

stance heureuse pour l'opération. En effet, le sac est à peine ouvert que la sérosité sort en abondance : on voit alors la portion étranglée d'intestin d'un rouge violacé ; quelques points plus fortement injectés semblent indiquer que les efforts de réduction ont été accompagnés de quelque violence. Une certaine étendue de l'intestin ayant été tirée hors du ventre, on s'aperçoit que la coloration remonte dans l'abdomen. Le doigt introduit dans la plaie confirme la justesse du diagnostic ; le sac herniaire est attiré en bas, et son collet ayant été incisé en haut et parallèlement à la ligne médiane, la portion étranglée rentre aussitôt dans le ventre. Le pansement est fait d'après les règles connues.

Des lavements sont administrés immédiatement après l'opération et amènent des selles abondantes.

Les jours suivants, le ventre était devenu douloureux. On donne au malade une infusion de camomille ; il rend beaucoup de gaz et se trouve soulagé.

Le quatrième jour de l'opération, l'état général était satisfaisant. On lève l'appareil, la plaie avait un bon aspect, le tissu cellulaire sous-péritonéal était seulement un peu tuméfié. (Boissons délayantes édulcorées.)

Le cinquième jour, le malade est pris tout-à-coup de délire, sans fièvre ni chaleur à la peau. On lui donne une potion calmante. M. Dupuytren, qui avait reconnu le délire nerveux, prescrit un lavement avec douze gouttes de laudanum. Les symptômes cérébraux se dissipent, et le septième jour ils n'avaient pas reparu ; le malade allait bien, et jusqu'au 1^{er} février on n'observe rien de particulier. A cette époque, dix-neuvième jour de l'opération, en examinant la plaie, qui paraissait du reste en voie de guérison, et en portant la main au-dessus de la fosse iliaque, on trouve une tumeur dure, rénitente, au centre de laquelle on sent un point de fluctuation. Quelle était sa nature ? un abcès stercoral ? Mais la hernie n'était étranglée que depuis douze heures lorsqu'elle fut réduite. Il y avait lieu de croire que c'était une inflammation développée dans le tissu cellulaire qui environnait le collet du sac, qui s'était ensuite propagée dans l'épaisseur

des parois abdominales. Abandonnée à elle-même, la tumeur pouvait causer un épanchement à l'intérieur. Si elle avait son siège dans le ventre, ouverte avant que les adhérences fussent établies entre les parois du foyer et l'abdomen, il pouvait en résulter un épanchement mortel. M. Dupuytren a vu, dans plus de vingt cas, ces abcès se vider par le canal inguinal ; il a même plusieurs fois favorisé cette issue du pus, en introduisant par ce canal une sonde de femme, qu'il faisait parvenir jusqu'au foyer. Ce fut dans cette intention qu'il mit, le 3 février, ce moyen en usage, mais il ne put faire arriver ni la sonde, ni même un stylet jusqu'au foyer ; il résolut d'attendre quelque temps, afin d'étudier la marche de la nature et de la seconder. Peu à peu, la suppuration se fit jour vers la peau. Bien sûr alors que des adhérences, suffisantes pour prévenir tout épanchement, existaient, M. Dupuytren fit, le 20 février, une incision. Il ne s'écoula d'abord qu'une faible quantité de pus de bonne nature, mais ayant enfoncé davantage le bistouri et agrandi l'incision, il sortit en grande abondance, et le malade fut immédiatement soulagé ; mais l'engorgement n'avait pas totalement disparu. Une mèche très fine, enduite de cérat, est introduite dans la plaie.

Le 21, il s'écoula encore beaucoup de pus ; le 22, il avait un peu diminué, et le malade allait bien. Le 24, il fut pris tout-à-coup, dans la soirée, de douleurs abdominales, de nausées, de coliques, de vomissements. (Sangues sur le ventre.) A la visite, ces symptômes étaient un peu calmés, mais le malade avait la face terreusée, les yeux enfoncés, l'aspect cadavérique. Le 25, il avait cessé de vivre.

