

temps en temps huit, dix et quinze jours d'intervalle. Le second, homme de quarante ans, habitant Bordeaux, était aussi porteur d'un coryza chronique avec punaisie, sans ulcérations. Son père, mort à soixante-quinze ans, avait le nez écrasé, était punais à un très-haut degré et n'avait jamais eu d'odorat. J'usai en pure perte des cautérisations, de l'inspiration des poudres mercurielles de Trousseau et d'une foule d'autres moyens. Le troisième punais, étudiant en droit, âgé de vingt et un ans, était né d'un père punais aussi, ayant le nez écrasé. Je ne fus pas plus heureux que dans le cas précédent, et forcé me fut d'abandonner le traitement de ce jeune homme qui a renoncé à ses études de droit et s'est retiré dans sa famille qui habite le Périgord.

Voilà les faits, en voici l'analyse :

Monsieur B..., de la Charente-Inférieure, et la jeune demoiselle du département des Landes avaient la racine du nez déprimée, et les mucosités ne pouvant ni s'écouler ni être expulsées, contractaient une odeur fétide par leur long séjour dans les anfractuosités des fosses nasales. Mais ni les aïeux, ni le père, ni la mère de ces deux jeunes gens n'avaient eu ni vices de conformation des os propres du nez, ni coryza chronique, ni punaisie. Toutefois, et malgré son nez écrasé, monsieur B... cessa d'être punais dès les premières cautérisations et longtemps après leur cessation. Quoi qu'il en fût, l'influence de la médication cautérisante étant épuisée, la dépression de la racine du nez redevint un obstacle mécanique, amena nécessairement le séjour du mucus derrière elle, à la cribrule ethmoïdale, sur une portion du reste de la paroi supérieure des fosses nasales, et occasionna de la sorte le retour, singulièrement amendé cependant, du coryza chronique et de l'ozène. Quant à la jeune personne du département des Landes, la persistance de sa maladie me porta naturellement à mettre de la persistance dans le traitement à l'aide duquel je crois avoir détruit l'hypertrophie chronique de la portion de membrane pituitaire qui répond à la racine du nez, tout en élargissant le passage et en modifiant très-profondément la vitalité et les fonctions sécrétoires du tégument *schneïderien*.

Quant au nez écrasé, au coryza chronique et à la punaisie héréditaires, en tant que l'adjectif héréditaire ne s'applique qu'à la transmission de la forme vicieuse du nez, j'incline fortement à penser que ces maladies sont le plus souvent incurables. Le temps et l'expérience seuls pourront nous apprendre définitivement ce qu'on doit penser à cet égard.

Puisque je suis sur le chapitre de l'hérédité, pathologiquement parlant, je raconterai un fait de punaisie dont je n'ai encore vu ni lu le pendant nulle part.

Monsieur N... le père fut punais jusqu'à l'âge de vingt-cinq ou vingt-six ans, et guérit alors sans traitement aucun. La même maladie se déclara chez son fils à douze ans, époque à laquelle, par suite d'un accident que je n'ai pas présent à l'esprit, il eut une arthrite traumatique de l'articulation tibio-tarsienne gauche, avec carie de la malléole externe et de quelques os du tarse. Cette maladie fut longue, douloureuse, mit plus d'une fois les jours de monsieur N... en péril et sembla nécessiter l'amputation de la

jambe. Ce fut du moins là le conseil que donnèrent un habile chirurgien militaire et les praticiens les plus distingués de Paris. Les parents du malade et le malade lui-même ayant repoussé cette ressource extrême, il fallut se borner à faire des pansements méthodiques, et à appliquer plus tard une machine orthopédique qui suffirent pour obtenir la guérison et pour faire recouvrer à l'articulation tous ses mouvements et presque toute sa flexibilité.

La punaisie avait cessé d'elle-même quelques jours après le développement de l'arthrite traumatique, et n'aurait peut-être jamais reparu sans un nouvel accident qui fut, très-probablement et je ne sais trop comment, la cause occasionnelle de son retour. Une capsule éclata, alla frapper l'œil gauche et occasionna une violente ophthalmie qui se termina par le staphylôme opaque de la cornée que des chirurgiens de Paris, consultés, déclarèrent être incurable. A dater de cet accident la punaisie reparut, mais plus prononcée qu'elle ne l'avait jamais été.

M. N... n'ayant pas pu être guéri de sa punaisie en province, alla à Paris dans le courant de l'été dernier, pour se confier aux soins de M. le professeur Trousseau qui voyageait alors en Suisse. Frustré dans son attente, il alla habiter la maison de santé du docteur Pinel, où on lui prescrivit sans succès des injections cautérisantes et la poudre mercurielle de Trousseau. Le professeur Roux, auquel il s'adressa ensuite, lui fit inspirer des vapeurs de cinabre dont il ne se trouva pas mieux. Jugeant alors que son mal était incurable, il revint chez lui où son médecin lui conseilla de faire le voyage de Bordeaux pour me consulter.

