

**Traité des hernies ... / Traduit de l'anglais, sur la troisième éd., par P.A. Béclard et J.G. Cloquet.**

### **Contributors**

Lawrence, William, Sir, 1783-1867.

Béclard, P. A. 1785-1825.

Cloquet, Jules, 1790-1883.

### **Publication/Creation**

Paris : Méquignon-Marvis, 1818.

### **Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/d9ydkkjh>

### **License and attribution**

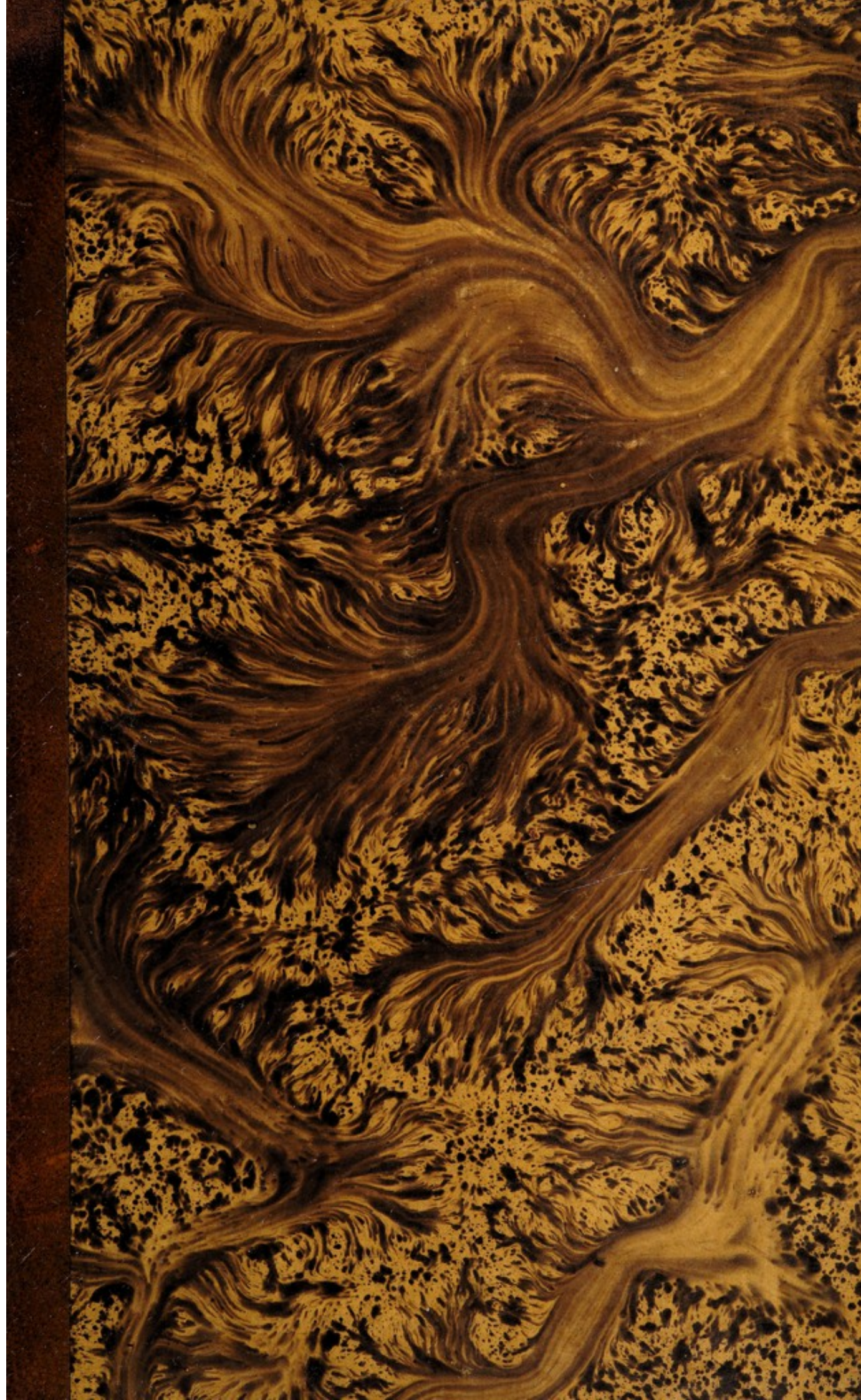
This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

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](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>







32495/B

H. x x x

19/2

54. E. 19

23550

361

00



Digitized by the Internet Archive  
in 2017 with funding from  
Wellcome Library

<https://archive.org/details/b29306103>



TRAITÉ  
DES HERNIES.





# TRAITÉ DES HERNIES,

CONTENANT

La Description anatomique et l'Exposition des symptômes  
de la marche et du traitement de ces maladies ;

PAR W. LAWRENCE, F. R. S.

TRADUIT DE L'ANGLAIS, SUR LA TROISIÈME ÉDITION,

PAR P. A. BÉCLARD ET J. G. CLOQUET.



A PARIS,

Chez MÉQUIGNON-MARVIS, Libraire pour la partie  
de Médecine, rue de l'École de Médecine, n° 9 et 3.

