Traité pratique des hernies déplacements et maladies de la matrice ... / par P.-L. Verdier.

Contributors

Verdier, P.-L
Royal College of Physicians of Edinburgh

Publication/Creation

Paris : chez l'auteur, 1840.

Persistent URL

https://wellcomecollection.org/works/rp859chd

Provider

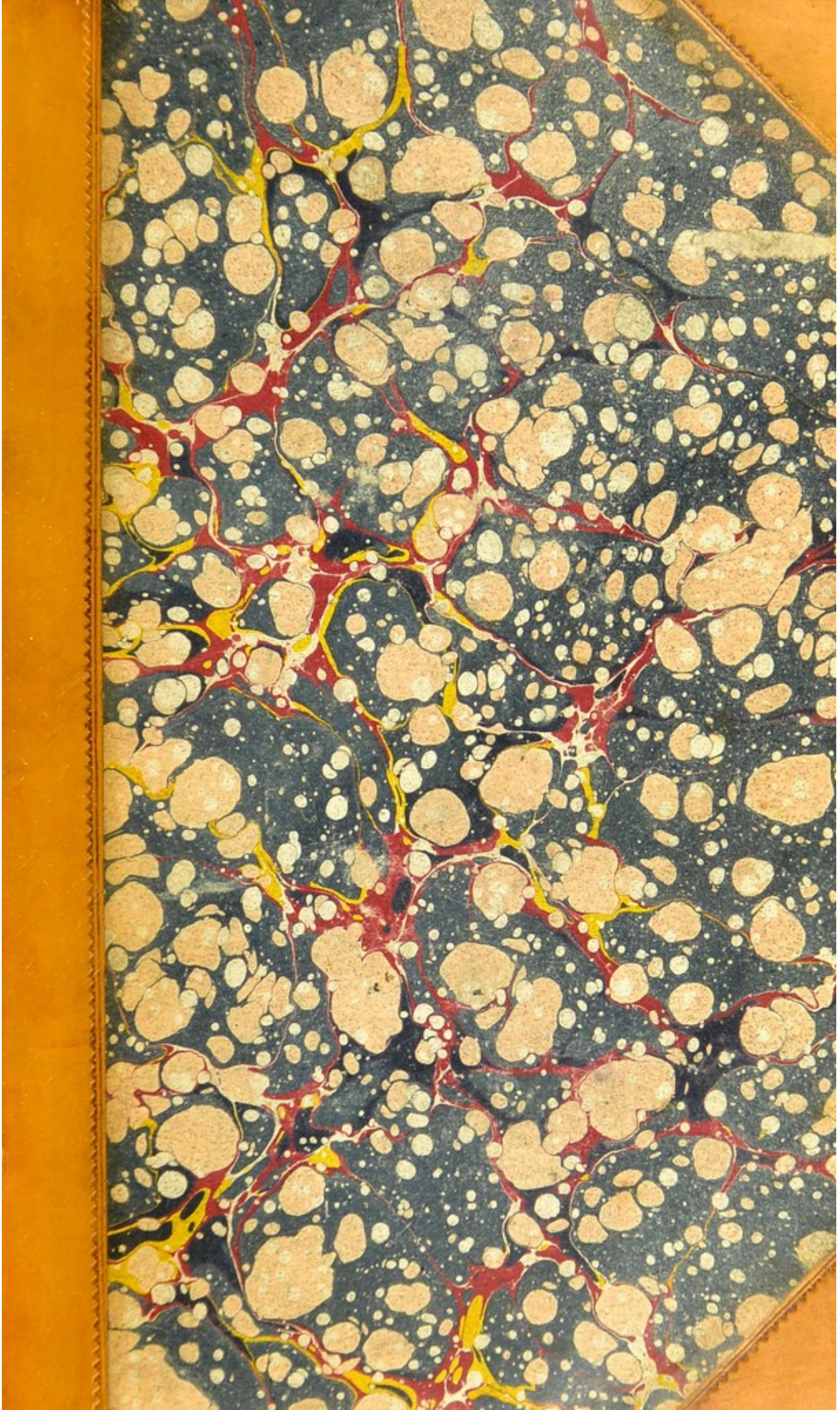
Royal College of Physicians Edinburgh

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by the Royal College of Physicians of Edinburgh. The original may be consulted at the Royal College of Physicians of Edinburgh. where the originals may be consulted.
This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
https://wellcomecollection.org



6/5: 10 5

R33583

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b2198590x

TRAITÉ PRATIQUE

DES HERNIES,

DÉPLACEMENTS,

ET MALADIES DE LA MATRICE.

FAC-SIMILE

de diverses lettres écrites à

Mr. VERDIER

Chirurgien-Herniaire

par feu MM. les professeurs et Médecin

Beclard; Bon. Aut.e Dubois; Bon. Dupuytren;
Boisseau; Marc, Médecin du Roi; & Tartra.

N.o 1.

Beclard prie Mr Verdier
Chirurgien d'aller aussitôt qu'il
le pourra chez Mr [illegible] rue
de Condé No 5 pour faire à sa
femme un bracyer ombilical

B d B

Litho: Delarue, r. N. D. des Victoires.

N.° 2.

M.r Verdier je vous adresse un malade qui a une hernie difficile à contenir. plusieurs bandagistes ont essayé et n'ont pas réussi, c'est à votre intelligence à votre adresse que je m'en rapporte

Bon jour

Le 2 mai

P. S.

Voyez, Monsieur, si vous voulez entreprendre car je conseille au Malade de ne payer que quand le bandage contiendra.

N°3.

Monsieur le Docteur Verdier

Monsieur,

J'ai reçu votre lettre
dans vous trouver à
Epernay en dernier, c'est
vendredi, 16, chez
son Exc. Mgr le
ministre de la marine,
à l'effet de prendre
la mesure d'une grenouille
dans une étude
de nuisible dans
puis usage et ensuite
de l'écrivain que nous a
envoyé. Votre dévoué
serviteur et confrère

Duvernoy

N.° 1.

J'ai reçu le verdier, et un autre
serviable à examiner avec attention
et à contrôler avec soin un bandage
propre à retenir une hernie qui
mettait ma vie en danger, mais qui
était placé à quelque distance
au dessous de la arcade et
était fait par l'ouverture
de l'aponévrose fascia lata qui
recevait la veine saphène et pour
cela bien difficile à contrôler.

Wenzel

N.°5.

M. vendôt mobilier a
fait vente de donner la
peine de passer chez moi ce
matin.

Je le prie d'agréer mes
l'assurance de ma parfaite
considération

dimanche 16 sept.

N.° 6.

Monsieur Serdier chirurgien herniaire à Paris

Mon cher ami,

Faites moi le plaisir de trouver la personne qui vous remettra cette lettre et de m'écrire ce que vous aurez fait ; elle est alliée à la femme de mon frère et je vous dirai combien je vous serai reconnoissant.

Votre ami

Roullon Dan

S'il lui faut un passeport faites ce qui conviendra

N.° 7.

à Monsieur Verdier chirurgien herniaire de la maison Sle.

Je prends mes civilités à M. Verdier et le prie de me faire le service d'examiner le portant de la présente, et de me dire si la hernie est assez apparente pour pouvoir le faire reformer lors de la visite à l'hôtel de ville qui sera faite par le conseil de recrutement

Son dévoué

30 Juin

N°8.

Mr. Le Docteur Verdier, chirurg.n

Monsieur et très-honoré confrère,

Le Docteur Dastel et moi, qui avons été reçus ce matin chez mr. Delaberque, de 9 heures et demie, à dix heures, aurons l'honneur de vous attendre demain, à dix heures et un quart du matin, pour vous soumettre quelque nouvelle idée.

C'est avec beaucoup de plaisir et d'empressement que je saisis cette occasion de vous renouveller les salutations les plus cordiales.

Votre tout-dévoué confrère

H. C. Tarta

Doct. méd. ch.

A Monsieur

Le docteur Kéraudren,

INSPECTEUR-GÉNÉRAL DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

A Messieurs

Moizin, Gasc, b^on^. Larrey,
Pasquier, chirurgien du Roi, et Brault,

MÉMBRES DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES.

Un ouvrage rempli de recherches et de faits curieux, composé dans le but d'être utile à l'humanité, ne peut être plus dignement placé que sous la protection de grandes célébrités médicales de l'époque, qui, par leur position à la tête des services de santé des armées de terre et de mer, ont su rendre leurs noms européens. C'est pourquoi, Messieurs et savants praticiens, je ne puis trop vous témoigner toute ma reconnaissance pour l'extrême bonté que vous avez eue de vouloir bien me permettre de placer vos noms illustres en tête de mon Mémoire.

Verdier.

INTRODUCTION.

La famille à laquelle j'appartiens figure depuis longues années dans les annales de la médecine; plusieurs de ses membres ont laissé d'honorables souvenirs, tant par leur pratique médicale que par divers écrits favorablement accueillis des médecins de leur époque.

Exclusivement livré, depuis une trentaine d'années, à la chirurgie herniaire, ainsi qu'au traitement des déplacements et maladies de la matrice, je crois devoir faire connaître les faits les plus remarquables qui se sont rencontrés dans ma pratique. Ma position, mes rapports journaliers avec les praticiens le plus en réputation de la capitale, m'ont mis à même d'en noter un assez grand nombre d'un intérêt majeur.

Plusieurs des médecins que j'ai eu occasion de citer dans mes observations détaillées, m'ont invité à donner de la publicité aux faits dont ils avaient été témoins, les regardant comme importants pour la pratique.

C'est pour satisfaire à des désirs si positivement exprimés, et des plus honorables pour moi, que je me suis déterminé à livrer ce mémoire à l'impression.

Le 1er janvier 1835, j'eus occasion de m'entretenir avec M. Dupuytren du travail que j'avais l'intention de publier. Ce grand génie chirurgical saisit de suite l'en-

semble de mes idées, et, après quelques questions sur l'ordre que je me proposais de suivre dans la distribution de mes tableaux statistiques et le classement de mes observations détaillées, il me dit avec ce ton de conviction qui lui était si familier : « Ce travail est peut-être plus » important que vous ne l'avez d'abord supposé, surtout » fait avec bonne foi. La chirurgie ne possède rien en » ce genre que quelques relevés faits dans les hôpitaux » sur une même classe d'individus. Vos observations » embrassent l'ensemble de la société, puisqu'elles s'é- » tendent depuis le Savoyard jusqu'au pair de France : » elles ne peuvent donc manquer d'offrir le plus grand » intérêt. Je vous prie de me faire inscrire chez votre » libraire comme votre premier souscripteur. »

Ces paroles d'un aussi grand praticien sur le bord de sa tombe(1) sont pour moi un énergique stimulant, et

(1) M. Dupuytren succomba le mois d'après, et cette conversatiou prouve que, jusqu'à ses derniers instants, il s'occupa d'un art qui était tout pour lui, et dont il avait considérablement reculé les limites. Dans le monde médical sa perte fut vivement sentie, et indépendamment des élèves, un grand nombre des médecins de la capitale l'accompagnèrent jusqu'à sa dernière demeure. Il eut pendant sa vie des rivaux qui le tracassèrent, mais non des ennemis ; ce qui le prouve, c'est que sur sa tombe se rencontrèrent et se confondirent ensemble, dans leurs regrets, ses plus grands admirateurs et ceux qui naguère l'avaient le plus chagriné.