Autopsie. — Cicatrice de deux pouces à la région inguinale droite, petite incision au-dessus. La tête et la poitrine n'offrent rien de particulier. Le péritoine présente des traces évidentes d'inflammation. Il y a une petite quantité de pus entre les circonvolutions intestinales qui sont légèrement adhérentes entre elles. On aperçoit un orifice fistuleux près l'ouverture abdominale du canal inguinal, situé entre le péritoine, et un abcès existant dans les parois du ventre. Une autre perforation correspond à l'ouverture extérieure des

téguments, mais elle est bouchée par des adhérences très intimes du cœcum. L'abcès paraît avoir pris naissance dans le canal inguinal, et avoir ensuite gagné les parois abdominales; il est borné en dedans par les adhérences des intestins aux parois du ventre, en dehors par la cicatrice. Il semble que les adhérences se soient rompues et aient produit l'épanchement qui a eu lieu par le premier orifice fistuleux que nous avons constaté.

Cette observation va nous fournir plusieurs remarques importantes : les individus affectés de hernie s'empressent de faire usage d'un bandage; mais ils croient pouvoir le quitter, soit pour satisfaire un besoin, soit pour se livrer au sommeil. Dans le premier cas, il arrive fréquemment que par un effort d'expulsion la hernie sort et s'étrangle; dans le second cas, le même accident a lieu, quelquefois en montant dans le lit ou en faisant certains mouvements; on ne saurait donc trop recommander aux personnes atteintes de cette incommodité de conserver nuit et jour leur bandage.

Chez notre malade, la hernie était inguinale et volumineuse; une anse considérable d'intestin paraissait être étranglée; mais l'orifice inférieur du canal inguinal, ce canal lui-même n'exerçait aucune constriction sur l'intestin, que l'on faisait mouvoir et remonter sans difficulté jusqu'à la partie supérieure du canal; l'étranglement existait donc au bord tranchant que forme le péritoine, au lieu où commence le sac; l'opération prouve la vérité de ce diagnostic. Tout présageait une terminaison heureuse, lorsqu'un de ces abcès qui ont lieu souvent dans le tissu cellulaire qui environne le collet du sac vint compliquer la maladie et déterminer une péritonite mortelle.

L'étranglement des hernies, si commun chez les adultes, et qui nécessite si fréquemment l'opération, ne se présente presque jamais à un si haut degré chez les enfants; aussi l'emploi de l'instrument tranchant est-il fort rare à cette époque de la vie. C'est à raison de ces particularités que le fait suivant nous paraît offrir un véritable intérêt, surtout en ce qu'il est peut être unique dans la science; du moins

nous ne sachions pas qu'on ait déjà constaté l'existence d'une hernie étranglée chez un enfant de vingt jours. M. Fournier d'Arras parle bien dans sa thèse d'une hernie étranglée chez un enfant de vingt-six jours, mais il n'en donne pas l'observation. A cause de la rareté du fait, le diagnostic présentait nécessairement quelques difficultés; car on pouvait être porté, *a priori*, à admettre une affection plus commune, d'autant plus que l'engorgement inflammatoire du cordon testiculaire, ou celui du testicule lui-même arrêté dans l'anneau, et plusieurs autres tumeurs situées dans l'aîne, peuvent se manifester par des symptômes analogues; mais, d'une autre part, en procédant par voie d'exclusion, l'existence du testicule dans la partie inférieure et postérieure des bourses, les vomissements de matières fécales, devaient faire croire à une hernie étranglée. Les déjections alvines jetaient bien encore quelques doutes, quoiqu'on pût s'expliquer cette circonstance, en admettant que ces matières venaient du gros intestin, le grêle étant étranglé; cependant, l'incertitude fit agir M. Dupuytren avec prudence, et l'engagea à ne pratiquer d'abord qu'une incision exploratrice. La présence de plusieurs vaisseaux arborescents à la surface de la tunique vaginale aurait pu faire croire qu'il y avait là une portion d'intestin, mais la forme de la tumeur et la fluctuation ont suffi pour empêcher l'erreur. Quant à l'opportunité de l'opération, le doute ne pouvait avoir lieu, car sans elle la mort était certaine, et avec elle, au contraire, il restait encore une chance de succès qu'on n'a pu obtenir malheureusement. Nous remarquerons, en outre, que les cris, chez l'enfant, sont un grand obstacle à la réduction, et qu'il n'est qu'un moyen d'y obvier, c'est de faire têter le petit malade pendant qu'on cherche à pratiquer le taxis.

