

au moyen des toniques, et dans le second, c'est aux antiphlogistiques ou au chirurgien qu'il faudra recourir. Il en est de même pour toute autre cause qu'on pourrait invoquer.

Les hémorrhagies qui se rattachent au *purpura* doivent être combattues *directement* par les astringents et les hémostatiques que j'indiquerai plus loin; *indirectement*, par les remèdes généraux, toniques, tels que l'eau rougie sucrée; le sirop de gentiane, le sirop antiscorbutique, le sirop de quinquina, à la dose de deux cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures; la *quinine brute*, à la dose de 20 centigrammes, par jour, dans du sucre.

Les hémorrhagies causées par la congestion passive de l'intestin au moment de la naissance réclament un traitement un peu différent. Les hémostatiques dont je vais parler tout à l'heure trouvent ici une application, comme dans le cas précédent, mais c'est le traitement général qui n'est plus le même. Lorsque l'enfant est pléthorique, et que tous les tissus paraissent gorgés de sang, si c'est au moment de la naissance qu'a lieu l'hémorrhagie, il faut laisser couler le cordon avant d'en faire la ligature; plus tard, quand on ne peut plus agir par le cordon, il faut mettre une sangsue à l'anus, ou deux par exception, si la première n'a pas produit de dégorgement, car à cet âge deux sangsues qui coulent abondamment peuvent produire un mal irréparable. Lorsque l'enfant n'a aucun signe extérieur de pléthore, et n'a rien de l'état dit apoplectique, il faut bien se garder de recourir aux émissions sanguines, qui ne sont plus motivées et qui n'auraient d'autre résultat que d'ajouter à la faiblesse produite par l'hémorrhagie intestinale celle qu'elles occasionnent habituellement par elles-mêmes.

Dans l'hémorrhagie causée par la phlegmasie aiguë ou chronique de l'intestin, on ne peut guère songer à l'usage des sangsues. Ces phlegmasies constituent presque toujours des maladies adynamiques; et si l'hémorrhagie se présente dans leur cours, c'est à une période avancée, à la période d'ulcération, lorsque la faiblesse est extrême, et où, par conséquent, les antiphlogistiques sont rarement indiqués. C'est à l'aide des astringents acides ou styptiques qu'il faut les combattre, médicaments qui trouvent aussi leur application dans les autres variétés d'hémorrhagie précédemment décrites. Ce sont les *moyens hémostatiques* proprement dits.

A ce titre, on peut donc employer, dans les diverses espèces d'hémorrhagie intestinale des petits enfants, l'eau froide à l'extérieur du ventre, à l'intérieur par la bouche, ou en lavements fréquemment répétés. Ces lavements doivent être composés de deux ou trois grandes cuillerées à bouche seulement. On peut les rendre plus actifs avec 20 centigrammes de tannin, ou avec 50 centigrammes d'extrait de ratanhia, ou 50 centigrammes de cachou, ou enfin avec 5 centigrammes de nitrate d'argent. Alors, il faut employer une petite seringue de verre et de l'eau distillée, afin d'éviter la décomposition prématurée du médicament.

L'extrait de ratanhia, de cachou, le tannin, l'acétate de plomb peuvent être donnés à l'intérieur, mais avec de grands scrupules, eu égard à l'âge tendre des enfants, et aussi sans perdre de vue la cause de l'hémorrhagie, qui doit, en quelques circonstances, empêcher leur emploi. Il faut s'abstenir de leur usage dans l'hémorrhagie intestinale passive avec état apoplectique. Ils peuvent être employés, au contraire, dans presque toute autre occasion, à la dose de 5 centigrammes par 60 grammes de véhicule pour le ratanhia, le cachou et le tannin, et de 1 centigramme pour l'acétate de plomb.

L'eau de Brocchieri et l'eau distillée de pin, l'eau de Tisserant à la dose de trois cuillerées par jour, l'huile de térébenthine à la dose de 5 à 6 gouttes dans de l'eau

sucrée toutes les heures, et le perchlorure de fer 20 gouttes dans 100 grammes d'eau sucrée sont infiniment utiles.

Quant aux polypes du rectum, il faut les faire sortir à l'aide d'un lavement, d'un purgatif ou d'une érigne, puis les arracher avec le doigt, ou jeter une ligature autour du pédicule, et faire l'excision au delà, d'après les règles indiquées dans les traités de chirurgie.

