

à l'infirmerie. Elle est forte et paraît douée d'une bonne constitution; son ventre est légèrement tendu; il existe à la région inguinale gauche une tumeur arrondie, grosse comme une aveline, un peu dure au toucher, ne pouvant rentrer dans l'abdomen par le taxis, ne diminuant pas par la pression et n'augmentant pas par les cris de l'enfant. Elle se dirigeait obliquement vers la grande lèvre du même côté, mais n'arrivait pas encore jusqu'à elle. En considérant la situation de cette tumeur, on pouvait être porté à croire qu'elle était formée par une hernie inguinale congénitale; mais le sexe de l'enfant ne permit pas à Billard d'admettre cette supposition. Il suspendit son jugement, et, vingt-six jours après, l'enfant étant morte de pneumonie, il put rechercher anatomiquement la nature et la cause de cette tumeur.

*Autopsie.* — Le cadavre était réduit au demi-marasme; il y avait une injection très-marquée du tube intestinal, une inflammation des follicules du gros intestin, et une hépatisation très-prononcée du poumon droit à son lobe inférieur et à son bord postérieur.

La tumeur herniaire était formée par l'ovaire gauche descendu par le canal et l'anneau inguinal, qui étaient beaucoup plus larges qu'ils n'ont coutume de l'être chez les petites filles. La matrice, attirée par son ligament rond et par l'ovaire qui faisait hernie, était déviée de sa position naturelle et s'inclinait vers le côté gauche de la vessie. Le rein gauche, au lieu de se trouver sur le même plan que celui du côté opposé, était tiré en bas par le tissu cellulaire qui l'enveloppe et par un repli du péritoine qui avait des connexions avec l'orifice du sac; l'artère et la veine rénales avaient cédé à ce tiraillement et s'étaient allongées et rétrécies en même temps; enfin l'ovaire et le pavillon de la trompe, un peu rouges et un peu tuméfiés, étaient logés librement au fond du sac formé par un prolongement du péritoine avec la cavité duquel il communiquait. Il n'y avait point de circonvolutions intestinales adhérentes aux parties voisines, et l'ovaire du côté opposé était dans sa situation habituelle.

En examinant avec soin le ligament rond de l'utérus, du côté où existait la hernie, j'ai vu qu'il était beaucoup plus court que celui du côté opposé, et qu'il se terminait dans l'épaisseur de la grande lèvre par une expansion aponévrotique, au lieu de s'y perdre en filaments déliés, comme cela s'observe le plus ordinairement; de sorte qu'il paraîtrait que ce ligament, plus court et plus solidement fixé aux grandes lèvres que cela ne s'observe toujours, aurait d'abord causé la déviation de la matrice, et par suite l'entraînement de l'ovaire à travers l'anneau inguinal. Il est donc résulté de cette adhérence vicieuse que toutes les parties extensibles et mobiles du côté gauche de l'abdomen, qui avait des connexions de continuité ou de contiguïté avec les parties herniées, ont elles-mêmes été tirillées du côté de la hernie, parce qu'elles n'ont pu s'écarter les unes des autres, ni suivre le mouvement d'ampliation de l'abdomen pendant le développement de l'enfant dans l'utérus.

Guersant a rencontré plusieurs faits de ce genre, et une fois il s'est trompé sur la nature de la tumeur, à ce point qu'ayant voulu en pratiquer l'extirpation, il a ouvert le péritoine et occasionné une péritonite mortelle.

Voici un autre fait observé par Guersant :

OBSERVATION II. — Petite fille âgée de trois ans, atteinte de deux tumeurs inguinales, dont la première datait de six mois. Ces deux tumeurs ont depuis lors fait des progrès notables, surtout celle de droite, qui a aujourd'hui le volume d'un œuf de pigeon. Le siège de ces tumeurs est exactement celui des hernies inguinales; elles s'avancent inférieurement jusqu'à la partie supérieure de la grande lèvre. Toutes deux sont solides, et présentent même une consistance assez ferme. La tumeur du côté gauche est réductible. Celle du côté droit est beaucoup trop volumineuse pour pouvoir rentrer dans le ventre à travers l'anneau et le canal inguinal. Cette dernière est douloureuse, surtout au toucher; elle s'est accrue d'une manière sensible depuis quelque temps. L'enfant éprouve des coliques fréquentes; mais le ventre n'est pas douloureux à la pression. C'était un exemple de hernie ovarique.