Obs. V. — *Hernie inguinale étranglée, chez un enfant de vingt jours. — Opération. — Mort. — Autopsie.* — Le 13 mars 1828, fut reçue à l'Hôtel-Dieu, dans la salle Saint-Jean, n° 37, la nommée ***, accouchée depuis vingt jours d'un enfant mâle, assez grêle, portant à l'aîne droite une tumeur du volume d'un petit œuf de poule. Interrogée sur

L'origine de cette tumeur, la mère ne put nous donner aucun renseignement précis ; elle nous apprit qu'il y avait cinq jours que l'enfant n'allait plus à la selle, et que depuis deux seulement il existait des hoquets, des nausées, des coliques et des vomissements. Au moment de la visite, on reconnaît que la tumeur est dure, tendue, au niveau de l'anneau inguinal, molle et fluctuante à sa partie inférieure et postérieure où l'on constate la présence du testicule à travers le fluide épanché ; sa forme est pyramidale, allongée, à base tournée en bas et à sommet en haut ; elle est douloureuse surtout à la pression. M. Sanson, à la visite du soir, prescrit d'appliquer deux sangsues sur le siège du mal, ordonne un bain, et fait ensuite couvrir la tumeur de légers cataplasmes émollients. Le 14, au matin, M. Dupuytren retrouve les phénomènes ci-dessus énumérés ; en sa présence l'enfant éprouve des hoquets, des nausées et des vomissements de matières fécales ; il avait en outre eu deux selles peu abondantes pendant la nuit.

La tumeur peut être réduite en partie par un taxis modéré ; mais, à peine la pression a-t-elle cessé, qu'elle revient à son volume primitif. La douleur ne se borne déjà plus à la région inguinale ; elle se prolonge jusqu'au-dessous de l'ombilic. Néanmoins M. Dupuytren, après plusieurs observations sur la difficulté du diagnostic et l'opportunité ou l'inopportunité de l'opération, se détermine à agir le 15 mars, au matin.

Le petit malade étant couché sur un lit, maintenu par deux aides et par M. Sanson, le chirurgien en chef fait avec beaucoup de précaution et de ménagement une incision longitudinale à la partie antérieure et inférieure de la tumeur, divise successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, plusieurs membranes qui enveloppent le testicule ; bientôt la dissection met à nu une tumeur arrondie, du volume d'une grosse noix, d'un aspect dépoli, d'un gris marbré et présentant quelques vaisseaux arborescents, avec une fluctuation non équivoque ; il l'ouvre avec des ciseaux, et donne issue à un liquide roussâtre beaucoup plus épais que la sérosité qu'on trouve ordinairement dans le sac herniaire.

Pendant cette première période de l'opération, l'enfant pousse des cris continuels et rend par l'anus une assez grande quantité de matières fécales, circonstances qui n'empêchent pas l'opérateur de persister dans ses recherches. Il augmente l'incision en haut et en bas, isole avec soin les parties contenues dans la poche incisée, et reconnaît enfin une anse d'intestin en haut et en avant, et le testicule en bas et en arrière, tous deux en contact immédiat, d'où il résulte évidemment que la membrane qui renfermait la sérosité n'est autre chose que la tunique vaginale, à la vérité notablement épaissie. Il débride alors sur-le-champ directement en haut et parallèlement à la ligne blanche, l'étranglement formé par l'anneau et surtout par le collet du sac herniaire. La portion d'intestin sortie est d'environ deux pouces à deux pouces et demi ; elle est d'un rouge brun, mais d'une certaine résistance et sans odeur. Il cherche alors à réduire suivant sa méthode ordinaire, mais en vain : les cris de l'enfant sont un obstacle insurmontable ; il se détermine alors à le faire têter, et la réduction s'opère facilement. Il panse comme de coutume, c'est-à-dire qu'il couvre la plaie d'un linge fenêtré, enduit de cérat, qu'il recouvre de charpie, de compresses et d'un bandage approprié, le spica de l'aine, en ayant soin de tenir toujours la main appliquée sur l'anneau inguinal jusqu'à l'application complète de l'appareil, pour prévenir la sortie des intestins, excitée par les cris de l'enfant.

Ce dernier est replacé dans son lit ; le calme renaît ; on recommande de l'exciter au sommeil, de lui donner le sein quand il paraîtra le désirer, et d'éviter tout ce qui pourrait l'agiter et rappeler les cris. Le 16, une demi-heure après l'opération, un seul vomissement ; mais l'enfant n'a plus ni hoquets ni nausées ; plusieurs selles se succèdent ; le ventre est moins douloureux ; repos assez paisible, état général satisfaisant. Le 17, même état. Le 18, douleur assez vive dans la région hypogastrique, surtout aux environs de la plaie, tension, ballonnement du ventre, nausées, traits tirés, face pâle, altérée, pouls un peu accéléré et la peau chaude. (Fomentations émollientes, lavements émollients.)