---

1818.





~~~~~

## PRÉFACE

### DES TRADUCTEURS.

---

A mesure que le domaine des sciences s'agrandit par l'observation exacte de nouveaux corps ou de nouveaux phénomènes, à mesure aussi que les arts, dont les préceptes ne sont que des corollaires de la science, s'enrichissent de nouveaux procédés, il devient nécessaire de publier, à l'usage des étudiants et des élèves, de nouveaux ouvrages élémentaires qui, en présentant sous une forme abrégée et didactique l'état actuel d'une science ou d'un art, leur épargne de nombreuses recherches dans les recueils d'observations originales et dans les mémoires particuliers.

La rapidité avec laquelle ces ouvrages se succèdent les uns aux autres est un indice certain de la rapidité plus ou moins grande des progrès que fait l'homme dans les connaissances qu'il cultive et qu'il applique à son bien-être.

L'anatomie et la physiologie de l'homme, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie, sont des sciences dont la connaissance importe le plus à l'homme; c'est sur elles que sont surtout fondés les préceptes de la chirurgie, cette partie



efficace de la médecine pratique ; c'est sur ces bases solides que repose particulièrement le traitement des maladies tout-à-fait mécaniques, comme les déplacemens et comme les hernies en particulier.

Le premier traité remarquable, publié sur ce sujet, le fut par Franco, célèbre chirurgien de Turriers en Provence, en 1561.

A cette époque, l'anatomie, à peine née depuis un demi-siècle et n'ayant point encore donné à ses descriptions l'exactitude minutieuse dont elles ont besoin, et l'anatomie morbide, ne devant naître qu'un siècle après, par les travaux de Bonnet, n'avaient pu fournir de règles pratiques bien précises : aussi l'ouvrage de Franco est-il aujourd'hui d'une bien faible importance.

Il n'en est pas de même de celui de Richter. Lorsque cet illustre professeur publia son ouvrage sur les Hernies (*von den Brüchen*, Gœttingue, in-8°, 2 vol., 1778 et 1779), la science était riche d'observations d'anatomie et d'anatomie morbide ; une foule de faits de chirurgie pratique étaient contenus dans des recueils d'observations, dans des dissertations, dans des traités, dans les actes des diverses académies et sociétés savantes de l'Europe ; nul autre, plus que le savant professeur de Gœttingue, ne pouvait mettre en œuvre autant de matériaux rassemblés par son immense érudition : aussi son ouvrage, publié deux fois



séparément et refondu dans ses élémens de chirurgie ( *Anfangsgründe der Wundarzneykunst* ), est-il resté jusqu'à ces derniers temps le traité *ex professo* le plus complet sur les hernies, et est-il encore aujourd'hui l'un des meilleurs ouvrages publiés sur la chirurgie? Une seule condition semble avoir manqué à son excellence, c'est que l'auteur, livré à l'enseignement public, paraît s'être beaucoup moins adonné à l'observation anatomique et à la pratique de la chirurgie.

Sans doute que de nos jours, il n'y a plus que ceux qui ignorent l'anatomie et l'anatomie morbide, qui mettent en doute l'utilité de ces deux sources pures de toute véritable instruction en physiologie et en pathologie, de ces deux bases certaines de toute la chirurgie; car, depuis un demi-siècle, on voit tous les hommes dont les travaux ont mérité de survivre à leurs auteurs, se livrer avec ardeur à ce genre de recherches. Des observations exactes et répétées sur l'anatomie du siège des hernies et sur les hernies elles-mêmes ont peu à peu fait vieillir, sous quelques rapports, l'ouvrage de Richter, et le besoin d'un nouveau traité particulier sur les hernies s'est fait sentir.

Les plus remarquables parmi ces travaux originaux sur les hernies, sont ceux de Sandifort ( *Icones herniæ congenitæ*, Lugd. Bat. 1788 ), de Gimbernat ( *Nuevo methodo de operar en la*



*crural hernia*, Madrid, 1793), de Wrisberg (*Observ. anat. de testic. descensu*, etc., in *Comment.*, Gotting.), de Scœmmering (*Über die ursache und*, etc., Francf. 1797 et 1811), de Camper (*Icones herniarum*, etc., Francf. 1801), de Cooper (*Anatomy*, etc., of *inguin. and congen. hernia*, London, 1804), *Anat.*, etc., of *crural and umbil. hernia*, Lond. 1807), de Scarpa (*Sull' Ernie memorie anat. chir.*, Milano, 1809), de B. Travers (*An inquiry into the process of nature in repairing injuries of the intestines*, etc.), de Monro l'ancien (*Description of all Bursæ mucosæ*, etc.), de Monro le jeune (*Essay on crural hernia*, etc.), de Hesselbach (*Disquis. anat. pathol. de ortu et progressu hern. ing. et crur.*, etc., etc., Wurtzbourg, 1806 et 1816). Outre les observations anatomiques et pratiques contenues dans ces ouvrages, une foule de remarques, du dernier genre surtout, se trouvaient éparses dans un grand nombre de traités de chirurgie, lorsque M. Lawrence s'est décidé à remplir la lacune que commençait à offrir cette partie importante de la littérature médicale. Les communications étaient interrompues entre la Grande-Bretagne et le Continent, lorsque cet ouvrage fut composé; il était à la seconde édition, lorsque M. Roux fit un voyage en Angleterre et en rapporta un exemplaire qu'il voulut bien nous com-



muniquer. Après l'avoir lu et nous être assurés qu'il présente un tableau fidèle de l'état actuel de la science, nous nous décidâmes à le traduire. La traduction était achevée et en partie imprimée, lorsque nous reçûmes la troisième édition, augmentée de diverses observations importantes, publiées depuis la seconde édition. Nous avons augmenté et corrigé la traduction sur la troisième édition de l'ouvrage original, et l'on n'a conservé, de la première impression, que les dix premières feuilles, parce qu'elles ne contiennent qu'une seule addition intéressante, c'est un tableau publié dans le rapport de la Société des bandages herniaires de Londres (*Report of the city of London truss society*, 1814), que nous donnons textuellement à la fin de cette préface.

Nous nous étions d'abord proposés d'ajouter des notes et de faire quelques additions à l'ouvrage dont nous publions la traduction. Nous n'aurions pas renoncé à notre projet, si l'auteur n'avait pas publié une troisième édition; mais nous y avons trouvé la plupart des remarques que nous nous proposons de faire, et qui sont principalement extraites des mémoires de Scarpa. Nous aurions pu y ajouter des observations anatomiques et quelques remarques pratiques, que notre position nous met à même de faire depuis près de dix années, sur plus de mille cadavres



par an, et sur un grand nombre de malades confiés à nos soins; mais nous avons préféré publier à part nos observations, et déjà l'un de nous a rendues publiques une partie de celles qu'il a faites (*Recherches anatomiques sur les Hernies, etc.*). Nous aurions pu encore y ajouter celles de nos maîtres, de nos amis et de nos condisciples MM. Pelletan, Dubois, Boyer, Dupuytren, Richerand, Roux, Marjolin, Breschet, Hipp. Cloquet, etc., mais plusieurs d'entre eux ont déjà publié, et les autres se proposent sans doute de publier un jour eux-mêmes leurs découvertes, qui seront, de cette manière, beaucoup plus profitables pour la science.

Paris, février 1818.

---



La note suivante est un renvoi du dernier alinéa de la page 14.

On peut voir le nombre comparatif des divers genres de hernie, dans les tableaux suivans, extraits du rapport de la Société des bandages herniaires de Londres, pour 1814.

Sur 7599 cas de hernie, il y en avait 6458 sur des hommes, et 1141 sur des femmes.

Homm. Femmes.

|       |      |                     |                |            |
|-------|------|---------------------|----------------|------------|
| 1469. | 14.  | Inguinales gauches. | } 4070 inguin. | } 4665     |
| 2567. | 20.  | Inguinales droites. |                |            |
| 38.   | 246. | Fémorales gauches.  | } 595 fémor.   | } simples. |
| 47.   | 264. | Fémorales droites.  |                |            |
| 2182. | 10.  | Inguinales doubles. | }              | } 2367     |
| 36.   | 139. | Fémorales doubles.  |                |            |
| 92.   | 337. | Ombilicales.        |                |            |
| 10.   | 34.  | Ventrales.          |                |            |
|       | 1.   | Obturatrice.        |                |            |
| 17.   | 26.  | Opérées.            |                |            |

L'âge des personnes à qui l'on a appliqué des bandages était comme il suit :

|      |                       |
|------|-----------------------|
| 524  | au-dessous de 10 ans. |
| 384  | entre 10 et 20 ans.   |
| 771  | 20 — 30.              |
| 1286 | 30 — 40.              |
| 1471 | 40 — 50.              |
| 1420 | 50 — 60.              |
| 988  | 60 — 70.              |
| 347  | 70 — 80.              |
| 38   | 80 — 90.              |
| 2    | 90 — 100.             |

Il y avait 454 cas de hernie congénitale.

2 malades avaient chacun deux hernies inguinales et deux fémorales.

16 avaient chacun trois hernies.

47 avaient deux hernies de différens genres.

## EXPLICATION DES PLANCHES.

## PLANCHE I.

Attache du ligament de Poupart à l'os innominé. *Voyez*  
chap. XIV, sect. 1.

## PLANCHE II.

Vue du prolapsus de l'intestin, décrit chapitre XIII,  
sect. VI, observ. 1.



---

# TRAITÉ DES HERNIES.

---

## CHAPITRE I<sup>er</sup>.

DESCRIPTION GÉNÉRALE DES HERNIES ; ÉNUMÉRATION  
DE LEURS DIFFÉRENTES ESPÈCES.

---

S'IL est une maladie qui, par sa fréquence et par les variétés de formes sous lesquelles elle se présente, demande, plus que toute autre, dans chaque partie de son histoire et de son traitement, un examen très-exact et très-attentif de la part du chirurgien, c'est assurément celle qui fait le sujet de cet ouvrage. Des chirurgiens très-expérimentés dans le traitement des hernies, estiment que la huitième ou la seizième (1) partie du genre humain

---

(1) Voyez ARNAUD dans sa Préface ; son évaluation est adoptée par GIMBERNAT, p. 1. — M. TURNBULL, chirurgien de la Société établie à Londres pour le traitement des hernies, en s'appuyant sur l'autorité des recherches les plus soignées et les plus étendues, faites dans tout le



est affligée de cette infirmité, qui affecte indistinctement les personnes des deux sexes, de tous les âges, de toutes les conditions et de tous les genres de vie.

Il est vrai de dire, qu'une hernie convenablement soignée n'est pas immédiatement dangereuse pour le malade : elle n'affecte pas sa santé et

---

royaume, avance que la proportion des herniés sur la population entière est d'un quinzième, en comprenant les personnes de tout âge et des deux sexes. *Manuel*, etc. *Introduction*, p. 10. — JUVILLE, célèbre bandagiste de Paris, a trouvé que le nombre des individus affectés de hernie, était d'un trentième en Allemagne et dans le nord de l'Europe, d'un quinzième en Italie et en Espagne, et d'un vingtième en France et en Angleterre. *Traité des Band. Hern.*, p. 21, 22.

Mes lecteurs ne seront probablement pas disposés à compter sur l'exactitude de ces calculs ou sur d'autres semblables : ils paraissent manifestement exagérés. LOUIS a constaté le nombre des malades affectés de hernie dans les différens hôpitaux de Paris. On devrait s'attendre à en trouver un plus grand nombre là, que partout ailleurs, puisque cette maladie force beaucoup de personnes à chercher du soulagement dans ces établissemens ; et cependant l'on voit que la proportion n'est pas si grande que dans les citations ci-dessus. Sur 7027 personnes à la Salpêtrière, 220 étaient attaquées de hernie ; à Bicêtre, 212 sur 3800 ; aux Invalides, 142 sur 2500 ou 2600 ; et parmi les enfans de l'hôpital de la Pitié, 21 sur 1037. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. V, *Supplément*, p. 885.



ne dérange pas le libre exercice de ses fonctions ; mais elle est la source d'un danger continuel , puisque tout exercice violent ou tout effort soudain peut changer son innocuité parfaite en un état qui devient très-souvent fatal. La nature bénigne de ces tumeurs augmente les risques du malade en éloignant de lui l'idée du danger , et en lui faisant négliger les moyens de précaution et de sûreté.

Les nombreux endroits dans lesquels les hernies peuvent se rencontrer , les maladies avec lesquelles elles peuvent être confondues , les états différens dans lesquels sont les parties contenues , et les connaissances anatomiques exactes nécessaires pour agir sur elles , donnent une importance particulière à ce sujet , et demandent à être étudiés avec l'attention la plus scrupuleuse par tout homme qui désire pratiquer sa profession avec honneur pour lui-même et avantage pour ses malades. D'après toutes ces considérations , le traitement des hernies demande une aussi grande réunion de connaissances anatomiques , d'expérience et de jugement , que celui de toute autre maladie chirurgicale.

## SECTION I<sup>re</sup>.

### *Description générale des Hernies.*

Les chirurgiens ont établi trois classes générales de hernies , eu égard aux trois principales



cavités circonscrites du corps ; savoir, celles de la tête, du thorax et de l'abdomen. Les dernières seules sont le sujet de cet ouvrage ; et elles sont de beaucoup la classe la plus nombreuse. La mobilité et le volume variable des viscères , la pression qu'ils éprouvent dans tous les efforts et les mouvemens considérables du corps, et la nature extensible des parties qui les contiennent , sont des circonstances qui facilitent beaucoup la formation de ces maladies.

Le passage de quelqu'un des viscères abdominaux , de la cavité dans laquelle ils sont naturellement contenus, dans un sac contre nature , formé par la protrusion du péritoine , constitue une hernie (1) ou *rupture* , selon l'acception la plus commune de ces termes (2).

(1) L'origine de ce mot a été différemment expliquée : quelques-uns le dérivent de *ερνος* , une branche ; les autres de *hæreo* ou du vieil adjectif *hernius* , dur ou rude. Le mot grec *κηλη* , tumeur , dont on a dérivé la terminaison *cele* , dans la nomenclature des hernies , a été tiré de *κηλειω* , *noceo* , ou de *χαλαω* , *laxo*.

(2) Ce terme est fréquemment employé dans un sens plus vague : des affections variées du testicule , de ses enveloppes et de ses vaisseaux , ont été appelées *fausses hernies* , pour les distinguer des autres, ou des *vraies hernies*. Elles n'entrent pas dans le plan de cet ouvrage. De plus , les hernies ont été distinguées en internes et en externes , les



La portion du péritoine poussée dehors est appelée *sac herniaire*. Ce sac, avec les parties qu'il contient, ou bien passe à travers une ouverture naturelle des parois de l'abdomen, comme l'anneau, ou bien est poussé au travers de quelque partie où il n'y a pas ordinairement d'ouverture. La cavité de la hernie est en conséquence continue avec celle de l'abdomen, et est tapissée par un prolongement de sa membrane séreuse. Les mêmes causes qui ont d'abord produit la maladie, ou d'autres causes d'une nature analogue, tendent constamment à l'accroître. Aussi le péritoine, faiblement retenu par le tissu cellulaire et les tégumens, est étendu assez pour former une cavité de grandeur et de figure variables, qui communique avec l'abdomen

---

dernières consistant dans des tumeurs évidentes, formées selon le mode indiqué par la définition, tandis que les premières sont des étranglemens, causés par quelque changement intérieur de position, sans tumeur extérieure, comme par exemple quand les intestins passent au travers d'une ouverture au diaphragme, ou sont bridés par une bande ou par une adhérence contre nature. On les regarde communément comme des espèces de hernies; pour me conformer à l'usage j'en parlerai dans ce traité, quoiqu'elles ne soient pas comprises dans la définition. L'existence de l'enveloppe péritonéale n'est pas essentielle à l'idée de la hernie, puisque celles de la vessie manquent de ce caractère.



par une ouverture plus petite, appelée l'*orifice du sac*. La partie rétrécie qui est entre l'orifice et l'endroit où la membrane commence à s'élargir, est le *col*; et le point le plus éloigné de l'abdomen, qui en général est en même temps le plus large, a été nommé le *fond* du sac.

Le péritoine, qui revêt toujours immédiatement les viscères déplacés, conserve en général la structure fine et délicate qui caractérise cette membrane dans son état naturel. Le sac péritonéal est couvert par une autre enveloppe, dont l'épaisseur offre des degrés différens, suivant la partie dans laquelle la tumeur est formée, et quelquefois même cette enveloppe est double. Elle est probablement formée en grande partie par le tissu cellulaire environnant, condensé en forme de membrane par la pression de la hernie, de la même manière que d'autres tumeurs acquièrent leur enveloppe kystique. Le péritoine changeant très-peu, l'épaisseur du sac, pris en général, dépend de ces enveloppes accessoires. Elles deviennent très-épaisses et très-fermes dans les hernies anciennes : ainsi on a vu le sac avoir six lignes d'épaisseur (1). On peut aussi le trouver dans l'état opposé, c'est-à-dire d'une ténuité remarquable.

---

(1) ARNAUD, *Mémoires de Chirurgie*, t. I, p. 53. — Dans une hernie fémorale, il trouva les enveloppes si minces et



On croirait difficilement, *à priori*, le péritoine susceptible d'une extension aussi grande que celle qu'il éprouve fréquemment dans les cas de hernie. Les hernies scrotales descendent souvent sur la cuisse à des distances variées, et même quelquefois jusqu'au genou ; cependant toute la surface interne du sac, dans lequel tous les viscéres sortis de l'abdomen peuvent être contenus, est tapissée par un prolongement du péritoine. Le sac herniaire est généralement épais et fort, en proportion du volume de la tumeur et de la durée de la maladie. Cependant, dans certains cas de grandes hernies, au lieu d'un accroissement d'épaisseur, on observe un état opposé, l'amincissement produit par l'absorption : quelquefois même les enveloppes sont si amincies, que les circonvolutions et les mouvemens vermiculaires des intestins peuvent être distingués à travers la peau ; ce qui pourrait faire croire que le sac manque entièrement, mais il est toujours possible de le découvrir dans le voisinage de l'ouverture. On peut trouver immédiatement sous la peau, les parties contenues d'une hernie, quand le sac herniaire a

---

les tégumens si fortement adhérens au sac, que la première incision pénétra dans sa cavité, *ibid.*



été rompu par un coup ; mais c'est un événement rare (1).

L'enveloppe extérieure est partout intimement unie par du tissu cellulaire au sac péritonéal lui-même. Aussi ce dernier ne rentre pas dans l'abdomen, quand les parties contenues dans la tumeur sont replacées, mais il reste après, encore prêt à recevoir un nouveau déplacement. Dans le premier moment de la formation d'une hernie, le péritoine, poussé au dehors, doit nécessairement être séparé des parties au milieu desquelles il est placé. Mais les adhérences surviennent si promptement, que, même dans une hernie qui existe depuis peu de jours, on trouve le sac adhérent de toutes parts aux parties contiguës ; et les connexions deviennent ensuite si fortes et si générales, que l'on pourrait supposer que le sac herniaire était originellement formé dans sa situation accidentelle. La difficulté que cette structure opposerait à séparer le sac herniaire d'avec les parties environnantes, et spécialement du cordon spermatique, fournit une objection sans réplique contre toute proposition de repousser le sac dans l'abdomen, et doit avoir été une source de dangers dans quelques-

---

(1) COOPER, part. I, p. 3. — *Supplément au Traité de J. L. Petit sur les Mal. Chir.*, p. 113.



unes des vieilles méthodes suivies pour obtenir la cure radicale des hernies.

On a avancé que les hernies, dans certaines circonstances rares, n'ont pas de sac péritonéal. Les anciens pensaient que ces cas étaient très-communs, et supposaient que le déplacement arrivait à la suite d'une déchirure du péritoine. Le mot français et anglais *rupture*, et les termes équivalens dans quelques autres langues, indiquent une opinion de ce genre, produite naturellement par une observation superficielle des circonstances qui accompagnent fréquemment l'origine de la maladie. Les anciens chirurgiens, croyant le péritoine incapable de s'étendre subitement à un degré suffisant, distinguaient les hernies d'origine soudaine de celles dont le développement était plus graduel, dans lesquelles ils admettaient l'existence d'un sac. Eu égard au mode de leur formation, ils appelaient les premières, hernies par rupturé, et les dernières, hernies par dilatation. L'expérience a montré que cette distinction n'est pas fondée, et a prouvé que les hernies des deux genres ont des sacs; conclusion que des vues anatomiques exactes auraient certainement suggérée. Quand je considère la texture du péritoine, et son mode de connexion avec les parois abdominales, je ne puis concevoir aucune attitude ni aucun mouvement capables de déchirer cette membrane : cette opinion est fortifiée par l'impu-



nité avec laquelle les sauteurs et les bateleurs exécutent tous les mouvemens, et impriment à leur tronc toutes les contorsions que la structure osseuse permet; et elle doit nous faire rejeter comme fabuleux le cas de rupture rapporté par GARENGEOT (1). La hernie de la vessie diffère des autres hernies par rapport à son sac, comme on le verra dans le chapitre où il en est question. Je n'en ai jamais vu aucune autre privée d'enveloppe péritonéale : mais des auteurs célèbres regardent les suivantes comme des cas dans lesquels le sac n'existe pas ; savoir, les hernies consécutives aux plaies pénétrantes de l'abdomen ; celles qui reviennent après l'opération, ou quand le sac a été détruit par un caustique ou un autre moyen, dans la vue d'obtenir la cure radicale. Quelques-uns ajoutent la hernie ombilicale : ce point sera examiné dans le chapitre sur ce sujet.

Un ou plusieurs des organes ordinairement renfermés dans l'abdomen, et communément l'épiploon ou les intestins, sont les parties contenues dans un sac herniaire. Ces viscères sont les plus mobiles, et occupent le devant et la partie infé-

---

(1) Une jeune femme, après avoir porté son tronc soudainement en arrière, sentit immédiatement une douleur considérable dans l'abdomen ; GARENGEOT découvrit une hernie crurale qu'il opéra ensuite. Elle contenait l'épiploon, qui n'était point enveloppé d'un sac. *Opérations*, tom. I, pag. 373.



rière du bas-ventre ; leur position relative explique pourquoi, dans un cas mixte, les derniers sont recouverts par le premier. L'intestin grêle, à raison de la plus grande laxité de ses connexions, est plus fréquemment déplacé que le gros, et l'iléum plus souvent que le jéjunum, en conséquence de sa plus grande proximité de l'anneau et de l'arcade crurale. Une partie seulement du diamètre du canal est quelquefois renfermée dans une hernie ; une plus grande quantité peut y descendre, depuis une anse seulement jusqu'à toute la portion mobile du canal. En général, la graisse est déposée en grande quantité dans l'épiploon des personnes grasses et âgées, et dans cet état il sort très-facilement de la cavité. Les déplacements du gros intestin sont ordinairement formés ou par le cœcum, ou par la courbure sigmoïde du colon, ces parties étant les moins fixées du canal. Quand la première partie descend, c'est le plus souvent, comme on doit s'y attendre, du côté droit, et la dernière du côté gauche. Cependant le cœcum et l'appendice vermiforme ont été vus dans des hernies du côté gauche (1) ; et si l'on considère

---

(1) SANDIFORT, *Tabulæ anatomicæ situm viscerum*, etc. *depingentes*. Explic. des tabl. 5 et 6. — CAMPER a trouvé le cœcum dans une hernie inguinale du côté gauche, sur un sujet qui avait aussi une hernie du côté droit. *Demonst. anat. pathol.*, part. II, pag. 17.



que les intestins peuvent descendre jusqu'au genou, en entraînant même l'estomac jusqu'au pubis, on sera convaincu que la position naturelle d'un organe ne peut par elle-même faire déterminer par quelle ouverture il peut être déplacé.

Outre les intestins et l'épiploon, d'autres viscères abdominaux peuvent être contenus dans une hernie. La vessie urinaire passe quelquefois à travers l'anneau abdominal. Les ovaires (1) et l'utérus (2); la rate (3) et l'estomac ont été rarement vus dans les hernies.

## SECTION II.

### *Énumération des différentes espèces de hernies.*

Une hernie cause en général une tumeur extérieure, qui tire son nom, ou de sa situation dans le corps, ou des parties qu'elle contient. L'aine,

---

(1) Chaque ovaire dans une hernie inguinale. POTT'S *Works*, t. III, p. 329. — Voyez aussi CAMPER, *Remarques sur le cancer*, mentionnées dans la traduction française de RICHTER, p. 109, note b. — L'ovaire dans une hernie ischiatique. CAMPER, *Demonstr. anat. pathol.*, lib. II, pag. 17.

(2) L'utérus et l'ovaire gauche dans une hernie inguinale volumineuse. CHOPART et DESAULT, *Trait. des malad. chir.*, t. II, p. 3.

(3) RUYSCH. *Advers.*, dec. 2.



le scrotum, les lèvres de la vulve, le pli de la cuisse et le nombril, sont le plus souvent le siège de ces tumeurs; l'épiploon et les intestins en sont le plus communément les parties contenues.

Quand les viscères déplacés sont entrés dans l'ouverture supérieure de l'anneau abdominal, et sont contenus dans le canal, ou quand ils sont sortis de ce canal à travers l'ouverture inférieure, dans l'un et l'autre sexe, sans passer plus loin que l'aine, il en résulte un *bubonocèle* ou une *hernie inguinale*. Quand celle-ci s'accroît dans la femme, elle descend dans la lèvre de la vulve, et conserve le même nom. Dans l'homme, la tumeur en s'accroissant s'étend dans le scrotum, et forme un *oschéocèle* ou une *hernie scrotale* (1). Si elle s'est formée dans l'homme, avant que la communication entre le péritoine et la tunique vaginale du testicule ait été fermée, elle est nommée *hernie congénitale*, parce que la disposition anatomique, dont cette particularité dépend, existe à l'époque de la naissance.

Les hernies qui se forment à la partie inférieure

---

(1) La hernie, tant que les parties sont encore dans l'aine, a été nommée *incomplète*; le nom de *complète* lui a été donné quand les parties sont descendues dans le scrotum ou dans les lèvres de la vulve. Cette distinction est mauvaise, puisque la hernie, dans ses caractères essentiels, est aussi complète dans le premier cas que dans l'autre.



de l'anneau sans traverser son canal, et qui apparaissant d'abord dans l'aîne, et, descendant ensuite dans le scrotum, ne diffèrent pas, par leur situation, des hernies inguinales et scrotales ci-dessus mentionnées, n'ont été généralement distinguées par aucun nom particulier. On a proposé dernièrement de les désigner par l'épithète propre de *ventro-inguinales*.

La hernie qui arrive à travers la petite ouverture située sous l'extrémité pubienne de l'arcade crurale, et se manifeste au pli de la cuisse, est appelée hernie *fémorale*, ou *crurale* ou *mérocèle* (1).

L'*exomphale*, l'*omphalocèle*, ou la hernie *ombilicale*, se forme à travers l'ouverture ronde de la ligne blanche qui transmet les vaisseaux ombili-caux du fœtus.

Dans les cas énumérés, les viscères passent à travers les ouvertures naturelles des parois; mais les déplacemens peuvent arriver à toute autre partie de la région abdominale, et sont alors appelés hernies *ventrales*. Celles-ci sont très-fréquentes à la ligne blanche; et quand elles se forment au-dessus du nombril, elles ont été appelées hernies *de l'estomac*.

Telles sont les espèces les plus communes de hernies; mais il y en a d'autres plus rares.

---

(1) De *μηρος*, le dedans de la cuisse, et de *κηλη*.



Dans la hernie *du périnée*, chez l'un et l'autre sexe, les parties sont poussées par le côté de la vessie, ou du vagin. Une tumeur peut être formée dans quelque partie du vagin, elle constitue la hernie *vaginale*. La hernie *ischiatique* et celle du *trou ovale* se font à travers les ouvertures correspondantes du bassin.

Les noms d'*entéroccèle* et d'*épiplocèle*, qui sont équivalens à ceux de hernie *intestinale* et *épiploïque*, sont employés suivant que la tumeur contient l'intestin ou l'épiploon seuls : quand ces deux parties se trouvent ensemble dans la même tumeur, elles forment une *entéro-épiplocèle*.

Le déplacement de la vessie urinaire constitue la *cystocèle* ou la hernie *de la vessie* ; celui de l'estomac, la *gastroccèle* ; celui de la rate, la *splénocèle*, etc. Un nom composé est quelquefois employé pour exprimer à la fois la situation et les parties contenues d'une hernie ; comme *entéro-bubonocèle*, *épiplomphalocèle*, etc.

Tant que les viscères descendent et rentrent librement, la hernie est dite *réductible*. Quand, après un long séjour dans la tumeur, ils ont tellement augmenté en volume, et contracté de telles adhérences les uns avec les autres, ou avec le sac herniaire, qu'ils ne sont plus susceptibles de réduction, quoiqu'ils n'éprouvent aucune pression de la part de l'anneau, la hernie est dite *irréduc-*



*tible*. Lorsque l'obstacle à la réduction vient de la pression exercée par l'ouverture à travers laquelle les viscères sont descendus, cela constitue la hernie *étranglée* ou *incarcérée*, et la partie par laquelle la pression est produite est ordinairement appelée *stricture*.

---



## CHAPITRE II.

## CAUSES DES HERNIES.

On peut rapporter à deux classes générales les causes des hernies , suivant qu'elles paraissent agir en augmentant la pression des viscères , ou en diminuant la résistance des parois abdominales. On pourrait , dans un ordre systématique , ranger les premières comme occasionnelles ou excitantes , et les dernières comme causes prédisposantes de ces maladies.

Les contractions alternatives du diaphragme et des muscles de l'abdomen , sont comptées parmi les principaux agens de la respiration. Les parties contenant et les parties contenues sont dans un état continuel d'action et de réaction : les dernières, particulièrement les intestins, tendent constamment à occuper un plus grand espace, et par là distendent les parois; tandis que celles-ci, formées principalement de muscles, exercent une action compressive sur les viscères. Ces puissances sont ordinairement en équilibre ; et la pression constante qui en résulte , maintient les organes abdominaux dans leur position respective ; mais cet équilibre est détruit dans diverses circonstances.



L'accroissement général des parties contenues produit un relâchement général des parties contenant, comme on le voit dans l'ascite, la tympanite ou la grossesse : un relâchement semblable des parois peut arriver dans un espace limité de l'abdomen, et constituer une espèce de hernie ventrale. Mais aucun de ces cas ne rentre, à proprement parler, dans la description de la hernie.

La pression constante que les muscles de la respiration exercent sur les viscères, est considérablement augmentée par tout effort violent, qui est toujours accompagné d'une forte action des puissances inspiratrices et expiratrices en même temps. Quand ces efforts sont portés au-delà d'un certain point, les parois de la cavité cèdent à la force d'impulsion dans les parties où elles sont affaiblies par les ouvertures de transmission des vaisseaux ; et les viscères sont chassés hors de leur situation, en poussant devant eux une portion du péritoine, qui forme le sac herniaire. C'est ainsi que les hernies sont fréquemment produites par l'action de lever ou de porter un pesant fardeau, de courir ou de sauter ; en un mot, dans toutes les circonstances où l'on fait des efforts considérables. Dans ces occasions, les muscles abdominaux et le diaphragme se contractent avec force, pour fixer le tronc et pour donner un point d'appui aux membres. Quand on fait un effort, on dit com-



munément que l'on retient sa respiration ; c'est-à-dire que l'on met d'abord le diaphragme en action par une profonde inspiration, et qu'alors on contracte les muscles abdominaux. Les viscères, comprimés par ces deux forces, s'échappent par l'endroit où ils en trouvent le moyen, pourvu que leur pression excède la résistance que leur oppose l'anneau, ou l'arcade crurale. On peut expliquer, d'après ces principes, l'observation que l'on a faite de la grande fréquence des hernies, soit parmi les habitans des pays montagneux (1), qui trouvent souvent l'occasion d'exercer leur force et leur activité, soit dans les classes laborieuses de la société.

D'autres causes, que l'on peut rapporter au même genre, se trouvent dans l'action forcée des muscles de la respiration pour l'expulsion des matières contenues dans les viscères. Le vomissement, les efforts de la défécation et l'acte de l'accouchement, produisent fréquemment des hernies. J'ai souvent vu, chez des malades atteints de rétrécissement de l'urètre, des hernies se former graduellement, par les efforts habituels nécessaires pour uriner. Les cris, la coqueluche, sont des causes fréquentes de cette maladie chez les enfans.

---

(1) BLUMENBACH a fait cette observation sur les Suisses et les habitans des Alpes en général.

RICHTER, *chirurgische Bibliothek*, b. 8.



Le déplacement des intestins, par l'anneau et l'arcade crurale, est favorisé par la situation de ces ouvertures, aussi bien que par la faiblesse relative des parois. Le diaphragme et les muscles abdominaux exercent une forte compression en haut, sur les côtés et en avant, et poussent ainsi les parties en bas et en devant contre les ouvertures indiquées. Quand la partie supérieure de la cavité est soumise à une forte pression externe, comme celle d'un corset serré, les viscères sont poussés en bas, ce qui facilite beaucoup la formation des hernies inguinales et crurales. La dissection peut prouver que les conséquences de cette pratique ne sont pas imaginaires; elle nous montre un changement évident de figure dans les côtes inférieures, et quelquefois des marques visibles de pression extérieure sur la surface du foie.

En observant le grand espace qui, sur le squelette, constitue l'ouverture inférieure du bassin, ainsi que la limite de la cavité abdominale, on serait tenté de regarder cet endroit comme un siège fréquent de hernies. La position est ici particulièrement favorable à leur formation; et une forte impulsion est communiquée à la main appliquée sur cette partie, toutes les fois qu'une pression générale est exercée sur les viscères de l'abdomen. Mais cette ouverture est occupée, dans l'état naturel, par les ligamens sacro-ischiatiques et les muscles releveurs



de l'anús. Ces derniers muscles, en formant une large surface concave, qui ferme le devant et les côtés du bassin dans cette région, et en replaçant les viscères quand ils ont été poussés par les efforts, constituent une puissance antagoniste des muscles de la respiration. Une aponévrose épaisse, étendue de l'arcade des pubis à la prostate et au col de la vessie, prévient les déplacemens dans cet endroit; la vessie et le rectum offrent aussi un obstacle considérable à la formation des hernies dans ce lieu. La sortie des viscères à travers la grande échancrure ischiatique, est presque entièrement empêchée par le muscle pyramidal, et par les vaisseaux et les nerfs qui occupent et traversent cette ouverture.

On a rangé parmi les causes prédisposantes des hernies l'étendue trop grande des ouvertures par lesquelles elles se font, la faiblesse et le relâchement des bords de ces ouvertures, et la laxité contre nature du péritoine (1). La première cir-

---

(1) « Cette faiblesse, cause prédisposante des hernies, « consiste, ou en une laxité contre nature du péritoine, « qui, dans les endroits où il n'est pas soutenu par les « muscles du bas-ventre, comme à l'anneau, cède à la distension, ou en un relâchement et une extensibilité contre « nature du mésentère et de toutes les parties qui maintiennent les viscères du bas-ventre dans leur situation. »

RICHTER, *Traité des Hern.*, p. 10.



constance a probablement une influence principale , puisque, chez les hommes, où l'anneau abdominal est naturellement large, les hernies inguinales se rencontrent très-fréquemment, tandis que la hernie fémorale est très-rare; les femmes, au contraire, qui ont les dimensions de ces ouvertures en rapport inverse, sont rarement affectées de hernies inguinales. Sans cependant chercher à décider quelle en est la véritable raison, on peut certainement affirmer que quelques sujets présentent une disposition incontestable à ces maladies. Chez ces individus, une cause occasionnelle très-légère, comme l'action de tousser ou d'éternuer, produit une hernie; cette maladie, bien plus, apparaît quelquefois spontanément. « Je connais, dit RICH-  
« TER (1), un savant qui mène une vie sédentaire,  
« et auquel, il y a quelque temps, il survint inopi-  
« nément une hernie inguinale. Je lui appliquai un  
« bandage, et, quelques semaines après, il eut une  
« semblable hernie du côté opposé : je lui fis faire  
« un bandage pour cette nouvelle hernie; mais il  
« lui survint bientôt après une hernie crurale. J'ai  
« observé plusieurs cas semblables, et j'ai vu de cette  
« manière un homme être attaqué en très-peu de  
« temps de quatre et même cinq hernies, sans que  
« je pusse découvrir la moindre cause occasion-

---

(1) *Traité des Hernies*, pag. 9.



« nelle. » La nécessité d'admettre quelque différence originelle de structure favorable à la formation des hernies, est évidente d'après cette considération ; savoir , que les ouvertures existent dans tous les sujets, et que les causes occasionnelles sont appliquées à tous les individus , tandis que l'effet est seulement particulier.

Quand on dit que la hernie a paru quelquefois être héréditaire , il faut entendre par là qu'il existe dans la formation des parties une certaine faiblesse originelle, qui dispose à cette maladie , et que cette infirmité peut être transmise par la génération ; et dans ce sens , on ne peut contester la vérité de cette assertion (1). Je pense que ce mot *héréditaire*, appliqué à la hernie , a toujours été employé suivant cette interprétation , et que son usage dans un sens strict a été seulement supposé par ceux qui désiraient montrer leur esprit, en réfutant une absurdité de leur propre invention.

---

(1) « On ne peut point nier que cette cause prédisposante  
« des hernies ne soit héréditaire : je ne prétends pas plus  
« que des pères atteints de hernie engendrent toujours des  
« enfans qui seront affectés de cette maladie , que je ne pré-  
« tends qu'ils engendrent toujours des enfans qui leur res-  
« semblent ; mais on observe quelquefois l'un et l'autre.  
« J'ai vu des hernies survenues spontanément et sans aucune  
« cause extérieure , à des enfans dont les pères avaient des  
« hernies. »

RICHTER , *l. c.* , p. 10.



La dilatation des ouvertures à travers lesquelles les hernies se font, à la suite de la distension des parois abdominales pendant la grossesse, rend raison de la plus grande fréquence des hernies en général, et des exomphales en particulier, chez les femmes qui ont eu des enfans. La formation de la hernie ombilicale, après l'hydropisie, peut être expliquée de la même manière.

Les hernies qui paraissent après les maladies débilitantes, et celles qui arrivent aux personnes dont l'embonpoint disparaît soudainement, doivent être rapportées à la faiblesse.

On a considéré les plaies pénétrantes des parois abdominales comme prédisposant fortement aux hernies. Ces cas ne sont pas assez communs dans la pratique ordinaire, pour que je puisse prononcer. Je ne me souviens pas d'avoir vu cet effet produit dans aucun cas. RICHERAND observe, à ce sujet, que les hernies manquent rarement d'arriver, quelque ferme que soit la cicatrice, à moins qu'on n'emploie un bandage pour les prévenir, et qu'on peut à coup sûr s'y attendre après une contusion considérable, qui détruit le ressort des parois (1). Il rapporte un cas dans lequel un coup de sabre, d'environ un pouce de longueur, dans l'hypochondre droit, se cicatrisa exactement. Le

---

(1) *Nosographie chirurg.*, t. III, p. 39.



malade ne porta pas de bandage après son rétablissement , et au bout de dix-huit mois il avait une tumeur, du volume des deux poings. Cette hernie pouvait être aisément réduite et contenue (1).

#### OBSERVATION.

Un de mes amis a rencontré un exemple remarquable de ce dernier genre sur un émigré français. Le danger, les inquiétudes et la fatigue que cet infortuné gentilhomme éprouva en fuyant son pays natal, et l'extrême indigence à laquelle il se trouva réduit à son arrivée en Angleterre, le firent passer de l'état d'embonpoint, produit par la table somptueuse de l'abondance, à un état de maigreur considérable ; et une hernie se forma à chaque aine.

Quelquefois on ne peut déterminer quelle est la cause directe de la hernie, comme lorsqu'elle arrive après un coup, après les secousses d'une voiture, ou après un violent exercice à cheval. La dernière circonstance a certainement une influence décidée sur la production de la maladie ; car on

---

(1) *Nosographie chirurg.*, t. III, p. 319.

Un cas de hernie ventrale, venue après une incision faite pour évacuer un abcès de l'abdomen, est rapporté dans le premier volume des *Miscellaneous writings* de SCHMUKER, p. 197.



trouve un bien plus grand nombre de hernies chez les cavaliers que chez les fantassins.

Il serait inutile de faire un point d'énumération de chacune des circonstances ordinaires qui peuvent accidentellement contribuer à la formation d'une hernie. Les vues générales, que j'ai déjà données, mettront le lecteur à même d'entendre suffisamment ce sujet. Je crois convenable de faire observer que quelques-unes des causes assignées par les auteurs systématiques, sont totalement inexactes et même ridicules. Ainsi dans son ouvrage, si recommandable sous tous les rapports, RICHTER attribue l'origine de plusieurs hernies à l'usage des boissons aqueuses et relâchantes, des alimens gras et huileux ; à l'humidité du climat, etc. Le poisson et même le lait ont été accusés de favoriser la formation de cette maladie.

Les hernies qui dépendent d'une cause prédisposante arrivent en général graduellement et presque insensiblement ; tandis que celles qui sont produites par les exercices du corps, se forment soudainement et par l'action immédiate de la cause excitante. La production de la maladie est souvent indiquée, dans le premier cas, par un gonflement joint à un sentiment de faiblesse et de gêne aux environs de l'anneau abdominal. La tumeur est augmentée par toutes les actions des muscles respiratoires, et, en conséquence, elle devient plus sen-



sible pendant la toux et quand on retient sa respiration; tandis qu'elle disparaît par la pression et par la position horizontale du corps. Elle se fraye graduellement un chemin, à travers le tendon du muscle oblique externe, dans l'aîne, et ensuite dans le scrotum. Quand une hernie arrive subitement, le malade éprouve ordinairement de la douleur, et la sensation d'un corps qui passe à travers les parois de l'abdomen.

---



## CHAPITRE III.

## SYMPTÔMES DES HERNIES DANS LEURS DIVERS ÉTATS.

SECTION I<sup>re</sup>.*Symptômes de la Hernie réductible.*

QUAND les parties contenues d'une hernie n'éprouvent aucune pression de la part des bords de l'ouverture à travers laquelle elles sont sorties, leurs fonctions ne sont que peu, ou même point dérangées; c'est pourquoi la description de la maladie consiste principalement dans un exposé des caractères sensibles de la tumeur. Quand, au contraire, la hernie est étranglée, les fonctions naturelles des parties déplacées sont entièrement dérangées. De là naissent différens symptômes alarmans et dangereux, qui changent complètement le caractère de la maladie.

Si l'on trouve dans quelqu'un des endroits où arrivent ordinairement les hernies, comme l'aîne, le scrotum, les lèvres de la vulve ou le nombril, une tumeur indolente, soit molle, soit tendue et élastique, sans changement de couleur à la peau, qui ait paru dans les circonstances dont la formation de cette maladie est ordinairement accompa-



gnée, on attribue naturellement son origine au déplacement des viscères abdominaux. Le soupçon se change en certitude, si l'on s'aperçoit que la tumeur varie en volume ; étant plus petite dans le coucher , plus grande dans la position verticale , et quand le malade retient sa respiration ; qu'elle diminue ou disparaît même entièrement par la pression , et augmente de nouveau de volume quand cette pression vient à cesser ; si elle est volumineuse et tendue après le repas , ou quand le malade est tourmenté par des vents , molle et petite le matin , avant qu'il ait pris de la nourriture ; si , depuis le commencement de la maladie , il a été attaqué de quelques-unes des affections qui naissent du déplacement des viscères , comme de coliques , de constipation ou de vomissement ; s'il ressent parfois des borborrygmes dans la tumeur , particulièrement lorsqu'elle rentre ; et enfin si elle devient tendue lorsqu'il tousse , de manière à communiquer une impulsion à la main de celui qui l'examine.

Ces phénomènes , qui peuvent être regardés comme les symptômes généraux des hernies , ne sont pas tous observables dans toutes les espèces et dans tous les degrés de la maladie : chaque genre a ses signes particuliers , comme je le ferai voir par la suite. Mais , dans beaucoup de cas , les circonstances qui ont précédé ou accompagné son



origine, et les affections qui ont suivi son apparition, mettront le chirurgien à même de déterminer la nature de la tumeur.

Les symptômes de la maladie feront quelquefois connaître quelles sont les parties contenues. Cette distinction est, à la vérité, souvent difficile et même impossible, quand la hernie est vieille, volumineuse et fort tendue; car les viscères, dans de semblables hernies, éprouvent des changemens considérables dans leur figure et leur état, pendant que l'épaississement du sac s'oppose à un examen exact par le toucher. Il est même souvent difficile de déterminer quelles sont les parties contenues dans une petite hernie.

Si la tumeur a une surface uniforme; si elle est élastique au toucher; si elle devient tendue et plus volumineuse quand le malade est tourmenté par des vents, quand il retient sa respiration, ou quand il tousse; si, dans le dernier cas, la tumeur paraît s'enfler; si la partie déplacée rentre avec un bruit particulier et passe à travers l'ouverture en une fois, c'est l'intestin qui est contenu dans la hernie. Si la tumeur est compressible; si elle est pâteuse, inégale à sa surface; si elle n'est pas tendue dans les circonstances ci-dessus indiquées; si elle rentre sans aucun bruit et graduellement, on peut la considérer comme une épiplocèle.



La surface lisse et glissante de l'intestin rend sa réduction plus facile, et la présence de l'air avec les matières contenues dans le canal intestinal occasionne, quand elles sont repoussées, un bruit particulier de gargouillement, (*guggling noise* des Anglais.) La réduction de l'épiploon est plus difficile, parce qu'il est mou et inégal, et que sa surface se moule sur les parties environnantes. Si une portion des parties contenues rentre promptement et avec bruit, laissant après elle quelque chose qu'il est moins facile de réduire, c'est probablement un cas d'entéro-épiplocèle.

Les circonstances ci-dessus énumérées ne nous mettent pas à même de déterminer dans tous les cas quelles sont les parties contenues dans une hernie. PETIT, après avoir avoué, avec la candeur caractéristique du vrai savoir, qu'il a souvent été trompé dans son opinion, fait les remarques suivantes, qu'il est bon que le jeune praticien ait toujours présentes à l'esprit : « Que ce que je dis serve  
« aux jeunes gens pour les tenir en garde, qu'ils  
« réfléchissent avant que de parler et d'agir, et  
« qu'ils sachent qu'il y a souvent une grande dif-  
« férence entre ce que l'on croit voir et ce que  
« l'on voit ; on se repent amèrement d'avoir trop  
« tôt parlé, et rarement se repent-on d'avoir gardé  
« le silence. Quand on court après la réputation,  
« on ne l'atteint pas toujours ; le mérite qui la



« donne est comme les fruits , qui , pour les cueil-  
« lir , veulent qu'on attende leur maturité (1).

« J'ai plus d'une fois éprouvé ce que je dis , et je  
« ne doute point que d'autres n'aient fait la même  
« épreuve : c'est aussi pour m'être trompé dans  
« mon jugement , que je ne suis plus si prompt dans  
« mon pronostic ; car , de l'aveu des plus grands  
« praticiens , on voit peu de hernies qui se res-  
« semblent ; ils ont toujours trouvé quelque dif-  
« férence , même notable , des unes aux autres.  
« Ceux qui n'en ont pas beaucoup vu me croiront  
« difficilement ; ils s'imagineront qu'il suffit de sa-  
« voir ce que les auteurs nous donnent pour signe  
« de la hernie intestinale , de l'épiploïque , et de  
« celle qui est ensemble intestinale et épiploïque ,  
« et croiront pouvoir décider de la nature d'une  
« hernie , parce qu'ils y rencontreront ces signes ;  
« mais ils se trompent (2). »

Les circonstances qui viennent d'être énumé-  
rées , caractérisent si bien la maladie , qu'il ne peut  
y avoir aucun doute sur sa nature ; on ne crain-  
dra point de la confondre avec les autres , si l'on  
fait attention à leur origine , à leurs progrès et à  
leurs symptômes. Le caractère du cas est plus dou-

---

(1) *Traité des maladies chirurg.* , t. II , p. 275 , édition de 1790.

(2) *Idem.* , t. II , p. 272.



teux, si la tumeur est petite et profondément située, si elle a paru graduellement, si elle a des connexions avec d'autres tumeurs, si elle contient beaucoup de fluides, et si le malade a de l'embonpoint. Alors le chirurgien doit faire usage de toute son attention et de tout son discernement; son jugement doit être guidé plutôt par les symptômes que par les caractères de la tumeur.

Une hernie réductible, sans être accompagnée d'un danger immédiat, occasionne beaucoup d'incommodités aux malades, surtout si elle s'est accrue faute d'être contenue par les moyens chirurgicaux, et les inconvéniens qui en résultent, augmentent constamment avec le volume de la tumeur. La portion d'intestin ou d'épiploon qui a abandonné l'abdomen, produit différens accidens par ses connexions avec les parties intérieures. De cette source d'irritation viennent les nausées, les vomissemens, les indigestions et les coliques. Comme les viscères s'accoutument à leur changement de situation, ces symptômes disparaissent graduellement. Cependant, la tumeur augmentant toujours de volume, une grande partie des viscères se trouve privée de la pression et de l'appui qu'ils reçoivent ordinairement des muscles respiratoires; le passage des matières à travers le canal alimentaire devient difficile et se ralentit; aussi les grandes hernies sont presque toujours accompagnées de flatulence et de consti-



pation. Le malade est obligé de renoncer à tous les travaux pénibles et à tous les efforts, lesquels augmentent nécessairement la tumeur, et menacent d'un danger plus immédiat en poussant de nouvelles parties qui peuvent causer l'étranglement. L'ouverture à travers laquelle les viscères sont sortis les assujétit à une pression plus ou moins forte; ce qui peut expliquer l'épanchement de sérosité dans la cavité du sac, que l'on observe généralement dans les vieilles hernies, et la formation des adhérences des parties les unes aux autres et au sac herniaire, qui rendent la hernie irréductible. Comme l'ouverture est élargie par les organes déplacés, et que la pression sur les viscères, qui cause leur déplacement, est fréquemment répétée, de nouvelles portions s'ajoutent aisément à la tumeur. Dans les cas où la position est favorable, et où les parties environnantes n'offrent aucun obstacle, comme au scrotum, le volume de la hernie n'est limité que par ses connexions avec les organes intérieurs. On connaît beaucoup d'exemples dans lesquels tous les viscères mobiles étaient contenus dans une semblable tumeur, et ceux même qui sont plus fixes, peuvent être graduellement déplacés par la traction constante des parties avec lesquelles ils ont des connexions.



## SECTION II.

*Symptômes de la Hernie étranglée.*

L'obstacle au passage des matières contenues dans l'intestin , et conséquemment la suppression des évacuations fécales, ainsi que l'inflammation plus ou moins violente de la partie étranglée , sont les effets les plus immédiats d'un degré de pression assez fort pour s'opposer à la rentrée des viscères sortis. Le premier symptôme peut n'être pas aussi marqué quand une partie seulement du diamètre de l'intestin est étranglée ; cependant il existe souvent à un aussi haut degré dans ce cas , et est aussi insurmontable par les purgatifs (1), que lorsqu'une anse complète de l'intestin est in-

---

(1) MORGAGNI rapporte un cas dans lequel une partie seulement du diamètre était pincée , où les selles ne furent point supprimées ; pourtant l'issue en fut fatale. *De causis et sedibus*, epist. 34., art. 15.

Il y a beaucoup d'observations de cas dans lesquels la constipation a été complète. *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. III, p. 151. — *London med. obs. and enquires*, vol. IV, p. 178 et 355. — *Philos. magas.*, vol. XXXI, p. 214 et seq. — DEHAEN , *Ratio medendi*, part. II, c. IV.

Un malade de MORGAGNI mourut le sixième jour après une constipation qui dura tout ce temps : le diamètre entier de l'intestin n'était pas obstrué , la partie déplacée étant simplement un diverticulum. Ep. 34, art. 18. — Le même auteur cite un semblable cas d'après BENEVOLO , *due relazioni chirurg.*, art. 19.



carcérée : cela arrive même quelquefois dans une simple épiplocèle où il n'y a point d'intestin déplacé. Ainsi ce phénomène doit être plutôt rapporté à l'affection inflammatoire des intestins qui existe dans cette maladie, qu'à l'obstruction mécanique du canal, et doit être considéré comme analogue à la constipation, qui est le symptôme dominant de l'iléus, quand il est produit par d'autres causes. Un lavement injecté dans les intestins, au-dessous du resserrement, produit souvent une selle après que l'étranglement est arrivé; mais quand ces intestins ont été une fois vidés, les clystères les plus irritans ne produisent plus aucun effet. L'inflammation des viscères déplacés cause un épaissement de leurs parois, un épanchement de fluide dans la cavité de la hernie, et des adhérences des parties les unes aux autres, ainsi qu'au sac herniaire. Quand l'inflammation est très-violente, une couche de lymphe coagulable est quelquefois répandue sur la surface de l'intestin. Quelquefois aussi une empreinte remarquable est faite sur lui par l'étranglement, et peut aller jusqu'au point de causer un rétrécissement considérable du canal (1). L'inflammation se termine

---

(1) Sur un malade qui mourut avec une constipation insurmontable et tous les symptômes de l'iléus, je trouvai le petit intestin entouré, dans un point, d'une adhérence contre nature, consistant en une corde ferme et arrondie. Le canal était resserré d'une manière permanente, de



enfin par la gangrène, à moins que l'étranglement ne soit détruit auparavant. Ces symptômes, que l'on peut appeler les effets *primitifs* de l'incarcération, sont accompagnés par d'autres, dépendant de l'affection des parties qui sympathisent avec la hernie.

Dans la hernie intestinale étranglée, la tumeur, qui auparavant était indolente, devient douloureuse; la douleur est plus vive dans la portion étranglée, et s'étend de cet endroit sur le reste de la tumeur et sur l'abdomen, qui deviennent en même temps gonflés et tendus. Un sentiment de constriction, comme si une corde était tirée à travers la partie supérieure du ventre, est souvent aussi un des premiers symptômes de l'étranglement. La douleur, qui d'abord n'est point constante, devient ensuite fixe, et est augmentée par la toux, l'éternuement et les autres secousses du corps; les évacuations *alvines* sont entièrement supprimées, et les nausées et les vomissemens s'ensuivent; toutes les matières contenues dans l'estomac, et ensuite celles de l'intestin au-dessus de l'étranglement sont

---

façon à ne pas excéder le diamètre d'une grosse plume.

— RITSCH le trouva entièrement fermé dans un cas de hernie, *Mém. de l'Acad. de Chirur.*, t. IV, *Sur un effet peu connu de l'étranglement dans la hernie intestinale.*

— Voyez aussi MONRO, *crural hernia*, p. 17, pl. V, fig. 2.



rejetées (1). Ces symptômes, qui diminuent souvent pendant un temps considérable, sont accompagnés d'un dérangement proportionné de toute l'économie. Il y a une grande anxiété, de l'agitation, et refroidissement des extrémités; le pouls est petit, vif et dur. Le pouls ne peut pas être considéré comme indiquant le degré d'une fièvre générale; il peut même être plus lent qu'en santé, quand le malade est dans le plus grand danger. Le degré de chaleur reconnu par l'examen du chirurgien, ou indiqué par les sensations du malade, ne correspond pas non plus à celui des fièvres en général. Au contraire, il y a une disposition aux sueurs froides et au refroidissement des extrémités. Après un certain temps, les hoquets surviennent, le pouls devient si petit, qu'on

---

(1) Cela constitue ce que l'on appelle le vomissement stercoral. En général, il paraît formé par les matières contenues dans le petit intestin. L'examen de la valvule du colon donnerait à penser que les matières contenues dans le gros intestin ne peuvent passer dans le petit; mais l'observation répétée a montré que cette valvule n'offre pas un obstacle insurmontable. *Probatissimi auctores hoc observârunt, et ipse manifestè vidi*, dit HALLER.

HEBERDEN a vu des clystères rendus par le vomissement dans un cas de hernie; et il ajoute qu'il en a souvent été témoin dans l'iléus. *Medical transactions*, vol. II, p. 514.

Le témoignage de DEHAEN peut aussi être cité. *Rat. med.*, part. II, c. V.



peut à peine le sentir , la respiration est faible , et tout le corps est couvert d'une sueur froide et visqueuse. La gangrène arrive alors ; elle commence par les parties contenues dans la hernie , et s'étend de là aux parties contenant et aux environs. Le degré et l'intensité des symptômes sont modifiés par diverses circonstances , comme l'âge et la force du malade , la nature de l'étranglement , etc. La durée de la maladie , depuis son commencement jusqu'à sa terminaison par la gangrène ou par la mort , est aussi extrêmement variable.

L'épiplocèle est beaucoup moins exposée à l'étranglement que la hernie intestinale , et ses symptômes sont moins violens et plus lents dans leurs progrès. Dans cette variété de la maladie , on peut en général procurer des évacuations par les purgatifs et les clystères. Les connexions de l'épiploon avec l'estomac produisent les hoquets et les nausées ; et quoique ce dernier symptôme amène rarement les vomissemens stercoraux , il existe au plus haut degré , et caractérise particulièrement la maladie. Ces phénomènes sont souvent modifiés par l'attitude du corps , ils sont mitigés par sa flexion et aggravés par son extension. L'épiplocèle est parfois accompagnée de tous les symptômes dangereux et alarmans d'une hernie intestinale , comme une constipation insurmontable , des vomissemens stercoraux , etc.



L'examen du cadavre d'un malade mort d'une hernie étranglée, montre un état des parties tel que les symptômes qui viennent d'être énumérés portent naturellement à l'attendre. Toute la surface du péritoine est enflammée, et les intestins participent à cette affection, principalement dans la portion du canal qui est au-dessus de l'étranglement, et qui est distendue beaucoup au-delà de son diamètre naturel. Au-dessous de l'étranglement, l'intestin est généralement plus petit que de coutume, et n'est point enflammé. Les circonvolutions du canal intestinal sont agglutinées par un dépôt récent de lymphe concrescible, et un fluide trouble, puriforme, avec des flocons coagulés, est épanché dans l'abdomen; des raies d'un rouge vif, formées par la réunion de petits vaisseaux, traversent les intestins dans différentes directions, et il n'est point rare d'observer des taches de gangrène. Toutes ces circonstances montrent bien que les effets produits par l'étranglement sont évidemment du genre inflammatoire le plus aigu. On doit regarder l'étranglement que les parties déplacées éprouvent, comme la cause immédiate de cette affection.

La distinction de l'étranglement d'avec les maladies qui peuvent lui ressembler de plus ou moins près, demande beaucoup d'attention et de jugement. L'intestin renfermé dans une hernie volu-



mineuse, peut être affecté de colique, et produire ainsi la constipation et les vomissemens. Ce cas peut être aisément pris pour un étranglement, si les parties sont adhérentes et irréductibles. Un tel accident peut rendre irréductible une hernie qui pouvait auparavant être réduite, particulièrement si les intestins sont très-dilatés. Les clystères et les purgatifs huileux produisent des selles dans cette circonstance, et par là montrent clairement la véritable nature de la maladie.

La première apparition d'une hernie peut déterminer le hoquet, des vomissemens et de la douleur; les mêmes symptômes peuvent aussi se montrer dans une hernie ancienne, lorsque le malade a pris beaucoup d'exercice ou qu'il est resté longtemps debout, à cause de l'irritation excitée par les viscères déplacés sur les parties contenues dans l'abdomen. Dans ce cas aussi, les purgatifs peuvent produire aisément des selles.

Le cas le plus important, cependant, est celui dans lequel un malade qui porte une hernie est pris d'une attaque d'iléus provenant d'une autre cause, et dans laquelle la première maladie n'est pour rien. L'opération, pratiquée dans la supposition que les symptômes viennent de la hernie, serait non-seulement inutile, mais même nuisible; et le chirurgien négligerait les moyens que l'inflammation des intestins réclame si urgemment.



Quand on voit un malade tourmenté des symptômes de l'iléus, on doit soupçonner l'existence d'une hernie, et faire les recherches et l'examen qu'un tel soupçon suggère naturellement, en particulier chez les femmes, qui sont souvent portées à dissimuler, par le motif d'une fausse pudeur. Un examen superficiel ne suffirait point dans ces occasions; car une très-petite portion d'intestin ne formant à l'extérieur aucune tumeur, peut occasionner les symptômes par son étranglement. Si ces symptômes ont paru subitement, et dans des circonstances qui peuvent produire une hernie; si le malade a senti d'abord de la douleur aux environs de l'anneau ou de l'arcade crurale, et que la pression dans ces endroits l'augmente; et enfin si le malade peu auparavant était en parfaite santé, on a de fortes raisons de soupçonner l'existence d'une hernie.

Quand une personne attaquée de l'iléus a une hernie qui peut être réduite aisément, on n'a point de sujet de douter; si, au contraire, les parties ne peuvent être réduites, on peut avec raison soupçonner l'étranglement, quoiqu'on n'en puisse pas conclure, avec certitude, que la tumeur est la cause de l'inflammation. On doit d'abord s'assurer si les parties pouvaient être réduites avant l'attaque; si elles ne le pouvaient pas, et si la tumeur est volumineuse et ancienne, les parties contenues sont



probablement adhérentes ; et l'impossibilité de réduire ne prouve rien. Si , au contraire , elles pouvaient être réduites , et surtout peu de temps avant l'arrivée des symptômes , on peut avec raison soupçonner l'étranglement ; mais cela n'est pas encore tout-à-fait certain. Les deux exemples suivans , rapportés par POTT (1) , montrent la possibilité de la méprise , et convaincront fortement de la nécessité d'une attention minutieuse dans ces circonstances.

OBSERVATION I<sup>re</sup>.

« Un homme âgé , qui avait eu pendant plusieurs années une hernie de l'espèce mixte irréductible , et que j'avais souvent vu , fut attaqué des symptômes d'une obstruction dans le canal intestinal.

Il se plaignit d'une grande douleur dans toute l'étendue du ventre , mais particulièrement autour du nombril ; il avait de la chaleur et de l'agitation avec de fréquentes envies de vomir ; son pouls était plein , dur et fréquent , et , contre sa coutume , il avait passé trois jours sans aller à la selle. J'examinai sa hernie avec beaucoup de soin ; la tumeur était volumineuse et gonflée comme à l'ordinaire , mais elle n'était ni tendue ni douloureuse lorsqu'on la touchait ; son ventre était dur et très-enflé , et il sup-

---

(1) *Works* , vol. III , p. 304 and 307 , edit. of 1783.



portait à peine une légère pression de la main sur le nombril. Après avoir mûrement réfléchi sur son état, mon opinion fut que sa hernie n'avait aucune part à ses maux présens. Mais néanmoins, comme quelques-uns des symptômes qu'il éprouvait ressembloient à ceux d'un étranglement, je demandai une consultation. On appela un médecin et un autre chirurgien : je leur rendis compte de ce que j'avais vu, aussi bien que de mon opinion concernant l'impossibilité de réduire la hernie, et je leur dis que je ne croyais pas qu'elle eût quelque part à l'accident présent; et en même temps je priai mon collègue d'examiner par lui-même. Nous tentâmes encore sans succès de faire la réduction; mais il crut qu'il y avait un étranglement. Le docteur ordonna la saignée, les clystères et les cathartiques : les derniers furent aussitôt rejetés par le vomissement, et le clystère fut rendu sans aucun mélange d'excrémens; la saignée fut répétée jusqu'à la défaillance, on injecta la fumée de tabac; mais tout cela ne produisit aucun effet. L'opération fut proposée; mais comme le cas ne me paraissait pas l'exiger, je ne voulus pas m'en mêler : cependant le malade, à qui on en parla, dit qu'il n'y consentirait pas, à moins que je ne prononçasse que je la jugeais nécessaire, et que je croyais qu'elle réussirait : je ne pensai ni l'un ni l'autre, et par conséquent je ne dis rien. On essaya tous les autres



moyens que l'art pouvait suggérer ou pratiquer ; mais le sixième jour le malade mourut.

Comme on m'avait accusé d'erreur et d'entêtement , je vis avec beaucoup de plaisir que ses parens prenaient le parti de le faire ouvrir.

Le sac herniaire était épais et dur , et contenait une portion considérable de l'épiploon , une portion de l'iléum et une portion du colon : toutes ces parties étaient parfaitement saines , exemptes d'inflammation et d'étranglement , et il n'y avait que leur quantité qui s'opposât à la réduction ; mais l'intestin jéjunum était considérablement distendu , très - enflammé et en quelques endroits sphacélé. »

#### OBSERVATION II.

« Jean Dewel , homme âgé d'environ trente ans , fut conduit à l'hôpital de Saint-Barthélemi , parce qu'on le croyait attaqué d'une hernie étranglée. Il n'avait point été à la selle depuis trois jours , quoiqu'on lui eût administré des purgatifs et des lavemens : il vomissait presque continuellement ; son poulx était dur et fréquent sans être plein , et il paraissait n'avoir plus que très-peu de temps à vivre.

Cet homme avait au côté droit une hernie , qui était évidemment intestinale. Elle était molle , n'occasionnait aucune douleur quand on y touchait ;



elle me parut aussi susceptible de réduction. Mais après plusieurs tentatives, je ne pus y parvenir, quoique j'y eusse employé mes plus grands efforts, qui, d'un autre côté, ne causèrent aucune incommodité au malade, et par conséquent me convinquirent que les symptômes qu'il éprouvait ne dépendaient pas de sa hernie; ce qui était aussi son opinion.

M. NOURSE entrant dans sa chambre, je le priai d'examiner ce malade. Il crut que, malgré l'état de la hernie, si favorable en apparence, une petite portion d'intestin pouvait être engagée assez pour occasionner l'accident présent, et par conséquent que l'opération était convenable.

En la supposant telle, on ne pouvait pas la faire trop promptement, et par conséquent nous nous y mîmes aussitôt.

Le sac herniaire était formé par la tunique vaginale; il contenait une portion de l'intestin iléum, qui avait contracté une légère adhérence avec le testicule, mais qui était si exempt d'étranglement, que, lorsque nous eûmes détruit son adhérence, nous le fîmes rentrer dans le ventre sans diviser le tendon.

Je craignis que l'homme ne mourût avant d'avoir le temps de se remettre dans son lit, mais il vécut jusqu'au lendemain.

Une portion du colon dans le ventre avait été



dans un état d'inflammation, et nous la trouvâmes entièrement noire et gangrenée. »

Les circonstances suivantes mettront le praticien à même de reconnaître, dans de semblables cas, que les symptômes ne sont point produits par la hernie, que celle-ci n'est point étranglée, et que l'iléus dépend d'une cause interne. La douleur a son siège dans l'abdomen, et non dans la tumeur, qui continue d'être molle, tandis que le ventre est enflé, dur et tendu. L'invasion est subite, au lieu d'être précédée par aucune des causes occasionnelles qui peuvent affecter la hernie; et l'anneau est libre. L'affection s'étend ensuite à la tumeur, qui alors devient douloureuse et tendue; mais elle y paraît plus tard que dans le ventre, et n'y parvient point à un aussi haut degré.

Le cas le plus embarrassant de tous est celui dans lequel l'inflammation, attaquant ces parties déplacées, est entièrement indépendante de la hernie. Ce cas, quoique rare, est possible, puisque les intestins renfermés dans une hernie sont exposés aux mêmes causes de maladie, que s'ils étaient dans leur situation naturelle. On peut surtout s'y attendre dans les hernies volumineuses : la tumeur est le siège et non la cause de la maladie. Il doit être très-difficile d'établir cette distinction. Le défaut de tension et de douleur à l'anneau, pendant que la tumeur elle-même était douloureuse, et les atta-



ques antécédentes de fièvre avec frisson, peuvent faire soupçonner l'inflammation de l'intestin déplacé. Si l'anneau devient ensuite tendu, et si les parties déplacées sont très-douloureuses, on doit conclure que l'étranglement est survenu, et agir en conséquence.

---



## CHAPITRE IV.

DES CAUSES ET DES DIFFÉRENTES ESPÈCES D'ÉTRAN-  
GLEMENT ; DU PRONOSTIC DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE.

SECTION I<sup>re</sup>.*Causes de l'Étranglement.*

---

IL est si évident que les symptômes de la hernie étranglée dépendent de la constriction qu'éprouvent les parties déplacées , et il est si clair que cette cause est non - seulement capable de produire un tel effet , mais encore la seule qu'on puisse assigner , qu'on ne peut élever aucun doute à ce sujet. Les écrivains systématiques ont distingué les causes de l'étranglement en celles qui dépendent du rétrécissement de l'ouverture , et en celles qui résultent du passage de nouvelles parties dans l'anneau. Cette distinction ne serait point importante , quand même elle serait bien fondée , puisque ces deux circonstances se renferment mutuellement. Je pense d'ailleurs que la première ne peut être que difficilement admise comme cause d'étranglement. Les ouvertures à travers lesquelles les hernies s'opèrent , étant tendineuses , ne peuvent se contracter , ou diminuer de capacité : en con-



séquence, le mot *stricture*, synonyme de contraction ou de rétrécissement, est sujet à objection. Les parties augmentant de volume, l'anneau semble tendu; il est alors *dilaté*, et vraiment plus large que dans l'état de santé. Le terme *stricture* a conduit à une pratique erronée, à l'usage des émolliens et d'autres topiques que l'on croit capables de diminuer le resserrement; tandis qu'on devrait tenter de réduire le volume des parties. Ainsi, les ouvertures tendineuses, à travers lesquelles se font ordinairement les hernies, ne sont pas de nature à éprouver beaucoup de changement, et surtout ne sont point douées de contraction. Les parties déplacées, cependant, sont susceptibles d'un grand accroissement de volume; et les tendons peuvent produire passivement un resserrement aussi grand, que s'ils possédaient la faculté la moins équivoque d'une contraction active. Une portion d'intestin, ou l'épiploon, poussés subitement par un violent effort à travers l'anneau abdominal, peuvent être immédiatement étranglés. L'intestin engagé dans une épiplocèle, une nouvelle partie sortie dans une vieille hernie intestinale, ou la distension de l'intestin par les matières qu'il contient, soit des aliments, soit de l'air peuvent remplir assez l'anneau, pour produire l'étranglement. Dans tous ces cas, les symptômes cessent immédiatement après la ré-



duction , ou après le débridement ; ce qui prouve évidemment la nature de la cause.

La cause de l'étranglement peut exister à l'orifice du sac herniaire , aussi bien qu'à l'ouverture tendineuse de l'anneau. Les parties sorties peuvent être comprimées par ces deux ouvertures ensemble , ou par une seule. Le péritoine , qui est naturellement mou , mince , extensible , devient quelquefois très-épais par la pression qu'il éprouve dans une hernie. Quand cette pression est considérable , la bouche du sac est changée en une espèce d'anneau calleux. La pression d'un bandage peut probablement contribuer à produire cet effet , augmenté par l'état du tissu cellulaire voisin , qui éprouve le même changement. De cette manière , les parties acquièrent quelquefois une sorte de dureté cartilagineuse (1) , tout-à-fait capable d'exercer une compression réelle sur les viscères déplacés.

Je désire d'autant plus établir clairement mon opinion sur cette matière , que j'ai élevé des doutes , dans la première édition de cet ouvrage , sur la possibilité de l'étranglement par le col du sac. Les dissections que j'ai eu occasion de faire depuis , m'ont convaincu de sa réalité.

---

(1) ARNAUD a trouvé le col du sac « entièrement cartilagineux , épais de trois lignes. » — *Traité des Hern.* , t. II , pag. 11.



Il est moins commun de trouver la cause de l'étranglement dans le sac herniaire, en dehors de l'anneau. Cependant on rencontre quelquefois de semblables cas. On trouvera des exemples de ce genre dans le chapitre, *De la hernie congénitale*. J'ai vu dernièrement une entéro-épiplocèle ancienne et volumineuse, vers le fond de laquelle était une ouverture ronde, entourée d'un bord dur et épais, et conduisant dans la partie inférieure du sac. L'épiploon avait passé au travers de ce rétrécissement, et adhérait fortement à la partie la plus inférieure; un intestin aurait pu aisément être étranglé par cette ouverture.

En général, il doit être impossible de déterminer le siège de l'étranglement avant l'opération : et l'on ne pourrait tirer aucun avantage pratique de la connaissance de ce fait. On peut cependant observer que quand une hernie s'étrangle au moment de sa formation, il n'y a point de doute que l'étranglement ne soit opéré par le bord de l'ouverture tendineuse; on pourra porter le même jugement, si le malade n'a jamais employé de bandage. Quand, au contraire, une vieille hernie, qui a été long-temps contenue par un bandage, est de nouveau déplacée, et s'étrangle, le col du sac en est probablement la cause, en conséquence de son épaissement et de son rétrécissement produits par la pression. De là vient le danger auquel s'expose un



malade en négligeant l'usage du bandage, après l'avoir porté pendant quelque temps.

Les auteurs de chirurgie ont noté quelques autres genres rares d'étranglement. On l'a vu produit par des adhérences contre nature des parties ; par une ouverture de l'épiploon (1) ; par la pression de cette membrane dans un état d'endurcissement ; par des corps étrangers qui avaient été avalés (2) ; par des vers, etc. Ces différentes causes ne peuvent être reconnues avant l'opération, ou avant la mort du malade, et ne sont, en conséquence, d'aucune importance pratique.

## SECTION II.

### *Différentes espèces d'Étranglement.*

La nature des symptômes généraux de la maladie fournit une distinction importante, sur laquelle on établit la différence entre l'étranglement aigu ou inflammatoire, et celui qui est chronique et lent. Cette division est très-utile, puisqu'elle comprend les signes caractéristiques de deux maladies très-différentes, et conduit à une distinction pratique dans leur traitement.

---

(1) *Acta Havniensia*, vol. I. — ARNAUD, *Mém. de Chir.*, vol. II, pag. 569, 574, 587, 590.

(2) RICHTER, *Traité des Hernies*, p. 47. — MORAND, *Opusculs de chirurgie*, part. II, pag. 165. — *Acad. des sciences*, 1728, pag. 41.



L'étranglement inflammatoire se rencontre chez les malades jeunes et robustes ; dans les cas où une hernie se forme soudainement par un violent effort, ou quand, après avoir été long-temps retenue par un bandage, elle est reproduite subitement par quelque cause du même genre. Cet étranglement arrive ordinairement aux petites hernies, ou à celles qui sont d'un volume moyen. Dans ces circonstances, l'ouverture qui livre passage aux viscères est petite : la pression sur les parties sorties doit en conséquence être forte ; et de là dépend principalement le caractère distinctif de l'espèce. Les symptômes surviennent soudainement, et leurs progrès sont rapides ; la tumeur est tendue et très-douloureuse, particulièrement vers l'anneau, où la plus légère pression est insupportable ; l'abdomen devient promptement douloureux, il est tendu et élastique : l'affection générale revêt le caractère inflammatoire. La maladie parcourt si rapidement ses périodes, qu'on a vu la gangrène arriver vingt-quatre heures après le déplacement de l'intestin (1).

---

(1) WILMER's *Practical Observations on Herniæ*, pag. 74. — POTT's *Treatise on Ruptures*, dans ses *œuvres*, vol. II, pag. 94, édition de 1783. — Le dernier auteur rapporte un autre exemple, dans lequel un bubonocèle eut une terminaison fatale en moins d'un jour. (*Ibid.*, p. 85.) — M. HEY a vu deux fois des malades mourir d'une hernie en vingt-



L'étranglement lent arrive aux hernies anciennes et volumineuses , qui sont souvent sorties et rentrées , ou qui sont restées long-temps sans être réduites. Les intestins contenus dans la hernie , éloignés de leur situation naturelle , et n'étant plus soutenus par la pression des muscles respiratoires , deviennent paresseux dans l'exercice de leurs fonctions ; aussi les malades sont-ils habituellement sujets à la constipation et aux affections des intestins. Les matières contenues dans le canal intestinal sont facilement retenues dans l'intestin déplacé , où elles entrent sans difficulté , mais d'où leur sortie est empêchée par l'action de la pesanteur. L'entrée d'alimens indigestes , de vers , ou de corps étrangers , dans une semblable tumeur , est capable de causer l'irritation , l'obstruction , et l'accumula-

---

quatre heures. (*Practical Observations* , pag. 142. ) — Dans un cas rapporté par M. COOPER , huit heures seulement s'écoulèrent entre la formation de l'étranglement et la mort du malade. (*Anatomy and Surgical Treatment of Inguinal and Congenital Herniæ* , pag. 26. ) — Le même auteur rapporte aussi un exemple de hernie ombilicale , dans lequel les progrès vers la terminaison fatale furent très-rapides. Les symptômes furent très-aigus et très-violens : la mort arriva dix-sept heures et demie après l'étranglement ; et les tégumens étaient déjà gangrenés dans une partie de la tumeur. (*Anatomy and Surgical Treatment of Crural and Umbilical Herniæ* , pag. 45. )



tion consécutive des matières. L'étranglement qui vient d'une semblable accumulation constitue l'espèce qui a été appelée par un écrivain français (1) « hernie par engouement des matières. » La hernie grossit lentement, et devient pesante et dure. Le malade est constipé, l'abdomen se distend par l'accumulation des matières contenues dans l'intestin au-dessus de l'étranglement; quelques jours après, la tumeur devient douloureuse, et le malade est pris de la fièvre : mais la fièvre n'est jamais aussi considérable, ni l'abdomen et la tumeur aussi douloureux et aussi tendus, que dans la première espèce d'étranglement. Dans quelques cas de ce genre, quinze jours s'écoulent sans qu'aucune altération considérable affecte les parties déplacées. LEDRAN (2) a opéré le seizième jour, et a trouvé les parties contenues dans la tumeur très-peu différentes de leur état naturel; et SAVIARD (3) a fait l'opération avec un succès complet le vingt-deuxième jour après le commencement de l'étranglement.

La pesanteur et la dureté inaccoutumées de la tumeur, la constipation précédant la douleur, et la lenteur dans l'apparition et la marche des symp-

---

(1) Voyez le Mémoire de GOURSAUD « sur la différence des causes de l'étranglement des hernies », dans les *Mém. de l'Acad. de chir.*, tom. IV.

(2) *Observations de chirurgie*, obs. 57.

(3) *Nouveau recueil d'Obs. chirurg.*, obs. 20, pag. 112.



tômes , sont les caractères particuliers de cet étranglement. L'indication est de vider l'intestin. L'inflammation , qui arrive dans la suite , est un symptôme secondaire.

Les différences qu'on observe entre les deux cas très-opposés que je viens de décrire , sont faciles à expliquer. Dans le premier , la pression forte de l'anneau sur les parties déplacées , dans un sujet disposé aux phlegmasies , produit immédiatement une violente inflammation dans les viscères abdominaux. L'accumulation des *fèces* , dans l'autre cas , où les parties et toute la constitution sont dans un état languissant , donne à la maladie le caractère d'une obstruction purement mécanique.

Comme la description est tirée des exemples les plus caractérisés , on trouve rarement la différence entre les deux genres d'étranglement aussi clairement marquée. Les symptômes sont même souvent d'une nature tellement mixte et obscure , qu'on pourrait également les ranger dans l'une des deux espèces précédentes.

Aux deux genres d'étranglement que je viens de décrire , RICHTER en a ajouté un troisième , sous le nom de *spasmodique* , qu'il croit produit par l'action du muscle oblique externe. Il me semble que ce cas n'est point suffisamment caractérisé , et qu'on ne peut retirer aucun avantage pratique de cette distinction. Le passage suivant montrera



quels sont les symptômes que cet auteur regarde comme indiquant particulièrement l'existence du spasme : « La respiration courte et froide, le ventre  
« tendu, gonflé, et cependant peu douloureux ;  
« le froid et la pâleur de la mort, qu'on remarque  
« au visage, aux extrémités ; l'anxiété, l'agitation,  
« le vomissement, le hoquet, le pouls petit et serré,  
« ne sont-ils pas des preuves manifestes d'une ma-  
« ladie spasmodique ? Et ces symptômes paraissent  
« souvent dans les premiers momens de l'étran-  
« glement (1). »

Si ce sont là les symptômes de l'étranglement spasmodique, toute hernie qui arrive pourrait être rangée dans cette classe.

RICHTER pense aussi que les rémissions et les exacerbations que l'on observe dans quelques circonstances ; que l'avantage que l'on retire de l'opium, des bains chauds et des autres moyens antispasmodiques ; que lescas dans lesquels l'examen du cadavre n'a fait découvrir aucun signe d'inflammation dans les parties déplacées ; et que l'absence des phénomènes qui caractérisent les autres espèces d'étranglement, sont de forts argumens en faveur de la nature spasmodique des symptômes. Il admet que l'inflammation arrive à la fin, et qu'en conséquence, ces cas, qui auraient pu d'abord être soula-

---

(1) *Traité des Hernies*, p. 53.



gés par les antispasmodiques, demandent, dans une période plus avancée, le traitement antiphlogistique. Il paraît que les remarques de cet excellent chirurgien se rapportent plutôt à une période particulière de la maladie, ou au caractère qu'elle prend dans quelques constitutions, qu'à aucune différence essentielle dans sa nature. Nous admettrons, sans difficulté, que les premiers symptômes de l'étranglement ne viennent point de l'inflammation des intestins, mais de l'irritation qui affecte ces organes, puisque la réduction de la hernie produit un soulagement subit. On peut s'attendre aussi que, dans certaines constitutions irritables, ce caractère des symptômes sera plus évident. L'opium, sans aucun doute, apaisera les symptômes et produira un soulagement momentané; mais la cause subsistant encore, et la maladie continuant sa marche, l'inflammation ne tardera pas à se manifester. C'est pourquoi je ne vois point de motif suffisant pour établir cette distinction, et je pense qu'elle pourrait même devenir nuisible en faisant employer un traitement inactif dans une affection où le retard est très-dangereux.

### SECTION III.

#### *Pronostic de la Hernie étranglée.*

Le pronostic de la hernie étranglée sera influencé par la cause de la hernie, par la nature de



l'étranglement, par le volume, la situation de la tumeur et les parties qu'elle contient, et par l'âge et la constitution du malade.

La pression sur les parties déplacées étant proportionnée à l'étroitesse et à l'élasticité de l'ouverture tendineuse, les progrès des symptômes, l'urgence du danger, et la nécessité d'employer des moyens de soulagement, s'accroîtront dans la même proportion. La lenteur de la maladie sera en rapport avec la largeur de l'ouverture et la faiblesse de ses bords.

Une hernie volumineuse et ancienne, qui, au premier coup d'œil, semble très-formidable, est réellement moins dangereuse qu'une hernie petite et récente; et il est plus difficile de faire la réduction d'une hernie du dernier, que du premier genre.

« Je pense (dit M. HEY), que ce n'est point établir une mauvaise règle générale, que plus la  
« hernie est petite, moins il y a d'espérance de la  
« réduire par le taxis. Des efforts long-temps continués pour réduire l'intestin déplacé, réussissent plus certainement dans les hernies anciennes  
« et volumineuses, quand il ne s'est point fait  
« d'adhérence (1). »

Une hernie ancienne ne s'étrangle pas prompt-

---

(1) *Practical Observ.*, pag. 203.



tement , et , quand elle arrive à cet état , le danger n'est pas imminent ; la distension de l'ouverture , avant l'incarcération , a tellement dilaté et affaibli les parties , qu'elles ne peuvent plus produire une forte constriction. Dans une hernie petite et récente , les dimensions de l'ouverture ne sont point changées , et ses côtés sont résistans : l'étranglement arrive aisément , et le degré de la constriction est toujours considérable.

Le danger est plus grand quand une hernie s'étrangle au moment de sa formation. Les hernies qui viennent spontanément , et qui paraissent dépendre purement d'une faiblesse prédisposante , s'étranglent rarement : l'étranglement , dans de semblables cas , n'est jamais fort , et les symptômes ne sont point violens , parce que les parties intéressées sont faibles et relâchées.

L'ouverture , à travers laquelle les parties s'échappent , est plus étroite dans quelques endroits que dans d'autres ; les progrès de la maladie seront en conséquence plus rapides , et le danger du malade plus pressant. L'ouverture est en général très-petite dans la hernie fémorale : ce genre de hernie dans les hommes , et le bubonocèle dans les femmes , ont particulièrement une ouverture étroite. Par la même raison , les hernies fémorale , inguinale et ombilicale sont plus dangereuses que les hernies ventrale , périnéale et vaginale.



Une entéroccèle est beaucoup plus dangereuse pour le malade qu'une hernie épiploïque ; car les intestins sont plus sensibles , et l'exercice régulier de leurs fonctions est plus essentiel à l'entretien de la vie.

L'incarcération d'une petite portion d'intestin est la plus dangereuse , parce que l'ouverture est étroite et presse exactement , et que l'effet entier de la pression est supporté par l'intestin tout seul ; en conséquence l'inflammation apparaît promptement. Quand la quantité de l'intestin est plus grande , l'anneau doit être plus ouvert , et il y a une portion du mésentère pour partager la pression. L'épiploon protège aussi plus ou moins l'intestin dans une entéro-épiplocèle. Une épiplocèle incarcerationnée est moins dangereuse , et même elle est rarement fatale. La sensibilité de l'épiploon n'est pas très-grande dans l'état naturel ; il peut supporter une grande pression sans inconvénient ; et quand il est enflammé il ne produit point ordinairement des symptômes très-alarmans.

Chez les personnes d'une constitution robuste , et dans l'âge adulte , les symptômes ont le caractère inflammatoire ; les hernies des vieillards sont ordinairement chroniques , ce qui , joint à l'affaiblissement général , imprime à la maladie un caractère plus languissant. Elle prend la même apparence dans les individus d'une constitution faible. Les hernies sont accompagnées de moins de danger



chez les très-jeunes sujets que chez ceux qui sont d'un âge plus avancé, parce que leurs organes sont plus souples, et parce qu'ils sont moins susceptibles d'une inflammation aiguë. Mais, quoiqu'elles soient très-rarement étranglées, elles ne sont point pourtant exemptes de cet accident. M. POTT (1) a vu un enfant d'un an mourir d'une hernie étranglée. GOOCH (2) a rapporté un exemple dans lequel la gangrène survint chez un enfant de dix semaines; et un autre de six mois est mort de l'étranglement, à l'hôpital de Leyden (3).

#### OBSERVATION.

J'ai été témoin dernièrement d'une opération heureuse de hernie scrotale, à l'hôpital de Saint-Barthélemi, sur un enfant de quatorze mois. Ce malade qui était confié aux soins de M. LONG, faisait exception à la règle générale établie par POTT (4),

---

(1) *Works*, vol. II, p. 33.

(2) *Surgery*, vol. II, p. 203. Il paraît que dans ce cas l'intestin doit avoir souffert l'étranglement pendant vingt jours, avant de s'ouvrir; mais d'abord les selles ne furent pas entièrement supprimées. Les *fèces* furent ensuite évacuées par deux ouvertures, qui bientôt se cicatrisèrent, et une guérison complète s'ensuivit. Probablement, le cœcum avait été déplacé; mais il n'est pas spécifié de quel côté la maladie était située.

(3) GÉRARD SANDIFORD, *Tabulæ anatomicæ*: voyez *Edimb. Journal*, vol. III, p. 476.

(4) *Works*, vol. II, p. 23, note.



« que toutes les hernies qui arrivent dans le scro-  
« tum, dans les très-jeunes sujets, sont congéni-  
« tales. » Les parties étaient descendues au fond  
du scrotum, mais n'étaient pas contenues dans la  
tunique vaginale du testicule. Tous les moyens  
usités de réduction avaient été tentés en vain,  
avant d'avoir recours à l'opération; les parties con-  
tenues de la tumeur consistaient dans une portion  
du gros intestin; le sac était très-mince, et, quoique  
adhérent aux parties environnantes, il fut pris d'a-  
bord, comme cela est fréquent, pour l'intestin : la  
grande constriction de la stricture rendit la divi-  
sion du tendon un peu difficile. Les cris de l'enfant  
poussèrent fréquemment l'intestin à travers la plaie,  
pendant les progrès du traitement; mais les par-  
ties, soutenues par un emplâtre adhésif, se gué-  
rèrent graduellement. La hernie reparut en peu  
de temps.



## CHAPITRE V.

## TRAITEMENT DES HERNIES RÉDUCTIBLES.

**L**E traitement d'une hernie réductible comprend la réduction des parties déplacées , et leur maintien dans la cavité abdominale au moyen d'un bandage approprié. Les observations concernant la manière de réduire les hernies , seront exposées lorsque nous considérerons le traitement de la hernie étranglée.

Tant que les viscères déplacés peuvent rentrer librement dans l'abdomen , la maladie n'entraîne pas un danger immédiat pour le malade. Elle peut , à la vérité , être incommode , et par le volume de la tumeur , et par le dérangement des fonctions de l'intestin , résultant de son séjour dans une situation contre nature ; mais , à part ces circonstances , elle peut exister toute la vie sans causer autre chose que de légères incommodités. Cependant , il ne faut pas compter sur cet état de bénignité de la maladie , puisque de nombreuses causes accidentelles peuvent à chaque instant produire un changement qui mette la vie du malade dans le plus grand danger. Le plus léger exercice , en déplaçant une nouvelle quantité d'intestin , un



excès dans le boire ou le manger, une indigestion, ou toute autre maladie du canal intestinal, peuvent amener un état d'incarcération. Le malade échappât-il à cet accident, l'accroissement de la hernie, qui n'est point limité, serait encore une source certaine d'incommodités ou de maladies pour l'avenir. Les hernies négligées, par le volume considérable qu'elles acquièrent quelquefois, s'opposent non-seulement à tous les exercices actifs; mais, dans l'homme, en s'enveloppant des tégumens du pénis, elles rendent le sujet impropre à l'acte de la copulation, et occasionnent des excoriations par l'écoulement de l'urine sur la tumeur. Probablement aussi le testicule peut être affecté par la pression d'une hernie scrotale très-volumineuse (1). Ces hernies volumineuses sont constamment accompagnées de trouble dans les fonctions intestinales, lesquels augmentent en fréquence et en intensité en raison de l'accroissement de la tumeur et de l'âge du malade. Si la hernie est entièrement négligée, tous les viscères mobiles de l'abdomen se frayent graduellement un chemin dans le sac herniaire. On cite des exemples nombreux, dans lesquels le jéjunum, l'iléum, le colon et l'épiploon étaient entièrement contenus dans une hernie. La

---

(1) MORGAGNI, *de Caus. et sed.* Epist. 43, art. 12. — SCHMUCKER, *Vermischte chir. schriften*, b. III, p. 195.



pression continuelle agit même sur les parties les plus fixes, et change entièrement leur position relative; ainsi l'estomac est porté dans une direction verticale parallèle à l'axe du corps, et son orifice pylorique est entraîné jusque dans l'ouverture du sac. Il était porté au-dessous du pubis dans une observation de M. GIBBON (1).

Ces considérations doivent engager toutes les personnes attaquées de hernies à faire réduire soigneusement les parties, et à porter un bandage approprié; elles doivent aussi engager les chirurgiens à inculquer la nécessité de cette mesure, autant qu'ils le pourront, dans l'esprit de ceux qui viennent les consulter.

### *Construction et usage des Bandages.*

Le but du chirurgien, dans l'application d'un bandage, est de fermer l'ouverture à travers laquelle passent les viscères, au moyen d'une pression externe, et, par là, d'empêcher que les parties qui ont été réduites ne sortent de nouveau. Les instrumens employés dans cette intention ont été portés à un grand degré de perfection dans le courant du siècle dernier; et si l'on vient à considérer à la fois le

---

(1) *Miscellaneous Works* by Ld. SCHEFFIELD, I. 299. — Voyez aussi MÉRY dans *Acad. des sc.*, 1701. — CARLISLE dans *Phil. trans.*, 1766, n° 18.



grand nombre de personnes affectées de hernie ; et le soulagement important qu'elles retirent de ces bandages , on ne peut s'empêcher de les regarder comme la production la plus utile de la chirurgie moderne.

Un bandage bien construit doit exercer une pression suffisante et uniforme , sans incommoder le malade , et sans être sujet à se déranger facilement.

Les différens genres de bandages herniaires peuvent être rapportés aux deux classes d'élastiques et de non élastiques. Les derniers sont composés de cuir , de futaine , de basin ou de semblables matières. On ne peut point du tout compter sur eux , et ils doivent par cela même être entièrement bannis de la chirurgie. Comme le volume de l'abdomen varie suivant les différens états des viscères et les mouvemens de ses parois dans la respiration , un bandage non élastique doit varier constamment dans son degré de resserrement , et exercer une pression ou trop grande , ou trop petite. L'épiploon ou l'intestin s'échappent aisément quand l'ouverture n'est point exactement fermée , et le malade qui porte un tel bandage est dans un état continu d'insécurité. Ceux qui mènent une vie active , ou qui sont obligés de se livrer à des exercices pénibles , sont plus particulièrement exposés au danger. Si le malade , après avoir éprouvé ces inconvéniens , tâche d'y remédier en serrant plus for-



tement le bandage , il pourra contenir les viscères , mais il produira d'autres incommodités. L'augmentation de la pression blesse le cordon spermatique , et peut affecter le testicule ; les tégumens deviennent rouges , douloureux , s'excorient , et le bandage doit être laissé de côté tout-à-fait jusqu'à ce que les parties soient rétablies. En Allemagne , où ce genre de bandage est très-employé , RICHTER (1) a souvent vu la tuméfaction douloureuse des testicules , l'hydrocèle , et même le cirsocèle , produits par cette cause , et entièrement dissipés par l'emploi d'un bandage convenable. Il a vu aussi la pelote d'un bandage non élastique déterminer dans la région de l'anneau abdominal une inflammation considérable , qui , en peu de jours , se termina par la suppuration. La hernie ne reparut point après la guérison de cet abcès. Probablement que l'inflammation s'était propagée au col du sac , et l'avait oblitéré.

Les bandages élastiques , quand ils sont bien construits , sont d'un usage sûr , parce qu'ils exercent une pression uniforme dans toutes les différentes circonstances. Ils cèdent quand l'abdomen s'étend , et , en conséquence de leur élasticité , ils restent encore exactement appliqués quand son volume diminue.

---

(1) *Traité des Hernies* , p. 24.



Les bonnes qualités de cet instrument dépendent entièrement de son ressort , qui maintient constamment la pelote appliquée contre l'ouverture de la hernie , et lui donne une force de réaction qui fait qu'une pression égale est exercée dans les diverses attitudes. Cette élasticité ne peut être obtenue que par l'emploi de l'acier. Dans les premiers essais , pour avoir quelque chose de meilleur que les bandages non élastiques , on employa le fer ; et les instrumens de ce genre, fabriqués à Paris par BLÉGNY, furent construits avec ce métal. Il est évidemment impropre à remplir le but qu'on se propose dans le traitement des hernies ; cependant il n'y a que très-peu de temps que ses défauts ont été découverts. ARNAUD , dont les écrits contiennent beaucoup de bons préceptes sur ce sujet , recommande , pour le ressort d'un bandage , un alliage de fer malléable et d'acier , de sorte que l'instrument puisse être accommodé avec la main à toutes les formes particulières que le malade peut demander ; et il a été imité en cela même par RICHTER. Un bandage ainsi construit doit être plus ou moins sujet aux reproches adressés aux bandages non élastiques , et la seule matière qui possède la fermeté et l'élasticité requises , est l'acier bien trempé.

La partie la plus importante d'un bandage élastique consiste donc en une pièce d'acier étroite et aplatie , adaptée à la forme du corps , et que l'on



appelle *le ressort*. Il embrasse le tronc du côté malade, s'étend en arrière à quelque distance au-delà de l'épine, et se termine en avant par une plaque de fer, à laquelle il est rivé, et qui est placée sur la bouche du sac. La face postérieure de cette plaque est garnie d'un coussin convexe appelé *la pelote*, et qui s'adapte, par sa forme et son volume, à l'ouverture qu'elle est destinée à clore. Le ressort est couvert à l'extérieur avec du cuir, et, afin que son application ne soit pas incommode, sa surface interne est tapissée avec quelque substance molle (1): une forte courroie, étendue de son extrémité postérieure, embrasse le côté sain du corps, et est fixée par un crochet au-devant de la pelote. Cette courroie, étant percée de plusieurs trous, laisse au malade la faculté de serrer ou de relâcher son bandage à volonté.

La courbure du ressort doit être accommodée à la largeur des hanches de chaque individu, car cette largeur varie beaucoup. Quand la courbure est trop petite, la pelote ne peut être appliquée avec une fermeté suffisante sur l'anneau, et, dans

---

(1) Cette enveloppe doit nécessairement être altérée par la perspiration du malade, qui, lorsqu'elle est considérable, peut attaquer le ressort. La peau de lièvre avec le poil en dehors, a été recommandée comme la meilleure matière en pareil cas.



le cas contraire, le corps du bandage ne peut être appliqué exactement, et doit être sujet à se déranger. L'extrémité postérieure du demi-cercle doit avoir la surface interne un peu dirigée en bas, pendant que l'antérieure et la pelote doivent être tournées légèrement en haut, afin de pouvoir s'appliquer exactement. Pour que la pression de l'instrument soit répartie également à toute la surface sur laquelle il est placé, il doit porter également sur tous les points. De là l'importance d'avoir un ressort exactement accommodé à la conformation du bassin. Les bandagistes doivent être pourvus de mannequins pour cet objet.

Un morceau de liège est fixé à la surface postérieure de la plaque de fer, il est couvert de cuir, et garni de crin ou de laine, de manière à lui donner une fermeté convenable et à lui procurer une convexité légère et uniforme. Quand la pelote est trop molle, la pression doit être insuffisante, et, si elle est trop dure, les parties molles en souffrent : c'est pour cela que celles qui sont faites avec du bois sont surtout nuisibles. Un auteur français (1) a proposé de substituer au crin ou à la laine de la pelote une vessie pleine d'air. Je ne sais pas si cette proposition a été mise en pratique. La vessie doit probablement devenir bientôt molle,

---

(1) HERITZ, dans le *Journal de Médecine*, t. XXXVI.



tandis que les matières déjà indiquées remplissent le but qu'on se propose.

Différens inconvéniens résultent de la mauvaise habitude que l'on a de faire la pelote trop convexe à sa partie moyenne. Le centre élevé pressant fortement pendant que la circonférence comprime très-légèrement, les parties peuvent aisément s'échapper sur les côtés, surtout par un léger dérangement, qui doit souvent arriver. De plus, comme l'action du ressort s'exerce presque entièrement sur un seul point de la pelote, un degré modéré de pression devient bientôt douloureux. Si la pelote est aplatie, elle s'applique également partout, et l'action du ressort s'étend sur toute sa surface : elle ne produit point de douleur, quand même l'élasticité du bandage serait considérable.

Une pelote trop convexe peut aussi être nuisible, quand elle est appliquée exactement, en poussant les parties molles externes dans l'ouverture, en la distendant ainsi, et en prévenant son resserrement, d'où dépend la cure radicale. Une pression partielle et considérable peut séparer les fibres tendineuses près de l'anneau, et faciliter ainsi une seconde hernie. Il ne faut pas, cependant, tomber dans l'erreur opposée en faisant la pelote trop plate. L'élévation de la circonférence est non-seulement inutile, mais même nuisible. La



compression du cordon spermatique serait probablement l'effet d'une semblable construction.

Quand la pelote a la figure convenable , le chirurgien doit s'assurer avec soin qu'elle exerce une pression uniforme par toute sa surface. La partie supérieure pressant trop , permet aux viscères de s'échapper par en bas , pendant qu'une pression trop forte à la partie inférieure blesse les vaisseaux spermatiques , et permet un déplacement par en haut. Quand elle reste exactement sur l'ouverture , et porte également sur toutes les parties , la pression est tellement divisée , qu'elle ne cause ni douleur ni accidens.

Le volume de la pelote doit être suffisant pour couvrir l'ouverture et la dépasser de quelques lignes.

Un malade qui a une hernie des deux côtés , doit avoir un bandage dont le ressort embrasse le bassin en arrière et sur les côtés , et se termine en devant par deux plaques garnies chacune d'un coussin pour la hernie correspondante. Une courroie , cousue à l'une des plaques , et attachée à un crochet sur l'autre , sert à les réunir. On construit quelquefois un double bandage avec deux ressorts distincts , mais il ne jouit pas de la solidité du premier. Il faut marquer avec soin la distance qui existe entre les deux ouvertures quand on prend la mesure d'un bandage double , et le bandagiste



doit l'observer avec beaucoup de soin lorsqu'il construit cet instrument.

Quand , dans une hernie inguinale ou crurale , la pelote s'élève trop , on ajoute au bandage un sous-cuisse , qui passe , de la partie postérieure du ressort , sous la cuisse du côté malade , pour venir s'attacher à la plaque , au moyen d'un crochet. L'inconvénient qui vient du défaut opposé , où la pelote descend trop bas , doit être corrigé par une bande qui passe sur les épaules. On peut quelquefois atteindre le but proposé sans faire aucune addition au bandage , en changeant simplement la position du crochet auquel s'attache la courroie : quand la pelote s'élève trop , le crochet doit être placé à la partie la plus inférieure de la plaque , *et vice versâ*. Un bandage exactement accommodé à la figure du corps n'a pas besoin de semblables additions.

On prend la mesure pour un bandage , en passant un cordon autour du corps , depuis le point où les viscères font hernie , jusqu'à l'endroit où l'on a intention que l'instrument se prolonge. Afin d'obtenir une figure plus exacte de la forme du corps , on a proposé de la prendre avec un double fil métallique flexible , qui peut se plier exactement à la forme des parties. Dans tous les cas , la différence produite par les enveloppes du ressort



demande qu'on lui donne un pouce au-delà de la mesure (1).

Pour qu'une personne atteinte d'une hernie puisse retirer d'un bandage tous les avantages qu'il peut offrir, et éviter autant que possible les inconvéniens attachés à son usage, on doit avoir soin que le ressort soit doué d'une force convenable, que l'instrument soit appliqué exactement dans toute son étendue, de manière à n'exercer aucune pression partielle ou irrégulière; qu'il ne soit point dérangé par les mouvemens nécessaires du corps, et que la forme de la pelote soit adaptée aux parties sur lesquelles elle repose. Quand la mesure a été bien prise, le reste dépend beaucoup de l'artiste; cependant le chirurgien peut souvent,

---

(1) On peut consulter les ouvrages suivans sur la construction des bandages : — DE LAUNAY, *Bandage élastique pour les hernies*; *Mém. de l'Acad. de Chir.*, tom. I, p. 697. — CAMPER, *Mémoire sur la construction des bandages pour les hernies*, *ibid.*, tom. V, p. 626. — JUVILLE, *Traité des Bandages Herniaires*, dans lequel on trouve, indépendamment des bandages ordinaires, des machines propres à remédier aux chutes de la matrice et du rectum, à servir de récipient dans le cas d'anus artificiel, d'incontinence d'urine, etc., avec quatorze planches coloriées. Paris, 1786, in-8°. — SALMON'S *Mechanical analysis of trusses*, etc., in-8°. London.



par un examen attentif, trouver la source des inconvéniens.

La force de la pression est proportionnée à l'épaisseur et à la largeur du ressort. Les petites hernies, et celles qui arrivent aux enfans et aux personnes qui ne mènent point une vie laborieuse, et ne sont point obligées de faire de grands mouvemens, peuvent être retenues par un bandage plus faible que celui qui est nécessaire dans les cas opposés. Comme l'épiploon s'échappe de l'abdomen beaucoup plus facilement que les intestins, une épiplocèle demande un ressort plus fort qu'une hernie intestinale. Quand la hernie est volumineuse et ancienne, ou lorsque le sujet est obligé de se livrer fréquemment à des exercices pénibles, il faut employer un bandage solide. Le malade ne doit cependant pas porter un ressort plus fort que la hernie ne l'exige, puisque la pression de la pelote, long-temps continuée, doit produire l'affaiblissement et la lésion de l'anneau abdominal et des parties environnantes.

Quand la maladie demande un ressort assez fort pour que la pression sur le cordon spermatique soit douloureuse, la pelote doit être munie d'une cavité pour recevoir cette partie. Une semblable construction peut être utile quand la hernie est compliquée de l'affection du testicule ou du cordon spermatique.



Dans les cas où la tuméfaction de cette dernière partie a rendu impossible la contention de la hernie par les instrumens ordinaires, on a employé avec succès une pelote munie, dans sa partie moyenne, d'une saillie propre à boucher exactement l'ouverture.

La forme du ressort, et par conséquent la position qu'il occupe sur le côté du bassin, est un point très-important pour prévenir les dérangemens qui pourraient être occasionnés par les mouvemens du tronc ou de la hanche. Quelquefois il est dirigé horizontalement au niveau de la pelote, et alors il passe si près du grand trochanter, qu'il peut aisément être dérangé par les mouvemens de la cuisse. Pour éviter cet inconvénient, on l'a placé au milieu de l'espace compris entre la crête de l'ilium et le trochanter; mais le même inconvénient subsiste à un moindre degré.

M. WHITFORD, fabricant d'instrumens de chirurgie, près de l'hôpital Saint-Barthélemi, a construit un bandage différent de tous ceux que j'ai vus jusqu'ici, pour la forme et la direction du ressort, et qui paraît posséder toute la solidité et la stabilité dont ces instrumens sont susceptibles. Le ressort passe du côté malade juste au-dessous de la lèvre externe de la crête de l'ilium, jusqu'à l'épine postérieure et supérieure de cet os, puis il va droit en travers au même point de l'os



opposé, et continue sa route sur ce côté du bassin, en ayant avec la crête de l'ilium les mêmes rapports que du côté malade, jusqu'à l'épine antérieure et supérieure, où il se termine, comme de coutume, par une lanière de cuir. Avec ce mode de construction, les mouvemens du tronc et de la cuisse ne peuvent déranger l'instrument, qui acquiert encore plus de stabilité par l'extension du ressort autour du côté opposé du bassin. Je sais qu'il a rempli l'attente de son inventeur dans quelques cas où les bandages ordinaires avaient été trouvés incommodes et insuffisans; et je pense, en conséquence, que c'est un acte de justice à rendre à l'auteur et au public, que d'indiquer maintenant qu'il peut être employé dans beaucoup de cas, et que son mérite peut être apprécié par les résultats de ces essais.

Les bandages sont quelquefois faits avec une pelote mobile sur le ressort, au lieu de lui être rivée. Celle-ci peut être inclinée en haut ou en bas, selon la forme de l'abdomen, et elle est retenue au point désiré, au moyen d'un petit ressort qui s'engage dans les dents d'un cric. Dans d'autres cas, la plaque est garnie d'un écrou, au moyen duquel la pelote peut être poussée en dedans ou éloignée à volonté. Un instrument simple, quand il est bien fait, remplit toutes les vues qu'on se propose par ces bandages plus



compliqués, et leur est, par cela même, évidemment préférable.

Une compresse de calicot pliée, placée sous la pelote, et renouvelée tous les jours, préserve le bandage des effets de la perspiration, et augmente certainement dans beaucoup de cas le bon effet de l'instrument, quoique nous ne puissions expliquer de quelle manière cet effet se produit.

Si la pression inaccoutumée produit d'abord la rougeur, la douleur des tégumens, et même leur excoriation, on évitera ces effets en employant de la terre cimolée ou de la pierre calaminaire en poudre.

La pelote du bandage doit être placée sur l'ouverture par laquelle les viscères sont sortis : en conséquence, dans une hernie inguinale, petite ou récemment formée, la meilleure place est beaucoup en dehors du pubis et au-dessus de cet os. Le chirurgien doit, dans tous les cas, chercher à déterminer le point précis où s'est faite la hernie, et c'est là la véritable place de la pelote. Quand il voudra appliquer le bandage, il le placera autour du bassin et fera coucher le malade. Après avoir remplacé avec soin toutes les parties sorties, il pressera sur l'ouverture avec une main, et avec l'autre il appliquera la pelote du bandage dans la situation convenable, la soutenant jusqu'à ce qu'il ait ajusté le reste de l'instrument et fixé la courroie à



la plaque. Le malade suivra les mêmes règles lorsqu'il s'appliquera lui-même le bandage ; et le temps le plus convenable pour cette application est avant qu'il se lève , puisque en général les viscères rentrent dans l'abdomen pendant la nuit , et n'ont point de tendance à sortir , jusqu'à ce qu'ils prennent la direction verticale.

Quand le bandage est appliqué , le malade se lève et le chirurgien l'examine avec attention dans tous les points , pour voir si la peau n'est pas pincée , plissée , ou trop comprimée dans quelque endroit. Le patient peut marcher , tousser , ou faire de légers efforts , dans la vue de s'assurer si les parties sont bien contenues ; et si elles ne le sont pas , cela doit dépendre de quelque défaut dans la construction ou dans l'application du bandage , ce qu'il faut examiner.

Si les viscères sont bien maintenus par l'instrument , le malade peut se livrer à ses occupations ordinaires : cependant il ne doit point perdre de vue son infirmité ; il doit éviter les exercices violens et les efforts , les excès dans le boire et le manger. Le chirurgien doit l'examiner deux ou trois jours après. Si quelque partie s'est échappée , ou s'il y a du gonflement ou de la douleur dans le cordon spermatique , il existe probablement quelque imperfection dans l'instrument , et l'on doit y remédier. L'épiploon s'échappe très-fréquemment , et



l'on éprouve souvent une grande difficulté à le maintenir réduit. Il peut alors devenir nécessaire, si la pelote garde bien sa situation sur l'anneau, et si le bandage est bien appliqué, de resserrer légèrement la courroie. Quelques malades trouvent d'abord la pression du bandage extrêmement désagréable, quoiqu'elle ne soit pas plus forte que le cas ne le requiert. Ils peuvent porter un bandage très-faible pendant une heure ou deux chaque jour, augmentant la durée de cette application, jusqu'à ce que l'habitude ait rendu supportable son usage constant.