CHAPITRE XVIII

HERNIES DE L'ABDOMEN

Les hernies de l'abdomen, chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle, sont assez fréquentes; elles sont *congénitales* ou *accidentelles*, et ont pour siège l'*ombilic* ou l'*anneau inguinal*.

ARTICLE PREMIER

HERNIE OMBILICALE

§ I. — Hernie congénitale de l'ombilic.

La *hernie congénitale de l'ombilic*, désignée sous le nom d'*exomphale*, d'*omphalocèle* ou d'*éventration*, est caractérisée par la présence d'un sac plus ou moins volumineux situé au nombril et rempli par une ou plusieurs anses intestinales.

Au début de la vie intra-utérine, le cordon ombilical est un organe creux, servant de diverticulum à la cavité abdominale.

Cette dernière contient seulement la plus petite partie du tube digestif, ainsi que le foie et les organes urinaires et génitaux. Est-ce à la diminution de volume de certains organes temporaires, est-ce au développement de la cavité de l'abdomen qu'est dû le retrait de la portion du tube digestif primitivement contenue dans la base du cordon? Je n'ai pas à expliquer la cause de la rentrée du rudiment intestinal logé dans le cordon. Il suffit de constater que le fait se produit de la septième à la dixième semaine :

lorsque, après cette époque, la base du cordon ombilical reste dilatée, et que l'ampoule persiste, comme Hunter et Velpeau (1) en ont publié des exemples, cette ampoule constitue le rudiment de la hernie.

Il peut se produire quatre espèces de hernies ombilicales : 1° tumeur contenant à la fois une portion du foie et de la masse intestinale; 2° tumeur ne logeant qu'une partie du foie; 3° tumeur logeant le foie tout entier; 4° tumeur ne contenant que des anses intestinales.

1° *Tumeur ne contenant que des anses intestinales.* — Cette variété est pédi-

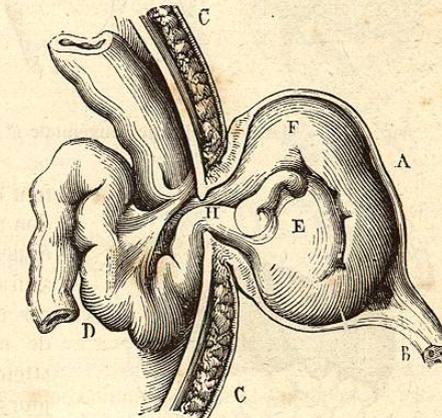


FIG. 86. — Hernie ombilicale congénitale pédiculée et irréductible (*).

(1) Velpeau, *Embryologie ou Oologie humaine*. Paris, 1833, p. 101, et pl. XI, fig. 6.

(*) A, hernie; B, cordon; C C, abdomen; D, gros intestin; F, colon ascendant; H, intestin grêle. FOUCHUT. — NOUV.-NÉS. — 7^e ÉDIT. 41

culée (fig. 86), et le contenu ne saurait en être repoussé dans le ventre à cause de l'étroitesse de l'ouverture ombilicale.

La portion de l'intestin normalement contenue dans la base du cordon parcourt toutes les phases de son développement dans l'ampoule ombilicale; aussi, lorsqu'arrive l'époque de la naissance, les parties herniées ne peuvent être réduites dans la cavité de l'abdomen. Le rudiment d'intestin contenu dans la base du cordon, continuant à se développer dans la cavité de la tumeur, finit par acquérir une masse assez considérable pour qu'il ne lui soit plus possible de rentrer dans la cavité abdominale. Ces sortes de hernies renferment seulement des anses intestinales; celles-ci appartiennent au colon et à la fin de l'intestin grêle, portion du tube digestif contenue primitivement dans la base du cordon.

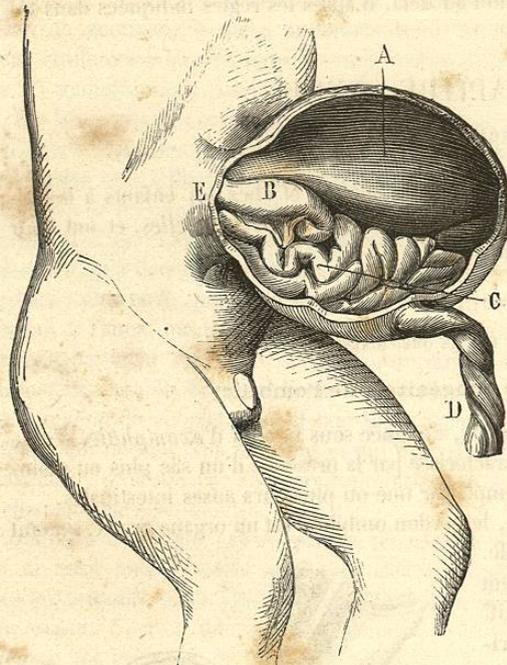


FIG. 87. — Hernie ombilicale congénitale (*).