Ce Monsieur, âgé de vingt-huit ans, bien constitué, à le nez écrasé et une odeur de punais repoussante, sans perte de l'odorat. Il contracta jadis deux légères uréthrites non accompagnées d'affection virulente.

Comme sa profession lui faisait un devoir de ne séjourner qu'un mois à Bordeaux, je crus ne pas devoir commencer un traitement que je laisserais inachevé, et lui proposai de se faire cautériser chez lui par son médecin, homme fort habile, auquel je pris la liberté d'adresser quelques instructions.

Ce malade guérira-t-il? J'en doute, à cause de la malencontreuse réunion de sa punaisie héréditaire et de son nez écrasé.

Dans un autre travail je dirai les cas de coryza chronique et d'ozène dans lesquels je me suis parfaitement trouvé de l'emploi de la poudre mercurielle et de la solution de deuté-chlorure de mercure de M. le professeur Trousseau. Plus tard encore je rapporterai des cas très-curieux de maladies des fosses nasales observés dans quelques provinces méridionales de la France, au Sénégal, aux Antilles, à Cayenne, et traitées par correspondance. Le fait de Cayenne surtout est fort remarquable, et la lettre du malade, qui me fut remise par M. Cantegril, négociant à Bordeaux, est écrite avec une clarté, une méthode et un esprit d'analyse qui décèlent un excellent observateur et des connaissances réelles en médecine.

*Etranglement d'une hernie inguinale accompagnée et suivie de phénomènes remarquables.* — Observation communiquée par M. JUSTIN BENOIT, chirurgien interne de l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, vice-président du Cercle Médical, correspondant de la Société de Médecine de Gand, etc.

Dénombrer les faits dans lesquels l'on a vu la nature se suffire à elle-même pour amener les maladies à une heureuse terminaison, ce serait tracer l'histoire de la médecine pratique presque tout entière. Signaler la guérison spontanée d'une de ces terribles affections qui le plus souvent constituent le prodrome de la mort, c'est recueillir un fait précieux, c'est inscrire dans les fastes de notre art une preuve encore plus frappante de cette précieuse autocratie de la nature, dont le souvenir soutiendra le praticien dans les cas difficiles, et éloignera de son esprit le découragement.

Je vais mettre sous les yeux de vos lecteurs une série de phénomènes dont l'appréciation me paraît devoir conduire à d'intéressants corollaires.

Pierre Arnaud, fabricant de bas, né au Vigean (Gard), et domicilié à Montpellier, vient d'atteindre sa cinquante-quatrième année. Il nous apprend que depuis sa plus tendre enfance, il a toujours eu des selles difficiles, de la constipation, des coliques fréquentes, et qu'il porte une hernie inguinale droite depuis l'âge de quatorze ans.

En 1815 (étant âgé de trente et un ans), il fut atteint d'une maladie grave qu'il ne caractérise que vaguement. Les renseignements que j'ai reçus me portent à croire qu'il s'agissait d'une gastro-entérite fort intense, compliquée d'une légère broncho-pneumonie. Quoi qu'il en soit, Arnaud, auparavant fort, robuste et doué d'un embonpoint remarquable, fut réduit par cette maladie à un tel état de marasme qu'on le regardait comme incurable et comme menacé d'une mort prochaine.

Arnaud était alors marié et déjà père de cinq enfants en bas âge; la misère et les privations étaient pour lui une conséquence nécessaire du repos; il cherchait donc à gagner son pain et celui de ses enfants par un travail de tous les jours, et se livrait, quoique malade, à des fatigues bien au-dessus de ses forces. Un jour, notre malade, obligé de choisir un nouveau logement, transportait lui-même ses meubles. Au moment où portant sur son dos la paille de son lit, il montait avec grand effort l'escalier de sa nouvelle demeure, il éprouva un sentiment de déchirure, une douleur violente et subite dans l'aîne gauche et tomba sous le poids de son fardeau.

L'aîne gauche était devenue soudainement le siège d'une tumeur de la grosseur d'un œuf, lisse, tendue, et d'où partaient en s'irradiant des douleurs intolérables. Deux médecins furent de suite appelés; ils essayèrent longuement, mais en vain, de faire rentrer la tumeur dans la cavité abdominale; les deux jours suivants ils renouvelèrent plusieurs fois leur tentative, et enfin ils y renoncèrent, après n'avoir retiré de ce taxis répété d'autre fruit qu'une aggravation du mal et une exaspération des souffrances. Ils déclarèrent alors au malade qu'il devait tout attendre de la nature, se contentèrent d'appliquer des

émollients sur la tumeur, et restèrent spectateurs oisifs des symptômes effrayants qui commencèrent à se manifester.