L'usage d'un bandage élastique retient non-seulement les viscères dans la cavité abdominale, et par là préserve les personnes atteintes de hernies de tous les dangers auxquels l'existence de cette maladie les exposerait autrement; mais s'il est continué pendant un temps suffisant, il peut même donner l'espoir d'une cure radicale. La pression constante de la pelote entretient le col du sac vide, et cette partie, ainsi que l'ouverture tendineuse environnante, se resserrent en obéissant à la loi générale, par laquelle les parties creuses du corps s'adaptent aux corps qu'elles contiennent. Quelquefois le bandage excite une sorte d'inflammation lente, qui produit une véritable agglutination des côtés de l'ouverture.

Les observations cadavériques nous montrent



très-clairement les effets de la pression constante dont je viens de parler : j'ai trouvé dernièrement, sur le même sujet, deux hernies scrotales très-grandes et, selon l'apparence, très-anciennes. D'un côté, l'épiploon était adhérent, l'ouverture du sac très-large et l'anneau abdominal grandement dilaté. Ici sans doute aucun bandage n'avait été appliqué. L'anneau, du côté opposé, présentait en dehors la même apparence ; mais le sac herniaire était vide, quoique son volume et le grand développement du muscle crémaster qui le recouvrait, avec toutes les autres circonstances, indiquassent que la hernie était vieille et qu'elle avait été très-volumineuse. L'ouverture du sac était fermée par de légères adhérences ; elle était froncée, et le tissu cellulaire environnant était très-épaissi. Il n'y avait point de doute ici que ces dispositions ne fussent produites par la pression d'un bandage, qui avait ainsi presque effectué une cure radicale dans un cas très-défavorable. J'ai trouvé un sac herniaire vide, dont le col était fortement contracté partout, et entièrement fermé en un point. L'oblitération de la cavité du sac à son entrée, des adhérences des parties, qui avaient d'abord fait hernie, avec son orifice, et le rétrécissement du sac herniaire ainsi que des parties environnantes, ont été trouvés dans l'examen d'individus chez lesquels l'usage d'un bandage avait effectué une cure



radicale (1). PETIT, qui a vérifié ces changemens dans plusieurs cas, rapporte une autre manière, suivant laquelle la guérison s'effectue ; savoir, par le retour de la membrane formant le sac à sa situation naturelle, de sorte que la cavité est effacée, et que le péritoine, qui revêt l'anneau, recouvre son poli et son élasticité première (2).

De même que les bandages, quand ils sont habilement employés, excitent souvent, sans douleur, une inflammation lente, qui se termine

---

(1) PARÉ a trouvé une adhérence de l'épiploon à l'orifice du sac, sur un malade radicalement guéri par un bandage. *OEuvres*, liv. VIII, chap. XVI.

ARNAUD rapporte le cas d'une épiplocèle qui fut guérie en six ou huit mois. La bouche du sac était oblitérée, et l'épiploon, aplati, y adhérait généralement. *Mém. de Chir.*, t. II, p. 474. — Dans un autre exemple, le col était oblitéré et un fluide était amassé au-dessous. *Ibid.*, t. I, p. 75. — Voyez aussi PETIT, *Trait. des Mal. chir.*, t. II, p. 285, et de plus, p. 377, où il s'exprime ainsi : « J'ai trouvé qu'aux  
« uns les parties s'étaient rendues adhérentes à la portion  
« du péritoine qui avait autrefois formé le sac ; qu'à d'au-  
« tres, cette partie était devenue épaisse, et adhérente avec  
« les anneaux des muscles, avec le cordon des vaisseaux  
« et à tout le voisinage ; que le tout, réuni ensemble, formait  
« un rempart impénétrable aux parties du ventre. »

SCHMUCKER a souvent vu la bouche du sac oblitérée par adhérence. *Chirurgische Wahrnehmungen*, b. II, p. 241.

(2) *Ibid.*, p. 283.



heureusement par l'oblitération de la bouche du prolongement du péritoine , et opère ainsi une cure radicale ; de même aussi , quand ils ont été trop serrés , ils ont causé une violente inflammation et la suppuration , et exposé la vie du malade au plus grand danger (1).

Plus le malade est jeune , plus il y a de raisons pour espérer une cure radicale de l'emploi du bandage ; nous pouvons même parler avec assurance sur ce point dans les hernies des enfans. Quoique des guérisons arrivent quelquefois chez les adultes , on ne peut point les regarder comme fréquentes ; et on ne doit point du tout les attendre chez les vieux sujets.

Quelques praticiens sont disposés à proscrire l'emploi des bandages d'acier chez les enfans ; mais il n'y a point de raison pour cette exception , et cet instrument peut être employé en toute sécurité chez les plus jeunes individus. On ne peut retirer aucun avantage du bandage non élastique , que l'on emploie quelquefois chez les enfans ; et l'on peut établir en règle générale , que la chance de la cure radicale est d'autant plus grande , qu'on a com-

---

(1) *Ibid.* , p. 340 , 342. Il y avait deux hernies épiploïques : une suppuration abondante et la gangrène s'ensuivirent ; mais le malade guérit après avoir couru un grand danger. — Un cas rapporté par M. WILMER eut une terminaison fatale , par la même cause. Edit. 2<sup>e</sup> , p. 84.



mencé plus tôt l'emploi des bandages d'acier. La résistance dans ces cas est faible, et un ressort très-fort serait non-seulement inutile, mais nuisible.

Une hernie petite et récente, qui a été produite par quelque effort accidentel, présente les chances les plus favorables pour la cure radicale par l'application d'un bandage; lequel, au contraire, ne promet qu'un effet palliatif dans les hernies volumineuses et anciennes, et dans celles dont on peut attribuer l'origine à une prédisposition. L'épiplocèle est moins susceptible de la cure radicale, vu la difficulté de la maintenir constamment réduite.

Le bandage doit être porté sans interruption par la personne qui espère obtenir de son emploi un resserrement de l'anneau et du sac, suffisant pour prévenir un nouveau déplacement des viscères. La même règle doit être observée par tous ceux qui sont obligés d'en faire usage. Il vaudrait certainement mieux que le malade n'eût jamais employé de bandage, que de l'abandonner tout à coup après l'avoir porté pendant un certain temps: car une hernie reproduite dans ces circonstances est beaucoup plus exposée à s'étrangler, à cause de l'épaisseur et du resserrement qui arrivent au col du sac; et une semblable incarceration est surtout dangereuse. Si d'ailleurs les parties ne sont point étranglées, leur sortie dilate le sac et l'anneau qui avaient commencé à se res-



serrer, et détruisent les avantages déjà obtenus ; en conséquence la cure recommence à dater de cette époque. Les incommodités causées par la première application du bandage nous portent à permettre au malade de le quitter, pour dormir, pendant quelque temps ; en lui recommandant de ne le point retirer avant de se coucher, et de le réappliquer avant de se lever. Le malade doit abandonner cette pratique aussitôt qu'il pourra endurer la présence du bandage ; et l'on doit lui prescrire positivement de le porter toujours. On peut dire que la position du corps dans le lit suffit pour s'opposer à la sortie des parties, et l'on sait que les hernies rentrent souvent d'elles-mêmes pendant la nuit. Cependant la toux ou quelque mouvement peut aisément reproduire la descente, même dans la position couchée ; et il est bien plus prudent de porter constamment le brayer. Le malade doit avoir au moins deux bandages, et il trouvera agréable d'en changer tous les matins. Quand l'enveloppe est usée, ou devenue irritante par la perspiration qui l'imbibe, elle doit être renouvelée.

Lorsque ce mode de traitement a effectué la cure radicale, on peut l'abandonner ; mais, comme les circonstances qui indiquent cet événement ne sont pas claires, la prudence demande que le malade se conduise avec beaucoup de précaution. Si le resserrement du sac ou l'agglutination de ses parois n'est pas complète, et si les parties se prê-



tent à un nouveau déplacement, le malade se retrouve au point d'où il était parti. Il peut commencer à quitter le bandage pendant la nuit : qu'il place alors sa main sur l'ouverture, et ensuite qu'il tousse, retienne sa respiration, ou fasse de légers efforts; si aucune tumeur, si aucune impulsion contre nature ne se fait sentir, le bandage peut être abandonné alors pendant le jour, en ayant soin d'éviter tout exercice considérable. Plus le malade diffère de quitter tout-à-fait le bandage, plus il y a de sécurité pour lui : et il est certainement meilleur de continuer à le porter au-delà du temps nécessaire, que de le quitter trop tôt.

On doit avouer, après tout, que les bandages les mieux construits et les mieux appliqués ne sont point toujours un moyen certain d'empêcher le déplacement. Diverses circonstances accidentelles peuvent déranger l'instrument, et une portion de l'intestin, ou plutôt encore de l'épiploon, peut glisser sous la pelote. C'est pour cette raison que l'on doit éviter autant que possible tout exercice; et quand le malade est obligé de faire quelque effort considérable, il doit presser avec sa main sur la pelote. Si le déplacement arrive, il faut que le malade retire sur-le-champ le bandage, qu'il se couche, qu'il réduise la partie lui-même, ou qu'il envoie chercher son chirurgien.



## CHAPITRE VI.

## CURE RADICALE DES HERNIES.

---

ON peut conclure de ce qui est contenu dans le chapitre précédent , que , dans le plus grand nombre des hernies , les bandages ne peuvent être considérés que comme un moyen de retenir les viscères dans l'abdomen , de s'opposer par là aux accidens qu'occasionnerait l'accroissement illimité de la maladie , et d'écarter la source continuelle des dangers qui accompagnent l'incarcération. On y a établi que la maladie ne pouvait être guérie par ces instrumens que dans quelques circonstances favorables , et qu'alors même il devait s'écouler beaucoup de temps avant qu'on pût raisonnablement attendre cette terminaison désirable. C'est pourquoi , en général , les personnes affligées de hernies doivent s'astreindre à porter constamment un bandage , et même , comme ce moyen n'est pas dans tous les cas un sûr garant , elles courent encore , jusqu'à un certain point , le risque de voir leur maladie prendre une forme plus grave. Ces considérations ont porté à faire des tentatives pour obtenir une guérison complète , qui doit comprendre non-seulement la réduction des parties déplacées , mais encore une garantie contre toute



nouvelle hernie. Les moyens proposés pour remplir cet objet sont nommés *cure radicale*, en opposition avec l'emploi des bandages, ou la *cure palliative*. Comme ces moyens ne sont plus en usage, leur description détaillée n'est point nécessaire ; mais leur entière omission serait inexcusable dans un ouvrage dont le but est d'exposer le sujet dans son entier, surtout parce que l'examen de la question concernant la cure radicale n'a pas dû être négligé.

Les opérations inventées par les anciens pour prévenir le passage des viscères dans le prolongement du péritoine, qui forme le sac herniaire, consistaient d'abord à réduire les parties, qui étaient ensuite retenues par la main d'un aide. Un caustique était alors appliqué à la peau, vis-à-vis l'anneau, de manière à produire une petite escharre. Lorsqu'elle était tombée, si le sac n'était point découvert, on appliquait de nouveau le caustique, jusqu'à ce qu'il fût détruit. Le traitement était alors conduit par de simples pansemens, comme dans un ulcère ordinaire, et on espérait que la cicatrice ainsi formée s'opposerait à une nouvelle descente des viscères abdominaux. MM. GAUTIER (1) et MAGET sont les derniers qui aient employé cette

---

(1) *Dissert. sur l'usage des Caustiques pour la guérison radicale des hernies*, in-8°, Paris, 1774.



méthode. Leur caustique était l'acide sulfurique. Les dangers de ce traitement, et les raisons sans réplique contre son adoption, ont été habilement exposés par BORDENAVE (1). De trois malades qui furent les sujets d'une expérience dans un des hôpitaux de Paris, l'un mourut, l'autre éprouva une rechute, et le troisième guérit avec une tumeur du cordon spermatique. Les autres accidens de cette méthode étaient la perforation de l'intestin et la gangrène du scrotum. On éprouve, en voyant se jouer ainsi de la vie des hommes, une profonde indignation, qui est encore aggravée en lisant le nom de LA CONDAMINE inscrit sur la liste des victimes de cette pernicieuse charlatanerie (2).

L'expérience ayant fait voir que la hernie repa-  
raissait souvent après l'usage du caustique, le pro-  
cédé suivant fut proposé comme plus efficace. Après  
avoir découvert le sac herniaire, on le soulevait,  
afin de porter le cautère actuel sur l'os même, et  
de produire une exfoliation. On espérait une bar-  
rière plus ferme contre un nouveau déplacement,  
d'une cicatrice qui devait adhérer à l'os.

D'autres opérateurs, après avoir passé une ai-

---

(1) *Mémoire sur le danger des Caustiques pour la cure radicale des hernies*, dans les *Mém. de l'Acad. roy. de Chir.*, t. V, p. 651, et Supplément, p. 881.

(2) *Ibid.*, p. 668.



guille et une ligature à travers la peau et sous le sac, plaçaient un morceau de bois entre les deux bouts, et les liaient dessus : ils serraient le nœud de plus en plus, jusqu'à ce que les parties embrassées fussent détruites. Comme le cordon spermatique y était compris, et que par conséquent le testicule était rendu inutile, cet organe était extrait ; mais d'autres enseignaient de n'embrasser que le sac. D'autres enlevaient le testicule d'abord, et ensuite liaient le sac.

Enfin, pour sauver le testicule, quelques opérateurs, ayant mis à nu et ouvert le sac herniaire, le cousaient avec une suture continue. Cette méthode ayant pour objet de garantir le testicule, et de le conserver dans un état capable de remplir ses fonctions, était appelée *suture royale*, parce qu'elle donnait des sujets au roi.

Le point doré consistait à passer un fil d'or sous le cordon spermatique et le sac, et à le serrer assez fortement pour fermer ce dernier sans porter atteinte au premier. Un fil de plomb, ou une forte ligature cirée était employé dans le même but.

Ces opérations graves auraient été assez dangereuses encore, si elles avaient été faites par les chirurgiens les plus habiles ; mais elles furent en général pratiquées par d'ignorans charlatans et des opérateurs ambulans, qui, courant de place en place, abandonnaient les malades à leur sort



après avoir reçu leur salaire. ARNAUD (1) a vu un homme mourir d'hémorragie peu d'heures après qu'un charlatan lui eut publiquement enlevé une hernie volumineuse et le testicule. Un opérateur ambulant, dont parle DIONIS (2), nourrissait son chien avec les testicules qu'il avait enlevés. L'animal se tenait sous le lit ou la table, près de son maître, attendant après la bonne bouche, tandis que les spectateurs étaient persuadés que ces précieux organes avaient été soigneusement conservés (3).

On ne doit pas s'étonner que des hommes sans principes soient disposés à se jouer de la vie de leurs semblables par avidité, et qu'ils trouvent des gens assez crédules et assez faibles pour se mettre entre leurs mains ; mais on ne peut s'em-

---

(1) *Mémoires de Chirurgie*, t. II, p. 464.

(2) *Cours d'Opérations*, p. 337.

(3) L'auteur paraît penser que ce procédé, qui enlève les organes de la virilité, n'est pas condamnable chez les ecclésiastiques. « Les testicules sont des parties si nécessaires à l'homme, qu'on ne doit les ôter que dans une nécessité très - pressante : c'est pourquoi on condamne ces sortes d'opérations comme contraires aux lois divines et humaines. Elles seraient cependant excusables sur un religieux qui préférerait la guérison d'une hernie à ses testicules, qui lui doivent être inutiles ; et il en tirerait deux avantages : le premier, que ces organes ne le tourmenteraient plus, et le second, c'est qu'il serait guéri d'une fâcheuse maladie. » *Cours d'Opérations*, p. 337.



pêcher d'être surpris de voir que, dans les temps modernes, le gouvernement d'une des contrées les plus éclairées de l'Europe ait permis à des opérateurs ambulans de pratiquer impunément ces opérations monstrueuses. Il paraît, d'après un rapport (1) présenté à la Société royale de Médecine en 1779, que l'intendant de police de Paris avait observé que beaucoup d'individus qui venaient passer à son inspection pour entrer au service militaire, avaient été privés de l'un ou des deux testicules par de semblables opérateurs. L'évêque de Saint-Papoul avait trouvé que plus de cinq cents enfans avaient été châtrés dans son diocèse, et plus de deux cents avaient été mutilés à Breslaw. On voit aussi que la castration était encore quelquefois pratiquée à l'époque où SABATIER a publié son *Traité d'Opérations* (2).

Le célèbre chirurgien prussien SCHMUCKER (3) a décrit et mis en pratique, pour la cure radicale, un procédé opératoire qui serait sujet à beaucoup

---

(1) *Rapport sur les inconvéniens de l'opération de la castration, faite pour obtenir la guérison radicale des hernies*, par POULLETIER DE LA SALLE, ANDRY et VICQ-D'AZYR, dans l'*Hist. de la Soc. roy. de Méd.*, t. I, p. 289.

(2) 1796.

(3) « Expériences sur la cure radicale des Hernies scrotales anciennes par la ligature du sac » dans *Chir. Warh-nehm.* b. II, p. 236 et suiv.



moins d'objections qu'aucun de ceux dont nous avons parlé. Il consiste à découvrir le sac herniaire par une incision faite sur le scrotum ; à le séparer avec soin des tégumens et des vaisseaux spermaticques ; à l'ouvrir , afin de réduire les parties déplacées ; à lier le col aussi près que possible de l'anneau abdominal , et à couper alors ce qui reste au-dessous de la ligature. Il a pratiqué cette opération deux fois avec succès. DESAULT (1) a guéri à l'Hôtel-Dieu un bubonocèle congénital , en plaçant une ligature à l'orifice du sac.

En opérant de cette manière , on expose le malade au danger qui résulte de l'ouverture de la cavité abdominale ; et l'on doit regarder la ligature du sac comme une cause probable d'irritation. Employée comme méthode générale dans les hernies scrotales réductibles , le mérite de cette opération est le même que celui des autres.

On se proposait , par les opérations ci-dessus décrites , d'oblitérer la bouche du sac , et par là d'empêcher un nouveau déplacement. Nous devons ajouter que si , de cette manière , on pouvait atteindre ce but , aucune des méthodes connues ne serait probablement suffisante. Certes , il faudrait quelque chose de plus ; nous manquons de moyens propres à resserrer l'ouverture tendineuse : et tan-

---

(1) *Recueil périodique* , t. IX , p. 290.



dis qu'elle reste plus large qu'elle ne doit être , un nouveau déplacement doit arriver très - probablement. On pourrait espérer la guérison dans les cas récents, où la maladie a été produite par un effort , et chez les jeunes sujets ; mais on doit perdre tout espoir dans les hernies anciennes , chez les vieillards , ou lorsque les signes de prédisposition sont évidens. Si la simple absence d'une ouverture était suffisante pour prévenir la hernie , la maladie n'arriverait jamais , puisque la membrane est entière avant le déplacement. Lorsque l'anneau a été dilaté par la descente des viscères , on aurait grand tort d'attendre de la simple occlusion du sac un obstacle à un nouveau déplacement. L'insuffisance des méthodes est tacitement reconnue par la recommandation de porter un bandage pendant quelque temps après leur emploi. On voit souvent les hernies reparaître chez les personnes qui ont subi l'opération (1) ; et l'on sait qu'un nouveau déplacement est si fréquent après l'opération ordinaire de la hernie incarcerated , que l'on a généralement adopté l'usage d'un bandage pour le prévenir. Puisque la cause de la maladie , l'élargissement de l'ouverture tendineuse , ne disparaît pas

---

(1) ACREL a fait l'opération dans plusieurs cas de hernie réductible ; dans quelques-uns la guérison a été radicale , tandis que la maladie a reparu chez les autres. *Chirurgische Handelser*. Voyez *Lond. Med. Journal* , vol. III , p. 16.



par les procédés adoptés pour la cure radicale , puisque le retour de la maladie n'est point prévenu , on peut assurer sans hésiter que ces opérations n'offrent pas plus de chances d'une guérison complète , que l'emploi du bandage.

Ici nous arrivons à une distinction très - importante entre ces deux moyens. Le dernier n'est accompagné d'aucun danger ; il cause tout au plus une incommodité qui diminue de jour en jour et qui finit bientôt par disparaître entièrement : tandis que le premier est fort dangereux , et a été fatal dans bien des cas. Le résultat de l'expérience sur ce sujet est contraire à ce que beaucoup de personnes auraient attendu : une opération peu considérable en elle-même , pratiquée sur un sujet en parfaite santé , ne semblerait devoir , à la première vue , entraîner avec elle que peu de dangers. Mais qu'on se rappelle que la cavité du péritoine est ouverte , et que les suites d'une semblable exposition à l'air sont dangereuses dans toutes les circonstances. Si l'on consulte l'expérience , on verra que l'opération est au moins aussi dangereuse que celle de la hernie étranglée. ARNAUD (1) a rapporté deux cas de simples épiplocèles , dans lesquelles l'épiploon ne put être réduit , et où les malades en éprouvèrent de telles incommodités , qu'ils furent ré-

---

(1) *Mém. de Chirur.* , t. II , p. 453 , 456.



duits à chercher du soulagement dans l'opération : tous deux moururent. SHARP (1) a été témoin d'une semblable terminaison chez deux ou trois malades qui étaient fort bien portans avant l'opération. ACREL (2) a perdu un malade de la même manière.

L'expérience de PETIT est encore plus décisive sur ce point. La candeur avec laquelle il avoue la terminaison malheureuse de ces opérations est si honorable pour lui, que le lecteur sera bien aise de lire ses propres paroles; elles fournissent une importante leçon : « Nous nous réduirons donc à  
« ne faire l'opération aux herniés que lorsque les  
« parties sont étranglées ; les observations suivantes m'ont trop fait d'impression pour conseiller de la faire, comme les anciens, dans la  
« vue seule de guérir radicalement la hernie : je me  
« rappelle avec douleur de l'avoir faite deux fois,  
« et je l'ai vu pratiquer trois fois par des confrères,  
« sans compter plusieurs récits que quelques-  
« uns m'ont faits de ce qu'ils ont vu eux-mêmes. »

La première opération fut pratiquée sur un jeune homme de vingt-cinq ans. Toutes les précautions nécessaires pour en assurer le succès furent prises, et le traitement subséquent paraît avoir été judicieux en tout point. Le malade mourut le

---

(1) *Treatise on the Operations*, ed. 10, p. 26.

(2) *London Med. Journ.*, vol. III, p. 13.



sixième jour : l'inflammation s'était étendue sur tout le péritoine, et particulièrement à l'estomac, aux intestins et à l'épiploon. Chez une femme de quarante ans, qui avait une entéro-épiplocèle du volume du poing, l'opération fut suivie de symptômes très-alarmans, et l'on désespérait de la vie de la malade le cinquième jour ; cependant elle se rétablit ensuite. La troisième opération fut pratiquée en présence de PETIT. Elle fut exécutée, et le traitement consécutif en fut conduit, comme il le rapporte, avec toute l'habileté possible. La mort arriva le dixième jour, par l'inflammation du péritoine.

« Je ne suis pas le seul qui ait observé que les  
« opérations faites aux hernies sans étranglement  
« n'ont pas des suites si heureuses que celles qui  
« sont faites aux hernies qui sont étranglées ; plu-  
« sieurs de mes confrères m'ont assuré l'avoir re-  
« marqué plusieurs fois (1). »

Dans deux cas d'opérations faites par M. ABERNETHY, les malades coururent le plus grand danger par l'inflammation du péritoine, qui survint (2).

Le malade qui a une hernie incarcerated se soumet à l'opération pour sauver sa vie. Mais celui dont la hernie est réductible, expose sa vie pour

---

(1) *Traité des Maladies chirurg.*, t. II, p. 354, 357.

(2) *Surgical Observations*, part. II, p. 5 et suiv.



éviter une incommodité ; et il n'a pas , après l'opération , plus d'espoir d'une entière guérison qu'avant , car on ne peut le regarder comme exempt du danger d'une rechute , s'il ne continue de porter un bandage. Toutes ces considérations sont maintenant du plus grand poids , puisque les améliorations dans la construction des bandages ont diminué les inconvéniens qui accompagnent leur usage , et donnent , non pas à la vérité une entière , mais une très-grande garantie contre le danger des hernies. Les anciens chirurgiens pouvaient trouver dans l'imperfection de leurs moyens palliatifs l'excuse des méthodes dangereuses qu'ils employaient pour obtenir la cure radicale : et les graves inconvéniens qui dépendaient de l'accroissement illimité des hernies , devaient naturellement , et avec raison , porter les personnes atteintes de semblables maladies à se soumettre même à un genre hasardeux de soulagement (1). La forte croyance

---

(1) Le tableau suivant , concernant les paysans de la Suisse , présente une peinture vivante des souffrances produites par les hernies lorsque les moyens de soulagement sont imparfaits : « Sed miseri ob hunc affectum Helvetiorum ruricolæ considerandi nobis jam ulterius veniunt , qui herniis fidem ferè humanam superantibus interdum premuntur ; haud rarò enim intestina vix non omnia in scrotum prolabantia adeo illud extendunt , ut absque stupore ejusmodi hernia non possit aspici. Membrum sæpe virile



où l'on est que ces maladies diminuent la faculté d'engendrer , doit augmenter le désir d'obtenir une cure radicale , et a été une source d'impostures pour les charlatans, à l'époque où la chirurgie était encore imparfaite.

RICHTER a cru à la possibilité d'obtenir une cure radicale en peu de temps, par la pression d'un bandage fortement appliqué. « Les parties enflammées, contractant aisément des adhérences plus fermes, ne pourrait-on pas, dit-il, au moyen d'un bandage, obtenir sûrement dans la plupart des cas la cure radicale, en s'en servant de manière qu'il comprimât non-seulement le col du sac herniaire, mais encore qu'il y produisît une inflammation ? Il suffirait pour cet effet de serrer un bandage

---

ferè totaliter absconditur, ita ut non nisi foramen per quod urina mittitur, de eo appareat; quandoque si in ejusmodi statu misero duris adhuc laboribus agitantur, facile *et* miserere vel strangulationi intestinorum ansa subministratur. Adde quod etiam eo quo fruuntur victu excitentur tormina, arctæ insuper bracheriorum ligaturæ illos arceant à laboribus, sudor quoque à fortiori nisu et labore affluens subligaculum madefaciat, unde insignes molestiæ ortum trahunt: per madefactum enim lubligatulum et fortiolem motum cutis interlaborandum insigniter atteritur, et exinde producta vulnuscula tam urenti et acuto dolore eos excruciant, ita ut semper operationi se subicere, quàm tantis doloribus obnoxii continuò vivere, malint. » FREYTAG in HALLERI *Disp. Chir.*, t. III, p. 70.



muni d'une pelote un peu dure, jusqu'à ce que le lieu de son application devînt douloureux, et de le laisser en place jusqu'à ce que les douleurs devinssent considérables, et que le malade pût les supporter sans craindre d'autre fâcheux accident, surtout du côté du testicule; après quoi on appliquerait un bandage avec une pelote molle, et qui n'exercerait qu'une pression légère. Je crois que ce serait la manière la plus facile, la plus sûre d'opérer la cure radicale, et j'ai de fortes raisons de penser que j'ai vu plusieurs personnes qui ont été guéries radicalement par ce moyen (1). » La liaison immédiate du sac herniaire avec la cavité de l'abdomen, la facilité avec laquelle l'inflammation s'étend sur les surfaces membraneuses continues, et l'impuissance où nous sommes d'en limiter les progrès au point désiré, sont des arguments très-forts contre ce procédé. Il expose le malade à un danger qui ne peut être excusé par le désir d'écarter une simple incommodité (2).

La proposition de DESAULT, d'employer la ligature dans la hernie ombilicale, sera développée dans le chapitre sur ce sujet : l'opération

---

(1) RICHTER, *Traité des Hernies*, pag. 187.

(2) Voyez les cas rapportés dans le chapitre précédent (page 85) pour montrer le danger des bandages qui exercent une forte pression.



convenable dans les cas irréductibles est le sujet du chapitre suivant ; et les méthodes qui ont été proposées pour obtenir la cure radicale , dans l'opération de la hernie étranglée , seront examinées dans la section relative à cette opération.

---



## CHAPITRE VII.

## TRAITEMENT DES HERNIES IRRÉDUCTIBLES.

LA réduction d'une hernie peut être impraticable, quoique les parties déplacées ne soient pas étranglées. Le volume accru des viscères contenus dans la hernie, des adhérences contre nature des parties les unes avec les autres ou avec le sac herniaire, et des bandes membraneuses d'adhérence qui traversent la cavité de ce dernier, sont les causes qui s'opposent à la réduction dans ces cas.

L'épaississement et l'accroissement du mésentère et de l'épiploon sont les circonstances les plus fréquentes parmi les causes du premier genre. Dans les hernies irréductibles anciennes, une plus grande partie du mésentère passe graduellement dans le sac : cette partie, ainsi que l'épiploon, ne peut s'accroître beaucoup dans l'anneau, mais au-dessous elles ne trouvent point d'obstacle à leur accroissement. La portion accrue dans le sac herniaire est liée aux parties saines de l'abdomen par un prolongement mince, et cette conformation est un grand obstacle à la réduction.

Les adhérences des parties sont probablement le



produit d'une irritation passagère qui peut venir de la pression de l'anneau : et d'autres causes accidentelles peuvent, dans une hernie négligée, contribuer à produire cet effet. Ces adhérences prennent différentes formes, et existent à des degrés très-variables. Quelquefois ce sont des filamens assez longs et séparés ; quelquefois les parties sont unies en une masse par une adhérence intime et générale. La consistance de ces adhérences varie également. Les viscères déplacés peuvent adhérer les uns aux autres ; ou à quelque partie du sac herniaire ; ou au testicule, lorsqu'ils sont contenus dans la tunique vaginale.

Les adhérences arrivent en général dans les vieilles hernies qui ont été abandonnées à elles-mêmes, et rarement réduites, si jamais elles l'ont été. Elles peuvent aussi exister dans des cas de hernie récente et petite. L'épiploon contracte de ces adhérences très-promptement, et beaucoup plus fréquemment que les intestins. Les hernies qui ont été étranglées sont bien probablement devenues adhérentes, en conséquence de l'inflammation qu'elles ont éprouvée. On peut s'attendre à trouver des adhérences dans les hernies anciennes et négligées, ainsi qu'une augmentation de volume des viscères déplacés.

Il est souvent difficile de déterminer si des adhérences existent, excepté dans la circonstance évi-



dente où la tumeur ne peut être réduite. Si la tumeur ne peut être replacée qu'en partie, il est probable qu'il existe des adhérences contre nature : et l'on a encore plus de raisons de le croire, lorsque le scrotum ou le testicule remontent vers l'anneau, quand on fait des tentatives de réduction.

Le moyen le plus certain, et le seul qu'on puisse employer pour éviter la formation des adhérences, consiste à replacer promptement et à maintenir avec exactitude les parties déplacées, au moyen d'un bandage. Ce genre de précaution est plus important dans une hernie épiploïque, pour la raison que nous avons indiquée.

On a vu, dans le sac d'une hernie irréductible, dont la communication avec l'abdomen devait avoir été fermée par des adhérences, de l'eau s'accumuler en assez grande quantité pour causer de la douleur et d'autres symptômes, et pour nécessiter son évacuation au moyen d'une ouverture (1).

Une hernie irréductible doit, en grande partie, être abandonnée à elle-même. Son volume et son accroissement graduel sont des causes d'incommodités, et la possibilité constante de l'étranglement expose le malade à un danger considérable. La chance de la formation de l'étranglement

---

(1) MONRO, *Edinburgh Medical Essays*, vol. V. — SCHMUCKER, *Wermischte Schriften*, b. II, p. 55.



n'est pas, à la vérité, très-grande dans ces cas, puisque l'anneau est élargi et affaibli par sa longue distension, et que les adhérences des viscères, si elles ont lieu aux environs de la bouche du sac, peuvent prévenir l'introduction de nouvelles parties dans l'ouverture. Cependant l'expérience prouve que l'étranglement peut arriver, et que ces tumeurs deviennent de plus en plus volumineuses. C'est pour ces raisons, qu'on a proposé d'ouvrir le sac, de détruire les adhérences, de réduire les parties, et par là de produire une guérison radicale.

Mais si ce procédé n'est pas admissible dans un cas de hernie réductible, il est contraire, par de bien plus fortes raisons, dans les circonstances que nous examinons maintenant. Le danger de l'opération est beaucoup plus grand, parce qu'une très-large surface est mise à découvert, et parce que les parties adhérentes, séparées par le bistouri dans une dissection longue et difficile, doivent aussi éprouver l'inflammation et la suppuration. Il faut de plus considérer que les parties contenues dans une hernie volumineuse et ancienne ne peuvent être maintenues dans l'abdomen, à cause de la diminution de capacité de cette cavité; il y en a des exemples cités dans ce chapitre, ainsi que dans la section qui traite de l'opération des hernies volumineuses. Enfin, la formation de l'étranglement



n'est point probable ; et, s'il paraît, ses progrès sont lents, et l'on peut y remédier par des moyens plus doux. Cependant on doit faire une exception à la règle générale de ne point opérer les hernies irréductibles, en faveur des cas où la tumeur occasionne au malade des accidens et des souffrances assez considérables pour le porter à se soumettre à l'opération, lorsqu'on lui a représenté les dangers qu'il court. Tel était le cas du célèbre ZIMMERMANN (1). L'épiploon adhérait par un seul filament au testicule : quand on réduisait le premier, le second remontait avec lui, et éprouvait une pression très-douloureuse de la part de l'anneau : si on laissait ressortir les parties, ordinairement une portion de l'intestin les suivait, était serrée par l'anneau, et faisait craindre l'étranglement. La pression d'un bandage occasionnait de si grandes douleurs, qu'il ne pouvait être porté. Dans un malade que M. ABERNETHY a opéré (2), une épiplocèle adhérente occasionnait un déplacement fréquent de l'intestin, qui était très-douloureux. Dans ces deux cas, il y avait une cause particulière de danger et d'incommodités qui n'admettait aucun autre remède que l'opération.

---

(1) Rapporté par MEKEL, de *Morbo Hernioso congenito singulari*, etc., in-8°, Berol., 1772, et par SCHMUCKER, *Vermischte schriften*, b. 2.

(2) *Surgical Observations*, part. II, p. 5.



Les auteurs d'observations chirurgicales (1) ont rapporté plusieurs cas dans lesquels des hernies volumineuses, vieilles et irréductibles, sont rentrées complètement dans la cavité de l'abdomen, après un long séjour au lit. On a proposé d'imiter cette opération de la nature par les efforts de l'art, et les essais ont été, dans quelques cas, couronnés de succès. En retenant le malade au lit; en l'astreignant à une diète légère et sévère, en employant la saignée, le calomélas, les purgatifs et les clystères, ARNAUD (2) a obtenu la réduction d'une hernie scrotale volumineuse qui existait depuis l'enfance; il a réussi dans beaucoup de hernies qui avaient résisté à toute autre méthode. Ses assertions sur ce sujet sont fortifiées par le témoignage de LEDRAN (3), qui fut témoin de plusieurs de ces cures. M. HEY (4) a suivi cette méthode avec succès dans plusieurs cas de sa pratique.

Ce traitement doit amener un état général de faiblesse et de relâchement très-favorable à la rentrée des parties déplacées; il doit aussi agir puissamment, en causant l'absorption de la graisse ac-

---

(1) FAB. HILDANUS, cent. 5, obs. 54. — POTT's *Works*, vol. II, p. 73.

(2) ARNAUD, *sur la Hernie*, p. 292, et ses *Mémoires de Chirurgie*, t. II, p. 476, 486, 498.

(3) *Traité des Opérations*, p. 114.

(4) *Practical, Observ.* p. 219.



cumulée, et en réduisant le volume des parties contenues dans la hernie. C'est pour cette dernière raison qu'on doit surtout en attendre du succès dans les hernies qui sont formées, pour la plus grande partie, par l'épiploon; et l'expérience sur ce sujet justifie notre conclusion. On peut obtenir un grand avantage, en combinant les moyens ci-dessus décrits avec une pression constante sur la tumeur, au moyen d'un bandage suspensoire qui lace en devant, et diminue d'étendue à mesure que les parties contenues de la hernie se retirent (1).

---

(1) Quand le volume de la tumeur n'est pas très-considérable, PETIT est d'avis que sa réduction peut être tentée au moyen de bandages munis de pelotes creuses; et il paraît, d'après ce qu'il dit, qu'ils ont été fréquemment employés en France avec succès: « L'écusson de ces nouveaux brayers n'est point garni d'une pelote saillante; au contraire, cette pelote est creuse, et nous les appelons *bandages à cuiller*; à d'autres, le bord de l'écusson n'est qu'un cercle, un triangle ou un ovale d'acier fort mince, dans l'intérieur duquel on a cousu une toile plus ou moins tendue, et couverte de chamois; et ceux-là s'appellent *brayers en raquette*. On serre la ceinture et le sous-cuisse du premier bandage avec beaucoup de précaution, de jour en jour, à mesure que la tumeur diminue, mais autant que le malade peut le supporter sans en être incommodé.

Il a été un temps où l'on donnait comme axiome, que les hernies avec adhérences ne peuvent se réduire par l'opération; mais depuis que l'on a su ménager les pelotes, et sur-



Lorsque l'on a obtenu la réduction de la tumeur, il faut la maintenir par l'application d'un bandage.

Dans quelques cas où les parties ont été réduites, le succès définitif de la méthode a été empêché par une circonstance inattendue. Les parois de l'abdomen se sont tellement adaptées à la diminution de quantité des viscères, que l'introduction subite d'un volume considérable n'a pu être supportée. Un malade qui, sous la direction de SCHMUCKER (1), persista opiniâtrément à maintenir la réduction des parties, fut réduit à l'extrémité, ce qui l'obligea absolument de retirer le bandage. Le célèbre chirurgien prussien a vu plusieurs cas du même genre. PETIT a même vu cette pratique devenir fatale : l'application du bandage après la réduction occasionna des nausées et des vomisse-

---

tout celles que nous avons appelées *en raquette* ou *en cuiller*, nous en avons réduit et maintenu réduites plusieurs. Le malade doit observer le repos du lit et un régime exact.»

Il dit que quand l'intestin est réduit, dans une hernie composée, si l'épiploon est irréductible, il s'accoutume à la pression, diminue de volume, s'endurcit et adhère avec le sac de manière à empêcher un nouveau déplacement. *Traité des Malad. chirurg.*, t. II, p. 335, 346.

(1) *Chirurgische Wahrnehmungen*, vol. II, p. 243.—Dans deux cas où ARNAUD réduisit des hernies volumineuses, une colique violente le força de retirer le bandage et de faire sortir les parties. Elles furent ensuite replacées plus graduellement. *Mém. de Chir.*, t. II, p. 495.



mens, et d'autres symptômes fâcheux, qui obligèrent à le retirer; cependant la hernie ne ressortit point, et les symptômes persistèrent; le malade mourut de l'inflammation du péritoine, ainsi que la dissection le fit voir (1).

Dans le cas d'une hernie épiploïque irréductible médiocre, on peut recommander un bandage avec une pelote creuse; mais ce traitement n'est point applicable à une entérocele.

M. COOPER a réduit des hernies, dans quelques cas, après l'application préalable de la glace sur la tumeur.

Une personne qui a une hernie irréductible est exposée à bien plus de dangers que celle dont la hernie est réductible. L'étranglement peut arriver à tout moment, à la suite de quelque effort ou de quelque exercice; et la plus légère cause excitante suffit pour déterminer les accidens dépendant de l'affection du canal intestinal: c'est pourquoi les malades de ce genre doivent particulièrement éviter tous les efforts; et, par une attention exacte sur le régime et sur l'état des évacuations alvines, ils doivent entretenir, autant que possible, le canal alimentaire dans un bon état. Ils doivent particulièrement éviter la constipation.

L'usage d'un bandage suspensoire remédiera à

---

(1) *Traité des Malad. chirurg.*, t. II, p. 392, 393.



quelques-uns des inconvéniens produits par la tumeur, en supportant son poids et en exerçant une pression générale, capable de prévenir son accroissement.

J'ai observé que les hernies volumineuses et irréductibles s'étranglent rarement. Quand l'obstruction arrive, elle est ordinairement de l'espèce qui résulte de l'accumulation des matières contenues dans l'intestin ; et le traitement convenable doit consister dans l'emploi d'une compression extérieure modérée, des purgatifs et des clystères. La conduite à suivre, si ces moyens sont inefficaces, est exposée dans la section « sur la manière d'opérer les hernies volumineuses. »

Les hernies irréductibles sont exposées à tous les effets des violences et des lésions extérieures ; aussi, rapporte-t-on plusieurs cas dans lesquels les intestins ont été déchirés par des coups (1), des chutes, etc. (2).

---

(1) COOPER, part. II, préf., p. 2. Déchirure de l'intestin et du mésentère, sans aucune lésion des tégumens.

(2) *Ibid.*, p. 47.



## CHAPITRE VIII.

## TRAITEMENT DES HERNIES ÉTRANGLÉES.

L'INDICATION à remplir dans le traitement de la hernie incarcerated, consiste à soustraire les parties à la constriction qu'elles éprouvent, et à les replacer dans leur situation naturelle (1). Le traitement de la maladie, examiné en détail, paraîtra plus compliqué que ce premier aperçu ne l'aurait fait attendre ; car des personnes de tout âge et de toute constitution, de tout rang et de toutes conditions,

---

(1) La nécessité d'établir cette indication, comme la seule à suivre dans le traitement d'une hernie étranglée, est si frappante et si évidente, qu'il aurait été presque inutile de la noter ici, si RICHTER et CALLISEN, deux des plus célèbres chirurgiens modernes, n'avaient présenté cette matière sous un aspect différent. Le but du traitement chirurgical de la maladie, selon ces auteurs, est de s'opposer à l'inflammation, de combattre le spasme, de procurer des évacuations, et enfin de réduire la hernie : ainsi ils attaquent l'effet pendant que la cause continue à agir. La dernière indication est la seule rationnelle, et son accomplissement renferme nécessairement celui des autres.—Voyez RICHTER, *Anfangsgründe der Wundarzneykunst*, vol. V, p. 238. — CALLISEN, *Systema chirurgiæ hodiernæ, pars posterior*, p. 464.



étant sujettes à cette maladie, les moyens de remplir l'indication générale doivent être modifiés par ces circonstances : aussi nous voyons qu'on a proposé diverses méthodes de traitement, qui, bien que très-différentes, et quelquefois presque opposées les unes aux autres, peuvent cependant toutes être choisies dans des cas particuliers. On peut en général apprécier leur mérite respectif par le degré dans lequel elles contribuent à l'accomplissement du but que nous venons d'indiquer.

Dans une hernie étranglée, le chirurgien peut déterminer la cause et l'espèce particulière de l'étranglement, ou bien il ne le peut pas : dans le premier cas, il dirigera le traitement suivant la connaissance qu'il a de ces circonstances ; tandis que, dans le dernier, il suivra les règles générales, et emploiera, sans aucune indication particulière, les moyens dont l'expérience a prouvé l'efficacité. La dernière méthode, l'empirique, est suivie par la plupart des chirurgiens, qui, pour s'y conformer, adoptent des mesures souvent utiles et convenables, mais quelquefois aussi impropres et nuisibles. Il est évident que la connaissance de la cause et du genre de la maladie est essentiellement nécessaire pour faire une application judicieuse et utile des moyens curatifs : cependant, souvent on ne peut les reconnaître, et le chirurgien n'aperçoit rien de plus que l'existence de l'étran-



glement : dans ce cas, il doit avoir recours au traitement empirique.

Les principaux moyens adoptés pour la cure de la hernie étranglée, sont la saignée; les purgatifs administrés par la bouche ou en clystères; les injections de tabac en décoction ou en fumée; les opiacés et autres antispasmodiques; le bain froid, et différentes applications chaudes ou froides sur la tumeur. Les traités de chirurgie présentent de nombreux exemples, dans lesquels ces méthodes ont été suivies de succès; et la pratique de la plupart des chirurgiens fournirait de semblables résultats. Mais la relation des cas particuliers est peu propre, comme M. HEY l'a fort bien observé, à avancer nos connaissances; notre objet doit être de déterminer le mérite respectif de chaque moyen, et d'en déduire des règles générales de pratique. Sous ce rapport, je considérerai séparément ce qu'on doit dire de chacune des méthodes ci-dessus mentionnées.

## SECTION I<sup>re</sup>.

### *Taxis.*

Quand un chirurgien est appelé pour un cas de hernie, il cherche d'abord à réduire les parties déplacées; cette opération est, en terme technique, appelée le *taxis*. Lorsque la tumeur n'est point étranglée, cette réduction est en général très-aisée;



mais quand les parties sont étreintes, l'opération devient plus difficile, et demande que l'on fasse attention à la position du corps, et à d'autres circonstances qui peuvent influencer sur la chance du succès. Le malade doit être couché quand on pratique le taxis, car il est prouvé que la position horizontale contribue mécaniquement à la rentrée des parties déplacées. Quand la hernie est inguinale ou crurale, le bassin doit être situé plus haut que les épaules, de sorte que la tumeur elle-même devienne la partie la plus élevée du tronc. Il faut préalablement vider la vessie du malade, qui doit soigneusement s'abstenir de tousser, de retenir sa respiration et de faire tout autre effort semblable. Ces précautions procurent de la place, autant qu'il est possible, dans la cavité abdominale, et favorisent la rentrée des parties déplacées, autant qu'elle peut l'être, par la force de gravité.

La position du malade doit aussi être accommodée à l'ouverture par laquelle les parties sont descendues. C'est pourquoi, dans la hernie inguinale ou crurale, la cuisse doit être pliée et tournée en dedans, pour relâcher le tendon du muscle oblique externe. On recommande aussi d'élever légèrement les épaules, ainsi que le bassin : tout cela fléchit le tronc et relâche entièrement les muscles abdominaux. Comme cette position est la plus favorable pour la rentrée des parties déplacées, on doit la



faire garder, autant que les circonstances le permettent, jusqu'à ce que la hernie soit réduite.

Quand les choses sont ainsi disposées, le chirurgien commence ses tentatives, en exerçant sur la tumeur une douce pression, qu'il peut augmenter graduellement, mais qui ne doit pas être portée jusqu'au point de produire de la douleur : la violence, en effet, ne peut être avantageuse, puisqu'elle est plus propre à presser les parties en bloc contre l'anneau, et par là à les meurtrir et à les léser, qu'à les faire passer à travers l'ouverture.

On rapporte des exemples nombreux, dans lesquels cette pratique grossière et ignorante a donné lieu aux plus graves conséquences. La suppuration de l'épiploon (1), et la gangrène ou la rupture de l'intestin (2) en ont été la conséquence immédiate ou éloignée; et le danger de l'opération subséquente

(1) ARNAUD, *Mémoires de Chirurgie*, t. II, p. 546.

(2) COOPER'S *Anatomy of inguinal hernia*, etc., p. 23.  
 — BELL, *System of operative surgery*, v. I, pl. 7 et 11.  
 — MORAND, *Opuscules de Chir.*, t. II, p. 160. — PETIT, *Tr. des Mal. chir.*, t. II, p. 328. « Combien de fois, dit ce « dernier écrivain, a-t-on vu périr des malades le même « jour que la réduction leur a été faite ! A l'ouverture des « cadavres, on a trouvé aux uns le boyau gangrené, aux « autres il étoit crevé, et les matières fécales répandues « dans le ventre. »



doit être bien accru, si les tentatives de réduction ont été sans effet.

Ordinairement, on embrasse la tumeur avec une main, tandis que l'autre est placée sur l'ouverture, et peut être employée à faciliter la rentrée des parties, et à retenir celles qui sont déjà réduites. On obtient souvent du succès en exerçant une pression générale sur toute la surface de la hernie; dans cette méthode, les deux mains doivent être employées ensemble, afin de soumettre toute la tumeur à l'action de leur force. PETIT recommande fortement cette pratique (1).

La pression doit être exercée dans la direction où les parties ont été poussées : ainsi, les parties contenues dans un bubonocèle se dirigent obliquement en bas et en dedans; celles d'une hernie fémorale, en bas et ensuite en avant : cependant on ne doit point se borner à la seule pression que la direction de la hernie semblerait indiquer; mais, si ces tentatives échouent, il faut en faire d'autres dans différentes directions.

La manœuvre suivante réussit quelquefois dans un bubonocèle ou une hernie scrotale, qui a résisté aux méthodes ordinaires, particulièrement dans les cas où l'étranglement semble avoir été produit par l'accumulation des matières fécales.

---

(1) *Tr. des Mal. chir.*, p. 323-328.



Que le chirurgien embrasse le col de la tumeur, près du tendon, avec le pouce et un doigt d'une main, et qu'il les tire en bas en pressant modérément, de manière à éloigner les matières contenues de la portion voisine de l'anneau, et à réduire le volume de cette partie, qu'il essaiera alors de faire passer dans l'anneau avec l'autre main. En effet, puisque l'obstacle existe à l'ouverture du sac, la réduction sera, en général, faite avec beaucoup plus de facilité en pressant la partie supérieure de la hernie vers l'anneau, qu'en exerçant une pression générale sur toute la tumeur.

Le chirurgien doit se placer dans une situation qu'il puisse occuper sans incommodité pendant un temps considérable, puisqu'il doit continuer ses tentatives pendant une heure, dans quelques cas, avant de renoncer à l'espoir du succès; et il arrive souvent qu'en continuant d'essayer différentes positions et différens modes de pression, des hernies qui n'avaient d'abord nullement cédé aux premiers essais, se trouvent enfin réduites.

Si les efforts de réduction, pratiqués suivant les préceptes ci-dessus indiqués, ne sont point suivis de succès, on a recommandé la méthode suivante: Qu'un homme vigoureux, placé dans une situation convenable près du bord du lit, soulève les membres inférieurs sur ses épaules, de manière que la tête et la poitrine du malade reposent seules



sur le lit. On dit que les tentatives de réduction dans cette posture ont été suivies de succès, après que tout autre moyen avait échoué : c'est pourquoi quelques chirurgiens l'ont très-fort recommandée. Je ne puis pas bien apprécier le mérite de cette méthode, puisque je ne l'ai jamais mise en pratique ni vu employer par d'autres. Elle me semble ne promettre aucun avantage qui puisse compenser le désagrément, l'embarras et les inconvéniens inséparables de son emploi. Celui qui a proposé ce procédé doit avoir compté, pour opérer la réduction, sur l'effet mécanique que le poids et la traction des viscères de l'abdomen doivent exercer sur les parties déplacées. On doit voir tout de suite que cette idée est tout-à-fait absurde, quand on a une juste connaissance de l'état naturel des parties ; quand on sait que l'abdomen est entièrement plein, et que les viscères qu'il contient sont maintenus dans leur position respective par la pression des muscles respiratoires ; que ces viscères ne peuvent, par cela même, passer d'une partie de la cavité dans une autre, mais restent probablement dans la même place, soit que la tête ou les pieds forment le point le plus élevé du corps. L'obstacle à la réduction se trouve dans la constriction qu'éprouvent les parties déplacées, et la position indiquée ne peut ni vaincre ni même diminuer cet obstacle.



La rentrée d'une portion d'intestin est ordinairement précédée par un bruit particulier, causé par le passage de l'air à travers la partie étranglée. L'intestin rentre d'abord graduellement, et ensuite échappe tout à coup. L'épiploon rentre lentement jusqu'à la dernière partie, qui doit aussi être poussée à travers l'anneau.

Si le taxis a d'abord été infructueux, il faut le répéter successivement après l'usage des bains chauds, de la saignée, ou des applications froides.

La chance de la réduction d'une hernie est proportionnée à la grandeur de l'ouverture ; c'est pourquoi les petites tumeurs sont les plus difficiles à réduire, parce qu'elles sont toujours accompagnées d'une constriction très-forte ; et l'on éprouve spécialement cette difficulté dans les hernies crurales, à cause de l'étroitesse extrême de l'ouverture à travers laquelle descendent leurs parties contenues. La durée de la maladie influe aussi d'une manière marquée sur la probabilité de la réduction ; elle est beaucoup moins grande dans les derniers que dans les premiers temps de l'étranglement, à cause de l'inflammation qui arrive aux parties déplacées.

Quand la hernie devient douloureuse, on n'est pas excusable de continuer les tentatives de réduction avec la main. Une pression suffisante ne peut plus alors être supportée ; et la force que



l'on emploie tend seulement à augmenter l'inflammation et à hâter la gangrène. A cette époque, l'opération est indiquée, et doit être pratiquée sans délai.

Le chirurgien ne peut se fier avec sûreté au taxis, comme principal moyen de réduction ; il ne doit pas perdre en efforts inutiles de ce genre un temps qui doit être consacré à l'emploi des mesures les plus énergiques. Quand on ne peut réduire une hernie dans une tentative heureuse, on a de moins en moins l'espoir d'y parvenir dans les degrés suivans de la maladie, à moins qu'on ne puisse produire quelque changement dans l'état de la tumeur par d'autres moyens.

Mon opinion sur ce sujet est confirmée par l'expérience de Richter, dont je citerai les propres paroles.

« Je n'ai vu que très-rarement une hernie  
« vraiment incarcerated, être réduite par le taxis,  
« et lorsqu'on a pu la réduire, les circonstances  
« avaient été tellement améliorées par d'autres  
« moyens, et les parties rentrèrent si facilement  
« et si inopinément, quoiqu'on eût fait auparavant  
« les tentatives en vain, que j'ai penché toujours à  
« croire qu'elles seraient rentrées d'elles-mêmes  
« quelques heures plus tard (1). »

---

(1) *Traité des Hernies*, trad. par ROUGEMONT, p. 66.



M. HEY (1) nous avertit aussi d'être attentifs à ne pas trop agir, parce qu'il a vu de grands malheurs produits par des efforts long-temps continués pour réduire l'intestin étranglé.

L'opinion de RICHTER et de M. HEY se trouve très-fortement confirmée par l'expérience et le raisonnement de DESAULT (2). Une longue pratique a fait voir à ce chirurgien justement célèbre, que les hernies dans lesquelles les symptômes inflammatoires sont très-marqués, sont rarement réduites par le taxis, et que les tentatives de réduction violentes et répétées (3), employées avant l'opération, ont l'influence la plus défavorable sur l'issue de la maladie: c'est ce qui le portait à proscrire le taxis dans l'étranglement inflammatoire,

---

(1) *Practical Obs.*, p. 144.

(2) *OEuvres chirurgicales de DESAULT*, par BICHAT, t. II, p. 332-338.

(3) Ceux qui ont vu beaucoup de pratique dans les hôpitaux reconnaîtront la justesse des remarques suivantes: « Il en est des hernies étranglées comme de l'introduction des sondes dans les rétrécissemens de l'urètre; il faut, avant de recourir aux derniers moyens, que chacun se soit épuisé en secours préliminaires; il faut que l'effort de tous les consultans passe, pour ainsi dire, sur la tumeur. S'ils sont nombreux, est-il possible qu'elle ne soit pas meurtrie, déchirée, surtout si, comme il arrive, chacun cherche à l'envi à obtenir, à force de pression, ce à quoi n'a pu réussir celui qui l'a précédé. » — Pag. 336.



jusqu'à ce que l'emploi préalable des autres moyens eût produit un changement dans l'état de la tumeur; et sa conduite est justifiée par la comparaison de deux listes des malades opérés à l'Hôtel-Dieu: sur l'une d'elles étaient placés les noms des malades sur lesquels on avait tenté la réduction par le taxis, avant de pratiquer l'opération; et sur l'autre, les noms de ceux qui avaient été opérés sans aucune tentative de ce genre (1).

Le lecteur ne croira pas, j'espère, que les remarques que je viens de faire tendent à une entière désapprobation de l'usage du taxis. Elles regardent seulement les cas dans lesquels l'existence d'une douleur considérable dans la tumeur et l'abdomen, ainsi que d'autres signes, indiquent que l'affection est du genre inflammatoire. Quand la hernie n'est point accompagnée d'une douleur et d'une tension

---

(1) Les remarques de PETIT sur ce sujet coïncident avec celles de DESAULT.

« Il y a des gens qui veulent réussir, et qui se vantent  
« même de les réduire toutes : malheureux les pauvres ma-  
« lades qui tombent entre leurs mains ! Ils compriment trop  
« l'intestin ; la meurtrissure qu'ils y font devient quelquefois  
« mortelle, par l'inflammation et la gangrène qui y sur-  
« viennent. J'ai été plus d'une fois appelé en pareil cas, et  
« j'ai fait avec répugnance des opérations aux malades sur  
« qui l'on avait fait de pareilles tentatives. » — *Traité des*  
*Mal. chir.*, t. II, p. 327-328.



considérables, et quand le caractère général de la maladie est lent et faible, un emploi judicieux du taxis ne peut jamais être nuisible; et, quoiqu'il soit indubitablement vrai que le premier essai est celui qui offre le plus de chances de succès, et que l'espoir de la réduction diminue à mesure que l'étranglement continue, il ne s'ensuit pas que l'on doive proscrire les autres tentatives. On doit les réitérer quand les moyens employés pour favoriser la réduction paraissent avoir amené quelque changement favorable dans la tumeur ou dans l'état général du malade.

M. WILMER (1), de Coventry, a proposé une méthode, que l'on doit faire connaître ici. Il propose d'opérer la pression au moyen d'un poids laissé sur les parties pendant plusieurs heures. Ce moyen lui a réussi dans deux cas. Un poids de plomb pesant deux livres fut employé dans l'un d'eux, et un fer ordinaire à repasser dans l'autre. Il n'y aurait point d'objection à faire contre l'essai de cette méthode, si la tumeur était sans douleur, et si les circonstances n'étaient pas urgentes.

---

(1) *Practical Obs. on Herniæ*, ed. 2<sup>nd</sup>, case 1, and 2.



## SECTION II.

*Traitement après la réduction.*

On ne doit pas regarder le malade comme hors de tout danger, quand la hernie a été réduite. Ordinairement, à la vérité, les symptômes sont immédiatement allégés, et une guérison complète arrive promptement. Mais la cause de l'étranglement peut être d'une telle nature, que la réduction n'agisse point sur elle; et la continuation de son action est indiquée par d'autres effets, quoiqu'elle ne produise plus l'incarcération. Le malade peut être affecté des symptômes produits par l'étranglement, comme, par exemple, de l'inflammation des intestins, que l'on doit surtout redouter lorsque l'incarcération a duré long-temps et a été violente: ou bien la maladie peut avoir consisté dans l'inflammation des parties contenues dans la hernie, et alors la situation seule des organes affectés est changée.

Si l'étranglement provient de quelque maladie des intestins, on ne peut espérer de rendre le malade à la santé par la simple réduction des parties déplacées. Même, dans certaines circonstances, l'existence de l'obstruction est pour le canal intestinal une source d'irritation, que le chirurgien ne peut négliger sans danger. Les symptômes ne disparaissent point entièrement jusqu'à ce que les



évacuations alvines se soient rétablies; et en général elles n'arrivent pas spontanément. Les intestins sont irrités et surchargés par l'accumulation des matières qu'ils contiennent en conséquence de l'étranglement. C'est pourquoi de doux purgatifs, comme de petites doses de sulfate de magnésie, des clystères, doivent être ordonnés immédiatement après la réduction, et répétés à des intervalles convenables, jusqu'à ce que l'amas soit entièrement évacué (1). Cette conduite sera surtout nécessaire, si l'étranglement paraît provenir de l'accumulation des matières contenues dans les intestins.

Si l'inflammation s'est développée avant la réduction, l'effet ne cessera pas après l'éloignement de la cause mécanique (2). La continuation des

---

(1) RICHTER a été étonné de la prodigieuse quantité d'évacuations alvines produites par un purgatif après la réduction d'une hernie étranglée, et il pense qu'une espèce de fièvre gastrique suit l'étranglement violent. Il a vu, dans de semblables circonstances, une véritable fièvre bilieuse se continuer pendant plusieurs jours, et guérie par l'emploi répété des purgatifs. Il nous avertit de ne point confondre une affection fébrile de ce genre avec les effets de l'inflammation des intestins, puisque la saignée et les autres moyens nécessaires dans le dernier cas, ne feraient qu'aggraver le danger dans le premier. — *Tr. des Hern.*, p. 68.

(2) La mort a été occasionnée par l'inflammation du



symptômes de l'étranglement et de ceux qui indiquent l'inflammation de l'abdomen requiert alors la saignée, et les autres moyens antiphlogistiques, jusqu'à ce que ces symptômes alarmans soient dissipés.

Il peut se faire qu'une hernie ne soit point entièrement réduite; une petite portion de l'intestin peut être encore étranglée. Si cela entretient les symptômes, et si la réduction est impossible, l'opération devient nécessaire.

On a vu un étranglement des intestins après leur réduction, être causé par des adhérences contre nature ou une conformation extraordinaire de l'épiploon. Ces cas sont extrêmement rares, et il n'est point possible de les découvrir pendant la vie du malade.

Enfin on a regardé comme possible la réduction du sac herniaire avec les parties qu'il contient, ainsi que la continuation de l'étranglement par son col, dans un état d'épaississement et d'induration. LEDRAN (1), le premier, émit cette idée dans un cas de hernie fémorale où il trouva, par la dissection, le sac poussé dans l'abdomen, avec ses parties contenues, qu'il enfermait encore d'une manière exacte. Cette

---

péritoine dans un cas de hernie inguinale réduite sans aucun délai. — CAMPERI *Icones Hern.*, p. 3.

(1) *Observations*, obs. LVIII.



assertion a été confirmée par l'expérience de DELAFAYE (1) et d'ARNAUD (2). La difficulté d'expliquer ce fait lorsque l'on considère l'adhérence générale du sac aux parties environnantes, particulièrement quand le col est épaissi, et la difficulté encore plus grande d'admettre qu'une tumeur volumineuse (car celle de LEDRAN était dans ce cas) puisse être poussée sous l'arcade crurale, a porté LOUIS (3) à regarder tout cela comme fabuleux. RICHTER a embrassé la défense de LEDRAN avec beaucoup de chaleur, soit dans un écrit particulier (4), soit dans son grand ouvrage sur les hernies (5). Je n'ai jamais vu ce cas et n'en ai jamais entendu parler, il me semble même presque impossible. Au reste, il doit être tellement rare, qu'il ne mérite point de trouver place dans l'histoire générale de la maladie.

---

(1) *Opérations* de DIONIS, p. 324, note a.

(2) *Traité des Hern.*, t. I, p. 96.

(3) *Mém. de l'Acad. de Chir.*, t. II, p. 299.

(4) *Programma, in quo demonstratur herniam incarceratam unà cum sacco suo reponi per annulum abdominalem posse, contra chirurgum gallum Clar. LOUIS.*

(5) Chap. XV.



## SECTION III.

*Saignée.*

L'usage de la saignée dans la hernie étranglée a été généralement adopté, et fortement recommandé par les chirurgiens modernes les plus célèbres. Cette pratique est fondée sur l'inflammation qui arrive tôt ou tard aux parties déplacées, et qui de cet endroit se propage dans tout l'abdomen. Outre les effets qu'elle produit en remédiant à l'inflammation ou en la prévenant, on dit que l'état de faiblesse qu'elle détermine, est spécialement favorable à la réduction. M. POTT (1), dans ce pays, a été le plus ardent défenseur de la saignée, et la haute estime que ses ouvrages possèdent à juste titre, a été, sans doute, la principale cause de son emploi général. RICHTER (2) et CAL-

---

(1) « Il n'est peut-être pas de maladie, parmi celles qui affectent le corps humain, dans laquelle la saignée produise un avantage plus grand et plus prompt que dans celle-ci. On ne doit donc jamais l'omettre, quand il n'y a aucune circonstance particulière dans la constitution du malade qui s'oppose à son emploi ; mais, au contraire, il faut la répéter hardiment et la faire abondante, lorsque cela paraît nécessaire. » POTT'S *Works*, vol. II, pag. 279. — SHARP est précisément du même avis sur ce sujet. *Treatise on the Operations*, p. 17.

(2) « Aussitôt que la hernie est douloureuse, il faut saigner, de quelque espèce que soit l'étranglement. » RICHTER, *Trait. des Hern.*, p. 93.



LISEN (1), les auteurs des systèmes de chirurgie les plus estimés du Continent, n'ont pas été moins empressés à recommander généralement et presque indistinctement, dans cette maladie, l'usage de ce moyen. Cependant l'autorité de ces grands noms n'a point fait obtenir à cette opinion l'assentiment général. Quelques chirurgiens célèbres de ce pays ont non - seulement douté de l'utilité de la saignée dans la hernie étranglée, mais se sont même formellement élevés contre sa pratique. M. WILMER (2) de Coventry, et M. ALANSON de Liverpool, regardent la saignée comme tout - à - fait inefficace pour favoriser la réduction. M. COOPER (3), dont l'expérience est d'un

(1) « Præcipuus verò cardo vertitur in sanguinis detractioe, quæ non solum inflammationi obstat, et inde eò magis necessaria est, quò distinctiora phlogoseos symptomata adsunt, sed quoque ob citam, quam inducit, debilitatem, reductioni favet. » — CALLISEN, *Syst. Chir. hodiern.* Pars poster., §. 707.

(2) Voyez ses *Practical observations on Hernia illustrated with Cases*, ed. 2nd. Il dit, de l'emploi de la saignée dans les hernies étranglées: « Je l'ai souvent vu essayer, « mais toujours sans aucun succès. » Pag. 18. — M. ALANSON, dans une lettre contenue dans le même ouvrage, expose son opinion en disant, « que la saignée n'est jamais « d'aucun secours pour favoriser la réduction. » *Ibid.*, pag. 29.

(3) *Anatomy, etc., of Inguinal Hernia*, pag. 29.



si grand poids, est du même avis sur cette question.

On doit juger du mérite respectif de chaque moyen particulier du traitement des hernies étranglées, par le degré auquel ils soustraient les parties à l'étranglement. L'examen de la saignée, suivant cette règle, ne nous portera point à avoir dans son efficacité une confiance que la forte recommandation de POTT, de RICHTER et de CALLISEN lui aurait sans cela fait accorder. La saignée ne peut agrandir l'ouverture par laquelle les parties se sont déplacées; elle ne peut diminuer le volume de ces parties; elle n'a point non plus le pouvoir de déterminer dans les viscères aucune action capable de les débarrasser de l'étranglement : cependant si cette pratique était réellement avantageuse, ces objections théoriques pourraient avec raison être négligées; mais l'expérience de sa fréquente inefficacité l'a fait abandonner peu à peu par les praticiens de la capitale. Il est difficile de ne pas regarder comme nuisible, quand il n'est pas utile, un moyen aussi puissant que la saignée, et il doit être tel, sans doute, quand il est employé indistinctement dans le traitement de la hernie étranglée.

Je n'ai que faire de dire que cette remarque s'applique à l'emploi indistinct des saignées copieuses et répétées. Comme les malades qui meurent après l'opération présentent en général des traces de l'inflammation des parties contenues dans l'abdo-



men, je pense qu'un emploi judicieux de la saignée, s'il ne contribue pas à la rentrée des parties, ne peut être nuisible suivant les principes que nous avons établis. Je crois que les défenseurs et les détracteurs de la saignée ont établi leurs opinions d'une manière trop exclusive, et qu'un praticien prudent tiendra un juste milieu entre ces deux extrêmes. Il n'emploiera pas avec POTT la saignée dans toutes les circonstances, et ne la proscrira pas entièrement du traitement de la hernie, comme l'a fait M. WILMER, mais il restreindra son emploi à certains cas.

On aura recours à cette opération si l'étranglement est inflammatoire, si la hernie est petite et récente, l'abdomen tendu et douloureux, et le malade jeune, vigoureux et pléthorique. On trouve dans les excellentes *Observations pratiques* de M. HEY (1) deux cas qui serviront à montrer dans quelles circonstances la saignée est convenable. L'expérience de ce judicieux praticien le fait convenir avec MM. WILMER et ALANSON, que la saignée a été en général inutilement employée pour procurer la rentrée d'un intestin étranglé, quoiqu'il ne s'accorde avec eux pour proscrire entièrement son emploi.

Un avantage certain résulte de la saignée, bien qu'elle n'atteigne point entièrement le but qu'on

---

(1) Pag. 124.



se propose en l'employant. En arrêtant l'inflammation, elle rend la maladie stationnaire, et n'entraîne point de perte de temps.

Il est à peine nécessaire de faire observer que la conduite du chirurgien ne doit pas être réglée, dans ces cas, par l'état du pouls; la douleur et la tension, et d'autres symptômes, justifient l'emploi plus ou moins répété de cette évacuation, lors même que le pouls est faible et n'est pas plus fréquent que dans l'état naturel. On ne sera point détourné de l'emploi de la saignée par le froid des extrémités, la pâleur du visage, et la faiblesse de la respiration, puisque ce sont là les symptômes ordinaires de l'inflammation des intestins : les chirurgiens expérimentés savent, d'ailleurs, que la saignée développe le pouls, rétablit la chaleur dans les membres, et relève les forces du malade.

Pour obtenir de la saignée tous les avantages qui peuvent en résulter, il faut la prolonger jusqu'à ce qu'elle produise la faiblesse, et alors tenter la réduction. Ce précepte doit être suivi avec discernement. Chez certains individus, la syncope arrive difficilement, et il faut avoir égard à l'état général du sujet. Une petite saignée, cependant, ne peut être avantageuse, même quand on la répète. Le sang doit être tiré rapidement par une large ouverture et en quantité considérable, en ayant égard à l'âge, à la force du malade et à l'es-



pèce d'étranglement. Si la syncope arrive, on doit en profiter pour tenter la réduction.

#### SECTION IV.

##### *Bain chaud.*

Le bain chaud est employé dans des vues en partie analogues à celles qui guident le praticien dans l'emploi de la saignée; il produit un état de faiblesse et de relâchement, qui permet d'essayer la réduction avec avantage. La faiblesse produite par ce remède est temporaire, et n'est suivie d'aucune débilité. L'usage de l'opium peut être avantageusement combiné avec ce moyen, si les symptômes d'irritation sont violens. Quand le taxis a été employé sans succès, il faut placer le malade dans le bain chaud, dans la position horizontale, s'il est possible : lorsque la faiblesse arrive, on peut renouveler dans le bain les essais de réduction.

On peut employer le bain chaud dans le commencement de la maladie, lorsque les symptômes ne sont point urgens. Mais si l'étranglement a duré pendant quelque temps, de manière que les circonstances soient pressantes; s'il a résisté à de plus puissans moyens, comme aux applications topiques froides, et aux clystères de tabac, ce serait perdre du temps que d'employer ce remède. En effet, quand l'étranglement est entièrement formé, le



bain chaud n'offre qu'une faible chance de réussite dans la réduction des parties.

## SECTION V.

### *Purgatifs.*

Les purgatifs ont été recommandés dans l'intention d'exciter l'action péristaltique de l'intestin, et par là de le délivrer de l'étranglement. L'expérience a appris à accorder peu de confiance à ces remèdes : ils sont non-seulement inefficaces, mais même nuisibles dans l'étranglement inflammatoire. Ils sont rejetés immédiatement en arrivant dans l'estomac, ou, s'ils passent dans les intestins, ils augmentent l'irritation dont les parties sont déjà affectées. C'est pourquoi les auteurs (1) modernes les plus recommandables proscrivent leur emploi dans les cas de ce genre. On peut employer avec succès les purgatifs dans les hernies anciennes et volumineuses, où l'accumulation des matières fécales, produite par l'inertie du canal intestinal, est la cause d'un étranglement dont les symptômes sont chroniques. Si le vomissement est déjà déclaré, on peut y remédier par

---

(1) POTT'S *Works*, vol. II, pag. 82. — RICHTER, *Trait. des Hern.*, pag. 89. — HEY'S *Practical Obs.*, pag. 128. — WILMER, *Practical Obs.*, pag. 36.



l'opium et par la potion effervescente, de manière à pouvoir administrer un purgatif. Les remèdes les plus violens de cette espèce ne sont point toujours les meilleurs dans ce cas. Le sel d'epsom, dissous dans une grande quantité d'eau, et donné à petites doses répétées, excite doucement l'action des parties et est préférable aux drastiques.

On peut combiner l'opium avec ce remède pour le rendre plus supportable à l'estomac. RICHTER (1) recommande l'emploi combiné des purgatifs et de l'opium, et estime beaucoup, d'après sa propre expérience, la potion suivante. Dissolvez une once de sel d'epsom dans cinq onces d'infusion de fleurs de camomille; ajoutez deux onces d'huile de lin, une once de suc de limon, une once de sirop de pavot rouge, et deux grains d'opium purifié : agitez le tout ensemble et donnez-en une cuillerée par quart d'heure, jusqu'à ce que l'effet ait lieu.

Les purgatifs ne sont plus d'aucune utilité quand l'inflammation est survenue, même dans les cas où leur emploi était indiqué dans le premier moment.

La hernie épiploïque fournit une autre exception au précepte général sur l'emploi des purgatifs. Si l'on peut évacuer entièrement les intestins, l'opération sera rarement nécessaire : on peut, dans

---

(1) *Trait. des Hern.*, pag. 82.



ce cas, combiner avantageusement la saignée, les bains chauds, les fomentations sur l'abdomen avec les moyens évacuans.

Comme la tendance aux nausées peut, dans un semblable cas, rendre utile l'usage des purgatifs sous forme de pilules, l'union du calomélas et de l'extrait cathartique (1) est employée avec avantage dans cette intention : pour la même raison, la combinaison de l'opium avec ces purgatifs peut être avantageuse.

Les purgatifs, sous forme de clystères, ne paraissent pas plus efficaces que les mêmes remèdes pris par la bouche : si l'intestin au-dessous de l'étranglement n'a point encore été vidé (ce qui cependant arrive en général promptement après que l'étranglement est formé), les clystères évacueront les matières qu'il contient. Leur emploi sous cette forme n'est point sujet au même inconvénient, qu'ils rend impropres à être administrés par la bouche,

---

(1) Le docteur HEBERDEN regarde l'extrait cathartique et le sulfate de magnésie comme les meilleurs purgatifs dans le cas d'iléus. Il prescrit de faire cinq pilules avec un demi-gros du premier, en ajoutant un grain ou un grain et demi d'opium. Ces pilules doivent être prises une à la fois. Si l'on emploie le sulfate de magnésie, on doit en dissoudre un gros dans une once d'eau, de bouillon léger ou de gruau, et le faire prendre toutes les demi-heures. *Medical Transactions*, vol. II, pag. 516.



c'est-à-dire à augmenter l'irritation. Dans les cas où les purgatifs sont convenables, on peut leur associer les clystères.

## SECTION VI.

### *Clystères de tabac.*

Les clystères de tabac constituent le moyen le plus puissant et le plus certain de soulagement de la hernie étranglée, si l'on excepte l'opération ; et l'expérience générale a montré si clairement leur efficacité, qu'à présent on n'opère presque jamais avant d'avoir essayé ce remède. Cependant il n'est pas toujours suivi de succès. On ne peut pas adopter l'opinion de HEISTER (1), qui pense que l'usage du tabac rend l'opération superflue dans tous les cas. Il peut être employé en décoction ou en fumée : pour la première, on fait bouillir un gros (2) de feuilles pendant dix mi-

---

(1) « Posteaque adhuc aliquot ejus modi ægros hoc fumo  
« tabaci feliciter restitui, ut nunquam adhuc hoc in morbo  
« ad scalpellum accedere opus mihi fuerit. » *Instit. chirurg.*,  
pag. 807.

(2) Un gros de tabac, bouilli ou infusé dans une pinte d'eau, est la quantité que recommandent généralement les praticiens anglais. — POTT's *Works*, vol. III, pag. 276. — HEY's *Practical Obs.*, pag. 140. — COOPER, *Anat., etc., of Ing. Hern.*, pag. 24. — HEBERDEN's *Commentaries*, pag. 270. — Et cette dose suffit généralement pour produire l'effet désiré. Les cas cités plus bas d'après M. COOPER doi-



nutes dans une pinte d'eau, et on injecte la liqueur après l'avoir exprimée. La fumée est introduite dans le rectum, au moyen d'un appareil bien connu, consistant en un soufflet, un long tuyau, etc. Les effets sur le malade paraissent être presque les mêmes dans les deux cas, et, l'on ne peut pas, d'après l'expérience, assigner de préférence à l'une ou à l'autre forme de ce remède (1).

Les effets avantageux du tabac ne dépendent

---

vent faire craindre de dépasser cette proportion. RICHTER cependant ordonne une once de tabac dans la même quantité d'eau. — *Anfangsgründe der Wundarzneykunst*, vol. V, pag. 264. Ne peut-on pas expliquer cette différence par l'habitude de fumer, qui est généralement dominante en Allemagne ?

(1) M. HEY préfère la décoction, sans faire connaître les motifs de sa préférence, pag. 140. — POTT et RICHTER semblent regarder la fumée comme meilleure. Le premier dit que la fumée ne doit pas agir aussi puissamment sur le système nerveux que la décoction. L'administration de la fumée est souvent accompagnée de tant d'incommodités et d'inconvéniens dépendant de l'humidité de l'appareil ou de son dérangement, que la décoction est devenue d'un usage plus général; et l'on doit avouer que ce moyen d'employer le remède est le plus certain. Cependant je pense qu'on peut administrer la fumée en plus grande proportion que la décoction, sans en craindre les suites; et cela est important, parce que le remède échoue souvent pour n'avoir pu être continué assez long-temps.



pas de son action purgative , car j'ai déjà dit que les clystères purgatifs sont presque inefficaces. Le tabac excite non-seulement l'action des intestins, mais il exerce une influence *déprimante* particulière sur le système en général ; il abaisse le pouls , produit des nausées et le malaise , des sueurs froides et la syncope, circonstances dans lesquelles les parties rentrent spontanément ou peuvent être réduites par la plus légère pression. Son usage doit être continué jusqu'à ce que ces effets soient produits ; la quantité requise pour atteindre ce but varie considérablement dans les différentes personnes. M. COOPER a vu deux gros, et même un gros de tabac, employés sous forme d'infusion, devenir funestes au malade (1). Dans d'autres cas, deux onces ont été consumées dans l'appareil à fumée, avant de produire l'effet nécessaire, et la maladie s'est terminée favorablement (2). J'ai vu deux gros employés en décoction, et les deux tiers d'une once entièrement consumés en fumée sur le même malade, qui était âgé de cinquante ans, sans produire le plus léger effet : j'ai ensuite opéré dans ce cas avec un succès complet. Le tabac a souvent été avantageux

---

(1) *Anatomy, etc., of Ing. Hern.*, pag. 24. — La fumée semble avoir été funeste dans un cas observé par DESAULT, *OEuvres chirurg.* tom. II, pag. 344.

(2) *POTT's Works*, vol. III, pag. 277.



dans des cas extrêmes ; une hernie a été réduite par ce remède , sous la direction de M. POTT (1), lorsque tous les autres moyens avaient échoué , et que le malade avait été placé sur la table pour l'opération. Le même auteur rapporte d'autres exemples de son efficacité. Je pense qu'il n'est pas inutile d'ajouter aux faits déjà publiés les preuves suivantes de son action énergique , en observant cependant que je les donne simplement pour faire voir ce que ce remède peut produire , et non pour donner aux chirurgiens des modèles de conduite à suivre en pareil cas.

#### OBSERVATION I<sup>re</sup>.

Tous les moyens usités avaient été employés inutilement , dans une hernie scrotale étranglée , pendant l'espace de cinq jours. On eut recours à la fumée de tabac , et après avoir persévéré dans son usage pendant un temps considérable , la tumeur disparut spontanément.

#### OBSERVATION II.

Dans un autre cas , où l'étranglement avait duré pendant une semaine , et où le pouls faible , le vomissement fécal , la pâleur , l'oppression de la respiration , indiquaient le plus grand danger , le tabac produisit son effet avantageux , et le malade guérit.

---

(1) POTT's *Works* , vol. III , pag. 277.



## OBSERVATION III.

Dans un cas où la fumée fut à la fin favorable , son effet sur l'économie fut d'abord presque funeste. L'étranglement existait depuis trois jours, pendant lesquels les purgatifs et les clystères, les saignées abondantes, et les applications froides avaient été employés sans succès. L'administration du tabac produisit un tel état de tremblement et de faiblesse, que les spectateurs pensaient que le malade était mourant. Le pouls était tellement faible, qu'il était presque imperceptible; et l'habitude présentait des signes d'une prochaine dissolution : dans ces circonstances, l'étranglement se relâcha, les parties rentrèrent et le système nerveux fut bientôt remis des effets du remède.

Je pourrais terminer mes remarques sur ce point, en établissant que le tabac, comme tous les autres moyens, a souvent échoué, mais que nul autre remède n'a été aussi souvent avantageux, et que, quand il paraît, dans un essai bien dirigé, être incapable d'atteindre le but, la seule ressource qui reste est l'opération pratiquée sur-le-champ.



## SECTION VII.

*Antispasmodiques.*

RICHTER (1) insiste beaucoup sur l'utilité des antispasmodiques dans la hernie étranglée. Il comprend sous cette dénomination le bain chaud, les fomentations émollientes sur l'abdomen, l'opium, l'ipécacuanha à petites doses, etc. L'opium, il est vrai, a souvent été recommandé, et l'on a recueilli beaucoup de cas où il semble avoir déterminé la rentrée des parties déplacées; mais l'expérience ne porte pas à accorder une grande confiance à ce remède. Il possède, suivant les remarques de M. HEY (2), la faculté de suspendre la douleur et le vomissement, même quand il est inefficace en dernier résultat. Il peut donc être un auxiliaire utile dans certaines circonstances, quoiqu'on ne puisse pas le considérer comme un moyen de premier ordre pour remplir l'indication principale.

Le Dr HEBERDEN (3) vante beaucoup, d'après sa propre expérience, l'usage des opiacés dans les cas d'iléus. Les avantages produits par ces remèdes

---

(1) *Anfangsgründe der Wundarzneykunst*, vol. V, § 322 — 329.

(2) *Practical Observations*, pag. 134, et *Cas.*, pag. 129.

(3) *Commentaries*, pag. 272.



sont, selon cet auteur, de rendre l'estomac capable de supporter des purgatifs plus répétés et à plus forte dose, de combattre l'insomnie, de suspendre l'anxiété et les agitations. Dans un cas désespéré ils allégeraient les souffrances du malade et tranquilliseraient les derniers momens d'une existence qu'ils ne pourraient prolonger.

Je ne puis prononcer, d'après ma propre expérience, sur l'usage de l'ipécacuanha et des autres antispasmodiques : je n'attendrais aucun bien de leur emploi. Quand j'apprends que des hernies ont été réduites par des moyens évidemment insuffisans, comme l'administration de deux grains d'opium et de castoréum (1), je ne puis m'empêcher de soupçonner que la réduction aurait été obtenue sans le secours de ces moyens. RICHTER, non content d'employer l'ipécacuanha à dose nauséabonde, parle aussi de le donner à dose vomitive. Je suis extrêmement surpris de voir qu'un homme d'un aussi bon sens et d'une aussi grande expérience que RICHTER fasse une semblable proposition. Certainement si le vomissement devait effectuer la rentrée d'une hernie étranglée, il faudrait abandonner la maladie à la nature : ce symptôme paraît assez promptement sans l'usage des émétiques.

---

(1) RICHTER, *Traité des Hernies*, pag. 52.



## SECTION VIII.

*Bains et Topiques froids.*

Le bain froid et l'aspersion d'eau froide sur le malade, quoique, peut-être, suivis de succès dans quelques cas (1), n'ont jamais produit un bien très-évident, et ne sont pas accompagnés généralement d'un assez bon effet, pour mériter d'être recommandés.

L'application du froid à la hernie mérite plus d'attention (2). Elle peut être faite avec de la glace pilée, renfermée dans une vessie, et placée sur la hernie. Une solution de sel ammoniac ou d'autres sels, dans l'eau froide, peut être employée de la même manière. L'application de compresses im-

---

(1) PETIT fait mention d'un cas dans lequel, après l'emploi régulier et infructueux des moyens ordinaires de l'art, il s'étoit décidé à l'opération. Il étoit sur le point de faire sa première incision, quand il fut arrêté par l'arrivée de la grand'mère du malade, qui l'obligea de l'abandonner. Elle plaça le malade sur une couverture, et lui fit jeter un seau d'eau très-froide sur les cuisses et sur l'abdomen; et la hernie rentra presque immédiatement. *Traité des malad. chirurg.*, tom. II, pag. 325.

(2) M. WILMER a très-fortement recommandé cette pratique, et a rapporté plusieurs cas de son emploi avantageux. — Voyez la seconde édition de son traité. *London*, 8<sup>vo</sup>, 1802.



bibées d'eau à la glace, fréquemment renouvelées, et l'évaporation de l'éther (1) sur la partie, sont d'autres moyens de remplir la même indication. On doit persister dans cet essai pendant quelques heures (2), pour en attendre quelque résultat favorable. Il faut apporter beaucoup de précautions dans cette pratique, car on a vu le scrotum gelé par une application de glace longtemps continuée (3).

L'application topique du froid est un des plus puissans moyens dans la hernie étranglée, et il doit être considéré comme venant immédiatement après le tabac. Nous ne pouvons expliquer d'une manière satisfaisante le mode exact d'action de ce remède. On suppose qu'en causant une constriction ou une corrugation des tégumens et des parties externes, il produit une pression générale sur la surface des viscères déplacés. En même temps, en diminuant l'état inflammatoire, il réduit le volume des parties, et par ces deux effets il con-

---

(1) On trouve des exemples de la réussite de ce moyen dans DUNCAN's *Commentaries*, vol. XVII, pag. 487, et vol. XVIII, pag. 443. — Voyez aussi SCHMALZ dans LODER *Journal für Chirurgie*, b. I, pag. 681.

(2) Si l'on n'obtient aucun avantage dans l'espace de quatre heures, on ne doit pas attendre de succès d'une plus longue application du froid.

(3) COOPER, part. I, pag. 25.



court à favoriser la réduction. Comme l'action du froid diminue la sensibilité de la tumeur, les parties peuvent ensuite être maniées avec moins de douleur. On peut combiner ce moyen avec l'usage du tabac.

## SECTION IX.

### *Applications chaudes.*

Les cataplasmes et les fomentations, appliqués sur la tumeur et sur l'abdomen, furent autrefois très-employés dans le traitement de la hernie étranglée ; mais l'expérience répétée a si complètement démontré leur inefficacité, qu'aucun praticien de nos jours ne leur accorde la moindre confiance. La marche constante de ces maladies, de mal en pire, rend nécessaire d'employer des moyens efficaces dès leur commencement : en conséquence, tout moyen de traitement, innocent en lui-même, devient, par la perte de temps qu'il occasionne, positivement préjudiciable.

## SECTION X.

### *Observations générales.*

On peut regarder ces observations sur les divers moyens de traiter la hernie étranglée, comme pouvant s'appliquer aux cas que l'on rencontre journellement ; mais c'est au chirurgien à le faire



dans sa pratique. Il doit tâcher de constater la cause et l'espèce de l'étranglement; il doit faire un choix judicieux et une application convenable de ces moyens aux circonstances des cas particuliers. S'il est appelé au commencement de la maladie, et si le taxis a été sans succès, le bain chaud et la saignée, quand les circonstances le permettent, sont les premiers moyens qu'il emploiera. Cependant je ne suis porté à recommander le bain chaud que quand il peut être promptement préparé.

Les applications chaudes sur la tumeur tiennent le second rang dans la liste des moyens curatifs. Si elles n'ont pas de succès, il faut, dans le plus court délai possible, essayer l'usage du tabac, et, s'il ne réussit pas, opérer sans retard.

Un chirurgien, dont l'opinion, fondée sur une vaste expérience et sur un zèle désintéressé pour l'avancement de son art, mérite toute notre attention, a mis en question s'il convient de commencer le traitement, dans tous les cas de hernie étranglée, par le taxis. « Si l'étranglement est peu considérable, dit DESAULT, les bains, la situation, les applications émollientes suffiront toujours pour faire rentrer l'intestin, par le relâchement qui en sera l'effet. Sans doute que, dans quelques cas, on obtiendrait, par le taxis, un plus prompt résultat; mais,

---

(1) *OEuvres chirurg.*, tom. II, sect. IV.



à côté de tous ces cas, placez ceux où les efforts, quoique légers, augmenteront l'inflammation, le gonflement des parties, ajouteront au degré de l'étranglement, et, sous ce rapport, non-seulement seront inutiles, mais même très-funestes. Si l'étranglement est plus considérable, cas où l'on croit faussement que le taxis ne promet de succès qu'en employant de grands efforts, des dangers bien plus réels sont à craindre, en tentant ces efforts. Si on ne peut réduire l'intestin par ces efforts multipliés, ce qui arrive le plus souvent, l'opération reste unique et dernière ressource; or, comptez rarement sur sa réussite à la suite de ces efforts : la lésion déjà faite aux parties est une source alarmante de danger dans ce cas. » Aussi DESAULT fondait-il principalement sur cette circonstance son pronostic, qui rarement se trouvait en défaut. « Espérez toujours, disait-il, d'une hernie à laquelle on n'a point touché avant l'opération. » On peut en conséquence établir, d'après ces principes, la règle de s'abstenir du taxis et d'employer les relâchans au commencement de l'étranglement. Lorsqu'ils auront produit un changement dans l'état de la tumeur, de légères tentatives de réduction suffiront alors. Le traitement des hernies étranglées était dirigé à l'Hôtel-Dieu conformément à ces notions. Le malade était placé dans un



bain chaud immédiatement après son arrivée, ayant le tronc dans la position que l'on emploie pour favoriser la rentrée des parties par le taxis. On l'y laissait aussi long-temps qu'il pouvait le supporter, environ une heure ou deux. Un cataplasme émollient était ensuite appliqué sur la tumeur et des clystères étaient administrés. Le bain était employé trois fois par jour. Quand les symptômes inflammatoires étaient considérables, la saignée faisait partie du traitement.

Ces remarques s'appliquent surtout à l'étranglement inflammatoire : quoiqu'elles ne soient pas tout-à-fait d'accord avec la pratique usitée en Angleterre, on conviendra cependant qu'elles ne sont pas entièrement dénuées de raison ; et elles sont déduites, selon la remarque de BICHAT, des résultats de la vaste expérience de DESAULT. Ceux qui ne sont pas disposés à adopter dans toute leur étendue l'opinion et la pratique du chirurgien français, conviendront sans doute avec lui qu'une violence considérable, infligée à des organes qui, par leur structure, sont disposés à l'inflammation, et qui, dans leur situation naturelle, sont entièrement protégés contre les lésions extérieures, peut être nuisible ; qu'un tel traitement est encore plus dangereux quand ces organes sont dans l'état d'inflammation ; et, dans tous les cas, qu'un rude ma-



niement de la hernie par cinq ou six personnes l'une après l'autre, ne peut faire de bien, et peut au contraire occasionner beaucoup de mal.

L'emploi de la saignée, les clystères et les purgatifs, si l'estomac peut supporter ces derniers remèdes, soulagent en général les symptômes alarmans de l'épiplocèle, et dispensent d'avoir recours à l'opération. L'application des sangsues sur la tumeur peut produire du soulagement dans ce cas.

Lorsque, comme cela est très-fréquent, l'assistance du chirurgien n'a pas été requise au commencement de la maladie, le tabac, et l'application topique du froid, doivent être immédiatement employés, parce que les circonstances n'admettent pas de délai pour l'usage préalable de remèdes moins puissans. Le discernement du chirurgien doit le guider dans le choix des moyens et de la méthode convenables aux différentes circonstances d'un cas inflammatoire et d'un cas chronique. L'usage des purgatifs et des clystères, qui est avantageux dans ce dernier cas, ne promet point de succès dans le premier. Ils ne doivent jamais être employés, à moins que la lenteur des progrès de la maladie ne montre clairement que le danger n'est pas urgent.

Je désire inculquer au chirurgien la nécessité d'essayer sans délai les plus puissans moyens que l'art possède, et de pratiquer l'opération, aussi-



tôt qu'il est clairement démontré qu'ils sont sans efficacité (1). Il n'y aurait pas de raison à attendre du succès d'un remède peu actif, quand un plus puissant a échoué. L'espoir de réduire une hernie diminue en proportion de la durée de la maladie : les parties déplacées devenant plus enflammées, sont pressées plus étroitement par l'étranglement, et tombent bientôt dans un état où les tentatives de réduction par le taxis ne conviennent plus (2).

(1) « In universum notandum remedia incarcerationi opitulantia, citò et strenuè adhibenda esse, cum natura hic parùm aut nihil faciat, et omnis ægroti salus ab artis auxiliis petenda sit : omnis mora, omnisque tardior aut negligentior remediorum usus, semper damnosus, sæpissimè exitialis erit. » CALLISEN, *pars poster.*, pag. 464.

(2) RICHTER a si clairement et si fortement établi cette proposition, que le lecteur sera bien aise que j'insère l'extrait suivant d'un mémoire de cet auteur dans les Commentaires de Gottingen : « Quando mitiora remedia sedulò et dexterè, ast incassum, adhibita sunt, differenda non amplius est operatio. Quid enim spei superest, ut quod primo die non præstiterint, id prostent postero ? Inerescit omni mæmento vehementia morbi, inerescit vis illa, quæ constringit partes prolapsas, inerescit difficultas medelæ, ut itaque, quæ initio morbi, ubi facilior curatu morbus erat, nil profuerunt remedia, certè sub progressu morbi jam curatu difficilioris nil proderunt; superest hic operatio tanquam unicum remedium, quod, ut jam differatur, nil est quod



Le danger auquel l'opération expose le malade est moindre que celui qu'il encourt par le délai. Dans le dernier cas, l'inflammation et la gangrène de la hernie, des affections semblables des autres viscères, et l'irritation sympathique générale, portée au plus haut degré, seront certainement produits par la continuation de l'étranglement. Dans cet état, l'opération est pratiquée dans les circonstances les plus défavorables, et les deux maladies locale et générale menacent ensemble d'une terminaison fatale. Si l'on opère quand les parties ne sont pas enflammées, le malade ne court que le risque de l'opération (1).

Nous ne devons pas être guidés dans notre conduite seulement par la durée de la maladie ; le genre de l'étranglement, la nature des symptômes, l'effet des moyens employés, et l'état des parties, doivent influencer notre détermination. Les hernies petites et récentes, ou celles qui, ayant été contenues pendant long-temps au moyen d'un bandage, se reproduisent soudainement, n'admettent qu'un

---

suadet, cum ab hoc solo salus expectanda sit, cum increseat omni momento periculum vitæ. » *Nov. Comment.*, t. V, p. 63.

(1) « Certum hujus operationis periculum de nimia operationis dilatione pendet, si ægroti jam viribus exhausti partes elapsæ gravissima phlogosi, in gangrænam prona correptæ, et morbus ad reliqua contenta abdominis propagatus fuerit. » *CALLISEN, pars poster.*, pag. 478.



délai très - court. L'étranglement est violent dans de semblables cas , et l'inflammation et la gangrène surviennent promptement. Dans les hernies anciennes et volumineuses , qui sont souvent sorties et qui ont été souvent replacées , les symptômes ne sont pas si urgens , ni la nécessité d'opérer si pressante (1).

Nous convenons que le résultat de l'opération , dans quelques circonstances , est incertain ; mais la terminaison fâcheuse qui la suit si fréquemment , doit être attribuée , dans le plus grand nombre des cas , à ce qu'on la diffère , jusqu'à ce que l'état des parties déplacées ou du système général du malade soit tel qu'il ne reste qu'une faible chance de succès.

Il est à peine nécessaire aujourd'hui de combattre l'opinion , qu'il est assez tôt d'opérer quelque temps avant l'arrivée de la gangrène. L'inflammation qui est parvenue à un haut degré , se terminera certainement par la gangrène ; et souvent d'ailleurs des personnes sont mortes d'une hernie étranglée , avant que la maladie ne fût terminée par gangrène.

---

(1) J'ai déjà mentionné plusieurs cas ( note dans le chapitre I<sup>er</sup>, section V ) où la hernie étranglée devint fatale en un jour. — LEDRAN a rapporté un cas dans lequel l'opération fut pratiquée le dix-septième jour , et les parties n'étaient pas très-altérées. *Obs.* 57.



Le danger du délai a paru si évident aux meilleurs auteurs de chirurgie, qu'ils ont pris grand soin de démontrer la nécessité d'avoir promptement recours à l'opération. Les plus célèbres praticiens du continent sont d'accord sur ce point avec les plus grands chirurgiens de notre pays ; et les effets dangereux et funestes du délai sont fortement retracés dans beaucoup d'endroits de leurs ouvrages (1). On pourrait, pour étayer cette assertion, rapporter divers extraits des ouvrages de la plus grande autorité ; mais je me contenterai d'une citation des *Observations Pratiques* de M. HEY (2). Elle est surtout précieuse en ce qu'elle offre un tableau comparatif du résultat de l'opération pratiquée en temps convenable, et mal à propos retardée. Quand ce célèbre chirurgien commença la pratique, il regardait l'opération comme une dernière ressource, qu'on devait employer seulement quand le danger paraissait imminent. « Par cette méthode expectante, dit-il, j'ai perdu trois malades sur cinq qui avaient été opérés. Ayant plus d'expérience de la rapidité

---

(1) Voyez POTT's *Works*, vol. III, p. 286. — BERTRANDI, *Tr. des Opér.*, p. 21. — WILMER, *Pract. Obs. on Hern.*, p. 75. — RICHTER, *Tr. des Hern.*, p. 105 et 106. — CALLISEN, *Syst. Chir. hod., pars poster.*, p. 473. — COOPER, *Anat. etc. of inguinal Hernia*, p. 26.

(2) *Pract. Observ.*, pag. 145.



de la maladie, j'adoptai l'usage, quand j'étais appelé par un malade qui éprouvait l'étranglement depuis deux ou trois jours, d'attendre seulement environ deux heures, pour essayer l'effet de la saignée (si cette évacuation n'était pas contre-indiquée par quelques circonstances particulières de la maladie) et du clystère de tabac. En suivant cette méthode, j'ai perdu environ deux malades sur neuf que j'avais opérés. Cette comparaison est tirée de faits à peu près semblables, en éloignant de ce compte les cas dans lesquels la gangrène de l'intestin était arrivée. J'ai maintenant, au moment où j'écris, pratiqué l'opération trente-cinq fois, et j'ai souvent eu occasion de regretter de l'avoir pratiquée trop tard, mais jamais de l'avoir pratiquée trop tôt. »

Nous pouvons donc établir comme une conséquence générale de tout ce que nous avons avancé, qu'une personne peut être délivrée, seulement par les efforts de l'art, du danger auquel l'expose une hernie étranglée; que la marche constante et généralement rapide de cette maladie, de mal en pire, impose au chirurgien la nécessité de ne pas tarder à essayer les moyens les plus puissans, afin que, s'ils sont insuffisans, l'opération puisse être pratiquée avant que les parties déplacées soient devenues enflammées et douloureuses; qu'une opération faite dans de telles circonstances a toute la chance possible de succès, mais que si les symptômes indiquent l'in-



flammation ou la gangrène de la partie, les chances d'un résultat favorable sont beaucoup diminuées, quoique l'indication soit encore plus urgente (1).

Je décrirai l'opération quand je parlerai de la hernie inguinale; et la description faite alors sera applicable aussi aux autres espèces, excepté dans des points particuliers qui seront indiqués par la suite.

---

(1) La plus singulière opinion relativement à l'opération de la hernie étranglée, a été admise par le célèbre HEBERDEN: je crois devoir la rapporter ici, parce que le poids d'un nom aussi respectable pourrait sans cela faire adopter un plan de conduite qui aurait inévitablement la plus fatale conséquence. Il regarde l'usage de l'instrument tranchant comme n'étant presque jamais convenable; il déclare qu'il ne connaît pas de règle pour juger les cas où l'opération convient, et le temps où elle doit être pratiquée. Voyez ses *Commentaires*, pag. 273. — Je ne crois pas nécessaire, après les observations précédentes, de faire aucun commentaire sur cette opinion. Je placerai seulement à côté d'elle le sentiment d'un auteur non moins expérimenté que le D<sup>r</sup> H., et dont l'opinion sur un sujet chirurgical est au moins d'une aussi grande autorité: « Grave illud periculum quod hernia parit incarcerata, certo præsentissimoque chirurgia tollit remedio, operatione scilicet illâ quæ herniotomia vocatur. » RICHTER, in *Comment. Gott.*, t. V, pag. 56.



## CHAPITRE IX.

## ANATOMIE DES HERNIES INGUINALES.

---

IL est bon de faire précéder l'exposition de la hernie inguinale, d'une description des parties qu'elle intéresse, puisque leur connaissance exacte jette un grand jour sur ce sujet, et est surtout très-utile dans la pratique de l'opération qu'elle requiert pour sa guérison. Dans ce cas, à la vérité, comme dans beaucoup d'autres, un chirurgien peut se tirer d'affaire sans connaissances anatomiques; mais il ne peut opérer avec satisfaction pour lui-même et sans danger pour le malade, puisqu'il doit être tout à coup embarrassé, s'il rencontre quelque circonstance extraordinaire. C'est pourquoi nous ne devons pas être surpris de voir qu'il renvoie l'opération au dernier moment, et qu'en espérant éviter l'exécution de cette opération qu'il craint, il perd le temps qui devrait être employé à la pratiquer, à répéter des essais qui ont déjà été infructueux. On chercherait en vain le genre de connaissance dont je veux parler, dans les ouvrages les plus estimés sur les hernies; car l'anatomie a été jusqu'ici très-peu étudiée sous le rapport de ses connexions avec la chirurgie. C'est



pourquoi je ne prétends faire aucun reproche aux hommes dont les travaux ont étendu et perfectionné ce dernier art, lorsque je dis que leurs ouvrages montrent de l'ignorance sur ce sujet : la faute ne doit pas retomber individuellement sur eux, mais elle appartient au temps dans lequel ils ont vécu. Quelques observations sur des points particuliers se trouvent éparses dans les ouvrages de différens auteurs; mais il n'existait pas de description complète ni de représentation exacte des hernies, même les plus communes, comme l'inguinale, la fémorale, et l'ombilicale, avant les excellens ouvrages nouvellement publiés par CAMPER (1), COOPER (2) et SCARPA (3).

---

(1) *Icones Herniarum editæ à S. T. SOEMMERING*, franc. in-fol. 1801. Ces planches représentent plusieurs points importans de l'anatomie de la hernie inguinale, dans ce style de dessin exact et expressif qui était particulier à CAMPER. On doit observer que, quoiqu'elles n'aient été publiées qu'après la mort de l'auteur, elles avaient été gravées dès l'année 1757.

(2) *Anatomy and surgical treatment of inguinal and congenital Hernia*, Lond. in-fol. 1804.

*Anatomy and surgical treatment of crural and umbilical Hernia*, etc., in-fol. 1807.

(3) A l'époque de sa publication, l'ouvrage de RICHTER, écrit en allemand (*Von den Brüchen*, in-8°. Goetting, 2 vol. 1778 et 1779; 2<sup>e</sup> édit. en 1 vol., 1785.), et traduit en français par ROUGEMONT (*Traité des Hernies*, in-4°. Bonn., 1788.), était le plus étendu qui eût été publié sur ce sujet :



SECTION I<sup>re</sup>.*Description anatomique des ouvertures par lesquelles se font les hernies inguinales.*

L'expansion aponévrotique qui constitue le tendon du muscle oblique externe de l'abdomen, outre

---

il sera toujours recommandable par la clarté, le bon esprit et les recherches étendues que l'on y rencontre, et surtout par la description des symptômes et les règles pratiques auxquelles la longue expérience de l'auteur donne beaucoup de poids. Il était peu avancé sur l'anatomie des hernies, et SCARPA allègue cette raison comme le motif de la publication de son ouvrage : *Sull' Ernie memorie anatomico-chirurgiche*, Milano, in-fol. atl. 1809, traduit en français par CAYOL, sous le titre de *Traité pratique des Hernies, ou Mémoires anatomiques et chirurgicaux sur ces maladies*. Paris, in-8°. avec atlas in-fol. ; et en anglais, par M. S. H. WISHART, sous le titre de *Treatise on Hernia*. Edimburg, 1814, avec les gravures réduites in-8°.

Les espérances que les ouvrages de cet anatomiste consommé avaient faire naître sont remplies par l'exactitude anatomique, le goût, la belle exécution et la beauté des gravures originales, ainsi que par la simplicité et la clarté scientifique du texte. Les planches de la traduction française, quoique dans un format plus petit que celles de l'ouvrage original, sont très-bien exécutées, non-seulement pour la représentation de tous les faits anatomiques, mais encore parce qu'elles possèdent une partie de la beauté de celles dont elles ne sont que la copie. Comme cette traduction est d'un usage plus général que l'original italien, je l'ai toujours citée dans cet ouvrage, et, pour la même raison,



ses connexions dans toute la longueur de la ligne blanche, est attachée à l'épine antérieure et supérieure de l'ilium, et à la partie supérieure du pubis. Son bord inférieur, qui est épais et tendu entre ces deux points, est plus connu sous le nom de

---

j'ai cité la traduction française de RICHTER au lieu de l'original allemand.

Le docteur F. C. HESSELBACH, de Wurzburg, a dernièrement publié un ouvrage en allemand, intitulé, *Nouvelles recherches anatomico-pathologiques sur l'origine et les progrès des Hernies inguinales et fémorales*, avec 15 planches in-4°. , consacré entièrement à l'anatomie, et contenant une exposition courte, mais correcte, des circonstances principales relatives à la structure naturelle de la région inguinale et à l'anatomie de la hernie crurale et des deux genres de hernie inguinale. Quoique les planches soient grossièrement exécutées, et que l'ouvrage, tant sous ce rapport que sous celui de l'abondance des détails et des explications, ne soit pas comparable aux excellens ouvrages de COOPER et de SCARPA, il fait honneur à l'habileté et au travail de son auteur, si, comme il le paraît, celui-ci ignorait les faits découverts par ces deux célèbres chirurgiens et anatomistes.

Pendant l'impression de cette feuille, j'ai reçu une traduction latine de l'ouvrage d'HESSELBACH, publié cette année à Wurzburg, sous le titre de *Disquisitiones anatomico-pathologicae de ortu et progressu herniarum inguinalium et cruralium, cum tabulis XVII æneis*. Les deux planches ajoutées contiennent la figure d'un instrument proposé pour aider le chirurgien à découvrir la source et pour arrêter les progrès de l'hémorrhagie qui résulte de la lésion des artères dans l'opération de la hernie étranglée.



ligament de *Poupart* ou de *Fallope*, et est communément décrit maintenant sous celui d'*arcade crurale* (1). Les fibres de l'aponévrose, en se dirigeant en bas et en dedans, se séparent en deux portions distinctes, qui constituent les piliers ou les colonnes de l'anneau abdominal. Le supérieur et interne est fixé à la symphyse des pubis : l'inférieur et externe (qui vient d'être nommé ligament de Poupart), est attaché à l'épine et à la crête de l'os. La séparation de ces colonnes tendineuses laisse un espace triangulaire, appelé l'anneau abdominal ou l'anneau du muscle oblique externe. Le pubis constitue la base du triangle, les deux piliers forment ses côtés, et le sommet est le point où ils se séparent l'un de l'autre. Cependant il n'est pas anguleux, car plusieurs fibres transverses, qui lient les deux colonnes l'une à l'autre, arrondissent cette partie supérieure de l'ouverture : ces fibres sont surtout épaisses dans les vieilles hernies. L'anneau abdominal est dirigé obliquement en haut et en dehors ; sa partie supérieure est tournée vers l'épine de l'ilium ; cette partie est souvent désignée sous le nom d'*angle externe* de l'anneau ; la base du triangle est située en bas et en dedans relativement au som-

---

(1) Pour d'autres particularités concernant cette partie, je renvoie le lecteur à la « description des parties dans lesquelles est située la hernie fémorale. » Chap. XIV, sect. I.



met, et les deux côtés, dont l'un est externe et l'autre interne, se continuent obliquement en bas et en dedans du sommet à la base (1).

L'aponévrose du muscle oblique interne est séparée, dans sa plus grande partie, en deux couches, dont l'antérieure, plus épaisse, est jointe au tendon de l'oblique externe, et la postérieure, plus mince, est attachée à celui du transverse; mais la portion inférieure de ce tendon, avec la partie correspondante du transverse, passe entièrement au-devant du muscle droit. Le bord inférieur de ces deux muscles (l'oblique interne et transverse), qui vient de la moitié supérieure environ du ligament de Poupart, se trouve derrière ou dans la colonne externe de l'anneau abdominal, et est fixé au pubis derrière l'anneau (2).

Une aponévrose mince s'étend du bord interne ou postérieur du ligament de Poupart derrière le transverse, sur la surface duquel elle se perd graduellement. Par elle l'anneau de l'oblique externe est fermé du côté de l'abdomen; et sans elle il y au-

---

(1) Si l'on emploie les nouveaux termes du docteur BARCLAY, le sommet de l'anneau est atlanto-latéral; la base, sacro-médiale; le côté interne est médial, et l'externe latéral; les extrémités atlantales de ces deux côtés sont latérales, et leur extrémité sacrale est médiale.

(2) L'attache du transverse au pubis est indiquée par WINSLOW, sect. III, § 3, et par GUNZ, *Obs. anat. chir. de Herniis*, pag. 18.



rait une ouverture directe dans la cavité du bas-ventre derrière cet anneau (1) : l'aponévrose que nous décrivons consiste en une expansion très-mince et délicate. M. COOPER, qui, le premier, l'a indiquée, sous le nom de *fascia transversalis*, aponévrose transversale, a judicieusement observé que, dans quelques sujets, elle paraît être seulement du cellulaire condensé (2). Si, après avoir soigneusement enlevé le transverse, on presse avec le doigt au-dessus du ligament de Poupart, on éprouve une plus grande résistance que le péritoine sans soutien ne l'offrirait ; ce qui dépend du *fascia transversalis*.

---

(1) On a jusqu'à présent généralement pensé que l'anneau abdominal est couvert seulement par le péritoine à sa surface postérieure, et en conséquence que les parties contenues d'une hernie se déplacent directement de la cavité abdominale. Si cette description était exacte, la hernie inguinale serait beaucoup plus fréquente qu'elle ne l'est en effet. La citation suivante de RICHTER fera voir l'opinion généralement reçue sur ce sujet. Après avoir décrit l'ouverture du tendon de l'oblique externe, il poursuit ainsi : « Derrière cette fente, uniquement remplie par du tissu cellulaire et par les parties mentionnées, est placé le péritoine, qui n'est recouvert par aucun muscle, et qui doit non-seulement résister à la force distendante, mais encore au poids des viscères de l'abdomen. Cet endroit est ainsi naturellement très-faible, et facilite d'autant plus la formation des hernies, qu'il est placé en bas. » Pag. 15.

(2) Pag. 6.



Cependant, cette partie a souvent une structure tendineuse très-distincte à son attache à l'arcade. Si on la suit de cet endroit vers la partie supérieure, on trouvera qu'elle est divisée immédiatement en deux portions, une interne et une externe, qui laissent entre elles un intervalle considérable, précisément au milieu de l'arcade crurale. La première de ces portions est unie par son bord interne avec le bord externe du droit de l'abdomen, et au bord inférieur du tendon de l'oblique interne et du transverse; toutes deux se perdent graduellement en haut, entre le péritoine et le transverse. La surface postérieure de cette aponévrose est tapissée par le péritoine.