Il vit avec plaisir arriver à l'Hôtel-Dieu, dont il était le chirurgien en chef, deux de ses plus savants élèves, et qui depuis long-temps étaient en possession de ses plus tendres affections, les docteurs Breschet et Sanson.

L'administration des hospices, en dotant l'Hôtel-Dieu de ces deux chirurgiens, avait prévu le bel avenir qui leur était réservé. Elle fit organiser pour chacun d'eux un service particulier et indépendant de celui du chirurgien en chef.

La mort de Dupuytren n'en plongea pas moins l'Hôtel-Dieu dans un deuil profond, que s'empressa de faire cesser cette même administration en lui donnant un successeur. Le docteur Roux fut appelé par elle à recueillir ce brillant héritage.

je tâcherai que mon travail ne soit pas au dessous de l'opinion favorable qu'en avait conçue mon ancien maître.

Il n'a pas dépendu de moi d'étendre davantage mes recherches sur les hernies, ainsi que sur les déplacements et maladies de la matrice, dont le chiffre n'est que de 1,226 pour la première de ces maladies, et de 156 pour la seconde.

Le plus grand nombre des personnes qui m'ont consulté pour ces deux genres d'affections morbides n'ayant pas pu ou voulu me donner tous les renseignements dont j'avais besoin, il m'a été impossible de les comprendre dans mes tableaux statistiques.

En 1822, je communiquai à l'Académie royale de médecine le plan du travail que j'avais entrepris, et que je désirais continuer sur la plus grande échelle possible. Les Béclard et les Percy reconnurent de suite que les recherches auxquelles je me livrais pouvaient devenir importantes sous le rapport de pratique. Ces chirurgiens, d'un mérite si distingué, s'empressèrent de démontrer à leurs collègues que les résultats auxquels j'aspirais ne pouvaient que concourir puissamment aux progrès de la science.

Les auteurs du *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, publié par Panckoucke, ont également conçu de telles espérances sur mes recherches, qu'à l'article Hernie de cet ouvrage, qui parut en 1823, on lit, à la suite de l'exposé des divers calculs plus ou moins exagérés consignés dans la plupart des ouvrages qui traitent des hernies : « C'est au temps et aux travaux des

» personnes qui cultivent particulièrement l'anatomie » pathologique à perfectionner de plus en plus ce point » important de la chirurgie. Verdier, chirurgien her- » maire, se livre actuellement à des recherches de ce » genre qui, si elles sont encouragées, ne peuvent » manquer de produire des résultats importants (1). »

La bonne foi est la première condition d'un travail fait dans un but d'utilité publique, et surtout en médecine, puisqu'il s'agit souvent de la vie de ses semblables. C'est pour être fidèle à ce principe que je n'ai voulu comprendre dans mes tableaux ainsi que dans mes observations détaillées, que les faits recueillis par moi, afin d'en pouvoir garantir l'exactitude. Plusieurs médecins de mes bons amis ayant eu connaissance du travail auquel je me livrais, ont eu l'extrême bonté de m'offrir un assez grand nombre d'observations très curieuses de leur pratique. Elles auraient sans doute augmenté de beaucoup l'intérêt de ce mémoire, mais il m'a été impossible d'en profiter. Cette déclaration, accompagnée de mes remercîments, leur fera apprécier les motifs de mon refus, et si quelques uns d'abord avaient pu en être blessés, je me plais à croire que la réflexion leur fera rendre justice à mes intentions.

Pour se rendre compte des hernies il faut avoir égard aux changements de situation auxquels sont si fréquemment exposés les viscères abdominaux dans l'accomplissement des fonctions importantes qu'ils sont appelés à remplir. Ce que je viens de dire pour les organes de

(1) *Voyez* le tome IX, page 62.

la digestion est également applicable à la matrice et à ses annexes ou dépendances.

Afin de procéder avec méthode à l'examen des hernies, déplacements et maladies de la matrice, il m'a paru indispensable de commencer par une rapide description anatomique des principaux organes dont plus tard j'aurai occasion de m'occuper, car, pour bien juger la lésion d'un organe, il faut le connaître à son état normal; c'est pourquoi j'examinerai successivement l'abdomen et sa paroi, le péritoine, l'épiploon, le mésentère, l'estomac, le canal intestinal tant dans son ensemble que dans ses diverses parties, le cordon ombilical, le cordon spermatique, le testicule et ses enveloppes, le bassin et la vessie. Quant aux anneaux inguinaux, cruraux, ombilical, ainsi que la ligne blanche, ces diverses ouvertures et parties de la paroi abdominale seront examinées et décrites séparément aussitôt que je parlerai des hernies qui ont lieu à ces régions.

La matrice et les ovaires, le canal vaginal, sa paroi et la vulve, seront également décrits quand je traiterai des déplacements et maladies de l'organe utérin.

Voulant être le plus laconique possible, je crois devoir négliger dans mes descriptions anatomiques une infinité de détails indispensables, il est vrai, à l'étude générale de l'anatomie, mais qui ne sont pas d'une grande importance pour le sujet qui seul doit m'occuper (1). D'ailleurs,

(1) Je renverrai ceux de mes lecteurs qui désireraient de plus grands détails anatomiques aux travaux les plus importants de notre époque sur cette science. Dans le nombre, on peut placer en première ligne l'*Anatomie de l'homme*, ou description, avec figures lithographiées, de toutes les parties du corps humain, par J. Cloquet (in-4°, Paris, 1831), et le *Dic-*

je n'ai pas la prétention d'apprendre cette science à ceux de mes lecteurs qui ne l'ont jamais étudiée, mais bien de présenter aux médecins d'un certain âge des généralités qui, en reportant leurs souvenirs sur une science que la clientèle les a forcés de négliger, les mettent à même de pouvoir apprécier convenablement les désordres auxquels donne lieu la production des hernies.

Ma pratique, en ce qui concerne les hernies, déplacements et maladies de la matrice, s'est toujours bornée, 1° à l'opération du taxis, propre à réduire les tumeurs herniaires; 2° à les empêcher de sortir de nouveau, au moyen d'un bandage à ressort élastique, ou de tout autre appareil approprié (1); 3° à tenter la guérison des hernies inguinales et crurales au moyen des douches d'eau froide; 4° dans le cas de hernies anciennes, volumineuses et

tionnaire abrégé des sciences médicales de Panckoucke (in-8°, Paris, 1821-1826). Ce dernier ouvrage renferme une foule d'articles d'anatomie du plus grand mérite, dus à trois jeunes médecins qui, par trop de modestie, n'ont pas voulu que leur nom fût publié; mais la précision et le bon goût qui règnent dans ces articles, vrai foyer de lumières, ont facilement fait reconnaître la plume habile et exercée des Bégin, des Boisseau et des Jourdan. Nous aurons plus d'une fois occasion de citer les diverses productions, tant collectives que partielles, des membres de cette trinité scientifique.

(1) D'honorables encouragements m'ont été donnés pour l'invention ou le perfectionnement de plusieurs bandages herniaires, pessaires et appareils propres à diverses maladies chirurgicales, savoir: en 1830, de la Société d'encouragement pour l'industrie nationale, une médaille en bronze; du roi, à l'exposition de 1834, d'après le rapport du jury, une médaille en bronze; à l'exposition des produits de l'industrie du département de la Sarthe, qui a eu lieu au Mans, en 1836, une médaille d'argent, grand module.

Cette dernière récompense, obtenue dans le département qui m'a vu naître, a été pour moi un grand sujet de contentement. Aussi je prie mes compatriotes qui me l'ont décernée de croire à mon éternelle reconnaissance.

irréductibles des vieillards, à contenir autant que possible l'intestin, soit dans le ventre, soit à l'ouverture qui lui a livré passage, afin d'éviter l'accumulation et le séjour des matières dans l'anse d'intestin hernié; 5° à combattre l'engouement; 6° à combattre également l'étranglement inflammatoire par des moyens thérapeutiques et mécaniques qui, sagement administrés, ont plus d'une fois fait cesser la constriction des parties, et rétabli le cours des matières par le rectum.

Afin de rendre l'étude des hernies plus facile et plus méthodique, j'ai cru devoir diviser ces maladies en neuf classes, qui sont : 1° internes, 2° externes, 3° simples, 4° composées, 5° compliquées; 6° libres et réductibles, 7° adhérentes, 8° engouées, 9° étranglées. La même hernie peut réunir plusieurs de ces caractères.

Quant à ce qui concerne les divers prolapsus et maladies de l'utérus, dans le premier cas, c'est à l'usage du pessaire seul ou accompagné d'un traitement médical fortifiant que j'ai eu recours, tandis que dans le deuxième cas, j'ai commencé par attaquer la phlegmasie partielle ou générale de l'organe utérin, ainsi que l'écoulement à caractère plus ou moins fâcheux qui, d'ordinaire, vient compliquer les maladies de la matrice, avant que de songer à placer un pessaire.

L'application du pessaire n'est pas toujours une opération simple et facile. Il y a certaines règles à observer, et des précautions à prendre, tant de la part du chirurgien que de la malade; lesquelles ne sont indiquées dans aucun traité de chirurgie destiné à servir de guide aux jeunes médecins, quand ils commencent à exercer. C'est

donc pour remplir cette lacune que je me propose de traiter de cette partie de la chirurgie.

Les hernies, déplacements et maladies de la matrice, sont susceptibles, dans le plus grand nombre des cas, d'être traités avec succès par l'emploi sage et raisonné des moyens mécaniques, hygiéniques et thérapeutiques. Ce sont les seuls, du moins, auxquels j'ai eu recours dans ma longue pratique; et, comme on le verra dans mes observations détaillées, ils m'ont réussi dans le plus grand nombre de cas.