Panas a également vu une hernie étranglée dont le sac contenait l'ovaire, la trompe et une anse intestinale chez une enfant de six mois.

A l'exception de ces faits de hernie inguinale formée par l'ovaire, il n'y a pas de hernie congénitale et inguinale formée par l'intestin tout seul chez les filles nouvellement nées.

Les hernies inguinales congénitales s'observent toutes chez des garçons, et sont le résultat de la sortie du testicule qui, de l'abdomen, se rend dans la tunique vaginale en poussant le péritoine au-devant de lui. Ordinairement la gaine formée par le péritoine se ferme au niveau de l'anneau inguinal et intercepte toute communication entre le testicule et l'abdomen. Mais quand cette occlusion n'a pas lieu, il en résulte un sac communiquant avec le ventre, et dans lequel peuvent se rendre l'épiploon ou les intestins et du liquide. C'est là le mécanisme du développement de la hernie inguinale des nouveau-nés.

Cette hernie n'existe pas toujours au moment de la naissance et peut se développer au bout de quelques jours seulement, sous l'influence des cris et des efforts de l'enfant. Dans cette circonstance, la disposition anatomique dont nous venons de parler existe encore et favorise la sortie des viscères. Il y a même des cas assez rares où, sans hernie, on a trouvé, peu après la naissance, cette communication de l'abdomen et de la tunique vaginale.

A. Cooper a vu deux faits plus particuliers dans lesquels, après fermeture de la tunique vaginale au niveau de l'anneau, les viscères avaient pressé sur la cicatrice en la refoulant dans les bourses et formant un sac artificiel: mais cela ne peut avoir lieu que quelque temps après la naissance. Hunt a opéré une hernie de cette espèce chez un enfant de vingt jours, et Lawrence chez un de quatorze. Ces cas rentrent dans l'histoire des hernies inguinales accidentelles.

La hernie inguinale et congénitale est plus grave que la hernie par l'ombilic. Elle est plus douloureuse et devient souvent l'occasion de coliques pour les enfants. Beaucoup plus fréquente chez les garçons que chez les filles, comme 40 est à 4, elle donne beaucoup de peine pour la maintenir et sa guérison est très-difficile. Elle n'est presque jamais l'origine d'accidents graves. Cependant il arrive quelquefois des phénomènes d'engouement et d'étranglement.

Andrews (1) en a vu un cas chez un enfant de quarante-cinq heures. La tumeur, d'abord grosse comme une orange, avait acquis le volume de la tête. Ne pouvant la réduire, il l'opéra. C'était une hernie inguinale oblique, étranglée au niveau de l'anneau interne. Elle renfermait la plus grande partie de l'intestin grêle, sans épiploon. La guérison fut très-rapide et eut lieu sans accident. L'enfant s'est bien développé, gardant un bandage, et il en est résulté une guérison radicale.

Marjolin en a vu chez des enfants de quinze mois. Guéniot a opéré un garçon de trois mois, et, en 1874, Somerville a vu un garçon de dix jours qui eut une hernie congénitale inguinale étranglée pendant vingt-quatre heures. Le taxis était tellement douloureux qu'on ne put le pratiquer. L'enfant vomissait continuellement et n'allait pas à la garde-robe, mais vingt-quatre heures après il guérit par la réduction naturelle de la tumeur.

Debort (d'Orsay) en a publié un cas en 1876 (2) sur un enfant de huit mois. Un autre exemple a été publié par Vergely; mais, dans ce fait, pendant l'opération au moment de la réduction de l'intestin, il y a eu déchirure suivie de péritonite et l'enfant a succombé.