La tumeur cependant augmentait de volume, l'inflammation et la douleur dont elle était le siège acquéraient à chaque instant une nouvelle violence. D'autres phénomènes généraux venaient aggraver l'état du malade. Les selles étaient complètement supprimées, il ne passait pas même des gaz par les voies inférieures; le ventre se ballonnait. La petite quantité de tisane et de bouillon que le malade prenait encore ne purent bientôt plus être supportées, et furent en grande partie rejetées par le vomissement.

Ces symptômes persistèrent offrant tour à tour quelques moments de rémission, puis d'exacerbation, mais conservant à peu près le même caractère jusqu'au dix-neuvième jour après l'accident; les selles restaient supprimées, les douleurs abdominales, les vomissements étaient presque continus, et, pendant ce long intervalle de temps, aucun nouveau secours n'était prodigué à notre malade par les deux médecins qui le visitaient néanmoins assidument.

Ce fut au dix-neuvième jour seulement que la tumeur perdit sa couleur rouge pourpre et devint violacée: en même temps elle augmenta prodigieusement de volume au point d'acquérir la grosseur d'une tête humaine, et enfin passa de la couleur violacée à la couleur brune et noirâtre. Dès cet instant elle ne fut plus le siège d'aucune espèce de douleur; mais les symptômes généraux ne se calmèrent point: l'angoisse du malade ne fit au contraire que s'accroître. La respiration devint de plus en plus pénible; Arnaud perdit l'usage de la voix. Il conservait pourtant toute son intelligence; il sentait, disait-il, que ses boyaux entraient dans sa poitrine (ce sont ses expressions), et qu'il allait périr suffoqué. En effet, le météorisme du ventre était extrême; ce dernier était tendu comme la peau d'un tambour; la poitrine soulevée semblait participer au gonflement; le corps du malade avait acquis au moins deux fois ses dimensions ordinaires. Nos deux confrères, désespérant du salut de leur malade, l'abandonnèrent, et ce dernier ne reçut d'autres secours que ceux de la religion.

C'était le vingt-cinquième jour depuis l'apparition de la tumeur; c'était le sixième depuis la manifestation de la gangrène. Déjà le malade était agonisant; il se cramponnait à tous les corps voisins afin de dilater sa poitrine; le diaphragme, refoulé et tendu par les gaz abdominaux, empêchait l'expansion pulmonaire; la respiration était haletante et précipitée; enfin la fonction cessa complètement. Des mouvements convulsifs se déclarèrent aussitôt; Arnaud se retourne, se débat, et, dans un de ces mouvements, la cuisse droite heurte la tumeur, et celle-ci éclate comme le ferait une vessie gonflée et soumise subitement à une forte pression.

Des flots d'un liquide noirâtre et d'une puanteur extrême inondent le lit du malade. Des gaz s'échappent avec force et en sifflant; le ventre s'affaisse, et la respiration se rétablit.

Il sortit encore des gaz durant un quart d'heure au moins. Arnaud se trouvait cependant dans un bien-être inexprimable, et bientôt il tomba dans un si long et si profond sommeil qu'il donna de l'effroi

à ceux qui l'entouraient. Depuis vingt-cinq jours, l'insomnie avait été constante.

La peau qui recouvrait la tumeur tomba mortifiée au milieu du détritus des organes sortis de l'abdomen, et il resta au niveau de l'anneau inguinal gauche, une ouverture ayant au moins trois pouces de diamètre.

Deux ou trois jours après l'ouverture spontanée de la tumeur (Arnaud ne peut pas bien préciser ce temps), notre malade rendit par l'anus et avec beaucoup d'effort une grande quantité de matières dures et sèches. Ce fut la première selle depuis l'accident. Dès ce moment la convalescence fut établie, et le malade commença à prendre de la nourriture; les secondes selles furent très-liquides; plus tard elles prirent de la consistance.

Arnaud garda le lit pendant cinq ou six mois, et ne cessa pas de tenir une position horizontale; aussi pendant tout ce temps il ne sortit pas un seul atome de matière fécale par la plaie: il en sortit seulement de la matière purulente. Au reste, les selles avaient lieu régulièrement tous les deux jours, mais avaient besoin d'être provoquées par des lavements; si l'on n'usait de ce moyen elles devenaient très-labieuses.