En examinant ces parties du côté de la cavité de l'abdomen, on trouve que le péritoine, qui tapisse la région iliaque, présente deux excavations superficielles, séparées par un repli falciforme. Ce repli, formé par un cordon fibreux remplaçant l'artère ombilicale du fœtus, et par une duplicature du péritoine qui enveloppe ce cordon, s'élève, des côtés de la vessie, obliquement en haut, et en dedans vers l'ombilic : il est plus large en bas, devient de plus en plus étroit en montant, et finit à environ deux pouces du nombril. Son bord falciforme est libre et tourné vers la cavité. Ce pli est situé un peu en dedans de l'ouverture supérieure du canal abdominal. Dans leur situation relative, une des fossettes est ex-



terne (latérale) et un peu supérieure, l'autre est interne (médiale) et un peu inférieure.

Le péritoine est uni aux parois de l'abdomen, dans la région inguinale, par un tissu cellulaire lâche, qui cède facilement à la force qui déplace les viscères, et permet à cette membrane d'être assez étendue pour envelopper les déplacements les plus volumineux. Cette substance cellulaire molle l'accompagne quand il est déplacé, et l'unit aux parties environnantes, telles que les vaisseaux spermaticques et le conduit déférent, le crémaster et la gaine commune du cordon.

L'ouverture supérieure du canal abdominal est située dans la fosse externe; la fossette interne correspond à l'anneau du muscle oblique externe, le *fascia transversalis* et les insertions aponévrotiques du muscle oblique interne et du transverse étant interposés entre eux.

Le *fascia transversalis* étant situé derrière les muscles oblique interne et transverse, l'intervalle compris entre ses deux portions est couvert par ces muscles, excepté dans le voisinage immédiat de l'arcade crurale, où l'on en aperçoit une petite partie au-dessous de leur bord inférieur. Cette ouverture donne passage au cordon spermatique et au ligament rond de l'utérus, et a été décrite pour la première fois par M. COOPER, dans son ou-



vrage sur les hernies inguinale et congénitale. Le côté supérieur de cette ouverture est formé par le bord inférieur de l'oblique interne et du transverse, qui peuvent être très-distinctement sentis en passant le doigt obliquement en haut et en dehors à travers l'anneau du muscle oblique externe. Les autres côtés de l'ouverture, qui ne sont pas toujours très-distincts, sont formés par le *fascia transversalis* (1).

Les vaisseaux spermatiques, placés sous le péritoine, descendent de la région des reins sur la surface du muscle iliaque interne, sont unis à ce muscle et au péritoine par du tissu cellulaire lâche, et arrivent à l'écartement qui existe entre les deux portions du *fascia transversalis*. Là, ils se joignent au conduit déférent; et le cordon spermatique, qui résulte de cette jonction, passe à travers l'ouverture, et par conséquent sous le bord charnu de l'oblique interne et du transverse (2), le point précis dans lequel il traverse l'ouverture supérieure du ca-

---

(1) Cette ouverture, et le rapport des vaisseaux spermatiques et épigastriques avec elle, sont bien représentés par HESSELBACH, pl. III, IV, V et VI.

(2) La partie où les vaisseaux spermatiques abandonnent l'abdomen fut d'abord représentée par CAMPER dans ses *Demonstrationes anatomico-pathologicae*, publiées en 1760. Les *Icones herniarum*, du même auteur, qui avaient été gravées auparavant, représentent les mêmes choses. — WINS-



nal abdominal, étant marqué par une légère dépression du péritoine (1). Il marche alors obliquement en bas et en avant, entre le *fascia* et l'aponévrose du muscle oblique externe (2), augmenté de volume par quelques fibres musculaires minces, appelées le muscle crémaster, qui viennent du bord inférieur de l'oblique interne et de l'arcade crurale. Le cordon sort enfin à travers l'ouverture du tendon de l'oblique externe, et alors se dirige tout à coup en bas, reposant moins sur l'os entre les deux colonnes de l'anneau, que sur la colonne externe, de manière à couvrir son insertion au pubis. Les parties qui composent le cordon sont partout unies entre elles par du tissu cellulaire abondant.

Si, sous le nom d'*anneau abdominal* (*abdomi-*

---

LOW fait aussi mention de cette partie sans la décrire en détail. Sect. III, § 94.

SCARPA dit, en parlant du cordon spermatique, « qu'il pénètre à travers les fibres intérieures de l'oblique interne, qui s'écartent pour lui livrer passage; mais qu'il ne fait que glisser sous le bord charnu inférieur du muscle transverse. » Pag. 25.

(1) SCARPA indique cette dépression comme « un petit enfoncement en forme d'entonnoir, » dont le développement progressif forme le sac herniaire. Page 44.

(2) Le passage du cordon spermatique à travers un canal, avant de traverser l'anneau de l'oblique externe, est expressément établi par GIMBERNAT dans son *Nuevo Metodo de operar en la Hernia crural*, Madrid, 1793.



*nal ring*), on comprend tout le passage du cordon spermatique à travers les parois de l'abdomen, on doit le décrire comme canal, et non comme une simple ouverture. L'orifice supérieur ou intérieur est plus près du pubis que de l'ilium (1); l'orifice inférieur ou extérieur est l'ouverture

(1) Je joins l'état des mesures exactes de ces parties, telles que M. COOPER les a données dans la seconde partie de son ouvrage sur les hernies.

Dans l'homme. Dans la femme.

#### De la symphyse des pubis

A l'épine antérieure et supérieure

de l'ilium . . . . . 5 p.  $\frac{3}{4}$ . 6 p.

A l'épine du pubis. . . . . 1  $\frac{1}{8}$ . 1  $\frac{3}{8}$ .

Au côté interne de l'ouverture in-

férieure du canal abdominal. . 0  $\frac{7}{8}$ . 1

Au côté interne de l'ouverture su-

périeure. . . . . 3 3  $\frac{1}{4}$ .

Au milieu de l'artère iliaque. . . 3  $\frac{1}{8}$ . 3  $\frac{3}{8}$ .

A la veine . . . . . 2  $\frac{5}{8}$ . 2  $\frac{3}{4}$ .

A l'origine de l'artère épigastrique. 3 3  $\frac{1}{4}$ .

Au passage de l'artère épigastrique

sur le côté interne de l'ouverture supérieure. . . . . 2  $\frac{3}{4}$ . 2  $\frac{7}{8}$ .

Au milieu du bord lunaire du fas-

cia-lata . . . . . 2  $\frac{3}{4}$ . 3  $\frac{3}{4}$ .

Du bord antérieur de l'arcade cru-

rale à la grande veine saphène. 1 1  $\frac{1}{4}$ .

De la symphyse des pubis au mi-

lieu de l'anneau crural. . . . . 2  $\frac{1}{4}$ . 2  $\frac{3}{8}$ .



triangulaire du tendon de l'oblique externe, appelée ordinairement l'anneau abdominal; et le canal s'étend obliquement entre ces deux points, formé en devant par l'aponévrose du muscle oblique externe, et en arrière par le *fascia transversalis* (1).

L'artère épigastrique naissant du tronc iliaque externe, près du ligament de Poupart, passe derrière le cordon spermatique, et croise sa direction à l'endroit même où il entre dans le canal abdominal. Elle se dirige obliquement en haut et en dedans, sur la surface adhérente du péritoine, précisément le long du côté interne de l'ouverture supérieure de l'anneau, et passe ainsi à la distance d'environ un pouce de l'extrémité supérieure de l'anneau de l'oblique externe, en se portant à la face postérieure du muscle droit, qu'elle atteint après un trajet d'environ deux pouces et demi (2). Elle est accompagnée par deux veines, qui se terminent par un seul tronc dans la veine iliaque, un peu au-dessous de l'origine de l'artère épigastrique;

---

(1) Les termes du D<sup>r</sup> BARCLAY fournissent le moyen d'exprimer plus exactement la position relative des deux ouvertures du canal abdominal. L'ouverture du tendon de l'oblique externe est sacrale, médiale et dermale, celle du *fascia transversalis* est atlantale, latérale et centrale.

(2) HESSELBACH, pl. VI. — SCARPA, pl. I. — COOPER, de la *Hernie inguinale*, pl. II; de la *Hernie crurale*, pl. II, fig. 6, pl. V, fig. 3.



la plus large de ces veines est entre l'artère et le pubis (1).

Si l'on considère la ténuité du bord inférieur des muscles oblique interne et transverse, et si l'on fait attention qu'il reste une ouverture au-dessous d'eux pour le passage du cordon spermatique, et que l'anneau de l'oblique externe n'est fortifié en arrière que par l'aponévrose formée par le *fascia transversalis* et les insertions tendineuses des deux muscles précédens, on concevra aisément que cette partie

---

(1) Je joins, à l'usage des étudiants, une courte indication de la dissection des parties décrites dans ce chapitre. Après avoir découvert le tendon de l'oblique externe dans sa partie inférieure, et particulièrement à l'endroit où il forme l'arcade crurale, ainsi qu'à sa double insertion au pubis, qu'on fasse au travers de ce tendon une incision transversale qui commence à la ligne semi-lunaire environ un pouce au-dessus du nombril, et se prolonge directement en dehors. De la fin de cette incision, il faut en prolonger une perpendiculaire jusqu'à la crête de l'ilium, et séparer l'oblique externe de cette partie de l'os. L'incision doit alors être prolongée à travers le tendon, parallèlement à l'arcade crurale, au-dessus d'elle juste au niveau de l'ouverture inférieure du canal abdominal, qu'il faut cependant laisser entière. En relevant le lambeau, ainsi séparé, vers la ligne blanche, on voit le cordon spermatique passant entre les deux ouvertures; le bord inférieur des muscles oblique interne et transverse, qui sont là réunis en un seul, passant au-dessus du cordon pour se fixer au pubis derrière l'anneau; et le crémaster s'épanouissant sur les vaisseaux sper-



est le point le plus faible des parois abdominales. Sa position dans la région inférieure de l'abdomen , en l'exposant à une plus grande pression , concourt , avec cette faiblesse , à en faire le siège le plus ordinaire des hernies.

Dans la hernie inguinale, les parties sont ordinairement poussées sur le cordon spermatique : ainsi elles pénètrent d'abord dans l'ouverture supérieure, et ensuite, après avoir traversé le canal, elles viennent paraître à travers l'anneau de l'oblique externe. Elles peuvent entrer dans l'ouverture supérieure,

---

matiques. En écartant avec soin de l'arcade crurale les muscles ci-dessus mentionnés, on verra le *fascia transversalis* et le passage du cordon à travers son écartement; et une légère dissection découvrira l'artère épigastrique sur le bord interne de l'ouverture supérieure du canal. En remettant à sa place la portion relevée des muscles oblique interne et transverse, on peut s'assurer exactement de leur rapport avec le trajet du cordon spermatique; et comme l'attache externe au pubis subsiste encore, on peut voir immédiatement la distance et la position relative des deux ouvertures. La vue la plus naturelle de l'ouverture supérieure peut être prise de l'intérieur, en détachant avec soin le péritoine de l'arcade crurale et des parties adjacentes. On peut alors, sans aucune autre dissection, voir le *fascia transversalis*, avec sa division; l'entrée des vaisseaux spermatiques et du conduit déférent dans le canal, et le trajet des vaisseaux épigastriques, sont exposés dans leur situation la plus naturelle, et l'on voit distinctement aussi la connexion du *fascia transversalis* avec le bord du muscle droit.



et rester dans le canal, sans continuer leur trajet à travers l'ouverture inférieure; ou bien elles peuvent passer directement à travers l'ouverture inférieure sans parcourir le canal. Chacune de ces variétés exige une description particulière. Dans les deux premiers cas, les parties sont poussées contre l'excavation ou fossette externe du péritoine; et dans le dernier contre l'interne (*voyez* page 167, 168).

La description de ces parties est la même chez la femme, où le ligament rond de l'utérus occupe la place du cordon spermatique, si ce n'est que l'ouverture du tendon du muscle oblique externe est beaucoup plus petite.

## SECTION II.

*Description anatomique de la première espèce de hernie inguinale, c'est-à-dire de celle qui traverse le canal inguinal (1).*

Le plus grand nombre des hernies inguinales appartiennent à cette espèce. Les viscères sortent à travers l'ouverture qui existe entre les deux portions du *fascia transversalis*, et par-dessous le bord

---

(1) HESSELBACH l'appelle *externe*, pour la distinguer de celle qui est décrite dans la section IV de ce chapitre, qu'il appelle hernie inguinale *interne*. Ces termes, dont le premier équivaut à celui de *latéral*, et le dernier à celui de *médial*, du docteur BARCLAY, sont tirés de la situation relative dans laquelle ces hernies commencent à se former du côté de l'abdomen. L'*externe*, ou la hernie inguinale ordi-



des muscles oblique interne et transverse, c'est-à-dire à l'endroit où la tunique vaginale communique avec l'abdomen dans le fœtus, et où le cordon spermatique sort dans l'adulte. Ils passent à travers le canal abdominal, en contact immédiat avec la surface antérieure du cordon, et viennent paraître à l'ouverture du tendon du muscle oblique externe. L'orifice du sac est à l'ouverture supérieure du canal; il est en conséquence placé à peu près au milieu de l'espace compris entre l'épine antérieure et supérieure de l'ilium et l'angle du pubis: de ce point, le col du sac se porte obliquement en bas et en dedans, entre l'aponévrose de l'oblique externe et le *fascia transversalis*; et le prolongement du péritoine, qui s'échappe à travers l'ouverture inférieure du canal, se continue directement en bas.

Quand la hernie est récemment formée, l'espace qui sépare les deux ouvertures, et leur position relative, sont les mêmes que dans l'état naturel. Mais la pression des viscères déplacés, en élargissant l'orifice supérieur, le rapproche graduellement

---

naire, sort au côté externe de la ligne tracée par le trajet de l'artère ombilicale, ou de l'entrecroisement du cordon spermatique et de l'artère épigastrique; la dernière sur le côté interne de la même ligne ou de cet entrecroisement. Voyez SCARPA, Mém. I, § 26, où il cite le *Traité anatomico-chirurgical sur l'origine des hernies inguinales* d'HESSSELBACH, en allemand, avec quatre planches. Wurzburg, 1806.



de l'inférieur; tellement que dans une hernie ancienne et volumineuse, l'ouverture de l'abdomen est presque directe. L'effet de ce changement progressif est tel, en général, que l'on trouve rarement un cas dans lequel la distance naturelle entre les deux ouvertures soit conservée, après que la hernie a traversé le tendon de l'oblique externe.

Le péritoine, poussé directement sur les vaisseaux spermatiques, passé entre eux et le muscle crémaster, dans le tissu cellulaire lâche qui les réunit. Ce muscle forme, avec du tissu cellulaire condensé, une enveloppe qui contient le cordon, avec le testicule et ses membranes, qui leur est unie par un tissu lâche et peu résistant, et qui est décrite par quelques anatomistes comme la *tunique vaginale commune* du cordon spermatique (1). Le prolongement du péritoine distend le tissu lâche, et passe entre cette enveloppe et les vaisseaux spermatiques; il est en conséquence pourvu d'une tunique extérieure qui provient de cette origine; et cette tunique couvre aussi le cordon et le testicule.

---

(1) Des fibres du crémaster, dit SCARPA, « parvenues au dehors de l'anneau, deviennent très-flexueuses, se répandent dans différens sens et se croisent de diverses manières, jusqu'à ce qu'elles se terminent toutes dans une sorte de gaine tendino-membraneuse qui renferme le cordon spermatique avec son enveloppe cellulaire, et la tunique vaginale du testicule. » Page 24. Ces faits sont parfaitement représentés dans les planches I et II.



Lorsque la hernie descend dans le scrotum, elle continue d'être placée au devant des vaisseaux spermaticques (sauf les exceptions qui seront indiquées); elle continue aussi d'être enveloppée avec eux par la tunique vaginale commune, et arrive enfin à la partie supérieure du testicule, là où les vaisseaux spermaticques pénètrent dans cette glande, et où la tunique commune est unie par un tissu plus dense et plus serré à la tunique vaginale du testicule. C'est là que sa descente se termine, et l'on voit une marque de séparation à cet endroit entre le fond du sac et le testicule, dans les très-vieilles hernies scrotales que l'on dissèque.

Quelques fibres tendineuses, venant de l'aponévrose de l'oblique externe, à l'endroit où il forme l'ouverture inférieure du canal abdominal, se remarquent quelquefois dans cette enveloppe externe. La pression de la tumeur occasionne un épaissement considérable de cette partie dans les hernies anciennes, dans lesquelles on peut souvent reconnaître plusieurs feuillets distincts; et l'épaisseur du sac, pris en totalité, dépend de cette circonstance (1).

Les fibres du crémaster, dans l'état naturel, sont

---

(1) « Je puis assurer, d'après un grand nombre d'observations, que, dans la plupart des cas, le *sac herniaire proprement dit* ne s'épaissit pas sensiblement, et qu'en général il ne diffère pas des autres parties du péritoine, quels que soient le volume et l'ancienneté de la hernie scrotale. »  
SCARPA, p. 53.



rare, minces et pâles; elles s'accroissent quand la hernie inguinale a existé pendant quelque temps, et acquièrent un développement surprenant dans les hernies.

Les vaisseaux génitaux externes se distribuent entre le sac et les tégumens, et leurs branches acquièrent un volume considérable dans les hernies scrotales anciennes (1).

En général, les chirurgiens n'ont pas bien connu l'existence ou l'origine de l'enveloppe externe que nous décrivons. Ils ont supposé que le sac herniaire est seulement formé par le péritoine dans divers états de densité : et ils ont attribué à la distension l'état d'épaississement dans lequel on le trouve fréquemment. Cependant, quelques auteurs ont connu la véritable nature de ce cas. MÉRY a trouvé le sac d'une hernie volumineuse couvert de trois enveloppes (2); et Petit (3), en décrivant l'opération, parle de découvrir et de diviser « la membrane commune à la hernie, au cordon spermatique et au testicule. » Le sac péritonéal, suivant MAUCHART (4),

---

(1) CAMPER, tab. XIII.

(2) *Mém. de l'Acad. des sciences*, 1701, « Observations sur les hernies. »

(3) *Trait. des malad. chirurg.*, pag. 362.

(4) *Dissertatio de Herniâ incarceratâ, novâ encheiresi extricatâ*. Tubingen, 1722, et HALLERI *disput. chirurg. select.*, tom. III, « *saccus externus multò crassior est interno, inque varias separari lamellas potest,* » etc., cap. 2



est entouré d'une tunique externe plus épaisse que lui, séparable en plusieurs feuillets, ayant dans sa composition des fibres tendineuses de l'aponévrose du muscle oblique externe, et que pour cette raison il appelle *tunique aponévrotique*. Ce dernier fait est aussi noté par GUNZ (1). SHARP (2) observe très-judicieusement que « quand le sac herniaire descend dans l'aîne ou le scrotum, il distend avec violence l'enveloppe du cordon spermatique et le muscle crémaster qui la recouvre, de manière à en former une véritable gaine. » WRISBERG (3) a non-seulement décrit l'enveloppe extérieure de la hernie, mais il l'a même dessinée. Il l'appelle *velamen accessorium*, et la représente dans la figure d'une oschéocèle disséquée. On trouve cette structure anatomique expressément établie, avec plusieurs excellentes figures des parties, dans CAMPER (4), dont j'emprunte la citation suivante : « Cremasteres igitur musculi sunt, ab obliquo interno et transverso abdominis orti, per involucrum

---

(1) *Observationum chirurgicarum de Herniis libellus*. Lipsiæ, 1744, pag. 50, 51.

(2) *Critical inquiry*, 3<sup>e</sup> édit., pag. 5.

(3) *Commentationes reg. soc. scient. gottingens.*, 1778, pag. 69.

(4) *Icones Herniarum*, pag. 13. Le sac herniaire et le testicule, renfermés dans leur enveloppe commune, sont bien représentés dans les planches VI et IX, et cette dernière, ouverte, dans les planches VIII et X.



membranaceum sub cute scroti dispersi, quocum velamentum efformant, funiculum spermaticum et testem undequaque cingens, quod in herniosis crassius tenaxque fit, et ex multis sibi invicem impositis lamellis constare videtur, cum chirurgiâ hernias attingimus. Velamentum illud facile à sacco herniæ digitis separatur, firmius autem adhæret vasis spermaticis. » Enfin, l'ouvrage de M. COOPER, *Anatomie et traitement chirurgical des hernies inguinale et congénitale*, contient la description complète et la représentation exacte de ces faits. Il en est de même de l'ouvrage de SCARPA (1).

Comme les viscères, en se déplaçant, passent directement au-dessus du cordon spermatique, celui-ci est placé derrière le sac herniaire (2). Si la hernie est descendue au fond du scrotum, le cordon est placé derrière elle, dans toute sa longueur, et le testicule, avec ses enveloppes, est en

---

(1) Sa description ressemble beaucoup à celle de CAMPER, citée plus haut. « A l'endroit où le cordon spermatique et le sac herniaire réunis passent dans l'écartement des fibres inférieures du petit oblique, on voit le muscle crémaster se porter sur leur côté externe et les accompagner jusqu'au-delà de l'anneau, où il se convertit, comme je l'ai déjà dit, en une gaine musculaire et aponévrotique, qui, renfermant le sac herniaire, le cordon spermatique et la tunique vaginale, accompagne ces parties jusqu'au fond du scrotum. » Mém. I, § 18, et pl. I et II.

(2) CAMPER, tab. V et XII.



contact avec l'extrémité inférieure de la tumeur. Quand la hernie n'est pas si volumineuse, on peut sentir plus ou moins du cordon entre l'extrémité inférieure de la tumeur et le testicule. J'ai déjà décrit l'enveloppe commune de la hernie, du cordon et du testicule, formée par le muscle crémaster et la tunique vaginale commune : cette enveloppe est unie, dans toute son étendue, par des adhérences celluleuses aux parties qui l'enveloppent, et plus étroitement aux vaisseaux spermatiques qu'au sac. Cette dernière partie tient fortement par de semblables adhérences aux vaisseaux spermatiques, et demande, pour en être séparée sur le sujet vivant, une dissection très-soignée.

Le cordon spermatique est quelquefois détourné du trajet que nous venons de décrire. LEDRAN (1). SCHMUCKER (2) et M. BLIZARD (3) l'ont vu situé au devant du sac. Dans d'autres cas, les parties qui le composent sont séparées sur la tumeur. On a vu le canal déférent passer sur un côté du sac, tandis que les vaisseaux spermatiques étaient sur l'autre (4) : ou bien l'on a vu le premier sur la partie antérieure et interne de la tumeur, tandis que les vaisseaux

---

(1) *Traité des opérations*, pag. 127.

(2) *Wermischte chirurgische schriften*, vol. II, pag. 55. Il rapporte deux exemples.

(3) COOPER, part. I, pag. 49.

(4) COOPER, part. I, pl. V, fig. 5. — POTT's *works*, vol. II, pag. 68. — CAMPERI *icones Hern.*, tab. XIII, fig. 1.



étaient placés sur sa partie postérieure et externe (1). Dans d'autres cas, les vaisseaux étaient devant le sac, et le conduit déférent derrière (2).

La position du cordon spermatique à l'ouverture supérieure du canal, et son rapport avec les côtés de cette ouverture, feraient difficilement supposer que les parties contenues d'une hernie pussent être déplacées dans toute autre direction que sur ce cordon; mais il est aisé de concevoir que le rapport de la tumeur avec cette partie puisse changer dans le canal ou à l'ouverture inférieure, de manière à présenter les variétés qui viennent d'être indiquées.

SCARPA a répandu beaucoup de lumières sur ce sujet; il attribue avec raison la séparation des vaisseaux qui composent le cordon, à la distension des parties environnantes, par l'accroissement de la tumeur. L'on se souviendra que la tumeur herniaire et les vaisseaux spermatiques sont renfermés dans une gaine commune; et que les derniers sont unis entre eux et au prolongement du péritoine par du tissu cellulaire. Tant que la hernie conserve un volume médiocre, elle ne dérange pas la position relative des parties qui composent le cordon soit entre elles, soit avec le sac. Quand la tumeur s'accroît, toutes

---

(1) CAMPER, tab. VIII, fig. 2. — HEY's *practical obs.*, pag. 146.

(2) CAMPER, tab. VIII, fig. 1. — COOPER, part. I, pag. 9 et 10.



les parties environnantes sont distendues, le cordon, qui est dans un contact intime avec elle, participe à cette distension : le tissu cellulaire lâche, qui unit les vaisseaux, cède aisément, et leur permet de s'écarter plus ou moins les uns des autres. Cette séparation et ce développement sont en proportion du volume de la hernie ; ils sont aussi plus considérables dans la partie la plus volumineuse de la tumeur, et moins au-dessus et au-dessous de ce point. A l'anneau, le cordon se trouve toujours derrière le sac. Dans les hernies scrotales volumineuses et très-anciennes, la tumeur passe quelquefois si profondément entre les parties composantes du cordon, qu'on ne les trouve pas du tout derrière le sac, mais à ses côtés, et que même en bas elles avancent vers la surface antérieure. SCARPA a observé qu'un semblable changement arrive aux hydrocèles anciennes et volumineuses : l'accroissement de la tumeur aqueuse agissant sur les vaisseaux spermatiques et le conduit déférent de la même manière que le développement d'une hernie (1).

L'on voit la séparation du conduit déférent et des vaisseaux spermatiques des deux côtés, dans un cas de double hernie scrotale ancienne que j'ai maintenant sous les yeux. Ils ont environ deux pouces d'écartement, et sont à la partie postérieure du sac, d'un côté ; et sont encore plus écartés de

---

(1) *Mém.* I, § 24.



l'autre côté, où le milieu de la tumeur a pénétré entre eux, de manière qu'ils passent juste sur ses côtés; en descendant ils se portent en avant, au testicule, de manière qu'ils auraient probablement été divisés en prolongeant l'incision dans toute la longueur du sac, surtout si elle avait été dirigée un peu vers un côté.

Si l'on observe que l'artère épigastrique, dans l'état naturel, marche d'abord derrière le cordon spermatique, et ensuite le long du côté interne de l'ouverture supérieure, et que les viscères se déplacent par-dessus le cordon, on verra tout de suite que, dans le cas de bubonocèle, que nous examinons, les parties sont poussées sur le côté externe de l'artère, et que ce vaisseau doit être placé d'abord derrière le col du sac, et ensuite sur son côté interne (1). Cela est si vrai, que, si l'on examine la bouche du sac du côté de l'abdomen, son bord interne (le *médial* ou celui qui est situé du côté du pubis) semble effectivement être formé par le trajet de l'artère. Ce vaisseau conserve toujours la même situation relativement à l'entrée du sac; mais

---

(1) CAMPER, tab. V et XII. — SCARPA, tab. III. — HESSELBACH, tab. IX, comparée avec la tab. VI, représentant le trajet du vaisseau dans son état naturel. Comparez aussi les trois premières planches de SCARPA, et les deux côtés des figures dans les planches VII, VIII et IX de M. COOPER, dans lesquelles on voit la même opposition.



il est poussé vers le pubis par le rapprochement des ouvertures supérieure et inférieure du canal. Dans l'état naturel, il y a environ deux pouces de l'angle du pubis au point où l'artère côtoie le bord interne de l'ouverture; et sa distance au même point, dans un bubonocèle que j'ai maintenant sous les yeux, est seulement de trois quarts de pouce.

La position de ce vaisseau, relativement au col du sac herniaire, est un point sur lequel il a existé, parmi les auteurs de chirurgie, une grande variété d'opinions, qui a pu dépendre jusqu'à un certain point des variations qui existent dans la position de l'artère dans les différentes espèces de la maladie; mais on ne peut douter que sa cause principale n'ait été le manque d'un nombre suffisant de recherches, spécialement dirigées sur les parties malades. Ainsi RICHTER (1) admet que l'artère se trouve près de l'angle externe de l'anneau, dans l'état malade comme dans l'état sain des parties; et il soutient son opinion en disant que le vaisseau est divisé dans le cadavre en incisant en haut et en dehors, et qu'il ne l'est jamais en dirigeant l'incision vers la ligne blanche. Il est évident que ces observations sont seulement applicables à l'état sain des parties. CAMPER (2) a indiqué le changement de situation

---

(1) *Trait. des Hern.*, pag. 123.

(2) *Demonstr. anat. pathol.*, lib. II, pag. 5.



que ce vaisseau éprouve dans la hernie inguinale : « In herniis igitur inguinalibus, arteria et vena epigastrica versùs pubem à prolapsis intestinis compelluntur. » CHOPART et DESAULT connaissaient non-seulement la situation ordinaire de l'artère dans le bubonocèle, mais ils connaissaient aussi le cas plus rare qui va être décrit, dans lequel elle se trouve près de l'angle externe de l'anneau. « MM. CHOPART et DESAULT admettent l'artère épigastrique au côté interne de l'anneau, et rarement au côté externe, dans le cas de hernie (1). » Cette assertion est confirmée par le témoignage de ROUGEMONT (2), qui apporte à l'appui sa propre expérience sur ce sujet, et qui ajoute avec raison que, quand l'artère est sur le côté externe de l'anneau, le cordon spermatique est situé au côté externe du sac. SABATIER (3) indique aussi avec exactitude les variétés de siège de ce vaisseau. La vérité de ces opinions, accueillies par CAMPER, DESAULT, ROUGEMONT et SABATIER, est pleinement confirmée par la grande expérience et les recherches étendues de M. COOPER et de SCARPA, dont les descriptions coïncident entièrement avec celle d'HELSELBACH.

---

(1) ROUGEMONT, dans une note de sa traduction de RICHTER, pag. 124.

(2) *Ibid.*, pag. 124.

(3) *Médecine opératoire*, tom. I, pag. 92.



Les personnes qui ne connaissent pas bien l'anatomie des muscles abdominaux, trouveront de la difficulté à comprendre l'exposition que j'ai faite. On ne peut, par une simple description verbale, donner une notion claire de ce sujet aux personnes qui ne le connaissaient pas d'avance. Pour acquérir une connaissance satisfaisante de ces parties, il faut en faire une étude soignée, tant dans l'état sain que dans l'état malade, et en même temps avoir recours aux figures et aux descriptions les meilleures. On peut cependant faciliter les progrès des commençans, en énumérant les parties, telles qu'elles se présentent successivement, lorsqu'on dissèque une hernie de la peau vers les parties profondes.

Les tégumens étant enlevés, on aperçoit l'enveloppe extérieure de la tumeur herniaire, continue avec les côtés de l'anneau, et formée par des fibres tendineuses de l'aponévrose, par le muscle crémaster, etc. Cette enveloppe est unie par du tissu cellulaire au sac herniaire, formé par le péritoine. Quand on a détaché de l'arcade crurale l'aponévrose de l'oblique externe, suivant la manière décrite dans la première section de ce chapitre, on voit ce prolongement du péritoine passer à travers l'ouverture inférieure du canal, et se continuer ensuite en haut et en dehors. Le bord inférieur de l'oblique interne et du transverse croise le col du sac en arrière et au-dessus de l'anneau. Quand ces muscles



sont relevés vers la ligne blanche, on voit le *fascia* s'élevant du ligament de Poupart pour former l'ouverture supérieure de l'anneau, et l'on découvre l'artère épigastrique quittant le côté interne du sac herniaire (1), qui, dans ce point même, se continue avec le péritoine dans l'abdomen. En enlevant le sac herniaire, on découvre le trajet du cordon spermatique vers le testicule; et en soulevant le cordon, on met à nu la première partie du trajet de l'artère épigastrique et sa naissance du tronc iliaque (2).

Dans l'espèce de bubonocèle que nous décrivons, la cause de l'étranglement peut exister à l'ouverture supérieure du canal abdominal, ou à l'ouverture inférieure, ou au col du sac. Selon M. COOPER (3), la première est plus fréquente dans les hernies récentes et petites, la seconde dans celles qui sont anciennes et volumineuses. L'étranglement peut se rencontrer dans l'orifice supérieur, lorsque les parties ont traversé complètement l'anneau, le tendon de l'oblique externe restant libre et dans un état de relâchement; la hernie peut aussi être étranglée par les deux ouvertures à la fois.

---

(1) CAMPERI *icones*, tab. X, F. M.

(2) L'ouvrage de CAMPER montre très-clairement ces parties. Voyez tab. V, IX, X et XII. Voyez aussi les trois premières planches de SCARPA.

(3) Page 21.



L'étranglement à l'ouverture supérieure constitue probablement le cas que les chirurgiens ont généralement attribué au resserrement du col du sac. On peut aisément concevoir que les parties qui forment cette ouverture puissent produire un état d'étranglement, tandis qu'il est difficile d'imaginer qu'une membrane molle et extensible comme le péritoine, qui cède à tout effort d'impulsion ou de distension, puisse acquérir une force de contraction assez grande pour produire un resserrement sur les viscères déplacés. BERTRANDI (1) dit positivement que le transverse et l'oblique interne causent quelquefois l'étranglement. Une circonstance qui rend très-probable que les exemples rapportés par d'autres sont de même nature, c'est que l'étranglement a été généralement vu à une certaine distance en dedans de l'anneau de l'oblique externe; tandis que, s'il était formé par le péritoine, il semble qu'il n'y aurait pas de raison pour qu'il arrivât dans cet endroit particulier. Dans trois cas rencontrés par M. WILMER (2), l'étranglement était à plus d'un

---

(1) *Traité des opérations*, pag. 30.

(2) *Practical observations on Hernia*, pag. 3 et 15. Dans l'avertissement de la seconde édition, M. WILMER s'exprime très-positivement sur la rencontre fréquente de l'étranglement dans l'endroit dont il s'agit : « Sur un tiers » des cas dans lesquels l'auteur a été obligé d'avoir recours » à l'opération, la cause de l'étranglement se trouvait au



pouce au-dessus de l'ouverture externe du tendon. ARNAUD (1) a trouvé l'étranglement deux pouces en arrière de l'anneau, et LEDRAN (2) a fait une observation semblable. M. HEY (3) a été obligé de diviser très-largement l'anneau, afin d'arriver à un étranglement interne.

J'ai dit, dans le premier chapitre de cet ouvrage, qu'il peut arriver que la bouche du sac s'épaississe et s'endurcisse; et de plus j'ai établi, dans le cinquième chapitre, que la pression d'un bandage peut occasionner ce changement. On ne peut douter que les parties ne puissent éprouver l'étranglement par cette cause (4), quoique cet événement soit beau-

---

» col du sac herniaire : il est convaincu que si l'opérateur  
» inexpérimenté cherche l'étranglement seulement à l'ou-  
» verture tendineuse des muscles de l'abdomen, beaucoup  
» de malades doivent en être victimes. Il avait été conduit  
» de bonne heure à la considération de ce sujet, parce  
» qu'il avait vu l'intestin crever sous de rudes efforts, faits  
» pour le réduire après l'agrandissement de l'ouverture du  
» muscle oblique externe, dans deux cas où l'opération  
» de la hernie étranglée avait été pratiquée pendant qu'il  
» suivait les hôpitaux de Londres. »

(1) Voyez ses remarques sur l'étranglement de l'intestin par le péritoine, pag. 353 et suiv.

(2) Observations, pag. 60.

(3) Practical observations, pag. 174.

(4) M. WILMER dit qu'en passant le doigt dans le tendon de l'oblique externe, on trouve souvent un resserrement à un pouce de hauteur dans le col du sac herniaire : « ce res-



coup moins fréquent que celui de l'étranglement par les bords de l'ouverture supérieure. Soit que le col du sac ou le contour de l'ouverture forme l'étranglement dans ces cas, l'observation pratique est la même; c'est-à-dire que l'on doit très-souvent s'attendre à trouver le tendon de l'oblique externe entièrement libre, tandis que l'obstacle qui s'oppose à la réduction des parties, est situé plus loin du côté de l'abdomen, et qu'il peut y avoir un étranglement dans ce dernier endroit, conjointement avec un du premier genre.

### SECTION III.

#### *Bubonocèle qui ne traverse pas l'ouverture inférieure du canal.*

Cette espèce de hernie commence, comme la précédente, par le déplacement des viscères sur le cordon spermatique dans le canal abdominal. Mais comme ils ne surmontent pas la résistance de l'ouverture inférieure, la tumeur reste contenue dans le canal. Le muscle crémaster est épanoui sur le sac, et le tout est recouvert par l'aponévrose de l'o-

---

serrement est annulaire, et quelquefois épais et cartilagineux. » Ed. 2<sup>nd</sup>, pag. 41.

M. HOME, après avoir divisé sans fruit l'anneau de l'oblique externe, trouva, en ouvrant la tumeur, l'intestin « étroitement embrassé par l'orifice du sac. » *Transactions of a society for the improvement of medical and surgical knowledge*, vol. II, pag. 106.



bligue externe. Le cordon spermatique est derrière le sac, et l'artère épigastrique a le même rapport avec son orifice que dans l'espèce précédente. Les muscles transverse et oblique interne passent sur son col derrière l'aponévrose de l'oblique externe, et ils sont la cause du resserrement quand la hernie est étranglée.

Quoique cette dernière espèce de hernie inguinale n'ait pas été bien conçue et clairement décrite avant ces derniers temps, elle n'a pas entièrement échappé à l'observation. LECAT (1) rapporte deux cas où la tumeur était recouverte par l'aponévrose du muscle oblique externe. PETIT (2) avait une connaissance assez exacte de son anatomie, comme le prouve la citation suivante : « Mais ce qui me fait croire que les hernies qui paraissent en cet endroit ne se font pas toutes par l'anneau, c'est que j'en ai vu plusieurs situées sous l'aponévrose du grand oblique : de sorte que les parties, après avoir poussé le péritoine au-delà du muscle transverse et de l'oblique interne, n'ayant pu forcer l'anneau de l'oblique externe, s'étaient réfléchies entre cette aponévrose et l'oblique interne, et y formaient une tumeur large et plate. » CALLISEN (3) fait mention d'un cas dans lequel la hernie était de ce genre,

---

(1) *Philos. trans. abridged*, vol. X, pag. 221.

(2) *Trait. des mal. chirurg.*, tom. II, pag. 247.

(3) *Acta societatis medicæ havniensis*, vol. II.



quoique ROUGEMONT, qui le cite (1) dans ses *Additions* à la traduction de RICHTER, en ait si complètement méconnu la nature, qu'il l'appelle une hernie crurale (2).

Nous sommes redevables à M. COOPER de la première description exacte de cette espèce. Dans la première partie de son ouvrage, chapitre XIV, il donne les caractères distinctifs de ces cas, et il en montre la disposition anatomique dans les 3<sup>me</sup>, 5<sup>me</sup> et 6<sup>me</sup> planches. « Cette tumeur, dit-il, se rencontre bien plus fréquemment qu'on ne le pense généralement; car je l'ai souvent trouvée dans la dissection des corps de personnes qu'on n'avait jamais

---

(1) ROUGEMONT dit ce qui suit : « Une petite hernie crurale récente fut sur-le-champ si fortement étranglée, que M. CALLISEN pratiqua l'opération. Après avoir incisé la peau, il ne trouva point de hernie sous le ligament de Fallope; mais l'aponévrose de l'oblique externe au-dessus de ce ligament était distendue en une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon. Il incisa longitudinalement, et il trouva une portion d'intestin très-enflammée. » *Trait. des Hern.*, pag. 304, *additions*, n° 9.

(2) MURRAY fait mention de la hernie incomplète qui n'a pas traversé l'oblique externe (pag. 79), et de l'étranglement par le transverse et l'oblique interne (pag. 13). *Diss. animadversiones in Hernias incompletas, casu singulari illustratæ*, Upsal, 1788.

SCARPA décrit aussi les petites hernies qui ne franchissent pas l'anneau de l'oblique externe, mais restent couvertes par son aponévrose. *Mém.* I, § 17.



soupçonnées d'avoir été affectées de cette maladie, et qui n'avaient jamais porté de bandage. Quand ces hernies sont étranglées, elles sont plus communément soignées par le médecin que par le chirurgien, parce que le malade ignorant souvent qu'il a une tumeur à l'aîne, les symptômes de l'étranglement sont attribués à l'inflammation des intestins, sans que l'on soupçonne la vraie cause qui l'a excitée (1). »

La tumeur est petite, parce que, si le déplacement augmente, les parties s'échappent bientôt à travers l'ouverture inférieure du canal. Cependant, j'ai disséqué dernièrement sur une femme un cas qui fait exception à cette règle. L'aponévrose de l'oblique externe était distendue par une tumeur égale en volume aux deux poings, et une tumeur du volume d'un œuf avait traversé l'ouverture inférieure. En renversant le tendon, on vit que ces deux tumeurs appartenaient à un même sac herniaire, qui, ayant été poussé à l'ouverture supérieure dans la direction ordinaire, avait acquis un grand volume dans le canal, et était ensuite passé en partie à travers l'ouverture inférieure (2).

---

(1) *Anatomy and surgical treatment of inguinal and congenital Hernia*, pag. 48.

(2) HESSELBACH montre, dans sa huitième planche, une hernie qui avait pénétré dans l'ouverture supérieure du ca-



## SECTION IV.

*Hernie ventro-inguinale* (1) (*hernie inguinale interne d'HESELBACH*).

J'ai déjà dit que l'espace qui existe au-dessus du pubis, entre les deux piliers de l'aponévrose de l'oblique externe, et par lequel le cordon spermatique sort du canal abdominal, est fermé en arrière par le *fascia transversalis*, qui s'attache au tendon du transverse et de l'oblique interne, près de son insertion au pubis. Quand on considère la grandeur et la position de l'ouverture de l'aponévrose, on ne peut douter que les hernies n'y seraient beaucoup plus fréquentes si elles n'étaient pas empêchées par cette disposition. Cependant leur formation n'est pas entièrement prévenue. Les parties passent sous le bord du transverse, et sortent ensuite à travers l'ouverture inférieure du canal inguinal. Ces hernies arrivent, suivant M. COOPER (2), « lorsque le

---

nal dans une femme, et qui avait acquis un volume considérable sous l'aponévrose de l'oblique externe, sans traverser l'ouverture inférieure.

(1) SCARPA, *Mém.* I, § 25. — La situation de l'ouverture par où passe la hernie, et celle de l'artère épigastrique, sont clairement représentées dans les tab. X et XI d'HESELBACH.

(2) *Loc. cit.*, pag. 51. — SCARPA les attribue aussi à la



tendon du transverse est d'une faiblesse contre nature; ou quand, par un vice de conformation, il n'existe pas du tout; ou quand il a été déchiré par une violence. » J'ai disséqué dernièrement une hernie de cette espèce, dans laquelle le *fascia* n'était ni plus mince qu'à l'ordinaire, ni séparé par aucune violence; mais il avait été poussé devant le péritoine et formait au sac herniaire une enveloppe aponévrotique épaisse.

Comme le cordon spermatique est couché sur le pilier externe de l'aponévrose du grand oblique, et comme cette hernie passe directement sur le pubis, le cordon est placé au côté externe du sac, surtout à l'anneau. Cependant j'ai vu le cordon derrière le sac, comme dans l'espèce la plus ordinaire de la maladie. L'artère épigastrique est située sur le côté externe de l'orifice du sac. Son trajet n'est pas changé par cette hernie; et on la trouve en conséquence, comme dans l'état naturel, à trois quarts de pouce environ de l'extrémité supérieure et externe de l'orifice inférieur du canal abdominal (1).

Comme les parties se déplacent dans ce cas dans

---

faiblesse et à la mollesse de l'aponévrose dans la région inguinale. *Mém.* I, § 25.

(1) COOPER, pl. VII, VIII, IX, X. — SCARPA, pl. I. — HESSELBACH, tab. XI. Le dernier auteur dit avoir rencontré un cas de hernie ventro-inguinale dans une femme, dans lequel



une direction bien différente de celle qu'elles suivent dans les deux espèces précédemment décrites, le sac n'est pas recouvert par le muscle crémaster. Je ne saurais jusqu'ici dire pourquoi il est souvent enveloppé par un prolongement du *fascia transversalis*.

En disséquant cette espèce de hernie, on trouve le cordon spermatique, enveloppé de son muscle, au côté externe du sac. Celui-ci se porte directement en haut, au lieu d'aller en haut et en dehors. En renversant l'oblique externe, on découvre le bord inférieur de l'oblique interne et du transverse, croisant le col du sac, immédiatement derrière l'ouverture inférieure du canal abdominal. En renversant ces muscles, on découvre la continuité du sac avec la cavité abdominale précisément au-dessus du pubis, et l'on voit aussi le passage de l'artère épigastrique à environ un demi-pouce ou trois quarts de pouce en dehors de l'orifice du sac. Le cordon spermatique, sans connexion avec la hernie, est derrière le tendon de l'oblique externe.

Ce muscle, et le bord de l'oblique interne et du

---

les artères épigastrique et obturatrice naissent, comme cela arrive fréquemment, par un tronc commun de l'iliaque externe. L'épigastrique se sépare du tronc commun à un pouce de son origine, et montait le long du côté interne de la bouche du sac. Pag. 17.



transverse , peuvent être le siège de l'étranglement dans la hernie ventro-inguinale.

L'ouvrage de M. COOPER (1) renferme la première description de cette hernie que l'on puisse regarder comme tout-à-fait complète et exacte ; mais son existence avait été indiquée auparavant. CAMPER (2) paraît en avoir trouvé un exemple dès l'année 1759 ; et M. CLINE (3) en a disséqué un cas en 1777. CHOPART et DESAULT (4) l'avaient probablement observée souvent ; car ils font varier la direction de l'incision de l'anneau conformément au trajet de l'artère épigastrique : elle est très-clairement décrite et représentée par SCARPA (5). ROUGEMONT (6) en avait vu un exemple. La proportion exacte entre ce genre de hernies et celles de la première espèce n'a pas été jusqu'ici déterminée numériquement ; il paraît seulement que celles-ci sont beaucoup plus fréquentes (7).

---

(1) Chap. XV.

(2) *Edinburgh review* , vol. I, pag. 465.

(3) COOPER, part. I, pag. 51.

(4) *Tr. des mal. chir.* , t. II, p. 263.

(5) *Mém.* I, § 25 et 26, et pl. I.

(6) RICHTER, *trait. des Hern.* , pag. 125, note.

(7) Dans un grand nombre de cadavres d'individus affectés de hernies, SCARPA a rencontré très-peu de cas de ventro-inguinales. *Mém.* I, § 25. — HESSELBACH en a rencontré cinq exemples en très-peu de temps. *De ortu et progressu Herniarum* , etc. Pag. 52.



## SECTION V.

*Hernie inguinale des femmes.*

La hernie inguinale des femmes ne demande pas une description particulière; car son anatomie ressemble à celle de la même hernie chez l'homme. Le ligament rond de l'utérus a les mêmes rapports avec la tumeur que le cordon spermatique dans l'homme. Les parties peuvent passer à travers l'ouverture supérieure, et être contenues dans le canal abdominal; elles peuvent traverser tout le canal, ou bien sortir directement par l'ouverture inférieure. Le seul exemple du dernier genre que j'aie vu dans la femme, fut trouvé sur un sujet de dissection à l'amphithéâtre anatomique de Saint-Barthélemi, par M. HASSENDEN, étudiant fort distingué, qui me le fit voir. HESSELBACH parle d'un autre cas. *Voy. note, pag. 191.*

## SECTION VI.

*Hernie inguinale formée par le cæcum ou par la flexure sigmoïde du colon.*

Les parties mobiles de chacune de ces portions du canal alimentaire peuvent faire hernie, comme toutes celles des viscères flottans; et la tumeur rentre dans la description générale pour sa formation,



son anatomie, et son traitement. Mais le sujet de cette section est le déplacement, au côté droit du ventre, du cœcum et de la partie voisine du colon, et au côté gauche, de la flexure sigmoïde et du colon descendant, qui sont naturellement fixés dans leur situation respective, c'est-à-dire dans les excavations iléo-lombaires droite et gauche de l'abdomen. Ces parties du gros intestin ne sont pas entourées de tous côtés par une enveloppe réfléchie du péritoine, et ne s'étendent pas librement dans la cavité péritonéale, comme le jéjunum, l'iléum, ou l'arcade transverse du colon; mais elles sont fermement fixées au fond des régions lombaire et iliaque, et couvertes, seulement en partie, par la réflexion du péritoine. Leur surface postérieure est unie par du tissu cellulaire lâche aux muscles lombaires et iliaques, aux reins, etc.; le reste de l'intestin, enveloppé par le péritoine, paraît dans la cavité de l'abdomen, tandis que cette membrane, passant des côtés de cette partie du canal aux parois abdominales voisines, la fixe dans sa situation. Cette portion du péritoine, comme la surface postérieure adhérente de l'intestin, est unie aux parties environnantes, par le moyen d'un tissu cellulaire très-lâche et très-abondant, que l'on pourrait déchirer avec les doigts, de manière à pouvoir enlever, tout à la fois, l'enveloppe péritonéale et ce qu'elle contient, et qui cède facilement, de manière



à permettre le déplacement des parties sans aucune séparation de leurs connexions postérieures.

Si l'on a ces faits bien présents à l'esprit, l'on comprendra facilement les particularités du cas que nous considérons maintenant. Le cœcum et la flexure sigmoïde se déplacent avec la portion environnante du péritoine, en conservant leurs connexions postérieures et latérales, comme le testicule dans le fœtus. Dans la situation primitive sous le rein, le testicule est couvert sur ses faces antérieure et latérale par le péritoine réfléchi; mais il adhère postérieurement au muscle psoas par le moyen du tissu cellulaire : durant tout son trajet vers l'anneau abdominal, il présente toujours la même apparence, il est toujours fixé en arrière; enfin, quand il a atteint le fond du scrotum, si l'on découvre le prolongement péritonéal, qui forme la tunique vaginale, l'on voit encore le cordon et le testicule attachés à la partie postérieure du scrotum, comme ils l'étaient aux régions iliaque et lombaire de l'abdomen, et l'on voit le péritoine leur former un sac ou une enveloppe lâche en devant et sur les côtés. De même le sac herniaire des hernies, dont il s'agit, enveloppe l'intestin déplacé seulement en avant et sur les côtés, et l'intestin lui-même est attaché en arrière au scrotum, comme il était attaché à sa place naturelle dans l'abdomen.

Quand la fin de l'iléum, ou la flexure sigmoïde



du colon se déplacent, l'intestin est accompagné par le mésentère ou par le mésocolon qui lui appartient. Ces duplicatures fixent les viscères à la partie postérieure du sac, comme elles les fixaient à leur place naturelle dans l'abdomen.

Ce genre de descente est quelquefois un accident secondaire, s'ajoutant à une hernie de l'espèce ordinaire, et étant comme une conséquence de son accroissement. Quand une hernie ordinaire augmente en volume, le péritoine est attiré de plus en plus hors de l'abdomen, et entraîne graduellement avec lui ces viscères, auxquels il est si fortement attaché. De cette manière, le cœcum et le colon sont entraînés pour faire partie du sac herniaire; quand on ouvre ce dernier, et qu'on écarte les parties libres qu'il contient, on voit le gros intestin étendu dans la partie postérieure du sac, comme il l'est dans la région iléo-lombaire, uni en arrière par du tissu cellulaire lâche, à l'aîne et au scrotum, et fixé sur les côtés par les insertions latérales du péritoine. Le sommet de la vessie peut être entraîné à travers l'anneau de la même manière. (*Voyez le chapitre sur la hernie de la vessie.*)

D'un autre côté, quand les parties fixes du gros intestin sortent les premières, le déplacement de quelque viscère libre peut s'y ajouter, et occuper la cavité comprise entre la surface de l'intestin et le sac herniaire.



Il est difficile d'assigner des bornes au déplacement dans ces cas. J'ai examiné dernièrement un énorme oschéocèle, qui atteignait presque les genoux; le cœcum était descendu jusqu'au fond, et le colon ascendant était fixé à la partie postérieure du sac, comme il l'est ordinairement à la partie postérieure et latérale de l'abdomen. L'immense sac contenait tout l'omentum, le jéjunum, l'iléum, et l'arc du colon.

Le trajet du déplacement est le même que dans la hernie inguinale commune; c'est-à-dire que les parties descendent à travers le canal abdominal, sur les vaisseaux spermatiques, et entre eux et le muscle crémaster. Le sac péritonéal est en conséquence enveloppé par la tunique vaginale commune du cordon, et par les fibres du crémaster, comme dans le cas de bubonocèle ordinaire.

Les connexions qui viennent d'être notées, rendent ces hernies irréductibles, à moins que quelqu'un des viscères flottans n'ait passé dans le sac, cas dans lequel la tumeur pourrait être en partie réduite.

Il doit être évident, d'après les remarques précédentes, que ces hernies doivent se faire graduellement; que le déplacement de parties fixées, comme le cœcum et le colon le sont dans leur situation naturelle, doit s'effectuer lentement; et qu'en conséquence des hernies formées subitement par quel-



que cause accidentelle, ou quelque violent effort, ne peuvent être de ce genre. De plus, comme les parties déplacées sont volumineuses, il faut une large ouverture pour les laisser passer : en conséquence, de telles hernies arriveront probablement quand les parois aponévrotiques de l'abdomen, dans la région inguinale, seront naturellement faibles, ou quand les ouvertures auront déjà été agrandies par un déplacement antérieur ; en conséquence aussi, elles sont peu exposées à s'étrangler.

Le traitement de ces cas est le même qui s'applique aux hernies irréductibles (*voyez le chapitre sur ce sujet*) ; et la conduite du chirurgien dans le cas rare d'étranglement exigeant une opération, se règle sur les mêmes principes que dans les hernies volumineuses et adhérentes. (*Voyez le chapitre sur l'opération de la hernie inguinale étranglée.*)

Ces hernies ne sont pas très-rares ; on en trouve plusieurs exemples rapportés, et notés principalement dans les remarques sur les difficultés que les adhérences imprévues des parties présentent dans l'opération (1). Si l'on incise sur le côté de la

---

(1) ARNAUD, *Dissertation on Hernias*, part. II, obs. 17. — PETIT, *Mém. de l'acad. de chir.*, t. IV, p. 316, et *traité des mal. chirurg.*, t. II, p. 352. — POTT'S *works*, vol. II, pag. 61. — MONTEGGIA, *fascicul. pathol.*, pag. 91 et suiv.



tumeur, l'intestin peut être découvert là où il n'est point couvert par le péritoine; et l'on peut supposer qu'il n'y avait point de sac herniaire. Cette idée doit très-aisément se présenter dans un cas comme celui que rapporte SCARPA (1), où l'intestin s'est contourné sur son axe, de manière à présenter, vers le devant du scrotum, sa surface adhérente au tissu cellulaire, qui est naturellement tournée en arrière.

Quoique le déplacement de ces parties du gros intestin ait été indiqué par plusieurs chirurgiens, il n'en avait été parlé que d'une manière incidente, et dans des observations détachées. SCARPA (2) a considéré ce sujet d'une manière très-étendue, et l'a expliqué d'une manière très-complète et satisfaisante; et même avec plus d'étendue et de répétitions qu'il n'était nécessaire. M. PELLETTAN (3), qui en a vu plusieurs cas, en explique bien aussi la formation; et l'on peut dire la même chose d'HELSEBACH (4).

---

(1) *Mém.* II, § 34. — CHOPART et DESAULT disent avoir trouvé le cœcum dépourvu de péritoine sous les tégumens du scrotum. *Traité des malad. chirurg.*, t. II, pag. 195. — Un autre auteur, d'après les mêmes principes, parle d'une entérocele qui n'avait pas de sac. *Journ. de Méd.*, etc., par SÉDILLOT, t. XVI, pag. 302.

(2) *Mém.* II, § 29-41, et pl. VI, fig. 1, 2 et 3.

(3) *Clinique chirurgicale*, tom. III, pag. 350.

(4) *In herniis scrotalibus si fortè cœcum dextro, colon*



## SECTION VII.

*Plusieurs hernies existant ensemble.*

On fait mention de cas dans lesquels une hernie inguinale commune et une hernie congénitale ont existé ensemble du même côté. Cette complication est probablement très-rare. M. VILMER parle d'un cas dans lequel on pratiqua l'opération, et où l'on réduisit une portion d'intestin contenue dans la tunique vaginale. Les symptômes d'étranglement ayant persisté, le malade mourut; et l'on trouva dans le même anneau un autre sac qui contenait une portion d'intestin mortifié (1).

---

verò sinistro latere inveniatur, utrumque intestinum parieti sacci hernialis postico proximè ac firmissimè insidet; neque tamen coalitum putes, sed conformatio potiùs naturalis habenda. Processus nempe peritonei breviores, qui colon simulque intestinum cœcum parieti cavitatis abdominis postico arcte adnectunt, intestinorum descursu haud prolongantur, sed ipsum adeò peritoneum, laxè musculis iliacis internis adhærens, cum ipsis hisce processibus intestinorum sacco herniali contentorum pondere, eorumque vi extendente per canalem inguinalem detrahitur, atque in partem sacci hernialis posticum efformatur. Herniæ ejusmodi intestina naturaliter conjuncta continentem repositionem haud facile admittunt, atque sub herniotomia separationem ventant. *De ortu et progressu herniarum, etc.* Pag. 34.

(1) *Pract. obs. on Hernia*, pag. 104. — ARNAUD a vu



Il y a souvent des individus qui ont deux hernies ou plus. La proportion de ces cas, et leurs combinaisons particulières, sont indiquées dans le rapport sur les malades, soulagés par la société des herniaires de Londres; voyez chap. I, sect. II, note. Dans un malade, examiné par M. COOPER (1), et qui avait été affecté de maladies compliquées de difficulté d'uriner, il s'était formé trois hernies dans chaque région inguinale, et toutes étaient placées en dedans de l'artère épigastrique. Dans une autre personne, qui avait trois hernies, avec les symptômes de l'étranglement, cette circonstance rendit le traitement embarrassant (2).

---

des cas de ce genre, *Mém. de chir.*, tom. II, pag. 603. — SCARPA, qui n'en a pas vu lui-même, cite en outre, SANDIFORT, BRUGNONE, *Diss. de test. posit.*, § 44. RICHTER., *Chir. biblioth.*, t. VII, pag. 591.

(1) *On inguinal and congenital Hernia*, pl. X.

(2) *Ibidem*, p. 27.



## CHAPITRE X.

## SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC DES HERNIES INGUINALES.

LA hernie inguinale est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme. On la rencontre rarement chez cette dernière, tandis qu'on a calculé que, sur cinquante hernies dans l'homme, il y en a quarante-neuf de ce genre. Les dimensions plus grandes de l'anneau dans le sujet mâle, expliquent suffisamment cette différence.

On l'a observée plus fréquemment du côté droit que du gauche, et l'on a attribué cette différence à l'emploi du bras droit dans les cas qui exigent le plus de force et d'activité (1).

---

(1) « En fait de hernies inguinales, il y en a un tiers de  
« plus du côté droit que du côté gauche, sans doute à cause  
« des mouvemens plus violens du bras droit. Il n'en est pas  
« de même des hernies crurales, dont la différence, du côté  
« gauche au droit, n'est pas si sensible. » JUVILLE, *Traité des band. hern.*, pag. 22.

Sur cent quarante-deux hommes affectés de hernies à l'Hôtel des Invalides, SABATIER a trouvé que quarante-quatre avaient des hernies des deux côtés, que cinquante-cinq en avaient du côté droit, et quarante-trois du côté gauche. *Acad. de chir.*, tom. V, pag. 886.

Selon RICHTER et SABATIER, l'épiplocèle inguinale est plus



SECTION 1<sup>re</sup>.*Symptômes de la hernie inguinale.*

La hernie inguinale offre les symptômes communs qui ont été indiqués dans la description générale de la maladie. Les autres circonstances qui forment le caractère distinctif de cette espèce particulière se tirent de la situation de la tumeur. Elle est confinée dans l'aîne, ou s'étend de l'anneau abdominal, à différentes distances, dans le scrotum. On l'aperçoit d'abord dans l'aîne, puis elle descend graduellement au-devant du cordon spermatique. On peut trouver le testicule en arrière ou au-dessous de la tumeur, et le cordon spermatique peut quelquefois être suivi à sa partie postérieure. Elle paraît toujours se prolonger dans l'anneau, ce qui la distingue de la plupart des autres affections de ces parties.

La hernie a une apparence bien différente, quand elle est contenue dans le canal abdominal. La tumeur, dans ce cas, est toujours très-petite, de sorte que le malade lui-même peut ignorer son existence; et sa situation sous l'aponévrose de l'oblique externe, en la rendant mal circon-

---

fréquente du côté gauche, parce que l'épiploon descend plus bas de ce côté. *Trait. des hern.*, pag. 200. — *Médecine opératoire*, tom. I, pag. 135.



crite , augmente encore l'obscurité du cas. La tumeur est placée précisément au-dessus de l'arcade crurale et en dehors de l'ouverture inférieure du canal abdominal. Ces circonstances doivent engager le chirurgien à examiner l'aîne avec beaucoup d'attention , dans les cas où les symptômes font soupçonner une hernie , et à ne pas se contenter du rapport du malade. M. COOPER (1) nous fournit l'exemple d'une femme qui , avec tous les symptômes de l'inflammation des intestins , les vomissemens fréquens et la constipation , soutenait n'avoir aucune tumeur à l'aîne ou au nombril. Cependant on trouva , après sa mort , une petite hernie inguinale.

Les apparences de la tumeur ne mettent pas toujours le chirurgien à même de distinguer la hernie ventro-inguinale de l'espèce ordinaire ; et cela est d'autant moins à regretter , qu'on ne pourrait tirer aucun avantage pratique de cette distinction. Si l'on aperçoit que la tumeur se porte directement en haut dans l'abdomen , par-dessus le pubis , et si l'on peut s'assurer que le cordon spermatique est en dehors de la hernie , on peut penser que c'est un cas de hernie ventro-inguinale. M. COOPER fait observer que ces hernies n'atteignent pas le volume auquel les hernies ordinaires parviennent

---

(1) Part. I , pag. 56.



fréquemment : toutes les hernies de cette espèce que j'ai vues étaient petites.

## SECTION II.

### *Diagnostic.*

On peut, en examinant avec attention l'origine, les progrès et les symptômes de la maladie, distinguer une hernie des affections du cordon et du testicule.

Si l'on voit une tumeur du scrotum, uniforme à sa surface, qui a commencé en bas, et s'est élevée graduellement; si l'on ne peut sentir le testicule, mais pourtant distinguer le cordon spermatique, avec son volume naturel et dans son état sain, au-dessus de la tumeur; et, surtout, si l'on peut apercevoir la fluctuation, ou découvrir de la transparence, on peut assurer que la tumeur est causée par un épanchement de fluide dans la cavité de la tunique séreuse du testicule. On conclut au contraire que la maladie est une hernie, quand la tumeur a commencé à l'anneau, et est descendue graduellement; quand le cordon spermatique ne peut être senti, mais que le testicule peut être distingué; et quand les symptômes décrits plus haut comme appartenant à la hernie existent en même temps.

Quelquefois l'hydrocèle s'étend le long du cor-



don jusqu'à l'anneau, et la tumeur en même temps peut être tellement tendue, qu'on ne puisse reconnaître la fluctuation. Le commencement de la tumeur en bas, et son ascension graduelle; son volume constamment le même, et l'impossibilité de distinguer le testicule, indiquent que c'est une hydrocèle. Mais, dans une hernie congénitale, le testicule ne peut être distingué, parce qu'il est renfermé dans le même sac que les viscères déplacés. Dans ce cas, l'extension de la tumeur dans l'anneau, ses changemens de volume suivant la position du malade, son origine de la partie la plus élevée, et l'impulsion occasionnée par la toux, font connaître l'existence d'une hernie. Si la tumeur a commencé en bas, et ne varie pas dans son volume; si la toux ne lui communique aucune impression, c'est une hydrocèle. On a observé quelques cas où il y avait une collection de fluide dans les cellules du cordon spermatique : on les a désignés sous le nom d'hydrocèle du cordon spermatique. Dans ce cas, la tumeur s'étend dans l'anneau, et la position du corps influe sur son volume, qui peut être diminué par la pression sur l'anneau. L'origine de la tumeur en bas sert à établir le diagnostic (1). Si cette tumeur a diminué

---

(1) SCARPA dit qu'il est extrêmement difficile, et souvent presque impossible, de distinguer une hernie épiploïque



par la pression, et augmenté de nouveau, tandis que la main était encore appliquée à l'anneau, cela prouve suffisamment que ce n'est point une hernie.

Le cordon spermatique peut être le siège d'une collection de graisse, aussi bien que d'un liquide. L'on en voit quelquefois une petite masse près de l'anneau, dans les cadavres; et la laxité du tissu environnant peut lui permettre de s'engager dans l'anneau et de descendre ensuite. M. PELLETAN (1) a noté cette disposition, qui avait été observée par MORGAGNI, sous le nom de « hernie graisseuse. » Il parle d'un cas où la masse avait le volume de quatre doigts et était accompagnée d'un petit prolongement péritonéal vide. Dans les cas qui se sont offerts à mon observation, cette dernière circonstance n'existait pas. Ces accumulations de graisse ne peuvent produire aucun inconvénient, ni même aucun symptôme, excepté la tumeur. Elles ne constituent point une maladie, et en conséquence, il n'est pas nécessaire de donner aucun caractère positif de différence entre elles et les hernies.

Si la tunique vaginale communique avec l'abdomen, la tumeur peut être réduite, et descend de nouveau quand on cesse la pression. Le senti-

---

d'un cas de ce genre, qu'il appelle *Hydrocèle par infiltration*. *Mém.* I, § 31.

(1) *Clinique chirurgicale*, t. III, p. 33.



ment de fluctuation, la transparence de la tumeur, et l'absence des signes particuliers de la hernie, montrent que c'est une hydrocèle.

Le défaut de connexion avec l'abdomen, la fluctuation, le volume invariable, et la surface uniforme de la tumeur, distinguent une hydrocèle enkystée du cordon d'avec une hernie.

La sensation communiquée aux doigts de l'observateur par les veines distendues et tortueuses du cordon spermatique variqueux est si caractéristique, que, quand on l'a éprouvée une fois, on ne peut que difficilement prendre un cirsocèle pour une hernie. Mais cette observation, qui est vraie relativement à l'état récent de la maladie, n'est pas d'une utilité constante; et les chirurgiens les plus expérimentés ont avoué la difficulté de distinguer dans quelques cas une hernie épiploïque de l'état variqueux des veines spermatiques. Le cirsocèle volumineux et ancien est mou et pâteux au toucher, et, comme la hernie épiploïque, il s'étend dans l'anneau même qui peut être dilaté par sa présence. Il s'accroît quand le malade tousse, retient sa respiration, ou reste long-temps debout; et il diminue par la position horizontale, et même jusqu'à un certain point par la pression. Nonobstant cette ressemblance entre les deux maladies, on peut les distinguer en faisant attention à la circonstance suivante. Le cirsocèle commence à la



partie inférieure du scrotum , et s'élève vers l'anneau à mesure qu'il s'accroît. Le commencement et les progrès de l'épiplocèle sont précisément en sens inverse. L'augmentation et la diminution du cirsocèle dans les circonstances indiquées ci-dessus se font graduellement ; et en appliquant la main à l'anneau , on ne peut sentir aucune partie entrer dans l'abdomen ou en sortir. Le testicule , dans cette maladie , est souvent diminué de volume.

Dans le cas de doute , M. COOPER recommande la manière suivante de distinguer les deux maladies. Il faut placer le malade dans la position horizontale , et réduire la tumeur. Le chirurgien presse sur l'anneau avec son doigt , et permet au malade de se lever. La pression est assez forte pour s'opposer à la sortie des viscères , mais ne l'est pas assez pour arrêter le passage du sang dans l'artère spermatique. Si la tumeur se reproduit pendant la pression , c'est un cirsocèle.

L'absence du testicule dans le scrotum , et la sensation particulière excitée par la pression de la tumeur , distinguent suffisamment la descente d'un testicule. Quand cet organe est dans l'aîne , il peut , dans quelques cas , être poussé en partie dans l'anneau , et ensuite il en sort. L'application d'un bandage occasionnerait probablement une douleur qui suffirait pour faire reconnaître ce cas , quand même



on n'aurait pas aperçu l'absence d'un testicule dans le scrotum.

La hernie scrotale peut être compliquée de quelque maladie du cordon et du testicule ; et cette complication rend le diagnostic plus difficile (1). Si l'on peut réduire les parties déplacées , on déterminera plus aisément la nature de l'autre affection ; et l'histoire de la maladie pourra servir à la faire reconnaître.

Comme le ligament rond n'est pas exposé aux maladies qui attaquent le cordon spermatique et le testicule , le diagnostic de la hernie inguinale , quand elle se rencontre dans la femme , n'est pas aussi obscur et aussi difficile que dans l'homme. On peut la confondre avec la hernie crurale , comme je le dirai dans le chapitre consacré à ce sujet. L'ascension de l'utérus pendant la grossesse la fait disparaître.

---

(1) Hernie scrotale avec hydrocèle du cordon spermatique. La hernie, dans ce cas compliqué , était poussée en avant d'une manière remarquable. On l'opéra , à cause de l'étranglement. Après la réduction de l'intestin , on piqua la tumeur par derrière ; il s'en échappa un liquide , et « on  
« aperçut dans le fond du kyste une substance vésiculaire ,  
« gélatineuse , qui fut soulevée avec des pinces , et emportée  
« d'un coup de ciseaux. » SCARPA , pag. 196.



## CHAPITRE XI.

## OPÉRATION DE LA HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE.

---

L'OPÉRATION du bubonocèle, comme celle de toute autre espèce de hernie, comprend l'incision des tégumens, la dissection du sac et son ouverture, le débridement, et la réduction des viscères déplacés. La description suivante s'applique particulièrement au premier genre de hernie inguinale, et les points de différence pour les autres espèces seront ensuite indiqués.

SECTION I<sup>re</sup>.*Dissection et ouverture du sac herniaire.*

Le malade doit être placé horizontalement, et son bassin doit être au moins aussi élevé que le reste du tronc. Il est convenable par conséquent qu'il soit étendu sur un lit, et que ses jambes pendent sur un des côtés. La cuisse doit être maintenue dans une position fléchie, en plaçant le pied du côté affecté sur une chaise. Il faut raser les poils sur la tumeur et sur les parties voisines. L'opérateur, placé à côté du malade, ou entre ses membres inférieurs, fait l'incision extérieure, qui doit commencer à un pouce au-dessus de l'angle externe



de l'anneau, et s'étendre par-dessus le milieu de la tumeur jusqu'à sa partie inférieure. En commençant l'incision au-dessus de l'anneau, on découvre l'espace le plus nécessaire dans le temps suivant de l'opération, c'est-à-dire pour le débridement : c'est pour cela aussi qu'il faut inciser le tissu cellulaire et adipeux de cet endroit, de manière à bien découvrir l'aponévrose de l'oblique externe. Cette incision peut être faite, soit d'un coup de bistouri, ou, comme quelques-uns le préfèrent, en faisant un pli aux tégumens et en le divisant avec un scalpel à deux tranchans. Dans ce dernier cas, il faut ordinairement agrandir l'incision dans les deux sens. L'incision simple cause moins de douleur au malade, et semble montrer plus d'adresse. En pratiquant cette incision, ou dans la dissection subséquente du sac, on peut couper l'artère génitale externe (1), qui fournit assez de sang pour obliger à l'arrêter avant de passer outre.

Il faut diviser soigneusement, couche par couche, avec le bistouri et la pince à dissection, le tissu cellulaire qui unit la peau au sac herniaire, et l'enveloppe externe du sac. Un opérateur qui ne connaît pas exactement l'anatomie, peut croire qu'il a ouvert le sac lui-même, quand il a seule-

---

(1) On peut voir l'origine et le trajet de ce vaisseau dans la planche XIII de CAMPER.



ment divisé son enveloppe externe, lorsque celle-ci est d'une texture serrée. Pour éviter le danger de pénétrer dans le sac et de blesser les parties déplacées, il faut soulever successivement chaque couche avec la pince, et la diviser avec le bistouri, dirigé presque horizontalement : on doit surtout observer cette précaution à mesure que l'on approche du sac. Il suffit de disséquer de cette manière dans un seul endroit. On peut faire l'ouverture du sac en le soulevant avec la pince, et en divisant le sommet de la portion élevée avec le bistouri tenu horizontalement, ou bien on peut pincer la membrane avec le pouce et le doigt indicateur, et la rouler entre eux pour s'assurer qu'aucune des parties déplacées n'y est contenue. Il faut agrandir l'ouverture en deux sens avec un bistouri boutoné, conduit sur le doigt ou sur une sonde, jusqu'à ce que toute la cavité soit ouverte. Le sac contient en général une petite quantité de fluide (1), dont l'évacuation fait voir que l'on a

---

(1) Le fluide du sac herniaire est quelquefois accumulé en grande quantité. — SCHMUCKER a vu une pinte d'eau dans une hernie. *Verm. chir. schrif.*, vol. II, p. 55. — POTT a souvent trouvé une si grande quantité de liquide dans les hernies épiploïques anciennes, qu'il a été nécessaire d'y faire la ponction. *Works*, vol. II, pag. 39. — MONRO a extrait trois pintes de liquide d'une ancienne hernie scrotale, au grand soulagement du malade. *Edinburgh essays*, vol. V, pag. 259.



pénétré dans la cavité ; et comme ce fluide se porte vers la partie inférieure de la tumeur , il faut choisir cette partie pour disséquer le sac.

Comme ce fluide n'existe pas toujours , le chirurgien ne doit pas trop compter sur sa présence comme signe de l'ouverture de la cavité. Les vaisseaux sanguins de l'intestin , et sa surface douce et polie , le distinguent du sac herniaire , qui n'a point de semblables vaisseaux , qui est plutôt rugueux et celluleux à sa surface , et qui est toujours uni aux parties environnantes , quoique cette union , dans les cas récents , puisse être très-légère. L'opérateur doit se rappeler que si le sac est ouvert , une sonde ou le doigt passeront aisément dans tous les sens dans sa cavité (1) : la division de l'enveloppe extérieure lui fait souvent croire qu'il a incisé le véritable sac herniaire. Quelques chirurgiens ont coutume de faire un grand usage de la

---

— Dans une hernie scrotale volumineuse étranglée dont la surface était uniforme, comme celle d'une hydrocèle, SCARPA trouva trois pintes de liquide en pratiquant l'opération. La tumeur avait existé , pendant huit ans , du volume d'un œuf de poule , et s'était soudainement accrue par la rupture du bandage dans une rude cavalcade. Pag. 198.

(1) Les adhérences accidentelles entre la membrane extérieure et les parties qu'elle contient , méritent à peine d'être mentionnées comme une exception à cette observation.



sonde dans cette partie de l'opération ; ils engagent l'extrémité mousse de l'instrument dans le tissu cellulaire, qu'ils soulèvent et qu'ils incisent. Cette pratique a une grande apparence de rudesse et de gaucherie, et est beaucoup moins convenable et moins prompte pour atteindre le but qu'on se propose, que la méthode que j'ai décrite.

Les variétés que j'ai indiquées dans le trajet des vaisseaux spermatiques et du canal déférent doivent engager à reconnaître, s'il est possible, la situation de ces parties avant d'opérer, pour éviter le danger de les blesser. En divisant séparément les tégumens et le sac herniaire, et en disséquant avec précaution le tissu qui les sépare, on évitera de blesser ces vaisseaux, lorsque leur trajet ne pourra être reconnu. La méthode que l'on a proposée de faire une petite ouverture à la peau, d'ouvrir la cavité de la tumeur, et d'étendre ensuite l'incision au reste de la peau et au sac herniaire tout à la fois, exposerait sans doute les vaisseaux à un grand danger. M. HEY (1) a coupé de cette manière le canal déférent (2).

---

(1) *Pract. observ.*, pag. 146.

(2) SCARPA conseille de faire l'incision de la peau exactement au milieu de la tumeur dans les hernies volumineuses, où l'on peut s'attendre que les parties composantes du cordon sont écartées. Il recommande aussi de ne pas prolonger l'incision en bas jusqu'au fond du sac. *Mém.* II, § 2.



## SECTION II.

*Débridement.*

Quelquefois on peut faire rentrer dans le ventre les parties contenues de la hernie, après les avoir découvertes, sans diviser l'anneau : elles doivent être replacées de cette manière, si on peut le faire sans violence. Quand cela n'est pas possible, il faut introduire le doigt avec douceur dans le col du sac, pour reconnaître le siège de l'étranglement. On doit l'inciser avec un bistouri courbe boutonné (1), guidé par le doigt de l'opérateur, qui garantit les parties déplacées. Si l'étroitesse de l'étranglement exclut l'emploi du doigt, on peut le remplacer par une sonde cannelée, les parties déplacées étant en même temps soigneusement écartées, pour éviter le risque de les blesser. Il faut porter le doigt dans le col du sac aussi loin qu'il est possible, sans violence, entre les parties déplacées et le côté supérieur de l'étranglement. Le bistouri, dont le dos

---

(1) Les chirurgiens emploient ordinairement le bistouri courbe, qui est contenu dans la trousse portative, et dont la lame est mobile sur le manche. Il vaudrait beaucoup mieux, pour opérer la hernie, en avoir un à lame fixe, ou au moins un dont la lame fût fixée pendant qu'il serait ouvert.



appuie sur le doigt, qui l'accompagne en protégeant les viscères, est poussé vers l'abdomen.

L'incision ne doit pas excéder l'étendue nécessaire pour permettre aux viscères de rentrer avec facilité (1).

---

(1) Un chirurgien français a proposé de dilater au lieu d'inciser l'étranglement. Il emploie, dans cette vue, un instrument composé de deux branches, unies comme celles des ciseaux, et formant, quand il est fermé, une concavité sur une des surfaces et une douce convexité sur l'autre. On l'introduit fermé dans l'anneau, la concavité tournée du côté des parties déplacées, et l'on écarte alors les branches de manière à produire une dilatation suffisante. LEBLANC, *Nouvelle méthode d'opérer les Hernies*, in-8°, Paris, 1768, et *Réfutation de quelques objections*, 1769. Cette méthode est aussi décrite dans ses *Opérations de chirurgie*, tom. II.

La difficulté et le danger d'inciser l'étranglement, et la crainte d'affaiblir les parties par l'incision, sont les principales raisons qui avaient engagé LEBLANC à adopter la méthode par la dilatation. Je crois qu'elle n'a pas été mise en pratique dans ce pays; mais s'il y avait un espace suffisant pour introduire un dilatateur, on peut croire avec raison que les parties pourraient être réduites.

Plusieurs instrumens ont été inventés pour inciser l'anneau: tels sont la sonde ailée de MERY, garnie de deux prolongemens latéraux pour garantir les parties déplacées; les ciseaux de MORAND; le bistouri herniaire de LEDRAN, etc., que l'on peut tous voir dans la 24<sup>e</sup> planche des *Instit. chirurg.* de HEISTER. Ces inventions sont si évidemment inférieures au bistouri mousse, guidé par le doigt, qu'elles sont maintenant presque oubliées.



La situation de l'artère épigastrique près de la bouche du sac , fait de la direction de l'incision un point très-important ; et la variété des opinions sur le trajet de ce vaisseau , a fait varier aussi les procédés suivis pour cette partie de l'opération. Les praticiens de ce pays ont en général suivi le précepte de SHARP (1) et de POTT (2) , qui conseillent de diriger le bistouri en haut et en dehors , c'est-à-dire vers l'épine de l'ilium ; et il n'y a point de danger de blesser l'artère en incisant dans cette direction dans la plupart des hernies inguinales. Mais on s'exposerait à la blesser , dans le cas plus rare où la hernie passe sur le côté interne de l'artère ; quoique , même dans ce cas , le vaisseau soit situé à une distance telle de l'angle externe de l'anneau , que la réduction des parties peut rarement exiger une incision assez grande pour qu'elle soit atteinte (3).

Les chirurgiens qui ont supposé que l'artère a le même rapport avec l'anneau inguinal dans l'état de maladie que dans l'état naturel des parties , prescrivent de faire l'incision dans un sens précisément

---

(1) *Critical inquiry* , pag. 29.

(2) *Works* , vol. II , p. 106.

(3) La direction de l'incision vers l'épine de l'ilium n'expose pas nécessairement l'artère épigastrique à être blessée , quand ce vaisseau passe sur le côté externe du sac her-



opposé à celui que je viens d'indiquer. RICHTER (1), BERTRANDI (2), dirigent le bistouri en haut et en dedans ou vers l'ombilic : leur pratique doit être suivie dans les cas rares , où l'artère est au côté externe de la hernie ; mais elle serait fort dangereuse dans le cas ordinaire , où elle est placée sur le côté interne de l'orifice du sac. Le danger est d'autant plus grand que l'incision est dirigée davantage en dedans ; et l'artère doit être inévitablement blessée , si le bistouri est dirigé horizontalement vers la ligne blanche. CHOPART et DESAULT (3) font varier la direction de leur incision suivant la variété de position de l'artère : ainsi ils divisent le tendon en haut et en dehors, quand le cordon spermatique

---

naire , comme le prouve suffisamment un cas que je rapporte dans la suite de ce chapitre. Il paraît même juste de conclure que l'artère a souvent été épargnée dans ces cas , si l'on considère que ç'a été et que c'est encore une pratique générale d'inciser le tendon en haut et en dehors , et que cependant la blessure de ce vaisseau semble être un événement très-rare. POTT doit avoir pratiqué l'opération du bubonocèle étranglé un très-grand nombre de fois ; cependant il ne rapporte point d'exemple de la division de cette artère dans ses œuvres , et j'ai appris d'une personne qui l'avait entendu , qu'il ne faisait mention d'aucun cas de cette espèce dans ses leçons.

(1) *Traité des hernies*, pag. 123.

(2) *Traité des opérations*, pag. 129.

(3) *Traité des maladies chirurgicales*, tom. II, pag. 263.



est en arrière ou en dedans du sac ; en haut et en dedans , quand il est en avant ou en dehors de la hernie (1). L'artère n'est jamais exposée au plus léger danger , si l'on suit cette méthode. Cependant on ne peut pas toujours reconnaître suffisamment la nature du cas qui se présente ; les signes distinctifs des deux genres de hernies ne sont pas assez évidens pour mettre le praticien à même de décider la question. En effet , la maladie ne me semble pas permettre un tel diagnostic. Un cas ordinaire de hernie scrotale , dans lequel l'ouverture supérieure a été entraînée vis-à-vis l'inférieure par l'ancienneté de la maladie , ne peut être distingué par un examen extérieur de l'espèce dans laquelle les vis-cères se déplacent directement. On ne peut sentir le cordon spermatique , et , si on le sentait , on ne pourrait regarder sa position comme un indice du trajet de la hernie. Dans le cas de doute , ROUGE-

---

(1) Quoiqu'il soit vrai , comme observation générale , que le cordon spermatique passe derrière le sac herniaire dans l'espèce commune de hernie inguinale , et sur son côté externe dans l'espèce rare , les vaisseaux ne suivent pas invariablement ces directions. Je les ai vus directement derrière le sac dans un cas du dernier genre ; et les variétés de leur trajet , indiquées dans la section II , chapitre IX , prouvent suffisamment que l'on ne peut régler le mode d'exécution de cette partie de l'opération d'après la position du cordon spermatique.



MONT (1) donne le conseil de diviser l'anneau directement en haut, c'est-à-dire parallèlement à la ligne blanche, parce que l'artère n'est jamais exposée en coupant dans cette direction. M. COOPER adopte cette pratique de ROUGEMONT, et la suit dans tous les cas, considérant avec raison que la

---

(1) « Je crois, d'après cela, qu'il est permis de croire qu'on court moins de risques de léser l'artère épigastrique en incisant en haut et en dehors, qu'en incisant en haut et en dedans; que, pour reconnaître exactement la disposition de cette artère, il faut s'assurer de la position du cordon spermatique relativement au sac; et, supposé que cela soit impossible, il faut inciser au milieu du bord supérieur de l'anneau. » Notes sur RICHTER, pag. 125.

PETIT divisait l'étranglement directement en haut dans le bubonocèle. Après avoir placé le bord de son instrument contre l'angle supérieur de la plaie, il dit : « Je le pousse en dedans, en appuyant le tranchant vers le haut. » Tom. II, pag. 367.

Les connaissances anatomiques de SCARPA l'ont conduit à découvrir que la direction convenable pour l'incision de l'anneau était en haut, parallèlement à la ligne blanche. « J'ai opéré, d'après la méthode que je conseille, plusieurs cadavres qui avaient des hernies inguinales, soit externes, soit internes, en dirigeant mon incision le long d'un fil, qui, partant de la partie supérieure de l'anneau, était tendu parallèlement à la ligne blanche. Chez tous, j'ai constamment laissé l'artère épigastrique intacte, lors même que je prolongeais l'incision d'environ un pouce au-dessus de l'anneau inguinal. » *Mém.* II, § 5.



multiplicité des procédés adaptés aux diverses circonstances doit embarrasser ceux qui n'ont qu'une connaissance imparfaite de la structure et de la position relative des parties, et que, d'après cela, il convient de tracer une règle générale qui puisse être suivie sans danger dans tous les cas de hernie inguinale. C'est précisément au milieu du bord supérieur de l'anneau que l'incision du tendon doit être faite; l'artère ne peut jamais se trouver dans cet endroit, ni être exposée à être blessée, à moins que l'incision ne soit d'une étendue tout-à-fait démesurée.

Quand l'étranglement est à l'orifice supérieur de l'anneau, l'artère épigastrique se trouve toujours au côté interne de cette ouverture, et ne peut en conséquence être lésée en dirigeant l'incision vers l'épine de l'ilium, ni en incisant directement en haut. Les instrumens que l'on doit employer pour diviser l'étranglement, et la manière de s'en servir, sont presque les mêmes que dans le cas où le tendon de l'oblique externe produit l'incarcération. Il faut employer pour cet objet le bistouri recommandé par M. COOPER, dont le tranchant ne s'étend qu'à une certaine distance de la pointe. Il faut l'introduire couché à plat sur le doigt, jusqu'à ce que le bouton ait dépassé l'étranglement, le retourner alors de manière à mettre son tranchant en contact avec le bord du trans-



verse, et diviser ce muscle dans une étendue convenable.

Les parties déplacées peuvent être étranglées par les ouvertures supérieure et inférieure en même temps, de manière à exiger une incision à chacun de ces endroits pour être complètement dégagées. Ainsi l'incision du tendon de l'oblique externe ne soustrait pas toujours les parties à l'étranglement, et le chirurgien doit, dans tous les cas, passer son doigt dans la direction de l'anneau, pour reconnaître s'il ne reste pas quelque autre resserrement à inciser.

Si l'étranglement est causé par l'ouverture supérieure seulement, il n'est pas nécessaire d'agrandir l'anneau de l'oblique externe, à moins qu'il ne serre le doigt de l'opérateur de manière à l'empêcher d'atteindre l'étranglement. Cette circonstance ne peut arriver que difficilement, quand l'incision des tégumens a été commencée assez haut : cependant elle s'est rencontrée dans le cas que je vais rapporter, et dont je cite les particularités, parce qu'elles sont intéressantes sous plusieurs points de vue.

#### OBSERVATION.

Un homme, âgé d'environ cinquante ans, avait eu pendant plusieurs années une hernie qui pouvait être réduite sans difficulté. La constipation



arriva le 4 janvier 1806 ; et comme on ne put y remédier , il fut apporté à l'hôpital Saint-Barthélemi le 30 du même mois. Son ventre était distendu , mais non douloureux , et il y avait un léger malaise. Il y avait , vers le milieu de l'intervalle de l'anneau au scrotum , une tumeur molle et un peu élastique , du volume d'un œuf de pigeon , que l'on pouvait presser sans causer de douleur. L'anneau de l'oblique externe était tout-à-fait exempt de tension ; il n'y avait pas de testicule dans ce côté du scrotum. De forts purgatifs et des clystères de tabac n'ayant procuré aucun soulagement , l'opération fut pratiquée le septième jour de l'étranglement. La tumeur consistait en un sac herniaire plein de liquide : quand il fut découvert au niveau de l'oblique externe , l'opérateur découvrit qu'une portion de l'intestin était étranglée dans l'ouverture interne. Il pouvait seulement atteindre l'intestin avec son doigt ; mais il fut obligé de diviser largement l'anneau inférieur , avant de pouvoir débarrasser l'étranglement de l'ouverture supérieure , après quoi il réduisit l'intestin. Il ne coula pas de sang pendant l'opération. Des purgatifs doux , puis de plus forts , des clystères furent également employés en vain pour combattre la constipation , et le malade mourut dans la soirée suivante. Le tendon du muscle oblique externe avait été coupé en haut et en dehors dans l'étendue de deux pouces : il avait



aussi été divisé en haut et en dedans dans l'espace de trois quarts de pouce. La dernière incision, qui avait compris le bord inférieur de l'oblique interne et du transverse, avait complètement divisé l'artère épigastrique à trois quarts de pouce de son origine. Il ne parut pas que le vaisseau coupé eût fourni la plus petite quantité de sang. Il y avait dans l'abdomen, et précisément derrière l'anneau, une petite portion d'intestin toute noire et gangrenée, qui avait été étranglée par une bride accidentelle s'étendant du péritoine au mésentère, au niveau de l'anneau. Les circonvolutions de l'intestin grêle, très-distendues (de deux ou trois pouces de diamètre), semblaient remplir tout l'abdomen. Elles étaient légèrement agglutinées les unes avec les autres, et marquées çà et là de raies rouges. L'extrémité inférieure du testicule était située précisément dans l'ouverture supérieure de l'anneau (1).

---

(1) L'état du testicule, dans ce cas, donne lieu à quelques remarques intéressantes. Le corps de cet organe n'avait que la moitié de son volume ordinaire; l'épididyme, qui était très-imparfait, s'étendait à environ un pouce derrière le sac herniaire, et n'était pas joint au corps du testicule. Un autre cas de hernie que la complaisance de mon ami M. CROWTHER m'a fourni l'occasion d'examiner, présentait la même apparence, c'est-à-dire le corps imparfait du testicule dans l'anneau, et un épидидyme incomplet qui s'étendait en bas derrière le sac herniaire. Ces deux prépa-



Ce cas montre que l'étranglement peut aller jusqu'à la mortification complète de l'intestin, sans produire aucun des symptômes que l'on indique ordinairement comme les signes de cette terminaison, et en n'occasionnant au malade que de très-légers accidens. Il indique le danger d'inciser en haut et en dedans, et il prouve que l'artère épigastrique peut être divisée sans qu'il s'ensuive la plus légère hémorrhagie.

### SECTION III.

#### *Blessures de l'artère épigastrique.*

Les auteurs de chirurgie ont dit en général que la division de ce vaisseau était suivie d'une hémorrhagie fatale : le volume de ce vaisseau et le voisinage dès son origine d'une artère aussi grosse que l'iliaque externe, rendent cette assertion très-probable. Cependant on trouve à peine quel-

---

rations sont conservées dans le muséum de l'hôpital Saint-Barthélemi. Ces cas confirment l'opinion de M. HUNTER concernant la cause de la rétention des testicules dans l'abdomen. Il dit, à ce sujet : « Je suis disposé à penser que ce défaut dépend des testicules eux-mêmes », et ensuite, « quand les deux testicules restent pendant la vie dans le ventre, je crois qu'ils sont très-imparfaits et incapables de remplir leurs fonctions naturelles, et cette imperfection s'oppose à leur descente. » *Remarks on the animal economy*, pag. 16 et 18.



ques cas dans lesquels l'examen ait prouvé que la blessure de ce vaisseau fût la cause de la mort (1). GUNZ (2) dit qu'on lui a communiqué à Paris deux cas dans lesquels cette artère a été divisée. BERTRANDI (3), RICHTER (4) et LE BLANC (5) disent d'une manière générale qu'une hémorrhagie funeste est résultée plusieurs fois de la division de l'artère épigastrique; et le premier dit avoir trouvé, à l'ouverture des corps de personnes mortes quelques heures après l'opération, l'abdomen rempli de sang sorti de ce vaisseau. M. COOPER (6) rapporte l'exemple d'une personne qui mourut d'hémorrhagie après l'opération, et celui d'une autre qui fut réduite à l'extrémité par des hémorrhagies répétées. Dans une des observations

---

(1) J'entends dans la hernie. Le D<sup>r</sup> CARMICHAEL SMYTH rapporte dix cas dans lesquels la mort fut produite par l'hémorrhagie résultant de la blessure de l'artère épigastrique ou de quelques-unes de ses branches dans l'opération de la ponction. *Medical communications*, vol. II.

(2) *Obs. anatomico-chirurg. de herniis* : « Quod etsi non invenio ab ullo observationum auctore commemoratum fuisse, tamen, quando Parisiis eram, duo exempla herniis affectorum accepi, qui ex vulnere hujus arteriæ vitam amiserunt. »

(3) *Traité des opérations*, pag. 29.

(4) *Traité des hernies*, pag. 125.

(5) *Précis d'opérations*, t. II, pag. 129.

(6) Pag. 53.



de M. HEY (1), il y eut un écoulement de sang considérable ; mais il fut arrêté par le moyen de l'éponge. SCARPA a été témoin de la blessure de l'artère épigastrique dans une opération pratiquée par un chirurgien habile, et les expressions dont il se sert (2) font croire qu'elle a été fatale. Le cas que je viens de rapporter présente l'exemple d'une division complète de l'artère épigastrique, qui n'a occasionné aucune hémorrhagie pendant l'opération ou avant la mort du malade. J'ai vu un autre cas dans lequel il paraît certain que ce vaisseau a été coupé ; mais le fait ne fut pas constaté.

#### OBSERVATION.

Dans une opération de hernie fémorale, on débrida en haut et en dehors. Comme la première incision n'avait point été suffisante pour permettre la réduction de l'intestin, on l'agrandit dans la même direction. La plaie se remplit tout à coup de sang artériel, qui reparaissait en abondance dès qu'on l'avait épongé. On ne pouvait découvrir l'orifice du vaisseau. Tandis que l'on discutait s'il convenait de passer une aiguille autour de l'ar-

---

(1) *Précis d'observations*, t. II, pag. 159.

(2) « J'ai eu le désagrément d'être témoin de l'ouverture de l'artère épigastrique dans une opération exécutée avec le plus grand soin par un habile chirurgien. » *Mém.* II, § 4, pag. 107.



tère, la malade, qui avait perdu environ une pinte de sang, eut une syncope, et l'hémorrhagie cessa pour ne plus reparaitre. La femme qui est le sujet de cette observation guérit complètement. De plus, on peut avancer que l'existence de l'hémorrhagie, même très-abondante après l'opération, n'est pas une preuve certaine que l'artère épigastrique ait été blessée, et qu'un écoulement abondant de sang peut se rencontrer dans des cas où l'examen après la mort ne fait découvrir la lésion d'aucun vaisseau considérable. Ces assertions sont justifiées par le cas suivant.

#### OBSERVATION.

L'opération du bubonocèle fut pratiquée sur un homme à l'hôpital Saint-Barthélemi, le 18 octobre 1806, dix jours après l'étranglement. L'intestin était adhérent au col du sac dans la plus grande partie de son étendue, et sa réduction n'exigea qu'une très-petite division de l'anneau, qui fut faite en haut et en dehors. Il ne s'écoula pas de sang pendant l'opération; l'hémorrhagie arriva cependant le soir même, mais elle céda aux applications froides. Les symptômes de l'inflammation se montrèrent dans la soirée suivante, et persistèrent jusqu'à la fin du quatrième jour, temps pendant lequel on tira au malade quatre-vingt-seize onces de sang, et on lui appliqua douze sangsues à l'abdomen.



Dans la matinée du huitième jour, une hémorrhagie abondante eut lieu par la plaie. C'était du sang artériel, et il en coula au moins deux pintes avant que l'écoulement ne cessât. Le malade survécut à cet événement environ une semaine, pendant une partie de laquelle on eut de grandes espérances de guérison. On trouva qu'une inflammation très-violente s'était emparée de tout l'intestin grêle : il était, dans toute son étendue, d'un rouge vif, et couvert à sa surface d'une quantité considérable de lymphe coagulable. Les parties qui formaient la hernie s'étaient déplacées en dedans de l'artère épigastrique, qui était, ainsi que ses veines satellites, à trois quarts de pouce au moins du point auquel se terminait l'incision de l'anneau, ainsi elle n'avait éprouvé aucune lésion. Le cordon spermatique était en dehors du sac herniaire, mais n'avait pas été blessé. Il parut qu'une petite artère, que l'épigastrique envoie au cordon spermatique, avait été coupée ; mais, par son volume, elle ne semblait pas du tout capable de fournir une hémorrhagie aussi abondante (1).

---

(1) Dans un cas de hernie scrotale, rapporté par M. HOME, une hémorrhagie d'environ une pinte arriva le dixième jour après l'opération. *Transactions of a society, etc.*, vol. VII, pag. 109. — Et une hémorrhagie considérable arriva à la suite d'une opération dans un exemple rapporté dans DUNCAN'S commentaries, vol. I, pag. 413.



Dans le cas où le chirurgien aurait blessé l'artère épigastrique, la conduite qu'il devrait suivre serait modifiée par les circonstances du cas dans lequel l'accident serait arrivé. Si l'importance de l'hémorrhagie portait à croire que ce vaisseau a été divisé, l'opérateur devrait agrandir la plaie, afin de découvrir autant que possible la source du sang, et se servir de l'aiguille pour passer une ligature. La connaissance exacte de l'anatomie des parties aidera beaucoup à arrêter cette hémorrhagie.

#### SECTION IV.

##### *Incision de l'aponévrose sans comprendre le sac.*

Dans toutes les remarques que j'ai faites relativement à la division de l'étranglement, j'ai toujours entendu que la portion du péritoine qui forme le sac devait être comprise dans l'incision. M. COOPER (1) a proposé de s'écarter de cette manière générale d'opérer. Il veut que l'on divise le tendon seul, sans comprendre le sac dans l'incision, et pour cela, il introduit son bistouri courbe entre ces parties. Il attribue deux avantages à cette méthode : l'incision du sac étant plus éloignée du péritoine, sera moins susceptible d'exciter l'inflam-

---

(1) Pages 28 et 30.



mation de cette membrane; et si l'artère épigastrique est blessée, le sang ne coulera pas dans l'abdomen. Il serait nécessaire de faire avec soin des essais comparatifs des deux méthodes pour déterminer la valeur de la première raison; et si l'on incise dans une direction convenable pour éviter de blesser l'artère, le second avantage devient nul.

Plusieurs circonstances se présentent d'elles-mêmes pour être objectées à cette proposition. Le manuel de l'opération, quoique facile sans doute pour un anatomiste aussi habile que M. COOPER, serait, j'en suis convaincu, très-difficile, sinon impraticable pour le plus grand nombre des chirurgiens. Cette difficulté dépend de la manière solide dont le sac et les parties environnantes sont liés, je dirai presque réunis les unes à l'autre. L'expérience de RICHTER montre que cette objection est fondée en réalité (1). Il essaya une fois de diviser l'anneau sans inciser le sac, mais il ne put y parvenir. Si l'étroitesse de l'étranglement s'oppose à l'introduction du doigt, il doit y avoir alors un grand danger de blesser les parties déplacées (2).

On ne devrait pas préférer cette pratique, quand même elle serait aussi facile que la méthode ordi-

---

(1) *Traité des hernies*, pag. 118.

(2) L'intestin fut blessé dans une tentative de ce genre, rapportée par PELLETAN, t. III, p. 102.



naire d'opérer. M. COOPER laisse un pouce du sac sans le diviser au-dessous de l'anneau ; ainsi il reste une poche prête à recevoir un nouveau déplacement, ce qui diminue la chance de la cure radicale. Il vaudrait mieux suivre l'avis de RICHTER, et scarifier le col du sac pour favoriser l'adhésion de ses côtés entre eux. Il a trouvé cette pratique si avantageuse pour effectuer la cure radicale, qu'il conseille de l'employer dans toutes les opérations de hernie étranglée (1).

On doit pourtant, je pense, adopter plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'ici la méthode de débrider et de réduire les parties déplacées sans ouvrir le sac du tout, quoiqu'elle ait des inconvéniens, comme méthode générale d'opérer la hernie étranglée. Les cas particuliers dans lesquels cette méthode est préférable, et les raisons sur lesquelles sa préférence est fondée dans ces cas, seront examinés dans la suite de ce chapitre. Je sais bien que la difficulté de pratiquer une opération, ne doit pas être regardée comme un argument contre elle, si on peut prouver qu'elle a des avantages ; cependant je pense réellement que les connaissances en anatomie de la plupart des chirurgiens ne sont pas suffisantes pour qu'ils puissent suivre sans danger cette méthode d'opérer. Si les parties adhèrent les unes

---

(1) *Traité des hernies*, pag. 191.



aux autres ou au sac, elles ne peuvent être réduites sans ouvrir celui-ci ; ainsi il faut en venir à cette ouverture, ou autrement le malade resterait avec une hernie irréductible, qui l'exposerait continuellement au danger d'un nouvel étranglement (1). Souvent l'épiploon est dans un état tel qu'il faut en retrancher une partie, soit parce qu'il est tellement accru en volume, qu'on ne pourrait le réduire sans agrandir beaucoup l'anneau, soit parce qu'il est tellement altéré dans sa structure, qu'il doit nécessairement se mortifier. Si, en opérant par le procédé dont il est maintenant question, on avait réduit dans l'abdomen une portion de ce viscère dans un état de gangrène, et qu'elle y tombât en fonte putride, elle occasionnerait les symptômes les plus graves, et probablement la mort du malade. Il faut aussi considérer le danger de réduire un intestin gangrené dans le ventre, ce qui doit aisément arriver. Il arrive souvent en effet que ce changement n'est indiqué par aucun symptôme, et qu'on le rencontre dès le commencement de la maladie : il est aussi très-fréquent dans les petites hernies. L'épanchement des matières du canal in-

---

(1) MONRO rapporte quatre cas dans lesquels il essaya cette opération ; il fut obligé d'inciser le col du sac dans deux, et dans le troisième des adhérences s'opposèrent à la réduction de quelques-unes des parties. *Description of all the bursæ mucosæ, etc.*



testinal dans l'abdomen , à la chute de l'escarre , donne lieu aux plus graves conséquences. La pratique de ne point ouvrir le sac doit augmenter la fréquence de la reproduction de la hernie : en effet , les viscères doivent nécessairement s'introduire dans un sac qui reste dans l'aîne , et qui est disposé à les recevoir.

L'impossibilité de la réduction du sac dans l'abdomen avec les parties qu'il contient , excepté dans des cas très-récens , explique suffisamment pourquoi on ne l'a jamais mise en pratique , et me dispense d'en parler plus au long (1).

---

(1) PETIT , qui , le premier , a proposé la division de l'anneau sans ouvrir le sac herniaire , avait coutume de placer une compresse sur cette partie après l'opération. Il dit que le sac , dans quelques cas , est rentré graduellement dans l'anneau , et que cela arrive toujours dans les hernies petites ou d'un moyen volume , surtout si on l'a réduit d'abord autant qu'on a pu. Voyez son *Traité des malad. chirurg.* , tom. II , pag. 375. GARENGEOT , en décrivant le procédé de PETIT , dit qu'après avoir réduit les parties , « il entasse le sac en un petit bloc , et le met dans l'ouverture même de l'étranglement , et par-dessus une petite pelote qu'il a imaginée. » MONRO l'ancien adopte ce procédé. Il conseille de conserver le sac entier , et de le pousser dans l'anneau , « si la maladie est récente , si le sac est mince et non plissé , ni rétréci dans l'endroit où il passe à travers les muscles , ni accru dans quelque autre partie. » *Edinb. essays* , vol. V , art. 21. Le précepte de PETIT peut seulement s'entendre de pousser une partie du sac comme une pelote dans l'anneau ,



## SECTION V.

*Réduction des parties déplacées.*

La dernière partie de l'opération consiste à réduire les parties déplacées ; ce qui peut être pratiqué immédiatement, si elles sont saines et exemptes d'adhérences. La cuisse doit toujours être dans la flexion pendant cette partie de l'opération. Aucun état de l'intestin ne peut s'opposer à sa réduction (1), excepté la gangrène. La conduite à suivre,

et non de le *réduire* en dedans de l'anneau. MONRO parle trop spécialement des cas récents ; et ils doivent en effet être bien récents, si le sac n'a pas contracté d'adhérences avec les parties voisines. M. COOPER rapporte l'histoire d'une petite hernie inguinale chez la femme, où le sac fut réduit, sans être ouvert, avec les parties qu'il contenait. P. I, p. 49. On s'est cru autorisé, par ces observations, à admettre en pratique générale la réduction du sac ; et l'observation de LEDRAN, que j'ai déjà indiquée, chap. VIII, sect. II, si l'on pouvait y croire, appuierait cette proposition. Mais la connaissance exacte de l'anatomie renverse tout-à-fait ces suppositions. L'adhérence générale et solide du sac à toutes les parties environnantes, ses étroites connexions avec les vaisseaux spermaticques, et la difficulté de l'isoler, surtout dans les cas où la position du cordon est changée, s'opposeront toujours à l'admission de ce procédé, qui n'offrirait aucun avantage particulier, quand bien même il serait d'une facile exécution.

(1) Des blessures superficielles, faites par mégarde pendant l'opération, ont été sans danger. RICHTER, *Chirurg. Biblioth.*, b. IV, pag. 159.



dans ce cas, sera le sujet d'un chapitre particulier.

La partie étranglée est souvent si altérée en couleur, qu'on est d'abord disposé à penser qu'il serait nuisible de la réduire dans l'abdomen dans cet état. Si cette altération n'est pas allée jusqu'à la gangrène, l'expérience (1) prouve qu'on peut replacer la partie, et le cas suivant est une preuve de plus de l'utilité de cette pratique. On peut s'attendre que la maladie indiquée par le changement de couleur de l'intestin cessera quand sa cause n'existera plus.

#### OBSERVATION.

Un nègre, nommé THOMAS LUCAS, fut apporté à l'hôpital St.-Barthélemi, avec un bubonocèle étranglé, dans la matinée du 14 janvier 1807. L'étranglement était arrivé le soir précédent à dix heures. Des applications froides, continuées pendant quatre heures, et combinées avec l'usage répété des clystères de tabac, ayant été inefficaces, l'opération fut pratiquée, à midi, par Sir C. BLICKE. La hernie était une

---

(1) L'intestin, de la couleur du fruit de tamarin, réduit avec succès. *Med. and phys. journ.*, v. X. — D'une couleur brune foncée. WARNER, obs. 39. — Plus d'une aune d'intestin d'un brun noir, réduit avec succès. *Chir. wharnehm*, t. II, pag. 293. — Réduction d'une demi-aune d'intestin plutôt noire que brune, avec guérison. ACREL, *Chir. vorfalle*, t. I, pag. 395. — Voyez aussi TRÉDEN, *Neue bemerkungen*, etc., erster theil., pag. 95.



entérocele , et l'intestin , étranglé dans la longueur de deux pouces , était dans toute son étendue d'une couleur brune très-foncée et presque noire ; une ligne de démarcation existait entre cette partie et la portion saine de l'intestin. On le fit rentrer dans l'abdomen ; mais l'étendue et la profondeur de l'altération de la couleur furent regardées comme une circonstance si défavorable, qu'on ne s'attendait pas à voir survivre le malade. Les symptômes d'entérite s'étant déclarés quelques heures après l'opération , on tira seize onces de sang de l'artère temporale (1), et , peu de temps après , on répéta une semblable saignée. On associa à cette évacuation l'usage des fomentations chaudes sur l'abdomen , l'emploi intérieur d'une solution de sulfate de magnésie et de manne dans l'eau de menthe , et des clystères. Le jour suivant , on appliqua trente-six sangsues à l'abdomen , et on tira seize onces de sang du bras. Ces moyens triomphèrent de l'inflammation ; mais le malade fut tellement affaibli , qu'il fallut , pour le soutenir , avoir recours à une diète nutritive , au porter , au vin , etc. Il guérit complètement , et quitta l'hôpital vers le milieu de mars.

Pour déterminer si une portion d'intestin dont

---

(1) Le sang fut tiré de ce vaisseau , parce que les veines superficielles du bras étaient si petites , qu'elles ne donnèrent pas de sang après avoir été ouvertes dans plusieurs points des deux côtés.



la couleur est altérée est dans l'état de gangrène , on recommande de pousser en avant le sang contenu dans les veines ; et si elles se remplissent de nouveau , on regarde cela comme une preuve que la partie conserve encore sa vitalité. Si , au contraire , on voit que le sang est coagulé , on peut en inférer que la partie est gangrenée.

L'altération de couleur dont il s'agit ici , consiste en une teinte brune foncée comme celle du chocolat : elle dépend probablement de la distension des vaisseaux par le sang veineux , produite par l'étranglement. La couleur de la gangrène est noire. Dans le premier cas , les membranes de l'intestin conservent leur texture naturelle ; dans le dernier , elles sont mollasses et cèdent sous le doigt.

Dans la gangrène , il y a une odeur cadavéreuse particulière , lorsque l'intestin est découvert. Un caractère certain de mortification , dit M. TRAVERS , peut se tirer de cette « perte de lustre qui accompagne la mort des surfaces membranenses polies , et qui altère la structure du péritoine , de la même manière que celle de la cornée » (1).

Dans l'entéro-épiplocèle , on replace ordinairement l'intestin le premier , ce qui s'accorde avec les rapports des deux parties dans leur situation naturelle , et de plus est commandé par la faci-

---

(1) *Inquiry into the process of nature , in repairing injuries of the intestines , etc.* Pag. 263.



lité plus grande avec laquelle l'intestin rentre à sa place. L'épiploon, qui rentre moins aisément, et exige souvent une excision partielle, reste à la disposition du chirurgien. Il n'y a cependant pas de raison suffisante pour établir aucune règle précise à ce sujet, ni pour replacer le mesentère avant l'intestin, quand le premier a été déplacé. Le but de tous nos procédés est de rétablir les parties dans leur situation naturelle, et tout doit nous engager à les exécuter avec le moins de violence possible. Si l'intestin distendu peut être vidé par une légère pression, cela facilitera sa réduction; mais si elle ne peut être effectuée sans violence, il faut augmenter le débridement. L'intestin vidé doit être réduit, portion par portion, en commençant par un bout, près de l'anneau, et en procédant graduellement vers l'autre.

Comme l'épiploon se présente toujours le premier, il couvre ordinairement l'intestin; en conséquence, il faut déplier et examiner avec soin cette partie, car elle cache quelquefois une petite portion d'intestin, et ne jamais la retrancher avant d'avoir fait cet examen. On a vu des cas dans lesquels l'épiploon formait un véritable sac, renfermant une portion d'intestin (1) : dans un cas de ce genre,

---

(1) RICHTER, *Trait. des hern.*, pag. 133. — Deux cas rapportés par M. HEY semblent, sous certains rapports, appartenir à ce genre. *Pract. obs.*, pag. 211 et 214.



il faut le diviser suffisamment pour découvrir ce dernier. La possibilité de rencontrer une semblable disposition, doit rendre le chirurgien très-circonspect lorsqu'il faut retrancher quelques portions de ces organes. L'épiploon déplacé est souvent assez altéré dans sa structure, pour rendre son ablation nécessaire. La manière de procéder, dans ce cas, sera examinée dans le chapitre sur les hernies épiploïques.

Les parties contenues d'une hernie adhèrent souvent les unes aux autres ou au sac herniaire. Quand ces adhérences sont récentes et molles, on peut les déchirer avec le doigt; si elles ont acquis de la fermeté, on doit les diviser avec le bistouri.

Rarement les intestins adhèrent ensemble d'une manière très-intime : les adhérences les plus fortes et les plus intimes sont celles qui arrivent entre l'épiploon et le sac herniaire. Le chirurgien doit regarder comme une règle de détruire toute connexion contre nature avant de réduire la partie déplacée (1); car l'agglutination des deux côtés d'un

---

(1) POTT n'a jamais trouvé les parties déplacées assez adhérentes pour ne pouvoir être réduites; mais ARNAUD rapporte des cas dans lesquels les adhérences n'ont pu être détruites, *Mém. de chirurg.*, part. I, pag. 54; et PETIT parle d'adhérences si fermes et si étendues que la hernie formait un masse charnue où l'on ne pouvait distinguer ni l'intestin ni l'épiploon, tom. II, pag. 277. — Dans une petite hernie crurale, M. TAUNTON a trouvé le sac tellement



repli d'intestin a opposé au passage des matières alimentaires un obstacle suffisant pour produire une terminaison fatale (1).

La réduction peut être empêchée par des adhérences autour de l'orifice du sac; comme on ne peut les voir, leur destruction offre quelques difficultés, et expose au danger de blesser les viscères déplacés. On peut faciliter cette partie de l'opération en agrandissant l'incision des tégumens et celle de l'anneau de manière à mettre ces adhérences à découvert. La précaution d'introduire le doigt pour s'assurer que les viscères sont complètement dégagés et que l'anneau est libre, qui ne doit être négligée dans aucun cas, est surtout nécessaire dans ceux dont il est maintenant question.

Les remarques précédentes ne s'appliquent pas aux cas décrits dans le chapitre IX, section 6, dans lesquels le cœcum et le colon font hernie à travers l'anneau, et ont les mêmes connexions latérales et postérieures que dans leur situation naturelle. On doit se contenter ici de débrider. Il peut arriver qu'une portion d'intestin soit adhérente dans l'anneau ou dans le col du sac, de manière à exiger une semblable opération. On doit avoir grand soin, dans ce cas, de dégager les parties de toute pres-