Chaque fois que la gravité de la maladie a réclamé l'emploi du bistouri, j'ai toujours conseillé à mes malades de faire appeler les grands chirurgiens de la capitale ayant l'habitude des opérations chirurgicales.

Les tableaux statistiques des hernies, déplacements et maladies de la matrice, se trouvent répartis en deux séries dont la première comprend tout ce qui concerne les hernies, et la seconde, ce qui peut avoir rapport aux prolapsus et maladies de l'utérus.

Les chiffres sont ordinairement d'un intérêt majeur pour les hommes que leur esprit sévère porte à soumettre les grandes questions d'infirmités humaines à des règles mathématiques; mais pour que de semblables travaux puissent offrir de l'intérêt, il faut, comme l'a dit le célèbre Dupuytren, agir sur l'ensemble de l'espèce humaine et non sur quelques classes particulières de la société, comme l'a fait Lawrence dans son *Traité des hernies* (1), en donnant les chiffres résultants du dépouillement des

(1) *Traité des hernies* de Lawrence, traduit par P.-A. Béclard et J. Cloquet, in-8. Paris, 1812.

rapports de la Société des bandages herniaires de Londres, formée pour le soulagement des indigents. Au reste, dans le travail de ce chirurgien, il n'est question que des sexes, des lieux où s'étaient rencontrées les hernies, et de l'âge des sujets à l'époque où il leur fut placé un bandage. Les indications les plus importantes, telles que la cause appréciable des hernies, les organes herniés, les tempéraments, professions, accidents et désordres qui ont pu donner lieu ou bien compliquer ces maladies, ont été, comme on le voit, totalement négligés par le chirurgien anglais.

Depuis longtemps les bons esprits en chirurgie ont manifesté le désir que la partie de l'arsenal chirurgical relative aux hernies soit le sujet d'un travail particulier, et qu'un examen rigoureux puisse faire retrancher du domaine de la science une infinité d'appareils impropres à remplir les indications pour lesquelles ils ont été inventés.

Feu Tenon, professeur à la Faculté de médecine de Paris et membre de l'institut, avait eu le projet de s'occuper des bandages herniaires. A cet effet, il avait rassemblé, à grands frais, des échantillons de tous ceux inventés et usités dans les pays civilisés; mais il paraît que ses grandes occupations lui avaient fait ajourner son travail sur cette partie de l'art de guérir, car à sa mort, on ne trouva rien sur ce sujet dans ses nombreux manuscrits.

Je suis peut-être plus à même que personne de répondre à ce besoin de l'époque, ayant acheté à la vente de ce savant sa belle collection de bandages herniaires,

dans laquelle il s'est trouvé un grand nombre de modèles de ces instruments que l'on chercherait vainement dans les riches collections des cabinets de l'Ecole de médecine de Paris. La cinquième section du chapitre premier sera consacrée à cet important travail.

Les pessaires destinés à maintenir la matrice plus ou moins haut dans le vagin sont de forme et de dimension très variées. Chacun de ces instruments a probablement réussi dans les cas exceptionnels pour lesquels ils ont été construits, mais il n'en est pas moins vrai de dire que c'est à tort que l'on a voulu, d'après l'opinion de leurs inventeurs, les employer dans une infinité de circonstances où ils étaient évidemment contraires aux indications.

Il est donc indispensable, pour compléter mon travail, que mes observations critiques s'étendent sur les pessaires comme sur les bandages, car ces instruments, mieux raisonnés et convenablement appliqués, sont susceptibles de rendre la santé à un grand nombre de mères de famille atteintes de prolapsus utérins, maladies si multipliées chez les femmes des grandes villes.

Les faits les plus curieux et les plus remarquables que j'aie rencontrés dans le cours de ma pratique se trouvent rapportés dans des observations détaillées, où j'indique les agents mécaniques et thérapeutiques auxquelsj'ai dû recourir pour les divers malades que j'ai eu occasion de traiter, presque toujours sous les yeux et avec l'agrément de leurs médecins ordinaires.

Les praticiens dont j'invoque les souvenirs sont au nombre de plus de soixante-dix. La mort ayant frappé

quelques uns de ces hommes célèbres, j'ai cru devoir offrir, comme preuve de la confiance dont ils m'avaient honoré durant leur vie, le *fac-simile* de lettres que m'ont écrites les Béclard, les Dubois, les Dupuytren, les Boisseau, les Marc et les Tartra, relativement à divers cas de hernies plus ou moins graves, survenues aux malades que ces maîtres de l'art eurent la bonté de confier à mes soins.

Je me propose également de parler de quelques appareils que j'ai eu occasion d'inventer pour certains cas de maladies chirurgicales contre lesquelles l'art ne possédait rien qui pût être employé. Je ferai de même connaître mon *fantôme* ou *mannequin* que j'ai construit pour exercer les jeunes accoucheurs aux manœuvres nécessaires pour favoriser la sortie de l'enfant à l'époque de l'accouchement, quand il se présente par d'autres parties de son corps que la tête ou les pieds.

Pour mettre ce traité à la portée des personnes étrangères à la médecine je le terminerai par un vocabulaire composé des noms anciens et modernes consacrés depuis longtemps dans le langage chirurgical des hernies, déplacements et maladies de la matrice, bien qu'à mon avis le plus grand nombre de ces dénominations dussent être abandonnées comme très insignifiantes et offrant même quelquefois de fausses idées sur ces diverses affections morbides. Je laisse cette réforme importante à faire aux hommes d'un mérite supérieur, dont l'opinion a l'habitude de faire loi.

Mon livre n'est certainement pas à l'abri de la critique, qui, lorsqu'elle est juste et décente, est un service rendu

à l'auteur, et dont il doit être reconnaissant; mais si cette critique, comme il arrive souvent, est passionnée, de mauvaise foi ou en termes inconvenants : elle n'est digne que d'une dédaigneuse indifférence.

L'ensemble du travail que j'offre au public est le fruit d'une longue pratique. S'il peut me donner des droits à l'estime et à la confiance de mes contemporains, je m'applaudirai de l'avoir fait paraître; mais si j'étais trompé dans mon attente, il me resterait du moins pour consolation la pureté de mes intentions, n'ayant d'autre but, en prenant la plume, que de concourir au soulagement des individus affectés de hernies, de déplacements et de maladies de la matrice, dont la majeure partie n'éprouve d'accidents graves que par suite de l'insouciance avec laquelle ils soignent ces infirmités, ou de l'ignorance, au sujet de ces maladies, des personnes auxquelles ils peuvent s'adresser.

LISTE

PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE

DE

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS, AVEC LES NUMÉROS D'ORDRE DES OBSERVATIONS DÉTAILLÉES DANS LESQUELLES ILS SE TROUVENT CITÉS.

Amussat, 99.
Auvity, 6.
Barbier (le baron), 87.
Béclard, 2 et 83.
Bégin, 61, 113 et 160.
Boisseau, 150.
Boyer (le baron), 98.
Brayer, 122.
Breschet, 112.
Canuet, 100.
Cheneau, 150.
Chapelain, 138.
Chatourelle, 47.
Chaussier père, 20, 24, 34, 52 et 63.
Civiale, 27 et 73.
Cloquet (J.), 2, 7, 75 et 111.
Cornac, 83,
Delamontagne, 37.
Double, 11.
Dubois (le baron), 41, 83 et 104.
Dubreuil de Montpellier, 132, 139 et 143.
Ducamp, 8.
Duméril, 2 et 29.
Dupuytren (le baron), 3, 4, 7, 9, 14, 16, 20, 21, 23, 25, 35, 45, 56, 57, 59, 62, 70, 74, 82, 96, 139, 145 et 150.
Évrat oncle, 29 et 117.
Féburier, 124.
Fossati, m. italien, 26 et 68.
Foullioy de Brest, 104.
Fouquier, 150,
Fourcault de Houdan, 149.
Fournier-Pescay, 61.
Gasc, 53 et 55.
Gillet de Melun, 79,
Gosse, 104.
Goyon, 106, 110 et 152.
Guersent père, 107 et 129.
Haracque, 54.
Houlay, 108.
Hutin, 84.
Janin du Mans, 109, 129 et 144.
Kappeler, 38 et 101.
Keraudren, 46, 48, 50, 81 et 137.
Larrey (le baron), 20 et 125
Lebreton, 7, 15 et 119.
Lerminier, 8.
Lisfranc, 151.
Loison, 109.
Marc, médecin du roi, 40 49, et 146.
Marchand, 131.
Marjolin, 76.
Martinez, m. espagnol, 135.
Maygrier, 100, 115, 116 et 130.
Nysten, 58.
Nolette, 98.
Perdreau, 134.
Pignault, 12, 25, 88 et 96.
Piorry, 4, 13, 86, 113, 129, 149 et 150.
Ratier, 95.
Récamier, 16, 70 et 94.
Regnault, 11, 17, 71 et 14 .
Roche, 148.
Roux, 11 et 97.
Sabatier, 112.
Sanson, 65.
Sorlin, 97 et 99
Souberbielle, 20, 32, 36, 100 et 116.
Tartra, 5.
Triger, 88.
Vallée du Mans, 109.
Vidal, 19.
Vidal de Poitiers, 102.
Voisin, 149.

TRAITÉ PRATIQUE

DES HERNIES

DÉPLACEMENTS

ET MALADIES DE LA MATRICE.

CHAPITRE PREMIER.

Dans ce chapitre formé de cinq sections, nous traiterons des diverses hernies que nous avons rencontrées dans notre pratique. Nous les considérerons sous leur triple rapport de formation, d'accident, et de traitement curatif ou palliatif dont elles sont susceptibles.

La première section offrira la description anatomique des diverses parties du ventre susceptibles de livrer passage aux viscères abdominaux dont le déplacement constitue la hernie.

La deuxième section sera consacrée à l'examen des hernies sous leur rapport de formation, d'accident et de traitement, soit pour en tenter la cure radicale, soit pour faire cesser les accidents susceptibles de compromettre la santé et quelquefois même la vie des hernieux.

La troisième section comprendra l'exposé de notre traitement curatif des hernies récentes chez les jeunes sujets par l'emploi des douches d'eau froide plus ou moins obliques.

La quatrième section offrira la réunion des tableaux statistiques de la première série, c'est à dire de ceux qui se rapportent aux hernies.

La cinquième et dernière section sera consacrée à l'examen critique des bandages herniaires de formes diverses employés jusqu'à ce jour.

—

SECTION PREMIÈRE.

ANATOMIE.