La plaie se resserrait cependant de plus en plus, et elle n'avait guère que la largeur d'une pièce de dix sous, quand Arnaud se leva pour la première fois. Ce jour-là même, et pendant qu'il était assis, il voulut manger un raisin; il l'avait à peine achevé qu'il ressentit de vives douleurs et un sentiment de cuisson dans l'aîne gauche. Peu de minutes après, ayant levé l'appareil, il le trouva mouillé et couvert de graines et de pellicules de raisin. Cet accident le détermina à garder de nouveau le lit pendant deux mois et demi. Mais cette fois, quand il allait à la garde-robe, il sortait par la plaie des gaz et du liquide stercoral. Enfin la fistule s'étant considérablement resserrée, et n'offrant guère plus que l'ouverture d'un tuyau de plume, Arnaud reprit sa profession de fabricant de bas. (Je note, en passant, que ce genre de travail exige un mouvement continu des membres inférieurs et supérieurs.)

Arnaud s'était remis depuis peu de jours à ses occupations ordinaires, lorsqu'il sortit de la petite fistule, à divers intervalles de temps, neuf vers lombrics, dont quelques-uns avaient jusqu'à huit pouces de longueur. L'arrivée du ver lombric jusqu'au voisinage de la plaie était annoncée au malade par des douleurs vives, lancinantes, semblables à celles qui accompagnent une piqûre profonde. Il attendait alors la sortie du ver, et dès que celui-ci dépassait les bords de la fistule, il l'emmenait avec les doigts. Deux ou trois fois, le ver ayant été trop volumineux, ou le malade ayant tiré avec trop de force, l'entozoaire s'est rompu et est resté en partie dans l'intestin. Il en est en outre également sorti par l'anus.

Ces divers accidents n'entravèrent point la marche de la cicatrisation, et l'oblitération de la fistule fut complète quatorze mois après l'apparition de la tumeur. A partir de cette époque les fonctions digestives s'exécutèrent très-normalement. Le malade porta pendant deux années un bandage à double pelote, afin de soutenir la hernie inguinale droite et la cicatrice de l'aîne gauche; il se servit ensuite

d'un bandage inguinal simple pour maintenir seulement la hernie.

Arnaud reprit sa vie active; il fabriqua des bas pendant quatorze ans, jusqu'en 1850, travaillant tout le jour sans éprouver le moindre malaise. En 1850, une maladie temporaire des yeux l'ayant forcé de quitter ses occupations, il entra à l'hôpital Saint-Eloi, et y exerça pendant quinze mois les fonctions d'infirmier. Dans cet établissement il lui est arrivé de faire de nombreux efforts pour soulever ou transporter des malades, et sa santé n'a éprouvé aucun dérangement. Enfin il revint à son métier qu'il exerça jusqu'au mois d'avril 1858, époque où parurent de nouveaux accidents.

Arnaud, aidé d'un autre ouvrier, voiturait du bois à brûler sur un petit chariot. Il fallait franchir une montée, et pour y parvenir il poussait le chariot par derrière en faisant des efforts énergiques et continus. Il éprouva tout d'un coup une vive douleur à l'aîne gauche, et, arrivé chez lui, il trouva sa fistule ouverte, et la chemise trempée d'un liquide jaune, d'une odeur de matière fécale. Il ne discontinua pourtant son travail que lorsque le gonflement inflammatoire de la plaie et des parties voisines fut devenu très-douloureux et eut empêché tout mouvement de l'extrémité inférieure correspondante. Alors aussi il s'aperçut que l'inflammation avait détruit presque toute la cicatrice, et que la plus grande partie des excréments sortait par cette ouverture toujours béante. Un séjour au lit de trois semaines et une position constamment horizontale amenèrent une amélioration tellement notable, que le malade, impatient, reprit ses travaux avant d'avoir obtenu une complète guérison.

Cette imprudence fit revenir les mêmes accidents, et produisit l'élargissement de la fistule. De plus, notre malade, ayant été atteint d'une bronchite aiguë fort intense, et les efforts de toux rendant continuelle l'issue des matières fécales par l'aîne gauche, il s'est décidé à entrer à l'hôpital Saint-Eloi, salle des civils blessés, n° 2, le 29 novembre 1858. Il a offert à notre examen une fistule en cul de poule, à bords renversés en dehors, au niveau et vers la partie moyenne de l'arcade crurale; elle permettait le passage de l'index dans la cavité intestinale. Le malade a fait usage de boissons pectorales, a gardé le lit pendant les huit jours qui se sont écoulés depuis son entrée, et aujourd'hui la toux s'est calmée, la fistule permet à peine l'entrée de la sonde cannelée, et ne laisse plus suinter déjà qu'un liquide séreux et inodore. Arnaud ne souffre plus, et n'offre pas le moindre dérangement dans sa santé.