---

adhérent à l'intestin, qu'on ne put les séparer. *Philosophical magazine*, vol. XXXVI, pag. 316.

(1) COOPER, pag. 53.



sion, et de les recouvrir ensuite par un rapprochement modéré des tégumens. Lorsqu'un intestin adhérent est ainsi laissé hors de l'abdomen, il se retire graduellement pendant le cours de la guérison, ou si une petite portion reste hors de l'anneau, elle se couvre de granulations, et ensuite elle adhère à la cicatrice. Des cas traités de cette manière, soit par RICHTER (1), soit par SCARPA (2), ont bien réussi, sans aucun fâcheux accident, et en très-peu de temps.

Il faut introduire le doigt, après la réduction, pour s'assurer que l'anneau est libre et que les viscères sont complètement rentrés dans la cavité abdominale. Des cas dans lesquels les viscères déplacés ont été réduits, encore étranglés par le col du sac (3), et d'autres, dans lesquels ils ont été repoussés entre le péritoine et les muscles (4), rendent cette précaution très-nécessaire.

---

(1) *Journal de LODER*, en allemand. B. I, p. 19. — Ce cas est rapporté au long dans SCARPA, *Mém.* II, § 28.

(2) *Mém.* II. § 28.

(3) Des cas de ce genre sont rapportés dans le chapitre sur le traitement de la hernie fémorale, en parlant de l'opération; et l'on en parle dans le chapitre IV, section I, au sujet de l'étranglement par la bouche du sac.

(4) Dans un cas de bubonocèle, opéré par M. PELLETAN, dans lequel il avait repoussé l'intestin au-delà de l'anneau, le malade n'eut pas d'évacuations, et mourut bientôt. Les parties avaient été poussées entre le péritoine et les mus-



Si on craint que le sac , volumineux et épais , ne s'oppose au rapprochement des lèvres de la plaie , on ne retarde leur réunion , on peut en retrancher les côtés , en ayant bien soin d'éviter de blesser les vaisseaux spermatiques , ou le canal déférent.

Pour terminer , j'avertirai encore une fois le chirurgien d'éviter la violence dans toutes les parties de l'opération. Il doit l'exécuter tout entière avec le bistouri , car une plaie par incision bien nette se réunit beaucoup plus promptement que celle qui est compliquée de déchirure ou de contusion. S'il n'y a pas assez d'espace pour remplir quelque indication particulière , il faut agrandir l'incision (1) : si l'étroitesse de l'étranglement s'oppose à l'emploi du doigt pour guider le bistouri , il faut se servir d'une sonde cannelée ; lorsqu'il y a des adhérences , il faut les détruire avec le bistouri. Je suis convaincu que la plaie doit guérir plus promptement , si l'on fait attention à ce der-

---

cles ; probablement étranglées encore par la bouche du sac , quoique cette circonstance ne soit pas mentionnée. *Clin. chir.* , t. III , p. 335.

(1) « J'ai vu plus d'une fois l'intestin crevé par la violence employée par l'opérateur pour le réduire. » WILMER , pag. 3. — M. BELL donne la figure d'un intestin très-endommagé par des tentatives violentes pour le replacer. *Elements of oper. surg.* , pl. II. — L'intestin a été rompu en essayant de déchirer une adhérence. ARNAUD , pag. 317.



nier précepte. Il n'y a pas de raison, ce semble, pour que les bords de cette plaie, comme ceux de toute autre division récente, ne s'unissent pas par le procédé de l'adhésion. On doit surtout désirer ce mode de réunion dans les cas dont il s'agit ; car des faits nombreux prouvent l'importance d'une prompte réunion des plaies qui pénètrent dans des cavités circonscrites, pour prévenir le développement de l'inflammation.

Il est nécessaire en général de maintenir les lèvres de la plaie en contact, au moyen d'un ou de plusieurs points de suture entrecoupée, particulièrement quand le scrotum a été divisé. Il faut de plus appliquer entre les points de suture des bandelettes d'emplâtre agglutinatif. On peut, par une pression modérée, exercée avec des compresses sur le col du sac, favoriser la réunion de ses côtés, et prévenir un nouveau déplacement.

On doit, après avoir couché le malade, lui recommander d'éviter toute espèce de mouvement, à cause du risque d'un nouveau déplacement. Il doit en conséquence rester aussi tranquille qu'il est possible. On évite les efforts nécessaires pour l'excrétion des matières fécales, en suivant les préceptes indiqués dans la section suivante sur l'emploi des laxatifs.

Il est convenable de placer sous le scrotum un petit coussin mollet.



## SECTION VI.

*Traitement après l'opération.*

Le traitement de la plaie n'exige aucun soin particulier : c'est une simple incision à travers des parties peu importantes en elles-mêmes , et qui doit être traitée suivant les principes ordinaires de la pratique chirurgicale dans des blessures semblables. Si la marche de la maladie est heureuse , on ne doit pas enlever le premier appareil avant le quatrième jour ; dans la suite on renouvelle les pansemens toutes les vingt-quatre heures. Quand l'inflammation survient , et que les côtés de l'incision se tuméfient , on peut enlever la suture , et remplacer les bandelettes agglutinatives par un cataplasme de lin ou de mie de pain.

Dès que la cicatrice a acquis une fermeté suffisante , et avant que le malade ne se lève , il faut appliquer un bandage qui doit être porté constamment après la guérison. L'opération ne détourne que le danger du moment , et laisse le malade exposé à un nouveau déplacement , qui souvent même arrive à un plus grand développement qu'auparavant. Quelquefois la cure radicale a lieu : mais comme on ne peut en avoir la certitude dès le commencement , il convient d'adopter dans tous les cas des moyens de précaution.

Des évacuations par l'anus , une diminution considérable de tous les symptômes , sont les effets



ordinaires de l'opération : les premières ne suivent pas toujours immédiatement ; et il est d'usage, dans tous les cas, de solliciter l'action des intestins au moyen des clystères simples et de petites doses de sel d'Epsom dissous dans une infusion de roses ou de l'eau de Menthe. Il y a souvent un amas considérable de matières fécales à évacuer ; et l'action des purgatifs ne peut être que salutaire, car ils diminuent la tendance à l'inflammation. On doit prescrire strictement une diète légère et peu abondante, jusqu'à l'entier rétablissement du malade : les intestins restent pendant quelque temps dans un tel état d'irritabilité, que la moindre irrégularité dans le régime cause un désordre considérable et arrête les progrès de la guérison. La mort est arrivée dans beaucoup de cas, et dans d'autres de grands accidens ont eu lieu pour avoir négligé d'observer les règles du régime relatives à ce sujet.

L'inflammation du péritoine est une suite fréquente de l'opération de la hernie étranglée. Les organes de l'abdomen sont souvent disposés à l'inflammation avant l'opération, et la hernie elle-même suffit pour déterminer une péritonite. Si la tension et la douleur de l'abdomen, le hoquet, le vomissement subit de tout ce qui entre dans l'estomac, et la constipation opiniâtre, indiquent le développement de l'inflammation, il faut employer sans délai les moyens les plus actifs, et



en continuer l'usage jusqu'à ce que les symptômes soient dissipés. L'on a un cas d'inflammation du péritoine ou des intestins à traiter. Il faut surtout compter sur la phlébotomie répétée suivant les circonstances. La saignée locale de l'abdomen au moyen des sangsues ou des scarifications ; des fomentations chaudes sur cette partie , des bains chauds , des vésicatoires , les purgatifs et les lavemens doivent être associés à la saignée générale. Quelques-uns de ces derniers remèdes peuvent suffire dans les cas légers. Le malade est quelquefois si affaibli par les moyens employés pour combattre l'inflammation , qu'il devient ensuite nécessaire de le soutenir par un diète nourrissante , le vin et les cordiaux. Si l'intestin est très-enflammé ou altéré en couleur avant l'opération , son remplacement peut bien ne pas arrêter la marche de la maladie causée par l'étranglement : l'affection inflammatoire peut encore s'accroître , et s'étendre à la portion saine du canal. L'histoire du nègre , rapportée dans la section précédente , vient à l'appui de cette remarque : cela doit nous avertir d'observer avec soin la marche de la maladie , et si les symptômes annoncent l'inflammation , d'employer sur-le-champ les moyens convenables.

Quelquefois les symptômes inflammatoires caractérisent l'étranglement dès son début , et portent à opérer très-promptement. Dans ce cas , il



ne peut y avoir une grande accumulation dans les intestins, et l'on doit s'attendre à l'inflammation, qui n'est pas bornée à la partie déplacée, mais générale (1). Le traitement antiphlogistique le plus actif est alors nécessaire.

On peut remédier à l'irritabilité de l'estomac et aux nausées qui persistent après l'opération, par l'usage combiné des potions effervescentes et de l'opium. Si la diarrhée survient pendant le cours du traitement, l'opium, uni aux cordiaux, mérite une très-grande confiance (2).

Pour la persistance des symptômes de l'étranglement après l'opération, le lecteur consultera la sect. II du chap. VIII.

---

(1) MM. PELLETAN et TRAVERS rapportent plusieurs cas dans lesquels l'inflammation de l'abdomen n'a pas été diminuée par l'opération, et est devenue fatale peu après. Dans quelques-uns d'eux, il y avait, avant l'opération, un épanchement purulent et séreux dans l'abdomen, évacué par l'incision, et de la lymphe coagulée sur les parties déplacées. *Clin. chir.*, t. III, pag. 364-375. — *Inquiry*, etc., pag. 223 et suiv.

Il y a dans les mêmes ouvrages des cas qui montrent très-bien les progrès de l'inflammation et le traitement qui lui convient. *Clin. chir.*, t. III, pag. 55. — *Inquiry*, etc., pag. 232.

(2) Le D<sup>r</sup> HULL rapporte une observation dans laquelle le testicule et le cordon spermatique se gangrénèrent après l'opération, quoiqu'on n'eût pas eu connaissance de la di-



## SECTION VII.

*Procédés proposés pour favoriser la cure radicale.*

On a quelquefois proposé d'associer à l'opération de la hernie étranglée des procédés qui ont paru propres à favoriser la cure radicale de la maladie. On a placé une ligature sur la bouche du sac, et le sac lui-même a été retranché. La combinaison de ces procédés a eu du succès dans deux cas de hernies irréductibles, mais non étranglées, opérées par SCHMUCKER (1). Le dernier procédé a complètement échoué entre les mains de M. COOPER. La ligature employée par PETIT produisit des symptômes si alarmans, qu'on jugea nécessaire de la retirer; ce qui les fit cesser. L'irritation que doit produire une ligature sur la surface péritonéale du sac herniaire, et la facilité avec laquelle l'inflammation se propage dans la cavité abdominale par la continuité de surface, sont les causes du danger qui accompagne ce procédé. J'ai déjà indiqué la proposition de RICHTER, de scarifier le

---

vision de l'artère. On peut concevoir, par les variétés dans le trajet du cordon, comment l'artère peut être divisée sans que l'opérateur s'en aperçoive. *Med. and phys. journal*, V, 11.

(1) On a déjà fait mention de ces cas pag. 94 et 95.



col du sac , afin de faire adhérer ses côtés (1). Il paraît en avoir retiré du succès dans la pratique , et son exécution ne semble pas devoir entraîner de conséquences fâcheuses. On peut faire une remarque sur toutes ces méthodes , c'est qu'elles ne peuvent agir sur la cause de la maladie. Le retour fréquent de la hernie après l'opération doit être principalement attribué à l'agrandissement de l'anneau par l'incision. L'oblitération de la bouche du sac ne peut avoir aucune influence sur cet état des parties. Cependant on doit avouer en même temps que le retour de la maladie est moins probable , si l'ouverture du péritoine est oblitérée par adhésion , que si elle continue d'être perméable.

## SECTION VIII.

### *Opération des hernies volumineuses.*

Les circonstances particulières des différens cas , doivent modifier un peu la méthode d'opérer la hernie étranglée. L'opération qui vient d'être décrite ne convient pas pour une hernie volumineuse ancienne et adhérente. La séparation des adhérences accidentelles est souvent très-longue et très-difficile , et l'irritation qui doit nécessairement résulter de cette partie de l'opération rend très-probable

---

(1) Voyez section IV de ce chapitre , pag. 240.



le développement de l'inflammation. L'étendue de la surface qui est mise à nu en ouvrant la totalité d'une tumeur herniaire volumineuse, expose à un grand danger le malade, qui, dans ces cas, est ordinairement avancé en âge, et par conséquent moins capable de supporter une inflammation et une suppuration très-grandes. Il faut se rappeler aussi ce qui est rapporté dans le troisième chapitre sur l'impossibilité, qui se rencontre quelquefois, de maintenir réduites dans l'abdomen les parties qui ont séjourné pendant plusieurs années dans un sac herniaire. En outre, l'anneau est tellement dilaté, que la hernie se reproduirait certainement, et en conséquence on ne peut espérer d'obtenir une cure radicale par l'opération. Ces réflexions doivent faire adopter la pratique de détruire l'étranglement sans ouvrir la tumeur. L'opération doit être pratiquée en faisant aux tégumens une incision de deux ou trois pouces de longueur sur l'anneau abdominal. On dissèque ensuite jusqu'à l'aponévrose qui couvre le sac herniaire, et l'on fait une ouverture à cette aponévrose. Par cette ouverture, on introduit une sonde cannelée sous le tendon, et l'on conduit le bistouri boutonné sur la cannelure jusqu'à la partie qui doit être divisée. Si l'on éprouve une grande difficulté à opérer de cette manière, on peut faire une petite ouverture au sac près de l'anneau, ce



qui met le chirurgien à même de diviser le tendon avec facilité. Quand les parties sont délivrées de l'étranglement, il faut les repousser dans le ventre en pressant sur la tumeur, si des adhérences ne s'y opposent pas : en tout cas, on peut toujours en replacer une partie. Il faut rapprocher avec soin les lèvres de l'incision à l'aide d'emplâtres agglutinatifs, et elles se réuniront probablement par première intention ; résultat qu'on ne pourrait raisonnablement espérer, si l'opérateur suivait l'avis d'un écrivain qui recommande *de coudre exactement* la peau, en plaçant des points de suture à un travers de doigt l'un de l'autre.

De cette manière, on atteint le seul but raisonnable auquel on puisse prétendre en pratiquant l'opération ; c'est de soustraire le malade au danger de l'étranglement, et on l'atteint par la méthode qui offre le moins de risques. On ne pourrait réduire tous les viscères qu'en exposant beaucoup la vie du malade, et cette réduction n'offrirait pas un avantage assez réel ; car on doit regarder comme certain un nouveau déplacement au bout d'un temps plus ou moins long.

M. COOPER (1) rapporte un cas qui vient à l'appui des observations précédentes. La tumeur, qui s'étendait jusqu'au milieu de la cuisse, existait de-

---

(1) Part. I, pag. 45 et 46.



puis l'enfance , et n'avait jamais été entièrement réduite. Une toux habituelle qui existait , faisait craindre que les parties ne sortissent de nouveau si on les réduisait par l'opération. M. COOPER , en conséquence , divisa l'étranglement sans ouvrir le sac ; ce qui lui permit de réduire une partie des viscères déplacés. L'étranglement fut entièrement dissipé , et en peu de jours le malade , qui était âgé de cinquante-quatre ans , fut parfaitement guéri. Le même chirurgien nous fournit un exemple des effets funestes d'une conduite différente. Des adhérences fortes et générales rendaient impraticables la séparation et la réduction des parties contenues dans une volumineuse hernie ventrale étranglée ; l'inflammation suivit promptement l'ouverture de la tumeur , et le malade périt en trente-sept heures (1). L'observation suivante fournit une autre preuve des avantages de la méthode que j'ai recommandée dans ces cas. Il faut entièrement attribuer la guérison au discernement et au jugement de mon ami M. CROWTHER , chirurgien des hôpitaux de Bridewell et Bethlem , qui indiqua le mode d'opérer , et qui a eu la bonté de m'en communiquer les détails.

---

(1) Pag. 46.



## OBSERVATION.

L'opération de la hernie étranglée devint nécessaire dans une hernie scrotale ancienne et négligée, et qui excédait en volume un flacon d'une pinte. M. CROWTHER, qui venait de lire l'ouvrage de MONRO sur les bourses muqueuses, conçut tout de suite que ce cas rentrait exactement dans la méthode de ce médecin, et en conséquence il conseilla de l'adopter. En faisant une incision sur l'anneau, on s'aperçut que les parties contenues de la hernie n'étaient pas pressées par le tendon de l'oblique externe. On fit en conséquence une petite ouverture au sac, afin de reconnaître l'état des parties intérieures : on n'eut pas plutôt pénétré dans la cavité, qu'un fluide sanguinolent sortit par l'ouverture avec beaucoup de force ; on entendit un gargouillement, et l'intestin rentra spontanément. Une portion d'épiploon qui restait derrière fut réduite sans difficulté, et la plaie se réunir par première intention.

Les avantages de l'opération faite sans ouvrir le sac herniaire sont si grands dans tous les cas où la tumeur excède un volume moyen, que je recommande fortement son adoption dans tous les cas de cette espèce.

L'honneur d'avoir proposé cette manière d'opérer appartient entièrement à J. L. PETIT ; et



c'est seulement dans l'intention de rendre justice à la mémoire de cet illustre chirurgien que j'ajoute les courtes remarques qui suivent. GARENGEOT, dans la première édition de son ouvrage sur les opérations de chirurgie, publié en 1719, fait mention d'un cas de hernie crurale opérée sans ouverture du sac, par PETIT, un an auparavant. Ce dernier auteur recommande cette méthode pour les cas auxquels elle convient le plus ; savoir, pour les hernies volumineuses et adhérentes (1) : mais il conseille aussi de l'employer plus généralement, en exceptant seulement les cas dans lesquels la mortification est arrivée, ceux où les parties sont adhérentes, et ceux dans lesquels les intestins contiennent un corps étranger (2). Le but de l'opération étant de délivrer les parties déplacées de la constriction qu'elles souffrent, il n'est pas nécessaire, selon lui, que le sac soit ouvert : il regarde comme un avantage particulier de cette méthode, que les viscères ne sont pas exposés à

---

(1) *Traité des Malad. Chir.*, tom. II, chap. VII, § 12, « de l'opération que l'on fait aux grosses hernies. » Cet ouvrage posthume ne fut publié qu'en 1774 ; mais comme PETIT mourut en 1750, et qu'il dit dans cet ouvrage avoir opéré des hernies suivant cette méthode plus de trente ans auparavant, ses droits à la priorité sont suffisamment prouvés.

(2) *Ibid.*, § 9.



l'air (1). MAUCHART (2), HEISTER (3), SHARP (4), et d'autres encore, parlent de la proposition de PETIT, et ne pensent pas qu'elle mérite d'être approuvée. Cependant RAVATON (5) la donne comme une invention entièrement nouvelle dans son *Traité des plaies d'armes à feu*, en 1750, et assure l'avoir employée dans trois cas avec le plus grand succès.

La méthode de PETIT a trouvé un zélé défenseur dans le D<sup>r</sup> MONRO (6); mais l'auteur est ac-

(1) « Il est même très-avantageux d'éviter cette opération (l'ouverture du sac), parce qu'on n'expose point les parties à l'air », pag. 373.

(2) *Dissertatio de Herniâ incarceratâ*. Tubing., 1722.

(3) *Institutiones chirurgicæ*.

(4) *Critical inquiry*.

(5) *Traité des plaies d'armes à feu*, etc. Paris, 1750.  
« Nouvelle façon d'opérer le bubonocèle », pag. 305 et suiv.

(6) *Description of all the bursæ mucosæ*, et dans le docteur MONRO le jeune, *Essay on crural Hernia*.

Le D<sup>r</sup> MONRO soutient son assertion sur l'ignorance où était PETIT des vrais principes sur lesquels son opération était fondée, par une citation qui n'a aucun rapport avec le sujet, comme le verra le lecteur, lequel s'apercevra en effet que le passage en question est pris d'une section de l'ouvrage de PETIT, dans laquelle il traite d'une chose tout-à-fait différente. On doit regretter que cette citation fautive n'ait pas été corrigée dans la nouvelle publication des remarques du D<sup>r</sup> MONRO, dans l'Essai donné par son fils sur la hernie crurale.



cusé par ce médecin de n'avoir pas compris les raisons sur lesquelles son utilité est fondée , et surtout de n'avoir pas connu les fâcheux effets produits par le contact de l'atmosphère sur les parties contenues dans les cavités du corps. Le lecteur sera étonné de cette accusation , quand il aura lu dans PETIT que le principal avantage de sa méthode est d'éviter un semblable contact. Ce n'est pas parce que j'attache quelque importance à l'opinion relative aux propriétés malfaisantes de l'air , que je rapporte ce fait , mais parce que je pense que l'illustre chirurgien français a été traité d'une manière injuste dans cette affaire ; et je ne puis m'empêcher de céder au désir de défendre la mémoire d'un homme qui a si bien mérité de la chirurgie , de l'imputation de faire et de conseiller des choses qu'il n'entendait pas. Ses opinions à ce sujet ne paraîtront pas indignes , soit en raisonnement , soit en style , de l'auteur le plus moderne.

Comme l'intestin contenu dans les hernies du cœcum et du colon , décrites dans le chapitre IX , section 6 , ne peut être réduit à cause de ses fortes connexions latérales et postérieures ; et puisque , s'il était réduit , le renouvellement du déplacement pourrait être prévu avec certitude , à cause du grand diamètre de l'anneau dans ces cas , la modification de l'opération dont il s'agit maintenant lui est particulièrement applicable. La nature du cas



ne peut cependant être constatée d'avance; et jusqu'à ce que le sac soit ouvert, on ne connaît pas le genre de hernie. On doit se contenter, après avoir reconnu ce fait, de débrider et de ramener les tégumens sur l'intestin, qu'on laisse à sa place.

## SECTION IX.

### *Opération de la hernie qui n'a pas traversé l'anneau.*

Dans le cas où les viscères engagés dans l'ouverture supérieure du canal abdominal sont étranglés par son contour, sans avoir traversé l'anneau de l'oblique externe, il faut diviser l'aponévrose de ce dernier muscle, afin de découvrir la tumeur. Il faut pratiquer une incision longitudinale qui commence au-dessus de la tumeur et qui la traverse sur son milieu, disséquer ensuite le tissu cellulaire de manière à mettre à découvert le tendon. Il faut alors faire une petite ouverture à ce dernier, et y introduire une sonde cannelée, afin de donner à l'incision une étendue suffisante. Ensuite, après avoir ouvert le sac, qui est couvert par le crémaster, il faut diviser le bord du transverse et de l'oblique interne, soit en haut, soit vers l'épine de l'ilium, parce que l'artère épigastrique, dans ce cas, se trouve constamment au côté interne de l'ouverture du sac.



## CHAPITRE XII.

## HERNIES ÉPIPLOÏQUES.

PLUSIEURS des circonstances particulières à ces hernies ayant déjà été mentionnées dans les chapitres précédens , il serait inutile de les répéter ici.

On a vu l'épiploon faire hernie sur le même sujet par l'anneau abdominal et par l'arcade crurale ; par l'anneau et par le nombril , et par les deux anneaux à la fois. Je l'ai vu dans une double hernie scrotale , jusqu'au fond du scrotum des deux côtés. On dit qu'il se trouve bien plus communément dans les hernies du côté gauche que du côté droit (1).

Les symptômes caractéristiques de l'épiplocèle sont indiqués dans le troisième chapitre. La tu-

---

(1) Lorsque l'épiploon concourt à la formation de la hernie , il sort par l'anneau gauche beaucoup plus fréquemment que par le droit. Cette remarque , faite anciennement par VÉSALE et par RIOLAN , a été , depuis , confirmée par les observations de plusieurs autres chirurgiens très-versés dans le traitement des hernies. ARNAUD affirme , sans hésiter , que , sur vingt hernies inguinales épiploïques , il y en a dix-neuf du côté gauche. SCARPA , *Mém.* I , § 29.



meur, quand elle est étranglée, est peu douloureuse, et peut supporter une pression considérable. Dans quelques cas, il est très-difficile de la distinguer d'avec d'autres maladies : sa distinction d'avec le cirsocèle a été clairement établie dans le dixième chapitre.

Après un long séjour dans le scrotum, l'épiploon s'épaissit, et, dans quelques cas, il se sépare entièrement de la cavité abdominale par la pression d'un bandage. Des exemples de ce genre ont probablement donné lieu aux observations relatives à l'existence de trois testicules dans le même individu. Le diagnostic est souvent très-difficile, quand la hernie épiploïque est compliquée avec le cirsocèle, l'hydrocèle ou la tuméfaction du testicule. Dans ces cas, l'examen le plus attentif des parties ne fait pas toujours découvrir la nature de la maladie. Mais comme les deux affections commencent rarement ensemble, l'histoire des progrès de la tumeur facilite beaucoup le diagnostic.

Le danger et les inconvéniens d'une épiplocèle sont en général moindres que ceux d'une hernie intestinale, ce qui dépend du peu de sensibilité de l'épiploon. Cependant l'innocuité apparente de la maladie ne doit pas la faire négliger au chirurgien, puisque, outre le danger de son étranglement, elle expose continuellement le malade à la formation d'une entérocele. Les connexions de l'épiploon avec



l'estomac et le colon , sont de plus une source de douleur , par l'irritation qui résulte du tiraillement de ces viscères : de là naissent , en certains cas , des nausées , des vomissemens , des coliques , la perte d'appétit , des douleurs qu'on soulage souvent par la flexion du tronc. Comme une très-petite hernie peut occasionner ces symptômes , il est nécessaire d'examiner soigneusement l'abdomen dans les affections opiniâtres des viscères.

Comme l'épiploon contracte très-aisément des adhérences avec le sac , il est important de le réduire promptement , et de le maintenir dans l'abdomen au moyen d'un bandage. L'accroissement de volume de cette partie dans la hernie ancienne , surtout dans les sujets gras , rend le traitement par le repos et l'abstinence , décrit dans le chapitre des hernies irréductibles , plus spécialement applicable à ces cas.

Quoique l'épiplocèle soit ordinairement indolente , une pression considérable ou une violence peuvent causer la douleur , l'inflammation , la suppuration , et même la gangrène de la partie (1).

---

(1) Voyez les trois premiers cas des observations de POTT sur les hernies , dans ses *Works* , vol. III. Le second eut une terminaison fâcheuse , dépendant de la gangrène de l'épiploon produite par un bandage serré. Voyez aussi PETIT , vol. II , pag. 340 , 342. — LEDRAN , Obs. 63. — ARNAUD , *Mém. de chir.* , pag. 546.



Des effets semblables ont été produits par des bandages. L'inflammation s'étendant à la cavité de l'abdomen, devient la source d'un grand danger. Dans la terminaison la plus favorable, il se forme un abcès dont le pus entraîne avec lui des morceaux de membranes. Des cas de ce genre ont eu une terminaison fatale.

De toutes les parties qui forment les hernies, c'est l'épiploon que l'on trouve le plus souvent altéré dans sa structure. Rarement en effet il conserve son apparence naturelle, quand il a été renfermé pendant quelque temps dans un sac herniaire. Il s'épaissit beaucoup au-dessous de l'anneau, et devient en conséquence plus ferme au toucher. La partie qui est contenue dans le col du sac, est quelquefois dans un état d'épaississement et d'induration, tandis que la portion située au-dessous conserve sa structure naturelle. Quand il a souffert l'étranglement pendant quelques jours, il acquiert souvent une couleur rouge foncée ou livide, et quand on le coupe, il semble qu'il y ait du sang extravasé dans sa substance. C'est cet état, je pense, que les chirurgiens ont généralement décrit sous le nom de gangrène. L'incision, dans cette circonstance, ne donne lieu à aucun saignement. Une portion d'épiploon ainsi affecté peut encore être dépliée comme dans son état naturel; mais il est quelquefois converti en une masse grasse, so-



lide, dans laquelle toutes les traces de l'organisation primitive ont disparu. J'ai rencontré cette disposition dans une vieille épiplocèle ombilicale, qui formait une masse de graisse du volume des deux poings. SCHMUCKER rapporte des exemples dans lesquels l'épiploon formait une masse de cette nature, de douze onces (1), et d'une livre et demie (2). POUTEAU (3) cite un cas d'opération où l'on en retrancha quarante-cinq onces. L'induration arrive quelquefois à un tel degré, que cet état a été désigné par les épithètes de *squirreux* (4) et de *cancéreux* (5). Ces mots indiquent la dureté seulement, et non le genre de maladie. On n'a point vu le véritable carcinome dans ce viscère.

La réduction d'une portion d'épiploon dans l'état d'altération qui vient d'être décrit, serait une très-mauvaise pratique, pour deux raisons. Elle exigerait souvent une si grande incision de l'anneau, que les parties en seraient très-affaiblies, et que par conséquent le danger d'un nou-

---

(1) *Vermischte chirurgische schriften*, vol. III, p. 197.

(2) *Ibid.*, vol. VII, pag. 56.

(3) *OEuvres posthumes*, vol. III, pag. 173. — ARNAUD rapporte même que l'épiploon formait une masse de huit livres treize onces dans un exomphale. *Mém. de chir.*, tom. II, pag. 416.

(4) COOPER, pag. 32.

(5) POTT's *Works*, vol. III, pag. 253.



veau déplacement en serait accru. La présence d'une semblable masse altérée dans l'abdomen, exciterait aussi l'inflammation des parties environnantes, et exposerait par là le malade à un danger qui ne serait pas moindre que celui dont l'opération l'aurait délivré. Tel fut du moins le résultat dans un cas rapporté par M. HEY (1) : les symptômes subséquens et la dissection montrèrent clairement que la mort du malade était le résultat de l'inflammation excitée par le remplacement d'une masse altérée de l'épiploon. Dans un autre cas rapporté par le même chirurgien (2), une portion malade de cette membrane, qui avait été réduite dans l'abdomen, fut trouvée par la dissection complètement mortifiée, et aurait probablement causé la mort du malade, quand même les intestins déplacés ne se seraient pas gangrénés. Le danger qui résulte de la réduction de l'épiploon altéré, est encore prouvé par un exemple rapporté dans le dixième volume du *Medical and phisical journal* (3). Une portion de cet organe, d'une couleur livide noirâtre, fut repoussée dans l'abdomen. Des symptômes inflammatoires violens, accompagnés d'un vomissement continuel et d'agitations, paru-

---

(1) *Practical observations*, pag. 172.

(2) *Ibid.*, pag. 217.

(3) ROBERTSON, *Case of hernia congenita*, pag. 33.



rent bientôt après l'opération , et tout indiquait la terminaison la plus fâcheuse : il se forma un abcès d'où il sortit quatre livres de pus et une portion d'épiploon sphacélé , longue de huit pouces et large de deux ; et le malade guérit.

Les chirurgiens ont employé divers procédés dans le traitement de cette affection de l'épiploon , lorsqu'ils ont pensé qu'il était nécessaire de le réduire. Ils ont placé une ligature sur le pédicule de la partie altérée , ils l'ont coupée au-dessous , et ils ont réduit le reste dans la cavité du ventre , retenant les bouts de la ligature au dehors. Il arrive trop fréquemment dans la pratique de la chirurgie , que la crainte mal fondée de l'hémorrhagie , fasse employer la ligature dans des cas où le bistouri seul remplirait l'indication. C'est sans doute quelque vaine appréhension de ce genre qui a engagé les opérateurs à lier l'épiploon avant d'en retrancher la partie malade. Le résultat de cette pratique est une inflammation de l'épiploon , qui s'étend dans le ventre , à l'estomac et à l'arc du colon. C'est cette circonstance , rapportée dans plusieurs observations par les meilleurs auteurs de chirurgie , qui milite si fortement contre la ligature de l'épiploon ; et le cas que je vais raconter tend encore plus , s'il est possible , à la faire rejeter. Qu'y a-t-il en effet de plus contraire à la raison que la pratique dont il s'agit ? Les symptômes qui obligent le chi-



rurgien à opérer, dépendent de la pression de l'anneau sur l'épiploon : il n'a pas plutôt soustrait les parties à l'étranglement, qu'il les soumet à un autre plus étroit encore ; car la ligature fait ce que l'anneau faisait auparavant, et le fait à un degré plus considérable. Si l'étranglement de l'épiploon par l'anneau suffit pour produire des conséquences fâcheuses et même mortelles, comment pourrait-on espérer qu'elles ne résulteraient pas de l'étranglement causé par la ligature ?

#### OBSERVATION I<sup>re</sup>.

Une femme, âgée au moins de soixante ans, affectée d'une hernie ombilicale étranglée, fut envoyée à l'hôpital Saint-Barthélemi, le 28 mai 1800, par M. BLAIR. Suivant le rapport de la malade, elle avait été enceinte environ vingt-trois ans avant la maladie actuelle. Pendant les douleurs de l'enfantement, il s'était manifesté une tumeur à son nombril : elle était d'abord du volume d'une orange, mais, n'ayant jamais été soutenue par un bandage, elle s'accrut lentement jusqu'à ce qu'elle eût acquis un volume considérable. La tumeur était restée depuis ce long espace de temps sans produire d'accident, si l'on excepte les attaques passagères de colique, de diarrhée, de vomissement, auxquels la plupart des personnes affectées de ce genre de hernies, particulièrement celles qui



sont avancées en âge, sont très-exposées (1). Cependant, onze jours après son admission à l'hôpital, la tumeur, déjà très-grosse, s'accrut encore, devint extrêmement douloureuse et tendue, et la douleur s'étendit à toute la surface de l'abdomen : pendant tout ce temps il n'y avait pas eu d'évacuations alvines ; il y eut des nausées continuelles et des vomissemens ; le pouls était fréquent et petit ; il y avait de la soif et d'autres symptômes fébriles.

Les chirurgiens savent bien que l'existence d'une épiplocèle (et l'on verra plus tard que la maladie dont il est question en avait été d'abord une) expose beaucoup les personnes qui en sont affligées, au déplacement de quelque autre partie contenue dans l'abdomen. Telle était précisément la circonstance malheureuse qui se rencontrait ici. La malade avait été pendant vingt-trois ans d'une assez bonne santé, avec la presque totalité de l'épiploon dans un sac herniaire ; cependant, à la fin, une petite portion de l'intestin venant à se déplacer, convertit la maladie en une entéro-épiplocèle, qui, passant à l'état d'incarcération, donna lieu à tous les symptômes graves des onze derniers jours.

Il faut savoir que, dans quelques cas d'exomphale, il est quelquefois très-difficile de connaître

---

(1) POTT, vol. II, pag. 167.



si les symptômes fâcheux naissent de l'étranglement ou de quelques affections des viscères abdominaux , auxquelles les personnes affectées de hernies sont très-sujettes : mais dans le cas précédent , la difficulté fut moins grande ; car l'accroissement soudain et l'inflammation de la tumeur , la longue durée des symptômes , et surtout de la suppression des selles , indiquaient suffisamment la nature de l'affection. L'opération fut pratiquée le soir ; l'incision des tégumens et du sac herniaire découvrit une masse très-volumineuse d'épiploon épais et dur , qui adhérait si fortement à toute la surface interne du sac , qu'il fallut une dissection très-longue pour séparer ces parties : on découvrit sous l'épiploon une portion étranglée du jéjunum longue d'environ cinq pouces. L'intestin fut réduit dans l'abdomen sans faire aucune incision à l'ouverture , et la masse volumineuse d'épiploon malade , qui formait la plus grande partie de la hernie , resta au dehors.

L'opérateur plaça une ligature sur le pédicule de l'épiploon. La sympathie étroite qui existe entre cette partie et l'estomac devint évidente pour tous les spectateurs attentifs : au moment où la ligature fut serrée , les angoisses de la malade augmentèrent , le vomissement reparut à l'instant. Mais cet accroissement momentané de douleurs et de malaise est une chose de bien peu d'importance :



en comparaison des autres effets pernicioeux de cette pratique, plus durables et souvent mortels. C'est l'inflammation consécutive de l'épiploon que l'on doit principalement craindre.

L'opérateur procéda ensuite à la résection de la portion de l'épiploon qui restait au-dessous de la ligature, ce qui formait à peu près les trois quarts de ce qui était déplacé, et le reste fut laissé avec la ligature dans le sac herniaire, et sans être réduit. La malade, peu après l'opération, eut des selles, mais la douleur de l'estomac était déchirante, et le vomissement revint bientôt d'une manière continue : elle perdit le sommeil, et enfin elle mourut après avoir languï huit ou neuf jours. Peu avant sa mort, une portion des tégumens qui avaient formé l'enveloppe de la hernie se gangréna. On examina son corps en présence de plusieurs élèves de l'hôpital, et l'on aperçut les effets fâcheux et ordinaires de la ligature. L'épiploon était gangrené dans la cavité abdominale, et l'inflammation s'était étendue au colon ; tous les autres viscères étaient dans l'état sain.

#### OBSERVATION II.

J'ai vu dernièrement un autre cas dans lequel une masse considérable d'épiploon, contenue dans une hernie scrotale étranglée, fut embrassée dans une ligature. Le malade mourut si promptement



après l'opération, de l'inflammation des intestins, que les effets de la ligature ne pouvaient en donner une explication suffisante. Cependant, l'état des parties reconnues par la dissection, montrait assez quelles auraient été les suites fâcheuses de cette pratique, si le malade avait survécu. L'épiploon était ramassé par la ligature en une masse dure étendue sur l'intestin, et tirant manifestement l'estomac. Si les parties s'étaient fixées dans cet état par adhésion, ne peut-on pas raisonnablement conclure que l'irritation dépendante de cette connexion accidentelle aurait produit les effets les plus fâcheux sur l'estomac? La partie entourée par la ligature s'était retirée d'environ trois pouces dans l'anneau abdominal. En conséquence, la portion de ce viscère, restée au-dessous de la ligature, se serait gangrénée dans l'abdomen, ce qui aurait exposé le malade à un grand danger.

### OBSERVATION III.

Une observation publiée par POUTEAU montre le danger de la ligature de l'épiploon, et comme elle vient à l'appui de l'opinion que j'ai émise à ce sujet, il est bon d'en faire connaître les principales particularités. On avait pratiqué l'opération du bubonocèle sur un homme de vingt-cinq ans; on avait, après avoir débridé, réduit sans difficulté l'intestin qui paraissait dans l'état sain. Une portion



d'épiploon, qui était sortie avec lui, était trop volumineuse pour être remplacée sans agrandir l'incision outre mesure. En conséquence, POUTEAU se détermina à y appliquer la ligature et à l'extirper. Peu après l'opération, le vomissement, causé par l'étranglement, cessa, et le malade eut des évacuations alvines; mais bientôt il se plaignit d'une douleur aiguë à l'estomac; toute la surface de l'abdomen devint très-sensible, et le malade expira trente-six heures après l'opération, malgré l'administration de tous les soins que son état exigeait. A l'ouverture du corps, on trouva l'épiploon en putrilage dans toute son étendue, et adhérent au péritoine (1).

On trouve, dans le troisième volume des œuvres de POTT, la relation de trois cas (2) dans lesquels l'épiploon s'enflamma et se gangréna après l'application de la ligature; dans tous les trois, la mort en fut le résultat. Ce célèbre chirurgien fut si fortement frappé des mauvais effets de cette pratique, qu'il déclare ne vouloir plus jamais employer la ligature (3). Deux autres exemples des funestes ef-

---

(1) SABATIER, *Médecine opératoire*, t. I, pag. 23.

(2) Pag. 259—266.

(3) « Comme je suis convaincu, par expérience, qu'une portion d'épiploon, même volumineuse, peut être extirpée avec sécurité, sans l'avoir liée auparavant, je ne pratiquerai



fets de la ligature se trouvent dans le troisième volume des mémoires de l'Académie de chirurgie (1).

On s'est occupé, dans l'Académie de chirurgie de Paris (2), de déterminer si, avant de replacer l'épiploon dans l'abdomen, il était nécessaire de le lier au-dessus de la section. Plusieurs observations sur l'homme, et diverses expériences sur des chiens, firent voir qu'il n'y a aucun danger à le replacer sans ligature, et que la pratique de le lier produit souvent de fâcheux résultats. Notre illustre compatriote SHARP avait déjà trouvé la même chose par sa propre expérience; il avait constamment pratiqué l'excision de l'épiploon sans ligature, trouvant que la crainte de l'hémorrhagie était tout-à-

---

ni ne conseillerai jamais la ligature. » POTT's *works*, vol. III, pag. 259. — Voyez aussi ses remarques sur le même sujet, vol. II, pag. 133.

(1) Pag. 73—399.

(2) Voyez deux mémoires sur ce sujet, dans le troisième volume des *mémoires de l'Académie*, par VERDIER et PIPELET. Le premier est intitulé : « *Sur une plaie dans la capacité du bas-ventre, avec des remarques sur la ligature de l'épiploon*, » pag. 367; et le second, « *Sur la ligature de l'épiploon*, » pag. 394. — BOUDOU, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, a souvent aussi observé les mauvais effets de la ligature, qu'il avait occasion d'employer; t. IV, p. 316. — CAQUÉ, chirurgien de l'hôpital de Reims, a extirpé neuf fois, avec succès, une portion d'épiploon déplacée, et réduit le reste sans ligature; t. III, pag. 407.



fait dénuée de fondemens (1). On peut donc conclure que , si SHARP et POTT, deux des plus habiles chirurgiens dont ce pays puisse se glorifier, n'ont jamais observé d'hémorrhagie pour n'avoir pas lié l'épiploon ; si les praticiens étrangers les plus éclairés ont eu le même succès ; et si des conséquences fatales résultent de la ligature de l'épiploon, comme cela est évidemment prouvé, ce serait montrer de la négligence à écouter les leçons de l'expérience, et de la répugnance à favoriser les meilleurs perfectionnemens, que de continuer la pratique ancienne (2).

---

(1) *Critical inquiry*, pag. 35.

(2) Le lecteur sera probablement d'avis que les faits et les argumens que j'ai rapportés au sujet de la ligature de l'épiploon justifient mon opinion, contraire à cette pratique. Soutenu dans cette idée par l'avis des plus habiles chirurgiens, je ne dois pas supprimer les assertions opposées d'ARNAUD, dont l'expérience sur ce sujet particulier surpasse peut-être celle de tout autre chirurgien. Il donne le résultat général suivant de sa pratique. « De plus de huit cents opérations de hernies que j'ai faites en ma vie, je crois en avoir trouvé plus d'un tiers avec des épiplocèles, et je puis protester qu'il ne m'est jamais mort un seul malade par la faute de la ligature. *Mém. de chir.*, t. II, pag. 627. Rien ne peut paraître plus favorable que cette assertion : cependant on trouve que la ligature causait quelquefois, dans la pratique d'ARNAUD, les fâcheux effets que les autres chirurgiens ont observés. Après avoir employé deux ligatures, il epleva une



Je ne conseille pas, cependant, de repousser l'épiploon dans l'abdomen quand il coule du sang du bord coupé. Les objections ne s'appliquent qu'à la méthode de lier l'épiploon en masse : elles n'attaquent pas la précaution nécessaire et convenable de lier séparément, avec de petites ligatures, chaque vaisseau qui fournit du sang. Quand cela a été fait, l'omentum peut être repoussé dans la cavité.

Quelques chirurgiens ont recommandé de laisser l'épiploon dans sa place, surtout dans les vieilles hernies, quand les parties ont été long-temps déplacées. On rapporte des cas qui montrent la

---

livre et trois onces d'épiploon. L'opération fut suivie d'une douleur extrême et d'un sentiment d'angoisse dans la région épigastrique, de nausées, de hoquet et de vomissement. Les saignées abondantes et les narcotiques furent également inefficaces pour diminuer ces symptômes, qui cessèrent immédiatement après la suppression de la ligature. Il semblerait, par la citation suivante, que ces effets arrivaient souvent et étaient soulagés de la même manière. « J'ai toujours employé cette méthode, et elle m'a toujours réussi, excepté dans des occasions où j'ai été obligé de couper la ligature aussitôt que je me suis aperçu que l'orage se préparait, sans m'occuper en vain de saigner ni de médicamenter mes malades. Dès qu'elle est coupée, les accidens cessent. » Quand on considère que l'épiploon est attiré en haut dans la cavité abdominale après sa réduction, on a quelque difficulté à comprendre comment la ligature pouvait être si aisément enlevée.



sûreté de cette pratique, et qui prouvent que les granulations s'étendent sur l'épiploon, et produisent une cicatrice solide (1). Cette pratique, dont je ne puis pas parler d'après ma propre observation, ne paraît pas mériter d'être recommandée. Elle n'est accompagnée d'aucun avantage particulier, et elle expose certainement le malade à de fâcheuses conséquences. L'épiploon, laissé dans la plaie, est exposé à des blessures, à l'inflammation, ou à diverses altérations. Les adhésions contre nature, contractées par cette partie, dérangent beaucoup les fonctions de l'estomac. On rapporte des cas où le malade ne pouvait jamais prendre plus d'une certaine quantité d'alimens sans vomir à l'instant, et où même il fallait à tous les repas qu'il se tint couché, avec le tronc courbé et les cuisses fléchies (2). Pour éloigner des suites aussi fâcheuses, il faut, après avoir enlevé la partie malade de l'épiploon et remplacé avec soin la partie saine de cet organe dans la cavité abdominale, qu'aucun obstacle ne puisse s'opposer à ce qu'il reprenne la si-

---

(1) HEY, pag. 180 et suiv. — CHOPART et DESAULT disent que quand l'épiploon est irréductible, seulement à cause de son volume, il le laissent dans la plaie, et qu'il se retire graduellement dans l'abdomen. *Trait. des mal. chirurg.*, t. II, pag. 269.

(2) GUNZ, *Obs. anat. chir. de herniis.* — *Mém. de l'Acad. de chirurg.*, pag. 407.



tuation dans laquelle ses connexions avec l'estomac et le colon tendent naturellement à le placer.

Puisque la méthode d'enlever une portion malade de l'épiploon, de lier les vaisseaux et de réduire le reste dans la cavité abdominale, n'a jamais occasionné aucun accident au malade, et n'expose à aucune fâcheuse conséquence, on doit, dans l'état présent de nos connaissances, la considérer comme le traitement le plus convenable.

---



## CHAPITRE XIII.

TRAITEMENT DES HERNIES DANS LESQUELLES  
L'INTESTIN EST GANGRÉNÉ.SECTION I<sup>re</sup>.*Symptômes et pronostic de la gangrène.*

LES parties contenues d'une hernie sont souvent affectées de gangrène, sans qu'il existe avant l'opération aucun symptôme, aucune apparence qui puissent en faire soupçonner l'existence. Dans ce cas, les tégumens et le sac herniaire sont parfaitement sains. Cependant il arrive le plus souvent que les parties extérieures sont affectées par suite de la gangrène des parties contenues, et que les tégumens sont gangrénés dans une grande étendue.

L'arrivée de la gangrène est en général annoncée par la perte de ressort dans la tumeur, qui devient molle, de manière à céder à la pression; les tégumens, qui étaient très-rouges, deviennent livides, puis noirs dans un ou plusieurs points, et l'épiderme se sépare; le tissu cellulaire est emphysémateux; la douleur, le vomissement et le hoquet cessent; le pouls devient faible et irrégulier; le



corps est couvert d'une sueur froide; les traits sont altérés, les facultés intellectuelles sont troublées; enfin, les tégumens s'ouvrent, et il s'échappe des vents et des matières fécales très-fétides. Quand l'étranglement est très-étroit, quelquefois l'intestin se crève, et les fécès s'épanchent dans l'abdomen. Quelquefois la hernie rentre spontanément, et il survient des selles fétides. Le malade est en général épuisé avant que la maladie en soit arrivée à ce degré; mais quelquefois les efforts de la nature le soutiennent pendant cet état dangereux, et même amènent une entière guérison. Quoique les nombreux exemples de cette terminaison, que l'on trouve dans les recueils de chirurgie, sembleraient engager à persévérer dans l'usage des moyens propres à aider la nature dans ses efforts salutaires, on ne peut fonder sur eux aucun espoir solide pour la pratique générale, ni porter aucun autre pronostic que celui d'une terminaison fatale.

On trouve, dans le chapitre XI, section 5, l'examen des caractères qui indiquent l'existence de la gangrène dans l'intestin.

L'état de la cavité abdominale, dans les malades qui meurent avec des hernies gangrénées, est le même que j'ai décrit en parlant de l'étranglement. Une grande distension du canal intestinal au-dessus de l'étranglement, une violente inflammation de cette partie s'étendant plus ou moins sur les au-



tres intestins et sur tout le péritoine, accompagnée d'épanchemens partiels de lymphe coagulable et d'un fluide trouble, et une agglutination générale des surfaces contiguës, constituent les principaux caractères de cette lésion. L'intestin gangréné est le centre d'où part l'inflammation : cette partie adhère presque toujours aux parois de la cavité et aux viscères environnans, de même qu'au sac herniaire. D'autres parties du canal intestinal, au-dessus de l'étranglement, sont assez souvent gangrénées : c'est la partie du canal comprise entre l'estomac et la portion étranglée qui souffre principalement. La distension et l'inflammation y sont à leur plus haut degré ; on l'a trouvée distendue à trois ou quatre fois ses dimensions naturelles, et remplie de gaz et de liquides. Quelques-unes de ces énormes circonvolutions se présentent d'elles-mêmes en ouvrant la cavité, et cachent le reste des intestins, qui sont contractés, et comparativement exempts de la maladie. Souvent aussi le sac péritonéal n'y participe qu'à un faible degré.

Le désordre, dans l'abdomen, n'est pas toujours aussi étendu ; et dans quelques circonstances, il est presque borné au viscère déplacé. La terminaison des cas particuliers doit en grande partie dépendre de cette différence.

Les chances de guérison sont plus grandes, quand, soit la mortification, soit des blessures, affectent



le gros intestin, que quand elles attaquent l'intestin grêle. Les anciens observateurs entendaient bien cette différence, en prononçant que les plaies et la mortification de l'intestin grêle sont absolument mortelles, tandis qu'ils jugeaient celles du gros intestin très-dangereuses. Cette différence, qui est pleinement établie par les observations de chirurgie, peut être expliquée jusqu'à un certain point, en considérant que les matières contenues dans le gros intestin sont moins disposées à passer à travers la plaie, tant parce que celle-ci est plus petite relativement aux dimensions du canal, que parce que les matières y sont moins fluides. De plus, l'absorption du chyle est complète quand la maladie a son siège dans le gros intestin, tandis qu'elle est plus ou moins imparfaite, suivant que la blessure est plus près ou plus loin de l'estomac, quand elle affecte l'intestin grêle. Dans le dernier cas, le malade périt souvent par défaut de nutrition, ce qui ne peut arriver dans le premier. Voyez les cas cités dans une note de la section suivante, page 301.

La probabilité d'une terminaison favorable est plus grande dans quelques genres de hernies que dans d'autres. Il arrive souvent que l'étranglement comprend une partie seulement du diamètre du canal. Dans plusieurs cas de ce genre, les fèces ont été évacués en partie à travers l'ouverture produite



par la gangrène : cette quantité a diminué graduellement à mesure que la plaie s'est guérie, et le malade s'est rétabli complètement (1).

Quand un intestin a fait ainsi hernie par une partie de son diamètre, les portions supérieure et inférieure du canal s'unissent à l'anneau sous un angle plus ou moins aigu. Si l'on ouvre le canal, on observe un éperon saillant à l'intérieur, dans l'endroit correspondant au mésentère; c'est ce qui met obstacle au passage des matières intestinales du bout supérieur dans le bout inférieur du canal (2). SCARPA a imité ces déplacements sur le cadavre, et a trouvé qu'en interceptant les deux tiers du diamètre, l'eau injectée dans la portion supérieure passait avec beaucoup de difficulté ou point du tout dans l'inférieure, l'angle étant très-aigu vers le mésentère, et l'éperon saillant dans l'intestin s'opposant à la communication des deux portions; et que quand il en étranglait un tiers seulement, l'angle était dans différens cas plus ou moins aigu, et opposait plus ou moins de résistance au pas-

---

(1) LOUIS rapporte plusieurs exemples de ce genre dans son mémoire sur la cure des hernies intestinales avec gangrène. *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. III. — Voyez aussi *London medical journal*, vol. X, pag. 72.

(2) Ces circonstances sont bien représentées dans SCARPA. Pl. IX, fig. 2 et 3.



sage des fluides à travers la partie étranglée (1).

Dans une hernie de ce genre, l'inflammation adhésive unit le péritoine, qui forme le col du sac, à la partie saine de l'intestin; et les deux bouts de celui-ci, après la séparation de la partie mortifiée, s'ouvrent dans une cavité membraneuse, formée en avant par une portion du sac péritonéal, et qui réunit alors les extrémités du canal. Si l'angle saillant n'est pas trop considérable, les matières intestinales peuvent entrer de la partie supérieure du canal dans cette cavité membraneuse, et passer de là dans la partie inférieure. La contraction graduelle de la plaie ferme la cavité membraneuse à l'extérieur, et de cette manière, la continuité du canal est rétablie. Les deux bouts cependant ne sont pas joints de manière à former un canal cylindrique continu, comme celui de l'intestin naturel; mais ils sont unis sous un angle plus ou moins aigu, et les matières qui passent de l'un dans l'autre décrivent un demi-cercle dans la cavité membraneuse nouvellement formée, qui complète le canal.

Si la gangrène a seulement attaqué un ou plusieurs petits points, l'issue de la maladie peut être favorable. L'intestin réduit contracte des adhérences avec les parties environnantes, et les points mortifiés peuvent se détacher à l'intérieur, de manière que

---

(1) *Mém.* II, § 8.



les matières contenues dans l'intestin ne se montrent point par la plaie.

Dans des cas où la hernie contenait le cœcum et son appendice, la gangrène de ces parties n'a que peu dérangé le cours naturel des fèces, et les malades se sont promptement rétablis (1).

Le moyen employé par la nature, dans ce cas, de même que quand il y a une petite ouverture à quelque autre partie du gros intestin, est simple et évident. Les surfaces péritonéales contiguës de l'intestin et du sac contractent des adhérences. A mesure que la plaie se couvre de granulations, l'ouverture se contracte graduellement et diminue ainsi l'écoulement des matières intestinales, tandis qu'aucun obstacle ne s'oppose à leur cours naturel. L'achèvement de la cicatrice rétablit l'intégrité du canal.

## SECTION II.

*Traitement de la hernie gangrénée, dans laquelle une partie seulement du canal a été étranglée.*

Le vomissement continu, la douleur, l'agitation, l'état misérable, et un trouble général ex-

---

(1) *Edinburgh medical essays*, vol. V, art. 33. — *London medical observations and inquiries*, vol. III, art. 8. — HEY'S, *Practical observations*, pag. 162 et suiv. — *Edinburgh med. and surg. journ.*, vol. II, page 313.



trême, résultent de la distension du canal alimentaire au-dessus de l'étranglement, et ne cessent point tant que le canal n'est pas débarrassé. La première et la plus urgente indication consiste à procurer ce secours, que l'on devrait se hâter d'apporter, quand il ne s'agirait que d'arracher le malade à cet état de la plus horrible souffrance. Mais il n'est pas moins essentiel pour prévenir la fatale terminaison imminente, et pour donner ainsi le moyen de compléter les procédés salutaires par lesquels un rétablissement plus ou moins parfait peut avoir lieu (1). Il faut faire hardiment une incision à la partie mortifiée de l'intestin, afin de procurer au canal surchargé l'issue que la nature est sur le point d'y établir par le moyen de la gangrène. L'allégement subit et remarquable des symptômes et de l'état de malaise du malade, et le repos qui en résultent ordinairement, justifient cette me-

---

(1) L'excessive distension de la partie supérieure du canal intestinal, dit SCARPA, y détermine un accroissement d'action considérable par un effet de la puissance conservatrice de la nature, qui tend toujours à repousser les agents de destruction. L'intestin réagit donc fortement, mais sans aucun avantage, sur les matières qui le distendent et l'irritent : de là ces douleurs atroces que les malades éprouvent dans toute la circonférence du ventre, et surtout aux environs de l'ombilic, douleurs bien plus intolérables que celles qui se font sentir dans la hernie. Enfin, une irritation aussi



sure, et indiquent suffisamment toute l'étendue du bien qu'elle produit. Si l'intestin s'est déjà ouvert, la division des tégumens et du sac donne issue aux matières accumulées, et l'on peut agrandir l'ouverture de l'intestin, si elle n'est pas déjà suffisante.

Mon ami, M. Travers (1), a judicieusement observé que le débridement est inutile, puisque l'intestin est déjà soulagé, aux dépens de la vie il est vrai, par le moyen naturel de la mortification. Si les fèces sortent aisément, c'est tout ce que l'on peut souhaiter ; si l'étranglement était assez étroit pour gêner cette évacuation, il faudrait faire une petite incision pour agrandir convenablement l'ouverture.

Les secours de l'art ne peuvent rien pour rétablir la continuité du canal et le cours naturel des matières intestinales : la plus grande preuve de sa-

---

violente ne manque jamais d'entraîner l'inflammation et la gangrène ; et ces derniers accidens contribuent beaucoup plus que l'étranglement lui-même à faire périr le malade. Si la rupture de l'intestin étranglé avait lieu dès les premiers jours, et avant que la partie supérieure du canal intestinal eût éprouvé une distension et une irritation considérables, je suis persuadé que l'étranglement ne causerait pas des accidens aussi redoutables, ni aussi souvent mortels. *Mém. IV, § 2, pag. 253.*

(1) *Inquiry, etc.*, pag. 300 et suiv.



gesse de la part du chirurgien , consiste à s'abstenir de tous les moyens qui peuvent entraver les efforts salutaires de la nature. L'intestin est adhérent aux parois de l'abdomen , aux environs de l'anneau et au col du sac ; ces adhérences sont d'une grande importance dans les périodes suivantes de la guérison , et ne doivent en conséquence jamais être détruites. L'incision de l'étranglement , qui est inutile , eu égard à l'état du canal intestinal en général , est tout-à-fait nuisible , en ce qu'elle ne peut être pratiquée sans détruire les adhérences dans une étendue plus ou moins grande. L'introduction d'un doigt dans l'anneau , et son passage tout autour pour détacher l'intestin , est un mal gratuit qui indique un degré criminel d'ignorance.

Soit que l'intestin se soit ouvert spontanément , soit qu'il ait été ouvert par le chirurgien , des purgatifs doux et des clystères conviennent pour débarrasser les intestins et pour déterminer le passage des fèces par l'anus. L'usage de ces deux moyens , dans cette dernière intention , constitue une partie très-importante du traitement dans tous les cas de mortification de l'intestin.

L'emploi des clystères nutritifs et l'abstinence des alimens solides et liquides par la bouche , sont propres à favoriser la cicatrisation de la plaie , en y interrompant le passage des fèces. Cette méthode,



conseillée par *Acrel*, a été très-utile dans le cas suivant (1).

## OBSERVATION.

Un homme âgé de vingt-six ans fut reçu à l'hôpital royal de Stockholm, pour une hernie inguinale étranglée du côté droit. L'intestin, mis à découvert dans l'opération, n'étant pas altéré dans sa couleur, fut replacé dans la cavité, et la maladie marcha favorablement jusqu'au treizième jour. On observa alors des excréments dans la plaie, et bientôt ils passèrent entièrement par cette voie. Comme les moyens employés pour la guérison du malade ne produisaient pas un bon effet, il fut résolu de le nourrir par l'anus, et de ne rien lui donner à prendre par la bouche. *Acrel* avait préalablement introduit son doigt avec précaution dans la plaie, et avait reconnu que l'intestin affecté était le cœcum, dans la grande cavité duquel il pouvait librement mouvoir son doigt. On administra un clystère chaque matin pour nettoyer le canal intestinal, et l'on injecta une certaine quantité de bouillon avec des jaunes d'œufs deux fois par jour, à dix heures du matin et à six heures du soir. Le malade fut nourri de cette manière pendant trente-six

---

(1) *Der Königl. schwedischen akademie neue abhandlungen*, tom. VIII, pag. 36.



jours, durant lesquels il devint maigre et faible. Quand la partie supérieure du canal fut débarrassée de ce qu'elle contenait, de la bile pure s'écoula par la plaie en produisant de la douleur et de l'excoriation qui firent extrêmement souffrir le malade. Une cuillerée de bouillon fut donnée de temps en temps par la bouche, pour prévenir ces effets, et une petite quantité d'excrément sortit de nouveau par l'aîne. La plaie prit un meilleur aspect et diminua en étendue : on employa la pression, et on cautérisa de temps en temps ses bords. Lorsque l'ouverture se fut rétrécie de manière à prévenir le passage des fèces, une mucosité fétide, qui tachait le linge, en sortit encore pendant quatorze jours, et puis cessa.

### SECTION III.

*Traitement de la hernie avec gangrène, bornée à un petit point.*

Quand l'intestin est déplacé dans une grande étendue, il peut être affecté de gangrène dans un ou plusieurs points, le reste demeurant sain ; ou bien il peut être gangrené dans une plus ou moins grande étendue de tout son diamètre. Divers procédés ont été adoptés dans le premier cas. On a recommandé de laisser l'intestin dans la plaie, après avoir débridé ; de plus, quelques-uns con-



seillent l'excision des parties mortifiées (1). D'autres ont réduit l'intestin, en le retenant au voisinage de l'anneau, par une ligature passée dans le mésentère, et fixée à l'extérieur par un emplâtre adhésif. La crainte d'une effusion de matières fécales dans la cavité abdominale, à la séparation de l'escarre, a été reprochée au remplacement de la portion gangrenée de l'intestin; et le but de la ligature placée dans le mésentère, était de prévenir cet épanchement redoutable en retenant la partie gangrenée contre l'anneau. Il faut examiner si ces craintes sont fondées, avant de pouvoir justement apprécier le traitement que l'on a conseillé. Deux questions se présentent ici à discuter : savoir si une portion replacée d'intestin abandonne l'anneau et se porte à quelque distance dans la cavité? et savoir si, à la séparation de la partie sphacélée, un épanchement peut avoir lieu dans l'abdomen?

On trouve que l'inflammation, qui précède la gangrène de l'intestin, s'étend le long du canal et agglutine les parties voisines les unes aux autres, et aux parois de l'abdomen. Ainsi, l'intestin replacé est retenu mécaniquement au voisinage de l'anneau, et un obstacle puissant empêche qu'il ne s'éloigne de cette partie. Si les adhérences ne s'étaient pas formées avant l'opération, ce qui est probable-

---

(1) RICHTER, *Trait. des hern.*, pag. 150.



ment très-rare, il y a tout lieu de penser qu'elles arriveraient après; car l'on trouve constamment, quand une terminaison fâcheuse met à même de reconnaître l'état des parties après la mort, que les viscères replacés sont appliqués à l'anneau, et sont adhérens aux parties environnantes. DESAULT donne le résultat de son expérience sur ce point dans les termes les plus positifs : la dissection lui a appris que la partie qui forme hernie ne s'éloigne jamais de l'anneau (1).

On peut enfin citer l'opinion de LA FAYE à l'appui de ce dernier point de doctrine. « Quand l'intestin se gangrène après avoir été repoussé dans l'abdomen, on pourrait, dit-il, craindre un épanchement des matières dans cette cavité; mais cette crainte n'est pas fondée, parce que l'intestin reste appliqué à l'anneau : en conséquence, les matières contenues dans les intestins sortent par la plaie quelques jours après l'opération (2). »

J'ai constaté le même fait dans plusieurs cas, et je n'ai jamais vu l'intestin, réduit, s'éloigner de l'anneau. Le témoignage de beaucoup d'auteurs peut être cité à l'appui de la même observation.

Puisqu'il est prouvé que la partie réduite reste appliquée à l'anneau, il ne faut pas craindre l'épan-

---

(1) *Journal de chirurgie*, vol. II, pag. 366.

(2) *Cours d'opérations* de DIONIS, pag. 282, note a.



chement dans l'abdomen. La plaie de l'opération offre une issue toute prête aux matières fécales qui ne pénètrent jamais dans la cavité.

On aurait même tort de s'attendre à l'épanchement des fèces dans la cavité abdominale dans le cas où l'intestin ne serait pas exactement contre l'anneau. PETIT (1), dans ses excellens mémoires sur les épanchemens, a depuis long-temps réfuté, et par des faits, et par le raisonnement, les notions communément admises sur ce sujet : il a clairement démontré que les matières contenues dans l'intestin, ou le sang épanché dans l'abdomen, ne se répandent pas librement dans la cavité; que la pression des muscles de la respiration s'oppose à cette diffusion; que les matières épanchées étant versées contre une résistance considérable, sont rassemblées en un point dans lequel elles sont confinées par l'agglutination inflammatoire des parties contiguës, et de cette manière forment un dépôt.

Les effets de cette pression, qui dépend de l'action et de la réaction des parois musculaires et des viscères contenus, de prévenir la sortie des matières intestinales, sont bien démontrés par les plaies pénétrantes de l'abdomen. Divers individus sont gué-

---

(1) *Mém. de l'Acad. de chir.*, tom. I et II. — Voyez surtout l'*Essai sur les épanchemens du bas-ventre*, dans le vol. II.



ris, sans aucun épanchement intérieur, après avoir été transpercés, poignardés, etc. Les expériences sur les animaux, faites par M. TRAVERS, ont fait voir que les plaies par piqure des intestins se ferment en général par l'adhésion, et ne donnent lieu à aucun écoulement des matières fécales. Quelquefois, cependant, les solutions de continuité de l'intestin sont accompagnées d'une extravasation des matières. Si la plaie est par incision ou par piqure, l'intestin vide ou médiocrement rempli, le diamètre de l'ouverture petit, et sa direction transversale, on peut espérer la réunion. Au contraire, les matières s'échapperont probablement si l'ouverture est déchirée, ou faite par ulcération, l'intestin rempli, la plaie grande, et sa direction longitudinale. On trouve les remarques les plus claires et les plus satisfaisantes sur ce sujet dans les trois premiers chapitres de l'ouvrage de M. TRAVERS.

Ainsi, on peut conclure avec certitude, et les cas rapportés plus bas le démontreront plus clairement encore, que les matières alimentaires sorties d'un intestin mortifié se frayent un chemin à travers la plaie, et ne s'épanchent pas dans la cavité.

S'il n'y a pas de raison de craindre ni que l'intestin puisse s'éloigner de l'anneau, ni que les matières qu'il contient puissent s'épancher dans l'abdomen, il ne peut y avoir de doute sur



la conduite à suivre, quand une portion seulement du canal est affectée de gangrène : on doit le replacer dans la cavité, la portion mortifiée tournée vers la plaie, et attendre, sans rien faire, le résultat des efforts de la nature. Une ligature dans le mésentère est absolument inutile. Dans ce cas, comme dans tous ceux de la gangrène de l'intestin, il est indispensable d'apporter la plus grande attention dans le régime. Dans ce cas aussi, comme dans la dernière espèce de gangrène dont on a parlé, il faut employer les purgatifs et les clystères pour les raisons qui ont été indiquées. La terminaison de la maladie est influencée par diverses circonstances qui ne peuvent être que très-peu modifiées par tous les efforts du chirurgien. Il est une circonstance malheureuse, c'est la situation de l'ouverture dans la partie supérieure du canal intestinal (1). La

---

(1) Dans un cas où tout avait été bien conduit, le malade mourut du manque de nourriture, l'ouverture ayant eu lieu dans le jéjunum. COOPER, part. I, pag. 33. — Un cas semblable est rapporté dans le *giornale di medicina*, tom. VI, pag. 401. — On cite deux cas dans les *Mém. de l'Acad. de chir.*, tom. V, pag. 597, d'après l'*Essai sur les hernies rares*, de HOIN, où la même circonstance produisit une terminaison fatale. — DESAULT attribue à cette cause la mort d'un malade chez lequel l'ouverture se fit à la fin de l'iléum. *OEuvres chirurgicales*, t. II, pag. 356. Un malade de M. COOPER chez lequel la partie inférieure de l'iléum avait fait hernie, mourut de défaut de nutrition neuf jours après l'opération ;



terminaison la plus favorable a lieu quand les matières alimentaires, après s'être échappées pendant quelque temps, soit en totalité, soit en partie, à travers la plaie, reprennent graduellement leur cours naturel. Les forces du malade peuvent être épuisées par cette maladie, ou bien il peut guérir avec la fâcheuse et dégoûtante infirmité de rendre ses excréments pour toujours par la plaie.

Le cas suivant prouve évidemment que la conduite qui est prescrite ici peut être suivie non-seulement sans danger, mais encore avec le succès le plus complet; que les matières contenues dans l'intestin, quand une partie mortifiée leur donne issue, passent à travers la plaie sans s'épancher dans la cavité, et en conséquence, que la partie replacée ne quitte pas sa position derrière l'anneau.

---

toute espèce d'alimens, soit solides, soit liquides, sortaient très-peu changés au bout d'une heure. *Anatomy, etc., of crural and umbilical hernia*, chap. VII, pag. 31.

Dans les cas de cette espèce, le chirurgien ne doit omettre aucun moyen de soutenir le malade. Les alimens les plus nourrissans, comme des consommés, des gelées, etc., doivent être donnés fréquemment en petite quantité, pour donner lieu à la plus grande absorption possible. On peut aussi injecter par l'anus du bouillon et du lait.



## OBSERVATION.

Edward Tubbs, matelot, âgé de vingt-deux ans, fut reçu pour une hernie scrotale étranglée à l'hôpital Saint-Barthélemy, et fut confié aux soins de M. LONG. L'opération fut retardée plus qu'il ne le voulait, parce que le malade refusa pendant quelque temps de s'y soumettre; mais il n'y avait pas de symptômes qui indiquassent l'arrivée de la gangrène. Lorsqu'à la fin il y consentit, on trouva que la hernie était formée par une anse de l'intestin grêle. M. LONG trouva, à l'ouverture du sac, un fluide d'une odeur fécale. L'anneau, qui formait un étranglement très-serré, avait fait une impression manifeste sur le canal, et il y avait à cet endroit un petit trou par lequel passaient les matières alimentaires. Le côté postérieur de l'intestin présentait une grande tache manifestement gangréneuse, et une petite portion de la convexité de l'anse paraissait dans le même état. On réduisit l'intestin (1), et l'on procura des selles au moyen

---

(1) J'ai appris de M. COOPER, que dans un cas opéré à l'hôpital de Guy, et où l'on trouva une petite ouverture à l'intestin, on lia cette ouverture avec une ligature fine avant de faire la réduction, et que le malade guérit.

C'est probablement le cas cité par M. TRAVERS dans *Inquiry, etc.*, pag. 112. Après avoir exposé, par les résultats de l'expérience, que quand on place une ligature sur



des clystères et des purgatifs. Au bout de trois jours, les fèces commencèrent à passer en partie par la plaie, et en peu de temps elles prirent tout-à-fait ce chemin. La matière évacuée était un fluide terne, jaunâtre, écumeux, mêlé de grumeaux plus consistans. Il n'avait pas d'odeur fécale et était rejeté moins de dix minutes après avoir été bu. Il causait une grande incommodité au malade en exoriant l'aine : on y remédia en partie en adaptant avec l'emplâtre agglutinatif un morceau de vessie ramollie au bord de la plaie, et en déterminant l'écoulement à se faire par-dessus. La santé générale était très-bonne. Au bout de trois semaines, il commença à y avoir des selles par l'anus, qui s'accrurent en quantité, tandis que l'évacuation par la

---

une portion des parois de l'intestin, et qu'on le réduit, la surface péritonéale de celui-ci adhère aux circonvolutions environnantes, et que la ligature tombe dans le canal, il s'oppose particulièrement à ce qu'on la laisse longue et fixée au dehors. « Dans ce cas, on obtient tous les avantages de la ligature en coupant le fil près du nœud, comme l'a fait M. COOPER à l'hôpital de Guy. En pratiquant l'opération de la hernie étranglée, on découvrit, dans une partie saine de l'intestin, au moment de le réduire dans l'abdomen, une ouverture qui donnait issue aux matières. L'opérateur, saisissant l'ouverture avec des pinces, fit placer une ligature fine de soie au-delà du bout de l'instrument, la fit lier fortement sur l'intestin et couper tout auprès. L'intestin fut ensuite réduit, et le malade alla bien. »



Pour ajouter encore à l'évidence, je crois convenable de citer le témoignage de DESAULT, dont l'expérience sur ce sujet est décisive. En opérant une hernie, il trouva une escarre d'un pouce de diamètre à l'intestin. Il réduisit ce viscère, et aucun symptôme subséquent n'indiqua la séparation de la partie gangrénée. Il croit que l'inflammation des environs de l'escarre les avait agglutinés aux parois de l'abdomen, et que la partie gangrénée tomba dans le canal intestinal. Mais ce n'était pas sur la terminaison d'un seul cas qu'il avait fondé sa pratique : il la recommande d'après le résultat heureux de sa grande expérience. Il avait

---

*norum vulnus lethale*, l'auteur rapporte deux cas dans lesquels les fèces passèrent à travers la plaie quelques jours après l'opération, et où les malades guériront. HALLER, *disput. chirurg.*, t. V, pag. 77. — M. WATSON a trouvé l'intestin gangréné dans un espace ovale d'un demi-pouce de long, et il l'a réduit en dirigeant la partie mortifiée du côté de la plaie. Les fèces parurent le troisième ou le quatrième jour; mais peu après elles reprirent leur cours naturel, et le malade guérit. *Medical communications*, vol. II, pag. 102. — Des cas semblables sont consignés dans les *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. II, pag. 93; dans le *Journ. de méd. chir. et pharm.*, t. XXI, pag. 124; dans le *Giornale di medicina*, t. VI, pag. 401, et t. XI, pag. 25; dans *Neue abhandlungen der schwed. akademie*, t. VIII, pag. 36; dans THÉDEN, *Neue bemerkungen*, pag. 99; dans le *Journal de CORVISART*, t. XXV, pag. 169; et dans SCARPA, *Mém.* IV, § 21.



abandonné la ligature passée dans le mésentère, « étant convaincu par l'expérience, et surtout par la dissection, que la partie qui a formé la hernie ne s'éloigne jamais de l'anneau, et qu'il n'y a pas de raison de craindre un épanchement dans la cavité abdominale lors de la séparation de l'escarre (1). »

#### SECTION IV.

##### *Gangrène de tout le diamètre de l'intestin.*

Dans le cas de gangrène de tout le diamètre de l'intestin, on prescrit de retrancher la partie morte, d'introduire la partie supérieure du canal dans l'inférieure et de les coudre ensemble (2). Les auteurs systématiques se sont occupés à imaginer diverses méthodes pour réunir les bouts divisés. On a discuté pour savoir s'il fallait simplement les coudre ensemble, ou s'il fallait les soutenir avec des corps de quelque solidité, pour prévenir une contraction consécutive au point de réunion; puis l'on a disputé pour savoir s'il était plus avantageux d'employer une portion de trachée d'animal (3),

---

(1) *Journal de chirurgie de Paris*, vol. II.

De la considération de tous les faits qui appartiennent à l'histoire de la hernie gangrénée, SCARPA a déduit la complète inutilité de la ligature dans le mésentère. *Mém.* IV, § 13. — M. TRAVERS établit tout-à-fait la même conclusion sur les mêmes bases. *Inquiry, etc.*, pag. 296 et suiv.

(2) RHAMDHOR, cité plus bas.

(3) DUVERGER, *Acad. de chir.*, t. III, pag. 188.



plaie diminuait et ne consistait à la fin qu'en un peu d'écume. En très-peu de temps la plaie fut cicatrisée, et le malade fut parfaitement guéri.

J'ai vu dernièrement réduire l'appendice du cœcum, dont une petite partie était gangrénée; mais comme ce cas est intéressant sous un autre rapport, je vais le rapporter en peu de mots.

OBSERVATION.

ANNE STILLWELL, âgée de quarante-huit ans, était sujette depuis quelques années à une hernie crurale qui s'étrangla le 3 juillet 1809. Elle fut reçue à l'hôpital Saint-Barthélemy le soir suivant, des évacuans ayant été administrés sans produire aucun effet. Comme l'emploi répété du calomélas et de la coloquinte à grande dose ne procurait pas de selles, l'opération fut pratiquée le soir du sixième jour. La hernie contenait l'appendice du cœcum, dont une petite partie était sphacelée, et dont le mésentère, chargé de graisse, simulait l'épiploon avant l'opération. Elle fut réduite sans débri-der, quoique l'ouverture fût très-petite. La marche de la maladie, après l'opération, fut heureuse sous tous les rapports, et la plaie fut complètement cicatrisée le dix-neuvième jour.

AMYAND (1) a trouvé, dans une hernie inguinale, l'appendice du cœcum percé par une épin-

---

(1) *Philosophical transactions*, vol. XXXIX, pag. 329.



gle. Il retrancha cette partie, après avoir placé une ligature entre la perforation et l'intestin; et le malade guérit sans accident.

La cinquante-neuvième observation de LEDRAN (1) est celle d'un cas dans lequel l'intestin s'ouvrit le onzième jour après sa réduction dans l'abdomen. Les fèces passèrent à travers la plaie, et le malade guérit. « L'expérience, dit-il, m'a convaincu que l'on peut omettre la ligature du mésentère quand l'intestin s'est ouvert ou est sur le point de s'ouvrir par la mortification, parce que l'inflammation qui la précède toujours produit l'adhérence de l'intestin. »

Dans un cas rapporté par M. COOPER (2), l'intestin fut réduit sans être fixé par une ligature. Les fèces parurent au bout de dix jours, et passèrent pendant onze semaines, en partie par la plaie, en partie par l'anus. Au bout de ce temps, elles reprirent leur cours naturel. PETIT (3) fournit deux autres faits qui confirment ce résultat, et SHARP (4) parle d'une manière générale d'un grand nombre de cas où les fèces ont été évacuées sans danger par la plaie d'un intestin gangréné (5).

---

(1) *Observations de chirurgie.*

(2) *Part. I, pag. 35.*

(3) *Mém. de l'Acad. de chir., t. II, pag. 93 et 94.*

(4) *Critical inquiry, pag. 42.*

(5) Dans une dissertation de MALAVEL, *an tenium intesti-*



il employa cette méthode, qui était une femme atteinte d'une hernie crurale, et à laquelle il retrancha deux pieds de la longueur du canal intestinal avec une portion gangrénée du mésentère, parvint à se rétablir. Elle mourut d'une autre maladie au bout d'un an; l'intestin fut retiré et donné à HEISTER, qui le conserva dans son musée. DUVERGER (1) enleva une portion d'intestin de deux doigts de longueur, et réunit les deux bouts sur une trachée de veau, au moyen de la suture. Son malade guérit promptement. On rapporte d'autres exemples semblables. Je ne connais pas les particularités de l'un d'eux (2); les deux autres me paraissent douteux (3).

Que peut-on maintenant opposer à ces exemples suivis de succès? Comment pouvons-nous justifier notre opinion défavorable sur la pratique qu'on a suivie dans ces cas? Le grand nombre d'exemples dans lesquels elle n'a pas réussi, et surtout son défaut constant de succès dans ce pays,

---

(1) *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. III, pag. 188.

(2) SCHMIDT, *Diss. de ileo*; in CREUTZENFELD, *Biblioth. chir.*, pag. 844.

(3) *Journal de médéc., chirurg., etc.*, de M. LEROUX, t. XXIII, pag. 358; t. LVI, pag. 151. Il est étrange que, dans ces deux cas, quoique la réunion de l'intestin se soit opérée, les malades soient morts environ cinq semaines après l'opération.



joint aux objections que j'ai déjà faites, me portent à douter jusqu'à un certain point de ces récits, ou, s'ils sont fondés sur une autorité irrécusable, à conclure que la terminaison heureuse est arrivée malgré l'union artificielle de l'intestin, et n'en a pas été l'effet

Les effets nuisibles de la réunion des bouts de l'intestin, au moyen de la suture, après que l'on a retranché la partie gangrénée, et les efforts qu'emploie la nature pour détourner les obstacles qu'on oppose à sa marche, sont bien démontrés dans un cas dont a été témoin un excellent observateur, mon estimable ami, le Dr CHESTON, de Gloucester, qui l'a communiqué à M. COOPER (1). Quatre pouces d'intestin gangréné ayant été enlevés, « la première pensée qui se présenta fut l'état misérable où se trouverait réduit le malade dans le cas de guérison, par l'établissement d'un anus artificiel. C'est pourquoi, désirant, autant que possible, éviter une telle infirmité au malade, on convint de réunir l'intestin par la gastroraphie, comme on le recommande habituellement. Cela étant effectué, pour éviter toute conséquence funeste qui aurait pu arriver, en cas de non-réussite, par la rétraction de l'intestin dans la cavité de l'abdomen, on passa deux ligatures à travers le mé-

---

(1) *On inguinal and congenital Hernia*, pag. 37.



un cylindre de carte vernie (1) ou de colle de poisson (2), pour obtenir l'effet désiré. Ces moyens sont décrits avec tant d'exactitude et de détail, qu'une personne sans expérience pourrait supposer qu'ils ont tous été mis en pratique. Cependant ils n'ont été heureusement que rarement employés.

Je n'hésite pas un seul instant à rejeter de semblables propositions, non-seulement à cause de la difficulté et même de l'impossibilité de leur exécution, mais parce qu'elles sont toutes condamnées par l'expérience, et que bien loin de s'accorder avec les procédés naturels qui, dans ce cas, produisent la guérison, elles les contrarient et tendent à les détruire. En tirant l'intestin hors de l'abdomen pour en retrancher la partie gangrénée (en supposant que les adhérences de la portion saine, avec le sac péritonéal, les parois abdominales et les circonvolutions voisines, le permettent, ce qui doit arriver très-rarement) (3), les adhérences, d'où dépend surtout l'espoir de la guérison, doivent être entièrement détruites. Une partie enflammée ne peut

---

(1) RITSCH, *Acad. de chir.*, t. IV, p. 177.

(2) VATSON, *medical communications*, vol. II.

(3) *Journal de M. LEROUX*, t. XXI, pag. 260. Un chirurgien désirait faire la gastroraphie, mais il en fut empêché par les adhérences.



être maniée et cousue sans qu'il s'ensuive une nouvelle irritation et l'inflammation.

La séparation naturelle de la partie gangrénée, ou sa division par le chirurgien, permet au canal alimentaire distendu de se vider, et soulage considérablement le malade; et le libre écoulement des matières par la plaie prévient le retour des accidens. En cousant l'intestin, et, ce qui est encore pire, en oblitérant sa cavité avec des trachées, de l'ichtyocole, des cartes, etc., cette partie ne peut reprendre ses fonctions; l'obstruction arrive, et quand le malade est sur le point de succomber, la nature peut, en détruisant cette union si nuisible, éloigner la mort qui le menaçait (1).

Je sais qu'on peut citer des cas dans lesquels on dit que les procédés que je viens de décrire ont été employés avec succès pour les hernies gangrénées. RAMDHOR (2), qui le premier proposa l'introduction du bout supérieur de l'intestin dans le bout inférieur (il doit avoir eu quelques moyens particuliers pour les distinguer, mais il n'en a pas révélé le secret), rapporte que le malade sur lequel

---

(1) Voyez les cas cités plus loin, et dans lesquels les tentatives faites pour obtenir cette union ont échoué.

(2) MOÉBIUS, *Observat. med. miscellan. præside HEISTERO*, 1730, obs. 18. Voyez aussi HALLER, *disp. anat.*, t. VI, pag. 745; et HEISTER, *Instit. chir.*, pag. 817.



rurgien français M. BOYER (1). Après avoir retranché quatre pouces de l'intestin gangrené, il introduisit sur un cylindre de carte l'extrémité supérieure dans l'inférieure. L'exécution de ce procédé fut très-difficile, et le remplacement de l'intestin, distendu par le corps étranger, nécessita une nouvelle incision de l'anneau. Le malade, qui, auparavant, s'était assez bien trouvé, fut alors en proie aux plus vives douleurs, qui persistaient depuis seize heures, lorsqu'il mourut.

On rapporte plusieurs exemples dans lesquels les plaies de l'intestin ont été réunies avec succès au moyen de la suture. Ainsi, dans un cas de sortie du petit intestin, qui présentait une ouverture qui aurait reçu le doigt, on réunit cette dernière par une suture continue, et l'intestin fut réduit (2). Les évacuations alvines eurent lieu naturellement, et le malade fut guéri au bout de six se-

---

(1) HEYLIGERS dans les *Mém. de la soc. de méd. d'émulation*, t. I, pag. 127.

PLOUCQUET, dans sa *Bibliothèque*, parle ainsi d'un exemple malheureux. « Infaustè tentata reunio marginum intestini sphacelati rescissi per chartam vernice obductam. »

AYRER, dans le *Journal für chirurgie, etc.*, de LODER, vol. I, pag. 526; et SCARPA, en citent un autre d'après les *Annales de littérature médicale étrangère*; avril, 1809, pag. 320.

(2) *Philos. transac.*, vol. L, pag. 35.



maines. Une blessure du colon , sur un jeune homme âgé de dix-huit ans , fut réunie par la suture du pelletier, et le malade se rétablit (1). Dans un autre cas, des plaies de l'intestin ont été fermées de la même manière et avec succès (2). Une division complète de l'iléum, dans laquelle la plaie s'étendait jusqu'au mésentère, a été traitée par les mêmes moyens. Les bouts de l'intestin divisé furent réunis par quatre ligatures de soie double, passées à travers toutes les tuniques, fortement serrées, et coupées tout près des nœuds; après quoi les parties furent réduites avec une masse considérable du canal intestinal, du mésentère, de l'épiploon et de l'estomac, qui étaient sortis ensemble. La sage conduite du chirurgien sauva le malade, quoiqu'avec difficulté, du danger de cette lésion étendue et compliquée (3).

Quand les exemples de succès dans l'emploi des suture, pour les blessures des intestins, seraient plus nombreux qu'ils ne sont, ils ne pourraient nous engager à adopter la même pratique dans les hernies avec gangrène. Dans le premier cas, l'état sain de l'intestin, de la cavité abdominale et de la constitution du malade donne lieu d'espérer une adhé-

---

(1) GLANDORP, *Speculum chirurgicum*, obs. 34.

(2) *Journ. de méd.* de M. LEROUX, t. XXVI, pag. 448.

(3) *Edinburgh medical and surgical Journal*, vol. XII, pag. 27 et suiv.



sentère de chaque côté de l'intestin divisé, et on les fixa dans les lèvres de la plaie. » M. NAYLER, qui pratiqua l'opération, trouva, le soir suivant, « que le jeune homme n'avait été nullement soulagé par elle ; il n'avait point eu de selles, son ventre était même très-distendu ; il était aussi incommodé qu'auparavant, et de temps à autre il était tourmenté par des hoquets. Dans cet état alarmant, M. NAYLER pensa qu'il était nécessaire de lever l'appareil pour observer l'état des parties, et voyant que la plaie avait un mauvais aspect, il jugea convenable de retirer les ligatures de l'intestin en amenant ses extrémités ouvertes entre les lèvres de la plaie, pour permettre la libre sortie de l'air ou des fèces contenus dans la partie supérieure du canal. Dans le courant de la nuit, lorsque le malade paraissait sur le point d'expirer, une abondante quantité d'air et de fèces sortit tout à coup de la plaie, à son grand soulagement. Le pouls s'éleva, la chaleur reparut, l'estomac fut calmé, et le hoquet se passa. En un mot, l'espoir revint, et, à compter de ce jour, les symptômes allèrent en diminuant. Le dixième jour, les parties étaient en si bon état, que M. NAYLER, espérant qu'il était encore possible de faire passer par sa route habituelle cette dégoûtante évacuation qui se faisait par l'aine, en faisant une seconde tentative pour réunir l'intestin divisé, employa de nouveau la suture



pour parvenir à ce but. Malheureusement elle ne réussit point comme il l'espérait ; la plupart des points cédant à la traction continuelle qu'ils éprouvaient. » Les fèces alors sortirent entièrement par la plaie ; mais quelque temps après , au moyen d'une pression qu'on y appliqua , le besoin d'évacuations alvines se fit sentir , et l'on trouva que l'application d'un bandage pouvait empêcher presque tout-à-fait l'écoulement des matières alimentaires par cette partie. Il paraît que les deux bouts de l'intestin étaient réunis par une cavité commune , comme nous aurons occasion de l'exposer plus en détail , et que les fèces étaient transmises de l'un dans l'autre à travers cette cavité , lorsque le défaut partie externe , qui doit avoir disparu par les progrès de la guérison , était suppléé par des moyens artificiels.

M. COOPER (1) a rapporté deux autres cas dans lesquels on pratiqua la suture. Dans l'un d'eux , les fèces sortirent par la plaie après l'opération ; dans l'autre , il n'y eut aucune évacuation par l'anus ni par l'aine , assez long-temps après l'opération ; ensuite les matières sortirent par la plaie , ce qui soulagea beaucoup le malade. La même pratique n'eut pas un meilleur succès entre les mains du célèbre chi-

---

(1) *On crural and umbilical Hernia* , pag. 30 et 38.



trouver aucun argument en leur faveur, d'après les expériences faites sur des chiens. On peut infliger à ces animaux beaucoup de lésions qui n'ont que très-peu d'inconvéniens chez eux, et qui seraient très-dangereuses et même mortelles chez l'homme : c'est pourquoi il faut être réservé en jugeant les uns d'après les autres. L'état des parties et la constitution, dans un malade attaqué de hernie avec gangrène, et dans un chien plein de santé, sont si différens, qu'on ne peut établir entre eux aucune analogie. Cependant les recherches sur les animaux sont fort intéressantes pour nous faire connaître les procédés employés par la nature, et elles ont établi clairement la méthode qu'il faudrait suivre dans le cas où la suture de l'intestin serait nécessaire. Si une portion des parois de l'intestin est tirée avec des pinces, et comprise dans une ligature fortement serrée, dont on coupe très-près les extrémités, l'intestin contracte des adhérences avec la surface voisine du péritoine, et la portion liée, aussi bien que la ligature, tombent dans sa cavité. Si on réunit un intestin divisé au moyen de ligatures qui pénètrent toutes ses tuniques, et que l'on coupe très-près, il s'entoure à l'endroit de la blessure d'une couche de lymphe coagulable qui réunit les bords de celle-ci, de telle manière que la division ne peut s'apercevoir à l'extérieur ; et que les ligatures, relâchées par l'ulcération, tombent dans la



cavité de l'intestin. La même chose arrive quand les extrémités de l'intestin divisé sont réunies par une suture continue (1).

Si donc un chirurgien était déterminé à pratiquer la suture pour une hernie (ce qui me paraît toujours sujet à beaucoup d'objections), et s'il trouvait un cas qu'il crût favorable, la meilleure méthode à suivre serait de coudre ensemble les deux bouts de l'intestin par quatre ou cinq points faits avec des ligatures de soie, qui traverseraient toutes ses tuniques, et dont on couperait les extrémités près des nœuds. Ou bien on pourrait employer une suture continue faite avec un fil de soie très-fin, dont on couperait de même les extrémités.

Quand l'intestin ne présente pas d'adhérences au-dessus et au-dessous de la portion gangrenée

---

(1) Le D<sup>r</sup> JOHN THOMSON, d'Edimbourg, remarqua le premier que les ligatures étaient entourées par une couche de lymphe coagulable, et tombaient ensuite dans le canal intestinal. Voyez l'*Anatomy, etc., of inguinal Hernia*, de M. COOPER, chap. II, dans lequel les deux expériences de M. THOMSON, et quelques autres qui lui sont propres, sont relatées. Il y a une dissertation inaugurale sur ce sujet par le D<sup>r</sup> SMITH, publiée, je crois, en Amérique; mais je ne l'ai pas vue. L'ouvrage de M. TRAVERS, *Inquiry into the process of nature in repairing injuries of the intestines*, contient ce qu'il y a de plus complet sur ce sujet, et est accompagné de planches.



sion naturelle, de laquelle dépend surtout le succès du traitement ; et que l'on doit si peu attendre quand les intestins et le péritoine sont fortement enflammés, et la constitution du malade dans un état de désordre. De plus, dans le cas de blessures, l'intestin est libre, tandis que dans les hernies avec gangrène, il a contracté avec les parties voisines des adhérences qui préparent la guérison naturelle, et qu'on ne peut séparer sans produire une augmentation dangereuse de l'irritation et de l'inflammation.

Il y a même, dans le cas de blessures des intestins, tant d'exemples de succès obtenus sans l'emploi des sutures, et si peu de cas dans lesquels on puisse leur attribuer l'issue favorable, qu'on peut mettre en doute l'utilité de la gastroraphie.

« Fort de ces principes, dit SCARPA (1), qui se déduisent naturellement de la comparaison des plaies du gros intestin avec celles de l'intestin grêle, j'admets, sans hésiter, la possibilité de guérir ces dernières sans avoir recours à la suture. Il ne me serait pas difficile de citer des exemples de pareilles guérison : j'en ai vu un, entre autres, tout récemment, qui mérite de trouver place ici. L'intestin grêle faisait saillie au dehors par une plaie péné-

---

(1) *Trait. prat. des Hernies*, par SCARPA, traduct. de M. CAYOL, pag. 307.



trante de l'abdomen ; un chirurgien de campagne le perça en se servant maladroitement de la pointe d'un fuseau pour le faire rentrer dans le ventre. Cependant les matières fécales ne s'épanchèrent pas dans la cavité péritonéale ; mais elles sortirent pendant long-temps par la plaie, et l'ouverture de l'intestin correspondit toujours parfaitement à celle des parois abdominales, quoiqu'on n'eût pas employé de sutures, ni de fils passés à travers le mésentère pour l'assujettir dans cet endroit. Dans la suite, les matières fécales reprirent peu à peu leur cours naturel ; en même temps la plaie se rétrécit graduellement, et elle finit par se cicatriser. Le jeune homme qui est le sujet de cette observation jouit aujourd'hui d'une très-bonne santé ; il n'éprouve aucune incommodité qui puisse faire soupçonner un obstacle dans le cours des matières fécales. »

On rapporte des cas dans lesquels une division complète du petit intestin a été guérie par un semblable traitement (1).

Si les succès obtenus par l'emploi des sutures, dans les blessures des intestins, ne peuvent nous autoriser à les adopter dans les cas de hernies avec gangrène, à plus forte raison nous ne pourrions

---

(1) LARREY, *Relation chirurgicale de l'armée d'Orient*, pag. 300.



(ce qui, selon moi, doit être très-rare), LAPEYRONIE a recommandé de retrancher la portion morte et de passer ensuite une ligature dans le mésentère, de manière à lui faire faire un pli longitudinal, et par cela même de rapprocher les deux bouts de l'intestin. Il attache la ligature en dehors de la plaie, et retient près de l'anneau les extrémités ouvertes de l'intestin. Le succès obtenu dans plusieurs cas traités suivant cette méthode, semble justifier les principes sur lesquels elle est fondée (1). J'ai déjà démontré que la ligature, dans le mésentère, est inutile. La proposition de LAPEYRONIE montre qu'il ne connaissait pas les procédés suivis par la nature dans de semblables cas. C'est pourquoi il est inutile de s'y arrêter plus long-temps. On trouvera sa condamnation dans le traitement des hernies avec gangrène.

LITTRE a proposé un traitement différent (2); il retenait l'extrémité supérieure de l'intestin dans la plaie, et liait l'inférieure. Ce procédé a reçu l'approbation de LOUIS (3), qui le regarde comme préférable à celui de LAPEYRONIE. Je ne pense pas qu'un chirurgien soit excusable de diriger son

---

(1) *Mém. de l'Acad. des sciences*, année 1723. — *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. I. « Observations avec des réflexions sur la cure des hernies avec gangrène. » Pag. 337.

(2) *Mém. de l'Acad. des sciences*, année 1700.

(3) *Mémoire sur la cure des hernies intestinales avec gangrène*, dans les *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. III.



traitement dans le but d'obtenir un anus contre nature, et de priver ainsi son malade des chances d'une guérison radicale, que les seules forces de la nature ont opérée dans beaucoup de cas. Cette pratique, quand elle réussit, ne peut que rendre le malade dégoûtant pour lui-même et pour ceux avec lesquels il vit. On peut même mettre en question si l'on doit désirer de vivre avec une aussi affligeante infirmité que la sortie des fèces par l'aine.

Après avoir ainsi fait des objections aux différens modes de traitement qui ont été proposés dans le cas de gangrène de l'intestin, il me reste à faire connaître la conduite que le chirurgien doit suivre dans une pareille circonstance. Il faut faire une incision dans la partie gangrénée, afin de vider le canal intestinal distendu ; ou si l'intestin s'est déjà ouvert, diviser largement les tégumens et le sac, et abandonner entièrement à la nature le reste de la guérison. En procurant, par ces moyens, un libre écoulement aux matières fécales accumulées, on hâte seulement le soulagement que la nature tend à procurer, et l'on ne trouble aucune de ses opérations. L'avantage marqué que le malade retire de la soustraction de cette source d'irritation et de danger, a été si fortement dépeint par les meilleurs observateurs (1), qu'on ne peut

---

(1) Voyez les cas rapportés plus bas d'après PETIT ; ainsi



avoir aucun doute sur l'utilité de ce traitement. Le reste de la guérison est accompli par la nature. Les escarres gangréneuses se séparent; les bouts de l'intestin sont retenus par des adhérences dans un état de rapprochement mutuel très-favorable à leur réunion; la plaie se resserre, et souvent se ferme complètement, de sorte que la continuité du canal intestinal se trouve parfaitement rétablie. L'intervention de l'art ne peut qu'être nuisible à ce travail. Quand on considère la mobilité du canal intestinal dans son état naturel, on conçoit avec peine comment sa continuité peut être rétablie après que des portions considérables en ont été détruites; mais il existe des preuves indubitables de ce fait, qui nous portent à avoir confiance dans les ressources de la nature.

L'ouvrage de SCARPA (1) contient la meilleure description des procédés par lesquels s'opère la guérison après la gangrène de l'intestin. Le péritoine, qui forme l'orifice et le col du sac herniaire, se réunit à la portion saine de l'intestin au moyen

---

que GOOCH'S *works*, vol. II, pag. 197 et suiv. PELLETAN, *Clinique chirurgicale*, vol. III, pag. 90 et 94. HEY'S *Practical obs.*, 3<sup>e</sup> édit. Appendice, pag. 571. TRAVERS'S *Inquiry*, pag. 320. SCARPA, *Mém.* IV, § 4. Cas de hernie congénitale, § 19, Observation de DOMINICO PAOLI.

(1) *Mém.* IV.



de l'inflammation adhésive qui précède la séparation de la portion étranglée et gangrénée. Cette adhérence s'oppose au passage des fèces dans l'abdomen, lorsque la partie gangrénée se sépare ou est incisée, en formant une cavité membraneuse qui embrasse les deux bouts de l'intestin, et qui transmet les matières fécales à la plaie extérieure. Comme l'extrémité inférieure de cette cavité membraneuse, qui est réunie à la plaie, se resserre à mesure que la guérison s'opère, le passage qu'elle livrait aux fèces devient de plus en plus difficile, et ces matières passent dans le bout inférieur de l'intestin, toujours ouvert pour les recevoir. Par là, on conçoit aisément pourquoi la pression qu'on opère sur la plaie facilite toujours le passage des matières intestinales vers l'anus, et pourquoi cette pression est absolument nécessaire pour obtenir ce but, lorsque la plaie extérieure est grandement ouverte. A mesure que le traitement avance, l'intestin se retire peu à peu dans l'abdomen, et attire cette cavité membraneuse en l'allongeant en une sorte de prolongement infundibuliforme, dont la grosse extrémité est supérieure et embrasse les bouts ouverts de l'intestin, tandis que l'inférieure, qui est beaucoup plus petite, se continue à travers l'anneau, et se termine souvent au-dehors par un petit orifice fistuleux. Les deux bouts de l'intestin sont unis à angle aigu dans l'orifice du sac; et il



existe à l'endroit de leur réunion un bord saillant qui s'oppose au passage direct de l'un dans l'autre. Quand une portion entière de l'intestin a été perdue, les ouvertures ne se touchent que par un petit point de leur circonférence; le bord saillant est considérable, l'angle de réunion aigu, et l'entonnoir membraneux ne peut servir à rétablir le canal que lorsque les extrémités de l'intestin se sont beaucoup rétractées du côté de l'abdomen. Quand une portion seulement du diamètre de l'intestin a été détruite, toutes ces circonstances sont plus favorables.

Chez un jeune homme que SCARPA opéra d'une hernie congénitale du côté gauche, avec gangrène, une large pièce de l'iléum fut enlevée, et il s'ensuivit un grand soulagement après la sortie des matières fécales. Le quarante-deuxième jour, après divers dérangemens accidentels dans l'excrétion des fèces, la plaie était presque entièrement cicatrisée : ce n'était que de loin en loin qu'on en voyait encore suinter quelques gouttes de matières fécales, et le malade quitta l'hôpital. L'année suivante, à la suite de nombreux excès dans le régime, ayant mangé gloutonnement des écrevisses, avec leurs pattes et une partie de leur enveloppe crustacée, il fut de nouveau assailli de coliques si violentes, qu'il en mourut en peu de temps.

A l'ouverture du cadavre, on trouva dans le ventre une grande quantité de matières fécales



jaunes et fluides. L'épanchement avait eu lieu par une crevasse de la partie supérieure de l'iléum, un peu au-dessus de l'endroit où cet intestin adhéraient au péritoine : on en voyait sortir encore des morceaux d'écrevisses mal digérés. La partie supérieure de l'intestin, celle qui correspond à l'estomac, avait, en quelques endroits, un diamètre trois fois plus grand que dans l'état naturel ; la partie inférieure, au contraire, était très-resserrée. Les deux bouts de l'intestin, réunis à angle aigu, adhéraient fortement à la partie postérieure de l'anneau inguinal. « Je vis, dit SCARPA, que le sac membraneux du péritoine adhéraient, d'une manière très-intime, à l'angle du canal intestinal dont j'ai parlé ci-dessus ; et que, dans ce même endroit, il formait un prolongement en forme d'entonnoir, dont la base correspondait à l'intestin, et dont le sommet, traversant l'anneau inguinal, se continuait dans l'aîne en un petit conduit fistuleux ouvert à l'extérieur par un orifice très-étroit. J'incisai sur un stilet tout le petit trajet fistuleux, de même que le prolongement membraneux formé par le col du sac herniaire, et je vis distinctement que les deux orifices de l'intestin, au lieu de se rapprocher et de s'aboucher, comme on le suppose ordinairement, étaient restés, à côté l'un de l'autre, sur la même ligne ; il s'était même développé entre eux une éminence allongée et dirigée en avant, qui seule



aurait pu suffire pour empêcher les matières fécales de passer directement du bout supérieur dans l'inférieur. Les matières fécales étaient versées par l'orifice supérieur de l'intestin dans la cavité de l'*entonnoir membraneux* formé par les restes du col du sac herniaire; et de là elles se portaient, en décrivant un demi-cercle, dans l'orifice du bout inférieur. C'est dans ce petit trajet demi-circulaire, c'est-à-dire, dans la cavité de l'*entonnoir membraneux*, que s'étaient arrêtés les fragmens d'écrevisses : en interceptant les deux orifices de l'iléum, les matières alimentaires avaient déterminé la rupture de cet intestin (1). »

Dans un second cas, où le malade mourut quelques années après être guéri d'une hernie crurale avec gangrène, dont il ne lui restait qu'une très-petite ouverture fistuleuse, donnant passage de temps à autre à quelques gouttes de liquide; il y avait lieu de penser qu'une partie seulement du diamètre de l'intestin avait été atteint; et en conséquence, l'angle de réunion, quoique assez prononcé, était cependant beaucoup moins aigu que dans le cas précédent. Cette partie était entourée d'un entonnoir membraneux, formé par le col du sac herniaire, qui avait été tiré avec l'intestin, du côté de l'abdomen; de telle sorte, qu'à l'époque de

---

(1) Ouvrage cité, pag. 255 et suiv.



la mort, il se trouvait à quelques lignes au-dessus de l'arcade crurale. La portion supérieure de l'intestin était beaucoup plus volumineuse que l'inférieure. SCARPA injecta de l'eau dans la première, et s'attendait à la voir passer promptement dans la seconde, vu que tout le diamètre de l'intestin n'avait pas été interrompu, et que, pendant la vie, les matières intestinales avaient suivi librement leur cours naturel. Cependant le liquide trouva un obstacle quand il fut arrivé à l'endroit où les deux portions de l'intestin étaient réunies, et ne put passer de l'orifice supérieur par l'orifice inférieur, qu'en traversant l'entonnoir membraneux dans lequel il décrivit un demi-cercle derrière l'arcade crurale, en occasionnant de légers mouvemens oscillatoires qui étaient communiqués à la peau de l'aîne. Le péritoine formait l'entonnoir membraneux, dont la base renfermait l'angle de réunion des deux bouts de l'intestin, tandis que son sommet passait sous l'arcade et se terminait par une petite ouverture fistuleuse. L'intestin étant ouvert, ses orifices, séparés par une petite éminence formée entr'eux, étaient à côté l'un de l'autre. Cette saillie, quoique moins considérable que celle que l'on observait dans le cas précédent, et n'arrêtant pas entièrement la communication directe des deux extrémités de l'intestin, était cependant suffisante pour forcer l'eau que l'on injectait dans le bout supérieur, de passer



dans l'entonnoir membraneux, et de là dans le bout inférieur (1).

Les expériences faites sur les animaux n'ont pu faire connaître les procédés employés par la nature dans le cas de guérison de hernie avec gangrène, parce qu'il manque la circonstance la plus essentielle, le sac péritonéal, qu'on ne saurait produire

(1) SCARPA, *Mém.* IV, § 6. Voyez aussi pour la représentation de ces faits, la planche XI. On trouve dans les ouvrages suivans des cas de hernies avec gangrène suivis de guérison, et qui ont été ensuite examinés. La plupart de ces cas s'accordent avec les descriptions de SCARPA, pour la réunion à angle des deux extrémités de l'intestin, leurs adhérences intimes au péritoine, qui recouvre les parois abdominales, le rétrécissement du canal intestinal, etc.

Voyez *Giornale di medicina*, t. VI. — *Hist. de la soc. roy. de méd.*, t. IV, pag. 321. L'observation est accompagnée de deux figures.

Les passages tirés des ouvrages de DE HAEN et MAUCHART, dans la note de la page suivante.

MORAND, sur la réunion des deux bouts d'un intestin, une certaine portion du canal étant détruite, dans les *Mém. de l'Acad. des sciences*, année 1735.

PIPELET, sur la réunion de l'intestin qui a souffert de perte de substance dans une hernie avec gangrène; dans les *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. IV, p. 164, avec deux figures.

Un cas dans lequel le colon avait été réuni après une plaie d'arme à feu, fut examiné par AMYAND, et lui présenta la même apparence. *Philos. Transact.*, vol. XXXIX, p. 336.



artificiellement. Les expériences de M. TRAVERS nous ont cependant découvert le fait nouveau et intéressant que la nature peut aisément rétablir le canal intestinal sur un chien, lorsqu'on l'a interrompu par une ligature qui en entoure tout le diamètre, ou quand un pli est fortement lié, et qu'on a coupé la portion ainsi étranglée au-dessous de la ligature (1). L'intestin contracte des adhérences avec le péritoine voisin; une lymphe coagulable se répand sur la ligature, qui, dans l'un et dans l'autre cas, tombe dans le canal intestinal avec les bouts de l'intestin qu'elle embrasse. Les extrémités de l'intestin, divisées par la ligature, sont retenues en contact par la lymphe, qui s'est épanchée, qui s'organise, les unit fortement, de sorte qu'il reste très-peu de traces de l'opération à l'extérieur.

Dans presque tous les nombreux exemples de guérison des hernies avec gangrène, que l'on trouve dans les annales de la chirurgie, le chirurgien s'est contenté d'être spectateur de la cure, et de favoriser seulement l'écoulement des matières intestinales, sans employer aucun moyen artificiel pour réunir l'intestin divisé (2). Les exemples suivans,

---

(1) *Inquiry into the process of nature*, etc. Pag. 98 et 342.

(2) PETIT, *Trait. des malad. chirurg.*, t. II, pag. 317 et 399. — *Supplément au traité de PETIT*, pag. 116. —



tirés de PETIT et de SCARPA, montrent la marche à suivre dans le traitement de ces maladies.

### OBSERVATION 1<sup>re</sup>.

Je courais la poste en Allemagne, et pendant qu'on changeait de chevaux, j'entrai dans un poêle où je sentis une odeur insupportable que je ne méconnus point, quoiqu'elle fût mêlée de plusieurs

---

POTT's works, vol. III, pag. 319. — AMYAND, dans les *Trans. philos.*, vol. XXXIX, pag. 338 et 341. — *Hist. de la soc. roy. de méd.*, t. IV, p. 321. — *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. I, pag. 603, t. III, pag. 178 et 181. — *Mém. de l'Acad. des sciences*, année 1723, pag. 30; année 1735, pag. 249. — MAUCHART, *Dissert. chir. de Epiplo-enterocele crurali incarceratâ sphacelatâ*, etc.; dans les *Disput. chirurg.* de HALLER, t. III — HEISTER, *de Herniâ incarceratâ suppuratâ sæpè non lethali*, ibid. — *Recueil périodique*, ou *Journal de méd., chir.*, etc., t. VI, pag. 48; t. VII, p. 53 et 124; t. XXIII, pag. 274; t. XXXVI, pag. 68. — DE HAEN, *Rat. medend.*, part. VII, chap. 4. — WILMER's *Practical observat. on Hernia*, pag. 82, etc. — GOOCH's *Surgery*, vol. II, pag. 197 et 203. — COOPER, *On inguinal Hernia*, pag. 33; et dans l'appendice des *practical observations*, de M. HEY's, p. 571.

Je ferai remarquer que, dans la plupart des exemples rapportés dans les ouvrages cités, deux ou trois pouces, ou même de plus longues portions du tube intestinal, avaient été détruites par la gangrène, et que, cependant, les malades ont guéri. On pourrait sans peine augmenter le nombre des citations, mais celles-ci sont suffisantes pour mon objet.



autres non moins désagréables. Celle que je distinguai par-dessus les autres, était celle de la pourriture, ou gangrène. Je demandai à une femme ce que c'était, ou plutôt je m'exprimai par signes; elle m'entendit, et fut tirer le rideau qui cachait le lit d'un moribond. Je voulus le visiter, et l'ayant découvert, je trouvai l'aine et le scrotum gangrénés et percés de plusieurs trous, par lesquels s'écoulaient des excréments stercoraux, mêlés de matières bilieuses et de quelques grumeaux blancs que je reconnus être du lait caillé. Le mélange de toutes ces matières formait un tout très-désagréable à la vue et à l'odorat : je le nettoyai, je coupai les peaux et les membranes pourries, et ayant reconnu l'endroit où l'intestin était percé, je portai une sonde creuse, au moyen de laquelle il sortit beaucoup de matières liquides bilieuses que renfermait la portion de l'intestin qui était dans le ventre : celle qui était sortie était adhérente à tout son voisinage, mais particulièrement aux environs de l'anneau. Pour le pansement, je me servis d'une espèce de suppuratif dont on s'était servi, et je conseillai de ne faire aucun autre pansement, croyant devoir abandonner à la nature le reste de l'ouvrage. Je ne pus faire cette charitable besogne sans me faire connaître pour ce que j'étais; le bruit s'en répandit dans la maison et dans le voisinage; nombre de personnes accoururent, parmi lesquelles il se trouva quelques



Français, auxquels je dis tout ce qu'il fallait faire, leur promettant de les visiter à mon retour pour savoir le succès. Cinq mois après, en retournant en France, je passai par ce village, et je trouvai mon malade se portant bien, et n'ayant été que vingt-huit jours à guérir sans fistule.

## OBSERVATION II.

Une autre fois, allant de nuit en poste, à la Ferté-sous-Jouarre, le postillon m'égara; j'aperçus de la lumière dans un hameau voisin, je descendis de ma chaise, et j'arrivai à la maison d'un paysan pour demander le chemin. Sa femme se mourait d'une hernie de l'intestin, qui, s'étant percé dans le sac, y avait répandu une grande quantité de matières fécales, ce que je jugeai par le discours des assistans, qui me dirent que la tumeur n'était devenue grosse que depuis un moment, et qu'ils avaient entendu un bruit d'eau et de vents. Comme j'étais inquiet et pressé de continuer mon voyage, je me contentai d'ouvrir le sac pour donner jour aux matières, qui, à l'instant, sortirent avec bruit et inondèrent le lit et une partie des assistans; car il en sortit huit fois plus que la tumeur n'en contenait. La malade fut soulagée; son ventre s'affaissa. Je ne fis mettre sur la partie malade que des compresses trempées dans la décoction des herbes à lavement, dont il y avait heureusement bonne provi-