Cette section comprend la description anatomique, 1° de l'abdomen et sa paroi; 2° du péritoine, de l'épiploon et du mésentère; 3° du canal intestinal et des diverses parties qui le composent, savoir : l'estomac, les intestins duodénum, jéjunum, iléon, cœcum, colon et rectum; 4° du cordon ombilical; 5° du cordon spermatique; 6° des testicules et de leurs enveloppes ou dépendances, au nombre de six, savoir : le scrotum, le dartos, le muscle crémastère, les tuniques fibreuses, vaginales, et albuginées; 7° du gouvernail; 8° du bassin; 9° de la vessie. Quant aux anneaux inguinaux, cruraux, à la cicatrice ombilicale, à la ligne blanche, à la matrice, aux ovaires, au vagin et à la vulve, ils seront décrits lorsque nous traiterons des hernies qui ont lieu par ces ouvertures, ou des déplacements de l'utérus dans le canal vaginal.

§ Ier. *De l'abdomen, situation et organisation.*

L'abdomen, qui est la plus grande des trois cavités splanchniques, est celle où se rencontre la grande majorité des hernies. C'est pourquoi nous allons en donner une rapide description.

On entend par abdomen cette portion inférieure du tronc située chez l'homme entre la poitrine et le bassin. Vu dans son intérieur, l'abdomen offre quand on a enlevé les diverses parties qu'il renferme, une cavité symétrique, concave en avant, latéralement et en haut, convexe en arrière et ouverte intérieurement. Dans l'état normal, cette cavité se trouve tellement remplie par les viscères qu'on ne rencontre aucun vide entre eux.

L'abdomen à l'extérieur se partage en trois régions, au moyen de deux lignes imaginaires horizontales et parallèles. La première de ces régions est en avant l'épigastre, la deuxième, l'ombilicale ou méso - gastrique, et la troisième l'hypogastre. Quant aux côtés, on les divise en hypochondre, flanc et aine. La partie postérieure du ventre a reçu le nom de région lombaire, ou simplement de lombes. On ne la considère pas comme partie intégrale de l'abdomen.

Parois abdominales. — Les parois abdominales situées en dehors de cette cavité, concourent à maintenir dans son intérieur les organes de la chymification et de la chylification, tels que l'estomac, la majeure partie des intestins, l'épiploon, les organes des sécrétions biliaires, pancréatiques et urinaires, et une partie de ceux qui servent à la génération. uant à la vessie et à la matrice, elles n'y forment ordinairement qu'une très petite saillie, à moins qu'elles ne soient distendues; l'une par l'urine, et l'antre par le produit de la conception. Les parois abdominales sont situées au dessous de la peau ou du tissu cellulaire sous-jacent, et au dessus de la membrane péritonéale à laquelle elles sont intimement unies. Ces parois molles et extensibles sont susceptibles de varier presque à chaque instant de forme et d'étendue, d'après l'attitude et les mouvements du corps et l'état des parties qu'elles renferment. Dans l'embonpoint excessif, la grossesse, l'hydropisie, elles prennent un développement si extraordinaire, qu'elles forment une voûte fortement bombée en avant.

La paroi abdominale, quoique formée par l'entrelacement des fibres et aponévroses des nombreux muscles abdominaux, offre cinq ouvertures dont les bords sont fortifiés par des ligaments aponévrotiques plus ou moins multipliés, qui sont la cicatrice ombilicale, les anneaux inguinaux et les arcades crurales. Chacune de ces ouvertures seront plus tard décrites séparément, vu qu'elles sont les endroits où la majeure partie des hernies se manifeste.

§ II. *Du péritoine et de ses dépendances; situation et organisation.*

Le péritoine est une membrane séreuse qui se rencontre à la partie interne de l'abdomen qu'elle tapisse dans toute son étendue. Cette membrane que l'on a comparé chez l'homme à un sac sans ouverture, forme un grand nombre de replis destinés à assujettir les viscères abdominaux pour les maintenir dans leurs situations respectives. Les principaux sont les ligaments du foie, de la matrice, des ovaires, de la vessie, les épiploons, le mésentère.

La surface interne du péritoine est lisse, continuellement humectée. Sa face externe s'attache presque de toutes parts et d'une manière très intime à la face interne des parois abdominales.

La membrane péritonéale jouit partout d'uue grande sensibilité. Elle est susceptible de contracter de vives inflammations, d'éprouver des distensions considérables sans se déchirer comme dans la grossesse, l'hydropisie, etc. La forme du péritoine n'est pas la même sur tous ses points. Son feuillet externe est plus fort, plus épais que l'interne. Les rapports du feuillet interne ne sont pas les mêmes avec tous les organes. Il en est qu'il tapisse d'une manière immédiate, et d'autres qu'il unit au feuillet externe par des duplicatures plus ou moins considérables. Sur certains points il dépasse le contenu des viscères, en produisant des prolongements dont quelques uns sont libres et flottants.

Epiploons. — Cette membrane graisseuse qui est formée par un repli du péritoine, présente dans toute son étendue une organi ation vasculaire avec des stries ou bandelettes graisseuses susceptibles, en s'entortillant autour d'une portion d'intestin, de constituer la majeure partie des étranglements internes de cet organe.

Des auteurs modernes en opposition aux anciens et au savant Chaussier, ont admis plusieurs épiploons qu'ils ont

appelés gastro-hépatiques, gastro-coliques, gastro-spléniques. Toutes ces divisions ne servent qu'à compliquer inutilement le langage anatomique, puisque l'épiploon ne diffère réellement du péritoine que par sa mobilité et ses bandelettes graisseuses. Les usages de ses divers replis sont évidemment de favoriser l'ampliation des organes qu'il embrasse, et de les préserver du contact des corps étrangers, sans pourtant s'opposer à leurs fonctions. Cette membrane descend plus bas sur les intestins du côté gauche que de l'autre, c'est ce qui explique la plus grande fréquence des hernies de l'épiploon à gauche qu'à droite.

Mésentère. — Ainsi que l'épiploon, le mésentère est une duplicature du péritoine, vrai support membraneux de l'intestin grêle; il s'étend depuis le côté gauche de la grande vertèbre lombaire jusqu'à la fosse iliaque droite. Sa forme est irrégulière, son bord postérieur n'a pas plus d'étendue que la portion lombaire de la colonne vertébrale, tandis que l'intérieur, au contraire, a toute la longueur de l'intestin grêle, qui est à peu près de sept mètres d'étendue. De là vient que le bord postérieur est presque droit, et que l'intérieur offre un grand nombre de plis ondulatoires. Il se rencontre dans le mésentère, entre ces deux feuillets, un grand nombre de ganglions lymphatiques, ainsi que des vaisseaux et des plexus nerveux. Cette membrane à elle seule ne peut former une hernie externe, mais souvent elle concourt à celle qui est produite par l'intestin.

§ III. *Du canal intestinal considéré dans son ensemble et dans les diverses parties qui le constituent.*

Le canal alimentaire est un long conduit musculo-membraneux, qui s'étend depuis la bouche jusqu'à l'anus, et dont les dimensions et fonctions offrent une extrême variété. Dans sa partie supérieure se continue la chymification, et s'opère également l'absorption du chyle, tandis

que sa partie inférieure semble n'être destinée qu'à recevoir les débris des aliments qui s'y accumulent jusqu'au moment de leur expulsion.

Le canal intestinal chez l'homme est évalué de six à huit fois la longueur du corps entier; aussi forme-t-il sur lui-même un grand nombre de replis connus sous le nom de circonvolutions, suspendus dans la cavité abdominale par divers liens que lui fournit le péritoine.

Le canal intestinal est composé de trois membranes unies les unes aux autres par du tissu cellulaire. La première, à l'extérieur, n'est autre chose que le péritoine; la deuxième, qui communique un caractère péristaltique aux mouvements du canal, est musculeuse; quant à la troisième, qui forme la surface interne de l'intestin, elle est muqueuse. Sa surface libre, toujours humide, semble comme veloutée.

Les différences que le canal intestinal offre dans les divers points de sa longueur, l'ont fait diviser et subdiviser d'abord en deux parties, dont la supérieure a reçu le nom d'intestin grêle à cause de son étroitesse, et l'inférieure, qui est beaucoup plus large, celui de gros intestin.

L'intestin grêle et le gros intestin ont été subdivisés chacun en trois parties, qui sont pour le premier de ces intestins, le duodénum, le jéjunum et l'iléon, et pour le second, le cœcum, le colon et le rectum, ce qui forme réellement six intestins. Nous dirons plus tard un mot de chacun d'eux.

Le canal intestinal, examiné sur le fœtus à terme, l'enfant, l'adulte et le vieillard, est susceptible d'offrir de nombreuses variations, tant en situation qu'en longueur et ampleur. A certaines époques de la vie fœtale, une des parties du canal peut se trouver engagée dans la cavité du cordon ombilical et former hernie.

Estomac. — Organe de la chymification que nous regardons comme la première partie du canal intestinal, et comme jouant un rôle principal dans le plus grand nombre

des hernies abdominales. Dans l'homme, l'estomac est situé entre l'œsophage et le duodénum auquel il est contigu, bien qu'il en soit séparé par le pylore.

Il correspond en haut, au diaphragme et au foie; en bas, à l'arc du colon, et au mésocolon transverse, ou repli du péritoine, destinés à maintenir en place diverses parties du colon; en arrière, au pancréas, ou petit lobe du foie, à une partie de l'épiploon, aux cartilages des fausses côtes et aux parois de l'abdomen; du côté gauche, à l'aorte, du côté droit, au foie et à la cholécyste ou vésicule biliaire. Les rapports de cet organe varient pourtant suivant son état de plénitude ou de vacuité.

La direction de l'estomac est transversale plus ou moins oblique de haut en bas, et d'arrière en avant, de gauche à droite. Sa grosse extrémité ou cul-de-sac se rencontre à gauche et un peu plus élevée que la petite qui est à droite. Quand l'estomac se remplit d'aliments, l'amplitude a lieu presque en totalité aux dépens de sa partie gauche. Ce qui rend l'obliquité de gauche à droite plus marquée; car l'extrémité droite est fixée de manière à ne pouvoir changer de situation.

Les nombreuses variétés dont l'estomac est susceptible chez les sujets du même sexe, empêchent de pouvoir établir des généralités sur sa capacité et son volume, qui, dans l'état de vacuité dépasse rarement celui du gros intestin. A cet état, ses deux faces se touchent, et ses bords sont très prononcés, tandis qu'après le repas ses faces au contraire s'écartent, et les bords s'effacent presque entièrement. Durant l'acte de la digestion, l'estomac qui en est le principal organe, se partage en deux parties, l'une à à droite, qui contient les substances solides; et l'autre à gauche occupée par les fluides.