Si nous résumons en peu de mots ce que l'on vient de lire, nous trouverons: 1° tumeur apparaissant subitement et à la suite d'un effort à l'aîne gauche; symptôme d'étranglement intestinal; météorisme du ventre porté au point de refouler le diaphragme, et d'arrêter la respiration. Gangrène de la tumeur; ouverture spontanée de la tumeur au vingt-cinquième jour de son apparition; issue d'une grande quantité de gaz et de liquides; rétablissement de la respiration; retour à la vie. 2° Plaie considérable; séjour au lit de six mois; diminution de la plaie; imprudence du malade; indigestion; élargissement de la plaie; sortie de matières fécales; nouveau séjour au

lit; nouvelle cicatrisation; guérison complète quatorze mois après l'accident. 3° Après vingt-deux ans d'intervalle, effort très-violent; déchirure de la cicatrice, séjour au lit; amélioration notable; nouvelles fatigues; nouvelle inflammation; destruction de la cicatrice; complication d'une bronchite; entrée à l'hôpital; repos continu et position horizontale; dans huit jours guérison presque complète.

Arrêtons un moment notre attention sur les points les plus intéressants de l'exposé que je viens de faire.

1° Arnaud était un homme fort, vigoureux; une maladie grave vient le jeter brusquement dans un amaigrissement extrême. Cette circonstance suffit pour donner à un individu une prédisposition aux hernies que la moindre cause occasionnelle viendra réaliser. On trouve l'analogie de ce phénomène, du reste bien connu, dans le relâchement des parois abdominales qui succède à l'accouchement. Nous ne devons pas oublier que le sujet de notre observation, il y avait en outre une prédisposition congéniale aux hernies, puisqu'il en portait une depuis l'âge de quatorze ans.

J'ai dit prédisposition aux hernies. Les hommes qui ne voient dans la hernie qu'un phénomène tout local ne croient point que l'on puisse invoquer dans ce cas une prédisposition, et ils la rejettent comme ils repousseraient une prédisposition aux fractures ordinaires. L'on connaît trop les faits nombreux que la science possède et que l'on peut leur opposer avec tant d'avantage, pour que je cherche à justifier mon expression. On doit admettre une *prédisposition* aux hernies, et même une *prédisposition héréditaire*.

2° Si l'état habituel de constipation a été, comme je le pense, antérieur chez notre malade à l'apparition de la hernie inguinale droite, par conséquent si cette hernie ne l'a point déterminé, nous verrons dans cette paresse du tube digestif une cause qui peut encore concourir efficacement à l'apparition d'une tumeur herniaire.

3° Une hernie qui se forme d'une manière lente et graduelle offre moins de chances d'étranglement que celle qui paraît brusquement à la suite d'un violent effort. L'énoncé de cette proposition n'a pas besoin d'être appuyé de longs raisonnements. Dans la hernie que j'appelle *subite*, il n'y a point une distension préalable et progressive du contour de l'ouverture abdominale; cet anneau n'a pas perdu son élasticité; il n'a pas été en quelque sorte *préparé* comme dans la hernie *lente*: aussi lorsqu'un effort l'oblige à céder, l'effort cessant, il revient sur lui-même; de là *étranglement*.

L'espèce de *préparation* qui rend cet accident plus rare et dont je viens de parler, constitue la *prédisposition* mise en jeu.

4° Une hernie paraît tout d'un coup; deux médecins mandés établissent un diagnostic exact, puisqu'ils pratiquent le taxis, et, témoins impassibles, ils permettent que les symptômes de l'étranglement arrivent à leur plus haut degré d'intensité.

On a vanté le taxis prolongé. Méfions-nous en, et gardons-nous bien de ne regarder le débridement que comme une ressource extrême à laquelle il ne faille recourir qu'après avoir mis en usage tous les autres moyens. J'embrasse une opinion tout à fait

opposée, et j'ai basé ma conviction sur les avis de quelques-uns de mes maîtres dont j'ai l'habitude d'écouter la voix avec la plus grande confiance, et sur les conséquences que j'ai cru devoir tirer des faits que m'a fournis mon expérience personnelle. Dès que les symptômes d'étranglement présentent une violence alarmante, que les phénomènes inflammatoires apparaissent, ne persistez plus dans d'imprudentes manœuvres: vous ne feriez que hâter la désorganisation des parties, et rendre infructueux un moyen puissant lorsqu'on l'applique en temps opportun, je veux dire le *débridement*.

Je ne rappellerai pas le grand nombre de moyens placés comme intermédiaires entre le plus simple de tous, le *taxis* et l'opération par l'instrument tranchant, moyens que les deux médecins traitants auraient bien dû tout au moins essayer sur notre malade, mais je veux ici signaler les heureux effets d'une position *déclive des pieds à la tête*. Ce moyen ridiculisé par quelques-uns, par Lawrence entr'autres (*Traité des hernies*, page 121), prôné à l'excès par d'autres, doit trouver sa place dans la thérapeutique chirurgicale; son application a été quelquefois suivie de résultats inespérés.