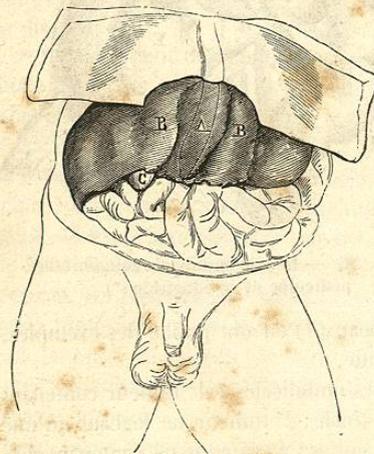


FIG. 88. — Hernie ombilicale congénitale (hépatocèle) (**).

(1) Stoltz, in Debout, *Considérations pratiques sur les hernies ombilicales congénitales* (Bull. de thérapeutique, 1861, t. LXI, p. 453).

(*) A, le foie; B, l'estomac; C, les intestins; D, le cordon ombilical.
(**) A, veine ombilicale; B, lobule hépatique; C, vésicule du fiel.

2° *Tumeur logeant le foie tout entier.* — Sous l'influence d'une attitude vicieuse de l'embryon, le foie tout entier a pénétré dans la cavité du cordon (fig. 87). Dans ces cas, la tumeur est également pédiculée. Mais ces faits ne sauraient intéresser que le tératologiste car il n'est pas d'exemple de fœtus affecté de ce vice de conformation qui ait pu atteindre son complet développement; toujours ils sont expulsés avant le septième mois de la grossesse.

3° *Tumeur logeant une partie du foie.* — Dans un cas observé par M. Stoltz (1), à l'autopsie, on a enlevé d'abord tout le plastron qui forme la paroi antérieure du tronc, et, en le repliant de haut en bas et de bas en haut (fig. 88), on reconnut qu'un lobe supplémentaire du foie était engagé dans l'anneau ombilical et formait

la hernie. La veine ombilicale A se trouva à la face inférieure de ce lobe, engagée dans la scissure verticale. Ce lobule B, placé au milieu du bord tranchant du foie, à gauche de la vésicule du fiel C, paraissait être formé aux dépens d'une partie de l'organe entier, d'une portion surtout du bord tranchant de cet organe, primitivement engagée dans l'ouverture abdominale et étranglée plus tard par l'anneau.

Dans la cavité péritonéale, on ne trouva qu'un liquide filant jaunâtre, en quantité moyenne (une cuillerée), mais point de fausses membranes et autres produits de l'inflammation. Péritoine pariétal et viscéral congestionné.

L'enfant était mort de sclérome, et les parties qui avaient été le siège du sclérome étaient marbrées, violettes, moins gonflées que pendant la vie; on put en exprimer une sérosité citrine; poumons d'un beau rose.

4° *Tumeur contenant à la fois une portion du foie et de la masse intestinale.* — La tumeur située à la base du cordon est si volumineuse, qu'il n'y a pas à songer à en faire la ligature, car elle comprend une partie de la paroi antérieure de l'abdomen. Elle est transparente et laisse voir les intestins qu'elle recouvre (fig. 89); semblable à un globe de verre surajouté au ventre, sa chute fait prévoir une épouvantable solution de continuité du ventre, et les enfants sont voués à une mort presque certaine.

Il n'en est pas toujours ainsi, car Requin (1) et Margariteau (2) ont chacun vu guérir un enfant né avec une exomphale du volume du poing.

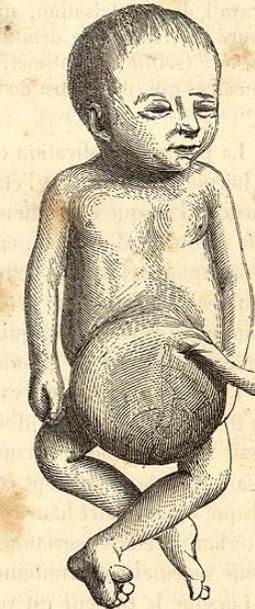


FIG. 89. — Fœtus mâle à terme affecté de hernie ombilicale. (Musée Dupuytren, lésions du tube digestif, n° 149.)