Le 19, deux sangsues au-dessous de l'ombilic. Le 20, exaspération de symptômes, la douleur exceptée qui paraît obtuse, comme on l'observe chez la plupart des enfants. Le 21, mort dans la nuit.

Le 22, *autopsie*. — La plaie est encore aussi grande qu'au moment de l'opération, le testicule est un peu tuméfié; la paroi antérieure du thorax et de l'abdomen étant enlevée on aperçoit de nombreuses adhérences membraneuses et gélatiniformes qui unissent à la fois les intestins entre eux et ceux-ci à la partie postérieure de la paroi antérieure du ventre; quant aux intestins eux-mêmes ils sont intacts; seulement la portion qui faisait hernie est un peu rétrécie et hypertrophiée; une partie se trouve encore dans le sommet du canal, et entre le collet du sac et le tube intestinal engagé s'observent aussi de fausses membranes. Il existe, en outre, une quantité notable de sérosité puriforme dans la fosse iliaque droite, dans le petit bassin et vers l'attache du mésentère. Le foie, la rate et les organes thoraciques n'offrent rien de remarquable; la vessie est seulement un peu dilatée et remplie d'urine; le crâne n'a pas été ouvert (1).

Les difficultés dans le diagnostic, déjà si grandes lorsqu'il n'y a qu'une seule hernie étranglée et réduite en masse, augmentent bien plus encore lorsque deux hernies existent en même temps chez le même individu, et qu'une seule étant étranglée, elles ont été réduites toutes deux. Ces difficultés sont quelquefois telles alors, qu'il faut avoir un ardent amour de l'humanité et une extrême passion de son art pour lutter contre elles et chercher à les vaincre. Nous avons vu l'inflammation du péritoine compliquer une hernie non étranglée, et donner naissance à des symptômes qu'on a pris pour ceux d'un étranglement; l'opération pratiquée a fait voir l'erreur où l'on était tombée.

Obs. VII. — *Hernie inguinale double. — Étranglement depuis sept jours. — Première opération à gauche, sac herniaire sans intestin. — Seconde opération à droite, débride-*

(1) Observation recueillie par M. G. Sarazin.

ment du sac. — Guérison. — Geoffroy (Jacques), âgé de quarante ans, portait deux hernies inguinales, la gauche depuis deux ans, la droite depuis trois; la première était maintenue par un bandage depuis sept à huit ans, la seconde était abandonnée à elle-même. Le 21 août 1814, en passant sur la place du Carrousel, il entend craquer son bandage; il porte la main à sa hernie gauche, qui lui cause une vive douleur et a augmenté de volume. De retour chez lui, il fait de vains efforts pour la réduire, et éprouve tous les symptômes de l'étranglement. Le lendemain, il prend de lui-même deux grains d'émétique, appelle un chirurgien, qui, après beaucoup de tentatives de réduction, réussit enfin, le 26 au soir, cinquième jour de l'étranglement, à faire rentrer la hernie. Geoffroy se fait apporter à l'Hôtel-Dieu.

Le 27, à la visite du matin, M. Dupuytren est dans l'incertitude. A quelle maladie avait-il affaire? était-ce à une péritonite ou à une hernie étranglée? La douleur du ventre, les hoquets, les vomissements, la constipation, l'aspect grippé de la figure, sont communs à l'une et à l'autre maladie; à la vérité, le malade vomit des matières fécales, et cette espèce de vomissement ne s'observe que dans les cas d'obstacles au cours des matières. Ce signe suffit-il pour constater l'étranglement? peut-être n'est-il qu'une exception à la règle générale? En admettant l'étranglement, la péritonite ne s'est-elle pas déclarée? On a bien quelques exemples d'opérations de hernie pratiquées après une réduction en masse; mais il n'y avait qu'une hernie, et l'on sentait derrière l'anneau une tumeur dure; ici il y avait deux hernies réduites; on ne sentait pas de tumeur, on n'avait d'autres données sur l'existence antérieure de ces hernies que la dilatation des anneaux, et le récit du malade qui se contredisait à chaque instant pour tout le reste.

D'un autre côté, abandonnera-t-on le malade à lui-même?