*Observation.* — Un chirurgien habile, placé à la tête d'un des principaux hôpitaux de province, m'a raconté le fait suivant. Aidé d'un confrère consultant, ce chirurgien disposait les instruments propres à pratiquer le débridement de la hernie dans la chambre voisine de celle d'un malade qui venait d'accepter cette opération. Dans ce moment le malade pousse un cri de joie; le chirurgien accourt, et trouve la hernie réduite. Le patient présentait les signes d'étranglement depuis la veille, et aucun des moyens employés n'avait diminué l'intensité effrayante des symptômes. Cherchant une position qui pût alléger ses souffrances, il avait instinctivement élevé les pieds contre le mur voisin, de manière à former un plan très-incliné et presque vertical, les pieds en haut et la tête en bas. Quelques minutes après avoir pris cette position, il avait senti du gargouillement dans le ventre, et la hernie était subitement rentrée. Ce monsieur est encore en bonne santé; la hernie entre et sort avec facilité, et sept ans se sont écoulés depuis cet accident.

*Seconde observation.* — Le nommé Jean Lauron, atteint de catarrhe pulmonaire, entre dans le service des fiévreux de l'Hôtel-Dieu de Nîmes, dans le mois de février 1856; il porte une hernie inguinale gauche depuis dix ans. Le 17 mars, il se livre à de violents efforts de défécation; la hernie s'échappe plus volumineuse que de coutume et ne peut plus rentrer. Chargé de ce service comme interne, je suis appelé; je pratique le taxis; j'emploie les réfrigérants, les lavements, etc., etc., et je n'obtiens aucun succès. Cependant au bout de cinq ou six heures les symptômes se présentent avec une violence si prompte et si menaçante, que, d'accord avec mes collègues, je crois devoir appeler le chirurgien en chef. Ce dernier, absent, ne put être averti de suite, et le malade resta exclusivement confié à mes soins. Je me rappelai alors le fait dont j'ai parlé précédemment; je mis le malade en travers sur le lit, la tête basse, les pieds très-relevés et appuyés contre le mur, et la hernie rentra. Le chirurgien en chef, M. le docteur

Fontaines, n'arriva que pour constater le rétablissement de toutes les fonctions.

5° La hernie est étranglée, on laisse à la nature le soin de triompher seule de cet accident, et la gangrène survient. Il est impossible de la méconnaître; car la douleur a cessé subitement, et les parties sont devenues noirâtres et crépitantes sous le doigt; mais quelques tissus moins vivants, et par conséquent moins promptement mortifiés résistent encore; quelques lames cellulaires ou aponévrotiques empêchent seules l'explosion de la tumeur, et deux médecins ne voient encore, au milieu de ces événements, aucune indication à remplir. Pourtant la gangrène est déclarée depuis six jours; le météorisme du ventre, sans cesse croissant, refoule le diaphragme, arrête la fonction respiratoire, et menace d'une mort prochaine. Pourquoi temporiser? pourquoi, si l'on ignore ce que l'on doit faire, ou si l'on est trop timide pour s'armer de l'instrument tranchant, ne pas appeler à son aide les lumières et le courage d'un autre confrère, au lieu d'attendre qu'un malheureux, après vingt-cinq jours de souffrance, ne puisse trouver son salut que dans les convulsions de l'agonie? Il est à remarquer en effet que notre malade n'aurait point succombé aux accidents inflammatoires qui suivent l'étranglement, mais bien à un excès de météorisme, et que la plus petite incision sur la tumeur, sans offrir le moindre danger, aurait sur-le-champ ramené le calme.

6° Les selles se sont rétablies deux jours après l'ouverture spontanée de la tumeur et l'affaissement complet du ventre. Les matières qui sont sorties les premières avaient été arrêtées dans leur cours par l'étranglement? Je ne le pense point. Elles étaient contenues dans la portion du gros intestin inférieure à l'étranglement, et voici comment je raisonne pour appuyer cette proposition:

Les matières expulsées les premières étaient dures, sèches, sous forme de boules très-volumineuses; celles qui ont été rendues en second lieu étaient au contraire liquides. Les premières étaient situées dans la portion inférieure du tube digestif, et l'absorption agissant continuellement sur elles, les avait desséchées; les secondes, placées en dessus de l'étranglement, étaient baignées par les humeurs sécrétées et par les boissons ingérées. Si les premières, dures, sèches, volumineuses, avaient été retenues au-dessus de l'étranglement, il y aurait en aggravation incessante des symptômes, car elles n'auraient pu franchir ou elles n'auraient franchi qu'après avoir déterminé quelque déchirure mortelle, une portion du tube digestif déviée, considérablement rétrécie, sinon complètement oblitérée et enfin ramollie par l'inflammation.