L'estomac chez la femme est plus petit, plus étroit et plus allongé que chez l'homme. Il offre également des différences très remarquables dans sa situation par rapport à l'âge des sujets. Dans l'enfance, sa forme est moins conique

et presque globuleuse; sa situation est de beaucoup plus oblique chez les deux sexes à cette époque que dans un âge plus avancé. Chez les vieillards il a une forme à peu près conique et plus d'obliquité que dans l'âge adulte.

Duodénum. — Cette première partie de l'intestin grêle succède immédiatement à l'estomac qui n'en est séparé que par la valvule pylorique : la longueur du duodénum n'est à peu près que de douze travers de doigt; il est moins volumineux que l'estomac. Il offre cependant un certain calibre et plusieurs particularités qui suffisent pour le faire distinguer des autres parties du canal intestinal. La principale consiste dans la grande dilatation dont il est susceptible; recouvert en avant par le péritoine, il a la forme d'un demi-cercle.

Jéjunum et *iléon.* — Deuxième et troisième parties de l'intestin grêle que nous décrirons ensemble, vu l'impossibilité de déterminer convenablement le point de leur division. Ces deux intestins présentent à eux seuls une longueur d'à peu près les trois quarts de celle de tout le canal.

Le jéjunum est formé de la portion d'intestin qui suit immédiatement le duodénum; elle a son siége dans la région ombilicale. Quant à l'iléon, il termine l'intestin grêle et occupe les régions iliaques. Le jéjunum et l'iléon, considérés dans leur ensemble, forment une masse intestinale à courbures et circonvolutions si multipliées, qu'il est impossible d'en préciser le nombre. On remarque quelquefois sur ces intestins des appendices en forme de doigt de gant qui peuvent d'autant plus constituer des hernies inguinales que leur structure est absolument la même que celle de l'intestin. Elles portent le nom d'appendice digital.

Cœcum. — Cette première partie du gros intestin est située à la fin de l'intestin grêle et avant le commencement du colon. Son nom lui vient de ce qu'il se prolonge en manière de cul de sac. Il remplit presque entièrement la fosse iliaque droite, où il est maintenu par le péritoine dans un état d'immobilité parfaite; un peu plus ample

que le colon, il offre souvent un volume triple de celui de l'intestin grêle. Sa longueur n'est guère que de trois à quatre travers de doigt. Il présente de grosses bosselures irrégulières et disposées sans aucun ordre. Son cul de sac arrondi et bosselé se termine par un prolongement auquel on a donné le nom d'appendice vermiforme; le calibre en est égale à celui d'une plume à écrire, c'est à dire à peu près d'un diamètre de cinq millimètres; la longueur varie de neuf à onze centimètres.

A l'entrée de cet appendice se trouve la valvule iléo-cœcale. Il n'est pas rare de rencontrer cet appendice dans des hernies inguinales, seul ou avec d'autres organes.

Colon. — Des trois parties du gros intestin le colon est la plus considérable; elle s'étend du cœcum au rectum et de la région iliaque droite à la gauche. Cette étendue considérable, jointe à son ampleur, lui a fait donner par quelques anatomistes le nom de ventre inférieur. Les flexuosités que décrit cet intestin ont permis de le partager en quatre parties, savoir : colon ascendant, transverse, descendant et *S* du colon.

La première de ces parties est la plus courte et la moins mobile, car elle est maintenue assez fortement dans sa position par un tissu cellulaire abondant et chargé de graisse.

Quoique le colon transverse qui forme la seconde partie se trouve assez ordinairement au dessous de l'estomac, derrière l'épiploon, il lui arrive quelquefois de descendre dans la région ombilicale et même de s'enfoncer jusque dans le petit bassin.

Le colon descendant, ou troisième partie, est fixé et retenu en place, ainsi que le colon ascendant, par un repli du péritoine qui ne lui permet pas d'exécuter des mouvements d'une grande étendue.

L'*S* du colon, qui forme sa quatrième partie, d'un volume peu considérable, se termine au détroit supérieur du bassin, près de l'articulation du sacrum avec la dernière vertèbre lombaire, endroit où cet intestin se continue

avec le rectum ; le péritoine lui fournit des attaches assez lâches pour lui permettre des mouvements assez étendus.

Le colon décrit, dans l'intérieur du bas ventre, un cercle qui contient ou embrasse toute la circonvolution de l'intestin grêle. Sa surface est partout chargée de bosselures formant à l'intérieur de nombreuses cellules qui lui ont valu le nom grec sous lequel on le désigne.

Rectum. — Cette troisième portion du gros intestin forme la terminaison du canal intestinal. Elle s'ouvre en dehors par l'anus, commence à l'extrémité inférieure du colon, s'attache le plus ordinairement à la face antérieure gauche du sacrum, et se dirige de haut en bas pour descendre en ligne droite, quand il est abandonné par le péritoine qui ne revêt que sa partie supérieure. Ses autres attaches lui sont fournies à sa partie inférieure par un tissu cellulaire assez lâche pour le laisser jouir de beaucoup de liberté. Le rectum est susceptible d'une grande dilatation, et ses membranes d'un degré considérable d'épaississement.

§ IV. *Du cordon ombilical; situation et organisation.*

Le cordon ombilical est une production plus ou moins allongée qui, pendant la vie du fœtus, est formée d'une veine, de deux artères unies par une substance molle, gélatineuse, demi-fluide, de l'ouraque, et d'une gaîne fournie par cette dernière qui en entoure toutes les parties dans les premiers temps de sa formation. On y trouve une portion du canal intestinal, la vésicule ombilicale et les vaisseaux omphalo-mésentériques.

Ce cordon est implanté par une de ses extrémités au placenta plus ou moins près de son centre, et par l'autre, qui a reçu le nom de fœtale, elle communique à l'enfant ; cette dernière est d'autant plus voisine du pubis que le fœtus est plus jeune : sa longueur varie à l'infini.

§ V. *Du cordon spermatique ou testiculaire ; situation et organisation.*

Le cordon spermatique ou testiculaire, qui s'étend de l'épididyme à travers l'anneau inguinal, est composé de la réunion du canal déférent, des artères, veines et nerfs spermatiques, de lames de tissu cellulaire dépourvu de graisse, et enfin d'une gaîne qui recouvre cette espèce de faisceau, due à l'entrelacement de diverses fibres musculaires.

Cette gaîne, chez l'homme, se continue avec la membrane fibreuse de la tunique vaginale du testicule ; chez la femme elle s'étend à l'ovaire.

Les différents vaisseaux qui composent le cordon testiculaire droit ou gauche, marchent la plupart dans des directions non parallèles, avant d'avoir franchi l'anneau inguinal. C'est probablement d'après cette disposition, que le célèbre Chaussier n'a pas cru devoir admettre l'existence du canal sous-pubien.

VI. *Du testicule et de ses enveloppes ou dépendances.*

Le testicule est un organe glanduleux éminemment vasculaire situé de chaque côté à la partie inférieure du cordon testiculaire. Celui du côté droit est un peu plus haut que celui du côté gauche. Diverses tuniques et membranes enveloppent le testicule, telles que le scrotum, le dartos, le muscle crémastère, les tuniques fibreuse, vaginale, albuginée.

1° *Scrotum.*— Cette première enveloppe du testicule est une espèce de bourse plus large inférieurement que supérieurement. La peau qui la recouvre en dehors n'est autre chose qu'un repli des téguments communs qui descend des régions inguinales droite et gauche pour se porter entre la racine de la verge et le périnée. Les bourses sont en général

d'une couleur plus foncée que le reste de la peau, ridées ou contractées sur elles-mêmes, parsemées de poils isolés, dépourvues de graisse et garnies sur la ligne médiane d'un étroit bourrelet peu saillant qui a reçu le nom de raphé.

2° *Dartos.* — C'est une membrane cellulo-filamenteuse, de couleur rougeâtre, dépourvue de graisse, parcourue par une grande quantité de vaisseaux de toute espèce. Il y a un dartos pour envelopper chaque testicule. L'un des bords de cette membrane prend son insertion aux branches du pubis et de l'ischion; l'autre se fixe à la partie inférieure de l'urètre. Les deux dartos s'adossent l'un à l'autre en formant une cloison appelée médiastin du scrotum.

Le dartos n'existe pas dans le scrotum avant la descente des testicules; il est formé par une expansion fibro-celluleuse de l'aponévrose superficielle de l'abdomen.

3° *Crémastère.* — Ce muscle est également connu sous le nom de tunique érythroïde et d'élévateur du testicule. Le crémastère est une espèce de faisceau charnu très mince, qui se détache de l'oblique interne du bas-ventre. Pour traverser l'anneau inguinal et venir s'épanouir autour de la tunique vaginale. La contraction des fibres de ce muscle est quelquefois si violente, que le testicule se trouve fortement appliqué à l'anneau inguinal. Dans les hernies anciennes, les fibres du crémastère, en perdant leurs propriétés contractiles, acquièrent une telle épaisseur, que Scarpa prétend les avoir trouvées de quatre à six fois plus volumineuses que dans l'état ordinaire.

4° *Tunique fibreuse.* — Enveloppe commune au cordon et au testicule, c'est un prolongement de l'aponévrose transverse. L'espèce de gaîne qui en résulte autour du cordon, descend avec lui en parcourant le canal inguinal et l'accompagne jusqu'au bord supérieur du testicule, puis se perd dans le tissu cellulaire extérieur de la tunique vaginale.

5° *Tunique vaginale.* — Espèce de membrane séreuse qui a la forme d'un sac sans ouverture, et enveloppe de toutes parts l'organe de la reproduction.

Sa face interne est lisse, polie et lubréfiée par de la sérosité. Sa face externe adhère d'une part à la tunique fibreuse, tandis que de l'autre elle recouvre le testicule et l'épididyme. Avant la descente du testicule dans les bourses, la tunique vaginale n'existe pas; elle est produite par un prolongement que le péritoine fournit à cet organe lorsqu'il sort de l'abdomen, et qui ensuite se rétrécit, s'en sépare et s'en isole entièrement pour former une membrane distincte.

6° *Tunique albuginée.* — Cette dernière enveloppe se trouve en contact direct avec la propre substance du testicule. Cette membrane fibreuse, d'un blanc opaque, quoique d'un tissu serré, fort et résistant, n'en est pas moins extensible et rétractile. En dehors, elle est recouverte par la tunique vaginale; en dedans, elle donne lieu à un grand nombre de prolongements aplatis et filiformes, destinés à former des cloisons incomplètes sur la cavité de l'espèce de coque qu'elle représente. Les intervalles de ces cloisons sont remplis par des vaisseaux séminifères. En haut, cette tunique présente un enfoncement appelé corps d'Hygmore, à travers lequel passent les trous de ces vaisseaux qui vont se rendre à l'épididyme.