L'engouement d'une hernie inguinale a été observé chez un enfant de six mois, et simule tout à fait l'étranglement herniaire. Ainsi Goyrand (d'Aix) s'y est mépris,

(1) Andrews, *Philadelphia medical Times*, 1874 et 1875.

(2) Debort, *France médicale*, 1876.

et comme d'ailleurs les circonstances étaient pressantes, que le taxis était sans résultat, il fit l'ouverture du sac pour faire rentrer le colon iliaque hernié et rempli de matières stercorales dures. — Après cette opération, le cours des matières se rétablit, mais l'enfant mourut au bout de quarante-huit heures.

L'étranglement s'observe quelquefois. Pichaud en a observé un exemple sur un enfant de dix mois qu'il a opéré et guéri. En voici deux autres publiés, l'un par Neucourt (1), et l'autre par Ravoth (de Berlin) (2) :

OBSERVATION III. — On m'appela précipitamment, dans le courant du mois d'avril 1850, pour visiter l'enfant de M. B... A mon arrivée, l'enfant, âgé d'un an, bien constitué, poussait des cris aigus. Les parents me racontèrent que ces cris duraient depuis quelques heures, et qu'après bien des recherches, ils s'étaient aperçus que l'aîne gauche était tendue et douloureuse : jusqu'à présent, il n'y avait rien eu d'anormal à cette région. Je vis, en effet, que l'aîne de ce côté était soulevée par une tumeur grosse comme le doigt, dure, douloureuse au toucher, se continuant manifestement avec le canal inguinal. Les deux testicules étaient descendus. L'enfant avait vomé à plusieurs reprises de la bouillie, ce qui ne lui était pas ordinaire ; pas de selle. L'apparition subite de la tumeur, sa forme, la douleur à la pression, me firent penser que j'avais affaire à une hernie inguinale, que je comptais réduire immédiatement. Les tentatives furent très-douloureuses, et, contre mon attente, le taxis pratiqué méthodiquement ne produisit rien. Je procédai avec plus d'attention, et, après des tentatives assez longues, je sentis la tumeur céder un peu sous le doigt en s'amollissant ; j'entendis un léger gargouillement, et quelques pressions firent tout rentrer. L'enfant s'apaisa aussitôt.

J'appliquai une bande et une compresse, et je prescrivis un lavement.

Le lendemain, tout était bien. Je fis appliquer une bande avec pelote pendant plusieurs mois, par précaution ; au bout de deux mois, il n'y avait plus trace de hernie.

OBSERVATION IV. — Opération de hernie étranglée sur un enfant de quatorze mois, par le docteur Ravoth (de Berlin). — La hernie était congénitale, inguinale, du côté droit, et n'avait été retenue que depuis le sixième mois ; mais le bandage avait beaucoup de peine à l'empêcher de sortir, parce qu'elle était devenue très-volumineuse. Une excoriation déterminée par la pelote fit enlever le bandage momentanément ; la hernie sortit et ne tarda pas à s'étrangler. Le taxis, souvent pratiqué déjà par la mère et le bandagiste, n'eut pas de résultat. M. Ravoth, appelé quarante-huit heures après l'accident, ne fut pas plus heureux, et procéda, quatre heures plus tard, à l'opération. La hernie occupait tout le scrotum, qui avait le volume d'un petit poing d'homme. L'incision fut faite petite ; deux artères peu volumineuses furent immédiatement liées pour laisser perdre le moins de sang possible. Le sac herniaire ne fut pas ouvert, mais, après l'avoir mis à nu, on arriva immédiatement à l'anneau inguinal ; on se contenta de le dilater avec un petit crochet mousse, en même temps que l'on pratiquait le taxis. Cette manœuvre fit rentrer facilement l'intestin. En examinant encore une fois l'anneau inguinal, on y découvrit l'appendice vermiculaire sous la forme d'une petite anse, et on le repoussa sans difficulté. L'opération ainsi que les pansements suivants furent faits pendant le sommeil chloroformique. Les suites de l'opération furent simples et sans accidents notables ; la moitié de la plaie se ferma par première intention ; mais, le cinquième jour, la hernie se reproduisit sous l'influence des cris de l'enfant et décolla les lèvres réunies de la plaie. On fit alors un pansement simple journalier, mais l'intestin avait une extrême tendance à sortir de nouveau. Néanmoins la plaie était fermée le vingt-deuxième jour, et un bon bandage a pu être appliqué peu à peu, avec beaucoup de précautions.

