soit par l'air, soit par l'eau, soit par les aliments.

Les autres croient à la génération spontanée. Selon eux, les vers se développent spontanément dans nos organes sous l'influence de causes inconnues, sans qu'il soit besoin d'un être semblable à eux pour les produire.

Cette dernière opinion paraît être la meilleure, et elle est adoptée assez généralement. L'analogie vient, en effet, à l'appui de cette manière de voir. Les infusoires et les animalcules qu'on peut développer par expérience ne laissent plus de doute à cet égard. Ces animaux sont de véritables productions morbides qui se développent en suivant diverses périodes (1).

« Nous sommes loin d'admettre que ce mode de formation soit le seul en vertu duquel ces animaux se développent. Ceux, en effet, dans lesquels les sexes sont bien marqués, où le mode de génération est bien évident, rentrent, sans doute, dans la loi commune à tous les êtres organisés ; mais, pour un grand nombre, la génération spontanée, quelque opposée qu'elle soit à nos observations ordinaires et à nos propres convictions, nous paraît encore plus probable qu'aucune des autres causes par lesquelles on a cherché à expliquer la formation des entozoaires (2). »

---

(1) Dict. en 15 volumes.

(2) Richard, histoire naturelle méd., 3e édition, 1838.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

—

Des muscles qui concourent à l'action expulsive de la vessie.

La nature a placé, dans la vessie elle-même, un appareil musculaire assez énergique pour évacuer l'urine sans qu'il soit besoin du secours d'une autre force. Cet appareil réside dans la membrane musculeuse de ce réservoir; mais la volonté peut encore mettre en jeu d'autres puissances musculaires qui aident avec avantage à l'action des premières.

De là naît la division naturelle des muscles intrinsèques et des muscles extrinsèques de la vessie.

Les premiers sont constitués par la membrane musculeuse de cet organe; les muscles des parois de l'abdomen et le releveur de l'anus sont les agents extrinsèques.

Les fibres musculaires de la vessie sont très-fortes. Elles sont disposées par bandelettes entre-croisées, et sont divisées en deux ordres : les premières, qui partent du col de la vessie, s'épanouissent sur sa surface; on les nomme *fibres longitudinales*. Les secondes, qui entourent l'organe en forme de cerceaux, portent le nom de circulaires. Toutes ces fibres

sont entrelacées, plus ou moins considérables, et forment, chez divers sujets, plusieurs plans superposés.

Le mode d'action de ces fibres est très-facile à concevoir : la diminution du diamètre antéro-postérieur et des diamètres transverses en est la conséquence immédiate.

Dans beaucoup de cas, chez les individus, par exemple, qui ont l'habitude d'uriner aussitôt que le besoin s'en fait sentir, cette membrane seule peut suffire à l'évacuation de l'urine. Mais lorsque la vessie, par sa distension, a rempli l'espace cellulaire que le péritoine lui laisse sur le pubis, la contraction des muscles des parois abdominales devient nécessaire. Non-seulement ces muscles agissent par eux-mêmes; mais leur mode d'action le plus puissant, c'est celui qu'ils exercent sur la masse intestinale qu'ils refoulent en bas, et qui, par leur pression sur l'organe, déterminent la sortie de la quantité d'urine suffisante pour que la tunique musculeuse de la vessie puisse entrer en contraction.

Un muscle qui concourt aussi à l'action expulsive de la vessie, c'est le releveur de l'anus. Dans les premiers moments de l'évacuation urinaire, ce muscle se borne à offrir un point d'appui au bas-fond de la vessie; tandis que, lorsque cette partie de l'organe contient seule de l'urine, le muscle releveur de l'anus, en vertu de son insertion au col de la

vessie, agit d'une manière très-remarquable, en tirant le bas-fond de haut en bas, et en mettant ainsi son cul-de-sac au niveau de l'orifice vésical de l'urètre.

SCIENCES CHIRURGICALES.

—

Signes de la position occipito-sacro-iliaque gauche; décrire l'accouchement naturel et la version dans cette position.

On observe, dans cette position de la tête, les signes suivants : la fontanelle postérieure répond à la symphyse sacro-iliaque gauche, l'antérieure à la cavité cotyloïde droite; la suture sagittale se trouve dans le plan du diamètre oblique du bassin, qui correspond aux deux points que nous venons d'indiquer. L'occiput se trouve donc en arrière et à gauche, la face à droite et en avant, et les parties latérales de la tête dans le sens du diamètre oblique, qui s'étend de la cavité cotyloïde gauche à la symphyse sacro-iliaque droite.

La tête, poussée par les contractions utérines, s'engage dans la cavité pelvienne. Là elle exécute un mouvement de rotation tel, que l'occiput se trouve logé dans la concavité du sacrum, et la face derrière la symphyse du pubis.

Les contractions de l'utérus devenant plus intenses, la tête se présente à la vulve : alors s'exécute un

mouvement de rotation en avant, et dont le centre se trouve à la face. L'occiput, par ce moyen, se dégage le premier; la face sort ensuite. Dans ce moment a lieu la restitution, c'est-à-dire que la tête reprend la position qu'elle avait quand elle a traversé le détroit supérieur.