Gouvernail du testicule. — Espèce de cordon triangulaire fibro-celluleux qui, dans le fœtus, se porte de la branche de l'ischion et de la peau du scrotum à la partie postérieure de l'abdomen. Cette continuation du *facia superficialis* peut, en se contractant, faire descendre le testicule, allonger les fibres du muscle petit oblique destiné à produire le crémastère, et en s'épanouissant constituer le dartos.

Les testicules, dans une situation oblique de dehors en dedans et de haut en bas, remplissent l'espace compris entre la vessie et les reins, en touchant ces derniers à leur sommet. Ils s'appuient sur un repli du péritoine de la consistance de l'épiploon avec lequel ils ont contracté de si faibles adhérences, que l'on peut facilement les en éloigner.

C'est à peu près à huit mois de la vie du fœtus que les testicules traversent les anneaux sus-pubiens, de manière qu'à neuf mois ils doivent occuper le fond du scrotum. La sortie du testicule a cela de remarquable que cet organe porte en avant une portion du péritoine; ce prolongement est ouvert dans toute son étendue, à l'exception de l'extrémité inférieure terminée en cul de sac, tandis que par sa supérieure il communique avec la grande cavité de la membrane péritonéale.

Cette disposition cesse ordinairement au bout de quelques semaines après la naissance. L'oblitération a lieu aux environs de l'anneau inguinal, d'une manière si exacte, que plus tard il est assez difficile de trouver un enfoncement appréciable.

Les changements dont nous venons de parler ne s'opèrent pas d'une manière uniforme, et à la même époque, sur les deux côtés du corps, car il n'est pas rare de rencontrer l'une des deux glandes dans le scrotum, longtemps avant que l'autre ait effectué sa descente.

§ VII. *Du bassin considéré comme prolongement de la cavité abdominale.*

Les anatomistes ont donné le nom de bassin à une sorte de grande et large couronne osseuse placée au bas de la colonne vertébrale. Elle la termine en lui servant de support et donne en outre attache aux membres abdominaux. Elle occupe chez l'homme adulte la partie moyenne du corps dont les parois circonscrivent cette cavité irrégulière qui contient ou renferme une partie des intestins, des organes urinaires et génitaux, ainsi que divers vaisseaux et nerfs. A son pourtour viennent s'attacher les muscles destinés à mouvoir les membres inférieurs ou pelviens, le haut du tronc, et à dessiner les formes de ce dernier dans sa partie inférieure.

Le bassin est composé de quatre os, dont deux, le sacrum

et le coccyx, ne sont réellement que la continuation de la colonne vertébrale, tandis que les deux autres, appelés coxaux, représentent deux arceaux semblables et irréguliers qui s'unissent ensemble par devant, ce qui constitue la symphyse pubienne, et s'articulent en arrière avec les parties latérales du sacrum. Il résulte de la réunion de ces pièces osseuses, fixées ensemble par de nombreux ligaments, une cavité qui est formée en bas par des parties molles, ouvertes; en haut elle fait suite à la cavité de l'abdomen.

L'âge et le sexe apportent de grandes modifications dans la forme générale du bassin. Il est peu développé aux premières époques de la vie. Les différentes pièces de l'os coxal ne sont complètement soudéees ensemble que vers la douzième année. Chez les jeunes filles, cette réunion a lieu à peu près deux années plus tôt que chez les garçons. Jusqu'à l'âge de puberté, le bassin se ressemble dans les deux sexes; mais, à cette époque, il subit chez la femme des modifications proportionnées aux fonctions que plus tard cette dernière est appelée à remplir.

Le bassin de la femme s'élargit aux dépens de sa hauteur qui est moindre que dans l'homme. Il acquiert plus de capacité et d'amplitude en tous sens. Les surfaces en sont plus lisses, les contours plus arrondis, le détroit supérieur plus évasé. Le sacrum est plus large et plus aplati; le promontoire moins saillant, le coccyx moins courbé en avant, et son articulation avec le sacrum plus lâche. Les tubérosités sciatiques moins grosses et moins âpres, sont inclinées davantage en dehors; il en résulte que le détroit périnéal a plus d'ampleur, et par conséquent les cavités cotyloïdes sont beaucoup plus éloignées de l'axe du corps. Les arcades fémorales présentent des échancrures beaucoup plus prononcées, ce qui explique pourquoi les hernies sont plus fréquentes par cette ouverture chez la femme que chez l'homme. Enfin, tous les ligaments et les tissus fibro-cartilagineux sont plus épais, plus mous et plus flexibles.

Son inclinaison à l'horizon. — Le bassin, considéré dans ses rapports de situation avec les autres parties du corps, se trouve plus ou moins incliné à l'horizon, suivant les diverses attitudes que l'on prend. Debout, le sacrum est en haut et en arrière; les pubis sont en devant et en bas; l'inclinaison du bassin qui résulte de ces dispositions, est ordinairement de 35 à 40 degrés. Si par le développement du ventre et la courbure en arrière de la colonne vertébrale, cette inclinaison vient à s'augmenter, les viscères portés en avant, mal soutenus par les fibres aponévrotiques et musculaires du bas-ventre, les forcent de se distendre, de s'allonger en s'amincissant. C'est à cette disposition que l'on doit la formation de ces hernies énormes. vrai prolongement de la cavité abdominale, qui contient la majeure partie des viscères que renfermait primitivement cette cavité.

§ VIII. *De la vessie, situation et organisation.*

La vessie est un réservoir musculo-membraneux, logé dans l'excavation du petit bassin, entre le pubis et le rectum dans l'homme, et entre le vagin et la matrice dans la femme. Elle est destinée à recevoir et à contenir l'urine pendant un certain temps, et à l'expulser ensuite.

Chez l'homme la vessie est conoïde. Chez la femme, surtout celle qui a eu plusieurs enfants, cet organe est plus arrondi et plus distendu transversalement que verticalement.

Les dimensions de la vessie varient suivant l'âge, le sexe et les individus. La capacité de cet organe est plus considérable chez la femme que chez l'homme. On le partage dans les deux sexes en six régions : supérieure, inférieure, antérieure, postérieure, latérale et col. Cette dernière partie, vue en dehors, présente chez l'homme une espèce de cône tronqué, embrassé en devant par la prostate, et presque horizontal chez l'adulte; tandis qu'avant la pu-

berté il se trouvait oblique. Chez la femme, le col de la vessie est moins long et s'appuie sur le vagin. Les hernies de vessie, sans être très fréquentes, se sont rencontrées plusieurs fois dans l'un et l'autre sexe.

—

DEUXIÈME SECTION.

HERNIES.

Concernant les hernies ou tumeurs résultant du déplacement ou de la sortie des viscères des cavités où ils doivent être contenus pour l'accomplissement régulier de leurs fonctions; les accidents déterminés par leur présence aux diverses époques de la vie des sujets de l'un ou de l'autre sexe qui en sont affectés, et les moyens thérapeutiques qu'il convient de leur opposer, soit pour les guérir, soit pour empêcher leur plus grand développement.

§IX. *Des hernies d'après les anciens et d'après les modernes.*

Les hernies sont des infirmités qui durent se produire à l'origine de l'espèce humaine. Elles étaient connues du temps de Moïse, puisque dans un passage du *Lévitique*, on trouve que le Seigneur lui dit : « Parlez aux prêtres, enfants d'Aaron, et dites-leur : Si un homme d'entre les familles de votre race a une descente, il n'offrira pas de pain à son Dieu, il n'approchera pas du ministère de son autel.» Depuis Hippocrate, qui décrivit les hernies des aines et celles des bourses, ces maladies n'ont pas cessé d'être un objet important dans la médecine, et les écrivains les plus célèbres des différents siècles les ont toujours mentionnées dans les ouvrages qu'ils ont publiés sur la chirurgie et l'art de guérir.

Les anciens divisaient les hernies en vraies et en fausses. Les fausses étaient, suivant eux, l'hydrocèle, le pneumatocèle, l'hématocèle, le cirsocèle, le stéatocèle, le sarco-

cèle, le spermatocèle. Ces diverses maladies n'ont de particulier avec les hernies que de les compliquer dans certains cas, et de rendre leur diamètre plus ou moins obscur.

Les modernes, plus sévères dans leurs expressions et d'ailleurs meilleurs physiologistes, ont réservé le mot de hernie au déplacement partiel ou total d'un organe, qui par suite de causes accidentelles passerait de la cavité qu'il occupe, et dans laquelle il est assujetti à des rapports symétriques indispensables à l'accomplissement régulier de ses fonctions, dans une autre cavité qui pour lui serait anormale. Ainsi, chaque fois qu'un organe se trouvera placé dans une nouvelle cavité ou sorti de celle qu'il occupe habituellement, par suite du relâchement ou de la rupture des téguments qui l'environnent, il y aura hernie.

Cette infirmité se rencontre trop souvent dans l'espèce humaine et donne lieu à de trop grands désordres dans les fonctions de l'économie des individus qui en sont affectés, pour ne pas devoir fixer l'attention des hommes portés par goût à l'étude des causes nombreuses qui mettent en danger la vie de leurs semblables.

Les hernies, pour être étudiées avec fruit, doivent être envisagées 1° sous les rapports du sexe; 2° de l'âge; 3° de la situation; 4° de l'organe; 5° du tempérament; 6° de la profession; 7° des causes de leur formation; 8° de l'ancienneté; 9° des désordres auxquels elles peuvent donner lieu; 10° enfin des caractères particuliers qu'elles présentent.

Ce que l'on entend par cavités splanchniques. — Ces cavités, au nombre de trois, sont destinées à loger et renfermer les viscères. Elles ont reçu des noms particuliers qui sont, pour la première, pectorale, thoracique ou poitrine; pour la deuxième, abdominale ou ventre, et pour la troisième, pelvienne ou bassin. C'est à la circonférence de ces cavités que se rencontrent les hernies plus ou moins appréciables à la vue et au toucher. Toujours leurs parois sont en contact direct avec les viscères qu'elles renferment.