Ravoth établit en principe d'appliquer un bandage aussitôt que possible dans les cas de hernie congénitale. Cette affection cause beaucoup d'inconvénients aux enfants ; ils souffrent de coliques, sont sujets à des altérations gastriques qui

(1) Neucourt, *Gazette des hôpitaux*, 1859.

(2) Ravoth, *Union médicale*, 1860.

agissent défavorablement sur la nutrition et leur développement ; la hernie tend toujours à s'accroître, ce qui la rend difficile à contenir et diminue les chances d'une guérison radicale ; le testicule et le cordon spermatique peuvent en souffrir ; enfin, la hernie peut s'étrangler et nécessiter une opération ordinairement mortelle (1).

Il faut prendre garde aussi de se tromper sur la sortie du testicule, et il importe de ne pas confondre les tumeurs inguinales formées par cet organe avec la hernie inguinale proprement dite. Cela se fait assez souvent, et j'ai plusieurs fois enlevé des bandages mécaniques mis sur des testicules retenus dans l'anneau et considérés comme des descentes, c'est-à-dire comme des hernies inguinales. On sait que le testicule n'est pas toujours dans le scrotum au moment de la naissance, et qu'il y descend plus ou moins tardivement. En conséquence, il n'y a pas lieu à reconnaître une hernie tant que cet organe n'a pas pris la place qu'il doit occuper. Dans le cas où le testicule paraît descendu, il faut encore faire attention à ne pas prendre une anse intestinale pour le testicule et *vice versa*. Pott a failli s'y tromper ; car il a vu, chez de très-jeunes enfants, une portion d'épiploon ou d'intestin descendue dans le scrotum, alors que le testicule était encore à l'anneau et même dans le ventre.

Dans une pièce du musée Dupuytren (fig. 91), un testicule atrophié est retenu dans l'anneau inguinal ; il est longé à son bord inférieur par un épидидyme, dont une petite portion, comme pelotonnée sur elle-même, commence à s'engager en avant du testicule. C'est là un premier degré de l'anomalie (la dissociation de l'épididyme et de la glande séminale) ;

car cette portion de l'épididyme n'a pas encore franchi l'anneau inguinal. Du reste, le testicule appartient à la catégorie de ces testicules flottants qui peuvent descendre dans le scrotum par une pression ménagée et remontent aussitôt après dans le canal.

La *hernie inguinale accidentelle* acquise plus ou moins longtemps après la naissance est, au contraire, fort dangereuse, et même tout aussi dangereuse que celle de l'adulte ; elle peut occasionner l'engouement et l'étranglement du viscère, d'où les vomissements, la constipation, la péritonite et la mort ; accidents qu'il faut conjurer par une opération fort grave, qui est celle de la *hernie étranglée*.

Parmi les tumeurs qui peuvent être confondues avec la hernie inguinale, il faut encore citer l'*hydrophisie enkystée du cordon*. En voici deux exemples publiés par Neucourt :

OBSERVATION V. — Un garçon de quatre ans, très-gras, d'une excellente santé, présentait depuis quelque temps une tumeur à l'aîne qui, en grossissant, attira l'attention des parents.

Je le vis pour la première fois en mars 1850. Cette tumeur partait de l'aîne du côté droit et s'étendait inférieurement à peu près d'un pouce. Elle était très-dure, présentant une sorte d'élasticité très-résistante, complètement indolente. Comme elle avait toutes les apparences d'une hernie, je tentai la réduction ; mais quoique les pres-

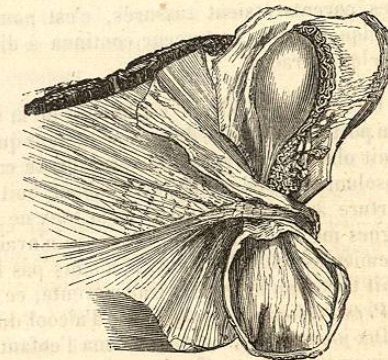


FIG. 91. — Anomalies de position du testicule.