Toujours les contractions de la matrice augmentant d'intensité, le corps de l'enfant exécute les mêmes mouvements de rotation que la tête, et se place dans le sens du diamètre cocci-pubien ; l'épaule gauche, qui a parcouru la concavité du sacrum, se présente la première à la vulve ; l'épaule droite sort ensuite, et le reste du corps de l'enfant est bientôt expulsé.

Il peut arriver, dans cette position, que, par une circonstance quelconque (la viciation du diamètre oblique, par exemple), l'accouchement ne puisse pas se terminer naturellement ; on a conseillé, dans ce cas, de porter la tête d'arrière en avant, de manière à la placer en première position (occipito-cotyloïdienne gauche). Enfin, si, par la même cause ou toute autre semblable, l'accouchement était impossible par la tête, on a proposé de la refouler, d'aller saisir les pieds l'un après l'autre, ou tous les deux, s'il est possible, et de terminer l'accouchement par ces parties (1).

---

(1) Capuron.

SCIENCES MÉDICALES.

—

De la médication dérivative.

Duobus laboribus simùl obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. C'est sur cet aphorisme d'Hippocrate qu'est fondée la médication dérivative. Produire une excitation artificielle qui a pour objet de rompre la tendance des fluides à se porter vers un centre malade, où il existe un foyer d'irritation avec exaltation des propriétés vitales : voilà son but (1).

La nature nous donne elle-même l'exemple de la dérivation et de son efficacité, lorsque, dans une méningite aiguë, l'apparition d'un érysipèle au cuir chevelu arrête tous les symptômes de la maladie et guérit le malade (2); ou bien lorsque, dans la phthisie pulmonaire, elle réussit à en arrêter les progrès par l'établissement d'une fistule à l'anus.

---

(1) Dict. sciences médicales, art. *dérivation*.

(2) Fait observé à la clinique médicale de St-Éloi, dans le service de M. le professeur Caizergues. Hâtons-nous de dire que ce praticien consommé avait ordonné l'application d'un large vésicatoire sur le vertex.

La science devait s'emparer de ces faits, et son étude devait se porter alors vers cet objet. La médication dérivative a fait beaucoup de bien à l'humanité, et elle est appelée à en faire tous les jours.

Maladies aigues. — Nous mettrons en première ligne les topiques irritants appliqués plus ou moins loin du siége du mal : vésicatoires, sinapismes, ventouses scarifiées. Viennent ensuite les émétiques, les purgatifs, qu'on emploie comme dérivatifs dans les affections de la tête. La saignée du bras, dans les inflammations des organes thoraciques, paraît agir comme dérivative. Pour les affections aiguës du bas-ventre, les saignées locales, les sinapismes aux jambes, les vésicatoires sur l'abdomen (méthode de Velpeau). Les sétons, les moxas, pour toutes les parties qui peuvent en recevoir de l'influence.

Maladies chroniques. — Ici les antiphlogistiques agissant comme dérivatifs, ne conviennent que rarement. Les moyens dont l'action est lente et long-temps continuée, sont ceux qui enraient la marche de la maladie quand ils ne la guérissent pas. Le séton à la nuque dans les ophthalmies rebelles, les vésicatoires et les cautères au bras, dans la pneumonie chronique; les cautères sur la poitrine et en grand nombre dans la phthisie pulmonaire, d'après M. le professeur Lallemand : voilà, d'une manière très-succincte, les dérivatifs le plus fréquemment employés dans la pratique. L'application d'un cautère à la

jambe chez les femmes, à l'époque de la ménopause, a épargné à beaucoup d'entre elles des maladies dangereuses et qui les auraient entraînées dans la tombe.

Nous regrettons de ne pouvoir analyser les mémoires du grand Barthez sur les fluxions; cela nous conduirait peut-être trop loin.

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

Mrs CAIZERGUES ✻, Doyen.	Clinique médicale.
BROUSSONNET ✻ ✠.	Clinique médicale.
LORDAT ✻.	Physiologie.
DELILE ✻.	Botanique.
LALLEMAND ✻.	Clinique chirurgicale.
DUPORTAL ✻.	Chimie médicale et Pharm.
DUBRUEIL ✻.	Anatomie.
DELMAS ✻	Accouchements.
GOLFIN.	Thérapeutique et Mat. méd.
RIBES.	Hygiène.
RECH ✻, *Prés.*	Pathologie médicale.
SERRE ✻.	Clinique chirurgicale.
BÉRARD ✻.	Chimie générale et Toxicol.
RENÉ.	Médecine légale.
RISUENO D'AMADOR ✠.	Pathologie et Thérap. génér.
ESTOR, *Ex.*	Opérations et Appareils.
BOUISSON.	Pathologie externe.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

Mrs Viguier.	Mrs Touchy.
Bertin.	Jaumes.
Batigne.	Poujol.
Bertrand, *Examin.*	Trinquier.
Delmas fils.	Lescellière-Lafosse.
Vailhé.	Franc.
Broussonnet fils, *Ex.*	Jalaguier.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.