Les organes que contiennent ces cavités, pressés de toutes parts les uns contre les autres, ne sont pas susceptibles de grandes variations ni d'augmentation de volume, tant qu'ils n'ont pu déterminer l'affaissement ou la dilatation de la paroi élastique qui concourt avec des os, des cartilages et des muscles, à leur former une espèce d'étui ou de gaine. Les parties qui, par la nature de leurs fonctions doivent éprouver, soit de prodigieuses ampliations, soit de grandes et rapides réductions périodiques dans leur volume, sont placées dans des cavités à parois musculeuses, aponévrotiques, jouissant d'un grand degré d'extensibilité. D'après cette organisation, on conçoit qu'il ne peut jamais exister aucun vide réel dans chacune des trois cavités dont nous venons de parler. A l'état normal, il existe un équilibre parfait entre la pression qu'exerce l'enceinte des cavités et les viscères qu'elle renferme.

En considérant l'action expansive intérieure de ces derniers, on la voit obligée de céder, pendant un long espace de la vie, à l'immobilité apparente des parois dont la tendance les porte à se resserrer.

Cette action de constriction établit toujours de plus en plus, entre les parties contenantes et les organes contenus, un antagonisme de puissance qui, tant qu'il existe, rend tout déplacement impossible et favorise même la facile exécution des fonctions réservées aux viscères abdominaux.

Si la cavité entière se dilate, les organes qui produisent cet effet augmentent d'autant plus de volume que cette dilatation est grande; mais jamais il ne peut en résulter la formation d'une hernie, car les parties contenantes se trouvant affaiblies dans leur totalité, elles ne peuvent plus résister aux efforts mécaniques des viscères. Mais que la cavité splanchnique se trouve affaiblie ou divisée dans l'un de ses points, que les ouvertures qui lui sont propres pour le passage des vaisseaux, nerfs, tendons ou muscles, viennent à se dilater, ne fût-ce qu'accidentellement, on voit de suite les organes intérieurs chercher à forcer cet

endroit faible, s'insinuer dans ses plus petites divisions, et s'échapper alors en plus ou moins grande quantité. Les tumeurs nouvellement formées se développent rapidement, tant en raison du simple déplacement de l'organe que par suite de son accroissement; car il devient promptement le siége d'une nutrition plus active. Ces deux circonstances concourent presque toujours à la production des hernies.

Lorsque les parties herniées sont très mobiles, comme par exemple les intestins ou l'épiploon, le déplacement peut être regardé comme la seule cause de la maladie. Il n'en est pas de même si les viscères sont plus solidement attachés; tels que la vessie, le foie, le poumon, la matrice ainsi que les ovaires chez la femme. Leurs ligaments ayant été plus ou moins tiraillés, peuvent entretenir l'état maladif longtemps après qu'aura eu lieu la réduction. Enfin, le cerveau et les autres organes que l'on peut regarder comme fixés d'une manière inamovible, ne sont susceptibles que d'une sorte de végétation à travers les ouvertures placées dans leur voisinage, se montrant en quelque sorte dans les orifices qui leur livrent passage; aussitôt qu'ils les ont franchis, ils s'épanouissent au delà de ces ouvertures en formant des tumeurs à base étroite, dont le corps est d'autant plus volumineux que les tissus environnants leur offrent moins de résistance. Il en est de même de toute action mécanique ou de toute autre puissance tendant à faire sortir de la cavité principale de nouvelles parties de ces organes.

Il est facile de concevoir que ces changements dans la situation des organes en altérant leur forme, nuisent plus ou moins à l'accomplissement de leurs fonctions. Le contour de l'ouverture, à travers laquelle a eu lieu leur passage, gêne la circulation dans leur tissu placé hors de leur cavité naturelle. Soustraits à la pression constante à laquelle ils étaient habitués, soumis au choc extérieur, ils n'exécutent que d'une manière incomplète et avec peine

les actions relatives aux fonctions dont ils sont chargés; les viscères placés dans la hernie contractent des irritations constantes ou chroniques plus ou moins susceptibles de produire leur désorganisation ou des inflammations aiguës toujours très dangereuses. La compression de leur pédicule, par suite de la phlogose qu'ils ont éprouvée, peut même les faire tomber en gangrène.

En sortant des cavités qui les renferment, les organes intérieurs passent dans des cavités nouvelles, et apparaissent immédiatement au dehors. Dans le premier cas, ils pousseront presque toujours devant eux une portion de la membrane séreuse qui les recouvre eux-mêmes, et qui tapisse les parois internes du ventre, de la poitrine ou du bassin. Cette enveloppe immédiate constitue le sac herniaire; la pression et un état de gêne soutenus pendant un espace de temps plus ou moins long, sont autant de causes favorables à l'irritation des divers tissus au milieu desquels la hernie se développe; c'est ce qui augmente ou diminue leur épaisseur, leur densité, en modifiant plus ou moins leur organisation.

Ce que nous venons de dire n'est relatif qu'aux parties déplacées : il nous reste à considérer maintenant ce qui a lieu dans les cavités où elles étaient auparavant.

État des cavités splanchniques après la sortie des organes qu'elles ont l'habitude de loger.—Après avoir été privées pendant plus ou moins longtemps d'une partie des organes qu'elles sont habituées à contenir, les cavités splanchniques se rappetissent par suite de la contraction des muscles formant leur paroi mobile, ce qui les rend impropres, dans plusieurs cas, à admettre de nouveau et sans trouble, les viscères herniés, lorsque surtout on veut les faire rentrer brusquement et avec violence (1). D'ailleurs, quand la cavité n'aurait pas perdu de son étendue, les autres parties des viscères qu'elle renferme n'auraient-ils pas occupé la

(1) 65e observation, 7e section, chap. III.

place de ceux dont nous venons de parler. L'augmentation plus ou moins considérable de volume qu'ils ont acquis, est une cause de plus pour contrarier leur rentrée. Certains auteurs reconnaissant cette impossibilité de replacer les viscères dans leur état normal, n'ont pas craint de dire que « dans les hernies anciennes, les organes qui les compo-» saient avaient perdu leur droit de domicile, et ne de-» vaient jamais être portés dans la cavité où primitivement » ils étaient logés. » C'est une erreur. Nous avons rencontré des hernies extrêmement volumineuses, dont la tumeur contenait la majeure partie des viscères abdominaux, et qui, bien que cet état existât depuis plusieurs années, furent réduites en totalité sans déterminer d'accident grave (1).

Les hernies sont, à quelques exceptions près, faciles à reconnaître. L'absence des symptômes particuliers aux abcès, collections sanguines et aux loupes, ainsi que quelques phénomènes que nous indiquerons plus tard, qui dépendent de la nature et des fonctions de l'organe déplacé, sont des circonstances qui contribuent à éclairer le diagnostic des hernies.

Malgré ce que nous venons de dire, il est certains cas où des praticiens du premier mérite, ont admis comme hernies des tumeurs de toute autre nature (2). De même, quelquefois, surtout dans des cas de complication avec des affections pathologiques de la nature de celles que les anciens désignaient sous le nom de fausses hernies, ces maladies méconnues ont été traitées pour d'autres lésions organiques (3). La gravité des hernies est d'autant plus grande que les tumeurs qu'elles forment sont plus anciennes, plus volumineuses, adhérentes, enfin plus difficiles à réduire et à contenir. Elles font courir d'autant plus de danger aux malades que les organes qui les forment sont plus importants à la vie, et que la constitution du ma-

(1) 52e observation, 5e section, chap. III.

(2) *Voyez* les observations de la 1re section, *ibid*,

(3) *Voir* les observations de la 2e section, *ibid.*

lade est moins capable de résister aux nombreux accidents qu'elles peuvent déterminer.

§ X. *Des hernies d'après les régions où elles sont susceptibles de se produire.*

La classification des hernies, par rapport aux lieux où elles se sont manifestées, peut permettre le choix entre deux ordres différents, dont le premier consisterait à les noter en examinant l'individu de haut en bas, c'est à dire en commençant par les hernies de la tête, et parcourant ensuite successivement les différentes régions des autres cavités splanchniques. Le second mode de classification est d'inscrire les hernies d'après leur chiffre, c'est à dire en commençant par les plus nombreuses. Nous suivrons ce dernier mode, persuadé qu'il convient mieux à l'étude de ces maladies et au travail statistique que nous avons entrepris.

Les hernies considérées en masse, sans égard de sexe, et d'après leur plus grande fréquence, sont celles qui se manifestent, 1° à l'anneau inguinal y compris son canal; 2° à l'anneau ombilical; 3° à l'arcade crurale; 4° à la ligne blanche; 5° sur divers points de la cavité abdominale; 6° au vagin; 7° au périnée; 8° à l'œil; 9° sous la clavicule; et 10° sur la symphyse pubienne (1).

Il est des hernies qui sont plus particulières à un sexe qu'à l'autre. Il en est même de propres à chacun des deux sexes. Les causes de ces différences ressortent de certaines modifications ou d'absence d'organe, suite inévitable des fonctions que l'homme ou la femme sont appelés à remplir. Les hernies de la matrice, des ovaires et le renversement du vagin sont exclusifs au sexe féminin, et les hernies inguinales, soit à l'anneau, ou dans le trajet de son canal, qui sont la suite de la présence dans le ventre ou de

(1) *Voyez* le premier tableau de la 1re série, 4e section, chap. I.

la sortie tardive du testicule, ne peuvent se rencontrer que chez l'homme. On trouve cependant chez la femme des hernies inguinales, qui ont lieu le plus ordinairement dans les premières années de sa vie, époque où le bassin de la jeune fille est à peu près semblable à celui du jeune garçon. Tous les anatomistes savent que ce n'est que vers l'époque de la puberté que le bassin de la femme s'éloigne par sa conformation de celui de l'homme. Il s'ensuit alors un grand développement de l'arcade crurale, cause à laquelle on doit rapporter le grand nombre des hernies qui ont lieu à cette ouverture chez la femme, et par une raison inverse, la rareté de cette infirmité chez l'homme dans cette région.

Ouvertures naturelles de la paroi abdominale. — Les ouvertures qu'offre la paroi de l'abdomen et par lesquelles a lieu la grande majorité des hernies, sont les anneaux inguinaux, les arcades crurales et l'anneau ombilical.