OBSERVATION I. — Enfant observé par Requin. La tumeur était réductible et formée par les enveloppes transparentes de la base du cordon. Après la rentrée des intestins, on pouvait affronter les bords opposés de l'ouverture ombilicale, et l'enfant cessait de souffrir et de crier.

Il ne prit qu'une faible alimentation dans les premiers jours qui suivirent la naissance, puis il eut quelques évacuations de méconium.

La tumeur, qu'on avait couverte d'un taffetas ciré arrosé d'huile d'amandes douces, augmenta de volume, devint irréductible, et ses parois offraient tous les phénomènes d'une péritonite au moins locale. Cette phlegmasie fit des progrès; l'enfant dépérissait, et fut pris d'une diarrhée abondante qui l'exténuait de plus en plus. Au onzième jour, le dévoiement s'arrête, l'enfant est plus calme, la tumeur s'affaisse, une portion est gangrenée, l'autre suppure; enfin, au vingt et unième jour, il n'y a plus de tumeur qui dépasse l'ombilic; l'enfant a repris des forces et de l'embonpoint, et, après cinquante jours, la plaie ombilicale, de circulaire, est devenue oblongue, n'a plus qu'un pouce de long sur 6 lignes de large, et toutes les fonctions de l'enfant s'accomplissent d'une manière satisfaisante.

OBSERVATION II. Enfant observé par Margariteau; venait de naître. Il était fort et bien conformé dans le reste de son corps. Le cordon reposait sur une tumeur de la dimension et de la forme d'un gros œuf de poule, le grand axe dirigé transversalement. Les parois de cette tumeur, constituées par une membrane gélatineuse de même nature que celle du cordon, remplaçaient la peau et la couche musculieuse qui con-

(1) Requin, *Histoire de la guérison d'une éventration congénitale* (Gaz. méd. de Paris, 1832, p. 639).

(2) Margariteau, *Bull. de thérap.*, t. XLVIII, p. 544

stitue la région ombilicale; c'était la continuation du cordon, ainsi qu'on l'observe sur les fœtus au quatrième ou au cinquième mois de la vie embryonnaire.

La distance qui séparait les deux bords normalement développés des parois abdominales était si grande, qu'il n'y avait pas à intervenir, et l'on abandonna cette malformation à elle-même, en se contentant de couvrir la tumeur avec un plumasseau de charpie enduit de cérat et en contenant la paroi abdominale avec un bandage. Le cordon et l'ampoule ombilicale tombèrent au vingtième jour; leur élimination s'était faite lentement, et au pourtour de cette membrane gélatineuse il s'était opéré un travail de cicatrisation qui avait prévenu l'issue de la masse intestinale.

L'enfant a eu huit ans en 1855; il a toujours joui d'une excellente santé. La proéminence ombilicale est beaucoup moins prononcée qu'à la naissance, grâce à ce travail de cicatrisation, qui s'est consolidé de jour en jour. Ses dimensions, aujourd'hui, sont: de droite à gauche, 8 centimètres; de haut en bas, 6; d'avant en arrière (saillie) 3 centimètres et demi. Il n'y a pas d'ombilie; on voit des cicatrices linéaires qui, du centre de la tumeur, rayonnent à la circonférence.

La première indication doit se tirer de la constitution anatomique des parois de la hernie, ou mieux de l'état de la couche extérieure qui appartient à la gaine du cordon. Lorsque cette membrane présente sa densité normale, on peut se borner à la recouvrir d'un linge enduit d'un corps gras ou mieux imbibé d'huile. Mais il arrive quelquefois que cette enveloppe offre une grande ténuité et qu'elle n'est pas doublée de gélatine de Wharton. On comprend que dans de telles circonstances la membrane péritonéale, qui forme le sac de la hernie, soit exposée à s'enflammer facilement et que de grandes précautions soient nécessaires pour la mettre à l'abri de l'influence des agents extérieurs. C'est probablement dans un cas de cette espèce qu'il est venu à l'esprit d'un médecin italien, le docteur Paroli, de recouvrir la tumeur avec l'épiploon encore chaud d'un animal. Le succès est venu couronner son essai; mais le pansement était-il renouvelé deux fois dans la journée ou seulement chaque vingt-quatre heures? a-t-il été continué, même après la chute de l'enveloppe extérieure? Nous regrettons qu'aucun renseignement ne nous ait été donné sur ce mode ingénieux de traitement.