(1) Ravoth, *Monatschr. für Geburtsh.*, septembre 1858.

sions ne fussent pas douloureuses, la tumeur fuyait sous le doigt et conservait une fixité remarquable.

En remontant, on ne sentait aucune apparence d'ouverture à l'anneau inguinal; les efforts de la toux ne retentissaient nullement dans la tumeur; le testicule était descendu des deux côtés. L'enfant ne se plaignait de rien, il n'avait pas de coliques, et continuait à jouir d'une excellente santé. J'avoue que j'étais dans une grande incertitude, trouvant les signes négatifs d'une hernie et n'étant pas sûr d'avoir affaire à une hydropisie enkystée du cordon. Je fis coucher l'enfant et je le tins au lit pendant deux jours. La tumeur ne disparaissait nullement et conservait son volume.

Je dois dire à ma honte que ce n'est qu'après quelques jours que je songeai à l'emploi d'un moyen décisif par lequel j'aurais dû commencer, c'est-à-dire l'examen de la tumeur avec une lumière. Immédiatement je constatai sa transparence, ce qui leva toutes mes incertitudes. Je fis alors lever l'enfant et l'on maintint sur la tumeur des compresses imbibées d'alcool du commerce. Au bout de dix jours, la tumeur avait diminué d'un tiers. On continua; et elle diminua de plus de moitié. Les parents étaient rassurés, c'est pourquoi on suspendit les compresses pendant quelque temps. La tumeur continua à diminuer; au mois de mai il n'en restait que quelques traces.

OBSERVATION VI. — Un homme de la campagne m'amena son fils âgé de huit ans, qui portait dans l'aîne droite une tumeur que l'on croyait être une descente. Cette tumeur était oblongue et arrondie, partant du canal inguinal, non douloureuse au toucher, absolument irréductible, soit debout, soit couché. Il n'y avait pas d'apparence d'ouverture au canal inguinal, et la toux ne retentissait nullement dans la tumeur. Ces signes me firent déjà penser que je n'avais pas affaire à une hernie: éclairé par le premier cas cité plus haut, je n'omis pas l'examen immédiat à la lumière. La tumeur était très-manifestement transparente, ce qui fixa le diagnostic.

*Prescription.* — Compresses d'alcool du commerce constamment sur la tumeur.

Dix jours après, on me ramena l'enfant: la tumeur était beaucoup plus molle et moins volumineuse. Continuation du traitement.

La tumeur ne tarda pas à disparaître complètement; mais en octobre 1850, six mois après mon premier examen, on me ramena l'enfant, qui n'avait plus son hydropisie enkystée du cordon, mais une hydrocèle bien caractérisée. Je fis appliquer des compresses d'alcool et tout disparut rapidement.

On voit que l'hydropisie enkystée du cordon présente une tumeur allongée, résistante, dont le siège est précisément le même que pour la hernie inguinale, mais elle s'en distingue par son élasticité, son irréductibilité. Tandis que la hernie est molle, augmente ou diminue de volume, selon que l'enfant crie ou reste en repos, diminue ou disparaît complètement par la pression ou par la simple position horizontale, l'hydropisie enkystée ne se réduit que très-imparfaitement et ressort immédiatement; les cris et les efforts de l'enfant n'y retentissent pas comme dans la hernie; enfin, et ce signe est de la plus haute importance, l'hydropisie enkystée est transparente comme l'hydrocèle lorsqu'on l'examine entre l'œil et une lumière.

Je ferai remarquer, en passant, les effets très-avantageux de l'alcool pur, qui a amené une résolution complète dans les deux cas.

**Traitement.** — Le traitement des hernies inguinales de l'enfant, qu'elles soient congénitales ou accidentelles, consiste dans une compression méthodiquement exercée.