Pourquoi donc ces fèces n'ont-elles pas été expulsées, alors que rien ne s'opposait à leur passage? Parce que l'action péristaltique des intestins, naturellement lent et peu énergique chez notre sujet, venait d'être complètement arrêtée; parce que en outre il était impossible au malade de presser avec le diaphragme sur les viscères abdominaux, de faire, par conséquent, le moindre effort de défécation, tant que le ventre était le siège de vives douleurs, tant que la tympanite rendait ces efforts inutiles.

La considération du fait que je viens d'établir est

de la dernière importance. Elle nous amène à poser qu'après la manifestation d'un étranglement intestinal il peut y avoir encore issue de matières même fort copieuses par les voies ordinaires, et que l'on ne doit pas pour cela rester dans une fausse sécurité. Dans quelques cas le maintien apparent de l'état normal des fonctions digestives a été funeste au malade, en détournant l'attention du chirurgien de la véritable cause du mal. (Il n'est pas ici question de l'épiplocèle, dont l'étranglement est infiniment moins dangereux.)

Il arrive encore quelquefois que la défécation, au lieu d'être interrompue, est au contraire activée par l'étranglement intestinal: c'est lorsque l'anneau aponévrotique n'a fait que pincer l'intestin et n'a point embrassé tout son calibre; voici un fait qui doit nous apprendre à bien apprécier la valeur de ce symptôme.

OBSERVATION. — A l'hôpital de Rouen, il entre une femme portant une petite tumeur très-douloureuse à l'aîne. Les symptômes généraux sont effrayants. Un jeune chirurgien, devenu plus tard un de nos maîtres, chez lequel nous nous plaisons à signaler le talent d'établir avec une précision et une justesse remarquables le diagnostic chirurgical, M. le professeur Delmas croit à l'existence d'une hernie étranglée. Le chirurgien en chef, M. L..., repousse cette opinion, se fondant sur ce que les selles ne sont point interrompues, et sont au contraire devenues plus fréquentes depuis l'accident. Il regarde les phénomènes généraux comme sympathiques d'une violente inflammation d'un ganglion inguinal, et agit en conséquence. La mort arrive deux jours après. L'autopsie démontre la gangrène d'une portion du calibre intestinal qui avait été pincée par l'anneau aponévrotique.

7° Y a-t-il eu chez Arnaud gangrène de la totalité d'une anse intestinale? cela n'est pas probable. Le rétablissement des selles, la cessation de tout écoulement de matières fécales par la fistule, immédiatement après la disparition des graves accidents, prouvent qu'une portion des parois intestinales a survécu, que l'intestin n'a été que pincé, et qu'ainsi il a pu presque sur-le-champ fonctionner comme à l'état normal, grâce aux adhérences que l'inflammation avait fait naître, grâce à la grande ouverture de l'angle formé en arrière par les deux bouts, et par conséquent au peu de saillie de l'éperon dans la cavité intestinale.

Faut-il croire, avec M. Laugier, que dans les cas où les symptômes marchent, comme chez notre malade, avec tant de lenteur, il n'y a pas simplement entéroécèle, mais entéro-épiplocèle; et que l'épiploon, revêtant l'intestin, le protège en quelque sorte contre l'action des ouvertures herniaires, et rend moins rapide la manifestation de redoutables accidents? L'examen des parties mortifiées pouvait seule, dans le cas actuel, résoudre cette question; mais ne vaudrait-il pas mieux, dans l'appréciation de ce phénomène, tenir compte de la constitution du malade, des susceptibilités individuelles, de l'ancienneté de la hernie, etc.?

8° La manière dont s'est opérée l'ouverture de la fistule, vingt-deux ans après sa cicatrisation, démontre que l'intestin est immédiatement appliqué

contre la face postérieure des parois abdominales, et qu'il n'y a pas eu de canal fistuleux; car ce canal aurait disparu peu à peu dans ce laps de temps, et aurait été remplacé par du tissu cellulaire simple, ainsi que l'ont prouvé des recherches modernes bien connues. L'intestin n'aurait donc été que dans un rapport médiat avec la paroi abdominale; par conséquent la déchirure de la cicatrice n'aurait pu subitement mettre à nu l'intérieur du tube digestif. Ce résultat aurait exigé un développement préalable de phénomènes inflammatoires qui n'a pas eu lieu. Ainsi la cicatrice formait la paroi antérieure de l'intestin, et comme cette cicatrice est fort mince et au niveau de la peau, il s'ensuit qu'une portion de l'épaisseur des parois abdominales a été elle-même frappée de gangrène.