sion. Quoique la malade en eût pris ce jour-là huit ou dix, qu'elle n'avait pas rendus, je recommandai qu'on renouvelât cette espèce de pansement de temps en temps, et que l'on eût soin de la bien nettoyer. Le service que j'avais rendu fut récompensé; car le mari s'offrit de conduire mon postillon jusqu'à Jouarre, où j'arrivai au jour. Je promis d'aller voir sa femme en m'en retournant, ce que je croyais faire le lendemain; mais malheureusement je restai vingt jours chez le malade. Ce pauvre homme, impatient de ne me point voir chez lui, vint me trouver le cinquième jour, et me dit que sa femme se portait bien, mais qu'elle rendait toujours ses matières par la plaie que je lui avais faite, et qu'il ne savait avec quel baume la panser. Il me dit que la plaie était belle quand on l'avait essuyée; mais que plusieurs fois par jour, elle se salissait de nouveau; que, d'ailleurs, sa femme ne sentait aucune douleur. Je le renvoyai, et lui recommandai de ne faire autre chose que ce qu'il avait fait jusqu'à ce jour, c'était de mouiller des linges dans la décoction émolliente pour appliquer sur la plaie; que si je ne passais pas bientôt chez lui, il vienne m'en rendre compte. Le sixième jour, il vint à la Ferté me dire que sa femme avait été naturellement à la selle, et qu'elle n'avait presque point rendu de matières par sa plaie, mais qu'elle mourait de faim. Je lui permis une soupe de plus, et lui ordonnai de ne



point changer la manière de panser, puisqu'elle réussissait. Le quinzième jour, il reparut, et m'annonça que sa femme se portait de mieux en mieux, et qu'elle voulait manger absolument; je le lui permis, pourvu qu'elle se ménageât : elle ne rendait alors presque plus de matières stercorales par sa plaie, encore n'était-ce que quand elle faisait des efforts pour aller à la selle. Je lui conseillai de lui faire prendre un lavement chaque fois qu'elle aurait des envies d'aller, afin de délayer ses matières, et qu'elle fit moins d'efforts pour les expulser. Le vingt-deuxième jour, je partis pour retourner à Paris; je la trouvai presque guérie de sa plaie extérieure : l'intérieur l'était selon toute apparence, puisqu'elle n'avait rendu aucune matière stercorale depuis trois jours. Un mois après, elle vint me voir à Paris, étant dans une santé parfaite; je lui conseillai cependant un brayer pour prévenir le retour de sa maladie, que je ne crains pourtant pas dans le cas dont il s'agit, comme dans bien d'autres (1).

### OBSERVATION III.

Dans un cas de hernie scrotale, dont la gangrène était très-étendue, « après avoir exposé aux parens tout ce qu'il y avait à craindre, je fis l'opération. J'avais découvert l'intestin et l'épiploon, sans que

---

(1) *Trait. des mal. chirurg.*, tom. II, pag. 281 et 282.



le malade eût senti aucune douleur : depuis neuf jours qu'il était dans les accidens de l'étranglement, l'intestin, quoique gangréné (c'était l'iléum), n'avait encore aucune crevasse. Je délibérai un moment sur le parti que j'avais à prendre, et je me déterminai à ouvrir l'intestin en long de la grandeur d'un pouce ; je choisis le milieu de la portion sortie ; les matières renfermées s'évacuèrent si abondamment, que je soupçonnai qu'il en sortit plus que ce qui était alors contenu dans l'intestin, et que le surplus venait de celui qui était dans le ventre ; et j'en fus convaincu, lorsqu'un moment après, le malade rendit par cette ouverture quantité de vents, et près d'une pinte de matières stercorales très-liquides, ce qui le soulagea considérablement.

Je bornai là mon opération ; je me crus autorisé à ne point débrider l'anneau. En effet, pourquoi le débrider lorsqu'on ne peut rien y faire entrer de bon, et que ce qu'il y a de mauvais peut sortir ? J'appliquai des linges fins trempés dans la décoction émolliente, et des compresses sur la partie malade et sur tout le ventre, trempées dans la même décoction, le tout maintenu par un bandage simplement contentif, de manière que l'intestin n'étant point comprimé, les matières stercorales pouvaient sortir. Cinq heures après, je trouvai mon malade dans une situation à me faire espérer sa guérison ; je levai l'appareil pour changer ses compresses et pour les



nettoyer ; je trouvai toutes les parties flétries, excepté environ deux lignes près de l'anneau, où elles parurent un peu gonflées ; la nuit ne fut pas fâcheuse ; le malade n'avait pas rendu beaucoup de matière ; il y a apparence que tout ce qui, ci-devant, était dans l'estomac ou dans les intestins grêles, s'était évacué : pour éviter de semblables évacuations, je ne fis prendre au malade que quelques cuillerées de gelée, et même d'heure en heure. Le second jour, je distinguai clairement l'endroit où la nature avait décidé de faire la séparation du mort d'avec le vif, ce qui m'engagea de couper une grande portion des parties gangrénées ; et si je ne les coupai pas toutes, c'est parce que le volume qu'elles avaient hors de l'anneau servait à retenir hors du ventre les deux embouchures du boyau ; de plus, ces portions gangrénées, que je laissais encore attachées à l'intestin, me servirent à passer des fils pour faire une anse et les retenir au dehors ; car jusque-là je ne m'étais pas aperçu que les parties saines du boyau eussent contracté aucune adhérence avec l'anneau. Le quatrième jour, la suppuration commençait à s'établir, et les portions d'intestin attachées avec les fils commençaient à se séparer ; m'étant aperçu que les deux bouts d'intestin tenaient un peu à l'anneau, et que depuis quatre jours que l'opération était faite, elle s'était maintenue dans la même place sans avoir



fait aucun mouvement pour se retirer dans le ventre, je ne changeai point ma manière de panser. Le cinquième, l'une des portions de l'intestin attachées se sépara avec le fil qui la tenait, et le lendemain, l'autre portion se sépara de même; la portion de l'épiploon que j'avais laissée ne se sépara que deux jours après celle-ci : alors toute la plaie était rouge et vermeille. Je vis clairement que sur le restant de l'épiploon et des deux portions de l'intestin, il s'élevait des chairs qui semblaient continuées avec celles que fournissaient le voisinage de l'anneau et les tégumens : j'avais le plaisir, deux ou trois fois par jour, de voir travailler la nature, ne faisant autre chose que de nettoyer les matières fécales, et d'appliquer mes linges mouillés dans la décoction émolliente; comme le malade s'affaiblissait en suivant un régime si sévère, je joignis à l'usage de la gelée le jaune d'un œuf cuit à la coque, et je conduisis ainsi le malade jusqu'au quinzième, que j'augmentai sa nourriture d'un autre jaune d'œuf, d'un peu plus de gelée et de quelques cuillerées de l'eau de chiendent, que je ne lui permettais que quand il avait soif. Je m'aperçus que depuis cette augmentation, je trouvais plus de matières fécales dans sa plaie; cependant je ne diminuai pas son ordinaire, sa maigreur et sa faiblesse m'indiquaient trop la nécessité de le nourrir. Jusqu'alors rien n'avait passé dans les intestins au-dessous de la hernie, je ha-



sardai de lui donner un demi-lavement, il le garda sans avoir rien produit; et comme le malade sentit le lendemain quelques borborygmes dans le ventre, je lui fis donner un lavement entier avec la décoction émolliente et deux cuillerées d'huile; il le rendit au bout de six heures, avec des matières dures et pelotonnées, qui, sans doute, étaient restées dans les gros intestins depuis le jour de l'étranglement. Les jours suivans, il ne prit que des demi-lavemens, qu'il ne rendit point, ce qui m'engagea de lui en donner encore un entier, qu'il rendit avec les autres et quelques matières pelotonnées, avec beaucoup de bile, ce qui me fit croire que quelque chose avait passé de l'iléon dans le cœcum, et que, par conséquent, les deux portions de l'intestin coupé commençaient de se réunir et de rétablir leur communication, et par conséquent le cours des matières stercorales; dès lors j'eus la satisfaction de trouver, de jour en jour, dans la plaie, moins de matières fécales, et de voir que les demi-lavemens, dont je continuais l'usage, facilitaient chaque jour l'écoulement des matières stercorales par l'anus (1). »

#### OBSERVATION IV (2).

DOMINIQUE PAOLI, âgé de vingt-cinq ans, fut opéré par moi d'une hernie scrotale du côté gau-

(1) *Trait. des malad. chirurg., etc.*, tom. II, pag. 354.

(2) SCARPA, *traduct. de M. Cayol*, pag. 289.



che, étranglée et déjà gangrénée. Dès que j'eus incisé l'anse d'intestin grêle sphacelé, après avoir fait cesser l'étranglement, il sortit par la plaie une grande quantité de matières fécales liquides, mêlées de plusieurs vers (*ascarides lombricoïdes*), ce qui soulagea beaucoup le malade. Bientôt la nature opéra la séparation des parties gangrénées; les deux orifices de l'intestin divisé, et le col du sac herniaire, ne tardèrent pas de remonter au-delà de l'anneau, et tout alla chaque jour de mieux en mieux. Au bout de quelques semaines, les matières fécales reprirent leur cours naturel; la plaie se resserra, et il ne resta plus au centre de la cicatrice qu'une très-petite ouverture d'où l'on voyait suinter de temps en temps quelques gouttelettes de matières fécales jaunes. C'est dans cet état que le malade sortit de l'hôpital. Sa guérison se soutint assez bien durant trois années, puisqu'il supporta les travaux de la campagne et l'usage d'une nourriture grossière, sans éprouver de douleur de ventre considérable, ni aucun dérangement notable des excréments alvins. »

Je puis ajouter, à l'appui de la pratique qui vient d'être recommandée, l'opinion de trois hommes célèbres, dont l'habileté reconnue et la grande expérience méritent les plus grands égards. Mes lecteurs seront satisfaits en entendant nommer J. L. PETIT, RICHTER et SCARPA.



Après avoir rapporté une observation utile et instructive, PETIT ajoute : « Cette observation , et quelques autres que j'ai rapportées ci-dessus, prouvent bien que les guérisons qui paraissent miraculeuses sont dues à la nature plus qu'à l'art. Heureux les malades qui tombent entre les mains des chirurgiens bien convaincus de cette vérité ! ceux-ci s'attacheront seulement à éloigner tout ce qu'ils croiront pouvoir troubler ou interrompre la nature dans ses fonctions, et n'en auront pas moins de gloire (1). »

« Il n'y a pas de doute, dit RICHTER, dans ses *Elémens de chirurgie*, que le chirurgien agit très-prudemment en abandonnant tout-à-fait à la nature l'union d'un intestin divisé, et que tous les moyens artificiels qui ont été jusqu'ici recommandés tendent plutôt à troubler qu'à favoriser ses opérations salutaires » (2).

On voit, dit SCARPA (3), tous les jours, dans les circonstances que je viens de supposer, la nature rétablir la continuité du canal intestinal par des moyens aussi simples que doux. Elle se prépare, pour ainsi dire, à ce travail, avant

---

(1) *Trait. des malad. chir.*, t. II, pag. 358.

(2) *Anfangsgründe der Wundarzneykunst*, vol. V, pag. 346.

(3) *Traduct. franç.*, pag. 302.



que la gangrène se déclare, en faisant naître des adhérences entre l'intestin étranglé et le sac du col herniaire. Après la séparation des parties gangrénées, elle fait rentrer dans le ventre les extrémités de l'intestin divisé; et avec les restes du sac herniaire, elle forme une sorte d'*entonnoir* qui sert, dans les premiers temps, à diriger les matières fécales au dehors, et dans la suite, à les transmettre de l'orifice supérieur de l'intestin dans l'inférieur, en leur faisant décrire, d'avant en arrière, un petit trajet demi-circulaire. Pour deux ou trois exemples de réussite complète de l'opération de RAMDHOR, on pourrait citer aujourd'hui une multitude presque innombrable de guérisons opérées par les seules forces de la nature; aussi, dans l'état actuel de la science, devons-nous féliciter les malades qui, dans ces circonstances malheureuses, tombent entre les mains de chirurgiens incapables d'entreprendre une opération, et peu empressés d'obtenir la cicatrisation de la plaie. »

Il n'y a que peu d'observations à faire sur le traitement général des malades atteints de hernies étranglées. La nécessité urgente de soulager le canal intestinal distendu et enflammé, l'utilité de purgatifs doux, des clystères, et d'une attention rigoureuse dans le régime, ont déjà été indiquées. Les alimens doivent être en petite quantité, mais doux, nourrissans et faciles à diriger. Les forces du ma-



lade sont quelquefois tellement affaissées par la maladie, qu'il faut le soutenir avec les alimens les plus analeptiques; les consommés, le bouillon, le sagou, etc., et même le vin, peuvent être nécessaires. On peut y joindre le quinquina et les potions cordiales. Un cataplasme ordinaire, et quelques fomentations, sont les meilleures applications locales; les soins de propreté exigent qu'on change souvent ces topiques. Quand les éscarres sont séparés, et que la plaie a diminué d'étendue, on peut essayer de la fermer en rapprochant ses bords avec des emplâtres agglutinatifs, et en exerçant une pression sur la partie.

Quand par malheur on a pris une hernie pour un bubon, et qu'on a ouvert l'intestin, il faut conduire le traitement comme dans le cas de hernie avec gangrène. « J'ai vu dernièrement, dit Gooch, un homme âgé, à qui, par inadvertance, on avait ouvert un bubonocèle pour un abcès, et qui fut radicalement guéri par le genre de traitement recommandé dans le cas précédent (une hernie intestinale guérie par les laxatifs, les clystères, et les alimens liquides seulement). Il y a quelques années que je fus témoin d'une semblable cure accidentelle chez une vieille femme à laquelle on avait imprudemment ouvert une hernie au-dessous du ligament de *Poupart*. »

Dans quelques cas, des vers, contenus dans les



intestins d'une hernie, ont été expulsés à la suite d'abcès. Le traitement devrait être le même ici que dans le cas de perforation de l'intestin par la gangrène.

Le malade chez lequel les matières stercorales ont repris leur cours naturel, après une hernie avec gangrène, reste encore exposé à un grand danger à cause de l'altération des intestins. Il doit faire la plus scrupuleuse attention à la quantité et aux qualités de ses alimens, puisque l'irrégularité sur ce point a causé des accidens dangereux, et même la mort. Des indigestions ont quelquefois donné lieu à la rupture de la cicatrice, et renouvelé le passage des fèces par la plaie (1). On a vu l'intestin se rompre à l'endroit de la cicatrice, long-temps après la guérison, et la mort en être la suite (2). Un ma-

---

(1) *Recueil périodique, ou Journal de méd., chir., etc.*, t. VI, pag. 48. Un malade était complètement guéri d'une gangrène de l'intestin, quand il survint une obstruction qui détermina la rupture de la cicatrice. Le passage naturel des fèces fut bientôt rétabli. On trouve un semblable cas dans le *Journal de CORVISART*, etc., t. XXV, pag. 169. Une autre personne, dont l'observation est rapportée dans l'*Hist. de la soc. roy. de méd.*, t. IV, pag. 321, vécut huit ans après l'opération. Durant cet espace de temps, la cicatrice se rouvrit et se referma plusieurs fois. La dernière attaque fut suivie de la mort.

(2) Le malade sur lequel LAPEYRONIE fit l'essai de son procédé resta sujet, après la guérison, à des coliques dont



lade, dans ce cas, pourrait peut-être être soulagé, si le chirurgien était assez hardi pour entreprendre une opération hasardeuse. Il faudrait inciser la cicatrice et ouvrir librement l'entonnoir membraneux qui unit les extrémités de l'intestin; car c'est là le point où se fait l'obstruction. Chez une personne qui était guérie d'une hernie avec gangrène, les fèces cessèrent de passer par l'anus : on ne pouvait procurer aucune selle; le ventre se distendit. Le chirurgien incisa l'intestin, et en retirant de sa ca-

---

il mourut. *Acad. des sciences*, ann. 1723. Dans un second cas, où l'ouverture fistuleuse s'était fermée au bout de quatre mois, un abcès se forma sous la cicatrice, et donna issue à des matières fécales et à un petit os. La plaie se ferma au bout de deux mois, mais le malade fut ensuite sujet à des coliques. *Acad. de chir.*, t. I, pag. 341. Un troisième malade du même chirurgien, après avoir perdu deux pouces d'intestin, guérit au bout d'un mois, principalement, à ce qu'il paraît, au moyen d'un régime sévère. En deux mois, il éprouva quelques attaques de coliques; la dernière fut violente, et accompagnée de vomissement. Une vive douleur se fit sentir à la cicatrice; l'abdomen se gonfla, devint douloureux, et la mort arriva le second jour. L'examen du cadavre fit voir que l'intestin s'était rompu et avait donné issue aux matières fécales qui remplissaient le ventre. *Ibid*, pag. 343. On rapporte un semblable exemple dans le troisième volume des *Mém. de l'Acad. de chir.*, pag. 163. Un autre est fournie par MORAND. *Acad. de sciences*, ann. 1735. RICHTER a vu un malade mourir subitement peu de semaines après la guérison d'une hernie avec gangrène; l'intestin était



vité un noyau de prune, il soulagea complètement son malade (1).

---

séparé du péritoine et percé d'un petit trou arrondi; l'abdomen était rempli de matières fécales. *Trait. des Hern.*, pag. 153.

Un malade de SCARPA mourut un an après être guéri d'une hernie avec gangrène, pour avoir mangé une grande quantité d'écrevisses; l'intestin se rompit après une obstruction de cette partie. Pag. 255. L'observation en est rapportée dans cette section, pag. 325.

Dans un cas de hernie crurale rapporté par PELLETAN, l'obstruction vint d'une indigestion; il se forma une tumeur qui s'ouvrit, et ensuite la fistule se ferma. *Clin. chir.*, t. III, pag. 40.

Dans un autre cas (de hernie crurale avec gangrène), la route naturelle des fèces ne se rétablit jamais. Elle l'était presque, lorsqu'un excès dans le manger produisit une obstruction qui se dissipa. Une diète rigoureuse, etc., diminua de nouveau l'issue des fèces, mais un nouvel excès dans le régime produisit une obstruction fatale. Les adhérences de l'intestin cédèrent, et les matières intestinales s'épanchèrent dans l'abdomen. *Ibidem*, pag. 94.

(1) *Journ. de méd., chir., pharm.*, etc., de M. LEROUX, pour juin 1787, pag. 547. Cette observation a été ajoutée au *Traité des hernies* de RICHTER par le traducteur français, pag. 306. On le trouve aussi dans SCARPA, *Mém.* IV, § 20.



## SECTION V.

*Anus contre nature* (1).

L'action de tout le canal intestinal sur les substances alimentaires n'est pas essentielle à l'entretien de la vie; et sous ce point de vue, ses différentes parties ne sont pas d'une égale importance. La digestion stomacale, la séparation des parties nutritives d'avec les parties excrémentitielles, et l'absorption des premières dans l'intestin grêle, sont indispensables; mais le gros intestin ne semble être qu'un conduit excréteur pour l'évacuation des fèces; et il peut cesser d'exercer ses fonctions, sans entraîner de fâcheuses conséquences. Aussi la chance de la guérison, quand la continuité du canal intestinal ne peut être rétablie, dépend entièrement de la situation de l'ouverture accidentelle. Elle est d'autant plus grande que celle-ci se rapproche davantage de l'extrémité inférieure de l'intestin, et d'autant moindre, au contraire, qu'elle est située plus près de l'estomac.

Les côtés de l'ouverture de l'intestin s'unissent à la circonférence de celle des parois abdominales, et

---

(1) Le *Mémoire sur les anus contre nature*, dans le second volume des *OEuvres chirurgicales* de DESAULT, fait parfaitement connaître ce sujet.



la cicatrice rend cette union très-solide. De cette manière, les matières intestinales éprouvent un obstacle à leur épanchement dans l'abdomen. Si le rétablissement de la continuité du canal intestinal, décrit dans les deux sections précédentes, ne peut être effectué parce que les extrémités de l'intestin sont unies à angle trop aigu, ne sont pas placées favorablement l'une vers l'autre, ou ne sont pas assez rétractées du côté de l'abdomen pour permettre aux matières stercorales de passer de l'une dans l'autre, à travers l'entonnoir membraneux, ces matières sortent par la plaie. L'anus contre nature est bien moins susceptible de guérison quand il suit les plaies de l'abdomen que lorsqu'il vient après les hernies. Dans le premier cas, l'intestin contracte des adhérences avec la plaie extérieure, et ne peut être tiré dans l'abdomen. Dans le dernier, il est uni au sac herniaire, qui forme un entonnoir de communication entre les deux bouts (1). Aussi les circonstances essentielles de ce cas consistent principalement dans une ouverture fistuleuse contre nature qui est toujours prête à livrer passage aux fèces, et dans un obstacle qui s'oppose à ce qu'ils reprennent leur route naturelle. Le resserrement de l'intestin au-dessous du nouvel anus, lorsqu'il n'est plus distendu comme dans son état

---

(1) SCARPA, *Mém.* IV, sect. 13.



naturel, est une suite de la maladie qui favorise sa continuation. Quelques-uns même ont avancé que ce resserrement peut aller jusqu'à l'oblitération : ce qui n'est appuyé ni sur des faits ni sur l'analogie. Le fluide muqueux, sécrété par la membrane interne, et rejeté de temps à autre par l'anus, s'opposerait à cet effet ; et le renversement de l'intestin à travers la plaie prouve qu'il est encore creux. La dissection confirme ces argumens, car on ne connaît aucun exemple de l'oblitération.

Quand la nouvelle ouverture arrive trop près de l'estomac, les substances alimentaires ne sont pas soumises pendant un temps suffisant à l'action des organes digestifs, et elles s'échappent à demi-digérées ; la nutrition est incomplète ; et l'on ne doit pas s'étonner de voir le malade devenir maigre et faible, et périr d' inanition. (Voyez les observations rapportées dans la section précédente, pag. 301.) Les matières rendues dans de semblables cas ne sont pas fétides. Si l'ouverture fistuleuse existe à la partie inférieure de l'iléon, dans le cœcum ou le colon, le danger est bien moindre. Le malade pourra remplir toutes ses fonctions, et à l'exception des affections intestinales, auxquelles il restera probablement sujet, sa santé et ses forces ne seront pas altérées : les matières évacuées sont alors plus fétides, vu qu'elles ont été plus long-temps retenues. Dans les deux cas, elles sortent involontaire-



ment, parce que l'ouverture n'a pas de muscle sphincter pour les retenir : et elles occasionnent dans les parties voisines une malpropreté à laquelle on ne peut remédier qu'imparfaitement, des excoriations douloureuses et les incommodités les plus dégoûtantes. Ordinairement il ne passe pas de fèces par l'anus ; mais les mucosités sécrétées par le gros intestin sont évacuées de temps à autre ; leur couleur est blanchâtre, leur consistance varie. DESAULT a observé un cas où ces évacuations se faisaient en grande quantité.

Mon estimable ami, le docteur CHESTON, de Gloucester (1), rapporte un cas singulier dans lequel les fèces ne sont pas rendues par la plaie, quoiqu'il y ait une ouverture à l'intestin. Cette dernière partie peut être vue au fond de la plaie, avec ses deux extrémités, à quelque distance l'une de l'autre. La supérieure pousse les matières intestinales qu'elle contient vers l'inférieure, qui les absorbe ; et ce passage s'effectue si bien sous une pression extérieure qui complète le canal, que rien ne s'échappe par la plaie. La manière dont se fait le rétablissement du canal intestinal, et les effets pernicious de la suture de l'intestin, sont bien démontrés dans cette observation intéressante, dont on peut trouver les particularités à la page 312.

---

(1) Voyez la 1<sup>re</sup> partie de l'ouvrage de M. COOPER, pag. 36.



Il est bien entendu, d'après la section précédente, que, dans les cas de hernie avec gangrène, les moyens chirurgicaux sont peu nécessaires, excepté les incisions qu'on doit faire pour soulager le canal intestinal distendu, et que les efforts doivent tendre à rétablir le canal intestinal. On ne peut prévenir la formation d'un anus contre nature, quoiqu'il soit contraire au but qu'on se propose; cependant, quand il est impossible de rétablir la continuité de l'intestin, cette ouverture artificielle est le seul moyen de conserver la vie.

J'ai déjà fait connaître les différentes opinions qu'avaient sur ce sujet LITTRE et LOUIS. Le premier, après avoir retranché la partie gangrénée de l'intestin, fixait son extrémité supérieure sur la plaie, et liait l'inférieure. Cette méthode est préconisée par LOUIS dans son excellent Mémoire sur la cure des hernies avec gangrène, quand l'intestin n'est pas adhérent. Il fonde ses objections au procédé de LAPEYRONIE sur des cas malheureux dans lesquels l'intestin s'était ouvert après une cure parfaite en apparence, et il pense que les inconvéniens de l'anus artificiel ont été exagérés. Les fèces, selon lui, doivent être évacuées quelque part, et la seule différence est dans la situation. Une pression externe peut remplacer le muscle sphincter et retenir les matières stercorales jusqu'à ce qu'elles puissent être évacuées convenablement. La dernière observation



n'est pas exacte; les fèces ne peuvent être retenues: et quelque ingénieux que soient les moyens employés pour pallier cette maladie, on ne peut encore s'empêcher de la regarder comme une des infirmités les plus désagréables dont une personne puisse être atteinte. Si la maladie se termine par un anus contre nature, on doit s'efforcer de remédier aux inconvéniens qui résultent de la sortie involontaire des fèces et des vents par la nouvelle ouverture, en adaptant au malade un appareil propre à recevoir ces matières à mesure qu'elles s'échappent. On a employé généralement à cet effet un réservoir de cuir ou de corne, dont l'ouverture est placée contre l'anus artificiel et qui est attaché à une ceinture qui fait le tour du corps (1). JUVILLE (2) a représenté un appareil compliqué dont la construction paraît plus parfaite que celle de tous

---

(1) On en trouve de semblables décrits par FUNN dans les *Haarlem transact.*, vol. I; et par LEBLANC, *Précis d'opérations*, t. II, pag. 460. Dans un cas rapporté par MOSCATI, et où l'anus contre nature était sous l'hypochondre droit, les fèces étaient reçues dans une boîte de fer-blanc au moyen d'une canule de plomb laissée en permanence dans l'ouverture. *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. III, p. 177.

(2) *Traité des bandages herniaires*, sect. 8, pl. VII et VIII. Il est aussi décrit dans le *Traité des hernies* de RICHTER, pag. 169; et avec des planches dans ses *Anfangsgründe der Wundarzneykunst*, vol. V, § 427.



les instrumens de ce genre décrits jusqu'ici. Un brayer ordinaire porte une pelotte d'ivoire percée dans son milieu et accommodée à l'ouverture. Un tube de gomme élastique, garni d'une soupape qui s'ouvre par en bas, conduit de l'ouverture dans un réservoir d'argent qui est fixé par une vis à l'extrémité inférieure de ce tube, et couché sur la partie interne de la cuisse. Le vase d'argent peut être dévissé et vidé sans déranger le reste de l'instrument. On pourrait corriger une ou deux imperfections dépendantes de la construction de cette pelotte, qui laisse échapper quelques matières ou produit une pression trop considérable. Il paraît que ce bandage a produit un bon effet dans un cas observé par SABATIER, auquel l'Académie de chirurgie en avait renvoyé l'examen. Après l'avoir fait porter pendant quatre mois par un malade à l'hôtel des Invalides, ce chirurgien donna un certificat favorable (1) de ses effets pour prévenir les inconvéniens qui résultent de l'écoulement des fèces, et permettre au malade de se livrer à ses occupations ordinaires. Un bandage élastique ordinaire, avec une compresse de linge sous la pelotte, a paru plus utile, dans quelques cas, que tout autre instrument compliqué, pour s'opposer à l'issue des fèces par l'ouverture acciden-

---

(1) On le trouve dans l'ouvrage précité de JUVILLE.



telle (1); on a employé, dans la même vue, un morceau d'éponge (2) : mais il est très-difficile de remédier à cet inconvénient. On doit exercer sur la partie une pression constante pour prévenir le renversement de l'intestin lui-même; ou, ce qui est fréquemment arrivé, une nouvelle hernie sur ses côtés.

« Le moyen le plus efficace, dit DESAULT (3), de prévenir le renversement de l'intestin, d'entretenir toujours l'ouverture suffisamment dilatée, de faire cesser les épreintes, de retenir les matières dans l'intervalle des pansemens, et de les faire séjourner assez long-temps pour nourrir le malade, c'est un tampon de linge d'une grosseur proportionnée à celle de l'ouverture, placé à demeure dans cette ouverture, soutenu par un gâteau de charpie, par des compresses et un bandage peu serré. Ce procédé réunit le double avantage de ne point contondre les parties et de s'opposer sûrement à la sortie des matières. Si un peu de fluide

---

(1) *Journal de Paris*, vol. I, pag. 193.

(2) RICHTER, pag. 169. LOEFFLER a vu des coliques, la constipation et des excoriations, produites par ce traitement. Le fluide retenu dans l'éponge explique la dernière circonstance. Ces symptômes cessèrent quand on eut permis aux fèces de s'écouler librement. Note d, pag. 169 de RICHTER.

(3) *OEuvres chirurg.*, t. II, pag. 362.



s'échappe encore, absorbé par le gâteau de charpie, il ne produira aucune excoriation. Un peu de gêne pour le malade résulte d'abord de cet appareil, de légères coliques en sont même quelquefois l'effet, mais bientôt tout rentre dans l'état ordinaire. »

## SECTION VI.

*Chute de l'intestin à travers l'anus contre nature.*

Il n'est pas rare de voir l'intestin se renverser dans le cas d'anus contre nature, parce qu'il n'y a pas de muscle sphincter qui puisse, par sa contraction, s'opposer à cet accident. La tumeur que forme alors l'intestin est ordinairement plus ou moins conique, resserrée à sa base, et percée près de son sommet d'une ouverture qui laisse sortir les substances alimentaires, si la tumeur dépend du bout supérieur de l'intestin; ou un fluide blanchâtre et les clystères, si elle dépend de l'inférieur. L'intestin est nécessairement renversé sur lui-même, de sorte que la membrane muqueuse constitue la surface extérieure de la tumeur, qui est par conséquent enduite d'une sécrétion muqueuse. La tumeur est d'une couleur rouge. Le plus souvent, elle est peu sensible. D'abord petite, elle grossit de plus en plus; et on l'a vue excéder un pied en longueur (1). Son volume varie; elle est plus grosse dans la position

---

(1) Un renversement du colon ayant seize pouces de



verticale du corps, ainsi qu'après l'exercice ; plus petite, lorsque le malade est resté tranquille dans son lit : souvent même alors elle disparaît.

Comme dans ces cas, l'intestin est poussé à travers une ouverture formée par la cicatrice de la plaie, et qui a par conséquent beaucoup de solidité, il peut éprouver l'étranglement. La tumeur alors augmente de volume, et devient livide ; et le passage des fèces peut être interrompu. Une légère pression, exercée pendant long-temps, produit un épaissement dans cette partie ; et l'on conçoit aisément que cette même cause peut occasionner des adhérences qui rendent le renversement irréductible.

Le prolapsus peut dépendre de l'extrémité supérieure ou de l'extrémité inférieure de l'intestin, ou bien des deux à la fois. Dans le premier cas, les fèces sortent du milieu du sommet de la tumeur ; dans le second, d'un des côtés de la base ; enfin, dans le troisième, il y a deux tumeurs, et les déjections s'échappent par le centre de l'une d'elles.

Le renversement de l'intestin peut arriver graduellement et comme spontanément, ou bien être produit subitement pendant quelque effort, comme une toux violente, les efforts pour aller à la garde-

---

longueur, a été décrit par SCHACHER dans sa *Dissert. de morbis à situ intestinorum præternat.* in HALLERI *disput. chir.*, t. III, n° 78.



robe, etc. En général, il ne cause pas de graves accidens, parce qu'il peut se réduire à volonté.

OBSERVATION I<sup>re</sup> (1).

JEFFERIS, âgé de soixante ans, avait rendu ses excréments par l'aîne pendant environ dix-sept ans, et conservait cependant encore toute l'apparence de la force et de la santé.

Ce malade avait une hernie scrotale du volume d'un œuf de pigeon, avant l'étranglement, qui se termina par la gangrène. Le testicule du même côté, et une grande portion de la peau voisine, furent compris dans la destruction gangréneuse. Les progrès de la maladie, pendant la gangrène et la guérison, ne présentèrent rien de particulier à noter.

Il n'avait jamais porté de bandage, ni pris de mesures pour s'opposer aux inconvéniens résultant de l'écoulement continuel des fèces, si ce n'est de porter toujours une grande quantité d'étoupe dans ses culottes.

Un prolapsus de l'intestin s'était opéré à travers l'ouverture accidentelle. La portion sortie variait en volume à différentes époques. Elle avait quatre pouces de longueur quand je la vis; et sa base, partie la plus large, avait environ six pouces de circonférence. Ce prolapsus ne rentre jamais entièrement; mais il est quelquefois beaucoup plus petit. Il lui est

---

(1) Voyez la planche II.



arrivé d'acquérir jusqu'à huit ou dix pouces de longueur : il avait alors le volume de l'avant-bras , et saignait abondamment. Il est accompagné de grandes douleurs qui arrivent seulement quand les intestins sont dérangés dans leurs fonctions. Des fomentations chaudes, et la position horizontale , soulagent dans ce cas , en faisant rentrer l'intestin.

L'intestin renversé est d'une couleur rouge, uniforme, semblable à celle des bourgeons charnus de bonne nature. La surface, quoique ridée et irrégulière, est douce et lubrifiée par une sécrétion muqueuse. Elle paraît ferme et comme charnue, et peut être serrée et maniée sans exciter de douleur. Elle représente un cylindre dont l'extrémité libre offre l'ouverture par laquelle sortent les excréments. La base de la tumeur paraît se continuer de tous côtés avec les tégumens, et l'on ne peut découvrir l'ouverture de l'extrémité inférieure de l'intestin.

Cette personne ne peut en aucune manière retenir ses fèces. Elles sont souvent évacuées subitement, et, pour me servir de son expression, sans l'en avertir. Quand ces matières stercorales sont fluides, ce qui arrive le plus souvent, elles sortent fréquemment dans la journée, et sont projetées avec force; mais lorsqu'elles sont plus solides, il n'y a qu'une évacuation en un ou deux jours, et elle nécessite beaucoup d'efforts. Le volume des fèces, ainsi rendues, n'excède pas celui du petit doigt.



Quand l'urine est retenue, après que le besoin de l'évacuer s'est fait sentir, une quantité considérable de mucus, semblable à du blanc d'œuf, et dont le poids peut être évalué à quatre onces, est rejetée par l'anus, ce qui arrive deux ou trois fois par jour.

Le malade n'observe aucun régime particulier. Quand il est purgé, les alimens sortent souvent et sans être altérés; il a fait surtout cette remarque relativement au concombre. Il éprouve alors une grande faiblesse. La bière sort quelquefois cinq minutes après avoir été bue, et après n'avoir éprouvé que peu ou point d'altération.

Les intestins sont très-sensibles à l'action des purgatifs, donnés à petites doses. Une pincée de rhubarbe produit des évacuations pendant trois ou quatre jours.

## OBSERVATION II.

« Il y a déjà quelques années, dit SABATIER (1), que j'ai eu occasion d'observer cet accident, pour la première fois, sur un jeune homme dont l'anus contre nature, situé à la partie antérieure et moyenne de l'hypocondre gauche, présentait une ouverture ronde et d'un grand pouce de diamètre; une pro-

---

(1) *Mém. sur les anus contre nature; Mém. de l'Acad. de chir.*, tom. V, pag. 592. L'observation est à la pag. 599.



tubérance du volume du poing, mollassse et rougeâtre, qu'il portait en cet endroit, excita mon attention. Cette tumeur naissait du dedans de l'ouverture même; elle était surmontée de plusieurs tubercules un peu plus gros que des grains de che-nevis, jetés sans ordre sur sa surface, et couverte de mucosités intestinales. Les excréments s'écoulaient à sa base; ils étaient de consistance liquide et sans odeur. Cette indisposition était la suite d'un abcès qui était survenu au malade à l'âge de neuf mois; depuis ce temps les matières stercorales étaient toujours sorties par cette voie; et le peu qu'il en sortait par l'anus, avait une consistance assez ferme et une couleur blanchâtre. La tumeur n'avait pas commencé à paraître d'abord, elle avait grossi peu à peu; elle ne lui causait aucune douleur, quoiqu'elle fût exposée à l'action de l'air, et qu'il se bassinât souvent avec de l'eau froide; les alimens liquides sortaient par la fistule presque aussitôt qu'ils étaient avalés, et sans altération. La pression occasionnait beaucoup de douleurs. Le jeune homme, que son infirmité empêche de se livrer à aucune espèce de travail, demandait alors l'aumône sur le grand chemin d'Antoni, près du village de Verrière. Il est actuellement à Paris; je l'ai rencontré plusieurs fois, et n'ai rien observé de nouveau à son incommodité, si ce n'est que l'intestin est un peu alongé. »



OBSERVATION III (1).

« Un soldat, qui avait été opéré d'une hernie inguinale du côté droit, rendait ses excréments par la plaie et par l'anus tout à la fois. Je ne sais pour quel motif on tint la première ouverte au moyen d'une tente qu'on y introduisait à chaque pansement : et à la fin tous les excréments, à l'exception d'une petite quantité, passèrent par cette voie. Un an après, il éprouva à l'hôpital de Toulon une violente attaque de colique, pour avoir mangé des châtaignes bouillies ; il fut obligé de se mettre au lit, et l'on trouva à sa plaie une tumeur rouge qui avait le volume d'une petite pomme. Elle augmenta en peu d'instans, et devint du volume du poing. Les douleurs de ventre étaient très-fortes, et la tumeur prit une teinte livide. Il fut soulagé de cette attaque, après que quelques escarres se furent séparées de la tumeur, qui continua de donner issue aux fèces par sa base. La tumeur varie beaucoup dans ses dimensions ; elle a ordinairement six pouces de longueur, et un pouce et demi de diamètre ; elle offre bien évidemment les plis et les glandes de la surface interne de l'intestin ; elle n'est pas douloureuse. Les fèces sont toujours fluides et s'écoulent de sa base, sans que le malade en ait la con-

---

(1) *Mém. sur les anus contre nature ; Mém. de l'Acad. de chir.*, tom. V, pag. 600.



science. Il passe de temps en temps quelques excréments par la partie inférieure du rectum; ils sont assez semblables à de petits pelotons de graisse. L'état du malade est fort bon, d'ailleurs; il conserve de l'embonpoint et une vigueur raisonnable. »

Dans les deux cas suivans, il y avait un double renversement; FABRICE DE HILDEN (1) rapporte une semblable observation.

#### OBSERVATION IV (2).

« A la bataille de Ramillies, un soldat, âgé de vingt ans, reçut un coup d'épée sous les côtes gauches. On agrandit la plaie, et les excréments qui sortaient le jour suivant firent voir que l'intestin avait été blessé. On ne lui donna pour toute nourriture que du bouillon avec un œuf, qui étaient rendus par la plaie une ou deux heures après avoir été avalés. Il éprouva une grande faim, et vers la fin du dixième jour, il se fit apporter clandestinement, par un soldat, du pain et de la viande qu'il avala avec avidité, et qu'il garda pendant dix heures. Après que la plaie se fut cicatrisée, et qu'il eut quitté le lit, il se manifesta deux

---

(1) *Cent.* I, obs. 74.

(2) *ALBINI annotat. academ.* Lib. II, cap. 8; *de vulnere intestini coli, et quæ id consecuta sunt.* La relation exacte et pleine d'intérêt de ce cas se compose de l'examen d'ALBINUS, et du rapport du malade. Elle est accompagnée de deux figures très-bonnes.



renversemens de l'intestin , qui acquièrent peu à peu la longueur d'une palme. Les deux bouts de l'intestin sont réunis à leur base, de sorte qu'ils ressemblent à un seul canal, réuni au ventre par sa partie la plus large, et ayant ses deux extrémités libres et pendantes. Ils rentrent dans l'abdomen quand le malade se couche sur le côté droit, et peuvent être facilement réduites, en introduisant le doigt dans l'ouverture de leur extrémité. Cependant le prolapsus inférieur ne rentre pas toujours complètement. Après la réduction, il reste sous les côtes inférieures une large ouverture qui conduit dans la cavité du colon; et c'est de la cavité de cet intestin que les fèces s'échappent souvent et involontairement : cependant elles sont en quelque sorte retenues par la pression de la cicatrice, lorsque l'intestin est sorti. Si le malade reste couché, ou s'il se lève et reste tranquille, l'intestin ne sort pas; mais la toux ou tout mouvement renouvelle la hernie. Ces tumeurs sont rouges, gonflées et couvertes de mucus; elles deviennent plus pâles, flasques et ridées quand elles remontent. Elles présentent plusieurs tubercules semblables à des verrues, rugueux, couverts d'une couche de mucus, saignant au moindre frottement, disparaissant et reparaissant de nouveau dans différentes situations. Le malade ne souffrait pas de l'exposition de sa tumeur au froid, il l'avait



lavée sans inconvéniens dans les eaux du Rhin, lorsque ce fleuve était gelé. Dernièrement, cependant, le contact de l'air froid sur la tumeur lui causa de la toux. Si le malade ne lavait pas assez souvent sa tumeur dans l'eau chaude, et faisait des exercices violens, elle se couvrait d'une couche épaisse de mucus et de sang; il y avait douleur, perte d'appétit et de forces. En se couchant sur le côté droit, les parties rentraient peu à peu, et l'on pouvait aisément enlever la croûte qui les recouvrait quand elle venait à ressortir. Le malade était marié et avait des enfans. Lorsque ALBINUS l'examina, il était robuste et avait quarante ans. Il rendait tous les jours par l'anus un mucus blanchâtre; et quelquefois surtout, lorsqu'il retenait les parties réduites, il rendait avec difficulté une matière épaisse, blanche, ténace. Il jouissait d'une très-bonne santé, quand il pouvait satisfaire son appétit. Il se trouvait fort bien du pain, de la viande et de la bière forte; ces alimens étaient retenus pendant neuf ou dix heures, et subissaient une altération considérable avant d'être rendus. Le pain blanc était le meilleur; les fruits mûrs, les légumineux et les autres végétaux frais étaient à peine retenus pendant deux heures; ils sortaient sans avoir subi beaucoup d'altération, quelquefois avec la même couleur, et sans être mêlés à d'autres alimens. Mais si le malade mangeait en même temps



de la graisse ou du beurre, ils restaient plus longtemps, et jusqu'à trois jours, dans quelques cas. Quand il avait trop bu, la tumeur se gonflait, et il sortait beaucoup d'air et de matières liquides et de fèces par le bout supérieur de l'intestin. Les boissons prises sans aliment solide sortaient en moins de deux heures. »

## OBSERVATION V (1).

« Après l'ablation d'une partie du colon dans un cas de hernie avec gangrène, il resta un anus contre nature, par lequel toutes les fèces étaient rendues, à l'exception de quelques matières épaisses et blanches que le malade rendait tous les deux ou trois mois. Après environ huit semaines, l'intestin sortit par la plaie, et il en sortit une seconde portion peu de jours après. Ces tumeurs avaient deux ou trois pouces de longueur et quinze ou seize de diamètre, et n'avaient pas changé de volume. Leur couleur était d'un rouge foncé, et leur surface inégale. Elles pouvaient être réduites très-facilement, mais le moindre effort suffisait pour les faire ressortir, surtout pendant la position verticale du corps. Les liquides injectés par l'anus sortaient immédiatement par la portion inférieure de l'intestin, *et vice versa*. SABATIER, DE LA MARTINIÈRE,

---

(1) Voyez le mémoire déjà cité de SABATIER, pag. 618.



et ANDOUILLE, auxquels ce malade avait été adressé, n'employèrent que des moyens palliatifs. Le malade se servit d'un bandage avec une pelotte de buis qui retenait la tumeur continue avec l'anus. La tumeur supérieure passait par une ouverture de la pelotte, et un tube d'argent qui lui était adapté conduisait les matières fécales dans une boîte de fer-blanc. »

L'excellent mémoire de SABATIER, dont j'ai extrait trois des observations précédentes, contient deux cas rapportés par M. PUY, de Lyon, dans lesquels la gangrène de l'intestin déplacé occasionna la mort (1). Malheureusement les parties ne furent pas examinées sur le cadavre.

On doit s'efforcer, dans le cas d'anus contre nature, de prévenir le renversement de l'intestin en comprimant la partie, ce qui est surtout nécessaire quand ce déplacement menace d'avoir lieu. Si la tumeur ne peut être réduite par le taxis, on doit essayer de la faire rentrer en exerçant dessus une pression continuée, et en faisant en même temps garder le lit au malade. Lorsque ces moyens ne peuvent diminuer le volume de la tumeur, il faut s'opposer à son accroissement ultérieur. Le malade évitera donc tout ce qui peut l'augmenter, comme les

---

(1) Pages 622 et 623. Voyez aussi un exemple malheureux dans LEBLANC, *Opérations*, t. II, pag. 445.



grands mouvemens, les exercices violens, les dérangemens des intestins, etc. Si la pression de la cicatrice tend à interrompre tout-à fait le cours des fèces, on doit chercher à soulager le malade en faisant une incision sur la partie resserrée (1).

Les moyens que j'ai indiqués jusqu'ici ne peuvent être regardés que comme palliatifs; mais DESAULT a, dans quelque cas, obtenu une cure radicale. Après avoir réduit la tumeur, il place dans l'ouverture un tampon de linge qui soutient l'intestin et favorise le cours naturel des fèces, en bouchant la fistule. Il tâche de détruire l'angle formé par les deux bouts de l'intestin, en introduisant de longues tentes de charpie dans leur intérieur; cette méthode, en dilatant l'extrémité inférieure, facilite aussi l'excrétion des gaz ou des fèces. Quand la dilatation est suffisante, et l'angle interne effacé, les tentes de charpie sont mises de côté, et le tampon de linge est seul conservé, en ayant la précaution de ne pas l'introduire trop avant, parce qu'alors il s'opposerait au passage des matières stercorales. La réussite de ce mode de traitement est indiquée d'abord par des gaz, puis ensuite par les fèces, qui sortent par l'anus. A mesure que le cours naturel des matières stercorales

---

(1) Cette opération fut pratiquée avec succès dans un cas rapporté par SCHMUCKER, *Chir. wahrnehm.*, b. 2.



se rétablit, l'ouverture fistuleuse se rétrécit. Les laxatifs, les lavemens, et la diète, facilitent ces moyens. Quand l'angle de jonction des deux bouts de l'intestin est très-aigu, ou quand le renversement ne peut être réduit, cette méthode ne saurait réussir. Le cas le plus favorable pour son emploi est celui de simple blessure de l'intestin, sans perte de substance. Le cas suivant, dans lequel DESAULT employa cette méthode avec un plein succès, est trop intéressant pour ne pas trouver place ici dans tous ses détails.

« FRANÇOIS VIALTER, natif de Moulins, fut blessé par un éclat de bombe, au mois de mai 1786, à bord du vaisseau le Saint-Michel, sur lequel il servait en qualité de matelot. Il perdit connaissance, et ne revint de son évanouissement que trois heures après le combat. Sa plaie s'étendait, dit-il, depuis deux pouces au-dessus de l'anneau inguinal du côté droit, jusqu'au bas du scrotum, où le testicule était à nu. On apercevait dans l'angle supérieur une espèce d'appendice très-rouge, long d'un pouce, formé par l'intestin divisé, lequel se retira dans le ventre pendant qu'on lavait la plaie; l'appareil, appliqué sur la blessure, laissait un trou à cet endroit pour l'écoulement des matières.

» Une frégate, qui s'était chargée de ce matelot, le déposa, un mois après son accident, à l'hôpital de la marine de Brest, où il resta jusqu'à sa



guérison , si on peut appeler *guérison* un état de choses qui conservait hors du ventre une portion d'intestin , d'où s'échappaient continuellement les alimens à demi digérés.

» Ce malheureux, réformé alors, comme hors d'état de servir, regagna à pied son pays natal; et bientôt, voyant que sa famille ne lui présentait aucune ressource, et que la fatigue du voyage avait considérablement alongé l'intestin, il parcourut les principaux hôpitaux de l'Europe, cherchant en vain quelque adoucissement à l'horreur de sa situation. Après avoir erré ainsi pendant quatre ans, il vint enfin à l'Hôtel-Dieu de Paris le 29 septembre 1790.

» La portion d'intestin pendant au dehors depuis si long-temps, avait acquis un volume considérable. Sa figure était à peu près celle d'un cône de neuf pouces de hauteur, dont la partie moyenne faisait en devant beaucoup de saillie. Sa base, un peu rétrécie, sortait de dessous un pli de la peau, un peu au-dessus de l'anneau inguinal; son sommet, tourné en arrière, et descendant jusqu'au milieu des cuisses, se terminait par un orifice très-étroit, par où s'écoulaient les matières fécales. Il ne rendait rien de semblable par l'anus, depuis l'instant de sa blessure. Cependant il allait à la selle tous les trois ou quatre mois, pour rendre un peu de matière blanchâtre et consistante, qui n'était



autre chose que la mucosité fournie par la portion d'intestin voisine de l'anus. Toute la surface de cette tumeur était rouge et ridée, comme la membrane interne des intestins. On remarquait, surtout à sa partie inférieure, des rugosités qui semblaient être de ces replis valvulaires que forme la membrane interne des intestins. Au côté externe de cette masse, on voyait sortir, par la même ouverture abdominale, une autre tumeur petite, mais semblable à la première par sa couleur et sa consistance. Cette dernière avait une forme ovale, et son extrémité, plissée comme une bourse à jetons, ne laissait échapper qu'un peu de sérosité. Ces tumeurs avaient un mouvement péristaltique semblable à celui des intestins, et quelques gouttes d'eau suffisaient pour les faire rétracter sur elles-mêmes.

» Ce malheureux jeune homme, grand, fort et bien constitué, quoique d'une maigreur extrême, était forcé, par les tiraillemens violens qu'il éprouvait dans le bas-ventre, de se tenir courbé, au point de ne pouvoir marcher qu'en s'arc-boutant, pour ainsi dire, contre deux béquilles. Un pot de terre, attaché à sa ceinture par une corde, et pendant entre ses cuisses, recevait l'extrémité de l'intestin, et les matières y prenaient en peu de temps une insupportable fétidité.

» On reconnut que la tumeur principale était for-



mée par la portion de l'intestin , correspondante à l'estomac, invaginée, si j'ose m'exprimer ainsi, et retournée sur elle-même, de manière à ne présenter à l'extérieur que sa face interne. On reconnut aussi que la petite tumeur était la partie inférieure de l'intestin invaginé de même, et que les bords de la section de ce canal étaient collés à l'ouverture des parois du bas-ventre, et confondus et agglutinés avec eux par une cicatrice commune.

» L'afflux des humeurs attirées dans cette partie, tant par sa disposition particulière que par l'irritation continuelle que l'accès de l'air, les frottemens, et surtout les matières fécales, y produisaient, en avaient épaissi et durci les membranes, au point qu'il eût été plus que téméraire de tenter la réduction d'une pareille masse, si l'expérience n'avait appris ce que peut la compression dans des circonstances semblables. Pour s'assurer de l'efficacité de ce moyen, dans le cas particulier qui se présentait, DESAULT comprima la tumeur pendant quelques minutes, en l'embrassant avec les deux mains; et la diminution de volume qu'il obtint lui présagea ce qu'il pouvait attendre d'un moyen compressif plus exact, et soutenu pendant un espace de temps convenable.

» Il employa, pour cet effet, une simple bande, dont il couvrit de bas en haut, par des doloirs un peu serrés, toute l'étendue de la tumeur, en lais-



sant seulement à son sommet l'ouverture nécessaire au passage des matières. L'effet de ce moyen fut prompt ; car , dès le soir de la même journée , on fut obligé de refaire le bandage , qui ne comprimait déjà plus. On le renouvela de même les jours suivans , à mesure que la tumeur diminuait , et dès le quatrième jour , l'intestin n'avait plus que son volume naturel. DESAULT jugeant alors la réduction possible , fit soulever la tumeur perpendiculairement à l'ouverture du bas-ventre ; et avec un doigt porté dans l'orifice , tandis que l'autre main pressait doucement pour empêcher la partie de ressortir , il développa l'intestin en le faisant rentrer dans lui-même , et par conséquent dans le bas-ventre. On fit de même pour la réduction de la petite tumeur , qui ne présentait alors aucune difficulté.

» C'était beaucoup , sans doute , dans un cas aussi grave , que d'avoir délivré le malade d'une tumeur si embarrassante , et de l'avoir mis à l'abri des accidens terribles qui pouvaient à chaque instant en résulter. Mais il restait une incommodité bien fâcheuse , c'était l'issue continuelle des excréments. A cette issue , on opposa un simple bouchon , formé par un gros tampon de linge de trois pouces de longueur , introduit dans l'intestin , et soutenu par un bandage inguinal. DESAULT se proposait d'ôter cette espèce d'obturateur deux fois par jour



pour laisser sortir les matières ; mais , après des gargouillemens, accompagnés d'un sentiment de chaleur très-vif, le malade rendit des vents par l'an us, présage heureux de ce qui allait se passer. Il survint bientôt des coliques et des cuissons douloureuses dans le rectum, qui obligèrent le malade de se présenter à la garde-robe ; ce ne fut pas en vain : il rendit par l'an us, et sans effort, une demi-livre de matières très-fluides, semblables à celles qu'on évacue à la suite d'une indigestion. Cet homme eut encore, dans la nuit suivante, huit selles de même nature que la première, toutes précédées de légères coliques, d'épreintes et de cuisson dans le rectum, qui n'était plus accoutumé à la présence des excréments. Le lendemain, le malade était abattu, comme on l'est d'ordinaire après un dévoiement. Les selles furent aussi fréquentes, et les cuissons moindres, les jours suivans. Les matières prirent de la consistance; elle augmenta journellement, et le nombre des selles diminua dans la même proportion.

» Le tampon de linge qu'on retenait dans l'intestin fut supprimé le huitième jour, et l'on ferma seulement l'ouverture extérieure avec un gâteau de charpie, soutenu par des compresses sur lesquelles on plaça la pelotte large et plate d'un bandage élastique. Ce moyen suffit pour fermer le pas-



sage aux matières, qui continuèrent de passer en totalité par le rectum.

» Le jeune homme se redressa bientôt, reprit des forces, et même un embonpoint considérable, quoiqu'il ne mangeât plus un tiers des alimens qu'il prenait auparavant. Pendant deux mois tout entiers qu'on le retint dans l'hôpital, afin de constater plus solidement une guérison aussi extraordinaire, il rendit toujours des excréments semblables à ceux d'un homme sain, et n'éprouva jamais la moindre incommodité. Il se fit plusieurs fois examiner dans l'amphithéâtre par les chirurgiens qui suivaient les leçons de DESAULT, et dont la plupart ne l'avaient pas perdu de vue depuis son arrivée; l'on ne trouva jamais autre chose qu'un léger suintement séreux, qui imbibait, sans la teindre, une portion de la charpie placée sur l'ouverture fistuleuse du bas-ventre.

» Sorti ensuite de l'Hôtel-Dieu, ce malade a voyagé pendant cinq mois, faisant parfaitement bien toutes ses fonctions, rendant ses excréments par les voies ordinaires, se livrant même à des exercices violens.

» Un jour qu'il voulut essayer de soulever un tonneau, qu'il avait parié de mettre sur ses épaules, son bandage se rompit; et comme il n'éprouvait aucune douleur, il fit peu d'attention à cet acci-



dent, et acheva de gagner son pari. Il marcha ensuite pendant deux heures, après s'être fait une ceinture de son mouchoir. L'intestin s'engagea alors dans l'ouverture du bas-ventre, qui subsistait encore, et sortit d'environ six pouces dans l'espace d'une heure, que cet homme mit à regagner à pied son logement. On employa de nouveau le même traitement avec un succès complet (1). »

SCARPA rapporte un exemple remarquable de renversement; il se présenta sur le malade dont l'observation est rapportée au chapitre XIII, section III, page 339, pour éclairer le traitement de la hernie avec gangrène. « Sa guérison se soutint assez bien durant trois années..... Après ce temps, il fut pris d'une toux qui le fatigua continuellement pendant plusieurs mois; en même temps la petite ouverture du centre de la cicatrice commença à s'élargir et à donner issue à une quantité de matières fécales plus considérable qu'auparavant; bientôt elle fut surmontée d'un petit tubercule rouge qui, peu à peu, se développa jusqu'au point de former une tumeur longue de deux pouces et demi, et d'une largeur égale à celle de l'intes-

---

(1) *OEuvres chirurg.*, t. II, pag. 370 et suiv. Cette observation se trouve aussi dans le *Journal de chir. de Paris*, vol. I, pag. 178. Un cas semblable, suivi aussi de succès, se trouve à la page 370 du même volume.



tin grêle. A mesure que cette tumeur rouge devenait plus volumineuse et plus saillante, les selles étaient de plus en plus rares, et enfin elles se supprimèrent totalement : alors le malade revint à l'hôpital. Je fis rentrer sans difficulté toute la portion d'intestin renversée ; je portai ensuite dans le trajet fistuleux un bourdonnet de toile de l'épaisseur du doigt, et d'un pouce et demi de longueur, que je dirigeai vers le flanc gauche. Quelques heures après, je ne fus pas peu surpris d'apprendre que le malade avait eu plusieurs déjections alvines par les voies naturelles, sans douleur de ventre bien remarquable, malgré la présence du bourdonnet dans la fistule. Je continuai l'usage du même moyen pendant une semaine, après laquelle je substituai au bourdonnet une simple boulette de charpie, appliquée légèrement sur l'orifice de la fistule, dans l'espérance que cette plaie, abandonnée à elle-même, se resserrerait de nouveau, et que le renversement d'intestin n'aurait plus lieu ; mais il en arriva tout autrement. Quoique le malade gardât le lit, qu'il prît tous les jours trois ou quatre clystères, tantôt émolliens, tantôt un peu irritans, et de temps à autre un léger purgatif ; quoiqu'il ne fût pas tourmenté par la toux, la fistule ne se resserra pas, les selles devinrent de plus en plus rares, et l'intestin se renversa de nouveau. » L'usage d'un bourdonnet produisit le même



effet qu'auparavant, et le malade fut obligé de le porter constamment. Une compresse, soutenue par un bandage en T, fut le moyen qui réussit le mieux pour maintenir le bourdonnet dans sa position. Le malade, à l'aide de ce simple appareil, continua de porter pendant deux ans un bourdonnet dans sa fistule, ce qui ne l'empêcha pas de vaquer à ses affaires (1).

## SECTION VII.

### *Fistule fécale.*

Il arrive quelquefois que la plaie, dans la hernie avec gangrène, se ferme, à l'exception d'une petite ouverture fistuleuse qui donne issue à une petite quantité de matière fécale ou d'un fluide jaunâtre. Ces petites ouvertures résistent souvent aux moyens que l'on emploie pour les fermer. La maladie ne diffère de l'anus contre nature que par son degré. Les matières fécales s'échappent par les voies naturelles; mais il reste une petite ouverture fistuleuse qui leur donne en partie passage de temps à autre. L'écoulement des fèces peut être abondant, puis s'arrêter pendant plusieurs jours; l'ouverture peut se fermer pour un temps, et ensuite

---

(1) *Mém.* IV, § 19.



reparaître. La matière rejetée peut être un fluide jaune, sans odeur de matière fécale. Les hernies ne sont pas les seules causes capables de produire ces fistules, qui peuvent dépendre aussi des plaies faites aux intestins, ou de ces abcès par lesquels s'échappent quelquefois des vers.

« Je donnai mes soins, dit MORAND, à un malade qu'on avait opéré de la hernie avec gangrène, et qui rendait à la fois ses excréments par sa plaie et par l'anus. L'écoulement par la plaie fut peu à peu réduit à un peu de sérosité bilieuse, qui continua de sortir par une petite ouverture fistuleuse. J'ai vu deux autres exemples du même genre (1). »

« Un garçon, âgé de treize ans, fut admis à l'hôpital Saint-Thomas pour une hernie scrotale irréductible qui laissait passer continuellement les fèces dans le scrotum, par une petite ouverture. Il se souvint d'avoir avalé, par mégarde, une épingle, et cinq semaines après, sa hernie se tuméfia, et devint très-douloureuse. On appliqua un cataplasme ; l'abcès qui s'était formé s'ouvrit, et la pointe de l'épingle fut aperçue vers l'ouverture par laquelle les matières s'écoulaient : on en fit aisément l'extraction. Il resta une ouverture fistuleuse de l'intestin pour laquelle il fut reçu à l'hôpital. On essaya de la fermer en rafraîchissant ses bords et

---

(1) *Opuscules*, part. II, pag. 163.



en favorisant la réunion ; mais ce fut en vain (1). »

Chez une femme qui avait une hernie ventrale avec gangrène d'une portion de l'intestin , « la plaie se ferma pour quelque temps ; mais au bout d'un mois ou six semaines , il se forma un abcès qui donna lieu , pendant quatre à cinq jours , à un écoulement de matières purulentes et fécales ; la plaie se cicatrisa de nouveau , et cette femme fut ainsi tourmentée pendant plusieurs années (2). »

Dans le traitement de ces fistules , on doit chercher à faciliter le passage des matières fécales , et s'opposer à leur accumulation dans les intestins ; en même temps qu'on bouche l'ouverture accidentelle pour empêcher que rien n'y pénètre. Les laxatifs , les lavemens , et les alimens d'une facile digestion , rempliront la première indication , en poussant les fèces par l'anus. La pression exercée sur la fistule , au moyen de compresses graduées , et soutenues par un bandage élastique , rempliront la seconde. On doit faire garder le lit au malade , et l'on a tout lieu d'espérer que cette méthode , si elle est exactement suivie , sera couronnée de succès.

(1) COOPER , part. I , pag. 17.

(2) *Idem* , pag. 38. On trouve un cas semblable dans DE HAEN , *Ratio medendi* , pag. 7 , cap. IV , § 19.



*Ecoulement des fèces , sans gangrène préalable  
de l'intestin.*

On possède des cas où l'opération n'a découvert aucun signe de gangrène de l'intestin, et dans lesquels, cependant, les fèces se sont écoulées par la plaie quelque temps après. L'exemple suivant s'en est rencontré à l'hôpital de Saint-Barthélemi.

OBSERVATION.

Une femme, âgée d'environ cinquante ans, fut amenée à l'hôpital pour une hernie inguinale étranglée depuis deux jours. La violence des symptômes engagea M. RAMSDEN à pratiquer l'opération deux heures environ après son admission. L'écoulement d'une grande quantité d'un fluide trouble et fétide, lors de l'ouverture du sac, fit craindre à M. RAMSDEN d'avoir blessé l'intestin, mais le reste de l'opération prouva que cette crainte était dénuée de fondement. L'intestin, qui était décoloré, fut réduit sans difficulté, mais paraissait n'être pas entièrement rentré dans la cavité abdominale. En introduisant le doigt aussi haut que l'intestin le permettait, on ne pouvait bien atteindre la cavité de l'abdomen, et l'on aurait eu l'idée que l'intestin, quoique exempt d'étranglement, était contenu dans un sac membraneux particulier. Le soir, la



malade éprouvait de grandes douleurs dans le ventre, avait le pouls très-serré et faible, et le corps couvert de sueurs froides. Les clystères qu'on lui avait ordonnés n'avaient pu pénétrer. Après un long examen avec des bougies, etc., il sortit par le rectum quelques matières fécales endurcies; mais l'état de faiblesse et d'abattement était tellement augmenté, qu'on avait peu d'espoir de voir la malade survivre même quelques heures. Le lendemain matin, au grand étonnement des assistans, elle était singulièrement rétablie. Son pouls était à quatre-vingt, et assez plein; mais comme elle n'avait pas encore eu de selles, on lui fit prendre toutes les deux heures des pilules d'extrait cathartique et de calomélas. Elle commença à être purgée vers le soir, et avait eu huit à dix selles avant le lendemain matin. Sa force diminua de nouveau; le pouls pouvait à peine être senti, et tout son corps était couvert de sueurs froides. L'usage du consommé, du sagou et du vin, l'avait tellement rétablie en peu de jours, qu'elle pouvait s'asseoir sur son lit. Son appétit revint, et on eut un espoir bien fondé de la voir sauvée.

Quelque temps après, elle présenta les symptômes fâcheux ci-dessus énoncés, relativement aux fonctions intestinales. Elle fut saisie, six semaines environ après l'opération, de douleurs violentes



dans la région inférieure du bas-ventre, qui cessèrent en deux jours, après un écoulement abondant de matières fécales à travers la plaie. Le calme se rétablit, mais de nouveau l'appétit disparut, les forces diminuèrent, et la mort arriva le huitième jour après l'issue des fécès par la plaie.

A l'examen du cadavre, on trouva les intestins tellement adhérens les uns aux autres, qu'on ne put les séparer sans les déchirer. Une portion de l'iléon, probablement celle qui avait formé la hernie, était unie à l'anneau aponévrotique. Ses parois étaient très-épaissies et sa cavité fort rétrécie. On trouvait dans cet endroit une petite ouverture ulcérée, qui, sous la forme d'une fistule, traversait une substance à peu près du volume du petit doigt, et conduisait à la plaie extérieure.

M. PELLETAN opéra une hernie crurale sur un homme le septième jour. L'intestin fut réduit, tout allait bien, et la plaie avançait vers la cicatrisation, lorsqu'il s'en échappa une petite quantité de matières fécales. Les purgatifs, les clystères, et une diète exacte, firent cesser cet écoulement, et la plaie guérit. Peu de temps après, le malade se livra à l'habitude qu'il avait de manger beaucoup; alors il se forma une tumeur avec fluctuation au-dessus de la cicatrice; l'inflammation s'en empara; la cicatrice se rompit pour don-



ner issue à du pus mêlé de matières stercorales fluides. Le malade guérit de nouveau par un traitement semblable (1).

---

(1) *Clinique chirurgicale*, tom. III, pag. 65.



## CHAPITRE XIV.

## DESCRIPTION ANATOMIQUE DE LA HERNIE FÉMORALE.

SECTION I<sup>re</sup>.

*Description des parties dans lesquelles se fait la hernie fémorale.*

---

LA circonférence de l'os innominé présente en haut et en avant une large excavation qui est bornée en dehors par l'épine antérieure et supérieure de l'ilium, et en dedans par l'épine du pubis, et qui est remplie par des muscles et des vaisseaux sanguins qui se portent de l'abdomen à la cuisse. Le bord inférieur de l'aponévrose du muscle grand oblique, connu sous le nom d'arcade crurale ou de ligament de *Poupart* (voyez la planche I), est étendu entre les deux apophyses qui limitent cette excavation.

Cette échancrure est oblique d'arrière en avant, en bas et en dedans, de sorte qu'une de ses extrémités est externe, supérieure et postérieure, et que l'autre est interne, inférieure et antérieure (1). La distance entre ces deux points est d'environ quatre

---

(1) Dans le langage du docteur BARCLAY, la première serait latérale, atlantale et dorsale : la dernière, médiale, sacrale et sternale.



pouces et demi. Le bord épais et rugueux qui borne en haut l'os des îles, et qu'on appelle la crête iliaque (pl. I), A, se termine en avant par une saillie B, séparée elle-même par une échancrure C d'un autre tubercule osseux qui est au-dessous D. Ces apophyses sont appelées les épines iliaques antérieures, et sont distinguées en supérieure et en inférieure. En dedans de la dernière, au-dessus de la cavité cotyloïde, il existe une seconde échancrure E, qui se termine par une légère saillie F (1), au-delà de laquelle il y a une autre excavation qui finit à l'épine du pubis H (2). En dedans de celle-ci, le bord de l'os est épais et uni, et s'étend en dedans (médialement), à environ un demi-pouce, pour se terminer à la symphise. Le point de réunion de ce bord horizontal avec la surface verticale de la symphise, est l'angle du pubis.

L'épine supérieure donne attache à l'aponévrose

(1) Le cartilage qui, chez les jeunes sujets, réunit les deux portions de l'os innominé, appelées l'ilium et le pubis, est placé au milieu de cette saillie. En conséquence, la partie de la grande excavation, qui est située en dehors de ce point, appartient à l'ilium; celle, au contraire, qui est en dedans, dépend du pubis.

(2) GIMBERNAT, WINSLOW et BICHAT l'appellent ainsi. SOEMMERING lui donne le nom de *tuberculum spinosum*; *De corporis humani fabrica*; t. I, § 420. C'est la tubérosité du pubis de M. COOPER.



de la cuisse, au muscle du *fascia lata*, au conturier, à l'arcade crurale, à l'iliaque interne; l'épine inférieure reçoit un des tendons du muscle droit de la cuisse. Les échancrures C et E sont remplies par les muscles iliaque interne et grand psoas, et se continuent en arrière avec la fosse iliaque. La légère excavation G est d'une importance particulière. Sa surface est lisse, plus large vers la cavité cotyloïde, et devient de plus en plus étroite vers l'épine du pubis; elle est bornée, en avant, par une ligne saillante qui naît au-dessus de l'ouverture où passent les vaisseaux obturateurs, et qui donne attache au muscle pectiné; en arrière, par un bord aigu et rugueux, étendu en arrière et en dehors de l'épine, et appelé la crête du pubis (1). Les vaisseaux fémoraux sont placés sur cette excavation. La crête se continue en arrière avec la ligne obtuse (2) qui borne la fosse de l'ilium, et qui concourt à la formation du détroit supérieur du bassin.

---

(1) Cette crête, avec la ligne suivante, forment la ligne iléo-pectinée de M. COOPER. La surface de l'os est couverte en cet endroit, ainsi que la légère excavation qui reçoit les vaisseaux fémoraux, par une substance ligamenteuse épaisse et très-adhérente, que M. COOPER appelle ligament du pubis.

(2) Cette ligne est parfois nommée ligne innominée. Elle donne attache au tendon du petit psoas.



L'espace situé au-dessous de l'arcade crurale renferme, outre les parties qui ont été indiquées, le nerf crural antérieur et d'autres nerfs plus petits, qui sont placés sur les muscles psoas et iliaque; les troncs lymphatiques des extrémités inférieures, et un ou plusieurs ganglions lymphatiques.

La surface de l'os comprise entre l'épine et l'angle forme la base du triangle représenté par l'ouverture inférieure du canal inguinal; elle est recouverte par le cordon spermatique chez l'homme, et par le ligament rond de l'utérus chez la femme.

L'attache de l'aponévrose du muscle oblique externe à l'os innominé a déjà été décrite à l'article de la hernie inguinale. Il ne me reste plus qu'à faire connaître quelques particularités sur cette partie. L'aponévrose du grand oblique est fixée au pubis par une large insertion qui commence à l'épine et se continue le long de la crête du pubis; sa position (dans la situation verticale du corps) est presque, sinon tout-à-fait horizontale: ses deux bords seront par conséquent distingués en antérieur et en postérieur, en observant, toutefois, que le premier est plus élevé que le dernier. La portion de cette aponévrose, qui est fixée à l'épine du pubis, a l'apparence d'une corde tendineuse, forte et presque ronde; son insertion à la crête du pubis a lieu au moyen d'une expansion plus mince, qui fait que l'aponévrose présente un bord aigu



bien distinct en arrière. Cette dernière partie de l'aponévrose est située plus profondément que la première. Son bord tranchant peut être senti distinctement en passant le doigt sous l'arcade crurale, sur le côté interne (médial) de la veine fémorale, soit par en haut, soit par en bas.

Si l'on décrit comme une partie distincte le ligament de Poupart, on voit qu'en s'approchant du pubis, il devient tout à coup plus large; que, par cette portion élargie, il est fixé tout le long de l'épine et de la crête du pubis; qu'il a un bord antérieur, épais et arrondi, et un bord postérieur, mince et aigu, et que le premier est placé beaucoup plus superficiellement que le second. La largeur de cette partie varie dans les différens sujets. Elle est ordinairement de trois quarts de pouce à un pouce. Quelquefois, comme GIMBERNAT (1) l'a fait voir, elle a plus d'un pouce. Le docteur MONRO (2) a observé que cette partie était plus large chez l'homme que chez la femme; et c'est d'après cette disposition qu'il explique la plus grande rareté de hernies fémorales chez le premier. L'importance de cette partie, dans le sujet que nous traitons, rend tout-à-fait nécessaire au chirurgien la connaissance exacte de l'insertion de l'arcade crurale au

---

(1) *Nuevo metodo de operar en la hernia crural, etc.*

(2) *Observations on crural hernia*, pag. 51.



pubis; c'est pourquoi j'ai fait représenter, sur un dessin, ce ligament seul avec ses deux points d'insertion, pour le faire connaître exactement.

Le bord antérieur du ligament de Poupart représente une ligne droite tirée de l'ilium au pubis; le bord postérieur (1) offre une courbure vers ce dernier os, à cause de la portion élargie qui se fixe à sa crête. De là vient le terme d'*arcade crurale*, employé par GIMBERNAT.

Les parties que nous avons déjà indiquées remplissent l'espace qui reste entre l'arcade crurale et l'os innominé. Les vaisseaux cruraux, placés sur l'échancrure superficielle de la partie supérieure du pubis, sont situés à côté l'un de l'autre. La

---

(1) On l'appelle quelquefois bord *en croissant* ou concave de l'arcade crurale, et la portion de l'aponévrose qui le forme a été désignée sous le nom de ligament de GIMBERNAT. (M. HEY'S *Practical observations*, 3<sup>e</sup> édit., p. 146.) Nous devons à ce chirurgien espagnol la première description exacte de la partie dont il s'agit; mais comme elle fait partie de l'arcade crurale, dont elle n'est pas distincte, tous les noms qu'on pourrait lui donner, et qui engageraient à la regarder comme un ligament particulier, doivent être rejetés. GIMBERNAT publia ses remarques in-4<sup>o</sup> à Madrid, en 1793, sous le nom de *Nuevo metodo de operar en la hernia crural, dedicado al rey nuestro senor DON CARLOS IV.* La traduction anglaise a été faite par le docteur BEDDOES.



veine fémorale est située près du bord mince de l'arcade crurale, et se trouve avoisinée en dehors par l'artère du même nom. On trouve quelquefois un ganglion lymphatique entre la veine et l'aponévrose, ou bien cet espace est seulement rempli par du tissu cellulaire lâche.

Comme l'aponévrose du muscle grand oblique est étendue comme une corde entre deux points distans, et comme il y a au-dessous d'elle un espace vide, les élèves penseront que les viscères de l'abdomen peuvent aisément se déplacer au-dessous de son bord. Ce déplacement est empêché par les insertions de certains feuillets fibreux qui fixent cette aponévrose sur la partie qu'elle recouvre.

Le muscle iliaque interne, et la portion du grand psoas, qui est couchée sur lui, sont couverts par une aponévrose mince, qui naît insensiblement sur la surface de ces muscles, et a des connexions intimes avec le tendon aplati du petit psoas (1). Cette *fascia* recouvre immédiatement les muscles; les vaisseaux iliaques et le péritoine sont appliqués sur lui et lui, sont unis par un tissu cellulaire peu serré. Il s'attache en dedans au détroit supérieur du bassin; en dehors, à la partie antérieure du bord interne de la crête iliaque; et en bas, au bord pos-

---

(1) Cette aponévrose est décrite par M. COOPER sous le nom de *fascia iliaca*.



térieur de l'arcade crurale (1). Vers cette dernière insertion, il se termine en pointe près le passage de la veine crurale. Une autre portion de ce *fascia* se porte au-dessus du pubis, derrière l'artère et la veine, vers la cuisse, où il forme la partie postérieure de la gaine qui renferme les vaisseaux et se continue avec l'aponévrose *fascia lata*.

D'après la disposition des parties que je viens de décrire, on voit que l'arcade crurale est fortement retenue dans sa position, et que le passage des viscéres abdominaux au-dessous d'elle se trouve empêché. Il existe cependant, entre la veine iliaque et le bord mince de l'arcade crurale, un petit espace qui n'est point fermé du côté de l'abdomen, et qui est favorable par conséquent à la formation des hernies. Cet espace, qui est rempli par du tissu cellulaire ou par un ganglion lymphatique, est appelé par GIMBERNAT (2) *anneau crural*, et par M. HEY (3), *anneau fémoral*. L'espace dont il est question est borné en haut et en avant par l'arcade crurale; en bas et en arrière, par

---

(1) Dans cet endroit, le *fascia* est formé de deux lames entre lesquelles passent l'artère et la veine circonflexes de l'ilium.

(2) Pag. 38.

(3) Page 48, 1<sup>re</sup> édit. Dans la 3<sup>e</sup> édit., ce terme n'est pas conservé dans le texte, quoiqu'il soit employé dans l'explication de la planche VII.



le pubis ; en dedans , par le bord mince de l'aponévrose du grand oblique, et en dehors, par la veine crurale (1).

Le *fascia lata* , ou l'aponévrose de la cuisse , a deux insertions distinctes à la partie supérieure et antérieure du membre. Elle est attachée à la partie supérieure du pubis , au-dessus de l'origine du muscle pectiné , qu'elle revêt , et de plus à la partie antérieure de l'arcade crurale. La première portion se continue derrière les vaisseaux fémoraux avec le *fascia iliaca* ; la seconde , au contraire , se fixe à l'arcade crurale , mais pas dans toute sa longueur , car son insertion cesse en dedans des vaisseaux qu'elle recouvre en avant. Dans cet endroit l'artère et la veine fémorale sont placées entre ces deux portions.

On trouve, au-dessous de la partie antérieure de l'arcade crurale , et en avant de la cuisse , une large ouverture ovale , qui est placée sur le muscle pectiné (2). En haut , en dehors et en bas , ce trou est

---

(1) Voy. les mesures établies d'après M. COOPER , ch. IX , sect. I.

(2) BICHAT , en décrivant l'aponévrose de la cuisse , dit : Elle est percée de divers trous pour le passage des vaisseaux et nerfs. Le plus remarquable de ces trous est celui qui , placé sous le ligament de Fallope , au-devant du pectiné , donne passage à la veine saphène. *Anat. descript* , t. II , pag. 309. Il est étonnant que SOEMMERING n'ait pas



borné par un bord aigu et bien distinct de l'aponévrose ; mais il n'a rien de semblable en dedans. A l'endroit où l'aponévrose *fascia lata* se termine à l'arcade crurale, elle forme un pli distinct semi-lunaire ou en croissant (1). L'extrémité, ou la corne supérieure de ce croissant, est la terminaison de l'aponévrose en dedans, où elle s'attache à l'ar-

---

parlé d'une partie si remarquable dans la description qu'il donne et de l'aponévrose de la cuisse et de la veine saphène. *De corp. hum. fabr.* ; t. III, § 281 ; et t. V, § 263.

(1) Ce pli est représenté dans la première planche de l'ouvrage de M. COOPER sur la hernie inguinale, quoiqu'il n'y ait aucune lettre de renvoi : son extrémité supérieure se voit surtout dans la quatrième, la cinquième et la sixième planches de l'ouvrage de M. HEY, 3<sup>e</sup> édit. Mais M. A. BURNS, de Glasgow, l'a décrit dans les plus grands détails sous le nom de *repli falciforme* (*falciform process*), de l'aponévrose *fascia lata*, dans ses « Observations sur la structure des parties intéressées dans la hernie crurale », contenues dans *Edinburgh medical and surgical journal*, vol. II, page 265 et 274, et accompagnées de deux planches. En décrivant la portion de l'aponévrose *fascia lata*, qui est fixée à l'arcade crurale, M. BURNS décrit ainsi le repli falciforme (*falciforme process*), « précisément à l'endroit où cette lame cesse de provenir de l'arcade crurale, nous trouvons la veine superficielle (*la saphène*) s'y introduisant ; par conséquent cette veine n'est pas couverte par la lame interne ou principale de cette aponévrose, et en enlevant la veine, on voit encore mieux la structure de ces parties ; on voit que l'aponévrose s'arrête



cade crurale, et se replie au-dessous de cette arcade, de manière à s'unir avec sa portion mince ou son bord, près de son origine (1). Sa concavité

---

à l'endroit où la veine pénètre, et dans beaucoup de cas, elle se termine subitement par un bord distinct, épais. Ce bord a la forme d'un croissant dont la concavité regarde le pubis ou la veine superficielle. Telle est la disposition ordinaire de ces parties : cependant cette structure n'est pas toujours aussi distincte, car on rencontre parfois une grande quantité de tissu cellulaire aréolaire placé aux environs, et qui adhère au bord semi-lunaire de l'aponévrose. Néanmoins, dans tous les cas, on peut découvrir ce bord semi-lunaire, en passant le doigt, de l'intérieur de l'abdomen à travers l'anneau crural, et en pressant en dehors ; on peut très-bien le démontrer aussi par la dissection sur les sujets maigres et infiltrés. »

(1) Cette connexion est parfaitement représentée dans les figures de l'ouvrage déjà cité de M. HEY. Dans sa première édition, pag. 107 et 151, M. HEY décrit la partie formée par cette réunion sous le nom de *ligament fémoral*, expression qu'il n'a pas conservée dans les autres éditions.

Les points capitaux de l'anatomie de la hernie fémorale, savoir : la sortie des viscères au côté interne (médial) de la veine iliaque ; leur étranglement par une partie de l'arcade crurale, que l'on sent lorsque l'on passe le doigt par en bas, vers la cuisse, dans la même direction ; et enfin, le fait pratique important que l'incision de cette partie est le meilleur moyen de lever l'étranglement, furent confirmés par l'expérience de M. HEY, et se trouvent établis avec exac-



est dirigée vers le membre du côté opposé, et sa corne inférieure est placée en bas et en dehors sur la cuisse. Ce repli couvre l'artère et la veine fémorales au-dessus du ligament de Poupart, excepté une petite portion de cette dernière, vers son côté interne. Sa corne inférieure se continue avec un autre bord semi-lunaire dont la concavité est dirigée en haut, et limite en bas l'ouverture ovalaire (1).

---

titude dans ses excellentes observations pratiques, qui forment une des meilleures additions aux fastes de la chirurgie.

(1) Cette partie doit être celle que M. BURNS a décrite dans le passage suivant : « A un pouce et demi environ au-dessous de la crête du pubis, l'aponévrose pectinée envoie une expansion ou une duplicature pour se fixer à la face interne du *fascia lata*, à peu de distance du repli falciforme, cette duplicature sépare entièrement la veine saphène et les vaisseaux lymphatiques qui l'accompagnent d'avec les gros vaisseaux qui sont placés derrière le *fascia*. Sur le bord de cette expansion on trouve ordinairement une glande conglobée oblongue, comme pliée sur elle-même, et dont une moitié s'étend au-dessous de l'aponévrose, tandis que l'autre descend au-dessus, de sorte que le repli est contenu entre ces deux portions. En dehors de ce repli, on trouve la veine saphène couchée dans une excavation qui est seulement recouverte par la lame mince et superficielle de l'aponévrose, et qui conduit au tron crural de GIMBERNAT, situé entre la grande veine et le repli falciforme vers le pubis. Dans la hernie fémorale, c'est dans cette excavation, qu'on peut appeler la gaine de la veine saphène, que se trouve logé le sac herniaire. »



C'est ici que les deux feuillets de l'aponévrose *fascia lata* sont continus. La grande veine saphène passe par-dessus le dernier repli, et s'ouvre dans la veine fémorale, à l'endroit où celle-ci n'est pas couverte par l'aponévrose de la cuisse. En dedans, l'ouverture ovalaire n'a aucune limite distincte. L'aponévrose qui couvre le muscle pectiné se continue derrière les vaisseaux fémoraux, et on peut faire glisser le manche d'un scalpel sur elle dans cette direction, de manière à les soulever. La veine fémorale est couverte par une substance fibreuse, dense, qui complète sa gaine, dans l'endroit où elle reçoit la veine saphène.

L'artère et la veine fémorales, entourées et réunies entre elles par un tissu cellulaire épais, sont couvertes en avant, immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, par la portion de l'aponévrose *fascia lata*, qui se termine en un bord semi-lunaire. Elles reposent sur l'expansion qui passe sur le pubis, et provient du *fascia iliaca*. Ce dernier est uni en dehors aux vaisseaux et à la gaine qui renferme le muscle couturier. L'enveloppe de la veine du côté interne, ou la concavité du bord semi-lunaire, a été décrite.

On trouve, tout le long du pli de la cuisse, entre les tégumens et les parties que nous venons de décrire, un *fascia* mince et irrégulier, ou bien du tissu cellulaire condensé. Ce *fascia* recouvre la partie



supérieure de l'aponévrose fémorale, l'arcade crurale et la partie inférieure de l'aponévrose du grand oblique. Il est formé de plusieurs couches entremêlées avec les ganglions lymphatiques du membre inférieur, et avec les veines superficielles qui se joignent au tronc de la saphène (1).

L'arcade crurale et les expansions aponévrotiques voisines forment un ensemble compliqué dont la simple description donnerait sans doute des idées erronnées aux élèves (2). Ces différentes parties

---

(1) Ce fascia a été décrit par CAMPER, *Icones hern.*, p. 11. M. COOPER l'appelle le *fascia superficialis*.

(2) Ces parties doivent être disséquées de devant en arrière, et d'arrière en avant. Dans le premier cas, après avoir enlevé les tégumens, le *fascia* superficiel, avec les ganglions lymphatiques, et quelques veines cutanées, sont mis à découvert. Quand on a détaché ces parties, on voit l'insertion de l'aponévrose *fascia lata* à l'arcade crurale; la terminaison de cette partie en un bord semi-lunaire, au-dessus de la veine fémorale; sa continuation derrière la veine saphène, au moyen d'un autre bord semi-lunaire, avec la portion pectinéale de ce *fascia*; l'insertion de ce dernier au pubis; et la dépression ovale dans laquelle la veine saphène est placée à sa terminaison. En séparant le repli semi-lunaire du *fascia* d'avec l'arcade crurale, on découvre l'artère et la veine fémorale, et si l'on relève celles-ci après les avoir coupées en travers, on aperçoit la continuation de l'aponévrose *fascia lata* derrière elles, devant le muscle pectiné et le pubis, avec le *fascia iliaca*. Quand on



doivent être désignées sous des noms particuliers , et on suppose qu'elles appartiennent à des organes distincts et séparés. Que l'élève ait toujours présent à l'esprit que ces parties sont toutes intimement réunies , et que ces noms indiquent les différentes parties d'une seule et même aponévrose. On doit regarder le *fascia iliaca* comme une partie de l'aponévrose *fascia lata* ; le bord aigu de l'arcade crurale et le bord semi-lunaire de l'aponévrose *fascia lata* sont tellement réunis , qu'on ne peut s'en former une idée juste dans l'état d'isolement. Cette connexion générale maintient toutes les parties dans un état de tension mutuelle qui varie réellement suivant la position de la cuisse , à cause de l'insertion de l'aponévrose fémorale à l'arcade crurale. Celle-ci est tirée en bas par cette aponévrose , de manière à former une ligne convexe vers la cuisse. Quand le membre est étendu , tourné en dehors , et mis dans l'abduction , les parties sont dans la plus grande tension. Le bord semi-lunaire de l'aponévrose et le bord postérieur de l'arcade crurale , qui , à l'endroit de leur jonction , forment

---

a séparé en dedans le péritoine d'avec ces parties , la portion iliaque de l'aponévrose fémorale (*fascia iliaca*) est mise à découvert , ainsi que les vaisseaux iliaques qui la recouvrent ; ses connexions avec l'arcade crurale.



la limite supérieure de l'anneau crural, compriment alors fortement le doigt que l'on introduit dans cette ouverture ; et l'arcade crurale elle-même est tirée en bas autant que possible. Lorsqu'on tourne la cuisse en dedans, qu'on la fléchit et qu'on la croise avec celle du côté opposé, les parties sont dans le plus grand état de relâchement.

## SECTION II.

### *Description anatomique de la hernie fémorale.*

La hernie crurale se fait par cet espace connu sous le nom d'anneau crural, et qui est situé au-dessous de l'arcade crurale, entre son bord mince et la veine iliaque. L'issue des viscères au-dessous de toute autre partie de l'arcade crurale, est empêchée par l'insertion du *fascia iliaca*. La situation de la hernie a été bien indiquée par POTT (1); mais elle est représentée d'une manière inexacte, dans plusieurs ouvrages que l'on regarde généralement comme d'une grande autorité. PETIT (2) et SABATIER (3) disent que les parties descendent dans quelques cas au-devant des muscles grand psoas

---

(1) *Works*, vol. II, pag. 152.

(2) *Traité des malad. chirurg.*, t. II, pag. 249.

(3) *Médecine opératoire*, tom. I, pag. 143.



et iliaque interne. CALLISEN (1) avance que les vaisseaux iliaques peuvent se trouver derrière, ou sur l'un des côtés de la tumeur; et RICHTER (2) même, qui dit que les parties s'échappent ordinairement dans la situation que nous venons d'indiquer, rapporte qu'elles descendent quelquefois en avant, d'autres fois en dehors des vaisseaux iliaques. Tous ceux qui se sont donné la peine de rechercher avec soin la structure de ces parties dans l'état sain et dans le cas de hernies, exposent les faits comme je les ai établis ci-dessus. GIMBERNAT, HEY, MONRO, COOPER, SCARPA (3), et d'autres écrivains modernes (4), sont d'accord sur ce point. On n'a jusqu'ici rapporté aucun exemple de hernie au-dessous de l'arcade crurale, qui se soit faite par un autre endroit que par l'anneau crural (5). Il est

---

(1) *Systema chirurg. hodiern.* pars post., pag. 495.

(2) *Traité des hernies*, pag. 242.

(3) *Mém.* III, § 2.

(4) LEDRAN, *Obs. de chir.*, t. II, pag. 2. — MORGAGNI, *Epist.* 34, art. XV. — ARNAUD, *Mém. de chir.*, tom. II, pag. 768. — BERTRANDI, *Trattato delle operazioni*, t. I, annot., pag. 218. — DESAULT, *Traité des malad. chirurg.*, pag. 191 à 195. — NESSI, *Instit. chirurg.*, t. II, pag. 198. — LASSUS, *Méd. opér.*, t. I, pag. 198.

(5) Quelques écrivains ont parlé de hernies crurales au-dessus de l'arcade crurale. Dans la troisième section du chap. IX, j'ai parlé d'un cas de ce genre qui paraît avoir été une hernie inguinale renfermée dans le canal inguinal.



bien vrai que la tumeur formée par la hernie crurale s'étend en dehors sur le pli de la cuisse, et qu'on peut réellement dire, dans quelques cas, qu'elle repose sur les vaisseaux iliaques; mais l'orifice du sac, ou la partie par laquelle les viscères se sont déplacés, est en dedans de la veine, même dans les hernies crurales les plus volumineuses.

Les viscères descendent de l'abdomen d'abord dans une direction presque verticale, et pénètrent dans l'ouverture placée au-devant du muscle pectiné. Comme les mouvemens de la cuisse et les adhérences plus intimes des tégumens aux parties sous-jacentes s'opposent à l'accroissement de la tumeur par en bas, et que la quantité plus grande de tissu cellulaire offre moins de résistance au pli de la cuisse, la hernie se dirige en avant, de manière qu'elle est située ordinairement au-devant de l'arcade crurale. Pour la même raison, elle s'étend en dehors ou vers l'ilium, en prenant une forme oblongue dont l'axe est parallèle à l'arcade crurale. A raison de cette disposition, le corps du sac forme un angle droit avec le col; et la portion du sac, qui, s'il avait continué à descendre en droite ligne, en aurait formé la partie la plus inférieure ou le fond, se trouve alors en avant.

---

Le Dr HULL a eu raison de rapporter ces cas aux hernies inguinales ou ventrales. *Med. and physic. journal*, vol. II, pag. 49.



La portion du sac , qui est placée sous le ligament de Poupart , et qu'on peut appeler le col , a ordinairement un demi-pouce d'étendue , et souvent davantage. Quand on pense que l'étranglement arrive exactement à l'endroit où cette portion rétrécie communique avec l'abdomen , et que les parties sont recouvertes par une épaisseur considérable de tissu cellulaire , on doit s'attendre à trouver l'étranglement à une grande profondeur.

Les viscères descendent par-dessus le pubis , à l'endroit où la portion pectinée de l'aponévrose *fascia lata* s'insère à l'os après avoir recouvert ce muscle , ce qui fait que la tumeur est située au-devant du pectiné et de l'aponévrose *fascia lata*. Je pense qu'il faut s'expliquer formellement sur ce point , parce que les chirurgiens ont supposé que la hernie crurale était recouverte par l'aponévrose de la cuisse (1) ; et qu'ils vont même jusqu'à dire que ,

---

(1) On trouve cette opinion dans presque tous les livres de chirurgie ; on voit aussi , par les deux citations qui suivent , qu'elle est conservée dans des ouvrages très-récens. MONRO dit que la hernie crurale est moins mobile que la hernie scrotale , parce qu'elle est recouverte et bridée par l'aponévrose des muscles de la cuisse. *On crural hernia* , pag. 56. — « On sait aussi que la hernie crurale est réellement située sous l'aponévrose. » *System of operative surgery* , v. I , pag. 294.



d'après cela, on peut inciser les tégumens hardiment lorsqu'on pratique l'opération. J'ai soupçonné la vérité de cette proposition, parce que j'ai souvent cherché en vain cette aponévrose en opérant, et parce que j'ai observé que la tumeur est molle et circonscrite, au lieu d'être tendue et d'avoir une circonférence peu distincte, ce qu'on devrait rencontrer, si elle était recouverte par l'aponévrose. La dissection m'a prouvé que mes soupçons étaient bien fondés. Si l'on enlève avec soin les tégumens et le tissu cellulaire qui couvrent une hernie fémorale, on trouve que la tumeur repose sur la portion de l'aponévrose qui s'insère au bord supérieur du pubis, en recouvrant le muscle pectiné, et comme la hernie descend au-dessus de l'os auquel se fixe l'aponévrose, nécessairement elle doit être placée sur la face antérieure de celle-ci.

On doit excepter de ces observations la variété de hernie crurale (1), dans laquelle la tumeur est contenue dans la gaine des vaisseaux fémoraux : la hernie, dans ce cas, est couverte par l'aponévrose *fascia lata*; elle est par conséquent moins distincte au toucher, et n'a pas un contour bien déterminé.

Le sac péritonéal de la hernie est couvert par une enveloppe extérieure nommée *fascia propria*

---

(1) COOPER, part. II, pag. 2, pl. VIII, fig. 1.



par M. COOPER. Cette enveloppe est ordinairement plus épaisse que le péritoine, d'une texture serrée et résistante; elle embrasse toute la tumeur jusqu'au col. On trouve plus ou moins de tissu cellulaire graisseux entre elle et le sac péritonéal. Comme les parties descendent en dedans de la veine, je suis disposé à rapporter l'origine de ce *fascia propria* au tissu cellulaire, qui complète en dedans ou médialement la gaine des vaisseaux fémoraux. L'enveloppe superficielle est souvent réunie dans quelque endroit avec le *fascia propria*, et de plus, avec le sac péritonéal.

M. COOPER décrit ainsi le *fascia propria* et son origine. « Une aponévrose mince (1) couvre ordinairement l'ouverture à travers laquelle se fait la hernie, et descend à la partie postérieure du pubis. C'est pourquoi, lorsque la hernie pénètre dans la gaine, elle pousse cette aponévrose devant elle, de sorte que le sac peut être retiré par son côté interne, et le *fascia* qui le couvre reste alors isolé. L'aponévrose qui forme la gaine crurale, et sur laquelle on trouve le trou ou les trous pour les vaisseaux lymphatiques, est aussi poussée en avant, et se joint à l'autre, de façon qu'elles se réunissent toutes les deux en une seule. Si l'on examine une

---

(1) Je n'ai pas rencontré cette aponévrose dans mes dissections.



hernie volumineuse, on trouve que ce feuillet aponevrotique remonte seulement jusqu'au bord de l'ouverture qui est en dedans de la gaine crurale, et par laquelle s'échappe la hernie; mais dans une petite hernie, il s'étend dans l'abdomen jusqu'au péritoine, et forme une poche de laquelle on peut retirer et séparer le sac péritonéal, et qui enveloppe toute la hernie (1). »

La partie supérieure de l'expansion falciforme passe au-dessus et en dehors du col de la tumeur; là, elle se replie au-dessous de l'arcade crurale et se continue avec son bord mince ou postérieur. La veine iliaque est placée à la partie externe de la hernie; le pubis est directement derrière elle; et la partie supérieure et interne de la tumeur est bridée par le bord mince et postérieur du ligament de Poupart. C'est dans cet endroit que se forme l'étranglement, comme on peut s'en convaincre en passant le doigt dans le col du sac, ou en le pous-

---

(1) Part. II, pag. 6 et 7. On trouve quelques observations particulières sur la structure du sac dans la hernie crurale. MORGAGNI observa, en disséquant une hernie crurale, « que le sac herniaire était épais et facile à séparer en plusieurs feuillets. » *Lett. XXXIV*, art. 15. — MAUGHART a aussi noté ce fait : « Saccus herniosus etiam in herniâ crurali duplex est, etc. » Voyez HALLER, *Disput. chir.*, t. III, p. 152. Mais on ne le connaissait pas généralement avant la publication de l'ouvrage de M. COOPER.



sant, sur un sujet sain, à travers ces parties. C'est GIMBERNAT qui, le premier, a découvert et publié ce fait.

La portion semi-lunaire de l'aponévrose étant fixée à l'arcade crurale, à l'endroit où les hernies s'échappent, contribue aussi un peu à l'étranglement, comme on peut s'en assurer en passant le doigt dans le trajet de la hernie. En effet, la limite supérieure de l'anneau crural est formée par l'union du repli falciforme et du bord postérieur de l'arcade crurale, et comme celle-ci est le siège de l'étranglement, elles concourent à le former ensemble. Aussi l'étranglement diminue en relâchant ce repli. Cependant il ne concourt pas aussi essentiellement à la production de l'étranglement que le bord postérieur du ligament de Poupart.

Dans la seconde partie de ses observations sur les hernies, M. COOPER est entré dans les plus grands détails sur l'anatomie de l'arcade crurale dans l'état sain et dans le cas de hernie. Selon lui, les viscères contenus dans la hernie crurale sont d'abord poussés dans la gaine qui entoure les vaisseaux fémoraux, et s'en échappent ensuite par les ouvertures destinées au passage des vaisseaux lymphatiques de l'extrémité inférieure. Il s'ensuit, de là, que le siège le plus fréquent de l'étranglement est au contour de cette ouverture aponévrotique. Mes recherches particulières sur ce sujet m'ont



conduit à rapporter le siège de l'étranglement au bord mince et postérieur de l'arcade crurale, à l'endroit où il se réunit avec le repli falciforme, et je n'ai pas jusqu'ici trouvé de raison pour changer d'opinion. Cette différence n'est pas très-importante et ne peut influencer sur le mode d'opération.

L'artère épigastrique se dirige obliquement en haut et en dedans en passant en dehors du sac herniaire, et se trouve située à un demi-pouce de son col. L'artère obturatrice est souvent produite par l'artère épigastrique, et dans ce cas, elle peut glisser en dehors du sac, ou bien passer en dedans, en se rendant au trou sous-pubien. Dans ce dernier cas, le col du sac serait entouré de vaisseaux volumineux dans les trois quarts de sa circonférence. La veine iliaque est en dehors du sac; le tronc commun des artères épigastrique et obturatrice se trouverait au-dessus, et l'artère obturatrice elle-même en dedans.

Le cordon spermatique et le ligament rond de l'utérus passent directement au-dessus de la tumeur, et ne sont éloignés que d'un demi-pouce de l'orifice du sac.

---



## CHAPITRE XV.

## SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC DE LA HERNIE FÉMORALE.

LES hernies fémorales sont beaucoup plus communes chez les femmes; on peut les regarder, pour ainsi dire, comme particulières à ce sexe, tandis que les hernies inguinales le seraient aux hommes. M. HEY (1) n'a jamais trouvé d'autres hernies étranglées chez la femme, que celles-ci. La largeur plus considérable du bassin de la femme,

---

(1) *Practical observations*, pag. 154. Elles sont aussi beaucoup plus fréquentes chez les femmes mariées que chez les filles. ARNAUD établit que sur vingt femmes mariées affligées de hernies, dix-neuf portent des hernies crurales, tandis que chez les hommes et les filles, on n'en trouverait pas un sur cent. Pag. 133.

MORGAGNI n'a jamais vu de hernie crurale chez l'homme : « *Mihi ut verum fatear, nondum nisi in feminis accidit, ut eam viderem.* » *Epist. XXXIV*, art. 15. — HEVIN n'a jamais opéré qu'une seule hernie crurale chez l'homme. *Pathol. et therap.*, pag. 406. — SANDIFORT et WALTER n'ont rencontré qu'une fois aussi cette hernie dans un cadavre d'homme. *Obs. anat. pathol.*, chap. IV, pag. 72. *Sylloge comment. anat.*, pag. 24, obs. XXI. — ARNAUD n'en a jamais disséqué sur des hommes. *Mém. de chir.*, t. II, pag. 782.



et l'insertion plus étendue de l'arcade crurale au pubis chez l'homme, sont regardés comme les causes de cette différence. La hernie crurale peut se trouver compliquée de la hernie inguinale du même côté, mais ce cas est rare.

La hernie crurale s'annonce sous la forme d'une tumeur indolente, située à la partie interne du pli de la cuisse, et accompagnée des symptômes généraux qui indiquent le déplacement des viscères. L'ouverture par laquelle elle s'échappe est fort petite, et ne permet guère d'élargissement dans aucune direction. Aussi la tumeur est-elle ordinairement petite, et quelquefois même d'une manière remarquable (1). L'ouverture acquiert très-rarement la même étendue que l'anneau inguinal dans les hernies scrotales anciennes et volumineuses. Cependant il y a des exceptions, rares à la vérité, qui se présentent quelquefois.

#### OBSERVATION.

Une femme de moyen âge fut admise à l'hôpital de Saint-Barthélemy pour une hernie crurale exis-

---

(1) Le Dr HULL dit que le volume de la tumeur varie ordinairement entre le volume d'une noisette et celui d'une noix. *Med. and. phys. journ.*, vol. II, pag. 54. — SABATIER fait remarquer surtout la petitesse de la tumeur. *Méd. opér.*, t. I, pag 144 et suiv.



tante depuis huit ans. Cette hernie avait été susceptible d'être réduite partiellement, et pendant une grossesse, elle était entièrement rentrée. Quoique le volume de la tumeur eût toujours été considérable, elle n'avait jamais incommodé que par son volume, jusqu'à l'époque de l'admission de la malade; elle avait alors dix-neuf pouces de longueur et vingt-sept de circonférence. Les tégumens étaient rouges, et la malade était d'une faiblesse extrême; les forces déclinerent; la peau s'ulcéra et s'ouvrit, de manière à laisser une partie des intestins à découvert, et il s'échappa environ quatre pintes de sérosité par l'ouverture. Ce fluide continua de couler jusqu'à l'instant de la mort. La dissection fit voir que la hernie s'était faite dans l'endroit accoutumé, au-dessous de l'arcade crurale, et que le sac contenait tout le jéjunum, l'iléum, le cœcum et le colon ascendant, avec une grande partie de l'épiploon.

M. HEY (1) rapporte un exemple semblable à celui dont je viens de parler; et le Dr THOMSON (2), professeur distingué de chirurgie militaire à Edimbourg, a été témoin d'un cas de la même espèce.

---

(1) *Practical observations*, pag. 230.

(2) COOPER, part. II, pag. 6. Le Dr HULL a vu, chez un homme, une hernie crurale aussi grosse que la tête d'un enfant.



Chez ces deux derniers malades ; les tégumens étaient devenus si minces , à cause de l'accroissement de la tumeur , que l'on pouvait distinguer les mouvemens péristaltiques des intestins.

L'intestin grêle est l'organe le plus souvent contenu dans la hernie fémorale ; on y rencontre rarement l'épiploon seul. Quand la tumeur est petite , on peut facilement la prendre pour une glande inguinale , surtout si elle renferme de l'épiploon (1). Les circonstances qui accompagnent l'origine et le développement de la tumeur , l'état de celle-ci et ses symptômes , mettent le chirurgien à même de reconnaître la nature de la maladie , quand même les caractères sensibles de la maladie seraient insuffisans pour la faire distinguer. Si la tumeur a paru subitement après un effort violent , si elle augmente par le mouvement , et diminue ou disparaît sous la pression , ou dans la position horizontale ; si elle communique une impulsion lorsque le malade tousse ; et si elle a causé des affections intestinales , la maladie doit être une hernie. Une glande lymphatique engorgée est ordinairement plus dure qu'une hernie étranglée ; elle augmente d'une ma-

---

(1) SABATIER avoue avoir pris une hernie fémorale pour une glande engorgée , et vice versa. *Méd. opér.* , tom. I , pag. 144 et 147.



nière lente et insensible; elle ne change pas de volume, et n'occasionne pas de trouble dans les fonctions des intestins. L'existence des symptômes qui accompagnent d'ordinaire une hernie étranglée, éclaircira tous les doutes qu'on pourrait avoir à cet égard; et si ces symptômes ne cèdent pas aux moyens accoutumés, ils autorisent à pratiquer l'opération, quand bien même l'examen de la tumeur laisserait de l'incertitude sur le caractère de la maladie. Il n'y aurait pas grand inconvénient de faire une incision sur un ganglion engorgé, tandis que la vie du malade serait en danger, si on ne pratiquait pas l'opération dans le cas de hernie. Ces considérations auraient sans doute justifié M. ELSE d'inciser la tumeur dans un cas malheureux de hernie crurale qu'il a rapporté dans le quatrième volume des *Medical observations and inquiries*; car l'absence de l'évacuation des matières fécales indiquait clairement la nature de la maladie.

J'ai vu un chirurgien d'hôpital, homme d'une pratique très-étendue, et très-distingué dans sa profession, prendre une hernie crurale pour un engorgement glanduleux, quoique les symptômes concomitans indiquassent assez la nature de l'affection. La tumeur ressemblait tellement à une glande engorgée par ses caractères extérieurs, qu'on ne pratiqua pas l'opération, malgré la présence des signes de l'étranglement, et la mort du



malade fournit l'occasion de reconnaître que la maladie avait été occasionnée par la sortie de l'intestin. M. COOPER nous apprend qu'un chirurgien très-expert envoya à l'hôpital de Guy un homme atteint d'une hernie crurale, sur laquelle il avait appliqué des cataplasmes, pendant trois jours, dans la supposition que c'était un bubon vénérien; et quand on pratiqua l'opération, l'intestin était tombé en gangrène. Une autre fois, on ouvrit la tumeur après une semblable méprise; les fèces sortirent par la plaie, et bientôt après le malade mourut (1). PETIT rapporte de semblables erreurs qui ont été funestes (2). L'importance de ce sujet, et les suites nécessairement fâcheuses d'une méprise, m'engagent à répéter ce que j'ai déjà dit, que l'existence des symptômes nous autorisent à opérer, lorsque les caractères de la tumeur sont douteux. J'ajouterai même que, si pour se conformer à cette maxime, dans des cas extraordinaires, le chirurgien venait à inciser une tumeur purement glanduleuse, il serait justifié dans l'opinion de tout praticien judicieux, et sa conduite ne pourrait entraîner aucune conséquence funeste pour le malade; et que si, au contraire, il persiste à préférer le témoi-

---

(1) Part. II, pag. 8.

(2) *Traité des malad. chir.*, tom. II, pag. 293 et suiv.



gnage de son toucher aux conseils de sa raison et de son jugement, et s'il se refuse à opérer lorsque les symptômes requièrent l'emploi du bistouri, on peut le regarder comme responsable de la mort du malade.

On a souvent pris une hernie crurale pour un bubonocèle; et l'erreur n'est pas impossible, parce qu'il arrive souvent que la tumeur se trouve placée au-devant de l'arcade crurale. Le chirurgien peut considérer cette méprise comme de peu d'importance, parce qu'elle ne porte pas sur la nature de la maladie, ni sur les moyens à employer pour la guérir. Mais il changera d'avis, s'il songe que la pression, pour opérer la réduction, doit être faite dans des directions différentes; et que les connexions intimes de diverses parties importantes avec la hernie crurale, l'exposeraient au risque de commettre, pendant l'opération, quelque erreur fâcheuse, et même fatale, s'il se trompait sur le siège de la maladie. Les rapports du col de la tumeur avec l'arcade crurale et l'épine du pubis, servent au praticien à distinguer ces deux cas. Si on peut tirer en bas la tumeur formée par une hernie crurale, on s'aperçoit qu'on peut suivre le trajet de l'arcade crurale au-dessus du col du sac, tandis que dans le bubonocèle, elle est située au-dessous. L'épine du pubis, qui est au-dessous et



en arrière du col du sac, dans la hernie inguinale, se trouve au niveau, ou plutôt en dedans de la hernie crurale (1).

La tumeur formée au-dessous de l'arcade cru-

---

(1) RICHTER a vu commettre souvent cette erreur, même par des personnes très-expérimentées. *Traité des hernies*, pag. 243. M. COOPER a été témoin de semblables méprises.

« J'ai opéré de ces hernies, dont j'étais persuadé qu'elles avaient leur issue par l'anneau, et n'ai reconnu mon erreur qu'après avoir ouvert le sac. » PELLETAN, *Clin. chir.*, t. III, pag. 27.

La facilité avec laquelle on peut commettre cette erreur a été probablement la raison pour laquelle on n'a pas, pendant long-temps, regardé la hernie fémorale comme une espèce distincte. VERHEYEN, qui publia son *Anatomia corporis humani* en 1693, passe généralement pour avoir le premier fait connaître la hernie crurale. Je joins le passage, parce qu'il offre un exemple dans lequel la hernie n'occasionnait pas de tumeur extérieure. « *Alius huic vicinus locus est, ubi fiunt herniæ periculosæ, et sæpe lethales; scilicet ubi venæ et arteriæ iliacæ tendunt ad crura.* » Après en avoir rapporté un exemple malheureux, il ajoute : « *Eundem casum invenio quoque observatum à Cl. D. NUCK; et, quod mireris, in utroque casu nihil exterius fuit observatum, quod referret herniæ speciem, neque ægri de aliquâ in eo loco molestiâ fuerant conquesti, adeo exigua apparet causa istius mali.* » *Tract. II*, cap. 7. LEQUIN cependant paraît avoir connu la hernie fémorale avant ce temps. Voyez son *Tractatus de herniis* dans la *Chirurgia barbettiana*, dans les *OEuvres de BARBETTE*, par MANGET, pag. 54, 55 et 74.



rale, dans le cas d'abcès dans la région lombaire, peut être prise pour une hernie crurale. C'est une tumeur indolente, qu'on peut faire disparaître, au moins partiellement, en la comprimant, et à laquelle la toux ou les efforts de la respiration peuvent imprimer une impulsion. Comme la tumeur est formée par des parties fluides, on peut ordinairement sentir la fluctuation, et de plus, elle ne rentre pas dans la position horizontale, comme le fait la hernie. Comme ce genre d'affection locale est produit par un abcès qui s'est fait dans la région voisine du muscle psoas, les douleurs ressenties dans les lombes, et accompagnées de frissons et d'autres symptômes, ainsi que l'absence des affections intestinales, qui suivent les hernies, font distinguer la nature de la maladie. Si le chirurgien se trompe dans ce cas, son erreur ne peut avoir de conséquences fâcheuses; les progrès de l'abcès le désabuseront promptement.

Une varicé de la veine fémorale peut être facilement prise pour une hernie fémorale, vu qu'elle est susceptible d'être réduite par la pression, et qu'elle augmente par la toux, dans la position horizontale, et qu'on ne l'aperçoit pas lorsque le malade est couché. Dans un cas de ce genre, rapporté par M. COOPER (1), et dans lequel la tumeur dis-

---

(1) Part. II, pag. 9.



paraissait dans la position horizontale, la pression exercée sur la veine, au-dessus de l'arcade crurale, la fit reparaitre. PETIT (1) a rapporté un exemple semblable que j'insère ici, parce que ces cas sont rares.

## OBSERVATION.

« Etant à Courtray, en Flandre, j'appris, par mon hôtesse, que sa servante avait dans l'aîne une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, qui ne l'incommodait point lorsqu'elle était en repos; qui rentrait lorsqu'elle était couchée, sans qu'elle fût même obligée de la presser; qui paraissait peu à peu dès qu'elle était debout; et qui, enfin, à mesure qu'elle continuait de travailler, grossissait jusqu'à ce qu'elle fût parvenue à son volume ordinaire. Alors la cuisse, la jambe, aussi bien que le pied, devenaient pesans et douloureux; raison pour laquelle la malade était obligée de se reposer de temps en temps.

» Un coureur, marchand d'orviétan et de drogues, lui avait vendu bien cher un mauvais bandage pour être appliqué sur sa tumeur, qu'il avait prise pour une hernie; mais ce bandage lui causait de si grandes douleurs dans toute la cuisse et la jambe, qu'elle ne pouvait le porter une heure sans

---

(1) *Trait. des malad. chir.*, t. II, pag. 299.



être obligée de le quitter ; le charlatan à qui elle s'en était plainte , lui conseilla de ne le porter que la nuit ; et en effet , elle pouvait le faire alors sans en être incommodée , par la raison que nous dirons ci-après. La dame au service de laquelle elle était m'ayant prié de la voir , je la trouvai dans de grandes souffrances , quoiqu'elle n'eût point fait usage de son bandage depuis deux jours. Je remarquai d'abord que la tumeur était brune ; je la fis rentrer avec assez de facilité ; et m'étant aperçu , dès qu'elle fut rentrée , que la peau qui la couvrait , de brune qu'elle était auparavant , avait tout à coup repris sa blancheur naturelle , je jugeai que la couleur brune était un effet de la matière contenue dans la tumeur ; en continuant d'examiner , je m'aperçus qu'il y avait le long de la cuisse un gonflement , que la peau y était de même brune , et que je sentais une espèce de cordon en suivant le cours de la saphène ; ce qui me fit croire que cette veine était devenue variqueuse , et j'en fus pleinement convaincu , lorsque voulant la suivre jusqu'à la malléole interne , je trouvai plusieurs grosses varices vis-à-vis de l'articulation du genou , et de plus considérables et en plus grand nombre encore à l'endroit de la malléole interne. C'est alors que je fus absolument persuadé que la tumeur de l'aine ou prétendue descente , était une dilatation du tronc de la saphène , qui , comme on sait , se dé-