M. Dupuytren n'ose recourir à l'opération ce jour-là; le lendemain, septième jour de l'étranglement, voyant ce malheureux voué à une mort certaine, s'il ne la pratique, il s'y décide quoique sans signes positifs.

De quel côté fera-t-il l'opération ?

■ Tout annonçait que le côté gauche était le siège de l'étranglement. M. Dupuytren se disposait à opérer ce côté ; mais sur l'observation qui lui fut faite qu'il existait une tumeur à la région inguinale droite, que le malade se plaignait d'une douleur plus grande de ce côté, il abandonne sa première idée, fait l'opération à droite, bien résolu de la pratiquer du côté gauche dans le cas où il ne trouverait pas d'étranglement du côté droit.

Une incision fut faite à la peau, suivant l'axe de la hernie ; sous elle était une petite tumeur qu'on put prendre un instant pour le cordon spermatique, ensuite pour le sac herniaire, lorsqu'on fut arrivé dans une cavité lisse d'où s'écoula une assez grande quantité de sérosité. C'était un kyste séreux, derrière lequel était placé le véritable sac herniaire : celui-ci, peu volumineux, ne contenait ni intestins, ni épiploon, seulement un peu de sérosité dans laquelle nageaient des flocons albumineux. Le doigt, introduit dans l'abdomen, reconnaît l'adhérence des intestins, soit entre eux, soit avec les parois abdominales, etc., signe non équivoque de péritonite. A l'instant, M. Dupuytren pratiqua l'opération de l'autre côté : sous la peau était une petite tumeur ; on incise avec ménagement les couches cellulaires qui la recouvraient, on ouvre une poche qu'on prend pour le sac herniaire ; dans ce sac était une masse grasseuse qui en impose pour l'épiploon ; M. Dupuytren le croit lui-même un instant ; mais apercevant au-dessous un feuillet fibreux, et faisant tousser le malade, il voit se soulever ce feuillet qu'il incise avec précaution, ainsi que quelques parties sous-jacentes : aussitôt s'écoula une grande quantité de sérosité sanguinolente. Dès ce moment, M. Dupuytren assure qu'il y a de ce côté un étranglement ; ce liquide, comparé avec celui qui était sorti de l'autre côté, en est une preuve évidente. On trouve dans le sac une petite masse grasseuse rougeâtre, qu'on reconnaît pour l'épiploon tuméfié ; le doigt introduit dans l'anneau sent à une assez grande hauteur une bride circulaire. On attire le sac au-dehors ; avec lui on fait sortir une petite portion d'in-

testin rouge, rénitent, et pendant qu'un aide tient fortement assujettis les deux bords de l'incision de ce sac, on conduit sur le doigt le bistouri boutonné, et on débride en haut et en dehors. La douleur du débridement détermine des efforts expiratoires qui chassent au-dehors une plus grande portion d'intestin ; on coupe la bride en plusieurs sens, et pour éviter une réduction en bloc, on fixe cette bride formée par le collet du sac pendant qu'on réduit l'intestin. Le malade, pansé, est apporté dans son lit ; il passe assez bien la journée. Du petit-lait, des quarts de lavement sont administrés, des fomentations émollientes sont appliquées sur le bas-ventre. Le soir, le malade a des vomissements ; le ventre est douloureux, la face rouge, le pouls accéléré, la langue couverte d'un enduit brunâtre. (Saignée.) Le lendemain, plus de vomissements, mais toujours des coliques, des hoquets ; le pouls est encore fréquent ; plusieurs saignées sont pratiquées ; enfin les douleurs se calment, le malade guérit ; il était en état de sortir vers la fin de septembre (1).

Si nous n'avions qu'un seul fait de l'espèce de celui que nous venons de rapporter, on pourrait croire qu'il est le résultat du hasard, qu'il ne se représentera jamais, et que la guérison, à la suite de l'opération qu'il a nécessitée, est aussi le produit de circonstances heureuses sur lesquelles on ne doit pas toujours compter. Mais les exemples de hernies doubles sont fréquents, et on observe souvent l'étranglement de l'une d'elles, l'autre restant libre ; enfin, ce même cas s'est présenté à moi avec des circonstances absolument semblables à celles de l'observation précédente, jusqu'à la fatalité qui a voulu que les opérations aient été commencées du côté où n'était pas l'étranglement.