On sait que, en raison de la nature particulière de la hernie inguinale chez l'enfant, laquelle provient le plus souvent de la persistance du canal inguinal, qui établit une communication entre le péritoine et la tunique vaginale, un certain nombre de ces hernies se guérissent spontanément, et d'autres par un traitement approprié, en raison des progrès de l'âge, qui tendent à fermer ce canal et à détruire le paral-

lélisme des ouvertures interne et externe. Cependant il n'est pas très-rare de voir cette infirmité dater de l'enfance et persister lorsqu'on la néglige. Elle peut alors donner lieu à tous les accidents de la hernie chez l'adulte.

Les moyens employés pour arriver à la guérison sont les bandages à pelote de crin, de toile, de caoutchouc et ressort; — le spica, le bandage de futaine.

Les bandages à ressort sont d'une application très-difficile dans l'enfance; ils se déplacent continuellement, et l'on ne peut compter sur la docilité de l'enfant pour obtenir par son moyen une compression permanente. Le bandage de futaine, composé d'une pelote, d'une ceinture et d'un sous-cuisse, maintient encore plus mal. Le spica ne peut seul comprimer suffisamment dans le creux de l'aîne. Je préfère les bandages en caoutchouc dont l'application est plus facile qui se déplacent moins et qui guérissent bien.

Un procédé que vante Neucourt consiste à combiner l'action de la pelote des bandages à ressort avec celle du spica et des astringents. Lorsqu'on s'est assuré que les deux testicules sont dans le scrotum, on fait façonner une pelote de forte toile, qui, rembourrée avec l'écorce de chêne très-menue, ait 4 centimètres de longueur sur 3 de largeur et un et demi d'épaisseur.

On trempe cette pelote dans une décoction d'écorce de chêne faite avec du vin fort, et on l'applique sur la hernie. On fait par-dessus un spica avec une bande de toile longue de plusieurs mètres et large seulement de deux travers de doigt, en ayant soin de fixer les premiers tours de bande à la pelote par quelques points de couture, autrement la pelote glisserait sous la bande et ne comprimerait pas. Les mères s'habituent parfaitement à l'application de ce bandage, et le font au bout de quelque temps avec une perfection et une solidité que j'admiraient sans pouvoir l'imiter. Dans les premiers temps surtout, si l'enfant est très-jeune et que le bandage soit souillé par les déjections, on le change tous les jours. Il faut que l'enfant soit couché sur le dos; on doit avoir une pelote de rechange, qui, trempée préalablement dans la décoction vineuse, est appliquée au moment même où l'on enlève l'autre, de façon que la hernie ne reparaisse pas, ce qui détruirait le résultat déjà obtenu.

S'il survient de la rougeur ou des boutons par suite de l'emploi du vin, on applique pendant quelque temps la pelote à sec. Lorsque la hernie, examinée avec prudence, ne paraît plus avoir de tendance à sortir, on continue pendant quelques mois l'emploi du bandage à sec, mais on ne peut le changer que lorsqu'il paraît relâché, et souvent il se maintient en bon état pendant plus de huit jours.

Ce bandage, d'une application facile chez les garçons, est beaucoup plus incommode chez les petites filles. Dans un des deux cas que j'ai observés chez ces dernières, il était tellement gênant que j'ai été obligé d'y renoncer; on fit faire plusieurs bandages à ressort qui maintenaient difficilement. Cependant on parvint à en faire d'assez convenables, mais cette hernie fut trois ans avant de disparaître.

Il y a des cas, chez les très-jeunes enfants, où l'emploi d'un bandage, si bien adapté qu'il soit, n'amène point la cure radicale de la hernie; et si on veut guérir vite malgré les dangers à courir, il devient nécessaire de faire une opération. On emploie alors tantôt la méthode de Wurtzer, tantôt une méthode qui est personnelle à M. Davies, et qu'il a déjà fait connaître dans une publication remontant à quatre années: cette méthode consiste à invaginer une portion du scrotum dans l'ouverture anormale. Sur les dix malades âgés de moins de huit ans traités ainsi, neuf ont été radicalement guéris; le dernier, atteint de carie vertébrale, se prêtait mal à une opération et à une contention permanente.