gorge dans le tronc de la crurale, à l'endroit de son passage sous l'arcade des muscles du ventre, et où se forment les hernies crurales. »

Les tumeurs formées par des kystes séreux (1) et d'autres d'une consistance plus considérable, ont été observées aux environs de l'arcade crurale. L'histoire et les symptômes de la maladie serviront à la faire reconnaître; et quand bien même on prendrait de semblables tumeurs pour une hernie, la méprise ne pourrait avoir aucune suite fâcheuse.

---

(1) *Journal chir. de Paris*, t. I, pag. 252. — MONRO, *on crural hernia*, pag. 80.



## CHAPITRE XVI.

## TRAITEMENT DE LA HERNIE FÉMORALE.

*Hernie fémorale réductible.*

UNE hernie fémorale réductible peut être retenue par un bandage à peu près semblable à celui qu'on emploie pour le bubonocèle. La distance, depuis la courbure jusqu'à l'extrémité de la pelotte, doit être plutôt moindre, vu la position différente de l'ouverture. Comme le bandage reste sur le pli de la cuisse, et qu'il doit gêner les mouvemens du membre inférieur, la pelotte doit être étroite du haut en bas, autant que cela est compatible avec le but qu'on se propose en l'appliquant; et, de plus, elle doit se continuer en ligne droite avec le ressort, au lieu d'être dirigée en bas. L'anneau crural, par sa structure et sa position, est moins influencé par une pression externe que le canal abdominal. Il y aura de l'avantage à courber en arrière le bord inférieur de la pelotte, de sorte que sa convexité, au lieu d'être placée verticalement, soit dirigée un peu en haut.

Les hernies crurales sont moins souvent guéries radicalement par les bandages que les hernies inguinales. Les bords de l'ouverture paraissent, à



cause de leur organisation, moins disposés à se resserrer, et ils sont certainement moins susceptibles d'être rapprochés par une pression externe.

*Hernie fémorale étranglée.*

On a déjà fait remarquer le petit volume de la hernie fémorale et l'étroitesse de l'ouverture par laquelle elle passe. Cette dernière circonstance fait que la hernie fémorale étranglée se distingue de toutes les autres par le degré de constriction de l'étranglement. Dans tous les cas que j'ai vus opérer, il n'y avait jamais de place sous l'étranglement que pour passer l'extrémité du doigt de l'opérateur. J'ai toujours trouvé le même état des parties sur les cadavres, excepté dans le cas remarquable dont j'ai fait mention ci-dessus. Dans un cas où le sac contenait à la fois l'intestin et l'épiploon, je ne pus, après en avoir retiré les organes, passer mon doigt à travers l'ouverture; et dans un autre cas où la hernie avait été formée par une anse complète de l'intestin, l'ouverture ne pouvait recevoir que très-difficilement une grosse bougie (1). Ces circonstances donnent

---

(1) Dans un cas de hernie crurale intestinale très-petite, PELLETAN dit, en parlant de l'intestin, « l'arcade crurale le serrait à un tel point, que je ne pouvais pas rencontrer le moindre espace pour introduire un instrument propre à inciser cette arcade; je n'y parvins qu'avec une grande difficulté, etc. » *Clin. chir.*, t. III, pag. 439.



à penser, comme on l'observe en effet, que la hernie fémorale s'étrangle facilement; que l'étroitesse de l'étranglement diminue la chance d'obtenir la réduction par un autre moyen que par l'opération, et que la forte constriction que les parties éprouvent, rend tout retard fort dangereux.

Je pense qu'il est convenable d'insister davantage sur ces points, parce que POTT les a présentés sous un jour directement opposé; il avance que la hernie fémorale s'étrangle rarement; que les parties contenues peuvent, en général, être réduites pendant l'opération, sans avoir recours au débridement, vu le « grand espace qui existe entre l'ilium et le pubis, et parce que cet espace est rempli spécialement par du tissu cellulaire et de la graisse (1). » L'étudiant le moins instruit s'apercevra facilement de l'inexactitude de cette description anatomique. Je suis fondé à dire que les conséquences chirurgicales en sont également fausses, d'après le grand nombre d'opérations que j'ai vu pratiquer dans ce cas, et d'après les fréquentes occasions que j'ai eu d'examiner ce genre de hernie sur les cadavres. Cependant on pourrait me croire présomptueux de contredire un écrivain dont la grande expérience et le jugement donnent

---

(1) *Works*, vol. II, pag. 138.



un grand poids à ses opinions sur un point qu'on doit décider par un appel aux faits. Pour cette raison, je citerai les paroles de M. HEY, qui a déjà fait remarquer le défaut d'exactitude de cet écrivain, afin que mes opinions puissent être soutenues par son expérience. « Ces propositions venant de la plume d'un auteur qui a écrit d'après sa propre expérience, comme je crois POTT, me surprennent beaucoup. Si l'on jette les yeux sur le squelette, on trouve sans doute un très-grand espace entre l'os ilium et le pubis; mais si l'on examine un sujet atteint d'une hernie fémorale étranglée, on est bien plus étonné, d'après la petitesse de l'ouverture, que la hernie soit arrivée. J'ai pratiqué quatorze fois l'opération de la hernie fémorale étranglée sur des femmes, et deux fois sur des hommes, et j'ai toujours éprouvé beaucoup de difficulté pour introduire l'extrémité de mon doigt dans l'anneau fémoral, dans la vue de conduire le bistouri herniaire. J'ai même trouvé deux fois cette introduction impraticable, et je me suis trouvé dans la nécessité de faire usage d'un conducteur; et dans aucun des cas où j'ai opéré, il n'y eut jamais la moindre possibilité de réduire les parties déplacées, sans avoir auparavant élargi l'ouverture (1). »

---

(1) *Pract. observ.*, pag. 150.



Je suis heureux de trouver que l'opinion de M. COOPER, exposée dans la seconde partie de son excellent Traité des hernies, coïncide avec mon expérience sur ce point si important. Cet écrivain fait remarquer la petitesse comparative de la hernie fémorale, et dit avoir trouvé les moyens de réduction moins souvent efficaces sur elle que sur les hernies inguinales, ce qu'il attribue à deux causes, savoir : au défaut d'extensibilité des parties à travers lesquelles se fait cette hernie, et à l'étroitesse de l'ouverture qui forme l'orifice du sac (1). Il ajoute « que le retard dans l'opération qu'il déplore et condamne, en parlant de la hernie inguinale, est encore plus funeste dans la hernie crurale ; car la mort arrive ordinairement plus vite dans cette dernière que dans la première. » Suit la relation d'un cas dans lequel la mort arriva vingt-une heures et demie après l'apparition des symptômes de l'étranglement. Dans deux autres cas, au bout de quarante heures, les parties étaient tellement altérées, qu'on ne jugea pas convenable de les réduire. Après avoir rapporté plusieurs autres exemples des effets funestes du retard, M. COOPER conclut en donnant son opinion dans les termes suivans : « Je suis tellement convaincu de cette idée, que si j'avais une hernie crurale, j'essayerais

---

(1) Part. II, pag. 15.



seulement les clystères de tabac, et que, s'ils ne réussissaient pas, je voudrais que l'opération fût pratiquée douze heures après l'arrivée des accidens (1). »

La pression de l'ouverture sur le col du sac produit un épaissement et un endurcissement de cette partie; ce qui arrive plus souvent que dans la hernie inguinale, à cause de l'étroitesse de l'ouverture.

Dans la tentative que l'on fait pour réduire une hernie crurale par le taxis, la pression doit être pratiquée suivant la direction dans laquelle les parties se sont déplacées. Les observations générales qui ont déjà été faites sur la position du malade, etc., peuvent s'appliquer ici. Comme l'arcade crurale et l'aponévrose *fascia lata* sont particulièrement intéressées dans la hernie fémorale, la précaution de fléchir la hanche, de tourner le membre en dedans, et de porter le genou au-dessus de la cuisse de l'autre côté, est surtout nécessaire pour relâcher ces parties. La pression doit être faite d'abord en bas et en arrière, pour retirer la tumeur de dessus le ligament de Poupert; et, si les parties rentrent sous une pression faite dans ce sens, on doit la continuer par en haut, pour les faire passer sous l'arcade crurale. Il est évident, d'après la direction

---

(1) Pag. 32.



dans laquelle descend la tumeur, qu'on ne peut retirer aucun avantage en la poussant d'abord en haut. Que le praticien se rappelle que l'étroitesse de l'orifice du sac, et la force de l'étranglement qui en dépend, diminuent la chance de réduire la hernie par le taxis; et que, par conséquent, lorsque l'étranglement est tout-à-fait formé, il ne perde pas beaucoup de temps à faire des essais de ce genre.

*De l'opération.*

L'opération, pour la hernie fémorale, sera faite de la même manière que pour le bubonocèle; l'incision des tégumens, commençant à un pouce au-dessus de l'anneau crural, sera prolongée obliquement en bas et en dehors. Je préfère une incision dans cette direction, à une qui couperait la tumeur par son milieu, comme on la pratique généralement, parce qu'elle se trouve dans la direction du ligament que l'on doit inciser, pour mettre à l'aise les parties étranglées; et de cette manière on gagne de la place pour exécuter une partie de l'opération, qui est surtout difficile à cause de la profondeur de l'étranglement.

Dans la même intention de gagner de la place, M. COOPER (1) conseille de faire aux tégumens deux incisions en T renversé, ayant leur point

---

(1) Part. II, pag. 15.



de jonction au milieu de la tumeur. La première passe verticalement au milieu de la moitié supérieure de la tumeur, et se trouve croisée à angle droit par la seconde, qui est transversale. Les lambeaux triangulaires de la peau, qui résultent de ces incisions, doivent être ensuite disséqués de chaque côté.

La structure et la disposition des enveloppes qui couvrent le sac péritonéal, doivent être présentes à l'esprit du chirurgien, pendant le second temps de l'opération, celui de mettre à nu les parties renfermées dans la tumeur. J'ai vu nombre de fois le chirurgien dans un grand embarras, parce qu'ignorant cette structure, il croyait, après l'incision de l'aponévrose, avoir pénétré dans le sac et découvert l'intestin, tandis que celui-ci était encore recouvert par le péritoine. Mais l'embarras momentané n'est pas la plus fâcheuse conséquence d'une semblable méprise; dans un cas elle a causé la mort. Après avoir coupé les enveloppes les plus superficielles, un chirurgien réduisit le sac sans avoir ouvert son *fascia propria*. Comme on n'employa, pour le séparer, qu'une dissection superficielle, les parties furent laissées dans un tel état, qu'elles continuèrent, avec le col du sac, à produire l'étranglement, et qu'elles firent ainsi périr le malade (1).

---

(1) COOPER, part. II, pl. VII, fig. 4. Un cas presque sem-



Il faut observer quelques précautions en ouvrant le sac, parce que cette hernie ne renferme jamais qu'une petite quantité de sérosité, et que souvent une portion de l'intestin s'y trouve contenue sous l'épiploon.

La direction que l'on doit donner à l'incision

---

blable à celui-ci s'est offert à mon observation. On pratiqua sans succès l'opération de la hernie crurale sur un homme. Quand on eut ouvert le ventre, le péritoine, vers l'arcade crurale, parut soulevé par une tumeur considérable placée entre lui et les muscles abdominaux; l'épiploon s'introduisait dans une ouverture ronde à bords mousses, et située vers le centre de la tumeur. Cette dernière était formée par une grosse masse d'épiploon, adhérente partiellement au sac herniaire, et se trouvait placée entre le péritoine et les muscles de l'abdomen. Les adhérences celluleuses de ces parties avaient été détruites de manière que le péritoine était séparé dans une étendue considérable. Le sac herniaire avait été ouvert, mais son col n'était pas incisé, et c'était lui qui formait l'ouverture ronde que j'ai décrite au centre de la tumeur. Quand on considère l'étroitesse de l'étranglement dans la hernie crurale, il semble difficile de concevoir comment une masse aussi considérable de parties ait pu être réduite; mais l'examen ultérieur leva cette difficulté. L'arcade crurale avait été complètement détachée du pubis, de sorte que l'incision s'étendait de l'arcade crurale dans le canal inguinal. Heureusement le cordon spermatique n'avait pas été blessé. Les parties furent mises à part; elles sont maintenant en ma possession, et servent à prouver l'authenticité de mon récit.



pour lever l'étranglement, est un point très-essentiel, vu l'importance des parties qui entourent si étroitement le col du sac. Si le bistouri est porté en haut et en dehors (1), on court grand risque de blesser l'artère épigastrique; si l'on incise directement en haut, on peut couper le cordon spermatique (2). Ce dernier danger n'existe pas chez la femme, pour laquelle on pratique cette opération, dans le plus grand nombre des cas. Il n'y a aucun danger à débrider tout-à-fait en dedans, lorsque les vaisseaux suivent leur marche ordinaire. Mais lorsque l'artère obturatrice, naissant de l'épigastrique, passe en dedans du sac, cette variété semble devoir empêcher d'inciser dans ce sens. On a proposé dernièrement un mode particulier d'opérer pour éviter ce danger. On conseille de faire une incision à l'aponévrose du muscle oblique externe, précisément au-dessus de l'arcade crurale, et dans une direction parallèle à cette partie; d'introduire une sonde sous l'étranglement par cette ouverture, et de diviser le tendon dans une étendue suffisante, au moyen d'un bistouri

---

(1) En employant les termes *en haut*, *en bas*, je suppose que le malade est dans la position verticale.

(2) ARNAUD, dans un cas de hernie crurale, ouvrit l'artère épigastrique; il se fit une hémorrhagie mortelle dans le ventre. *Mém. de chir.*, t. II, pag. 755.



courbe que l'on glisse dans la cannelure de la sonde (1).

Si cette méthode était parfaitement exécutée, sans doute elle garantirait de blesser les parties qui sont plus ou moins exposées à ce danger dans les autres manières de débrider. Mais elle exige des connaissances trop exactes et trop familières sur l'anatomie de ces parties, pour qu'elle puisse être pratiquée par le plus grand nombre des chirurgiens. L'insertion du *fascia transversalis* à l'arcade crurale, et l'adhérence intime du sac herniaire à l'ouverture aponévrotique dans les hernies anciennes, doivent apporter de grandes difficultés. Si les artères passent assez près de l'arcade crurale pour risquer d'être coupées dans les autres manières d'opérer, il y aura le même danger dans cette méthode, surtout si les parties sont rendues peu dis-

---

(1) *Edinburg med. and surg. journ.*, vol. II, page 205. « L'opération a été pratiquée de cette manière avec succès, dans deux cas, à l'infirmerie royale, par M. LAW. » Il paraît que ce mode d'opérer a été proposé la première fois par M. ELSE, de l'hôpital St. Thomas. COOPER, part. II, pag. 17. — Le D<sup>r</sup> HULL essaya de pratiquer l'opération de cette manière, mais il ne put parvenir à passer la sonde par en haut, sous l'étranglement. Cas de ELLEN LIVESEY, dans le *Med. and phys. journ.*, vol. XI, pag. 120. — M. BORRETT éprouva beaucoup de difficulté pour exécuter ce procédé. COOPER, part. II, pag. 18.



inctes par l'écoulement du sang; enfin, les parties contenues dans la hernie seront certainement mises en danger, vu que l'extrême étroitesse de l'étranglement ne permet pas de rien introduire pour les garantir.

Je regarde comme la meilleure et la plus sûre manière d'exécuter cette partie de l'opération, d'inciser le bord mince et postérieur de l'arcade crurale, dans l'endroit qui a été indiqué la première fois par GIMBERNAT; c'est-à-dire, aussi près que possible de son insertion au pubis. C'est en effet cette partie qui est la cause de l'étranglement, et ici une incision plus petite que dans toute autre direction; suffit pour remplir l'indication. Et de plus, on peut, dans ce sens, gagner un demi-pouce dans tous les cas, et quelquefois davantage, sans intéresser l'insertion principale du ligament à l'épine du pubis. L'arcade crurale, par conséquent, est moins affaiblie en débridant dans ce sens que dans tout autre.

On peut chercher de fortes preuves à l'appui de ce point dans le précepte de RICHTER, qui recommande de débrider dans le même endroit de l'arcade crurale, sans connaître cependant la raison anatomique pour laquelle il convient d'agir ainsi. Le passage suivant montre son opinion sur ce sujet: « Je conseille en même temps de faire l'incision le plus près possible de l'angle interne de l'arcade,



non-seulement parce qu'on est plus éloigné de l'artère épigastrique, mais parce que la hernie passe principalement par cet endroit, *et qu'on obtient beaucoup plus d'espace lorsqu'on élargit cet angle* (1). »

M. HEY avoue ingénument que l'expérience lui avait appris la meilleure manière de faire l'opération, avant qu'il eût, d'après des recherches anatomiques, acquis une juste idée des parties qui causent principalement l'étranglement; il ajoute que souvent il a été surpris qu'une très-petite division *de la partie la plus interne de l'étranglement* ait suffi pour obtenir la réduction.

Ordinairement on peut introduire l'extrémité du doigt ou l'ongle sous le bord de l'aponévrose, dont on divise les fibres avec précaution et peu à peu, à l'aide d'un bistouri boutonné, jusqu'à ce qu'on ait assez de place pour réduire les parties contenues dans la tumeur(2). Quand le resserrement de l'étranglement empêche l'opérateur de se servir de son

---

(1) *Trait. des hern.*, pag. 249, et dans ses *Anfangsgründe der Wundarzneykunst*, vol. V, pag. 449.

(2) Le moyen qu'emploie GIMBERNAT, pour exécuter cette partie de l'opération, m'a toujours paru fort imparfait, et sujet à objection. Il se sert d'une sonde et d'un bistouri courbe; il tient chacun d'eux dans une main, ensuite il les glisse ensemble sur la surface de l'os. Pag. 45 et 46.



doigt comme d'un conducteur, il doit avoir recours à la sonde cannelée et l'introduire le plus près qu'il pourra du pubis. Dans les deux cas, l'extrémité mousse du bistouri doit être seule portée au-delà de l'étranglement, afin que les artères ne soient pas blessées, si elles venaient à être situées hors de leur place ordinaire. L'intestin doit être protégé par le doigt indicateur de la main gauche, tandis que la main droite est occupée à inciser l'aponévrose; si les deux mains du chirurgien sont employées ensemble, l'intestin peut être écarté par un aide, car la profondeur de l'étranglement et l'étroitesse de l'ouverture exposent au danger de le blesser.

En opérant de cette manière, on évite le cordon spermatique et l'artère épigastrique, lorsqu'elle suit sa marche ordinaire. Il faut cependant avouer que dans la disposition plus rare qui a déjà été indiquée, l'artère obturatrice court risque d'être coupée. Le danger n'est pas assez grand pour faire changer cette méthode contre une de celles qui ont été proposées jusqu'ici; je n'en connais aucune qui fasse éviter les vaisseaux d'une manière plus certaine; quant à la facilité de l'opération et aux autres avantages, celle-ci mérite sans aucun doute la préférence.

L'évaluation du nombre proportionnel des cas dans lesquels on peut trouver l'artère obturatrice



en dedans du col du sac, doit beaucoup diminuer les craintes sur le danger de blesser ce vaisseau. Le docteur MONRO a trouvé que l'artère obturatrice naissait par un tronc commun avec l'épigastrique, une fois sur vingt-cinq ou trente sujets; je pense que cette disposition est beaucoup plus fréquente. Mais lorsque cette artère se dévie ainsi de sa route accoutumée, elle passe ordinairement en dehors du sac, et n'est, par conséquent, exposée à aucun danger (1). Le nombre des cas dans lesquels on la trouve du côté opposé, ne peut être estimé à plus d'un sur vingt. C'est pourquoi, si l'on admet que l'artère obturatrice naisse de l'épigastrique une fois sur cinq, elle ne courra risque d'être blessée qu'une fois sur cent opérations; et si l'on considère que l'artère peut échapper, en ayant la précaution de n'introduire le bistouri qu'à une très-petite distance au-delà de l'étranglement, ce qu'on peut faire en coupant avec soin et peu à peu les fibres aponévrotiques, et en ne donnant à l'incision que l'étendue nécessaire pour opérer la réduction; la probabilité de tout accident

---

(1) « Dans tous les cas, dit M. COOPER, que j'ai disséqués moi-même, et où cette variété se rencontrait avec une hernie crurale, l'artère obturatrice descendait dans le bassin en passant en dehors du col du sac, et se trouvait hors de l'atteinte du bistouri. » Part. II, pag. 21.



fâcheux est tellement diminuée, qu'elle fournit à peine une objection, et qu'elle ne pourrait excuser d'abandonner cette méthode pour une autre qui ne serait pas exempte de tout danger.

Tous les témoignages que j'ai pu rassembler à ce sujet, concourent à montrer la sûreté du mode d'opérer que je viens d'indiquer.

#### OBSERVATION.

JOINS, pauvre femme de la paroisse de Ampney près de Cirencester, âgée d'environ cinquante ans, souffrait d'une hernie crurale étranglée depuis six jours, pendant lesquels on avait en vain mis en usage tous les moyens ordinaires (1). En pratiquant l'opération, on trouva qu'une portion de l'épiploon et une petite anse d'intestin avaient passé sous le ligament de Poupart. Ces parties étaient

---

(1) Le lecteur pourra trouver que cet exemple ne s'accorde pas avec ce que j'ai dit sur l'urgence des symptômes et les progrès rapides de la hernie crurale. Les circonstances expliquent assez cette exception à la règle ordinaire. On doit faire attention que l'intestin était garanti de la pression par une masse d'épiploon ; et de plus, on doit tenir compte de l'âge de la malade.

Dans un cas rapporté par M. COOPER, l'opération fut pratiquée avec succès le huitième jour ; il y avait aussi une grande partie de l'épiploon déplacée avec l'intestin. Part. II, pag. 24.



d'une couleur rouge foncée, presque brune. Je fis l'excision de l'épiploon, et sa section ne fournit pas la plus légère hémorrhagie. L'étranglement, qui était situé fort profondément, était évidemment formé par le bord mince et postérieur de l'arcade crurale; je l'incisai dans la direction que j'ai recommandée, en glissant le bistouri boutonné dans la cannelure d'une sonde. Les parties furent alors réduites avec facilité, et la malade guérit en peu de temps. J'ai opéré avec succès, de la même manière, dans plusieurs autres cas.

Dans quatre cas que j'ai vus opérer de la même manière par d'autres chirurgiens, on obtint un semblable succès. GIMBERNAT (1) a pratiqué quatre fois l'opération suivant ce procédé; et M. HEY (2) a employé avec avantage une méthode à peu près semblable dans un bien plus grand nombre de cas. La méthode d'opérer de M. COOPER, qui repose exactement sur les mêmes principes que celle que j'ai recommandée, quant au danger de blesser les artères, etc., n'a jamais été suivie d'aucun accident fâcheux dans les cas nombreux pour lesquels il l'a employée.

M. COOPER a fait des objections à l'opération de GIMBERNAT, et il recommande une autre manière de

---

(1) Pag. 28 et 29.

(2) Pag. 150 et suiv.



lever l'étranglement. En considérant la profondeur où se trouve le bord postérieur de l'arcade crurale, et la forte constriction que l'aponévrose exerce sur les viscères déplacés, il avoue que l'intestin est en grand danger; qu'il peut se présenter aisément au tranchant du bistouri; ou que, s'il est assez tiré de côté, il peut être déchiré. Il rapporte deux cas dans lesquels il se manifesta de semblables accidens, qui causèrent la mort. Pour éviter ces inconvéniens, il est dans l'habitude d'inciser l'étranglement par devant, en divisant jusqu'au bord antérieur de l'arcade crurale, et en dirigeant le tranchant du bistouri en haut et en dedans. Si cette incision n'est pas suffisante, il coupe ensuite le bord postérieur de l'arcade, en portant encore l'instrument dans la même direction. Sur les hommes, il fait une petite incision transversale au-dessus du ligament de Poupart, et écarte le cordon spermatique du tranchant de l'instrument, au moyen d'une sonde recourbée.

Le défaut d'un nombre suffisant d'occasions d'essayer ces deux opérations, m'empêche de donner une opinion décisive sur le mérite comparé de ce procédé et de celui que j'ai indiqué. Le bord mince de l'arcade crurale m'a toujours paru jouer un rôle si essentiel dans l'étranglement, et il est si évident qu'une incision, pratiquée dans cet endroit, donne plus d'espace que dans tout autre lieu, que je re-



garde la méthode de GIMBERNAT comme préférable. La blessure de l'intestin ne pourrait être attribuée qu'au défaut de soin de la part du chirurgien (1).

---

(1) On doit reconnaître que la force de l'étranglement, et sa situation profonde, sont de grandes difficultés qu'on rencontre en pratiquant l'opération. C'est pourquoi, si l'on peut obtenir assez de place en incisant les parties situées entre l'orifice du sac et l'arcade crurale, à la région antérieure de la tumeur, comme l'a recommandé M. COOPER, cette méthode sera préférable. Quand on vient à considérer que le feuillet falciforme est plié dans cette région, et réuni au bord mince de l'arcade crurale, il n'y a pas de doute que l'étranglement ne doive être diminué d'un certain degré. Je conseillerais ce procédé, avec la précaution de ne pas prolonger l'incision à travers l'arcade; et si cela ne suffisait pas, on pourrait employer la méthode ci-dessus indiquée. Dans tous les cas où j'ai pratiqué l'opération, il a été nécessaire d'inciser le bord mince de l'arcade crurale.



## CHAPITRE XVII.

## DES HERNIES OMBILICALES.

SECTION I<sup>re</sup>.*Anatomie de l'ombilic.*

LE nombril, si l'on entend par ce mot la cicatrice ordinairement déprimée qui reste après la séparation du cordon ombilical, n'existe pas avant la naissance.

Le cordon ombilical, qui est d'autant plus gros, relativement au corps, que le fœtus est plus jeune, est recouvert dans l'étendue de quelques lignes par un prolongement des tégumens de l'abdomen, qui forme une sorte de gaine, terminée par un bord ondulé, et distincte par une ligne bien tranchée de l'enveloppe mince du cordon. La partie correspondante de la cavité abdominale est recouverte par le péritoine qui est uni et ne présente aucune dépression ni ouverture; les artères et la veine ombilicales, et l'ouraqué, sont placés entre cette membrane et la ligne blanche, et ne sont accompagnés, dans leur passage à travers l'anneau aponévrotique, que par du tissu cellulaire. Cependant, si l'on tire sur le cor-



don, le péritoine est entraîné et forme une dépression ou petite poche; si l'on passe l'extrémité du doigt le long de la face interne de la ligne blanche, on trouve que cette ouverture en est la partie la plus faible; et la plus légère pression, faite avec le doigt ou un instrument, suffit pour faire passer le péritoine au travers.

On peut facilement, à l'aide de la dissection sur un fœtus à terme, séparer le péritoine de la ligne blanche et de la veine ombilicale, et plus aisément encore de la partie supérieure de l'ouverture aponévrotique, au-dessous de laquelle passe la veine; un tissu cellulaire lâche seulement, réunissant la veine, la partie correspondante du péritoine et l'ouverture. Les artères ombilicales sont plus adhérentes au péritoine et à l'anneau ombilical.

Cet anneau est formé, dans sa moitié supérieure, par des fibres tendineuses fortes, demi-circulaires, bien distinctes, et formant une arcade sous laquelle passe la veine qui y est fixée par du tissu cellulaire extensible. Sa moitié inférieure n'est pas aussi solide et aussi bien déterminée; ses fibres sont confondues avec les artères ombilicales, de sorte qu'on ne peut séparer ces parties sans les couper.

La ligne blanche elle-même est moins résistante dans le fœtus à terme, que chez un enfant de quelques semaines; l'anneau ombilical se trouve dans sa partie la plus large et la plus forte, et les



faisceaux fibreux sont ici plus marqués que partout ailleurs.

Les vaisseaux voisins sont petits et appartiennent à des ramifications peu importantes des artères et des veines épigastriques.

La portion du cordon, qui demeure attachée au ventre de l'enfant, se dessèche après la naissance, aussi bien que le bord de la petite gaine cutanée qui lui est fournie par les tégumens de l'abdomen. Une ulcération, en forme de rainure, commence à son bord, s'étend de la circonférence vers le centre, sépare la portion desséchée, et la surface se cicatrise. Ces phénomènes durent de trois à six jours. La portion cicatrisée forme une petite dépression ovale appelée le nombril, qui paraît plus forte que la peau voisine, et ne présente aucune trace des vaisseaux ombilicaux.

Ces derniers sont tout-à-fait fermés et changés en petites cordes fibreuses dans les premières semaines après la naissance. Ce changement est tellement semblable à la marche ordinaire de la nature dans les autres cas où les vaisseaux sanguins ne doivent plus transmettre aucun fluide, qu'on a de la peine à croire aux exemples que l'on rapporte de veines ou d'artères qu'on dit avoir trouvées creuses jusqu'au nombril dans l'adulte (1). A cet

---

(1) BOEHMER, *de necessariâ funiculi umbilicalis delig-*



âge, les cordons fibreux qui remplacent ces vaisseaux sont si déliés, qu'on a souvent de la peine à les suivre depuis l'ombilic jusqu'au foie ou à la vessie.

L'anneau ombilical, chez l'adulte, est rempli par ces cordons réunis et par du tissu cellulaire condensé; les fibres tendineuses et résistantes de la ligne blanche sont tellement confondues avec ces parties, que l'on n'aperçoit aucune apparence d'ouverture. La cicatrice des tégumens leur adhère aussi au-dehors; et, comme cette adhérence est solide et inséparable, la dépression du nombril paraît de plus en plus profonde, à mesure que l'individu devient plus gras (1).

## SECTION II.

### *Observations générales sur les hernies ombilicales.*

On donne le nom d'*exomphale*, d'*omphalocèle* ou de *hernie ombilicale*, à cette espèce de hernie, dans laquelle les viscères abdominaux sont poussés

---

*tione*, dans HALLER, *Dissert. anat.*, t. V. et dans HALLER, *Elem. physiol.*, lib. XXX, sect. I.

(1) On trouvera une description exacte de l'ombilic et de ses changemens, avec des planches, dans l'ouvrage allemand de SOEMMERING, sur la cause, la structure et le traitement des hernies ombilicales; in-8°, Francfort, 1811.



à travers l'ouverture de la ligne blanche, qui transmet les vaisseaux ombilicaux chez le fœtus, ou par des ouvertures voisines de cette partie. Que la hernie arrive plus fréquemment dans le premier ou dans le second de ces endroits, c'est une question dont la solution ne peut être d'aucune conséquence pratique, quoiqu'elle puisse servir peut-être à modifier le nom de la maladie. On pourrait certainement, avec raison, ne donner le nom d'exomphale qu'à la hernie qui se fait par l'ombilic, tandis que tout déplacement des viscères par la ligne blanche dans les environs du nombril, serait classé parmi les hernies ventrales.

PETIT (1) a observé que, chez l'adulte, les parties passent plus souvent sur l'un des côtés de l'ombilic; mais M. COOPER (2) pense qu'elles sortent le plus souvent par cette ouverture elle-même. Il est probable qu'il y a une différence, par rapport à l'époque à laquelle la maladie arrive. L'anneau tendineux, qui transmet les vaisseaux ombilicaux, ne se ferme pas immédiatement après la formation de la cicatrice; il présente une ouverture par la-

---

(1) *Trait. des mal. chir.*, t. II, p. 250. — « La hernie ombilicale, proprement dite, celle qui sort précisément par l'anneau ombilical, est une maladie propre à l'enfance. SCARPA, pag. 318.

(2) *On crural and umbilical hernia*, pag. 35.



quelle les viscères peuvent facilement sortir, sous l'influence des causes capables de produire les hernies. Cependant les parties se resserrent lentement, et le nombril acquiert peu à peu cette solidité qui le caractérise chez l'adulte. A cette époque, la cicatrice offre une plus grande densité et une résistance plus considérable que les parties voisines.

Ces faits anatomiques fournissent deux conséquences pathologiques, dont la vérité est démontrée par l'expérience; 1°. Que l'enfance est plus sujette que tout autre âge aux hernies ombilicales proprement dites, dans lesquelles les viscères sont chassés à travers l'ombilic lui-même; 2°. Que les adultes sont plus exposés à cette espèce de hernie qui se fait dans le voisinage de l'ombilic.

Le point par lequel la hernie s'échappe se trouve au-dessous de l'arcade supérieure de l'anneau ombilical, près le passage de la veine. SOEMMERING a fait cette remarque sur les exomphales de jeunes et de vieux individus.

La forme de la tumeur varie suivant que le sujet est gras ou maigre. Dans ce dernier cas, elle est libre et pendante; dans le premier, elle est plus large à sa base, moins saillante et presque hémisphérique.

L'ombilic n'est pas également distendu dans tous ses points par la hernie. Il cède d'une manière ir-



régulière, et l'on rencontre ordinairement la cicatrice sur l'un des côtés de la tumeur.

Les parties déplacées tendent naturellement à se porter en bas, de sorte que l'ouverture de l'abdomen occupe la partie supérieure et non le milieu de la tumeur. Cette observation devient de plus en plus applicable, à mesure que la hernie augmente de volume.

Si l'on néglige cette hernie, elle devient d'un volume fort considérable, descend jusqu'au pubis et même au-devant des parties génitales; elle est sujette alors à des ulcérations douloureuses et très-difficiles à guérir; elle empêche le malade de se livrer à aucun exercice du corps, et devient une source constante d'affections intestinales.

Quand l'individu est gras, la hernie peut s'étendre entre les muscles et les tégumens sans causer de tumeur extérieure; le nombril peut, même dans ce cas, présenter sa concavité ordinaire.

Les opinions des auteurs qui ont écrit sur la chirurgie, relativement au sac de la hernie ombilicale, sont très-différentes les unes des autres. Plusieurs chirurgiens étrangers nient la présence d'un sac herniaire dans l'exomphale. Les noms de DIONIS (1), GARENGEOT (2) et J. L. PETIT (3),

---

(1) *Cours d'opérations*, par DE LA FAYE, pag. 106.

(2) *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. I, pag. 702.

(3) *Trait. des mal. chirurg.*, t. II.



peuvent être cités à l'appui de cette remarque. Ils avancent que le péritoine doit être rompu par les viscères qui se déplacent, parce qu'il est cicatrisé à l'ombilic. SHARP (1) a trouvé un sac dans l'exomphale, mais il semble penser qu'il manque souvent. Ce sujet, bien déterminé depuis long-temps par BARBETTE (2), a été présenté avec exactitude par un excellent chirurgien, M. POTT (3) : « Quelles que soient, dit ce célèbre écrivain, les parties contenues, elles sont originairement renfermées dans un sac formé par la sortie du péritoine. » Il ajoute ensuite que ce sac est très-visible dans les hernies petites et récentes, mais qu'on ne peut pas toujours le distinguer vers le nombril dans celles qui sont volumineuses et anciennes. RICHTER (4) est indécis sur ce point : il pense qu'il est difficile d'expliquer pourquoi les viscères déplacés n'auraient pas leur enveloppe ordinaire dans ce genre de hernie, et il

---

(1) *Critical inquiry*, pag. 50.

(2) *Opera-chirurgo-anatomica*, pag. 33. Lugd.-Batav., 1672.

(3) *Works*, vol. II, pag. 165. D'autres écrivains ont aussi indiqué l'existence d'un sac herniaire dans l'exomphale. Voy. MORGAGNY, *Epist. XXXIV*, art. 2. — HALLER, *Opusc. pathol.*, obs. XXIX et suiv. — SANDIFORT, *Obs. anat. pathol.*, lib. I, pag. 74. — VERDUC, *Pathol. de chir.*, vol. II, pag. 482.

(4) *Traité des Hern.*, ch. XXXV.



cite SCHMUCKER et SANDIFORT, comme ayant observé unsac dans le cas d'exomphale. Cependant il cède à l'autorité, et admet que la hernie ombilicale, qui arrive chez l'adulte, n'est pas recouverte par le péritoine.

L'opinion erronnée, que les viscères ne sont pas contenus dans un sac formé par le péritoine, dans le cas d'exomphale, est due à ce qu'on avait supposé faussement que les vaisseaux ombilicaux perçaient le péritoine à l'endroit où ils pénètrent dans le corps du fœtus. Cette erreur n'aurait jamais été admise par une personne versée dans la connaissance de la vraie structure des parties, parce qu'elle aurait su que le péritoine est aussi entier ici que dans tout autre point des parois de l'abdomen. Il doit, il est vrai, souvent arriver, à raison de l'adhérence intime de cette membrane à la cicatrice rentrée des tégumens, qu'on ne peut établir de distinction entre la peau et le sac herniaire à la partie antérieure de la tumeur; mais il est alors même très-facile de le distinguer dans toute autre partie de sa circonférence. Dans d'autres cas, on peut démontrer la présence d'un sac herniaire sur toute la surface de l'exomphale, tout aussi clairement que dans les autres espèces de hernies (1).

---

(1) Pour la représentation du sac herniaire dans les différentes hernies ombilicales, voy. la X<sup>e</sup> pl. de SCARPA, ainsi



La hernie ombilicale n'est pas seulement pourvue d'un sac péritonéal, mais elle est recouverte également par une enveloppe plus superficielle formée par le tissu cellulaire voisin condensé.

Le précepte pratique, fondé sur la supposition de l'absence du sac, de procéder avec beaucoup de précaution pour découvrir les parties renfermées dans une hernie ombilicale, qui exige l'opération, est aussi nécessaire que si l'observation anatomique, qui l'a fait donner, avait été juste. La main d'un opérateur prudent sera conduite par cette maxime dans tous les genres de hernies ; mais l'espèce dont il s'agit demande encore plus d'attention, parce que, dans beaucoup de cas, on ne peut distinguer le sac herniaire d'avec les tégumens en avant de la tumeur. On peut noter, comme une observation générale, que les enveloppes des hernies ombilicales sont ordinairement fort minces. La pression des parties contenues dans les exomphales volumineuses et anciennes, produit quelquefois une absorption plus ou moins complète du sac, qui explique plusieurs des phénomènes qu'on a observés dans ces cas, et qui peut également excuser l'opinion erronée sur l'absence du sac. On a, dans quelques

---

que les fig. 1 et 2 de l'*Anatomy, etc. of crural and umbilical hernia* de M. COOPER.



cas, trouvé les viscères adhérens aux tégumens (1). M. COOPER (2) a vu des portions de l'épiploon contenu dans une exomphale, passer dans des ouvertures du sac, qui avaient dû être produites par absorption; il a même trouvé l'intestin étranglé par une semblable ouverture (3).

Outre les causes qui ont été exposées, en parlant des hernies en général, il y en a de locales, qui contribuent spécialement à la production des hernies de l'ombilic. Dans l'hydropisie, le nombril est souvent distendu sous la forme d'une poche, qui, cependant, ne contient que de la sérosité. On a vu la tumeur se rompre dans les grandes accumulations de fluide qui arrivent quelquefois. La distension de l'abdomen, pendant la grossesse, produit souvent cette hernie, en affaiblissant le nombril ou les fibres de la ligne blanche qui l'entourent immédiatement; un embonpoint excessif agit de la même manière dans les deux sexes.

---

(1) ARNAUD, *sur les Hernies*, pag. 323, et dans les *Mém. de chir.*, t. II, pag. 590. Il rapporte, dans le dernier ouvrage, un exemple dans lequel les intestins adhéraient si fortement à la peau, qu'ils furent coupés en faisant la dissection de ces parties après la mort. — MONRO, *observ. on crural hernia*, p. 24. — COOPER, *on crural and umbil. hernia*, p. 37.

(2) Ouvrage cité, pag. 36.

(3) Ouvrage cité, pag. 46.



La distension de la ligne blanche par l'utérus, dans l'état de gestation, favorise tellement la formation de l'exomphale, que le nombre des femmes qui présentent cette infirmité, l'emporte de beaucoup sur celui des hommes. Sur 71 cas observés en Hollande, il y en avait seulement 17 chez des hommes (1). Sur 344 malades affectés de hernie ombilicale et traités par la *Société des bandages herniaires* de la cité de Londres, il y avait 315 femmes. (Voy. la note du chap. I, sect. II.)

En faisant abstraction de l'action de cette cause, on trouve que les hernies ombilicales sont beaucoup moins fréquentes que les inguinales et les crurales. Le diamètre plus petit et la structure plus solide de l'ouverture de l'ombilic, sa situation plus élevée dans le corps, et la circonstance qui fait qu'il n'est pas exposé comme les anneaux inguinaux et cruraux à la pression perpendiculaire des viscères, sont des causes suffisantes de cette différence. MONNIKHOFF (2) a vu 71 exomphales sur 2000 hernies, et CAMPER (3) nous apprend que, sur 1968 cas, pour lesquels on distribua des bandages à Amsterdam, il y avait seulement 10 hernies ombilicales.

---

(1) SOEMMERING, *uber die ursache, etc., der nabel brüche*, §. 59.

(2) SOEMMERING, I, c.

(3) *Dissert. decem*, vol. II, p. 522.



Sur 7599 cas traités par la *Société des bandages herniaires* de la ville de Londres, il y avait 344 hernies ombilicales, 770 fémorales, et 6262 inguinales. Sur ce nombre, il y avait 6458 hommes sur lesquels 29 seulement avaient des exomphales, tandis que sur 1141 femmes, 315 présentaient des hernies du nombril. (Voy. la note du chap. I, sect. II.)

L'exomphale renferme ordinairement l'épiploon seul ou accompagné d'une portion d'intestin. La hernie ombilicale, chez l'adulte, contient rarement l'intestin sans l'épiploon. Cependant une exomphale volumineuse étranglée, que j'ai opérée avec succès, contenait l'intestin seul, dont il y avait plusieurs circonvolutions. La position respective des parties, dans la cavité du ventre, explique pourquoi l'épiploon enveloppe et entoure souvent l'intestin. L'arc transverse du colon est la partie du canal intestinal qui forme le plus fréquemment cette hernie, comme on pourrait l'inférer *à priori* de la situation naturelle de cet organe dans le ventre; ce qui n'empêche pas l'intestin grêle de s'y rencontrer souvent; le cœcum lui-même a formé hernie par l'ombilic.

Un malade, attaqué d'une hernie ombilicale, est encore plus sujet, que dans les autres espèces de hernies, aux coliques, aux flatulences, aux vomissemens et aux divers dérangemens des intestins; aussi faut-il faire une attention toute



particulière à la quantité ainsi qu'à la qualité de la nourriture, ainsi qu'au maintien des organes de la digestion, dans l'état de santé.

D'après la description de l'ombilic, on voit tout de suite que les parties contenues dans cette hernie ne peuvent être étranglées que par l'ouverture tendineuse de la ligne blanche; elles ne sont pas susceptibles d'autres espèces d'étranglement (1).

Je diviserai les observations que je dois faire sur le traitement de la hernie ombilicale, en trois parties, suivant les distinctions naturelles et essentielles de la maladie. Ces divisions comprendront, 1<sup>o</sup> l'exomphale congénitale; 2<sup>o</sup> celle qui arrive aux jeunes sujets; 3<sup>o</sup>. celle adultes.

### SECTION III.

#### *Hernie ombilicale congénitale.*

La première espèce de la maladie peut être appelée avec raison congénitale, car elle existe à l'époque de la naissance. On la rencontre même sur les plus jeunes embryons (2), de sorte qu'on

---

(1) Le cas que j'ai rapporté plus haut, d'après M. COOPER, d'un étranglement par une ouverture du sac, n'étant qu'un exemple unique, justifierait à peine une exception à cette assertion générale.

(2) ALBINUS en a dessiné un exemple sur un embryon



ne doit pas hésiter de l'attribuer à un vice originel dans la formation de cette partie ; aussi peut-être ne doit-on pas lui donner strictement le nom de hernie ; parce que , d'après la situation du fœtus dans l'utérus et l'absence de la respiration , la formation d'une hernie paraît presque impossible avant la naissance , excepté dans le cas où le testicule entraîne avec lui , à travers l'anneau , une portion d'épiploon ou d'intestin à laquelle il est uni par des adhérences contre nature.

La tumeur semble être formée par la dilatation de l'extrémité du cordon ombilical , qui s'attache au corps de l'enfant. Ordinairement elle a une figure plus ou moins conique ; sa base correspond à l'abdomen , et l'ouverture arrondie , par laquelle les viscères se sont déplacés , occupe son centre : le cordon ombilical paraît naître du sommet de la tumeur. Les enveloppes sont minces , molles , et

---

qui n'a pas deux pouces de largeur. *Annot. Acad.* lib. I, tab. V, fig. 3. — WRISBERG la représente dans un embryon de dix semaines ; *descriptio anat. embryonis*, etc., fig. 1 et 2. — Ou dans le *Thesaurus, disp. anat.*, vol III, de SANDIFORT. — Et dans *Anatomy of the gravid uterus* du D<sup>r</sup> HUNTER, tab. XXXIII, fig. 3. — SOEMMERING a rencontré deux cas semblables ; *über die ursache*, etc., *der nabel-brüche*, p. 31. — SCARPA en a donné un autre dans sa dixième planche, fig. 3.



paraissent transparentes ; de sorte qu'on peut facilement voir, au travers, les parties qu'elles renferment. La surface externe est polie et ressemble, quant à son organisation et son apparence, au cordon ombilical. La base de la tumeur est recouverte, dans une petite étendue, par les tégumens. En dedans, sa cavité est tapissée par un prolongement mince du péritoine.

Les vaisseaux ombilicaux sont ordinairement séparés par la tumeur ; la veine passe au-dessus, les artères, au-dessous ou sur l'un des côtés (1).

Le défaut de conformation, dans les muscles de l'abdomen, qui donne lieu à cette espèce de hernie ombilicale congénitale, n'est point un cas rare dans son plus petit comme dans son plus haut degré. Le Dr HAMILTON (2) d'Édimbourg a ordinairement rencontré deux exemples de ce genre par année depuis dix-sept ans. Un écrivain allemand (3), dans une dissertation sur ce sujet, cite trente-huit cas connus : outre lesquels divers autres ont été observés par HALLER (4), MOR-

(1) La structure de la hernie ombilicale congénitale est représentée par SCARPA, pl. X, fig. 1 et 2. —

(2) COOPER. *On crural hernia*, pag. 57.

(3) FRIED. *De foetu intestinis planè nudis extra abdomen propendentibus nato*. In SANDIFORT, *Thesaurus dissert.*, vol. I.

(4) *Opuscula pathologica*, ou dans les *Opera minora*, vol. III, p. 315. Deux cas.



GAGNI (1), WRISBERG (2), SANDIFORT (3), BONN (4), SOEMMERING (5), HEY (6), et divers autres, (7).

---

(1) *Epist.* XLVIII, art. LXVIII et LIII.

(2) Dans RUDOLPHI, *dissert. de peritonei diverticulis, illisque imprimis quæ per umbilicum et lineam albam contingunt.* Goett, 1780, trois cas.

(3) *Obs. anatomico-pathol.*, Lugd. Bat., 1778, lib. I, cap. IV, et lib. III, tab. I, ainsi que le *Museum anat. acad. Lugd. Bat.* 1793, tab. CXX et CXXVI.

(4) *Transactions of a society at Amsterdam for promoting medical knowledge*, vol. II, p. 132; plusieurs observations.

(5) *Abbildung and berchreibung einiger missgeburten*, 1791, tab. VIII et X, über die ursache, etc., der nabel brüche, pag. 31 et suiv.; cinq cas.

(6) *Practical observations*, 3<sup>e</sup> édit., pag. 232 et suiv.; trois cas.

(7) VAN-DOEVEREN *specimen obs. anat.*, cap. II.

BUCHHOTZ *de hepato-omphalocèle congenita.* Argentorat. 1758, une description excellente avec des planches.

DEWIND, *transactions of a society of sciences at Flushing*, 1775.

DE MAN, *transactions of a Haarlem society*, vol. XIX, pag. 179.

STARKE, *archiv für Geburtshülfe*, etc., vol. I, tab. I et II, vol. III, pag. 29; vol. IV, pag. 646.

AMYAND, in *philos. trans. abridged.* vol. VII, pag. 529.  
— RUYSCH, *Obs. anat. chir.*, obs. 71-73. — VOIGTEL donne une quantité immense d'observations. Voy. son *Handbuch der patholog. anat.*, vol. II, pag. 370-372.



La tumeur renferme le plus ordinairement une partie de l'intestin grêle; mais on peut y rencontrer le gros intestin, l'épiploon, l'estomac, le foie et la rate.

Le manque de parois abdominales existe à différens degrés dans les divers cas; de là les variétés que l'on observe dans la quantité de parties déplacées, dans le volume de la tumeur, et dans les chances de guérison.

Quelquefois la tumeur, ne contenant qu'une petite partie d'intestin, a d'abord été méconnue à cause de son peu de volume. SABATIER (1) a vu blesser l'intestin dans ce cas, lors de la ligature et de la section du cordon; d'autres personnes ont été témoins de semblables accidens (2). La tumeur peut être plus considérable, quoique cependant d'un volume modéré, comme un œuf de poule, par exemple, et ne contenir que quelques circonvolutions de l'intestin grêle. On peut entreprendre le traitement dans ce cas avec beaucoup d'espoir de réussite.

Dans la seconde espèce de hernie de ce genre, lorsque la tumeur renferme la totalité ou la plus

---

(1) *De la médecine opératoire*, t. I, pag. 152.

(2) PARÉ, lib. XXIII, cap. LXVI. — MAURICEAU, *Traité des accouchemens*, t. I, pag. 497. *Miscellan. nat. cur.* Dec. II, ann. 3, obs. CXXVIII.



grande partie du canal intestinal, on doit peu espérer de succès dans les tentatives de guérison; cependant on ne doit pas moins essayer les moyens de soulagement que les circonstances comportent.

Il y a un troisième degré de ce vice de conformation qui est encore plus considérable, et dans lequel la nature de la maladie semble ôter tout espoir de soulagement de la part de la chirurgie. La dissection a fait voir que le foie, l'estomac, la rate, l'épiploon, l'intestin grêle et le gros intestin, étaient contenus dans de semblables tumeurs (1). Souvent aussi cette affection est accompagnée de vices de conformation dans les autres parties.

Les cas dans lesquels les parois antérieures et latérales de l'abdomen manquent entièrement, de sorte que les viscères se trouvent à l'extérieur du corps, ne semblent être que des exemples plus complets de ce dernier genre de difformité; et devraient par cela même être rangés avec eux dans une classe commune. SOEMMERING (2) a des-

---

(1) MERY, *description de deux exomphales monstrueuses*, dans les *Mém. de l'Acad. roy. des sciences*, 1716, p. 126 — HALLER, *oper. minor.*, t. III, pag. 316. — SOEMMERING, *abbildung*, etc., tab. X, fig. 3. — DEWIND, l. c.

(2) *Abbildung einiger Missgeburten*, tab. VIII. On trouve de semblables observations dans VOIGTEL. *Handbuch de pathologischen anatomie*, vol. II, pag. 313.



siné ce genre de vice de conformation ; je l'ai rencontré plus d'une fois sur des hommes et sur des animaux.

*Traitement (1).*

Il comprend, comme dans les autres espèces de hernies, la double indication de réduire les parties déplacées dans la cavité du ventre, et de prévenir

(1) RUYSCII paraît avoir trouvé que ce vice dans la conformation du nombril était constamment mortel ; et n'avoir essayé aucun moyen de guérison. Peut-être ne l'a-t-il rencontré que dans son état le plus fâcheux. « Multoties infantulos vidi in lucem editos, quibus abdominis cutis et musculorum pars in ambitu funiculi deerant, magnitudine solidi argentei, ita ut intestina, eo loco, tenuissimâ tantùm pelliculâ tegerentur. Hunc affectum sæpius à me visum, ast nunquàm curatum memini : omnes enim ab utero ad tumulum delati fuère, 5°, 6°, 7°, 8° aut 9° die. » *Observ. anat. chir., obs. LXXI.*

L'expérience de SCARPA paraît avoir obtenu des résultats à peu près semblables : « Les enfans qui naissent avec une hernie ombilicale, vivent, pour l'ordinaire, fort peu de temps, soit parce qu'ils ont presque toujours d'autres vices de conformation dont les suites sont plus dangereuses, tels que le spina bifida, le développement incomplet des os de la tête, la faiblesse des muscles abdominaux, un gonflement énorme des viscères du bas-ventre et particulièrement du foie ; soit parce que les parties qui forment la hernie sont, dans la plupart des cas, irréductibles à cause des fortes adhérences qu'elles ont contractées avec le col du sac herniaire. » Pag. 324.



la récidive du déplacement. La nécessité d'atteindre ce but est encore plus urgente ici, que dans les autres espèces de hernies, parce que la partie des enveloppes de la tumeur, qui n'est qu'une expansion du cordon, se desséchera et tombera après la naissance, de manière à mettre à nu les viscères, s'ils sont encore déplacés; cas fort dangereux sinon tout-à-fait mortel.

On a employé, pour s'opposer à la sortie des parties après leur réduction, des compresses avec des bandages, ou bien la ligature. M. HEY a adopté la première méthode avec succès.

#### OBSERVATION

« Dans le mois de novembre 1772, je fus demandé pour visiter un enfant qui était venu au monde avec une tumeur contre nature au nombril. Je trouvais le cordon ombilical distendu, et ayant le volume d'un œuf de poule à son insertion à l'abdomen, quoiqu'il n'eût que son épaisseur dans les autres parties. La distension de cette partie du cordon avait rendu ses enveloppes si transparentes, que je pus au travers distinguer les plis de l'intestin grêle, qui avait été chassé par le nombril avant la naissance de l'enfant. Je réduisis sur-le-champ l'intestin, et je priai un assistant de tenir le cordon comprimé au niveau de l'abdomen, afin que l'intestin ne pût pas rentrer



dans le sac herniaire. Je me procurai un emplâtre étendu sur du cuir, je le coupai en morceaux circulaires, que je plaçai les uns sur les autres en leur donnant la forme d'un cône. J'appliquai cette sorte de compresse sur le nombril, après que j'eus mis en contact la peau de l'un et de l'autre côté de l'ouverture, de sorte que l'un des bords restât appliqué un peu sur l'autre. J'entourai ensuite le ventre d'une ceinture de linge, et mis sur le nombril une pelotte piquée, circulaire, épaisse et située à deux pouces environ de l'une des extrémités de la ceinture. Ce bandage retint d'une manière sûre l'intestin dans l'abdomen, et fut renouvelé de temps à autre. Le cordon se sépara une semaine environ après la naissance; et, au bout de quinze jours, à compter de ce temps, l'ouverture de l'ombilic était tellement resserrée, que les cris de l'enfant, lorsqu'on changeait le bandage, n'occasionnaient pas la moindre issue des viscères. Cependant je jugeai convenable de continuer plus long-temps l'usage de cet appareil (1) »

Une hernie ombilicale congénitale de trois pouces de diamètre fut guérie par les mêmes moyens dans l'espace d'un mois (2).

---

(1) *Practical observations*, 3<sup>e</sup> édit., pag. 232.

(2) BUCHHOLTZ, dans son traité déjà cité, de *hepato-omphalocèle congénita*.



Le Dr HAMILTON a communiqué, dans une lettre adressée à M. COOPER (1), un exemple de succès obtenu dans un cas semblable au moyen d'un mode de traitement différent. Après avoir réduit les parties contenues dans la hernie, et appliqué une ligature sûre autour de sa base, ce chirurgien dit qu'il rapprocha les bords de l'ouverture au moyen de deux épingles d'argent et d'emplâtres agglutinatifs, et qu'en peu de jours la guérison fut complète.

Le traitement de M. HEY est préférable à celui du Dr HAMILTON, parce qu'il est plus sûr et qu'il a également réussi.

Quand la tumeur, comme cela arrive souvent, est d'un volume plus considérable, sa guérison est plus incertaine, quoiqu'il soit du devoir du chirurgien de l'entreprendre. M. HEY (2) réduisit les parties dans un cas où presque tout le canal intestinal semblait être contenu dans la tumeur, qui avait cinq pouces de longueur, quoique l'ouverture en fût très-petite : le malade ne vécut que deux jours. Dans un autre cas, où la tumeur s'était ouverte pendant l'accouchement, il réduisit avec soin les viscères, mais le malade mourut (3).

---

(1) *On crural and umbilical hernia*, p. 56.

(2) *Practical observations*, 3<sup>e</sup> édit., p. 234.

(3) *Ibid.*, p. 233.



## SECTION IV.

*Hernie ombilicale dans les jeunes sujets (1).*

Après la séparation du cordon, on voit arriver peu à peu, le resserrement de l'ouverture tendineuse de la ligne blanche, et la consolidation de la cicatrice, dans laquelle les cordes fibreuses qui remplacent les vaisseaux ombilicaux, la dépression cutanée du nombril et les fibres aponévrotiques sont unies d'une manière intime; les parties n'acquièrent pas tout de suite la solidité qu'elles présentent chez l'adulte. L'époque de la vie pendant laquelle ces phénomènes ont lieu, est surtout sujette aux exomphales; et il se forme un nombre bien plus considérable de ces hernies dans les premiers mois après la naissance, que pendant les années suivantes.

Il est probable qu'il y a une faiblesse naturelle d'organisation, qui favorise la production des hernies chez certains individus, quoiqu'on ne puisse pas encore le constater par l'observation. Les jeunes enfans sont sujets à plusieurs des causes occasionnelles des hernies; comme aux violentes contractions des muscles abdominaux pendant les cris prolongés, les convulsions, la toux; à la dis-

---

(1) SCARPA, pl. X, fig. 2.



tension de l'estomac et des intestins par la colique, la constipation et les autres affections intestinales; à l'emploi absurde et non encore généralement banni, des maillots serrés et des bandages.

Les auteurs ont indiqué d'autres causes plus locales, mais qui sont plus douteuses; ainsi quelques-uns ont attribué les hernies de l'ombilic à ce qu'on avait coupé le cordon trop court, d'autres, à ce qu'on l'avait laissé trop long. On a généralement considéré, comme cause des hernies chez les enfans, la négligence de la précaution, regardée comme nécessaire, d'exercer sur le nombril une pression à l'aide de compresses et de bandes, après la séparation du cordon.

La nécessité de ce bandage de l'ombilic me paraît fort douteuse; mais ses effets pernicioeux, quand il est trop étroit et trop serré, sont évidens et certains. Sans parler de la douleur qu'un lien semblable exerce sur une partie naturellement mobile, destinée à se mouvoir librement dans les diverses fonctions des organes abdominaux et thorachiques, on ne peut pas douter que, s'il prévient les hernies au nombril, il doit en favoriser la formation à l'aîne ou au pli de la cuisse.

« Je me suis bien trompé, dit SOEMMERING, si je n'ai pas, comme père, et comme médecin, vu plusieurs mauvais effets produits par l'emploi in-



considéré et inutile du bandage du nombril. On m'a consulté pour des enfans bien constitués et d'une bonne santé, qui rejetaient, par le vomissement, le lait le meilleur et le plus naturel. En palpant l'abdomen, je l'ai trouvé serré par un bandage appliqué dans la vue de prévenir une hernie ombilicale. Trouvant tout dans l'ordre naturel aux environs du nombril, j'ai fait retirer ce bandage, et le mal a cessé immédiatement après (1). »

Quand on voit, que les animaux, chez lesquels la position horizontale du corps produit une pression perpendiculaire des viscères abdominaux contre la région ombilicale, échappent aux hernies du nombril, on doit penser que l'emploi d'un bandage n'est pas nécessaire à l'homme. En tout cas, on ne doit point y avoir recours à moins qu'on n'ait remarqué une tumeur ou une élévation de l'ombilic après la séparation du cordon. Dans cette circonstance, on doit employer un bandage qui ait au moins trois travers de doigt de largeur, et avoir la précaution de ne pas trop le serrer. On voit quelquefois la saillie du nombril chez des enfans qui ont porté un semblable bandage plusieurs mois après la naissance, tandis

---

(1) *Über die ursache, etc., der nabel brüche*, p. 73.



que, dans aucun cas, on ne peut attribuer l'exomphale, à l'oubli de cette précaution.

Je pense, d'ailleurs, qu'une bande d'emplâtre adhésif, appliquée en travers sur le ventre pour fermer l'anneau ombilical, est préférable à tous les bandages que les nourrices appellent *garde nombril* (*Starting of the navel.*)

On serait tenté de croire que ces hernies arrivent très-peu de temps après la naissance; cependant, il paraît, d'après les observations nombreuses de DESAULT, qu'elles se manifestent plus fréquemment pendant le second, le troisième et le quatrième mois; il prétend même que la maladie se montre à cette époque neuf fois sur dix. Les viscères abdominaux, s'engagent par l'ouverture pendant les cris répétés de l'enfant, la distendent et la dilatent; et poussant devant eux une portion du péritoine, ils forment une petite tumeur, qui augmente peu à peu de volume, et présente les caractères ordinaires d'une hernie.

La présence des viscères déplacés, maintient l'ombilic dans un état de dilatation, et s'oppose à la tendance, que les bords de cette ouverture ont à se resserrer. Cette disposition, cependant, surmonte quelquefois la résistance des parties contenues de la hernie, et les repoussant en arrière dans la cavité abdominale, détermine l'oblitération de l'ouverture qui leur livrait passage, consolide



les parties, et produit ainsi une guérison spontanée. DESAULT, nous offre deux exemples de ce genre (1). Un enfant de deux ans lui fut apporté pour une tumeur à l'ombilic, qui avait été produite par la coqueluche, quelques mois après la naissance. La tumeur qui avait le volume d'une grosse noix, rentrait sous la pression du doigt, et bientôt revenait au moindre effort des muscles abdominaux. DESAULT proposa la ligature; mais ne put obtenir le consentement des parens. L'année suivante, le même enfant fut ramené à la consultation pour une autre maladie. La tumeur avait tout-à-fait disparu. Les parens racontèrent qu'ayant négligé toute application externe, la tumeur avait peu à peu diminué spontanément.

Un autre malade, âgé de cinq ans, portait depuis sa naissance une hernie ombilicale. L'application de la ligature, conseillée par DESAULT, fut remise, parce que les symptômes de la petite vérole se manifestèrent. Quand l'enfant fut parfaitement rétabli, DESAULT, trouva que la tumeur avait beaucoup diminué de volume, et que l'ouverture qui avait donné issue aux viscères, était considérablement rétrécie; frappé de ce phénomène, il conçut que la nature seule pourrait obli-

---

(1) *OEuvres chirurgicales de DESAULT*, par BICHAT, t. II, pag. 318.



térer cette ouverture, et conseilla d'abandonner l'enfant sans lui faire aucun remède. En peu de mois la tumeur disparut complètement.

SOEMMERING (1) et BRUNNIGHAUSEN (2) ont vu tous deux plusieurs exemples d'exomphales volumineuses, qui ont disparu chez des jeunes sujets dans l'espace d'une année sans aucun traitement chirurgical.

La disposition de l'anneau ombilical à se fermer, manifestée dans de semblables cas, est une circonstance importante pour le traitement de cette maladie ; mais on ne doit pas compter exclusivement sur elle, parce que les cures spontanées sont bien loin d'être fréquentes. En général, quand la maladie est abandonnée à la nature, la guérison par la suite devient presque impossible. L'anneau ombilical perd insensiblement sa tendance à se contracter ; de sorte, qu'à une époque éloignée, l'ouverture ne se fermerait pas, même quand on maintiendrait les viscères réduits dans le ventre. Par là on voit qu'il y a une différence essentielle dans la nature de la hernie ombilicale, suivant qu'elle arrive dans l'enfance ou dans l'âge adulte ; et que cette différence se tire de la tendance à se resserrer que possède l'anneau fibreux. Dans le premier cas, on

---

(1) *Ueber den nabel brüchen*, p. 74.

(2) LODER, *Journal für chirurgie*, vol. II, pag. 1.



obtient facilement la guérison radicale; dans le second, elle est presque impossible. Dans un cas, il suffit de maintenir les viscères réduits; et l'anneau se resserre de lui-même. Dans l'autre, l'ouverture reste dilatée, qu'elle soit ou non traversée par les viscères. De là aussi il s'ensuit que les observations pratiques, tirées d'une espèce de la maladie, ne peuvent être appliquées à l'autre.

Le traitement de l'espèce d'exomphale que nous étudions, doit tendre à la cure radicale. En réduisant les parties et les maintenant réduites, l'anneau ombilical se contracte et s'oblitére, de sorte qu'il s'oppose aux déplacemens qui pourraient arriver par la suite. Pour y parvenir on peut employer deux méthodes, la compression à l'aide de bandages, et la ligature. Cette dernière a en sa faveur la sanction de l'antiquité; mais elle était presque entièrement abandonnée par l'adoption générale de la première, lorsque le célèbre DESAULT la remit en usage et la recommanda fortement par l'autorité de sa vaste expérience. Je présenterai au lecteur les résultats de la pratique du chirurgien français, en me servant de ses propres expressions; j'espère que la célébrité de l'auteur et l'importance de la matière serviront d'excuse à la longueur de cet extrait (1); si l'on fait attention sur-

---

(1) *OEuvres chir. de DESAULT*, par BICHAT. — Voy. le



tout, que l'ouvrage d'où je l'ai tiré n'a pas été traduit en anglais.

« La ligature et la compression ont un but commun : empêcher le séjour des viscères sortis dans l'ouverture ombilicale, et favoriser par-là le rapprochement de ses parois. La première, pour arriver à ce but, retranche le sac herniaire et la peau qu'il a poussée devant lui, procure, par la réunion des parties coupées, une cicatrice qui s'oppose à la sortie des viscères, tandis que les parois de l'ouverture, obéissant d'un côté à leur tendance naturelle, sollicitées de l'autre par l'irritation qu'elles ont éprouvée, se resserrent, se rapprochent, s'unissent, oblitérent l'anneau, et remplacent ainsi la cicatrice qui n'est plus qu'un moyen accessoire pour empêcher de nouveaux déplacements. La seconde remplace, par un corps appliqué à l'extérieur, la portion des parois de l'abdomen qui manque dans l'ouverture, tente de prévenir par-là l'issue des intestins, et d'empêcher qu'ils ne s'opposent au resserrement de l'ouverture : d'où l'on voit que le procédé de chacune est fondé sur une base différente. La raison et l'expérience prouvent que les résultats diffèrent aussi.

« A la compression n'est attribuée aucune douleur,



mais une incommodité gênante pour l'enfant, l'accompagne pendant le long espace de temps que nécessite son usage. La ligature est momentanément douloureuse, mais aucune gêne n'en est la suite; elle fait, en peu de jours, ce que la compression n'opère, quand elle réussit, qu'en plusieurs mois. L'une oblige à de continuelles attentions : oublie-t-on une fois de l'employer? L'effet qu'on en avait obtenu devient presque nul; l'autre, indépendante des cris de l'enfant, des soins de ceux qui l'entourent, atteint toujours sûrement son but. La première, comprimant sans cesse les parois de l'ouverture, détruit son ressort, s'oppose, sous ce point de vue, à son resserrement. La seconde, ajoutant une irritation artificielle au ressort naturel de l'ombilic, hâte et précipite le resserrement. A-t-on recours à la compression on l'exerce, ou par la plaque d'un bandage appliqué sur l'ouverture, et qui n'y pénètre point, ou par un corps rond et ovalaire, tel qu'une boule de cire, une noix muscade, etc., adapté à la forme de cette ouverture, et qui doit sans cesse y être reçu, comme le recommandent PLATNER et RICHTER. Mais, dans le premier cas, si le bandage est exactement appliqué, la peau et le sac refoulés dans l'ombilic empêchent son oblitération, et font de dehors en dedans ce que les intestins sortis opéraient de dedans en dehors. L'autre procédé



est encore plus exposé aux mêmes objections. Emploie-t-on au contraire la ligature? Le sac et la peau qui le recouvre sont enlevés; l'ouverture reste libre, rien n'empêche son oblitération. Dans celle-ci, les portions de l'épiploon ne peuvent, lorsqu'elle est appliquée, ressortir au-dehors; dans l'autre, le moyen compressif est-il inexact? Les parties glissent au-dessus ou au-dessous, et la maladie subsiste à côté du remède devenu inutile. Toutes deux, en supposant que la compression ait des succès, procurent le resserrement de l'ombilic; mais celle-ci se borne à procurer le resserrement, celle-là y ajoute l'agglutination des bords de l'ouverture, soit entre eux, soit avec les parties voisines, agglutination qui résulte de l'inflammation de ces parties, et d'où naît un degré de solidité que l'on chercherait en vain à la suite d'une autre méthode curative.

« A ce parallèle que dicte la raison, unissons celui que trace l'expérience. D'un côté nous verrons la compression ne compter ses succès qu'au milieu de ses revers; les enfans chez lesquels on l'emploie, traîner péniblement pendant des années, leurs ennuis et leurs incommodités. De l'autre, la ligature employée à l'Hôtel-Dieu, nous offrira une série non interrompue de cures bien constatées, et qui, dans les observations de DESAULT, se montent à plus de cinquante. Chaque semaine, dan



les dernières années de sa pratique, nous voyions venir à sa consultation publique plusieurs personnes apportant leurs enfans qu'il opérait sur-le-champ et sans préparation, qu'elles remportaient ensuite pour revenir le lendemain et tous les jours suivans, les faire panser, jusqu'à parfaite guérison.

» Ajoutons à ces considérations d'autres motifs qui, peut-être, ne sont pas indifférens. Quelques jours passés dans un hôpital suffisent aux gens pauvres pour assurer, par la ligature, la guérison de leurs enfans. Mais, avec la compression, ils sont tenus à des dépenses souvent répétées, parce que le bandage se pourrit et s'use, et à des attentions que la perte de temps leur rend à charge.

» La manière de procéder, dans la ligature, a varié chez les anciens; mais on peut rapporter à deux procédés différens ceux qu'ils nous ont transmis. L'un consistait à réduire les parties et à lier ensuite les tégumens et le sac sans ouvrir celui-ci; Dans l'autre, il était incisé avant ou après la ligature, pour s'assurer qu'aucune portion intestinale ne pouvait être ou n'était étranglée par le fil. CELSE (1) avait adopté le premier moyen; PAUL D'ÆGINE se rangea pour le second, et eut pour imitateurs toute la classe des médecins arabes et de leurs copistes les arabistes. AVICENNE, ALBU-

---

(1) *De medicinâ*, lib. VII, cap. XIV; *de umbilici vitiiis*.



CASIS, GUY de CHAULIAC nous en fournissent la preuve dans leurs ouvrages.

» L'expérience décide facilement sur le choix de ces deux méthodes d'opérer. L'une, moins douloureuse, est toujours aussi sûre; car la moindre habitude suffit pour sentir, en faisant glisser l'une sur l'autre les parois opposées du sac, la présence d'un intestin qui s'y trouverait encore. L'autre, inutilement cruelle, ajoute aux douleurs, sans rien ajouter à la certitude du procédé. Aussi a-t-on généralement adopté celle-ci; et PARÉ, qui l'a décrite, ne parle pas même de la première. Mais ici, nouvelles variations dans la manière d'opérer; les uns liant simplement la base de la tumeur, d'autres traversant cette base d'une ou de deux aiguilles armées de fils destinés à mieux assujettir la ligature, et y faisant même, dans cette vue, des incisions circulaires où étaient logés les fils. C'est surtout dans la médecine arabe que l'on trouve ce procédé cruel et superflu, puisque jamais on ne voit manquer la ligature exactement appliquée. PARÉ le décrit encore; mais SAVIARD, le seul médecin moderne qui ait pratiqué l'opération qui nous occupe, s'en écarta, en suivant le précepte donné long-temps auparavant par CELSE. SABATIER paraît indifféremment indiquer l'un ou l'autre, dans son savant ouvrage sur les opérations. Le procédé de DESAULT, conforme à peu près à celui



de SAVIARD, était simple, peu douloureux; voici en quoi il consistait :

1°. L'enfant sur lequel se pratique l'opération doit être couché sur le dos, les cuisses un peu fléchies, la tête penchée sur la poitrine.

2°. Le chirurgien réduit les parties échappées par l'ouverture et formant la tumeur, les contient avec le doigt, soulève les parois de la poche herniaire, les fait glisser entre ses doigts pour s'assurer qu'aucune partie ne reste dans le sac.

3°. Certain que les parties qu'il soulève ne sont que la peau et le sac, il charge un aide de faire autour de leur base plusieurs circulaires avec un fil de lin ciré, d'une médiocre grosseur, fixé à chaque tour par un double nœud, et serré de manière à n'occasionner qu'une douleur peu considérable.

4°. La tumeur, ainsi liée, est enveloppée d'un matelas de charpie, soutenu par une ou deux compresses qu'assujettissent des circulaires, elles-mêmes fixées par un scapulaire.

» Un léger gonflement se manifeste communément le lendemain sur les parties étranglées; ainsi voit-on se gonfler un polype dont la base a été liée. Aucune douleur n'accompagne cette tuméfaction souvent à peine sensible. Le surlendemain ou le troisième jour, les parties s'affaissent, et alors la ligature se relâche; on en place une nouvelle de la même manière que la première, et avec la précau-



tion de serrer un peu plus. La sensibilité des parties augmentée par l'inflammation que déjà y a produite la constriction du fil, rend ordinairement plus douloureuse cette seconde ligature; même pansement que pour l'opération. Bientôt on voit la tumeur devenir terne, livide et s'affaïsser; une troisième ligature y intercepte entièrement la circulation; elle devient noire, se fane et tombe communément au huitième ou dixième jour. Un petit ulcère en résulte; pansé méthodiquement avec de la charpie sèche, il se guérit peu de temps après, et laisse l'ombilic assez résistant pour que la toux et les efforts imprimés aux muscles abdominaux n'y déterminent aucune impulsion.

» Il est utile, pendant les deux ou trois premiers mois qui suivent l'opération, de faire porter à l'enfant un bandage circulaire, afin d'empêcher plus efficacement que les viscères, poussés contre la cicatrice, ne dérangent le travail de la nature, occupée pendant ce temps à resserrer peu à peu l'ouverture ombilicale.

» Je pourrais accumuler ici une foule d'observations où l'expérience confirmerait la pratique que je viens d'établir; mais déjà plusieurs ont été rassemblées dans le journal de chirurgie. Il suffira de savoir, que depuis qu'elles ont été publiées, DESAULT a pratiqué une foule d'opérations de cette espèce avec un égal succès; que chaque se-



maine plusieurs enfans étaient apportés par leur mère à l'amphithéâtre, où il donnait publiquement ses leçons; que, là, la ligature était faite sous les yeux de tous ses élèves; que l'enfant, reporté chez ses parens, était ramené ensuite tous les jours suivans au pansement, jusqu'à sa complète guérison.

» Mais, on peut douter, dit SABATIER, en citant l'article du journal où DESAULT traite de ces maladies, que ces enfans aient été débarrassés de leur hernie, qui peut être revenue quelque temps après. Une foule de faits éclaircissent ce doute; plusieurs, ramenés à la consultation publique de DESAULT, long-temps après leur opération, pour des maladies étrangères à celle-ci, y ont été examinées par les nombreux élèves qui y assistaient, et qui tous ont reconnu la complète oblitération de l'anneau, et le défaut d'impulsion des viscères de l'abdomen, dans l'action de tousser, d'éternuer, etc. D'autres enfans existent, à la connaissance de la plupart des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, parfaitement guéris de leur hernie ombilicale par l'opération que DESAULT a ressuscitée. Deux jeunes personnes opérées depuis quatre ans sont, à ma connaissance, parfaitement rétablies, et n'éprouvent aucun ressentiment de leur tumeur.

» Le succès de cette opération, presque certain dans les enfans en bas âge, semble devenir moins



assuré à mesure qu'on s'éloigne de l'enfance. Les observations suivantes serviront à le prouver.

» Un enfant, âgé de dix-huit mois, fut apporté à la leçon clinique de DESAULT, pour y être opéré d'une hernie ombilicale par la ligature qui fut pratiquée à la manière ordinaire; le septième jour la tumeur tomba, le dix-septième, l'ulcère était cicatrisé. Six mois après, ramené à l'amphithéâtre, cet enfant fut vu par tous les élèves sans aucune trace de sa maladie.

» Un garçon, âgé de quatre ans, fut opéré de la même manière; la chute de la tumeur eut lieu le huitième jour, l'ulcère guérit le vingtième. Ramené à la consultation deux mois après, on sentait, malgré la précaution qu'il avait de porter un bandage, l'impulsion des viscères contre l'ouverture qui n'était pas encore entièrement fermée. Elle le fut, cependant, entièrement le sixième mois, époque à laquelle DESAULT eut occasion de le revoir.

» Une petite fille, âgée de neuf ans, fut amenée de province, pour une hernie ombilicale de naissance; appelé auprès d'elle, DESAULT proposa l'opération, qu'il n'avait jamais encore pratiquée à un âge aussi avancé : elle fut faite avec succès; la cicatrice se ferma promptement; mais, deux mois après, les parens mandèrent à DESAULT que la tumeur reparaissait; il conseilla l'application d'un



bandage, qui n'empêcha pas, six mois après, la hernie ombilicale d'être aussi volumineuse qu'auparavant.

» Cette dernière observation paraît contraire à celle de CELSE, qui opérait, ou voyait opérer avec succès les enfans jusqu'à l'âge de quatorze ans. Elle est une conséquence du principe ci-devant établi, que la tendance de l'anneau à se resserrer, se perd à mesure que l'on avance en âge.

» On voit, dans les trois faits précédens, la réussite suivre directement la raison de l'âge; être complète à dix-huit mois, difficile à obtenir à quatre ans, impossible à neuf. Plusieurs autres exemples d'opérations pratiquées trop tard ont offert les mêmes résultats. »

Nous ne pouvons regarder l'exposé précédent des opinions et de la pratique de DESAULT, comme un résultat impartial de l'expérience sur le mérite comparé des divers procédés employés pour le traitement des hernies de l'ombilic. Ce grand chirurgien, ayant adopté et constamment employé la ligature, lui reconnaît une efficacité et une certitude que n'a pas confirmées l'expérience d'autres chirurgiens; et il n'a pas présenté convenablement les avantages de la compression.

« J'ai observé avec beaucoup de soin, dit SCARPA, les effets immédiats, et les suites plus ou moins éloignées de la ligature de la hernie ombilicale, soit



simple, soit faite avec l'aiguille et le double fil; et après un nombre assez considérable d'observations de ce genre, je crois pouvoir assurer que cette opération, de quelque manière qu'on la pratique, n'est pas toujours exempte d'accidens graves et quelquefois assez dangereux. Je puis ajouter qu'elle ne procure jamais une guérison vraiment radicale, si la cicatrice, qui en résulte, dans la région ombilicale, n'est soumise pendant quelques mois à une compression méthodique et non interrompue. Il n'est point aussi rare que le prétendent quelques chirurgiens, de voir survenir, après la ligature de la tumeur, une fièvre d'irritation des plus intenses, accompagnée de souffrances très-vives, qui déterminent des cris continuels et quelquefois des convulsions. L'ulcère qui résulte de la chute de la tumeur est toujours assez large et difficile à guérir; il devient de temps en temps baveux et douloureux (1). »

M. COOPER, fait aussi des objections à cette opération, sur les douleurs qu'elle occasionne et les suites dangereuses qu'elle entraîne (2).

On s'est assuré (3) que la maladie était revenue,

---

(1) *Mém.* 5, § 16.

(2) *On crural and umbilical hernia*, p. 40.

(3) RICHERAND, *nosolog. chir.*, t. II, p. 453; CARTIER, dans le *journal de médecine*, t. XLI.



même dans plusieurs de ces cas opérés par DESAULT, et qu'il avait supposés guéris radicalement ; et, après qu'on eut discuté au long ce sujet à la Société de médecine de Paris, l'avis général fut qu'on devait abandonner la ligature (1).

La compression est tout à la fois exempte des accidens douloureux et dangereux qui suivent quelquefois l'emploi de la ligature, et a été trouvée, par RICHTER (2), COOPER (3), SCARPA (4) et SOEMMERING (5) au moins aussi certaine dans son action.

(1) Les motifs allégués par la société pour baser sa détermination furent : « 1°. que la guérison des hernies ombilicales s'opère très-souvent par les seules forces de la nature ; 2°. que la compression seule ou aidée de moyens toniques réussit constamment ; 3°. que cette opération mérite le triple reproche d'être douloureuse et non exempte de dangers, si l'on est assez malheureux pour comprendre une portion d'intestin dans la ligature, de ne pas réussir ordinairement sans être aidée de la compression, et d'être parfois pratiquée inutilement, comme DESAULT lui-même en rapporte des exemples. » *Journal général de méd.*, t. XLI, p. 349, note.

(2) « J'ai vu beaucoup d'enfans attaqués d'exomphales, et je ne m'en rappelle pas un qui n'ait été guéri par l'usage du bandage ; on ne peut point en dire autant des adultes. » *Traité des Hernies*, p. 236.

(3) *On crural and umbilical hernia*, p. 40.

(4) *Mem.* V, § 15 et 16.

(5) *Ueber die nabel brüche*, § 72.



La situation de la tumeur et l'âge du malade ne sont pas défavorables à l'emploi des bandages élastiques. On doit se servir d'un corps solide convexe adapté à la grandeur de l'ouverture. RICHTER recommande surtout une moitié de noix muscade enveloppée dans du linge; M. COOPER, un morceau d'ivoire; et SOEMMERING, une pelotte de liége. Quand les viscères sont bien réduits, on met ce corps sur l'ouverture, et on le couvre d'une pièce d'emplâtre agglutinatif taillée en rond, sur laquelle on peut appliquer des bandes en travers, pour le maintenir solidement. Quelquefois il est nécessaire d'avoir recours à une ceinture qui fait le tour du corps. Comme les mouvemens de l'enfant peuvent déranger sa position, elle devra être plus large en avant, et on pourra la doubler et la fortifier dans cette partie, avec une pièce de cuir, pour l'empêcher de se plisser.

SOEMMERING (1) a trouvé que le procédé suivant suffisait sans employer de bandage ni aucun autre moyen. Il faut coudre une demi-sphère de liége, couverte de peau et proportionnée à l'étendue de l'ouverture ombilicale, au milieu d'une pièce de cuir d'à peu près trois pouces de diamètre dont on couvre le reste d'un emplâtre très-adhésif.

---

(1) Loco citato.



Les parties étant réduites, on doit appliquer cet emplâtre de manière à ce que la pelotte de liège appuie exactement sur l'ouverture. On doit toujours en avoir un de réserve en cas de besoin. On le laisse appliqué, chez un enfant tranquille, depuis huit jusqu'à quatorze jours; et il produit la guérison en deux mois, dans les circonstances favorables.

Plus l'enfant sera jeune, plus ces moyens produiront promptement et sûrement une cure radicale; elle arrive en deux ou trois mois et quelquefois en moins de temps. L'âge de l'enfant et l'ancienneté de la maladie diminuent les chances de succès. Si le traitement n'est pas employé dans le jeune âge, la maladie subsiste ordinairement toute la vie.

Quand, par le moyen de la compression, on essaie d'obtenir une cure radicale; il est important que les parties soient toujours maintenues réduites; car, si on leur permet de sortir, n'importe pendant quel temps, les progrès de la guérison sont retardés. Aussi, quand il est nécessaire de changer le bandage ou l'emplâtre, on doit s'opposer à tout déplacement des viscères, en plaçant un doigt sur la partie jusqu'à ce que l'application soit renouvelée. Comme les enfans sont entièrement confiés aux soins des femmes, on doit faire connaître exactement à la mère ou à la nour-



rice les principes et le but de ce traitement, afin qu'elles sachent comment se conduire dans toutes les circonstances.

## SECTION V.

### *Hernie ombilicale chez les adultes.*

On doit employer, pour une hernie ombilicale chez l'adulte, le même traitement que pour les hernies inguinales et crurales.

Quand on essaie la réduction, il faut faire coucher le malade sur le dos, élever un peu ses épaules et son bassin, fléchir les cuisses sur le tronc, pour relâcher autant que possible les muscles abdominaux. On doit faire attention à cette circonstance, que l'ouverture occupe ordinairement la partie supérieure de la tumeur.

Quand la tumeur est petite et réductible, on doit la retenir au moyen d'un bandage semblable à celui du bubonocèle. La pelotte et le col qui la soutient doivent se continuer en droite ligne avec le reste du ressort, et cette dernière partie doit s'étendre au-delà de l'épine (1). Quand le malade

---

(1) RICHTER et SCARPA ont trouvé qu'un bandage de ce genre convenait très-bien dans les hernies ombilicales. « En faisant à ce bandage (le brayer ordinaire), un léger changement dans sa figure, on peut le rendre très-propre à



est très-gras, de sorte que son nombril est déprimé, cette dépression peut-être remplie, suivant le précepte de M. COOPER, avec un hémisphère d'ivoire sur lequel la pelotte doit rester appliquée.

M. HEY, de Leeds, décrit un bandage pour les exomphales et les hernies ventrales, inventé par M. EAGLAND, chirurgien mécanicien de cette ville, et il le recommande au public, d'après des essais qu'il en a faits, pendant quatre ans, dans divers cas, et parce qu'il a trouvé qu'il s'appliquait aussi facilement aux enfans qu'aux adultes, et qu'il remplissait son but plus efficacement que tout autre instrument. Il est formé de deux ressorts demi-circulaires d'acier fondu, bien trempé et vernissé. L'extrémité postérieure de chaque demi-cercle est garnie d'une pelotte matelassée, appliquée sur les côtés de l'épine; et, quand l'instrument est mis en place, ces deux extrémités sont réunies au moyen d'une boule et d'une courroie. L'extrémité antérieure est fixée au moyen d'un pivot de cuivre

---

l'exomphale. Il faut donner à la pelotte une forme ovale ou même ronde, et ôter la courbure du col de manière que le ressort représente un demi-cercle élastique, et on obtient, par ce moyen, le meilleur bandage pour l'exomphale que l'on puisse désirer; c'est le seul dont je me serve et que je recommande comme le plus sûr. » RICHTER, p. 440. Voy. aussi SCARPA, *Mém.* V, § 17.



vertical à une petite plaque d'acier, laquelle supporte la pelotte qui appuie sur l'ouverture. Les ressorts sont garnis comme à l'ordinaire. En dehors la plaque d'acier est couverte de maroquin, et en dedans de peau de daim épaisse, à laquelle est fixé un coussin de cuir qui renferme un morceau de liège d'une forme et d'un volume convenables. La pression des ressorts tient la pelotte exactement appliquée sur la région ombilicale, pendant que le pivot, qui les unit à la plaque d'acier, procure toute la flexibilité nécessaire pour suivre les différens mouvemens et attitudes du corps (1).

Si la hernie est irréductible, à la place de la pelotte de liège, on doit employer une plaque d'acier, concave, adaptée aux dimensions de la tumeur, et recouverte de peau molle et douce : elle garantira la tumeur et s'opposera à son accroissement ultérieur.

Ce mode de traitement n'est applicable qu'aux

---

(1) On a inventé des bandages ombilicaux d'une construction plus compliquée. Un se trouve décrit par SURET dans le II<sup>e</sup> vol. des *Mém. de l'Acad. de chirurg.*, et il fut approuvé par l'académie. — JUVILLE en décrit un semblable dans son *Traité*. Le but de ces deux auteurs était d'obtenir un bandage qui pût se dilater et se contracter pour s'accommoder aux différentes variations de l'abdomen. — RICHTER a simplifié ce bandage, p. 239. — SCARPA a décrit plusieurs bandages pour les hernies ombilicales, *Mém.* V, § 17, 20



hernies irréductibles d'un volume modéré. Si leur volume est considérable, on doit mettre en usage d'autres moyens pour les soutenir; les suspendre par exemple à l'aide d'un bandage qui passe sous la tumeur, et qui est soutenu par les épaules ou fixé à un corset lequel embrasse exactement la poitrine.

On doit, dans ces cas, faire une attention scrupuleuse au régime et à l'état des fonctions intestinales. Les alimens doivent être faciles à digérer, et près, en petite quantité à la fois; on doit procurer régulièrement tous les jours une évacuation alvine. Par ce moyen on s'oppose autant que possible aux flatulences et à la constipation, qui, en dilatant l'abdomen, tendent directement à augmenter le volume de la tumeur. Les exomphales sont de toutes les hernies, celles qui sont le plus souvent accompagnées d'indigestions, de coliques, de flatulence, de douleurs dans le ventre, etc., surtout lorsqu'elles sont irréductibles.

Le traitement de la hernie ombilicale étranglée doit être dirigé d'après les principes exposés ci-dessus dans les principes généraux sur ce sujet. Le chirurgien doit avoir toujours présent à l'esprit que les affections intestinales qui, arrivent si fréquemment aux personnes affligées de cette infirmité, principalement quand la tumeur est ancienne, volumineuse et irréductible, sont souvent très-



graves et prennent un aspect plus ou moins semblable à celui de l'étranglement. Il doit aussi se rappeler, que le voisinage immédiat de l'estomac, et que ses étroites connexions avec la portion d'épiploon qui est presque toujours contenue dans la hernie, expose cet organe à l'irritation de différentes manières, en produisant des nausées et des vomissemens tout-à-fait indépendans de l'étranglement.

Toutes les fois qu'on pourra soupçonner que la constipation ou toute autre affection intestinale est, plutôt que l'étranglement, la source des accidens, les purgatifs donnés en petite quantité, pour ne point offenser l'estomac, seront le meilleur moyen d'apporter du soulagement. Le calomélas à la dose de cinq à dix grains, et combiné avec l'opium, si l'état de l'estomac le demande, remplira le mieux l'indication. On peut donner ensuite de légères doses de sel d'Epsom à de petits intervalles.

Pendant l'emploi de ces moyens, les sangsues, la glace ou d'autres applications de corps froids sur la tumeur, si elle est enflammée ou douloureuse, adouciront les symptômes locaux et produiront souvent de grands avantages.

Si ces moyens internes et externes sont employés sans succès, les lavemens de tabac offrent encore de grandes chances de soulagement ; lorsqu'ils échouent, on doit avoir recours à l'opération.



Cependant, on entreprend celle-ci avec moins d'espérance de succès que dans les hernies inguinales ou crurales. Le plus grand nombre des praticiens qui ont écrit en chirurgie, ont représenté avec énergie la fréquence de la terminaison fatale de l'opération de l'exomphale étranglée; les résultats de ma propre expérience s'accordent parfaitement avec ce qu'ils ont dit à ce sujet. J'ai bien opéré avec succès sur une vieille femme grasse une entéromphale volumineuse qui contenait plusieurs circonvolutions de l'intestin grêle, fortement colorées en rouge et sans épiploon; mais, dans le plus grand nombre des cas que j'ai opérés moi-même, ou vu opérer par d'autres, l'issue a été funeste (1).

Peut-être pourroit-on se rendre compte jusqu'à un certain point de cette fatalité, en considérant

---

(1) AMYAND a rapporté deux exemples d'exomphales avec gangrène de l'intestin, ou la guérison a eu lieu, *Philos. trans.*, vol. XXXIX, pag. 338, 341. On en peut trouver un autre dans le *Journal de méd. chirur.*, etc., ou *Recueil périodique*, t. VII, pag. 53; et un quatrième après lequel il resta un anus contre nature, dans le même ouvrage.—M. PELLETAN a opéré une exomphale volumineuse, accompagnée d'accidens fâcheux, sur une femme grasse. Toute la tumeur était formée par des parties gangrénées et des fèces. L'évacuation du tube intestinal, après l'opération, procura un grand soulagement, et la femme guérit en peu de temps avec un anus artificiel. *Clin. chir.*, t. III, p. 90.



que l'exomphale est plus fréquente chez les sujets très-gras, qui ne sont pas favorables aux opérations; que le trouble général des intestins existe dans cette maladie, ou se développe très-facilement; et que l'irritation et l'inflammation se propagent fort promptement à l'estomac, qui avoisine l'ombilic.

On doit se rappeler, en pratiquant l'opération, que les tuniques de la hernie sont souvent très-minces, et que le sac et les tégumens sont en général réunis d'une manière inséparable à la partie antérieure de la tumeur. L'incision peut être faite longitudinalement sur toute la tumeur, en commençant un demi-pouce ou un pouce au-dessus de l'ouverture de la ligne blanche; ou bien on peut lui donner, comme le conseille M. COOPER, la forme d'un T renversé; l'incision longitudinale se terminant au milieu de la tumeur, et tombant à l'angle droit sur l'incision transversale qui la croise. Le débridement peut très-bien être fait par en haut; il n'y a cependant aucun danger de donner à l'incision toute autre direction (1), car il ne se trouve pas de vaisseau sanguin important dans le voisinage. On peut employer, pour débrider, un bistouri boutoné concave, que l'on conduit avec précaution sur le doigt indicateur gauche, qui doit protéger les parties

---

(1) Quelques auteurs indiquent des préceptes pour éviter la veine ombilicale; cette précaution est tout-à-fait superflue.



déplacées. Il faut, après l'opération, réunir exactement les lèvres de l'incision, et les maintenir par des points de suture.

Comme le danger qui accompagne nécessairement cette opération rend utile de diminuer l'irritation et l'inflammation subséquentes autant qu'il est possible, je serais très-porté à employer dans le cas d'exomphale, si la tumeur du moins dépassait un moyen volume, le mode de traitement que j'ai indiqué, comme convenable dans le cas de hernie inguinale volumineuse, et dans lequel on coupe le tendon sans ouvrir le sac; ou bien en ne l'ouvrant que dans l'étendue nécessaire pour opérer le débridement (1). Ce procédé permet le retour des parties, si elles ne sont pas adhérentes; et dans le cas contraire, on lève du moins l'étranglement, cause médiate du danger. Le rapprochement des lèvres de la plaie par la suture ou par des emplâtres agglutinatifs, s'oppose au développement de l'inflammation dans la tumeur. La possibilité d'exécuter ce procédé dans les hernies ombilicales, est entièrement mise hors de doute par deux exemples

---

(1) Je pense qu'il n'y a pas de doute que, si l'on avait suivi ce procédé dans le cas malheureux d'exomphale que j'ai rapporté au chapitre des hernies épiploïques, le malade aurait eu beaucoup plus de chance de survivre à l'opération.



rapportés dans l'ouvrage de M. COOPER (1); et le succès de l'opération, dans les deux cas, prouve que la raison et la sagacité ont suggéré ce mode de traitement.

Pour la même raison, si l'on trouve l'intestin fort adhérent, on doit se contenter de lever l'étranglement, et de couvrir cet intestin avec les tégumens que l'on réunit.

On doit suivre la même méthode dans les cas d'adhérence de l'épiploon. En laissant dans la plaie les parties réunies accidentellement, on évite le danger d'une longue et douloureuse dissection; et de plus, la réunion des tégumens au-dessus d'elles s'opposera probablement au développement de l'inflammation.

Les principes généraux que j'ai déjà exposés au chapitre des hernies avec gangrène, sont applicables au traitement d'une exomphale dans le cas où l'intestin s'est gangréné. Si le malade survit à la gangrène de l'intestin dans tout son diamètre; il lui reste un anus artificiel. SCARPA explique cette circonstance, par le défaut de ce prolongement du péritoine qui, dans les hernies inguinales et crurales forme le moyen d'union des deux extrémités de l'intestin, et constitue son *entonnoir membraneux*.

---

(1) Part. II, pag. 5 et 55.



Dans l'exomphale, l'intestin adhère aux bords de l'ouverture, tout près du niveau de la peau, et le péritoine ne peut être retiré en dedans vers l'abdomen, comme dans les hernies inguinales ou crurales.

Cependant, si l'intestin ne présentait qu'une petite ouverture, résultat de la gangrène d'une portion de son diamètre ou de l'ulcération produite par des vers ou des corps indigestes, sa continuité peut ici se rétablir aussi bien que dans toute autre situation.



## CHAPITRE XVIII.

## DES HERNIES CONGÉNITALES. (1).

SECTION I<sup>re</sup>.*Hernie congénitale chez l'homme.*

CE cas ne diffère de la hernie scrotale ordinaire, que parce que les parties déplacées sont contenues dans la tunique vaginale du testicule, et sont, par conséquent, en rapport immédiat avec cet organe, qui est seulement enveloppé par sa tunique albuginée. Le sac herniaire, par conséquent, est formé par la tunique vaginale du testicule.

---

(1) Le mot *hernia congenita* a été donné à cette affection par HALLER (*de herniis congenitis*, Gotting, 1749, 4°. *Opuscula patholog.*, Lausanne, 1755, 8°.), et l'on en trouve une raison suffisante, si l'on réfléchit que l'état des parties qui favorise son développement, existe à l'instant de la naissance, quoique la hernie elle-même puisse ne se former que plus tard. De ce mot latin on a formé l'épithète *congénitale*. Je ne puis comprendre pour quelle raison M. POTT et quelques autres ont substitué à ce nom celui de *congenial*, qui, suivant son usage et son acception ordinaires, est évidemment absurde, pour cette hernie aussi bien que pour toutes les autres espèces.



Les différences qui existent entre la hernie congénitale et la hernie inguinale ordinaire sont moins importantes en pratique qu'en pathologie, car les symptômes et le traitement sont à peu près les mêmes dans les deux cas.

Les chirurgiens avaient observé qu'on trouvait quelquefois les viscères en contact avec le testicule, long-temps avant que l'on eût découvert et expliqué les circonstances qui déterminent cette modification particulière de la maladie. Comme le sac de la hernie scrotale se trouve en contact immédiat avec la tunique vaginale, on avait d'abord pensé que la pression des viscères déplacés pouvait causer une communication contre nature entre ces deux cavités; et c'est ainsi que l'on expliquait le phénomène en question. La véritable nature de la maladie fut reconnue vers le milieu du siècle dernier, lorsque les travaux de plusieurs chirurgiens et philologistes célèbres eurent répandu une grande lumière sur tout ce sujet (1).

---

(1) Voy. HALLER *Programma, herniarum observationes aliquot continens*, Goetting, 1749, et dans les *Opuscul. pathol.* Voy. aussi ses *Opera minora*, t. III, pag. 311 et suiv. — *Account of a particular kind of rupture, frequently attending on new-born children, and sometimes met with in adultt*; par POTT, Londres, 1765. — CAMPER, sur les causes nombreuses des hernies chez les enfans nouveau-nés,



Il est maintenant bien reconnu que le testicule est

---

dans les *Harlemische abhandlungen*, vol. VI, pag. 235, et VII, pag. 58. — HUNTER's *medical commentaries*, part. I, Londres, 1762, chap. IX, *of the rupture, in which the testis is in contact with the intestine*, pag. 70, et supplément à la première partie des *Med. com.*, 1764, pag. 6. — CAMPER, *Icones herniarum*, tab. X et XI. — NEUBAUER, *Dissertat. de tunicis vaginalibus testis et funiculi spermatici*, Giessen, 1767. LOBSTEIN, *De herniâ congenitâ dissertatio anatomico-chirurgica*, Argentorat., 1771. Elle contient un exposé excellent de ce sujet, aussi bien sous le rapport historique que sous le point de vue anatomique et chirurgical. — GIRARDI dans J. D. SANTORINI, *tabulæ septemdecim posthumæ*, pag. 185, GIR., tab. II. — PALETTA, *Nova gubernaculi testis hunteriani et tunicæ vaginalis descriptio anatomica*, Mediolani, 1777. — WRISBERG, *Observat. anat. de testiculorum ex abdomine in scrotum descensu, ad illustrandam in chirurgiâ de herniis congenitis utriusque sexûs doctrinam*; dans les *Commentationes reg. societ. scient.*, Gotting, 1778. — Et dans WRISBERGII *Commentationes*, vol. I. — DE PANCERA, *Diss. de testis humani in scrotum descensu*, Viennæ, 1778. — BRUGNONI, dans les *Mém. de Turin*, 1784 et 1785. — ROL. MARTIN, *Commentarius de herniæ, sic dictæ congenitæ, ortu et sede, et de partium corporis foetus, quæ ad ejus illustrationem pertinent, administratione anatomicâ*; dans les *Nov. act. reg. soc. scient., Upsaliensis*, vol. III. — SANDIFORT, *Icones herniæ congenitæ*, 4°. Lugd. Bat. 1781. — VICQ-D'AZIR, *Recherches sur la structure et la position des testicules*, dans les *Mém. de l'Acad. des sciences*, 1780.



d'abord situé dans le voisinage des reins, et qu'il reçoit une enveloppe du péritoine comme les autres viscères abdominaux; que, dans les derniers mois de la grossesse, il passe par le canal inguinal dans le scrotum, entraînant avec lui une portion du péritoine; que cette dépendance du péritoine, qui constitue la tunique vaginale du testicule, est, à cette époque, un prolongement de la grande cavité du péritoine, analogue à un sac herniaire et communiquant, ainsi que lui, avec la cavité abdominale; que la communication du sac membraneux, qui renferme le testicule avec l'abdomen, cesse d'exister, avant la naissance, par la contraction et l'oblitération de cette partie du prolongement péritonéal, qui se porte de la partie supérieure du testicule jusqu'à l'anneau; et que cette portion du péritoine, qui recouvrait le testicule dans l'abdomen, lui donne l'aspect lisse et poli qu'il présente au-dehors, tandis que le prolongement plus lâche, qui est descendu avec lui dans le scrotum, forme la tunique vaginale (1).

---

(1) D'après les nombreuses descriptions de la descente du testicule qui ont déjà été livrées au public, il est tout-à-fait inutile que je m'occupe de ce sujet présentement. Je présenterai seulement au lecteur les observations de WRISBERG sur l'époque à laquelle cet organe change de place, et sur les variétés qui se présentent à cet égard.



Si l'oblitération ne se fait pas, les parties restent dans l'état où elles se trouvaient immédiatement

Avant le commencement du sixième mois, le testicule est toujours renfermé dans l'abdomen; il se trouve ordinairement près des reins, mais il peut être derrière l'anneau. Par conséquent, cette circonstance est une marque certaine de l'âge du fœtus. La situation du testicule, près des reins, est représentée par WRISBERG, *Descript. anat. embryon.* fig. 4, et par GIRARDI dans les tables de SANTORINI. *Voy. GIRARDI*, tab. II, fig. 2.

Arnaud rapporte, dans sa traduction du Mémoire de HUNTER sur ce sujet, que J. Hunter a rencontré un fœtus de six mois sur lequel le testicule était complètement descendu dans le scrotum. (*Voy. Mém. de chir.*, t. I, note, à la pag. 25); et Wrisberg lui-même, dans une autre occasion, dit qu'il a trouvé les deux testicules dans le scrotum, chez un embryon de quatre mois et chez un autre de cinq mois. (*Voy. le Journal für die chirurgie de LODER*, B. I, St. II, pag. 175.)

A cette époque le scrotum est très-petit et ne contient que du tissu cellulaire lâche, avec la fin du cordon fibreux qui constitue le *gubernaculum testis*.

Entre le commencement du sixième et la fin du septième mois, on peut trouver le testicule au-dessus de l'anneau, engagé dans cette ouverture elle-même ou bien immédiatement au-dessous. Quand il a franchi l'anneau du grand oblique, il peut encore être repoussé dans le ventre, parce que l'ouverture de communication n'est pas encore fermée. Parfois même, on peut observer ce phénomène quelque temps après la naissance. Vers le huitième mois, les testicules ont ordinairement franchi l'anneau, mais ils ne sont pas



après la descente du testicule dans le scrotum. Le péritoine, au lieu de recouvrir simplement la région inguinale, offre alors une ouverture arrondie qui est le commencement d'un canal qui descend au-devant du cordon spermatique et conduit dans la tunique vaginale (1). La membrane qui forme

---

descendus dans le scrotum, soit que la tunique vaginale communique encore avec l'abdomen, ou que le canal intermédiaire soit oblitéré. Le plus souvent les deux testicules sont parvenus au fond du scrotum au neuvième mois, et sa communication avec le ventre n'existe plus; mais on peut aussi la rencontrer d'un seul ou des deux côtés à la fois.

Sur cent trois enfans que WRISBERG examina dans cette intention à l'époque de la naissance, soixante-treize avaient les deux testicules dans le scrotum; vingt et un avaient un seul ou bien les deux testicules dans l'aîne; savoir: cinq les avaient tous deux; sept seulement le droit, et neuf le gauche. Sur douze enfans, quatre avaient les deux testicules, trois celui du côté droit, cinq celui du côté gauche, contenus dans le ventre.

Sur un enfant de cette dernière section, la descente du testicule arriva le jour même de la naissance; sur trois, le second jour; sur trois, le troisième; sur deux, le cinquième, et sur un, le vingt et unième jour. Chez les trois autres, les testicules n'avaient pas paru vers la quatrième ou la cinquième semaine, lorsque ces enfans quittèrent l'hôpital. Sur deux, il y avait une hernie du côté droit. — *Comment. soc. reg. scient. Gotting. 1778, ou Commentat. anat. med. phys. etc., vol. I.*

(1) Il paraît, d'après les observations de CAMPER, que le



cette tunique, au lieu de se terminer à la partie supérieure du testicule, comme elle fait ordinairement, se continue avec le péritoine au moyen du canal dont je viens de parler. Une telle disposition des parties, qui offrent un sac tout prêt à recevoir les viscères abdominaux, rend très-probable la formation d'une hernie. Les organes sont poussés au-devant du cordon spermatique, tout le long du canal membraneux, jusque dans la tunique vaginale; et la maladie, dans ces circonstances, présente les particularités qui constituent la hernie congénitale. Mais il est nécessaire aussi que les

---

canal de communication est généralement encore ouvert à l'époque de la naissance. Il a disséqué dix-sept enfans pour s'assurer de ce fait. Il trouva le canal ouvert des deux côtés sur onze d'entre eux; il était entièrement oblitéré d'un côté et seulement en partie du côté opposé chez cinq; et sur un seul il était entièrement effacé des deux côtés. — « Sur les causes des hernies qui se rencontrent si fréquemment dans les enfans nouveau-nés. » Dans les Mémoires de la société hollandaise des sciences de *Harlem*, vol. VI et VII, en *hollandais*. Ces mémoires sont aussi renfermés dans ses *dissertations*, publiées par HERBELL, in-8°, *Lingæ*, 1800. — Mes propres expériences ne sont pas d'accord avec ce calcul. J'ai le plus souvent trouvé le canal fermé à l'époque de la naissance. CAMPER assure plus loin, que le canal est plutôt oblitéré du côté gauche que du droit, et il explique, par là, la plus grande fréquence des hernies de ce dernier côté.



causes occasionelles des hernies agissent dans ce cas comme dans tout autre, puisque l'existence d'une communication ne peut suffire à elle seule pour produire une hernie congénitale. Dans les quadrupèdes, la tunique vaginale communique avec le péritoine, et cependant les hernies sont fort rares chez eux (1); et de la même manière le canal reste souvent ouvert chez l'homme jusque dans l'âge adulte, sans que pour cela il y ait de hernie. C'est pourquoi le terme de *congénital* n'est pas applicable à cette hernie dans son acception rigoureuse, puisqu'elle n'existe pas à l'époque de la naissance; ordinairement elle paraît peu de temps après cette époque, mais cependant elle peut être retardée, même de plusieurs années (2).

Il paraît probable qu'une circonstance accidentelle peut donner naissance à la maladie, lorsqu'elle est congénitale proprement dite. WRISBERG a observé, sur quelques sujets, un petit pli péritonéal,

(1) WRISBERG a vu une hernie scrotale sur un cheval, et il observe que des singes ont été sujets à la même affection.

(2) « Rarissimè, si unquam, talis hernia in recens natos jam adest, sed testem seriùs protrusum aut presso pede sequitur, aut accidente aliquà causâ occasionali, contenta post menses vel annos in saccum haud oclusum propelluntur. »  
CALLISEN, pars. poster., pag. 394.



étendu de la partie supérieure du testicule à la fin de l'iléum ou du cæcum, et formant une union contre nature entre ces parties. Le testicule, en changeant de situation, doit probablement, dans ce cas, être accompagné de la descente de l'intestin auquel il adhère. Une adhérence de l'épiploon ou de l'intestin au testicule, dans l'intérieur de l'abdomen, peut déterminer la sortie de ces parties à travers l'anneau, lors de la descente du testicule, ou bien elle peut retarder ou même empêcher tout-à-fait cette descente. Sur un enfant qui n'avait qu'un seul testicule dans le scrotum, et qui mourut quelques heures après la naissance, WRISBERG trouva l'organe du côté opposé, derrière l'anneau, adhérent à l'épiploon au moyen de trois filamens (1). Dans deux hernies congénitales qui existaient à l'époque de la naissance, lorsqu'on réduisit les parties, le testicule remonta vers l'anneau (2). Le même auteur trouva également l'épiploon très-adhérent au testicule, chez un adulte, bien qu'il n'eût aucune adhérence (3) avec les autres parties. Sur un enfant né avec une hernie scrotale, du côté droit, et qui mourut trois mois

---

(1) *Comment. reg. soc. Scient. Goetting.* 1778, p. 71.

(2) *Ib.* pag. 43, 44.

(3) *Ib.* pag. 71. PELLETAN rapporte un cas semblable. *Clin. chir.*, tom. III, pag. 332.



après sa naissance, les parties déplacées étaient formées par le cœcum avec son appendice vermiciforme et l'extrémité de l'iléum. L'appendice était très-adhérent au testicule et au sac (1). Une adhérence contre nature, formée par une simple bride étendue entre l'épiploon et le testicule, rendait irréductible la hernie du célèbre ZIMMERMAN, qui se soumit à l'opération à cause des incommodités et des symptômes douloureux qu'occasionnait la maladie (2). SOEMMERING (3) a trouvé l'appendice vermiciforme adhérent au testicule.

Il serait inutile d'ajouter ici d'autres exemples à l'appui de cette opinion, puisque l'expérience nous fournit tous les jours des occasions de vérifier la fréquence des adhérences des viscères avec le testicule dans la hernie congénitale. C'est pourquoi je me contenterai de m'en rapporter, sur ce point, à l'opinion de POTT, qui non-seulement affirme, en termes généraux, que les adhérences sont beaucoup plus fréquentes dans cette espèce de hernie que dans toute autre, mais fait en outre remarquer la force des adhérences qui existent

---

(1) *Icones herniarum congenitarum.*

(2) MECKEL, *de morbo hernioso congenito singulari*, etc. Berolini 1772.

(3) Danz *Zergliederungskunde des ungeborenen Kindes*, vol. II, pag. 164.



souvent entre les viscères et le testicule, et la difficulté que l'on éprouve à les détruire (1).

Les variétés que présente la descente du testicule produisent des différences considérables dans les hernies inguinales que l'on examine. La maladie peut arriver lorsque le testicule est encore renfermé dans le bas-ventre. Une hernie congénitale peut exister lorsqu'il vient de franchir l'anneau ; et cette glande peut alors contrarier les moyens nécessaires pour réduire la hernie ou la maintenir réduite. La hernie peut passer dans le scrotum, tandis que le testicule reste vers l'anneau, ou bien ils peuvent descendre tous les deux à la fois (2). Enfin, le testicule peut quelquefois se présenter à l'ouverture, lorsque la hernie existe, et occasionner des symptômes fâcheux à cause de la pression qu'il éprouve (3).

---

(1) *Works*, vol. II, pag. 162, et vol. III, pag. 372 et 299.

(2) REICHEL, *de descensu testiculi, in puero, cum hern. incarcerated. lethali*; in LUDWIG, *advers.*, vol. III, pag. 731.

(3) « Je me souviens, dit RICHTER, d'un jeune homme âgé de vingt ans, qui avait une petite hernie et pas de testicule dans le côté gauche du scrotum. Le testicule était renfermé dans l'addomen ; il se présentait souvent à l'anneau, et causait de violentes douleurs et les symptômes de l'étranglement, ce qui obligeait de le repousser dans le ventre. Cependant on ne pouvait le plus souvent remplir cette indication que plus de vingt-quatre heures après la sortie du tes-



L'anatomie de la hernie congénitale est absolument semblable à celle de la première espèce de bubonocèle, si ce n'est que le testicule est contenu dans la même cavité membraneuse que les viscères déplacés.

Les symptômes et le traitement de cette hernie, sont les mêmes que pour la maladie en général.

On peut la distinguer de la hernie scrotale ordinaire, par l'impossibilité de sentir le testicule, que l'on peut bien distinguer dans les cas ordinaires. L'existence de la maladie depuis l'enfance, donne aussi fortement à soupçonner que la hernie est de ce genre, et l'on a raison de conclure qu'une hernie scrotale chez un enfant, est congénitale, quoique l'observation rapportée dans le quatrième chapitre de ce traité, prouve que cette règle n'est pas sans exceptions (1).

Une épiplocèle congénitale peut être prise pour une maladie des testicules; l'histoire de la maladie servira à établir la différence.

Un liquide peut s'amasser dans la tunique vaginale, lorsque sa cavité communique encore avec l'abdomen; cela peut arriver pendant l'emploi

---

ticule, et qu'après avoir employé des cataplasmes émolliens. Les symptômes disparaissaient dès que le testicule était réduit. »

(1) Voy. pag. 63.



d'un bandage pour une hernie congénitale. Comme les parties contenues dans la tumeur, rentrent dans le ventre par la pression, on peut confondre ce cas avec une hernie. Mais le liquide redescend dans le scrotum quand on cesse la pression, quoique le malade n'exécute aucun mouvement; et cette constance réunie à la fluctuation et à la transparence de la tumeur, est suffisante pour établir le diagnostic. Le liquide disparaît ordinairement par absorption chez les jeunes sujets.