Lorsque la tumeur est volumineuse, on doit chercher à éloigner le plus possible le moment de la chute de la couche extérieure de la hernie, afin de donner le temps à la cavité abdominale de se développer. Le moyen le plus efficace sera de combattre l'inflammation du bourrelet cutané qui cerne la tumeur et de saupoudrer la paroi externe de la hernie avec un mélange de poudres de charbon et de quinquina. Ce mode de pansement sera utile surtout dans les cas où la gélatine de Wharton, qui sépare les deux membranes, est abondante; on prévient la formation des ampoules pleines de sérosité B qui se forment alors. Si une apparence de putréfaction du cordon et de cette enveloppe se montrait, on ajouterait à ces poudres partie égale de chlorure de chaux. Dans tous les cas, on doit terminer le pansement en recouvrant la tumeur, et même tout le ventre de l'enfant, avec une couche épaisse de coton cardé.

Dans les cas de guérisons que nous rapportons plus loin, une des indications qui a paru dominer, aux yeux des médecins, est la réduction aussi prompte que possible des viscères herniés; et quand elle peut être effectuée, nous les voyons maintenir les bords de l'ouverture ombilicale, accolés à l'aide d'emplâtres agglutinatifs ou de la ligature des parois de la tumeur et même l'application de points de suture. Tous ces moyens sont inutiles, puisque la réduction des viscères s'opère d'elle-même par la rétraction de la membrane interne de la tumeur; une douce compression, exercée avec la bande destinée à soutenir les pièces du pansement appliqué sur la tumeur, suffit pour aider la rentrée des organes, qui doit se faire progressivement

et lentement. Du reste, pour peu que l'éventration soit considérable, la réduction immédiate est impossible. L'abdomen ne se développe qu'en proportion du volume des organes qu'il renferme: or, la masse intestinale se logeant dans le cordon, la cavité abdominale est rétrécie ainsi que nous l'avons déjà dit, et ne peut recevoir les parties qu'on prétend y refouler. Alors même qu'on y réussit, on soumettrait les viscères abdominaux à une compression qui serait préjudiciable à l'enfant. On doit donc se borner à de courtes manœuvres de refoulement, afin de hâter l'augmentation de la cavité du ventre et la préparer à pouvoir recevoir toutes les parties herniées lorsque la rétraction du sac herniaire aura lieu. La paroi abdominale, dans ces éventrations, n'a subi aucune perte de substance; comme le pensait Richter, les muscles droits existent, mais ils sont rejetés de chaque côté de l'ouverture ombilicale et contribuent par leur rétraction à porter obstacle à l'augmentation de la cavité abdominale. Les manœuvres de refoulement deviennent alors indispensables, mais elles doivent être pratiquées avec ménagement dans la crainte de provoquer une péritonite locale.

Dès que la membrane externe de la hernie est tombée, ces manœuvres doivent cesser et la pression par les pièces de pansement être elle-même très-modérée, pour ne pas réprimer le travail de bourgeonnement qui se fait sur le sac et ne pas nuire au mouvement concentrique du bourrelet cutané qui doit finir par recouvrir la tumeur.

En résumé, l'intervention de l'art doit se borner, dans les cas de hernies réductibles, à des manœuvres destinées à faciliter l'augmentation de la cavité abdominale rétrécie, jointes à une compression douce exercée par la bande destinée à soutenir les pièces de pansement enduites d'un corps gras qu'on applique sur les parois de la tumeur, puis à prévenir les accidents d'une péritonite locale et à les combattre lorsqu'ils viennent à se manifester.

Lorsque la brèche des parois abdominales est comblée, et par la rétraction du sac herniaire, et par le développement du bourrelet cutané qui entourait la base de la tumeur, toute trace de la lésion n'a pas disparu. Les tissus fibreux, qui doivent constituer l'anneau ombilical proprement dit, ont été tellement distendus par le volume des parties herniées, qu'ils ont perdu la faculté de revenir sur eux-mêmes, et il reste après la guérison une proéminence de la région ombilicale.