John Wood, en pareil cas, enfonce dans le sac deux épingles, qui le transpercent

et amènent ainsi une inflammation adhésive qui oblitère sa cavité. Des deux épingles, l'une réunit le pilier interne et les fibres unitives, la seconde traverse le pilier externe : le tout est maintenu en tordant une des épingles sur l'axe de la seconde : le canal herniaire se trouve ainsi oblitéré, sa paroi postérieure étant tirée en avant et l'antérieure en arrière ; le cordon est entre les épingles, mais sans être comprimé par elles.

Voici quelle est la méthode d'opération du docteur Bedford Davies :

Il enfonce le doigt aussi profondément que possible dans le canal inguinal ; il y porte en même temps une aiguille forte et bien courbée, et la plonge à travers le pilier interne ; on passe alors un fil à ligature ordinaire dans le trou de l'aiguille, à l'aide de laquelle on transperce de la même façon le pilier externe ; on remplace ce fil par un fil de cuivre (n° 20), ou plutôt on l'adapte au fil à l'aide d'un petit trou dont son extrémité est percée ; après avoir passé le fil, on en tord les deux extrémités, et le canal se trouve ainsi oblitéré. On retire les fils après quelques jours, bien que certains praticiens les y laissent : tel est, par exemple, le professeur Chrishalin (de Charleston).

Deux ou trois jours après avoir retiré les fils, on met une ceinture, et l'enfant peut marcher comme à son ordinaire.

Pendant les quelques jours qui suivent l'opération, c'est à peine si l'on a à redouter un peu de douleur, et presque jamais de suppuration ou d'ulcération.

Après quelque temps, le fond du sac s'oblitère, forme dans le scrotum une masse solide, et l'on peut à peine reconnaître l'orifice externe du canal inguinal (1).

Ce sont des moyens graves et auxquels il ne faut pas recourir trop facilement.

*Traitement de la hernie étranglée.* — Si la hernie venait à s'étrangler et à produire la rétention des matières, le ballonnement du ventre, les vomissements et les phénomènes généraux de refroidissement, petitesse du pouls de la hernie étranglée, il faudrait essayer le *taxis*, c'est-à-dire la réduction de la tumeur herniaire, et dans le cas où cette opération serait inutile, il faudrait faire l'*ouverture du sac et le débridement de l'anneau inguinal*, comme j'en ai rapporté plus haut bien des exemples, ou bien comme l'a fait le docteur Debort d'Orsay sur un enfant de huit mois (2), faire la *ponction aspiratrice du sac herniaire et la ponction de l'anse intestinale*.

Après avoir enfoncé l'aiguille n° 1 de Dieulafoy à la partie inférieure du scrotum, au-dessus du testicule, à une très-petite profondeur, j'ai évacué deux cuillerées à bouche environ d'un liquide rosé, dont l'odeur n'est pas trop infecte, quoique manifestement stercorale. Pas de gaz ; il n'y avait pas de gaz, parce que, l'aspirateur ouvert, l'air extérieur s'est précipité dans l'appareil avec bruit. La tumeur a diminué, mais la hernie existe encore irréductible : du reste, je n'insiste pas sur le *taxis*. Je ponctionne alors l'anse intestinale, et l'aspirateur me donne des gaz infects et un peu de liquide brunâtre ; le ventre s'affaisse légèrement : il s'y produit un bruit de gaz retentissant. La hernie se réduit alors avec gargouillement.

J'applique un spica en attendant un bandage élastique. Le lendemain, on me dit que l'enfant a eu deux selles et a rendu beaucoup de « vents ». Il a mangé et n'a plus vomé. Son ventre est revenu à des dimensions ordinaires. Bref, il est bien, sauf sa toux qui persiste, entretenue par une bronchite.