Comme il paraît que ce canal, qui fait communiquer la tunique vaginale avec l'abdomen, a une disposition constante à se contracter et s'oblitérer, il est probable que cet effet aura lieu chez les jeunes sujets, si l'on a soin de réduire les viscères et de les retenir dans leur situation naturelle, à l'aide d'un bandage convenable, et l'on obtiendra ainsi une cure radicale en fort peu de temps; on ne peut s'attendre au même résultat dans un âge plus avancé, où l'emploi du bandage est simplement, comme dans les autres espèces de hernies, un moyen palliatif.

Le chirurgien, avant d'appliquer un bandage pour une hernie inguinale ou scrotale chez un jeune sujet, doit non-seulement s'assurer que les parties déplacées sont bien réduites, mais aussi que le testicule occupe dans le scrotum sa position naturelle. Une hernie peut arriver chez un en-



fant lorsque cette glande n'a pas encore quitté l'abdomen, j'ai déjà cité deux cas de hernie scrotale, dans lesquels le testicule du côté malade n'était jamais descendu dans le scrotum. PORT (1) et HALLER (2), en ont fourni de semblables. L'application d'un bandage sur des enfans, dans cette circonstance, pourrait devenir nuisible en retardant la descente du testicule. Si cet organe n'était parvenu qu'à l'aîne, la pression de la pelotte sur lui, pourrait produire des effets encore plus fâcheux.

Je n'ai que deux ou trois remarques à faire sur l'opération dans le cas de hernie congénitale. Le sac péritonéal ne doit être ouvert que jusqu'à la partie supérieure du testicule seulement, en laissant entière une portion de la tunique vaginale suffisante pour recouvrir entièrement cet organe. L'incision doit s'étendre plus bas s'il y a des adhérences.

Les parties sont fréquemment entourées, par une contraction du sac herniaire, non-seulement à l'endroit où il communique avec l'abdomen, mais aussi dans d'autres places où l'on n'aurait pas

---

(1) *Account on a particular species of rupture, etc.* pag. 34.

(2) *Opera minora*, vol. III; pag. 318.



attendu cette circonstance. M. WILMER (1) dit qu'il a ordinairement trouvé l'étranglement dans ces espèces de hernies, au col du sac lui-même, et non pas à l'ouverture aponévrotique du grand oblique; et M. POTT (2), rapporte un cas de rétrécissement dans la partie supérieure du sac.

Ce dernier auteur a vu et rapporté plusieurs cas où le sac herniaire était resserré plus bas, de sorte qu'il embrassait très-étroitement les parties déplacées. L'intestin était tellement serré par cette espèce d'étranglement, après la mort, qu'on ne put le retirer sans déchirement; et l'épiploon, par la même cause, avait été transformé en une substance ferme et solide, tandis qu'au-dessus et au-dessous de cette partie contractée, il était encore susceptible d'être étendu (3). WRISBERG (4), fit la même observation sur un malade qu'il examina. Il y avait, dans le sac herniaire, deux resserremens, dont le plus étroit formait un anneau

---

(1) *Pract. obs.*, pag. 10, et M. ALANSON dit que presque tous les cas où il a rencontré l'étranglement au collet du sac, étaient des hernies congénitales, *ibid*, pag. 96.

(2) *Works*, vol. III, pag. 299.

(3) *Works*, vol. II, pag. 161; vol. III, pag. 293 et suiv.

(4) *Lib. citat.* pag. 69 et 70.



solide et tendineux, qui se trouvait précisément au dessus du testicule, à l'endroit où la tunique vaginale se termine ordinairement (1). L'autre, d'un aspect et d'une structure semblables, formait l'ouverture de communication avec l'abdomen. Il attribue ce resserrement à l'accomplissement partiel de l'oblitération naturelle de la tunique vaginale. SCARPA (2) trouva un resserrement, dans le corps du sac de deux hernies congénitales qu'il opéra; et PELLETAN (3) a vu deux fois un trou étroit et arrondi, qui établissait une communication entre le sac herniaire et la tunique vaginale, rempli entièrement par l'épiploon qui était descendu dans cette dernière.

#### OBSERVATION.

HEWER, âgé de vingt-quatre ans, fils d'un fermier de Gloucestershire, avait été plusieurs fois

---

(1) LECAT, trouva, en disséquant, un étranglement complet formé par une pareille ouverture. Le malade mourut de cette cause, tandis que la liberté de l'anneau et l'absence complète de douleur et de tension à la partie supérieure de la tumeur, avaient fait penser au chirurgien que la hernie n'avait pas de rapport avec les symptômes. *Philos. trans.*, vol. 57.

(2) *Mém.* I, § 10.

(3) *Clin. chirurg.*, tom. III, pag. 108 et 335.



incommodé d'une hernie scrotale intestinale, depuis l'âge de douze ans. Quoiqu'il devînt évident par la suite que cette hernie était congénitale, elle ne s'était manifestée, cependant, qu'à l'époque indiquée, et n'était sortie qu'un petit nombre de fois.

Les parties se déplacèrent, tandis qu'il allait à cheval, le lundi 15 septembre 1807, et les symptômes de l'étranglement survinrent rapidement. On eut recours sans délai aux moyens les plus efficaces. Une saignée copieuse faite au bras, des applications froides sur la tumeur, ne produisirent aucun amendement : et l'emploi du tabac, en fumée et en infusion, resta également sans effet. Ce dernier remède fut employé jusqu'à ce que son action complète sur l'économie eût lieu, comme on put s'en convaincre par la diminution considérable de la force et du nombre des pulsations, par les sueurs froides, la pâleur, un sentiment de malaise et d'anxiété, et un état de faiblesse très-voisin de la syncope. C'est par ces symptômes, et non par la longueur du temps, et la quantité du remède employé, que l'on peut savoir si le tabac produit quelque chance de succès pour le malade.

L'opération fut pratiquée le mercredi soir, 17 septembre. Vers le milieu de l'espace qui sépare le testicule de l'aîne, le sac était tellement resserré, qu'on ne pouvait passer qu'une sonde sous l'étran-



glement. Les parties déplacées éprouvaient, dans cet endroit, une constriction aussi grande que si elle avait été produite par l'anneau; cette circonstance inattendue fut d'abord embarrassante; en effet, comme on avait ouvert premièrement la portion supérieure du sac, et qu'on ne pouvait découvrir immédiatement la communication à cause du resserrement de l'étranglement, il s'éleva des doutes sur la nature de la partie inférieure de la tumeur.

Quand on eut entièrement ouvert le sac herniaire, on trouva une anse intestinale immédiatement en contact avec le testicule, et recouverte par une portion de l'épiploon. Ces deux parties étaient d'une couleur rouge foncé tirant sur le brun; l'étranglement, qui existait à l'ouverture supérieure du canal, ne permettait pas d'introduire l'extrémité du doigt, de sorte que je jugeai nécessaire d'employer la sonde cannelée et le bistouri concave pour le débridement. L'intestin, qui conservait une profonde impression de l'étranglement, fut facilement réduit, et l'épiploon fut coupé au niveau de l'anneau sans écoulement de sang de sa part. Cette dernière partie rentra immédiatement dans le ventre.

On donna au malade un lavement ordinaire, et on lui fit prendre souvent pendant la nuit une dissolution de sulfate de magnésie dans l'eau de



menthe. Mais il n'y eut aucune évacuation alvine jusqu'au jour suivant, où le malade fut bien soulagé, après plusieurs selles abondantes. La maladie suivit la marche la plus favorable; une simple saignée, avec des fomentations sur l'abdomen, suffirent pour remédier à une légère disposition inflammatoire. Le malade observa rigoureusement une diète légère, et on n'employa d'autres médicaments que quelques potions effervescentes salines avec quelques minoratifs. L'abdomen continua d'être mou et exempt de tension, excepté aux environs de la plaie. Dans cet endroit il était dur, et la pression y occasionnait une légère douleur pour laquelle on appliqua deux fois des sangsues avec succès.

Le malade était tellement rétabli le 2 octobre, qu'il put être reporté dans son habitation, qui était à plusieurs milles de l'endroit où l'étranglement s'était manifesté.

Comme les parties, dans la hernie congénitale, sont toujours déplacées en dehors de l'artère épigastrique, on peut également faire le débridement en dehors vers l'iléum ou bien directement en haut.



## SECTION II.

*Cas dans lequel les parties et le sac qui les contient sont renfermés ensemble dans la tunique vaginale.*

On a décrit depuis peu une espèce particulière de hernie qui pourrait très-fort embarrasser l'opérateur, s'il n'était pas prévenu de la possibilité de sa rencontre. Dans le cas dont je parle, les viscères déplacés et entourés par leur sac herniaire, sont renfermés dans la tunique vaginale. Par conséquent, la hernie a dû s'être formée lorsque la communication avec le péritoine était déjà détruite, mais avant que la tunique vaginale se fût retirée de l'anneau vers le scrotum. On n'a observé que deux cas de cette espèce. Le premier a été décrit par M. HEY (1), et un autre a été depuis rapporté dans l'ouvrage de M. COOPER (2).

Il faudrait, dans ce cas, après avoir ouvert la tunique vaginale, inciser également le sac qui renferme plus immédiatement les organes déplacés.

---

(1) Voyez « Précis sur une nouvelle espèce de hernie scrotale, » dans ses *Pract. obser.*, pag. 221 et suiv., publié dans les *OEuvres de Gooch*, vol. II, pag. 217.

(2) Part. I, pag. 59.



## SECTION III.

*Hernie congénitale chez la femme.*

La distinction de cette hernie chez la femme est d'une importance pratique encore moins grande que chez l'homme. En effet, il n'y a aucun signe auquel on puisse la distinguer de la hernie ordinaire ; et, supposé qu'on le puisse, son traitement est absolument le même.

NUCK (1) a le premier remarqué un petit prolongement du péritoine qui se porte dans le canal inguinal, au-devant du ligament rond de l'utérus, et qui se termine par un cul-de-sac dans l'aîne. Il l'appelle *diverticulum*, et il le décrit comme ayant environ un demi-pouce de longueur, et n'existant pas constamment. Ces mêmes circonstances ont été ensuite observées par d'autres. Sur quatorze enfans nouveau-nés que CAMPER (2) examina, il vit ces prolongemens sur trois ; et LECAT (3) rencontra, sur une femme de cinquante-six ans, un canal du volume d'une plume d'oie, conduisant, à travers l'anneau, dans une petite cavité qui pouvait recevoir le doigt. WRISBERG (4) surtout s'est

---

(1) *Adenographia curiosa*, cap. X. « *De peritonei diverticulis novis*, » fig. 35, 39, 40.

(2) *Haarlem transact.*, vol. VI et VII.

(3) *Philos. trans.*, vol. XLVII.

(4) *De testicul. descensu*, etc., § 34. — Dans ses *Commentationes med. physiol.*, etc., vol. I, pag. 234.



occupé de ce sujet de recherches. Sur deux cents cadavres de femme, il en trouva dix-neuf qui présentaient, la plupart des deux côtés, quelques-uns d'un seul, un canal qui, conduisant dans l'aîne ou la grande lèvre, était tapissé par le péritoine, appliqué sur le ligament rond et terminé par une extrémité obtuse. Ces canaux, dans quelques cas, pouvaient admettre une sonde, une plume ou le doigt.

Il n'est pas certain que ces diverticules se ferment de la même manière que s'opère la séparation du péritoine et de la tunique vaginale. Et il ne paraît pas probable que leur existence favorise beaucoup la formation des hernies.

---



## CHAPITRE XIX.

## HERNIES VENTRALES.

---

*Leur siège et leurs symptômes.*

---

ON donne le nom de *ventrale* aux hernies qui se font en avant ou sur les côtés du ventre, sans passer par l'ombilic, par le canal inguinal ou crural. Elles sortent par des ouvertures des muscles de l'abdomen ou de leurs aponévroses; et elles peuvent arriver dans presque tous leurs points. Elles sont beaucoup plus rares que les espèces décrites jusqu'ici. Leur siège le plus ordinaire est dans l'intervalle des deux muscles droits de l'abdomen, au-dessus du nombril; on les a vues, dans cet endroit, avoir depuis le volume d'une olive jusqu'à celui du poing ou même de la tête (1). Les plus petites se font dans le scrobicule du cœur, sur les côtés de l'appendice xyphoïde, et ont été appelées, par les Français (2), *hernies de l'estomac*,

---

(1) RANBY dans les *Philosophical Transactions*, 1731, n° 421.

(2) GARENGEOT, *Mémoire sur plusieurs hernies singu-*



dans la supposition qu'elles contiennent une portion de ce viscère. Quoique leurs symptômes soient les mêmes que ceux qui indiquent les affections de l'estomac, je pense qu'on n'a jamais vu une partie de cet organe dans aucune de ces hernies; le voisinage de l'estomac explique assez la grande irritation qu'il éprouve dans ce cas. LAPEYRONIE (1) a trouvé une portion du colon dans une petite hernie ventrale, qui avait donné lieu, pendant la vie, aux symptômes assignés aux hernies de l'estomac. LITTRE (2) a rencontré le même intestin dans une hernie située à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic : il semble probable que cet intestin doit être déplacé, plutôt que l'estomac, dans de semblables cas. Ces hernies sont quelquefois si petites, qu'elles ne produisent aucune tumeur à l'extérieur (3); cependant elles peuvent avoir le volume du poing.

Sans être étranglées, ces hernies occasionent

lières. *Mém. de l'acad. de chir.*, tom. I, pag. 702 et suiv.

PIPELET, *Nouvelles observations sur les hernies de la vessie et de l'estomac*, *ib.*, tom. IV, pag. 188 et suiv.

(1) *Mém. de l'acad. de chir.*, tom. IV, pag. 198.

(2) *Sur une hernie rare. Mém. de l'acad. des sciences*, 1714.

(3) ARNAUD a vu une hernie à côté de l'appendice xyphoïde, qui n'était pas plus grosse qu'un noyau de cerise. *Traité des hernies*, tom. I, préface, pag. 83.



divers symptômes que l'on rapporte fréquemment à d'autres causes, et auxquels on ne peut remédier qu'après avoir reconnu la véritable nature de la maladie. On parviendra probablement à cette connaissance, en faisant attention à l'opiniâtreté des symptômes, et en suivant le précepte d'examiner avec soin les lieux qu'occupent le plus souvent les hernies dans les affections où l'estomac et les intestins sont intéressés. On doit attribuer la cause des symptômes à la pression et à l'irritation qu'éprouvent les parties déplacées. Le malade éprouve des douleurs et des tiraillemens d'estomac; la région épigastrique est quelquefois si sensible, que la seule pression des vêtemens est douloureuse. La digestion est tellement troublée quelquefois, que la plus légère nourriture irrite l'estomac. Les vomissemens, les hoquets et les nausées se montrent fréquemment; surtout après que le malade a pris de la nourriture. Il y a souvent de la constipation, des défaillances, une faiblesse extrême. Les symptômes sont ordinairement plus intenses après le repas, et diminuent ou même disparaissent tout-à-fait quand le malade est couché. La tumeur est plus apparente, quand le malade se tient debout, ou lorsque son corps est courbé en avant; mais on ne peut la distinguer quand il est couché, parce que, dans cette position, les parties rentrent dans le ventre. Quelquefois il est possible de distinguer



L'ouverture; alors on peut sentir une impulsion communiquée au doigt quand on fait tousser le malade.

Les hernies à travers la ligne blanche sont beaucoup moins fréquentes au-dessous qu'au-dessus de l'ombilic.

La ligne semi-lunaire (1), les hypochondres (2), les côtés du ventre entre l'ilium et la dernière côte (3), et la région lombaire (4), peuvent être le siège des hernies; mais ces cas sont rares.

(1) LEDRAN, *Traité des opérations*, pag. 143. — KLIN-KOSCH, *Programma, quo divisionem herniarum, novamque herniæ ventralis speciem proponit*; Prag. 1764. — SANDIFORT, *Thesaurus dissert.*, tom. II; et dans les *Dissertationes pragenses*, vol. I. — M. COOPER en a vu trois exemples, et dans les trois, la tumeur était au-dessous du niveau du nombril. *On crural and umbilical hernia*, pag. 58.

(2) LA CHAUSSE, *De hernia ventrali*, §. 12, Argentorati 1746; et dans les *Dissert. chir.* de HALLER, tom. III, §. 12. — GUNZ, *de herniis*, pag. 91. — HEISTER, *Diss. de herniâ incarceratâ, suppuratâ, etc.*, §. 5; dans les *Dissert. chirurg.* de HALLER, tom. III. — SOEMMERRING, *Über die Ursache, etc.; der brüche am bauche und becken*, pag. 31. — Cas de hernie ventrale à l'hypochondre droit, à peu près au niveau de l'ombilic, occasionné par des efforts faits pour lever un fardeau pesant. *Journal de LODER*, vol. III, pag. 447.

(3) PETIT, *Traité des mal. chir.*, tom. II, pag. 225. La tumeur avait la grosseur de la tête d'un enfant, et rentrait ordinairement dans la position horizontale. LA CHAUSSE, lib. cit. §. 12.

(4) RAVATON, *Traité des plaies d'armes à feu*. Obs. 60.



L'ouverture par laquelle les parties s'échappent, est ordinairement très-grande dans les hernies ventrales, et plus spécialement, dans celles qui ne se font pas sur la ligne blanche. Aussi la tumeur est-elle large et aplatie, la base en formant la partie la plus étendue; delà aussi ces hernies dis-

---

— Les particularités du cas rapporté dans les *Transactions philosophiques*, n° 410, art. 2, par M. J. BUDGEN, et qu'on a regardé comme une hernie de la vessie urinaire, vers les reins, ne sont pas exposées d'une manière suffisante, pour en faire déterminer la nature; et l'on ne peut en conclure que c'était une descente, ni que la tumeur contenait la vessie urinaire.

Une fille vint au monde avec une tumeur indolente, de la couleur de la peau, du volume d'un œuf de pigeon, située près des dernières vertèbres. A l'âge de dix ans, la tumeur avait acquis le volume d'une vessie de veau, et, sept ans après, elle était plus grosse qu'une vessie de vache. A cette époque, elle s'ouvrit et donna issue à beaucoup de liquide, « instar urinæ. » « Re perspectâ, invenimus tunicas (et interius materiam mucosam) ureteres, venas et arterias, tales omninò, quales vesica habere consuevit; nec defuit commercium quoddam cum partibus internis per foramen in vertebra hominis minorem in abdomen admittens, quod vasa memorata recipiebat. » La malade mourut en quatre jours, et si les parens avaient permis de faire l'ouverture du cadavre, l'auteur de l'observation ne doute pas qu'on aurait trouvé que la tumeur était formée par la vessie urinaire, parce que la jeune fille n'avait pas rendu d'urine depuis que la tumeur s'était ouverte.



paraissent-elles ordinairement, ou sont-elles réduites avec beaucoup de facilité dans la position horizontale; et ne sont-elles que rarement étranglées.

*Causes.*

Comme il n'y a point d'ouverture naturelle dans les parois abdominales, aux endroits où se montrent les hernies ventrales, il paraît d'abord difficile de se rendre compte de leur formation. De petits vaisseaux sanguins et des filets nerveux se portent vers la peau en traversant les muscles de l'abdomen : on a imaginé que les ouvertures qui leur donnent passage, peuvent, quand elles sont plus grandes que d'ordinaire, favoriser la formation de hernies; mais cette explication est au moins fort douteuse. On ne remarque pas de semblables ouvertures sur la ligne blanche, qui est le siège le plus fréquent de ces hernies; et quoiqu'elles soient très-nombreuses sur l'aponévrose du muscle oblique externe, elles sont fermées en haut du côté de l'abdomen, par les muscles placés derrière cette aponévrose.

Il paraît que la ligne blanche présente quelquefois une faiblesse naturelle qui est très-favorable à la formation des hernies. M. COOPER (1) a vu

---

(1) *On crural and umbilical hernia*, pag. 58.



trois hernies sur cette même ligne chez un enfant. GUNZ (1) et WRISBERG (2), ont trouvé ces hernies compliquant des exomphales chez de jeunes sujets. On a observé un vice de conformation du même genre qui était beaucoup plus considérable; il consistait en une fente de deux travers de doigt de largeur, étendue de la poitrine au pubis, et par laquelle les viscères sortaient et rentraient avec une grande facilité (3).

Ces hernies arrivent quelquefois subitement, après un violent effort, et avec la sensation d'un déchirement ou d'un corps qui s'ouvre un passage à travers les parois abdominales. Il est certain que, dans de semblables occasions, les muscles de l'abdomen sont fortement contractés; et on peut bien concevoir qu'il se fasse alors une rupture dans quelques parties, de sorte qu'il s'y forme une hernie. Un cas que j'ai observé dernièrement, prouve évidemment que ce déchirement peut s'opérer. Une femme, qui avait été admise à l'hô-

---

(1) *De herniis*, pag. 72; sur un enfant de dix-huit semaines.

(2) RUDOLPHI, *Diss. de peritonei diverticulis; iisque imprimis, quæ per umbilicum et lineam albam contingunt*. Obs. I, sur une fille de cinq ans.

(3) *The new London med. journal*, 1792, vol. I; sur un enfant de deux ans.



pital de Saint-Barthélemi, en décembre 1809, pour un effort qu'elle avait fait en soulevant une table fort pesante, mourut d'inflammation de la poitrine. Lors de son admission, elle s'était plaint seulement de douleurs dans la région lombaire. Les deux muscles droits de l'abdomen étaient déchirés à peu près dans un tiers de leur épaisseur, et il y avait un peu de sang coagulé autour des fibres rompues. Aucune déchirure ne se remarquait dans leur gaine fibreuse (1).

Les plaies pénétrantes de l'abdomen sont ordinairement suivies des hernies. On trouve un exemple de ce genre au chap. II, pag. 24 et 25; M. WARDROP (2) a observé un cas dans lequel un morceau de bois ayant pénétré dans le ventre, entre l'épine iliaque et le pubis, il se forma, dans cet endroit une enterocèle longue de six pouces, large de quatre, revêtue d'enveloppes très-minces et pouvant se réduire avec facilité. On a constaté que les abcès dans les muscles abdominaux peuvent être suivis de hernies (3). Il paraît que des coups

---

(1) Il y a dans le *Journal de chir. de Paris*, un cas dans lequel le péritoine et les muscles de l'abdomen furent rompus en travers dans l'espace de trois pouces, après une chute d'un lieu fort élevé, vol. I, pag. 366.

(2) COOPER, part. II, pag. 60.

(3) « A l'égard des abcès, pour qu'après leur guérison ils



leur ont aussi donné naissance dans quelques cas. Elles ne peuvent se former que difficilement vers le muscle droit, ou dans les endroits qui sont revêtus par les trois muscles larges de l'abdomen, à moins qu'il n'y ait une lésion antérieure de ces parties, comme une plaie. La distension du ventre pendant la grossesse (1), prédispose aux hernies ventrales; et spécialement à cette espèce dans laquelle les parois de l'abdomen cèdent dans une grande étendue.

*Anatomie.*

Le sac que le péritoine fournit aux hernies ventrales est entouré par une enveloppe formée par la condensation du tissu cellulaire voisin, et qui est

---

laissent une disposition à la hernie, il faut que la matière qui la forme, se trouve logée entre le péritoine et les muscles. J'ai vu deux fois ce cas, et l'un et l'autre à la suite des grossesses. » PETIT, liv. cit., pag. 259.

(1) SCARPA fait remarquer que la partie supérieure de la ligne blanche cède plus que l'inférieure à l'impulsion de l'utérus et des viscères abdominaux; et que si on l'examine avec attention, en la plaçant entre l'œil et la lumière, sur le cadavre d'une femme qui a eu plusieurs enfans, on voit qu'elle est d'une épaisseur très-irrégulière, mince et transparente dans quelques points, éraillée dans d'autres, et disposée à se fendre, soit en long, soit en travers. *Mém.* 5, §. 10.



elle-même recouverte par des tégumens. On dit que celles de ces hernies qui arrivent après une blessure ou un abcès n'ont pas de sac péritonéal, parce qu'on a supposé que le péritoine une fois divisé ne pouvait se réunir. Je pense qu'on n'a prouvé cette assertion par aucun fait bien authentique.

Le contour de l'ouverture est fibreux quand la hernie se forme à la ligne blanche; mais il offre des différences suivant la situation de la maladie.

### *Traitement.*

Les symptômes et le traitement des hernies ventrales sont, en général, les mêmes que pour les autres espèces des hernies; on doit ici avoir les mêmes précautions d'éviter la constipation, les exercices violens, et les vêtemens qui compriment fortement la partie inférieure de la poitrine, ou l'abdomen.

### *Bandages.*

On peut appliquer à la plupart des hernies ventrales, les observations qui ont été faites sur les bandages pour les hernies ombilicales. Une petite hernie de ce genre, comme il s'en montre par exemple quelquefois à la partie supérieure de la ligne blanche, peut bien être maintenue réduite au moyen d'un bandage inguinal ordinaire, légèrement modifié suivant les cas. Par un traitement



aussi simple on a vu des malades être débarrassés de symptômes très-alarmans, et souvent se rétablir après avoir été dans un grand danger (1). Quand la tumeur est d'un volume plus considérable, le meilleur bandage que l'on puisse employer est celui qui a été inventé par M. EAGLAND, et que j'ai décrit au chapitre de la hernie ombilicale, pag. 484. On a trouvé quelquefois, que le moyen le plus facile de maintenir la tumeur, était un large corset lacé, fait de cuir ou de toute autre substance résistante, et appliqué par-dessus des compresses (2).

---

(1) « J'ai vu plusieurs fois des malades attaqués depuis long-temps de nausées, d'envies de vomir, de coliques et de constipations, auxquels on administrait des médicamens de toute espèce sans aucun succès, et qui ont été guéris, comme par enchantement, par l'application d'un bandage qui retenait une hernie ventrale à peine sensible. » SABATIER, *de la Méd. opérat.*, tom. I, pag. 176.

(2) « Il n'y a pas long-temps que j'ai été consulté avec plusieurs de mes confrères, pour une hernie de cette espèce, qui était au-dessus du nombril. Lorsqu'on posait le doigt sur l'écartement des muscles, et que le malade faisait effort pour lever la tête de dessus l'oreiller, ce doigt se trouvait embrassé et serré sur les côtés. Il y avait des vomissemens fréquens et douloureux, qu'on ne pouvait attribuer à aucune autre cause, puisque le jeune malade se portait bien d'ailleurs. Nous conseillâmes un corset, qui se laçât par derrière, pour rapprocher les muscles, et qui portât antérieurement



*Hernie ventrale étranglée.*

J'ai déjà fait remarquer qu'à raison de la largeur de l'ouverture par laquelle les viscères sortent de l'abdomen dans les hernies ventrales, ces tumeurs sont peu susceptibles d'étranglement. On cite peu d'exemples d'un semblable accident. LITTRE (1) rapporte un cas fatal d'étranglement du colon dans une petite hernie ventrale de la ligne blanche; PETIT (2), a vu l'étranglement survenir dans une hernie située entre la dernière côte et le bassin; et M. COOPER (3) fait mention d'une opération malheureuse dans un cas de hernie de la ligne semi-lunaire.

On doit accorder plus de confiance aux purgatifs et aux clystères, et persévérer plus long-temps dans leur emploi, dans une hernie ventrale étranglée, que dans les espèces ordinaires de cette maladie. L'opération ne présente aucune difficulté, si elle de-

---

une pelotte large et plate, pour soutenir la ligne blanche. Une autre fois j'ai vu une tumeur herniaire, de forme allongée, dont la grosseur égalait celle d'un pain d'une demi-livre. Le malade avait sept à huit ans, comme le premier, mes conseils avaient été à peu près les mêmes. » SABATIER, liv. cit., pag. 178.

(1) *Mém. de l'Ac. des sciences*, 1714.

(2) *Trait. des mal. chir.*, 2<sup>e</sup> édit. pag. 225.

(3) *On crural and umbilical hernia*, pag. 60.



vient nécessaire; et il n'y a aucune précaution ni indication particulière à observer. Il ne peut y avoir aucun vaisseau important près le col du sac. Si la tumeur passe le volume ordinaire, il sera bon d'opérer sans ouvrir le sac.

*Distension des parois abdominales.*

Il y a une autre espèce de maladie dans laquelle les viscères ne sont pas expulsés de la cavité abdominale, et qui, pour cette raison, ne doit pas être rangée parmi les hernies proprement dites; mais les causes, la nature et le traitement de ces deux maladies, offrent tant d'analogie, qu'on est excusable de les rapprocher. Les parois musculaires et aponevrotiques de l'abdomen, étant affaiblies, cèdent ensemble et se distendent de manière à former une large tumeur. RICHTER (1), a vu une grosse tumeur, égalant pour le volume, le sein d'une femme, et située aux deux aines d'un même individu : il paraît que ce cas était du même genre que ceux dont nous venons de parler.

---

(1) *Traité des hernies*, pag. 8, on trouve deux exemples de hernies du même genre dans HENCKEL, *chirurgische operationen*, tom. IV, pag. 67 et 76. — SIÉBOLD rapporte un cas semblable dans le *journal de LODER*, 1797, vol. I, pag. 216. La tumeur, ayant la grosseur d'un petit pain, était située entre les cartilages des côtes et l'ombilic.



Cependant, la ligne blanche est le siège le plus fréquent de cette affection; la dilatation de cette ligne peut être fort considérable, et n'avoir lieu que dans une de ses parties ou dans toute sa longueur. SOEMMERING (1) a vu la ligne blanche s'écarter au-dessus de l'ombilic, chez une femme d'une faible constitution, qui avait eu plusieurs accouchemens laborieux. MOHRENHEIM (2) a observé un relâchement général de toute la ligne blanche, lequel s'étendait depuis l'appendice xyphoïde jusqu'au pubis, et qui avait paru après un accouchement laborieux. Quand le tronc était courbé en avant, la maladie formait une tumeur ovale qui devenait plus étroite et plus alongée, quand la femme se redressait.

La tumeur dans ces cas, doit avoir nécessairement une forme alongée; et les côtés de l'ouverture sont formés par les muscles droits. La distension des muscles de l'abdomen pendant la grossesse, dispose surtout à cette maladie, qui paraît presque entièrement propre au sexe féminin. Cette affection arrive plus facilement, quand l'intervalle des muscles

---

(1) *Ueber die ursache der Brüche am bauche und becken*, pag. 27.

(2) *Beobachtungen verschiedener chirurgischer vorfälle*, 1783, vol. II. Un cas semblable est rapporté dans les *Acta physico-med.*, vol. II. Obs. 94.



droits a beaucoup de largeur, et quand la ligne blanche est faible. Il n'y a pas d'étranglement à craindre puisque la base de la tumeur en forme la partie la plus large ; dans tous les cas, l'ouverture est très-libre.

Ces dilatations des parois abdominales sont quelquefois parvenues à des dimensions assez considérables pour mériter le nom d'*éventrations* que leur ont donné les Français (1). RUYSCH, a vu l'utérus dans l'état de gravidité, contenu dans un large sac, formé par la dilatation des parois abdominales, et qui pendait jusqu'aux genoux. LORRY rapporte un cas semblable (2).

Une observation rapportée par PETIT (3), montre jusqu'à quel degré ces dilatations peuvent s'étendre, et prouve la nécessité d'y faire attention dans les commencemens. Une enfant, chez laquelle on avait reconnu une faiblesse de la ligne blanche, fit usage pendant long-temps d'un corset lacé pardevant qui soutenait tout l'abdomen. Ce corset fut abandonné à l'âge de trois ou quatre ans, et la petite fille grandit sans en éprouver aucune incommodité. PETIT la vit dans le sixième mois

---

(1) PETIT, *Ouv. cit.*, pag. 224 et 237, 2<sup>e</sup> édit. — SABATIER, *de la Méd. opérat.*, tom. I, pag. 178.

(2) *Journ. de méd.*, tom. LXI, pag. 274.

(3) *Ouvr. cit.* pag. 237.



de sa première grossesse; elle portait alors une énorme tumeur contenant l'utérus dans l'état de réplétion, les intestins et l'épiploon; et formée par la dilatation de la ligne blanche. Cette femme avait éprouvé plusieurs attaques de coliques et de vomissemens, qui étaient devenues de plus en plus fortes et fréquentes. GARENGEOT a observé un cas de cette espèce dans lequel la tumeur descendait jusqu'au milieu des cuisses; et LAPEYRONIE a communiqué à l'académie royale de chirurgie deux observations du même genre (1).

Dans ces cas, il convient d'employer des bandages larges et forts, lacés ou bouclés en avant ou en arrière, avec des compresses suivant le besoin.

*Tumeurs graisseuses de la ligne blanche, qui ressemblent à des hernies.*

On rencontre quelquefois de petites tumeurs graisseuses, dont le volume varie depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'un œuf, et qui sont retenues par des pédicules, lesquels se prolongent vers le péritoine à travers des ouvertures de la ligne blanche : les Français (2) leur ont donné le nom de *hernies graisseuses*. On peut les prendre pour des hernies épiploïques, surtout quand elles sont sus-

---

(1) *Mém. de l'Acad.*, t. I, pag. 701.

(2) PELLETAN, *Clin. chir.*, t. III, p. 33 et suiv.



ceptibles d'une réduction plus ou moins complète; et la méprise serait facile, s'il y avait, en même temps, quelque affection intestinale dont on pût, avec quelque vraisemblance, rapporter la cause à une hernie (1); aussi, de semblables tumeurs ont-elles été opérées comme des hernies. Dans un cas semblable, qui se présenta à l'Hôtel-Dieu, et pour lequel on fit l'opération, la tumeur, située au-dessus de l'ombilic, était formée par une masse de graisse jaune (2).

SCARPA (3) a rapporté, avec beaucoup de candeur, un exemple semblable qu'il a rencontré lui-même. Une femme fut saisie de coliques avec tension douloureuse de l'abdomen, nausées et suppression des selles. On découvrait, au-dessous de l'ombilic, du côté gauche de la ligne blanche, une tumeur du volume d'une grosse noix. Elle était formée, comme le prouva l'opération, par une petite masse de graisse solide, et se terminait par un pédicule qui passait évidemment à travers la ligne blanche : elle fut enlevée d'un seul coup de bistouri.

---

(1) MORGAGNI rapporte l'histoire d'un malade attaqué d'une affection intestinale, qui avait une tumeur de cette nature au-dessus du nombril. L'examen que l'on en fit après la mort, prouva qu'elle était formée simplement par la graisse. *Epist.* 43, art. 10.

(2) PELLETAN, *Liv. cit.*, pag. 40, note 1.

(3) *Mém.* V, § 13.



Le même auteur a rencontré deux tumeurs semblables sur le cadavre d'un homme âgé de cinquante ans. L'une était immédiatement au-dessous du cartilage xyphoïde, et l'autre, un peu au-dessus du nombril. La première avait le volume d'une petite noix, la seconde celui d'un œuf de pigeon. Toutes les deux étaient formées par du tissu adipeux solide, et se terminaient par un pédicule rétréci, qui passait à travers la ligne blanche (1). M. PELLETAN (2) en a observé cinq et même davantage sur un même individu, principalement dans l'étendue de la ligne blanche. M. FARDEAU (3) en a rencontré trois sur un cadavre d'homme qu'il disséquait; une immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde, une autre deux pouces au-dessus du nombril, et une troisième à la partie externe du cordon spermatique. La première avait le volume d'une noix, la seconde celui d'un œuf, et la dernière était grosse comme un testicule.

J'ai souvent rencontré de ces petites tumeurs dans mes dissections, et j'ai constaté qu'elles sont

---

(1) Liv. cit.

(2) Liv. cit., pag. 38.

(3) *Observations sur trois hernies graisseuses sur le même individu*, dans le *Journal général de médecine, etc.*, ou *Recueil publié par la soc. de méd.*, par SEDILLOT, tom. XVIII, pag. 268.



toujours formées uniquement par de la graisse.

Il a été fait mention de la présence de semblables masses graisseuses dans le cordon spermatique, en parlant du diagnostic des hernies inguinales.

Voy. page 214.

---



## CHAPITRE XX.

## HERNIES DE LA VESSIE OU CYSTOCÈLE.

CETTE hernie se fait le plus souvent par l'anneau inguinal; on l'a aussi observée à l'anneau crural, au périnée et dans le vagin. Lorsque l'on considère que la vessie urinaire, dans l'état ordinaire, ne s'élève au-dessus du pubis que lorsqu'elle est très-dilatée, et que sa face antérieure est unie aux parties voisines par du tissu cellulaire, on a de la peine à se rendre compte de la formation des hernies de cet organe, qui, à la vérité, sont assez rares; cependant les exemples de ce genre sont trop authentiques pour qu'on puisse élever le moindre doute à cet égard. L'expérience a fait voir que la vessie pouvait non-seulement passer par l'anneau inguinal, mais qu'elle pouvait descendre même jusqu'au fond du scrotum. On cite aussi des cas dans lesquels cet organe, à ce qu'on dit, était contenu dans une hernie inguinale et vaginale sur le même sujet (1), et dans un bubonocèle de chaque côté du corps (2).

---

(1) Voyez l'excellent mémoire de M. VERDIER, intitulé *Recherches sur la hernie de la vessie*, dans les *Mém. de l'Ac. de chir.*, tom. II, pag. 22.

(2) LEVRET, *Observ. sur les Polypes*, pag. 145. Cité dans RICHTER, *Traité des hernies*, chap. XLII.



Il est nécessaire, pour que la cystocèle puisse avoir lieu, que la vessie soit placée immédiatement derrière ou tout proche l'anneau, et qu'elle conserve encore cette position dans l'état de vacuité; car l'état de réplétion de cet organe est tellement contraire à la formation de sa hernie, qu'il est difficile de penser qu'elle puisse avoir lieu dans cette circonstance. On doit par conséquent regarder toute distension répétée de la vessie comme une cause qui prédispose à cette espèce de hernie; il en est de même de son élargissement transversal pendant la grossesse. On voit, en disséquant, que dans certains cas la vessie adhère à la face postérieure des muscles de l'abdomen, au lieu d'avoir son fond caché derrière le pubis. Cependant ces causes existent souvent, sans pour cela donner naissance aux hernies de la vessie, lesquelles, dans quelques cas, ne peuvent être attribuées à aucune des causes dont nous parlons.

Si la vessie présente beaucoup de capacité, soit naturellement, soit après des rétentions d'urine, et se trouve placée, lors de son état de vacuité, derrière l'anneau, elle peut être chassée par cette ouverture aussi bien que les autres viscères abdominaux. Dans ce cas, une portion de sa face antérieure se trouve déplacée la première; et, comme cette partie est dépourvue de péritoine et adhère aux organes voisins par l'intermède du tissu cel-



lulaire, la hernie, dans le commencement, n'a pas d'enveloppe péritonéale. Quand on voit, dans les rétentions d'urine, le fond de la vessie s'élever jusqu'à l'ombilic et même au-delà, malgré les adhérences celluleuses qui l'unissent au pubis, on peut en conclure que ces connexions n'empêchent pas la hernie de s'accroître sous l'influence des mêmes causes qui l'ont d'abord produite. Les parties voisines du fond, ou l'un des côtés de la vessie, à l'endroit où elle est couverte par le péritoine, se trouvent peu à peu entraînés à travers l'anneau et forment une espèce de sac herniaire, qui a, avec la vessie déplacée, des rapports très-différens de ceux que le sac entretient avec les parties contenues dans les cas ordinaires de hernie. Il forme une cavité membraneuse, se terminant en bas par un cul-de-sac, s'ouvrant en haut dans l'abdomen, et couchée au-devant de la vessie, à la face antérieure de laquelle sa moitié postérieure adhère intimement. L'épiploon ou l'intestin peuvent aisément s'introduire dans cette poche, et, de cette manière, une hernie épiploïque ou intestinale vient compliquer la hernie de la vessie. On ne s'est point encore assuré si ces hernies se font dans la direction du canal inguinal, ou sortent directement à travers l'ouverture aponévrotique du muscle oblique externe. Si l'on compare la position de l'ouverture supérieure de ce canal et la situation



de la vessie, on concevra difficilement comment une cystocèle peut se faire par cette ouverture; on comprend, au contraire, très-aisément, la formation de cette hernie par l'ouverture inférieure du canal inguinal. On a remarqué, dans un cas, que les vaisseaux spermatiques étaient en dehors de la hernie (1). Quand les parties descendent dans le scrotum, elles sont probablement situées au-devant du cordon spermatique; quand même celui-ci aurait été placé en dehors de la tumeur vers l'anneau.

De même que la cystocèle peut donner naissance, comme on l'a indiqué, à une hernie de l'intestin ou de l'épiploon, de même une entérocele ou une épiplocèle peut causer une hernie de vessie. Les symptômes de celle-ci n'ont été observés, dans quelques cas, que long-temps après ceux d'une hernie intestinale ou épiploïque, et on a même avancé que la hernie de vessie était toujours précédée par cette dernière affection. Mais cette assertion est contraire à l'expérience qui prouve que la hernie de vessie peut exister seule.

On conçoit facilement comment une hernie épiploïque ou intestinale se complique de la cysto-

---

(1) *Cases of the hydrocele, etc. To which is subjoined a singular case of hernia vesicæ urinariæ, etc.*, par KEATE, in-8°. Londres, 1778.



cèle, quand on pense que le péritoine qui forme le sac est placé immédiatement derrière l'anneau, et se continue sur le fond de la vessie. Qu'une hernie ordinaire soit négligée, en augmentant de volume elle allonge le sac, et entraîne graduellement dans l'anneau la portion du péritoine qui recouvre la vessie, et la vessie elle-même si elle est disposée à céder à cette force. Une portion de cet organe se glisse ainsi derrière la cavité de la première hernie. Le mécanisme est le même que lorsqu'une portion fixe du gros intestin passe à travers l'anneau pendant l'accroissement de l'hernie scrotale ordinaire. Voyez chap. IX, sect. VI.

La description anatomique doit être la même, dans ce cas, que dans le premier. La portion déplacée de la vessie se trouve placée entre la hernie primitive et le cordon spermatique. La face postérieure du sac, en haut du moins, est formée par le péritoine appliqué sur le fond et la face postérieure de la vessie; et la grandeur du sac, formé de cette manière, dépend de l'étendue de la hernie.

Un bubonocèle qui se fait suivant la direction du canal inguinal entraîne insensiblement l'ouverture supérieure vers l'inférieure, de sorte qu'on peut concevoir qu'il est possible que la vessie soit entraînée par l'anneau lors de l'accroissement consécutif de la tumeur. Cependant, la position relative de l'ouverture aponévrotique et de la vessie,



rend plus probable la formation de la cystocèle dans la hernie ventro-inguinale. On n'a point encore déterminé ces faits d'après l'observation.

Il est évident, d'après ce que nous venons de dire, que la vessie urinaire diffère beaucoup, par rapport à son enveloppe péritonéale, des parties renfermées le plus ordinairement dans les hernies. Quand la partie antérieure de ce viscère se déplace, sans que le fond soit entraîné par l'anneau, elle adhère à toutes les parties voisines au moyen du tissu cellulaire, et se trouve tout-à-fait dépourvue de sac péritonéal. Tel était le cas d'une observation rapportée par POTT (1), et où cependant la vessie étoit descendue jusqu'au fond du scrotum. Quand le fond ou l'un des côtés de la vessie a été déplacé, la partie postérieure de la tumeur seulement adhère aux parties voisines, et on trouve en avant un sac formé par le péritoine. Les adhérences cellulaires, dans les deux cas, sont telles qu'il est impossible de réduire la hernie. On voit qu'une grande portion de la vessie peut quitter l'abdomen et descendre dans le fond du scrotum, où elle forme une tumeur volumineuse, lors de l'accumulation de l'urine, tandis qu'on aurait pu supposer que les con-

---

(1) Voyez ses *Observations on Ruptures*, dans le troisième volume de ses œuvres; obser. 23.



nexions naturelles de ce réservoir se seraient opposées à tout déplacement considérable de sa part (1). La vessie éprouve des changemens ultérieurs après avoir franchi l'anneau. Elle se resserre au niveau de l'ouverture, et se dilate de nouveau au-dessous. M. KEATE « l'a trouvée contractée vers l'anneau, se dilatant de nouveau dans l'abdomen et le bassin, et formant une sorte de double sac séparé par l'anneau (2) ». Ce même changement était porté encore plus loin dans un cas opéré par POTT. Il découvrit un sac membraneux, devenant de plus en plus étroit vers sa partie supérieure; un canal membraneux, du volume à peu près d'un gros tuyau de paille, se portait de cette extrémité vers l'anneau dans lequel il s'engageait. L'urine qui s'écoula, lorsqu'il eut ouvert cette poche, fit voir que ce cas était une hernie de

(1) Dans le cas déjà cité d'après M. KEATE, la plus grande portion de la vessie était contenue dans le scrotum; et l'on rapporte plusieurs exemples dans lesquels la tumeur était considérable. Voy. MERY, *Observat. sur différentes maladies*; dans les *Mém. de l'Ac. roy. des Scienc.*, 1713. — RUYSCH, *Observ. anatomico-chirurg. centuria*, obs. 98. — VERDIER, dans les *Mém. de l'Ac. de chir.*, tom. II, pag. 15, 20. — *OEuvres de POTT*, vol. III, pag. 323.

(2) Pag. 41. — BERTRANDI rapporte un cas analogue dans lequel il paraît qu'il s'était aussi formé quelques pierres. « *Vidi porró ego herniam vesicæ urinariæ, cujus transitus*



vessie (1). Quelquefois on a trouvé des calculs renfermés dans la portion déplacée de la vessie (2).

Les symptômes de la cystocèle, diffèrent selon que la portion de la vessie déplacée est pleine ou vide; bornée à l'aine ou renfermée dans le scrotum; seule ou compliquée d'une hernie, soit épiploïque, soit intestinale. Quand la poche est vide, son volume est peu considérable, ses parois s'affaissent, et on ne trouve, en l'examinant, qu'une membrane molle qui roule sous les doigts. Mais les signes les plus caractéristiques se tirent de l'état des fonctions de la vessie. Ce doit être une cystocèle, s'il y a envie fréquente d'uriner, avec quelques rétentions accidentelles; si la tumeur augmente de volume après qu'on a retenu l'urine pendant quelque temps, et diminue au contraire ou disparaît entièrement après l'évacuation de ce liquide. Quelquefois le malade ne peut rendre son urine à moins qu'il n'élève et ne comprime sa

*per annulum musculorum adominis ita fuerat coarctatus et obstructus, ut non nisi perfracto tartareo quodam cœmento tenuem stilum trajicere possemus.* » *Mém. de l'Ac. de chir.*, tom. III, pag. 103.

(1) *Works*, vol. III, pag. 327.

(2) BARTHOLINI, *Hist. anat. cent.* IV, hist. XXVIII. — *Acad. de chir.*, t. II, pag. 10, 13, 15. — Dans le premier de ces cas, il y avait quatre pierres. — POTT, vol. III, pag. 327.



tumeur; mais il en vient facilement à bout par ce moyen. Après avoir uriné autant qu'il l'a pu, il éprouve de nouvelles envies s'il comprime la tumeur. Quand la vessie est descendue jusqu'au fond du scrotum et se trouve pleine d'urine, on peut la prendre pour une hydrocèle. La dysurie, la possibilité de diminuer la tumeur en la comprimant, et le désir d'uriner qui se manifeste alors, suffisent pour établir le diagnostic. Outre les symptômes particuliers de la cystocèle, on trouve ceux d'une hernie intestinale ou épiploïque, si la maladie est compliquée. Dans quelques cas la hernie de vessie n'est accompagnée d'aucuns symptômes. Son existence ne fut reconnue qu'après la mort, dans l'observation de M. KEATE, où la plus grande partie de ce viscère était passée dans le scrotum. On peut faire la même observation relativement à un cas rapporté par ARNAUD (1).

Le traitement chirurgical n'est que de peu d'utilité dans les hernies de la vessie. Cet organe ne peut être réduit, et il faut se contenter de soutenir et de comprimer la tumeur, au moyen d'un suspensoir. Peut-être, si l'on s'apercevait de la présence de la vessie dans la tumeur dès le commencement de la maladie, serait-il possible de la réduire en exerçant sur elle une pression continuelle

---

(1) *Mém. de chir.*, pag. 78.



avec un bandage à pelotte creuse. La cystocèle ne paraît guère susceptible d'étranglement. Si on s'apercevait de la présence d'un calcul dans la tumeur, il faudrait l'extraire par une incision. Il n'est arrivé aucun accident dans deux cas où l'on a ouvert la portion de vessie qui faisait hernie (1).

La hernie de vessie au-dessous de l'arcade crurale est fort rare. On en trouve un exemple dans le Mémoire de VERDIER (2).

On reconnaîtra le déplacement de la vessie dans une hernie périnéale ou vaginale, aux symptômes particuliers qui ont rapport à l'évacuation de l'urine. Le traitement, dans ce cas, ne doit pas être différent de celui des autres espèces de hernies.

---

(1) *Acad. de chir.*, t. II, pag. 11, 13, 15.

(2) Pag. 23.



## CHAPITRE XXI.

## HERNIES PÉRINÉALES.

---

ON cite des cas de hernies par le détroit inférieur du bassin. Chez l'homme, les parties descendent entre le rectum et la vessie, passent entre les fibres du muscle releveur de l'anus (1), ou bien entre ce muscle et le sphincter, et forment, au périnée, une tumeur que l'on rencontre le plus souvent sur l'un des côtés du raphé. Elles sortent entre la vessie et le vagin, chez la femme; et quoique chez elle le bassin paraisse mieux rempli que chez l'homme, et que le vagin soit favorablement disposé pour les hernies, cependant la plupart des cas se sont présentés chez la femme. Si l'on compare ensemble un bassin d'homme et un bassin de femme, on trouvera facilement la cause de cette différence, dans le rétrécissement du bassin, chez le premier, et dans l'élargissement en tous sens de cette même cavité chez la seconde.

Comme le rectum touche le vagin chez la femme

---

(1) On peut voir, dans CAMPER, l'endroit par lequel se fait la hernie. *Demonst. Anat. pathol.*, lib. 2, tab. 11, fig. 1.



et la vessie chez l'homme, par sa face supérieure, on doit naturellement s'attendre à voir les viscères s'échapper plutôt sur les côtés de ces organes, que vers le milieu du périnée.

Comme il y a une grande distance entre le point où le péritoine se réfléchit du rectum sur le vagin, ou sur la vessie, et la surface du corps, on conçoit aisément qu'il peut se faire une hernie incomplète, qui ne forme pas de tumeur à l'extérieur. On ne peut découvrir ce cas que par la dissection, et l'on ne peut reconnaître une hernie du périnée, que lorsqu'elle fait saillie au-dehors.

Les parties contenues dans ces hernies sont formées par une portion du canal intestinal, ou comme on l'a vu, par la vessie urinaire. La tumeur offre les caractères communs aux hernies; elle devient plus volumineuse et plus tendue dans la position verticale, ou lorsque le malade retient sa respiration; plus petite et plus molle lorsqu'il se couche; elle disparaît entièrement par la pression. Elle cause diverses affections intestinales; avoisinant de très-près le col de la vessie, elle doit continuellement comprimer et irriter ce viscère chez l'homme. Chez la femme elle produit une tumeur à la partie postérieure du vagin, et dans les deux cas on doit la sentir par le rectum. Quand la vessie s'y trouve contenue, les symptômes particuliers



que j'ai exposés dans le dernier chapitre en indiquant la présence.

Le traitement consiste à replacer les parties, ce qu'on facilite en introduisant le doigt dans le rectum ou dans le vagin, et à s'opposer à leur descente, au moyen d'une pression externe. On peut exercer celle-ci avec un bandage en T, dont la portion qui passe entre les cuisses est munie d'une pelotte d'ivoire ou d'autre substance plus molle, et dont la forme est adaptée à celle de la partie. Un pessaire introduit dans le vagin, qu'il tient dilaté, prévient la sortie de cette hernie chez la femme.

SMELLIE cite un exemple que je vais rapporter, de hernie du périnée étranglée. Il serait du devoir d'un chirurgien, dans un semblable cas, de pratiquer une opération pour soulager le malade.

SABATIER attribue à CHARDENON, chirurgien de Dijon, la première observation de hernie intestinale au périnée. En examinant le cadavre d'un homme qui était mort d'une maladie aiguë, il remarqua que l'iléum descendait dans le milieu du bassin, entre le rectum et la vessie. L'intestin céda tout à coup, comme il le tirait, et il aperçut alors un sac herniaire de la grosseur d'un œuf de pigeon. Il avait un orifice rétréci, avec un collet épais et calleux. En introduisant le doigt dans sa cavité, on s'assurait facilement qu'il n'était cou-



vert que par les tégumens, et lorsqu'on l'eut rempli de charpie, on aperçut une tumeur à l'extérieur (1).

On reconnut aussi l'existence de cette hernie sur un cadavre d'homme qui fut apporté à l'école d'anatomie de l'hôpital Saint-Thomas. Le péritoine formait un sac d'une forme allongée, entre le rectum et la face inférieure de la vessie et de la prostate; cependant, son extrémité inférieure n'allait pas jusqu'à la peau, et ne formait aucune saillie au-dehors. L'orifice du sac se trouvait à deux pouces et demi de l'anus. M. COOPER a représenté ce cas dans son ouvrage (2).

SMELLIE, cite deux exemples de hernie du périnée dans sa *Collection of cases and observations in midwifery*. Dans le premier, il y avait du côté gauche de l'anus une tumeur qui s'était formée peu à peu; qui disparaissait dans la position horizontale, et qui reparaissait de nouveau dans la

---

(1) RICHTER rapporte ainsi ce cas, chap. XLI, d'après le *Précis d'opérations de LEBLANC*, Paris, 1775, tom. II, p. 244.

(2) Part. 2, pag. 67 et pl. 11, fig. 3.—BROMFIELD, dans ses *Observations chirurg.*, vol. II, pag. 264, rapporte l'histoire d'un enfant, chez lequel l'intestin grêle sortit par la plaie faite dans une opération de la taille. On a regardé ce cas comme un exemple de hernie au périnée; mais il paraît très-douteux.



situation verticale du corps. Les douleurs de l'enfantement survinrent pendant que la hernie était sortie, et il s'ensuivit une inflammation très-intense avec étranglement; la délivrance fut suivie d'un écoulement considérable de sang; on appliqua sur la partie malade des fomentations et des cataplasmes résolutifs, et bientôt on réduisit la tumeur. Celle-ci reparut lors du travail suivant; SMELLIE introduisit la main dans le vagin, la repoussa; et la tête de l'enfant descendit aussitôt dans le bassin (1). Dans le second cas, une tumeur se manifesta du côté gauche du périnée et de l'anus, un mois environ après l'accouchement. Elle augmenta beaucoup, et ne sortait d'abord que lorsque la malade se tenait debout. On pouvait la réduire en introduisant deux doigts dans le vagin. La femme devint enceinte, et fut prise d'une toux violente, qui accrut la tumeur jusqu'au volume du poing, et rendit la réduction très-difficile. Une vive douleur accompagna le développement de la hernie, qui devint irréductible cinq semaines environ avant le travail. Après que celui-ci se fut prolongé pendant plusieurs jours, SMELLIE trouva la malade à l'agonie, et la surface de la tumeur d'une couleur livide. Elle s'ouvrit, et donna issue à une cuillerée de pus mêlé de sang, et bien-

---

(1) Obs. IV, pag. 144.



tôt après il s'en échappa une chopine d'une liqueur de peu de consistance et de couleur grisâtre. Aussitôt après, la malade se sentit grandement soulagée et s'écria que l'intestin était remonté. Quoique la liqueur qu'on supposait venir des intestins, continuât de s'écouler, la malade se rétablit, et accoucha au terme ordinaire sans aucun accident. Il sortit encore un peu de ce liquide par un petit orifice quelques mois après la délivrance; la femme resta sujette à des coliques et à des constipations; la hernie reparut après un effort, mais on put en faire la réduction (1).

MERY a vu une tumeur plus grosse qu'un œuf de poule, entre la vulve et l'anus chez une femme grosse de cinq à six mois. Elle éprouvait de la difficulté pour uriner; mais quand elle comprimait cette tumeur, elle disparaissait et l'urine s'écoulait (2).

VERDIER en cite un autre exemple (3). Une dame enceinte de six mois, consulta un chirurgien pour une difficulté d'uriner. Il y avait sur l'un des côtés du périnée une tumeur qui présentait de la fluctuation, disparaissait sous la pression et reparait dès qu'on cessait de la comprimer. Si la

---

(1) Obs. V, pag. 145.

(2) *Mém. de l'Acad. des Sciences*, année 1713, pag. 111, obs. II.

(3) Voyez son mémoire, déjà cité, pag. 25.



pression était forte, il s'échappait alors quelques gouttes d'urine par l'urètre. Cette tumeur disparut après l'accouchement, et ne se montra de nouveau que vers la fin d'une seconde grossesse; mais elle était alors bien plus volumineuse et occupait tout le périnée. Elle fut contenue avec un bandage et des compresses.

PIPELET (1), rapporte un cas qu'il a regardé comme une hernie de la vessie au périnée chez un homme. Ce malade éprouva une vive douleur au périnée après avoir fait un effort considérable pour sauter, et depuis cette époque, il ressentit constamment du malaise et de la pesanteur dans cette partie; et se plaignait surtout de ne pouvoir rendre qu'une petite quantité d'urine à la fois, et d'être obligé pour cela de comprimer sa tumeur. Cette pression procurait une évacuation plus abondante d'urine. La tumeur était oblongue, molle et de la grosseur d'un œuf de poule. On pouvait la réduire aisément. Elle fut maintenue par un bandage et des compresses.

---

(1) *Mém. de l'Ac. de chirur.*, tom. IV, pag. 182.



## CHAPITRE XXII.

## HERNIES VAGINALES.

---

LA tumeur dans ce cas, est renfermée dans la cavité du vagin, et se trouve revêtue en-dehors par la membrane de ce canal. Le péritoine se porte de la face postérieure de la vessie sur la partie antérieure de l'utérus, sans recouvrir aucune portion du vagin. Quand le cul-de-sac membraneux qui se trouve entre ces deux organes se trouve poussé en bas, une tumeur se montre à la partie supérieure et postérieure du vagin. Le péritoine passe du rectum sur la face inférieure du vagin dont il recouvre la moitié postérieure. Une hernie dans cet endroit doit former une tumeur à la partie inférieure et moyenne de ce canal. Le contact immédiat du vagin avec la vessie et le rectum, empêche cette sorte de hernie de se présenter précisément à la partie moyenne de ses faces supérieure ou inférieure, et la force de se placer ordinairement à ses parties latérales.

L'endroit où la hernie vaginale commence, est le même que pour la hernie du périnée; la différence, dans ces deux cas, est que le vagin résiste dans le dernier, tandis qu'il cède dans le premier; aussi l'on doit s'attendre à trouver, comme



l'a confirmé l'expérience, que les femmes qui ont eu des enfans, sont plus exposées à cette affection. La distension du vagin et des parties voisines doit en effet affaiblir leur force de résistance; cependant cette hernie peut se montrer chez des femmes qui n'ont jamais eu d'enfans (1). L'intestin-grêle paraît être la partie qui forme le plus souvent cette tumeur; cependant quelquefois la vessie urinaire se déplace de cette manière, et la hernie se rencontre alors à la partie antérieure ou supérieure du vagin. Les causes de cette hernie ne diffèrent pas de celles des autres espèces; elle arrive le plus souvent après des efforts violens, par exemple, pour lever un grand poids, pour aller à la selle, etc. HOIN (2); rapporte l'observation d'une jeune fille, sujette à la constipation, qui était obligée de faire de violens efforts pour aller à la garde-robe; elle contracta une hernie vaginale de cette manière.

---

(1) RICHTER, pag. 268. — COOPER, part. II, pag. 65 et 66.

(2) Dans son « *Essai sur les Hernies rares et peu connues*, » publié dans la « *Nouvelle méthode d'opérer les Hernies*, » de LEBLANC, in-8°. Paris, 1768. Cet ouvrage, que je n'ai pas vu, est cité par RICHTER. L'auteur rapporte un autre exemple dans lequel la maladie se manifesta le septième jour après l'accouchement, pour avoir porté une cruche d'eau.



La tumeur est égale et molle, augmente de volume dans la position verticale, diminue ou disparaît tout-à-fait quand la malade se couche. Elle devient plus dure quand la malade retient sa respiration, et communique une impulsion à la main pendant la toux. On peut réduire promptement les parties en comprimant la tumeur, mais elles ressortent avec facilité si la malade tousse ou fait un effort. Quand on n'a employé aucun moyen pour remédier à cette affection, l'accroissement de la tumeur accompagnée d'un sentiment douloureux de pesanteur, ou d'un corps qui traverse le vagin, s'oppose à tout exercice forcé. Souvent il s'y joint des maladies du canal intestinal. Fréquemment la vessie se trouve affectée à raison de son voisinage; et les symptômes qui ont rapport à l'évacuation de l'urine sont surtout prononcés, si ce réservoir lui-même forme hernie. Dans ce cas, la pression exercée sur la tumeur donne lieu à la sortie de l'urine par le canal urinaire. Les signes que nous avons donnés suffisent pour faire reconnaître la nature de la maladie; mais de plus, la facilité que l'on a de sentir le col de l'utérus dans son état et sa situation naturels, derrière la tumeur, s'oppose à toute espèce d'erreur à ce sujet.

Le traitement consiste à réduire les parties, en les comprimant avec la main; le chirurgien doit ici se rappeler, que le trajet que les parties ont parcouru



en descendant, a beaucoup de longueur, et que par conséquent l'intestin peut y être contenu, bien que la tumeur extérieure ait disparu. Aussi doit-on presser sur le vagin jusqu'au col de l'utérus, afin de repousser tout ce qui pourrait se trouver dans le col du sac. Quand on a de cette manière obtenu une réduction complète, on doit s'opposer à la sortie de la hernie au moyen d'un pessaire. Comme on ne peut remplir ce but sans distendre les parois du vagin, les pessaires ordinaires ne sont pas suffisans. On a employé l'instrument sphéroïde (*globe-shaped instrument*), cependant un cylindre convient mieux.

Si on éprouvait de la difficulté à réduire la tumeur, il suffirait probablement pour la surmonter de faire coucher la malade, et d'avoir recours aux clystères. Cependant si la tumeur était sortie pendant l'accouchement, il pourrait s'ensuivre de graves accidens ; aussi cette considération doit engager à prévenir par tous les moyens possibles, une pareille circonstance. On doit, pendant la douleur, exercer une pression sur l'ouverture, jusqu'à ce que la tête soit descendue dans le bassin ; et si la tumeur est sortie, il faut la repousser du côté de l'abdomen, avec la main introduite dans le vagin (1) ; mais si la tête était descendue, il vaudrait

---

(1) *Observ. de SMELLIE*, pag. 148.



mieux, peut-être, accélérer la délivrance autant que possible.

SANDIFORT (1) a eu l'occasion d'examiner une hernie vaginale après la mort. Chez une vieille femme, une tumeur ovale volumineuse venait de la partie postérieure du vagin et sortait par l'orifice de ce canal. Les parties qu'elle contenait pouvaient être repoussées dans le ventre, mais elles sortaient promptement. Il trouva qu'elle était formée par une grande partie de l'intestin grêle, qui s'y introduisait par une ouverture arrondie, située entre le vagin et le rectum. La cavité était tapissée dans toute son étendue par le péritoine.

On regarde le cas suivant, rapporté par GARENGEOT (2), comme le premier exemple bien avéré de la hernie du vagin. Une femme, qui avait eu cinq enfans, éprouva une vive douleur dans le vagin, en soulevant un ballot. Au même instant il se forma dans cette région une tumeur qui augmenta peu à peu de volume, jusqu'à sortir par l'orifice du vagin. La malade éprouva de temps à autre de violentes coliques avec des tiraillemens d'estomac

---

(1) *Observat. anatomico-pathol.*, lib. I, cap. IV. « *De Herniâ intestino vaginali, aliis que hujus morbi speciebus.* »

(2) *Mém. sur plusieurs Hernies singulières*; dans les *Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, tom. I, pag. 707 et suiv.



et de la difficulté à uriner. GARENGEOT sentit l'orifice de l'utérus dans sa situation habituelle, derrière la tumeur, et s'aperçut que celle-ci avait diminué de moitié après son examen. En faisant coucher la malade, il réduisit facilement les parties contenues dans la tumeur et observa que la région supérieure latérale droite du vagin était lâche et mince. Il ordonna ensuite à la malade de se lever, de se promener et de tousser, et la tumeur reparut. Après l'avoir réduite, il introduisit dans le vagin un pessaire ovale qui ne réussit que la première journée, car le second jour la femme éprouva des douleurs et des vomissemens, parce que l'intestin se trouvait comprimé entre le pubis et le pessaire. Il remplaça celui-ci par un pessaire en bondon qui retint exactement la descente. ARNAUD s'est servi du même moyen dans un cas semblable.

Un chirurgien ayant été appelé auprès d'une femme en travail, trouva l'entrée du vagin remplie par une tumeur volumineuse qui venait de sa partie antérieure et supérieure. Il voulut mettre une sonde dans l'urètre, mais ce moyen ne réussit pas d'abord, il fallut avoir, en même temps, recours à la compression de la poche pour faire sortir l'urine. La tumeur disparut, et l'accouchement se fit heureusement (1).

---

(1) VERDIER, *Mém. sur la Hernie de la vessie*, dans les



SANDIFORT (1) fait mention d'une hernie volumineuse de la vessie dans le vagin. Une toux violente fut suivie de rétention d'urine et de difficulté d'introduire la sonde. Une tumeur volumineuse remplit toute la cavité du vagin. On pouvait y sentir de la fluctuation, mais on ne pouvait, en la comprimant, faire sortir l'urine, à moins d'avoir préalablement introduit la sonde; il y avait alors une évacuation abondante d'urine, mais tout ce liquide ne pouvait sortir, si on ne continuait pas la compression. Quand l'urine était entièrement évacuée, on pouvait introduire la sonde avec facilité, et la tumeur disparaissait. La partie supérieure du vagin était faible et relâchée, et le doigt pouvait être porté vers l'orifice de l'utérus, jusqu'à ce que la tumeur eût commencé à croître de nouveau par l'accumulation de l'urine dans la vessie. L'usage d'un pessaire produisit une guérison complète. Un habile médecin, qui pratiquait les ac-

---

*Mém. de l'Ac. de chir.*, tom. II, obs. XVIII, pag. 33. — Voyez aussi les observations de M. CHRISTIAN, sur les retards apportés dans l'accouchement par la plénitude et la saillie de la vessie dans le vagin. *Edimb. med. and surg. journal*, vol. IX, pag. 285. Je doute cependant qu'il y eût hernie de vessie dans les cas qu'il rapporte.

(1) *Obs. anat. pathol.*, lib. I, cap. III. *De Hernia vesicæ vaginali.*



couchemens, communiqua à SANDIFORT trois autres observations de tumeurs volumineuses dans le vagin, qui se réduisaient par l'emploi de la sonde et reparaissaient ensuite.

M. COOPER (1) rapporte deux cas dans lesquels la vessie urinaire faisait hernie à la partie supérieure et antérieure du vagin. La pression sur la tumeur donnait lieu à la sortie de l'urine et laissait ces parties lâches et flasques. La tumeur reparaissait à mesure que l'urine s'introduisait dans la vessie. RICHTER (2) a vu deux exemples dans lesquels la tumeur n'avait pas plus de volume qu'une noix.

Quand la descente de matrice est arrivée à un tel point que le vagin se trouve retourné sur lui-même, la vessie qui lui adhère se trouve tirée hors de sa place. Ce déplacement, qui n'est qu'une conséquence de celui de l'utérus et du vagin, constitue un cas bien différent de la hernie de vessie dans le vagin, considérée comme affection distincte et primitive. On a vu, dans des cas de la première espèce, qui existaient depuis long-temps, des pierres se former dans la portion déplacée de la vessie, et on les a extraites avec succès en incisant la tumeur (3).

---

(1) Part. II, pag. 66.

(2) Pag. 270.

(3) RUYSCH, *Observ. anat. chir. Amst.*, 1691 ; obs. I,



On trouve, dans les auteurs, plusieurs autres exemples de hernie vaginale (1).

*Hernie dans la lèvre de la vulve. (Pudendal hernia.)*

M. COOPER a décrit, sous ce nom, dans la seconde partie de son ouvrage, une espèce particulière de hernie qui a beaucoup de rapport avec la hernie vaginale. Les parties descendent le long de la surface du vagin; mais, au lieu de s'échapper par les côtés de ce canal, elles passent entre lui et le muscle releveur de l'anus, et viennent former une tumeur dans le milieu de la grande lèvre. Cette espèce ressemble à la hernie vaginale dans son origine, et à la hernie périnéale, parce qu'elle sort sur

---

tab. I, et dans le *Thesaur. anat. octav.*, pag. 57, tab. III, fig. 3. — TOLET, de la *Lithotomie*. Paris 1708, chap. 25, pag. 176. — DUVERNEY, dans les *Mém. de l'Acad. de chir.*, tom. II, pag. 23.

(1) GUNZ, de *Hernies*, pag. 83 et suiv. — DEHAEN, *Ratio med.*, part. I, cap. VII, pag. 87. — HOIN, *Essai sur différentes Hernies*, Paris 1768, ou dans LEBLANC, *Précis d'opérat. de chir.*, pag. 459. — LEVRET, des *Poly-pes*, pag. 154. — J. C. STARK, de *Herniâ vaginali*, etc.; Jenæ 1796, in-8°. — STEIN, *Nachgelassene geburtshülflliche Wahrnehmungen*. I TH. 1807, n<sup>os</sup>. 22, 23 et 92. — CAMPER, *Diss. de optimâ agendi vel expectandi in medicinâ ratione*, 1776.



le côté ou entre les fibres du muscle releveur de l'anús. La situation de la tumeur fait qu'on peut la prendre pour un bubonocèle; mais la différence est que, dans ce cas, la partie supérieure de la grande lèvre est entièrement libre, tandis que, dans la hernie vaginale, la tumeur s'étend jusqu'à l'anneau. La tumeur n'offre pas de caractères particuliers. On peut la sentir le long du vagin, en introduisant le doigt dans ce canal. On doit la traiter de la même manière que la hernie vaginale. M. COOPER rapporte le cas suivant dans son ouvrage.

Une jeune femme, âgée de vingt-deux ans, présentait les symptômes de l'étranglement. Une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon occupait la grande lèvre gauche; elle était souvent descendue depuis six mois, mais la malade pouvait la réduire elle-même sans beaucoup d'effort et de douleur. La tumeur était placée au-dessous du milieu de la grande lèvre, dont la partie supérieure, ainsi que l'anneau inguinal, étaient exempts de toute tuméfaction. On pouvait sentir la tumeur sur le côté du vagin, presque aussi haut que le col de l'utérus. On éprouvait une impulsion pendant la toux. « Alors, dit M. COOPER, je saisis la tumeur, et en exerçant sur elle une compression légère qui fut cependant très-douloureuse : je la fis remonter au bout d'environ trois minutes. La réduction fut accompagnée de gargouillemens, et la malade se



trouva soulagée. La grande lèvre devint flasque, comme si une tumeur en avait été extraite, et lorsqu'on plaçait le doigt sur cette portion de peau flasque et déprimée, on pouvait le pousser dans une ouverture arrondie, placée en dedans de la branche de l'ischion, entre elle et le vagin. La seule méthode que la malade a employée jusqu'ici pour maintenir sa hernie, est un simple bandage de femme passé entre les cuisses et fixé autour de l'abdomen. »

---



## CHAPITRE XXIII.

## HERNIE SOUSPUBIENNE.

— — —

ON remarque au-dessous de la branche horizontale du pubis, une échancrure oblique considérable, au-dessous de laquelle le ligament obturateur n'existe pas, de sorte qu'il reste un espace suffisant pour le passage des vaisseaux et nerfs obturateurs. Cette ouverture a plus de largeur qu'il n'en faut pour transmettre ces parties; elle est formée en haut par l'échancrure du pubis, sur ses côtés et en bas par le bord du ligament. Des hernies se sont faites par cette ouverture; on les a décrites sous le nom de hernies obturatrices ou thyroïdiennes (*thyroïdeal hernia*).

ARNAUD l'ancien (1) paraît avoir le premier remarqué cette espèce de hernie, que DUVERNEY (2) a trouvée ensuite sur le cadavre. Il communiqua son observation à l'Académie royale des sciences, qui ne l'inséra pas dans ses mémoires. Le péritoine était sorti des deux côtés du bassin d'une femme par les ouvertures qui donnent passage aux vaisseaux obtura-

---

(1) *Mém. de l'Acad. de chir.*, tom. I, pag. 711.

(2) *Ib.*, pag. 714.



teurs, et formait deux tumeurs dont chacune avait à peu près le volume d'un œuf. Elles renfermaient l'intestin, étaient placées entre les têtes antérieures du muscle triceps adducteur, et ne formaient pas de saillie à l'extérieur. GARENGEOT connaissait les faits observés par ARNAUD et DUVERNEY, et en a publié quelques autres dans son *Mémoire sur plusieurs hernies singulières* (1), premier ouvrage dans lequel on trouve bien constatée l'existence de la hernie du trou ovalaire. Outre l'observation de DUVERNEY, ce mémoire en renferme une semblable faite par HOMMEL, prosecteur de l'amphithéâtre d'anatomie de Strasbourg. Il vit le péritoine s'engager à travers les trous ovalaires, et former des tumeurs de la grosseur d'un œuf de pigeon, et fit voir ces parties à GARENGEOT (2). L'expérience a depuis si pleinement confirmé ces faits, qu'il ne peut rester aucun doute à leur égard.

HEUERMAUN (3) trouva une anse de l'iléum, de la longueur d'un doigt et demi, engagée par le trou ovalaire du côté droit chez une femme, et conserva ces parties. Le sac, recouvert par la première et la seconde tête du triceps et le pectiné, avait ac-

---

(1) *Mém. de l'Acad. de chir.*, pag. 709 et 716.

(2) *Ib.* pag. 716.

(3) *Chirurgische operationen*; Copenh., tom. I, §. 262, pag. 758.



quis le volume d'un œuf de poule, et n'avait occasionné ni douleur ni tumeur pendant la vie. On a vu une entéro-épiplocèle dans le même endroit chez un jeune homme de dix-sept ans (1). CAMPER (2) et M. COOPER (3) ont rencontré sur le cadavre de petits prolongemens du péritoine dans le trajet des vaisseaux obturateurs; et j'ai eu depuis l'occasion de faire une observation pareille. Un cadavre de femme présentait, de chaque côté, une petite cavité capable de recevoir l'extrémité du petit doigt. Dans ce cas, comme dans celui de M. COOPER, les vaisseaux sanguins se trouvaient derrière le sac.

(1) KLINSKOSCH, dans les *Diss. med. pragens*, v. I, pag. 185; cité par RICHTER, pag. 296.

(2) « Memini me in cadavere macilenti senis peritonæi dilationes, profunde juxta obturantia vasa sinum ingredientes in utroque latere vidisse. » CAMPER, dans ses *Démonst. anat. pathol.*, lib. II, pag. 17.

VOGEL a rencontré un cas semblable. *Von den brüchen*.

La nature de l'observation rapportée par RAVATON (*Traité des plaies d'armes à feu*, pag. 306) est douteuse. Si c'était un cas de hernie du trou ovalaire, ce serait un exemple d'étranglement mortel.

On peut voir des notices sur d'autres cas plus ou moins authentiques dans GUNZ, *de Herniis*, pag. 79 et suivantes, pag. 96; et dans LENTIN, *Beytrage zur ausübenden arzney-wisseeaschaft*. 1804, pag. 42.

(3) Part. 2, pag. 70 et pl. 11, fig. 2; la hernie était fort petite, elle existait du côté droit chez un homme.



M. H. CLOQUET (1) rapporte dans tous ses détails une observation de hernie entéro-épiplocèle du trou ovalaire qui avait causé la mort. La tumeur qui ne faisait pas de saillie à l'extérieur, avait environ le volume d'un petit œuf de poule et contenait l'intestin et l'épiploon dans un état de gangrène. Elle était recouverte par le pectiné et le moyen adducteur, et reposait sur les vaisseaux et nerfs obturateurs. Les parties ont été déposées dans le musée de la faculté de médecine de Paris.

Dans les cas qui viennent d'être énumérés, la maladie n'a été reconnue qu'après la mort; et quand on vient à considérer comment la tumeur est environnée par les muscles de la cuisse, on ne doit pas s'étonner de trouver qu'elle n'a pas fait de saillie au-dehors et a toujours été d'un petit volume. Le pectiné, la longue et la moyenne branches du triceps, le muscle grêle interne, circonscrivent entièrement l'espace dans lequel le sac se forme, et doivent par leur pression s'opposer à tout accroissement considérable de sa part. Ces dispositions anatomiques porteraient sans doute à supposer qu'on ne peut jamais reconnaître la maladie pendant la vie. Cependant, GARENGEOT nous apprend qu'ARNAUD a réduit plusieurs hernies du trou ova-

---

(1) *Journal de CORVISART*, tom. 25. *Bulletin de la faculté de médéc.*, pag. 194.



laire, et les a retenues avec des bandages; que lui-même a vu et réduit deux semblables hernies sur des individus vivans, et qu'on a communiqué deux autres cas du même genre à l'Académie. La lecture attentive de ces faits ne m'a pas convaincu que c'étaient des hernies du trou ovalaire (1).

---

(1) Je pense qu'on ne peut douter que les deux cas rapportés par ESCHENBACH, n'étaient pas, comme il le dit, des hernies à travers le trou ovalaire. *Observata anatomico-medico-chirurgica rariora* 1769, pag. 265 et suiv.



## CHAPITRE XXIV.

## HERNIES ISCHIATIQUES.

ON connaît peu d'exemples de hernies par le grand trou sacro-sciatique du bassin. Comme le sac, dans cette région, est recouvert par le muscle grand fessier, on ne peut le reconnaître à l'extérieur tant qu'il n'a pas un volume considérable, et la résistance de ce muscle doit bien probablement s'opposer à son accroissement; aussi, trouve-t-on que cette affection n'a jamais été reconnue pendant la vie (1).

---

(1) On doit faire une exception à cette remarque, si, comme on le pense généralement, le cas rapporté dans l'*Epistola de Stupendâ herniâ dorsali* de PAPEN, était une hernie ischiatique. Une femme âgée de trente ans, s'aperçut du côté droit de l'anus d'une petite tumeur, qui peu à peu augmenta de volume jusqu'à représenter un grand sac pendant, qui descendait jusqu'aux genoux. La malade était obligée de se coucher du côté gauche, de suspendre sa tumeur quand elle travaillait, et de l'élever et de la comprimer pour faciliter l'évacuation des fèces. On entendait souvent des borborygmes dans cette partie; il paraît que cette infirmité n'altérait pas la santé de cette femme et ne l'empêchait pas de se livrer à des exercices pénibles, puisqu'elle mourut subitement en faisant la moisson, et que son corps



BERTRANDI (1) a vu l'intestin iléum déplacé du côté droit dans deux cas; et BOSE (2) rapporte que l'intestin grêle faisait hernie dans un cas qu'il rencontra. CAMPER (3) en trouva un exemple, du côté gauche, sur un bassin de femme. L'ouverture du sac était étroite et le fond très-large; le sac conte-

---

avait beaucoup d'embonpoint. La tumeur avait la forme d'une bouteille allongée, plus étroite vers l'anus, et augmentait de volume inférieurement. Sa longueur était d'une demi-aune, et sa circonférence en bas n'avait que la moitié de cette étendue. Elle formait une grande cavité tapissée par le péritoine, et contenait tout l'intestin grêle, avec une portion du gros intestin et de l'épiploon. La direction de l'estomac était verticale, et le pylore se trouvait sur l'orifice du sac dans le bassin; l'ouverture par laquelle les parties sortaient n'est pas décrite d'une manière précise. Les circonstances, que la tumeur avait pu être aperçue lorsqu'elle était petite, qu'elle était située près de l'anus et qu'elle était parvenue à un volume aussi considérable, me font douter que les parties soient sorties par le trou sacro-sciatique. HALLERI *Disputat. chirurg.*, tom. III.

J'ai également des doutes sur l'exemple que LASSUS a rapporté légèrement, et qu'il a considéré comme une hernie ischiatique. La tumeur avait le volume du poing; n'avait jamais été accompagnée de symptômes fâcheux, et fut guérie en deux mois par le repos dans le lit et le bandage. *Patholog. chirurg.*, tom. II, pag. 103.

(1) *Mém. de l'Ac. de chir.*, tom. II, pag. 2, note a.

(2) *Programma de enterocoele ischiadica*; Lips. 1772.

(3) *Demonst. anat. pathol.*, lib. II, pag. 17.



nait l'ovaire qui était plus gros que d'ordinaire. Le doigt, introduit dans le sac, pouvait être facilement senti au dehors, malgré l'épaisseur des enveloppes.

On trouve dans l'ouvrage de M. COOPER (1) un exemple semblable, où il se fit un étranglement mortel. La tumeur était petite, et son existence n'avait pas été soupçonnée pendant la vie du malade.

---

(1) Part. II, pag. 73, pl. 12 et 13.



## CHAPITRE XXV.

## HERNIES DIAPHRAGMATIQUES.

DANS quelques cas, un vice de conformation du diaphragme, consistant dans une ouverture contre nature de cette cloison, a permis aux viscères de l'abdomen de passer dans la cavité du thorax. Une semblable disposition doit troubler la respiration en raison de la grandeur de l'ouverture, déranger plus ou moins les fonctions intestinales, et de plus exposer le malade à un étranglement mortel.

Ces hernies ont été vues plus souvent du côté gauche du diaphragme que du droit, différence qu'expliquent facilement la situation du foie et son application exacte à la concavité de ce muscle. Cependant, quand ce muscle manque dans une grande étendue, on a vu chez des nouveau-nés, tout le foie être contenu dans la cavité droite de la poitrine (1); et l'on a observé aussi, dans le côté droit du diaphragme d'un adulte, une petite ouverture qui

---

(1) MACAULAY, dans les *Méd. observ. and inquiries*, vol. I, art. 4, cas. 2. — VICQ-D'AZIR, dans les *Mém. de l'Ac. des Scienc.*, 1772, part. II, 81.



donnait passage à une hernie moins volumineuse (1).

La portion musculaire du muscle est le siège le plus fréquent de l'ouverture; celle-ci n'a été vue que bien plus rarement sur la portion aponévrotique, et les hernies se sont faites encore moins souvent par l'ouverture qui donne passage à l'œsophage (2).

Quelquefois la hernie par le diaphragme, est congénitale; on trouve une grande partie des viscères abdominaux dans la poitrine, et les enfans meurent bientôt après (3).

---

(1) BONN, *Descriptio thesauri ossium morbosorum hoviiani*, n°. 204, pag. 69. L'ouverture se trouvait près de la vésicule du fiel; l'intestin colon et la totalité de l'épiploon étaient les parties déplacées. — BOWLES, dans les *Med. records and Researches of a private med. assoc.*, pag. 14. La hernie se trouvait sur le côté droit de l'appendice xiphoïde.

(2) FANTONI *de Observ. med. et anat. epist.* 1714. Epist. 23. L'estomac et une portion de l'épiploon étaient passés dans la poitrine. — Voyez aussi les *Ephem. nat. cur.* cent. 3 et 4, append., pag. 147. — SAINT-ANDRÉ dit qu'il trouva les parties étranglées près le passage du nerf, grand sympathique, dans un cas qui avait été funeste. Cependant sa description ne suffit pas pour faire reconnaître la véritable nature de la maladie. *Philos. transact.*, vol. XXX, n°. 351.

(3) HOLT, dans les *Philos. transact.*, vol. XXII, n° 277, pag. 992. L'enfant vécut deux mois. — STAEBELIN, dans



Quelquefois les parties s'engagent dans une ouverture contre nature, produisent des indigestions, des nausées, des coliques, de l'anxiété, de la difficulté de respirer, etc.; enfin, le malade meurt d'étranglement (1). Des vomissemens violens, la toux, et les autres efforts, peuvent déplacer les viscères

HALLER, *Disput. anat.*, vol. III, n°. 3. — MACAULAY, l. c. — KLEIN, *Dissert. sistens monstrorum quorundam descriptionem*; Stutg. 1794, obs. IV. — VETTER, *Aphorismen aus der praktischen anat.*, pag. 144. — COOPER, *on crural and umbilical hernia*, pag. 76. — SOEMMERING, *Ueber die ursache, Erkenntniss und behandlung der brüche am bauche und becken*, pag. 12. — HALLER, *Elem. physiol.*, tom. VI, pag. 118. — VAN-GEUNS, dans les *Mém. de la société hollandaise*, etc., tom. VIII, part. I, pag. 171. — SANDIFORT, *Observ. anat. pathol.*, lib. IV, cap. V, pag. 48, note p. — FOTHERGILL, dans les *Philos. trans.*, vol. XLIV, n°. 478; ou dans ses *OEuvres*, vol. I. Cet enfant vécut dix mois, et les symptômes qu'il éprouva sont exposés avec soin. — VICQ-D'AZIR, loc. cit.

(1) RIVERIUS, *Obs. med.*, cent, 4, obs. LXVII. L'observation d'une jeune personne, âgée de vingt-quatre ans, qui n'avait éprouvé aucun accident pendant sa vie. La hernie avait été produite par un émétique. — MORGAGNI, *de sed. et caus. morb.*, epist. 54, art. XII et XIII. — LIEUTAUD, *Hist. anat. med.*, tom. I, obs. CCXXII, etc. — LODER, *Programma obs. herniæ diaphragmatis*; Jenæ, 1784. — HALLER, VAN-GEUNS, SANDIFORT, VETTER, *Locis citatis*. — BARTHOLIN, *Hist. anat. var.*, cent. 6, hist. 55. — JAGWITZ, dans les *Act. berolinens*, dec. 2, vol. IV, obs. I. — PETIT,



ici comme dans les cas ordinaires de hernie. Une rupture du diaphragme (1), par des côtes fracturées, ou par d'autres causes accidentelles, peut permettre aux viscères du ventre de passer dans la poitrine.

L'estomac, le colon, l'épiploon, la rate, et le lobe gauche du foie, sont les parties qui se déplacent le plus souvent; on a trouvé aussi dans la poitrine l'intestin grêle et le foie en entier. Ces viscères sont en contact dans la poitrine avec les poumons; et les bords de l'ouverture qui leur livre passage sont lisses et polis, le péritoine et la plèvre se réunissant dans cet endroit. Cependant, on a vu

*Trait. des malad. chirurg.*, 2<sup>e</sup>. édit., pag. 229 et suiv. — CLARKE, dans les *Transact. of a society for the improvement of medical and surgical knowledge*, vol. II, art. VIII. — *Engravings de* BAILLIE, fasci. 4, pl. 8, fig. 1. — CHAUVET, dans les *Mém. de l'Acad. des Scienc.*, 1729, pag. 11. — MONRO, *on crural Hernia*, pag. 10.

(1) AMB. PARÉ, op. 1594, lib. IX, chap. III, pag. 308. — FAB. DE HILDEN, cent. 2, obs. 33. — MUYS, *Prax, Med. chir.*, dec. 5, obs. 2. — KIRSCHBAUM, *de Herniâ ventriculi*; dans les *Dissert. chir.* de HALLER, tom. III, pag. 218. — PLENK, *Sammlung von beobachtungen*, 1. theil. — DERRECAGAIX, dans le *Journ. de chir.* de DESAULT, tom. III, art. 2. — COOPER, *on crural and umbilical hernia*, p. 80. — MONTEGGIA, *Fasciculi pathologici*, Mediolani, 1789, pag. 99. — WHEELWRIGHT, dans les *Medico chirurg. transact.*, vol. VI, pag. 374.



un ou deux cas dans lesquels les parties déplacées étaient contenues dans un sac membraneux, formé par les deux membranes séreuses dont on vient de parler<sup>(1)</sup>. Dans un cas de ce genre, sans doute qu'il n'y avait aucune ouverture naturelle au diaphragme : les parties doivent avoir été poussées entre les faisceaux de ce muscle, dans des endroits où ils étaient plus faibles ou moins solidement réunis qu'à l'ordinaire. On conçoit aisément comment le péritoine doit céder à l'impulsion des viscères pour leur former un sac comme dans les autres espèces de hernies ; il est évident aussi que ce sac péritonéal doit être revêtu par la plèvre du côté de la poitrine. Ces deux membranes, cependant, sont trop adhérentes au diaphragme pour être susceptibles de se prêter à une grande distension.

Comme les symptômes d'une hernie diaphragmatique ne font point reconnaître son existence pendant la vie, et comme on ne pourrait soulager le malade, quand même on aurait reconnu cette affection, il n'y a rien à dire sur son traitement.

---

(1) BOWLES dans les *Medical records and researches*, pag. 15. — PETIT, liv. cit., pag. 233, dit que les parties déplacées (l'estomac, le colon et l'épiploon), étaient contenues dans un sac, formé par une « prolongation du péritoine, du diaphragme et de la plèvre ensemble, sans aucun écartement dans les fibres musculuses et tendineuses du diaphragme. »



## CHAPITRE XXVI.

## ÉTRANGLEMENTS DES INTESTINS DANS L'ABDOMEN.

---

LES cas dont il est question dans ce chapitre ne doivent pas être considérés comme des hernies proprement dites, puisque les viscères ne sont pas chassés de l'abdomen, mais bien étranglés dans l'intérieur même de cette cavité; et ce sujet n'est pas d'une grande importance en pratique, puisqu'il n'y a aucune tumeur extérieure, aucune possibilité de découvrir la nature de la maladie avant la mort, ni d'apporter le moindre secours au malade.

La suppression des selles est le premier symptôme qui se manifeste; une dilatation et une inflammation considérables du canal intestinal, au-dessus de l'étranglement, arrivent ensuite plus ou moins promptement. Cette affection inflammatoire s'étend sur toute la cavité, et détermine la mort du malade; il y a constipation insurmontable pendant toute la maladie. A l'ouverture du cadavre, les parties sont dans le même état que lorsque les malades sont morts de hernies étranglées. (*Voyez page 40.*)

Des adhérences membraneuses, en forme de corde, causent fort souvent l'étranglement; elles peuvent se fixer aux parois de cette cavité ou aux



parties qui s'y trouvent renfermées. Lorsque l'appendice vermiforme, la trompe de Fallope ou des appendices de l'intestin grêle, sont adhérens par leur extrémité libre aux parties voisines, elles peuvent occasionner la mort de cette manière (1). J'ai vu plusieurs exemples de ce genre. Il se forme quelquefois des sacs dans les replis du péritoine qui sont formés de deux feuilletts, comme le mésentère, le mésocolon, le mésocolon iliaque, et le ligament large de l'utérus (2). J'ai vu moi-même des exemples de ces deux derniers genres.

---

(1) *Giornale di medicina*, t. I, pag. 91. — AMYAND, *philos. trans. Abridged.*, vol. IX, pag. 124. — *Journal de médecine*, t. XXXII. — GARTHSHORE, dans les *Med. obs. and inquiries*, vol. IV, pag. 223. — MOSCATI, dans les *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. III, pag. 468. — LAPEYRONIE, *ibid.*, t. I, pag. 337. — KLOECKHOFF, dans *Haarlemische abhandlungen*, vol. XII, n° 8. — BORDENAVE, *Hist. de l'acad. des sciences*, 1779, pag. 8. — MEYER, de *Strangulationibus intestinorum in cavo abdominis*, Argent., 1776. — *Practical observations* de M. HEY, pag. 232. — VAN-DOEVFREN, *Specimen observ. acad.*, c. 5. — MONRO, *On crural hernia*, pag. 13. — COOPER, *On crural hernia*, pag. 83 et suiv.

(2) DE HAEN, *Ratio medendi*, part. II, cap. III, § 2. — KNOBLOCH, *Dissert. de entero mesocolocele*, Lugd. Bat., 1767. — MONRO, *On crural hernia*, pag. 12. — COOPER, *liv. cit.*, pag. 82 et suiv. — CALLISEN, dans les *Act. soc. med. Hafniens.*, vol. II. — DE WITT, dans *Abhandlungen der gesellschaft zu wissingen*, 1<sup>er</sup> theil.



---

# TABLE DES MATIÈRES.

---

PRÉFACE. . . . . page v

Explication des planches. . . . . xij

## CHAPITRE I<sup>er</sup>.

DESCRIPTION GÉNÉRALE DES HERNIES ; ÉNUMÉRATION DES

DIVERSES ESPÈCES. . . . . I

Section I. Description générale des Hernies. . . . . 3

2. Énumération des espèces de Hernies. . . . . 12

## CHAPITRE II.

CAUSES DES HERNIES. . . . . 17

Prédisposition. . . . . 21

## CHAPITRE III.

SYMPTÔMES DES HERNIES DANS LEURS DIVERS ÉTATS. . . . . 28

Section I. Symptômes de la Hernie réductible. . . . . *ibid.*

2. Symptômes de la Hernie étranglée. . . . . 35

Anatomie morbide. . . . . 40

Diagnostic. . . . . *ibid.*

## CHAPITRE IV.

DES CAUSES ET DES DIFFÉRENTES ESPÈCES D'ÉTRANGLEMENT ;

DU PRONOSTIC DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE. . . . . 49

Section I. Causes de l'étranglement. . . . . *ibid.*

Pression des bords de l'ouverture. . . . . 50

Etranglement par le col du sac. . . . . 51

Genres rares d'étranglement. . . . . 53

2. Diverses espèces d'étranglement. . . . . *ibid.*

Inflammatoire ou aigu. . . . . 54

Lent ou chronique. . . . . 55

Spasmodique. . . . . 57

3. Pronostic de la Hernie étranglée. . . . . 59

Hernies volumineuses et petites. . . . . 60

Siège différent. . . . . 61



|                                    |              |
|------------------------------------|--------------|
| Intestinale et épiploïque. . . . . | 62           |
| Agès différens. . . . .            | <i>ibid.</i> |

## CHAPITRE V.

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| TRAITEMENT DES HERNIES RÉDUCTIBLES. . . . .                                           | 65 |
| Construction et usage des bandages. . . . .                                           | 67 |
| Bandages non élastiques. . . . .                                                      | 68 |
| Bandages élastiques; leur construction et leur appli-<br>cation. . . . .              | 69 |
| Effets des bandages, portés constamment pour favo-<br>riser la cure radicale. . . . . | 82 |

## CHAPITRE VI.

|                                                                                     |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| CURE RADICALE DES HERNIES. . . . .                                                  | 89           |
| Anciennes opérations pour la cure radicale. . . . .                                 | 90           |
| Le caustique. . . . .                                                               | <i>ibid.</i> |
| La castration. . . . .                                                              | 92           |
| La suture royale et le point doré. . . . .                                          | <i>ibid.</i> |
| Effets de ces méthodes. . . . .                                                     | <i>ibid.</i> |
| Celle de Schmucker. . . . .                                                         | 94           |
| Objections contre tous les procédés de ce genre. . . . .                            | 95           |
| Suites fatales des opérations pratiquées sur des hernies<br>non étranglées. . . . . | 98           |
| Raisons contre l'opération. . . . .                                                 | 99           |
| Proposition d'exciter l'inflammation par un bandage<br>serré. . . . .               | 101          |

## CHAPITRE VII.

|                                                                         |              |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------|
| TRAITEMENT DES HERNIES IRRÉDUCTIBLES. . . . .                           | 104          |
| Causes de l'irréductibilité. . . . .                                    | <i>ibid.</i> |
| Examen de l'utilité de l'opération. . . . .                             | 107          |
| Traitement par le repos, les purgatifs, etc. . . . .                    | 109          |
| Bandages à pelotte creuse. . . . .                                      | 110          |
| Diminution de la capacité de l'abdomen dans les cas<br>anciens. . . . . | 111          |

## CHAPITRE VIII.

|                                            |              |
|--------------------------------------------|--------------|
| TRAITEMENT DES HERNIES ÉTRANGLÉES. . . . . | 114          |
| Indications curatives. . . . .             | <i>ibid.</i> |



|                                                     |              |
|-----------------------------------------------------|--------------|
| Section 1. Taxis ou réduction avec la main. . . . . | 116          |
| Danger de le continuer trop long-temps. . . . .     | 122          |
| 2. Traitement après la réduction. . . . .           | 127          |
| 3. Saignée. . . . .                                 | 131          |
| 4. Bain chaud. . . . .                              | 136          |
| 5. Purgatifs. . . . .                               | 137          |
| 6. Clystère de tabac. . . . .                       | 140          |
| 7. Antispasmodiques. . . . .                        | 145          |
| 8. Bain et topiques froids. . . . .                 | 147          |
| 9. Applications chaudes. . . . .                    | 149          |
| 10. Observations générales . . . . .                | <i>ibid.</i> |
| Traitement de Desault. . . . .                      | 150          |
| Dangers du retard. . . . .                          | 156          |

## CHAPITRE IX.

|                                                                                                                            |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| ANATOMIE DES HERNIES INGUINALES. . . . .                                                                                   | 160          |
| Section 1. Description anatomique des ouvertures par les-<br>quelles se font les hernies inguinales. . . . .               | 162          |
| Aponévrose de l'oblique externe. . . . .                                                                                   | <i>ibid.</i> |
| Ouverture de son tendon. . . . .                                                                                           | 164          |
| Bord inférieur de l'oblique interne et du trans-<br>verse. . . . .                                                         | 165          |
| Fascia transversalis. . . . .                                                                                              | <i>ibid.</i> |
| Ouverture du fascia transversalis . . . . .                                                                                | 167          |
| Péritoine qui tapisse la région inguinale. . . . .                                                                         | <i>ibid.</i> |
| Ouverture supérieure de l'anneau abdominal ,<br>et trajet du cordon spermatique. . . . .                                   | 168          |
| Canal abdominal. . . . .                                                                                                   | 170          |
| Artère épigastrique. . . . .                                                                                               | 172          |
| Méthode pour disséquer ces parties. . . . .                                                                                | 173          |
| 2. Description anatomique de la première espèce<br>de hernie inguinale ; celle qui traverse le<br>canal abdominal. . . . . | 175          |
| Trajet de la hernie à travers le canal. . . . .                                                                            | 176          |
| Sa situation relative au cordon spermatique. . . . .                                                                       | 177          |
| Enveloppe externe du sac herniaire. . . . .                                                                                | 178          |



|                                                                                         |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Position des vaisseaux spermatiques. . . . .                                            | 181          |
| Variétés dans la situation du cordon, et écartement des parties qui le composent. . . . | 182          |
| Trajet de l'artère épigastrique. . . . .                                                | 185          |
| Dissection de la hernie. . . . .                                                        | 188          |
| Siège de l'étranglement. . . . .                                                        | 189          |
| Section 3. Bubonocèle qui ne traverse pas l'ouverture inférieure du canal. . . . .      | 192          |
| 4. Hernie ventro-inguinale. . . . .                                                     | 196          |
| 5. Hernie inguinale des femmes. . . . .                                                 | 200          |
| 6. Hernie inguinale formée par le cœcum ou par la courbure sigmoïde du colon. . . . .   | <i>ibid.</i> |
| 7. Plusieurs hernies ensemble. . . . .                                                  | 207          |

## CHAPITRE X.

|                                                       |              |
|-------------------------------------------------------|--------------|
| SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC DES HERNIES INGUINALES. . . . | 209          |
| Section 1. Diagnostic. . . . .                        | 212          |
| Hydrocèle. . . . .                                    | <i>ibid.</i> |
| Amas de graisse dans le cordon. . . . .               | 214          |
| Varicocèle. . . . .                                   | 215          |

## CHAPITRE XI.

|                                                            |              |
|------------------------------------------------------------|--------------|
| OPÉRATION DE LA HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE. . . . .        | 218          |
| Section 1. Dénudation et ouverture du sac herniaire. . . . | <i>ibid.</i> |
| 2. Incision de l'étranglement. . . . .                     | 223          |
| Cas dans lequel l'artère épigastrique a été divisée. . . . | 230          |
| 3. Plaies de l'artère épigastrique. . . . .                | 233          |
| 4. Incision de l'aponévrose sans comprendre le sac. . . .  | 238          |
| Sur la réduction des parties sans ouvrir le sac. . . . .   | 240          |
| Réduction du sac. . . . .                                  | 242          |
| 5. Réduction des parties déplacées . . . . .               | 243          |
| Changemens de couleur de l'intestin. . . . .               | 244          |
| Signes de la gangrène. . . . .                             | 245          |
| Ordre du remplacement dans l'entéro-épiplocèle. . . .      | 246          |
| Adhérences. . . . .                                        | 248          |
| Préceptes généraux. . . . .                                | 251          |



|                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| Section 6. Traitement après l'opération. . . . .                            | 253 |
| Inflammation du péritoine. . . . .                                          | 254 |
| 7. Procédés proposés pour opérer la cure radicale. . . . .                  | 257 |
| 8. Manière d'opérer les hernies volumineuses. . . . .                       | 258 |
| Débridement sans ouvrir le sac. . . . .                                     | 259 |
| Histoire de cette méthode. . . . .                                          | 262 |
| 9. Opération dans le cas où la tumeur n'a pas traversé<br>l'anneau. . . . . | 266 |

## CHAPITRE XII.

|                                                        |              |
|--------------------------------------------------------|--------------|
| HERNIES ÉPIPLOÏQUES . . . . .                          | 267          |
| Remarques générales. . . . .                           | <i>ibid.</i> |
| Changemens dans la structure de cette partie . . . . . | 270          |
| Ablation des portions malades . . . . .                | 271          |
| Ligature de l'épiploon . . . . .                       | 273          |
| Objections contre elle . . . . .                       | <i>ibid.</i> |
| Ligature des vaisseaux saignans . . . . .              | 282          |
| Abandon de l'épiploon dans la plaie . . . . .          | <i>ibid.</i> |

## CHAPITRE XIII.

|                                                                                        |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| TRAITEMENT DES HERNIES DANS LESQUELLES L'INTESTIN EST<br>GANGRÉNÉ . . . . .            | 285          |
| Section 1. Symptômes et pronostic de la gangrène. . . . .                              | <i>ibid.</i> |
| Lésions cadavériques . . . . .                                                         | 286          |
| Effets divers suivant que l'intestin grêle ou gros<br>est affecté. . . . .             | 287          |
| Étranglement d'une partie du diamètre et pro-<br>cédé de la guérison. . . . .          | 288          |
| Gangrène d'un petit point. . . . .                                                     | 290          |
| Du cœcum et de son appendice. . . . .                                                  | <i>Ibid.</i> |
| Section 2. Traitement lorsqu'une partie seulement du canal<br>a été étranglée. . . . . | 291          |
| 3. Traitement lorsqu'un petit point seulement s'est<br>mortifié. . . . .               | 296          |
| Ligature dans le mésentère et épanchement fécal. . . . .                               | 297          |
| Circonstances qui s'opposent à l'épanchement. . . . .                                  | <i>ibid.</i> |
| Réduction de l'intestin et autre traitement . . . . .                                  | 301          |



|                                                                                 |              |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Section 4. Mortification de tout le diamètre de l'intestin . . .                | 308          |
| Proposition d'enlever la partie mortifiée et de réunir les deux bouts . . . . . | <i>ibid.</i> |
| Objections contre elle . . . . .                                                | 309          |
| Plaies de l'intestin fermées par la suture . . .                                | 315          |
| Expériences sur des animaux . . . . .                                           | 319          |
| Proposition de Lapeyronie de passer une ligature dans le mésentère . . . . .    | 321          |
| Traitement de Littre . . . . .                                                  | <i>ibid.</i> |
| Conduite à suivre . . . . .                                                     | 322          |
| Procédé de la réparation après la gangrène . .                                  | 323          |
| Observations à l'appui du traitement . . . .                                    | 331          |
| Opinions de Petit, Richter et Scarpa . . . .                                    | 340          |
| Remarques générales . . . . .                                                   | 342          |
| Section 5. Anus artificiel . . . . .                                            | 347          |
| Machines pour recevoir les fèces . . . . .                                      | 352          |
| Prolapsus de l'intestin à travers l'ouverture accidentelle . . . . .            | 355          |
| Observations . . . . .                                                          | 357          |
| Traitement . . . . .                                                            | 366          |
| 6. Fistule fécale . . . . .                                                     | 377          |
| Evacuation des fèces sans gangrène précédente de l'intestin . . . . .           | 380          |

## CHAPITRE XIV.

|                                                                                   |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| DESCRIPTION ANATOMIQUE DE LA HERNIE FÉMORALE . . .                                | 384          |
| Section 1. Description des parties dans lesquelles la hernie est située . . . . . | <i>ibid.</i> |
| L'os . . . . .                                                                    | <i>ibid.</i> |
| L'arcade crurale. . . . .                                                         | 387          |
| Aponévroses qui s'y attachent . . . . .                                           | 390          |
| Fascia iliaca . . . . .                                                           | <i>ibid.</i> |
| Anneau crural . . . . .                                                           | 391          |
| Fascia lata . . . . .                                                             | 392          |
| Vaisseaux fémoraux . . . . .                                                      | 396          |
| Observations générales . . . . .                                                  | 397          |



|                                                                   |              |
|-------------------------------------------------------------------|--------------|
| Section 2. Description anatomique de la hernie fémorale . . . . . | 399          |
| Situation et trajet de la hernie . . . . .                        | <i>ibid.</i> |
| Fascia propria . . . . .                                          | 402          |
| Siège de l'étranglement . . . . .                                 | 405          |
| Artère épigastrique . . . . .                                     | 407          |

## CHAPITRE XV.

|                                                        |     |
|--------------------------------------------------------|-----|
| SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC DE LA HERNIE FÉMORALE. . . . . | 408 |
| Distinction des tumeurs glandulaires . . . . .         | 411 |
| —De la hernie inguinale . . . . .                      | 414 |
| —Des abcès lombaires . . . . .                         | 415 |
| —Des varices de la veine fémorale. . . . .             | 416 |

## CHAPITRE XVI.

|                                                                       |              |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------|
| TRAITEMENT DE LA HERNIE FÉMORALE . . . . .                            | 408          |
| Hernie fémorale réductible . . . . .                                  | <i>ibid.</i> |
| Etranglée . . . . .                                                   | 421          |
| Étroitesse de l'ouverture et constriction de l'étranglement . . . . . | <i>ibid.</i> |
| Manière d'essayer la réduction . . . . .                              | 425          |
| L'opération . . . . .                                                 | 426          |
| Débridement. . . . .                                                  | 428          |

## CHAPITRE XVII.

|                                                                |              |
|----------------------------------------------------------------|--------------|
| DES HERNIES OMBILICALES . . . . .                              | 439          |
| Section 1. Anatomie de l'ombilic . . . . .                     | <i>ibid.</i> |
| Changemens après la naissance . . . . .                        | 441          |
| 2. Observations générales sur les hernies ombilicales. . . . . | 442          |
| Sac de la hernie ombilicale . . . . .                          | 445          |
| Causes. . . . .                                                | 449          |
| 3. Hernie ombilicale congénitale . . . . .                     | 452          |
| Description générale . . . . .                                 | 453          |
| Degrés divers. . . . .                                         | 456          |
| Traitement . . . . .                                           | 458          |
| 4. Hernie ombilicale dans les enfans . . . . .                 | 462          |
| Causes . . . . .                                               | <i>ibid.</i> |
| Cure spontanée . . . . .                                       | 465          |



|                                                      |              |
|------------------------------------------------------|--------------|
| Traitement . . . . .                                 | 468          |
| Ligature . . . . .                                   | 468          |
| Compression . . . . .                                | 480          |
| Section 5. Hernie ombilicale dans l'adulte . . . . . | 483          |
| Bandages . . . . .                                   | <i>ibid.</i> |
| Etranglement . . . . .                               | 486          |
| Opération . . . . .                                  | 487          |

## CHAPITRE XVIII.

|                                                                                              |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| DES HERNIES CONGÉNITALES . . . . .                                                           | 493          |
| Section 1. Hernie congénitale dans l'homme . . . . .                                         | <i>ibid.</i> |
| Changement de situation du testicule . . . . .                                               | 495          |
| Causes de la hernie congénitale . . . . .                                                    | 497          |
| Diagnostic . . . . .                                                                         | 504          |
| Opération . . . . .                                                                          | 506          |
| 2. Cas dans lequel les parties et le sac sont contenus<br>dans la tunique vaginale . . . . . | 512          |
| 3. Hernie congénitale dans la femme . . . . .                                                | 513          |

## CHAPITRE XIX

|                                                                               |              |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| DES HERNIES VENTRALES . . . . .                                               | 515          |
| Leur siège et leurs symptômes . . . . .                                       | <i>ibid.</i> |
| Causes . . . . .                                                              | 520          |
| Anatomie . . . . .                                                            | 523          |
| Traitement . . . . .                                                          | 524          |
| Bandages . . . . .                                                            | 525          |
| Etranglement . . . . .                                                        | 526          |
| Distension des parois abdominales . . . . .                                   | 527          |
| Tumeurs graisseuses dans la ligne blanche simu-<br>lant des hernies . . . . . | 530          |

## CHAPITRE XX.

|                                                          |     |
|----------------------------------------------------------|-----|
| HERNIES DE LA VESSIE OU CYSTOCÈLES . . . . .             | 534 |
| Mode de production et description de la tumeur . . . . . | 535 |
| Sac herniaire . . . . .                                  | 539 |
| Symptômes . . . . .                                      | 541 |
| Traitement . . . . .                                     | 542 |



## CHAPITRE XXI.

|                              |     |
|------------------------------|-----|
| HERNIES PÉRINÉALES . . . . . | 544 |
|------------------------------|-----|

## CHAPITRE XXII.

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| HERNIES VAGINALES . . . . . | 551 |
|-----------------------------|-----|

|                                            |     |
|--------------------------------------------|-----|
| Hernie dans la lèvre de la vulve . . . . . | 559 |
|--------------------------------------------|-----|

## CHAPITRE XXIII.

|                                           |     |
|-------------------------------------------|-----|
| HERNIES DU TROU OVALE DU BASSIN . . . . . | 562 |
|-------------------------------------------|-----|

## CHAPITRE XXIV.

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| HERNIES ISCHIATIQUES . . . . . | 567 |
|--------------------------------|-----|

## CHAPITRE XXV.

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| HERNIES DIAPHRAGMATIQUES . . . . . | 570 |
|------------------------------------|-----|

## CHAPITRE XXVI.

|                                                       |     |
|-------------------------------------------------------|-----|
| ETRANGLEMENT DES INTESTINS DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE. | 575 |
|-------------------------------------------------------|-----|

FIN DE LA TABLE.



CHAPITRE XXI

CHAPITRE XXII

CHAPITRE XXIII

CHAPITRE XXIV

CHAPITRE XXV

CHAPITRE XXVI

FIN DE LA TABLE