9° Ne laissons point passer inaperçue l'heureuse influence qu'a exercée une position constamment horizontale, et pendant un temps prolongé, sur la cure de la fistule consécutive à l'étranglement et à la mortification des parties herniées.

Dans la station debout, les viscères abdominaux pressent contre l'angle formé par la jonction de la *fascia iliaca* et du *fascia transversalis*; par conséquent toutes les ouvertures que l'on rencontre aux environs de ce point ne tendent qu'à s'élargir. Quand le malade est couché, au contraire, cette pression cesse, et de plus les matières fécales se portent par leur propre poids vers les voies inférieures, rien ne les obligeant à se diriger vers la fistule. Or, la première condition, la condition principale pour obtenir l'oblitération d'une fistule, c'est de faire cesser l'écoulement des matières qui la traversent.

10° L'exemple de notre malade démontre qu'après la guérison d'un étranglement intestinal, soit par l'opération de l'art, soit par celle de la nature, il ne faut pas laisser un seul instant la cicatrice sans un soutien, sans l'appui d'un bandage qui l'aide à supporter les pressions exercées sur elle.

11° La promptitude avec laquelle l'ouverture fistuleuse s'agrandissait par l'effet de l'irritation, vient encore nous mettre en garde contre la déplorable facilité avec laquelle les cicatrices se détruisent sous l'influence de l'inflammation, et prouve combien il importe de diriger tous ses moyens contre ce dernier acte morbide, si l'on a lieu de redouter le premier accident.

12° Signalons les sensations que la présence d'un ver lombric faisait éprouver au malade. Ici il n'y avait pas lieu d'en méconnaître la cause; aussi ne regardons point comme purement sympathique ou comme une fausse sensation cette douleur vive, aiguë, intermittente, semblable à celle que détermine une piqûre, qu'éprouvent quelquefois ceux qui portent ces entozoaires; tenons même compte de ce symptôme pour établir notre diagnostic.

13° Enfin, que nous reste-t-il à faire pour notre malade? Certes, il faudrait être bien aveugle pour ne pas reconnaître le chemin que la nature nous a elle-même tracé. Les antécédents nous permettent d'affirmer que le malade guérira par l'effet du repos et du séjour au lit, et que cette guérison ne se fera pas longtemps attendre. Il n'y a donc pas indication à l'application d'aucun procédé chirurgical; seule-

ment la cicatrice une fois complète devra être constamment protégée par un bandage convenable.

Montpellier, le 27 novembre 1838. JUSTIN BENOIT.

#### Pilules anti-chlorotiques.

Formule de BLAUD, modifiée par M. ADORNE.

Pr. : Sulfate de fer récemment préparé  
d'après la méthode Bonsdorff, sous-  
carbonate de potasse ou mieux de  
soude. . . . .  
Poudre de racine de guimauve et  
sucre. . . . . ana 1½ once.  
Mucilage de gomme arabique et su-  
cre. . . . . Q. S.

Pour quatre-vingt-seize pilules qu'on recouvre d'une couche très-fine de gomme et de sucre aromatisé.

Rapport sur un empoisonnement par l'arsenic du commerce (cobalt, poudre aux mouches); par MM. ORFILA, CHEVALLIER et BARRUEL.

Ce rapport contient des détails très-circonstanciés et peu susceptibles d'analyse sur les procédés employés pour déterminer la nature d'une poudre métallique noirâtre recueillie dans l'estomac et les intestins d'une personne que l'on soupçonnait avoir succombé à un empoisonnement, poudre qui fut aisément reconnue pour être le cobalt arsénical ou *poudre aux mouches* du commerce, qui est formée, d'après les auteurs du rapport, d'un mélange d'arsenic métallique, d'oxyde de fer, de sable quartzéux et de paillettes de mica dans lequel l'arsenic forme la moitié du poids total. La circonstance la plus remarquable de ces recherches a été l'absence complète d'arsenic en dissolution dans les liquides que contenaient l'estomac et les intestins du décédé, d'où on a conclu que l'arsenic métallique était vénéneux par lui-même et sans avoir formé de combinaisons solubles.

(Journal de chimie médicale, janv. 1859.)

#### VARIÉTÉS.

Présentation faite à l'Académie royale de médecine, d'instruments en ivoire, flexibles, remplaçant avec avantage les sondes, pessaires, bougies de gomme élastique, etc., etc.; par CHARRIÈRE, fabricant d'instruments de chirurgie de la Faculté de médecine, des hôpitaux civils et militaires.

Monsieur le président,

M. le docteur L. Guterbock m'ayant donné connaissance de l'emploi que l'on fait à Vienne en Autriche, de bougies en ivoire dont il m'a remis un  
2 D.