OBS. VIII. — *Hernie inguinale double. — Première opération à droite, rien dans le sac. — Seconde opération à gauche. — Guérison.* — Lebeau (Pierre), âgé de trente-neuf ans, garçon traiteur, entra à l'Hôtel-Dieu, le mardi 26 novembre 1814, dans l'état suivant : son ventre était dur, bal-

(1) Observation recueillie par M. Cruveilhier.

lonné, son poulx petit, sa langue chargée, sa figure abattue; il éprouvait des hoquets, des vomissements. On fait appeler M. Dupuytren, qui questionne le malade, et lui demande ce qu'il avait. Il répond qu'il portait deux hernies, qui étaient sorties depuis huit jours. La même question, une seconde fois répétée, il dément la première réponse, en disant qu'il y a trois jours que cet accident lui est arrivé; une troisième fois, trente heures. Dans l'incertitude causée par les réponses du malade, on le saigne, on le fait baigner deux fois dans la soirée, des lavements purgatifs lui sont administrés, et l'on attend jusqu'au lendemain.

Le 27, mêmes symptômes: vomissements fréquents; point de selles. On questionne le malade de nouveau, et l'on obtient des réponses plus positives. Il dit qu'il avait deux hernies depuis treize ans, la droite plus ancienne de six mois que l'autre; que son habitude était de porter un bandage et de l'ôter tous les soirs en se couchant; que le lundi 25, voulant se lever à quatre du matin, il avait senti ses deux hernies sortir; qu'il avait essayé de les faire rentrer, mais que celle du côté gauche avait résisté aux efforts qu'il avait exercés; qu'enfin, ennuyé de ce qu'il ne pouvait y parvenir, il avait fait appeler un médecin qui, par de légers efforts, avait atteint le but qu'il s'était proposé. D'après cet éclaircissement et les symptômes marqués d'un étranglement, car puisque depuis le lundi matin onze heures le malade n'avait cessé d'éprouver des hoquets et des vomissements, et n'avait pas été à la selle, malgré les lavements qu'on lui avait administrés, M. Dupuytren jugea nécessaire de pratiquer l'opération; mais il fallait décider de quel côté existait l'étranglement. On fait marcher le malade dans l'intention de procurer l'issue des deux hernies: réapparition de celle du côté gauche, rien de semblable du côté droit. Suspension de l'opération jusqu'au soir. A quatre heures, mêmes symptômes, la hernie du côté gauche rentrant et sortant avec facilité. Opération décidée.

La hernie du côté droit opérée la première, parce que dans l'état de santé du malade elle rentrait et sortait avec facilité, présenta, après l'incision des téguments et celle du

tissu cellulaire, une tumeur cylindrique, dure, rosée; cette tumeur fut incisée à son tour avec précaution: c'était le sac. A son ouverture, un jet de sérosité purulente eut lieu. On porte le doigt au dedans, on arrive au collet du sac, et on le trouve rétréci et ridé en forme de cicatrice. L'introduction d'une sonde de femme dans le rétrécissement du collet a fait croire un moment que c'était la cause des accidents; mais, après le débridement en haut et en dehors, le doigt introduit par son ouverture est parvenu avec facilité dans la cavité abdominale.

La hernie du côté gauche est ensuite opérée; on arrive au sac, on l'incise avec précaution; sortie de l'épiploon très sain, on introduit le doigt, et l'on trouve le collet large; mais, plus profondément, on s'aperçoit que derrière lui existe une poche qui contient une petite anse d'intestin; on le fait rentrer dans l'abdomen, et on se contente de laisser l'épiploon dans le sac.

Dès ce moment, cessation des hoquets, des vomissements; une demi-heure après l'opération, lavements émollients; selles assez abondantes dans la nuit. Le 28, amélioration du malade; point de hoquets, de vomissements, ventre peu douloureux. Le 29, continuation de cet état. Le malade n'éprouvait aucun accident, lorsque, le 7 octobre, il eut une indigestion provenant d'une cause morale. De la camomille anisée lui fut prescrite, ainsi que des lavements émollients. Cette indigestion n'eut aucune suite fâcheuse, et le malade continuait à marcher vers la guérison, quand il survint un engorgement du testicule gauche et des vaisseaux spermaticques du même côté. Il se termina par un abcès que l'on ouvrit très près de la racine de la verge. Le malade se plaignait de ne pas dormir; des pilules avec un quart de grain d'extrait d'opium muqueux lui furent données. Dès ce moment son abcès diminua de jour en jour, ses plaies se cicatrisèrent; un bandage à double pelote fut appliqué dix jours avant son départ, et le malade sortit parfaitement guéri le 26 novembre, n'éprouvant aucune incommodité de l'opération qui lui avait été pratiquée.