Le bandage s'est desserré pendant la nuit, et je trouve de nouveau la bourse gonflée et plus rouge que jamais : c'est du liquide épanché dans la tunique vagi-

(1) Bedford Davies, *Med. Times, et Gaz. méd.*

(2) Debort, *France médicale*, 1876, p. 270.

nale. Il est réductible, au moins en partie, par une pression lente et graduelle. J'applique un bandage élastique. Cataplasmes arrosés d'alcool.

Le 28, il ne reste presque plus trace de liquide, mais le testicule est gonflé.

Le 30, l'enfant va très-bien, et l'épanchement vaginal diminue toujours.

Le 4 avril, l'enfant est très-bien et peut être considéré comme absolument rétabli.

## ARTICLE III

## HERNIE DIAPHRAGMATIQUE

Ces hernies sont très-rares. En voici un exemple à titre de curiosité.

*OBSERVATION. — Hernie diaphragmatique chez un enfant nouveau-né.* — Un enfant de deux jours fut apporté à l'hôpital en avril ; le jour même de son entrée, il devint cyanosé à plusieurs reprises, sans que cet état eût été précédé de cris ou d'accès de toux. En percutant en arrière la moitié gauche du thorax, depuis son sommet jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, on trouva une matité complète avec résistance considérable de la région ; dans la portion restante de la moitié gauche de la poitrine, on obtint le son tympanique le plus pur. Dans la moitié droite, la percussion ne fit rien découvrir d'anormal ; le foie faisait une saillie considérable au-dessous du rebord des côtes et les autres parties de la région abdominale rendaient un son tympanique. En appliquant, à plusieurs fois différentes, l'oreille sur la moitié gauche du thorax, on ne put distinguer aucun bruit respiratoire ; à droite, au contraire, la respiration vésiculaire s'entendait parfaitement. On percevait le choc du cœur dans la fosse cardiaque, où les bruits du cœur, du reste normaux, se faisaient le mieux entendre. Les garde-robes étaient normales. Ultérieurement, la cyanose reparut un grand nombre de fois, et les autres symptômes persistèrent d'une façon continue. Plus tard même, on constata tous les signes d'un catarrhe des bronches. Enfin, le treizième jour après son entrée, cet enfant mourut pendant un accès de cyanose.

*Autopsie.* — On trouva le poumon droit normal et le cœur situé dans la moitié gauche de la poitrine. La cavité gauche du thorax était très-élargie, en raison du déplacement des feuilles du médiastin vers la droite, au delà du sternum. Le poumon gauche, tellement comprimé qu'il ne contenait presque plus d'air, était repoussé vers le sommet de la cavité gauche de la poitrine. La partie restante de cette cavité était remplie de la masse intestinale, à l'exception du duodénum et du colon descendant : et l'estomac, très-distendu, occupait la plus grande partie de la cavité abdominale et conservait encore sa direction verticale. La portion ascendante du duodénum, située le long du pancréas, qui occupait sa position normale, pénétrait dans la cavité thoracique gauche par une fente ovale du diaphragme, large d'environ deux doigts, qui se trouvait dans la partie charnue de ce muscle, en arrière du ligament suspenseur de la rate, de sorte que la cavité thoracique gauche était remplie par le paquet intestinal, et que, en dehors d'elle, on ne trouvait que le colon descendant, qui gagnait le bassin en suivant son trajet normal. Par suite, le péritoine, entraîné par la masse intestinale dans la cavité thoracique, formait un diverticulum semblable à un triangle à angles émoussés dont la base était située vers l'enveloppe péritonéale des reins, et dont le sommet pénétrait dans l'ouverture du diaphragme, en se dirigeant de droite à gauche et de bas en haut. La partie droite de l'abdomen était remplie par le foie, qui, déplacé vers la droite et refoulé en bas, s'étendait presque, par son lobe droit, jusqu'à l'épine de l'os iliaque. Son lobe gauche et la rate remplissaient la partie supérieure de la cavité abdominale, dont le côté gauche était occupé par le colon descendants et la partie centrale par l'estomac, situé dans une position verticale, et par le duodénum (1).

(1) *Æsterr. Zeitschr. für pract. Heilkunde.*