Dans un cas de guérison spontanée observé par M. Stoltz (1), la guérison était complète le quarante-sixième jour. La cicatrice a la forme d'un ombilic: la peau qui l'entoure est froncée comme l'ouverture d'une bourse fermée par un cordon. Cet ombilic est saillant. La peau est soulevée comme un segment de sphère, mais nullement étranglée à sa base, comme l'était la tumeur primitive. On peut facilement refouler cette proéminence dans le ventre, sans occasionner la moindre douleur à l'enfant. Dans le repos, l'élévation est peu sensible, mais elle augmente du double quand l'enfant crie.

§ II. — Hernie ombilicale accidentelle.

La *hernie ombilicale accidentelle* s'observe plus ou moins longtemps après la naissance chez les enfants qui crient beaucoup. La cicatrice cutanée ombilicale s'écarte de la cicatrice profonde, et forme une petite ouverture ou éventration par laquelle sortent les intestins au moment du cri et des efforts. Cette hernie, entièrement réductible, couverte par la peau, offre le volume d'une petite noisette et s'allonge

(1) Stoltz, *Hernie ombilicale congénitale par éventration, guérison spontanée* (Bull. de thérapeutique, 1857, t. LIII, p. 467).

quelquefois de 2 centimètres. Le doigt qui la déprime pénètre facilement dans l'ouverture ombilicale.

La hernie ombilicale accidentelle a peu d'inconvénients et ne fait pas souffrir les enfants. C'est une lésion qui inspire des craintes pour l'avenir, parce qu'elle peut persister, s'agrandir, et donner lieu plus tard à des accidents d'étranglement, chose cependant fort rare dans cette variété de hernie.

Il faut donc chercher à guérir les enfants de la hernie ombilicale, d'autant plus que c'est en général chose facile. Quand la hernie est congénitale et peu volumineuse, il faut, en faisant la ligature du cordon, repousser les anses intestinales contenues dans le sac, et, après la chute du cordon, maintenir sous l'ombilic une petite pelote compressive au moyen d'agglutinatifs.

La hernie ombilicale accidentelle se guérit toujours par la compression au moyen de compresses graduées maintenues avec un bandage de corps, ou une pelote d'amadou fixée dans de la toile, ou d'une pelote conique

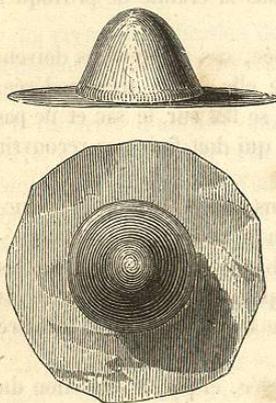


FIG. 90. — Pelote pour le traitement de la hernie ombilicale.

pleine de son, grosse comme une noisette, et tenue en place par une bandelette de diachylon; ou, enfin, d'une bande élastique de caoutchouc ordinaire ou tissé, ayant un relief au niveau de la hernie. Les bandages à ressort métallique sont douloureux, et ne remplissent jamais si bien les indications que les appareils dont je viens de parler, et il faut les repousser complètement de la pratique pour les enfants.

Demarquay (1) a eu l'idée de demander à Gariel un petit appareil (fig. 90) de caoutchouc vulcanisé, très-finement construit et rempli d'air; il a la forme d'un mamelon avec l'auréole; il est très-souple, très-doux et s'applique avec une grande facilité. On le maintient en place avec une bandelette de diachylon de deux travers de doigt de large et assez longue pour faire le tour du corps de l'enfant.

L'application peut en être faite par la nourrice ou par la mère. Cette petite pelote est d'abord collée par sa grande surface à la bandelette de diachylon. L'enfant étendu sur les genoux de sa nourrice, on procède à la réduction de la hernie et l'extrémité mousse de la petite pelote remplace la pulpe du doigt. On fixe immédiatement le diachylon autour du corps de l'enfant, et tout est fini.

Lorsque cette compression est bien faite et continuée pendant quelque temps, sous son influence et avec l'accroissement et l'embonpoint que prennent les enfants, le tissu cellulaire des parois abdominales se fixe à l'ombilic et des adhérences s'y établissent: le sac herniaire disparaît et une dépression cutanée succède à la tumeur ombilicale.