On a vu, et nous ne craignons pas de le rappeler, que dans les deux cas qui viennent d'être cités, il n'y avait qu'un étranglement, et que l'opération a été pratiquée des deux côtés. Il n'y a pas eu d'erreur sur l'existence de l'étranglement, mais incertitude sur le côté où il siègeait; c'est que le volume et la tension du ventre n'ont pas permis de constater dans quelle région était la hernie étranglée et réduite en masse. Avec ce signe on aurait évité de faire deux opérations pour une; en son absence rien ne pouvait nous diriger. On a pu remarquer qu'un des malades a concouru à nous faire commettre cette erreur de lieu; mais si nous devons la regretter, combien ne sommes-nous pas satisfait de l'avoir réparée en pratiquant de suite l'opération sur l'autre côté, et en arrachant ainsi deux malades à une mort certaine! Nous n'avons d'ailleurs fait l'opération que dans ces deux cas, et, comme on vient de le voir, elle a parfaitement réussi dans tous deux.

Les symptômes peuvent simuler une hernie étranglée, et faire croire à la nécessité d'une opération. Dans un cas de ce genre, nous pratiquâmes une double opération, mais nous ne trouvâmes pas d'obstacles; l'individu guérit sans qu'il fût possible d'attribuer à un étranglement les accidents qu'il avait offerts.

OBS. IX. — *Existence de deux hernies. — Accidents simulant la hernie étranglée des deux côtés. — Double opération. — Pas d'étranglement. — Guérison.* — On apporte à l'Hôtel-Dieu, le 27 septembre 1814, un homme qui paraît dans un état désespéré; les extrémités sont froides, le visage décoloré, le pouls extrêmement petit, à peine perceptible, le ventre tendu, douloureux, surtout à sa partie inférieure; il y avait en outre des hoquets, des vomissements de matières sans odeur, de la constipation; nous croyons qu'il n'a que quelques heures à vivre; à peine peut-il nous répondre qu'il a depuis long-temps deux hernies inguinales, que ces hernies sont devenues douloureuses depuis une époque qu'il ne sait pas préciser. On le met au lit en attendant M. Dupuytren, qui, à son arrivée, le trouve dans le même état. Les signes

commémoratifs étaient d'une extrême importance, et cependant ce malheureux, pendant un grand quart d'heure, ne cessa de se contredire. On était donc réduit aux signes sensibles, et ils ne pouvaient indiquer d'une manière positive la cause de la maladie.

Était-ce une péritonite, un étranglement interne, ou une hernie réduite en masse?

M Dupuytren ordonne de continuer les lavements et de pratiquer une saignée au malade.

Le soir, une évacuation alvine très abondante a lieu, d'autres s'opèrent pendant la nuit; les vomissements cessent, mais les hoquets persistent.

Le lendemain, pouls développé, face rouge, ventre souple. Le malade est plus susceptible d'attention, et fait ainsi l'histoire de sa maladie (on vérifia l'exactitude de son récit par des questions multipliées et présentées sous diverses formes). Depuis onze ans environ, il avait deux hernies qui avaient paru à six mois de distance l'une de l'autre. Ces hernies, qu'il contenait par un bandage à pelote double, sortaient quelquefois sous le bandage, mais étaient facilement réduites; la droite sortait plus aisément que la gauche. Ces hernies ne lui avaient jamais causé d'incommodité, lorsque, la veille de son entrée, il fait un effort; les deux hernies s'échappent et deviennent douloureuses. Il fait rentrer lui-même la hernie droite, appelle un médecin qui réduit celle du côté gauche et prescrit de l'infusion de camomille. Les accidents de l'étranglement augmentent; on l'apporte à l'Hôtel-Dieu.

Quel parti prendre?

La plupart des symptômes de l'étranglement existaient; mais on n'avait pas ici de vomissement de matières fécales; les évacuations alvines se faisaient librement.

On fait marcher le malade; la hernie gauche sort; elle est molle et rentre facilement. Il n'y a pas de raison suffisante pour opérer.

Le soir, même état; le malade avait beaucoup évacué; point de vomissements ni de hoquets; ventre souple et sensi-