On a proposé un moyen fort ingénieux destiné à remplacer la compression. C'est au docteur de Mahy qu'on le doit. Il consiste à mettre une couche de *collodion pur*, sans addition de térébenthine ou d'huile de ricin, sur la hernie et à en renouveler l'application tous les huit jours ou dès qu'elle se fendille ou se détruit. Dans un premier cas, la guérison s'est accomplie en six semaines, et dans l'autre, publié par Pradier, il n'a fallu que douze jours pour l'obtenir. Le collodion resserre la peau en la faisant rentrer dans l'anneau ombilical, et il n'empêche aucun des soins qu'on donne aux enfants.

(1) Demarquay, *Traitement de la hernie ombilicale* (Bull. de thérap., 1856, t. LII, p. 535).

Le docteur Chicoyne a proposé le moyen suivant :
Procédé opératoire. — « Tout étant disposé pour l'application de l'appareil dont je me sers dans cette affection, lequel se compose de deux morceaux de bois de 12 centimètres de longueur sur 1 centimètre d'épaisseur, aplatis sur leur face correspondante et garnis au centre d'un petit linge fin, de deux fils cirés doubles, d'une compresse double fendue jusqu'à sa partie moyenne et d'un bandage de corps, l'enfant est placé sur les genoux d'un aide, la poitrine relevée, les cuisses fléchies sur le bassin: alors, après avoir réduit avec le plus grand soin la hernie, je fais faire à la peau qui recouvre le sac herniaire un pli longitudinal, que je saisis à sa base entre les morceaux de bois; les deux fils cirés les maintiennent fixés l'un contre l'autre de manière à s'opposer efficacement à la reproduction de la hernie et déterminer lentement la mortification de la peau exubérante, ainsi que l'inflammation adhésive de la base du pédicule; la compresse fendue est appliquée entre les bois et la peau; un bandage de corps, un peu plus large que les morceaux de bois n'ont de longueur, fixe le tout en place, et, pour éviter de le déplacer à chaque instant pour visiter la partie malade, j'y pratique vis-à-vis de la hernie une fente par laquelle il est facile de voir la peau qui en fait l'enveloppe. C'est à peine si pendant tout ce manuel opératoire l'enfant pousse quelques cris. Cet appareil doit rester en place cinq ou six jours, et pendant tout ce temps il doit être visité chaque jour, ainsi que la tumeur herniaire, qu'on peut voir aisément à travers la voûte pratiquée dans l'appareil. Les fils qui fixent les tasseaux ont ordinairement besoin d'être resserrés deux fois, le deuxième et le quatrième jour, parce qu'ils se relâchent, à cause de l'atrophie du sac par suite du sphacèle qui s'en empare. Une fois l'appareil enlevé et la portion de peau mortifiée exubérante excisée avec soin au moyen de ciseaux, la petite plaie qui en résulte est pansée avec un petit linge fin enduit de cérat et recouvert d'une compresse épaisse; un bandage de corps solidement fixé maintient le tout en place. Ce pansement est continué deux fois par jour jusqu'à la cicatrisation complète, qui a ordinairement lieu vers le dix-huitième jour.

» On doit, par précaution, continuer le bandage avec la compresse pendant deux ou trois mois après la guérison. Je dois pourtant dire que plusieurs personnes l'ont supprimé au bout de quelques jours, sans que pour cela la guérison radicale en ait souffert le moins du monde.

» Je me suis toujours très-bien trouvé de l'emploi de ce procédé. En effet, sur quarante enfants environ opérés par moi de cette manière, je n'ai pas eu un seul cas d'insuccès, et la cure radicale a été obtenue dans un délai de quinze à vingt jours. La moyenne du traitement a donc été de dix-huit jours.

» Outre le succès constant de ce procédé quand il est bien appliqué, il possède deux autres avantages immenses, à savoir, de n'être jamais suivi d'accidents, comme cela arrive par la ligature, et de ne pas faire souffrir l'enfant, qui conserve sa gaieté habituelle pendant toute la durée du traitement. »

ARTICLE II

HERNIE INGUINALE

La hernie inguinale est infiniment plus rare que la hernie par l'ombilic; elle est presque toujours congénitale, très-rarement accidentelle, et se montre ordinairement chez les garçons. Cependant Billard en a rapporté un exemple chez une fille; mais c'était une *hernie congénitale de l'ovaire*. Voici le fait:

OBSERVATION I. — Joséphine Romer, âgée de dix-sept jours, entra le 12 septembre