Anneau et canal inguinal; situation et organisation. —Les anneaux inguinaux sont en nombre pair. Il s'en rencontre un de chaque côté, au bas du ventre, en dehors de la symphyse pubienne. Ces ouvertures chez l'homme sont destinées à livrer passage aux testicules, à leur cordon et au muscle crémastère; et chez la femme, à certains replis du péritoine auxquels on a donné le nom de ligament rond de la matrice. Les anneaux inguinaux sont formés par deux fortes aponévroses connues sous le nom de piliers, dont l'un est interne et l'autre externe. L'interne, plus long que l'externe par suite de la disposition triangulaire et oblique de l'ouverture qui nous occupe, vient s'attacher sur la symphyse pubienne par des fibres qui se croisent avec ceux du pilier opposé. Le pilier externe, plus court que l'interne, longe le ligament sus-pubien en séparant l'anneau inguinal et l'arcade crurale. Le sommet de l'anneau inguinal résulte de la réunion intime des deux piliers dont la jonction à leur partie supérieure se trouve fortifiée par un grand nombre de fibres musculaires. L'insertion des parties inférieures de ces piliers aponévrotiques a lieu

sur la branche horizontale des pubis. Leur écartement est en raison du volume du cordon testiculaire. Derrière l'anneau et dans une direction oblique, partant de dedans en dehors et de bas en haut, au dessus du ligament sous-pubien ou fémoral, se trouve une espèce de canal plus ou moins long, formée par l'accolement de certaines portions des muscles grands et petits obliques.

Ce canal, qui a reçu le nom d'inguinal ou suspubien, est parcouru chez l'homme par le cordon testiculaire, et chez la femme par le ligament rond de la matrice. Dans le fœtus à terme, il n'existe pas, à proprement parler, de canal inguinal. Ce conduit ne se forme que peu à peu et à mesure que l'enfant se développe. Alors l'ouverture intérieure est presque vis à vis l'extérieure. Un mois après la naissance, l'orifice externe est plus manifestement porté en dehors. Cette déviation se prononce ainsi de plus en plus jusqu'à l'âge adulte.

On ne rencontre pas la disposition que nous venons d'indiquer chez tous les individus, et même quelquefois chez la femme il est impossible d'en apercevoir la plus légère trace. Quand il existe, ce canal est plus large et plus long chez l'homme que chez la femme; de même, l'anneau inguinal présente des dimensions beaucoup plus grandes chez les individus du sexe masculin que chez ceux du sexe féminin.

Hernies inguinales du sexe masculin. — Les hernies qui se rencontrent à l'aine chez l'homme peuvent avoir lieu dans le trajet du canal inguinal, y séjourner même assez longtemps, souvent une seconde cause accidentelle est nécessaire pour les faire se présenter à l'anneau quand elles rentrent et sortent facilement; elles détruisent promptement l'adhérence des plans musculaires dont nous avons parlé, et alors le canal cesse d'exister. La hernie inguinale, dans un grand nombre de cas, ne se borne pas à l'anneau, elle descend dans le scrotum chez l'homme, et dans les grandes lèvres chez la femme. Chez cette dernière, les hernies inguinales n'ont presque jamais lieu que dans la plus

tendre enfance : nous en expliquerons plus tard le motif.

Le pilier interne de l'anneau inguinal chez l'homme est souvent tellement distendu par la hernie, qu'il n'est pas rare que cette tumeur, en se prolongeant, vienne soulever les ligaments suspenseurs de la verge, de manière à reporter cet organe du côté opposé. Quant au pilier externe, quoiqu'il offre une plus grande résistance en raison de sa force et de son volume, il peut, en se divisant en plusieurs faisceaux, laisser s'engager entre l'écartement de ses fibres musculaires une portion d'épiploon, de sac herniaire et peut-être même d'intestin. Les tumeurs qui résultent de cette disposition ne sont réellement ni inguinales ni crurales.

Les hernies inguinales ne s'opèrent pas toujours par le même endroit. Celles qui sont obliques ont lieu par l'ouverture abdominale du canal inguinal qu'elles parcourent dans toute sa longueur. Leur formation semble être favorisée par une espèce de facette assez profonde que forme le péritoine en dehors de l'artère épigastrique. Elles sont contenues dans la gaine de son cordon placé au devant des vaisseaux qui le constituent. Ces hernies peuvent descendre plus ou moins bas dans le scrotum. Les tumeurs qu'elles présentent dans ce cas sont plus ou moins oblongues. Sont-elles encore contenues dans le canal de manière à ne pas dépasser son orifice aponévrotique, elles constituent la hernie que le baron Boyer a désignée sous le nom d'intra-inguinale (1).

Les hernies inguinales internes sont celles qui, au lieu de sortir par les fossettes du péritoine qui correspondent à l'orifice abdominal d'un de ses conduits sus-pubiens, se produisent en déterminant la formation d'une autre fossette à peu près semblable, mais moins profonde que celle dont nous venons de parler.

(1) *Traité des maladies chirurgicales* du baron Boyer, in-8°, tome VIII, p. 226, Paris, 1823.

La formation de cette dernière espèce de hernie ne peut avoir lieu qu'aux dépens de l'éraillement de la paroi interne du canal inguinal dont elle ne suit pas toute la longueur; elle pénètre dans sa cavité et apparaît au dehors en laissant intactes les enveloppes du cordon testiculaire au dessous duquel elle se place un peu en dedans de lui. Vient-elle à descendre dans le scrotum, elle le fait en glissant le long du côté interne et postérieur de la tunique vaginale et du testicule. Quant aux tumeurs appartenant à cette hernie, elles sont presque toujours plus ou moins globuleuses.

Les viscères qui constituent cette hernie ne parcourent pas l'espèce de ligne oblique qu'offre le canal inguinal, mais elles sortent directement de la cavité abdominale de haut en bas et d'arrière en avant. Les caractères particuliers aux diverses espèces de hernies inguinales que nous venons de décrire, ne sont pas toujours très appréciables au toucher, si surtout elles sont anciennes; car, avec les années, l'élargissement et le rapprochement des deux ouvertures du canal sus-pubien peuvent avoir lieu de telle sorte, que sa longueur soit diminuée ou même effacée. Alors les viscères sembleront sortir directement de l'abdomen d'arrière en avant.

Les viscères qui peuvent former hernies à l'anneau inguinal chez l'homme, sont l'épiploon seul ou réuni à l'intestin, l'intestin également seul ou réuni à l'épiploon, l'appendice vermiforme du cœcum (1), le mésentère et la vessie. Ces hernies sont susceptibles de plusieurs complications, telles que la présence du testicule dans la tumeur herniaire, d'hydrocèle, de varicocèle et autres affections pathologiques du cordon testiculaire et de l'organe auquel il appartient. Des corps étrangers, des hydatides, peuvent également se trouver en contact direct avec les viscères herniés.

(1) 39e observation, 3e section, chap. III.

Les hernies inguinales sont susceptibles d'acquérir un volume considérable. On les a vues dans le scrotum se développer de manière à descendre à moitié de la cuisse. Une pareille tumeur contient alors une grande partie des viscères abdominaux dont souvent les fonctions ne sont pas sensiblement contrariées (1).

Hernies inguinales du sexe féminin. — La hernie inguinale chez la femme quoique très rare a besoin d'être examinée avec beaucoup d'intérêt. Le ligament rond suit chez elle le même trajet que le cordon spermatique chez l'homme. Il sort de l'abdomen à distance égale de la symphyse du pubis et de l'épine iliaque antérieure et supérieure; au dessous du bord inférieur du muscle petit oblique, et du transverse au dessus du ligament de Poupart, et au côté interne de l'artère épigastrique.

Le bord inférieur du muscle transverse auquel vient s'unir un fascia qui naît de l'arcade crurale, puis se dirige en haut, en passant derrière les muscles de l'abdomen, complète l'occlusion par en bas de cette cavité.

Le ligament rond de même que le cordon testiculaire suit un trajet oblique dans l'épaisseur des parois du bas-ventre, avant de sortir à travers l'anneau, pour plus tard venir insensiblement se perdre vers le pubis. Il s'en suit de cette disposition que l'orifice abdominal du canal sus-pubien est à peu près à deux pouces au dessus et en dehors de l'orifice externe de l'anneau inguinal, comme le ligament rond est moins volumineux que le cordon testiculaire, et qu'aucun organe semblable aux testicules ne doit traverser l'anneau inguinal; cette ouverture est beaucoup plus étroite chez la femme que chez l'homme. C'est cette disposition qui rend la hernie inguinale si rare chez la femme, tandis qu'au contraire elle se rencontre si fréquemment chez l'homme.

La hernie inguinale dans les deux sexes sort de l'abdo-

(1) 20e observation, 1re section, chap. III.

men en passant sous le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse. Ces deux muscles, et plus particulièrement le dernier, forment une courbe demi-circulaire au dessus d'elle, pour venir se fixer au ligament de Poupart, au côté externe de la tumeur, et après l'avoir croisée, vont s'insérer au pubis.

La hernie chez la femme descend donc à travers le canal sus-pubien jusqu'à l'orifice externe de l'anneau inguinal pour former à la partie supérieure de la grande lèvre une tumeur allongée plus ou moins grosse, plus ou moins longue.

L'aspect de la hernie inguinale chez la femme a de particulier, quand elle est de formation nouvelle qu'elle semble constituée par deux tumeurs distinctes, et séparées l'une de l'autre, ou à peu près au niveau de l'anneau inguinal, et dont l'une occuperait le canal inguinal, tandis que l'autre aurait pénétré dans l'épaisseur de la grande lèvre. Cette particularité vient sans doute de ce que chez la femme, les deux anneaux du canal inguinal, par leur étroitesse, se laissent difficilement dilater par la hernie. Les symptômes de la maladie et les causes qui ont pu la produire sont les mêmes chez la femme que chez l'homme. Les parties d'organe contenues dans le sac herniaire des sujets du sexe féminin appartiennent également à l'intestin, à l'épiploon, l'appendice vermiforme du cœcum, le mésentère, la vessie, l'ovaire, la trompe de Fallope, et à la rigueur l'utérus.

Arcade crurale, situation et organisation. — Les arcades crurales comme les anneaux inguinaux sont en nombre pair, situées l'une à droite et l'autre à gauche, et formées aux dépens d'une dépression de l'os coxal et du ligament sus-pubien qui n'est autre chose que la partie interne du bord inférieur du muscle grand oblique. L'arcade crurale varie de forme et d'étendue, en raison de l'âge et du sexe. Sa forme chez l'adulte est à peu près triangulaire et obliquement dirigée d'arrière en avant, de haut en bas. Cette ouverture occupe en dehors et plus bas que

l'anneau inguinal, une portion de l'intervalle compris entre l'épine antérieure et inférieure de l'os coxal, et l'éminence iléo-pectinée.

L'arcade crurale, dans l'un et l'autre sexe, donne passage aux veines et artères qui portent son nom. Les fibres obliques du feuillet de l'aponévrose fémorale contribuent à tendre l'arcade crurale, et à diriger son orifice externe vers la cuisse, surtout quand le membre est fortement écarté en arrière et en dehors. Cette disposition constitue une espèce de canal, dont la forme assez bizarre a été comparée à un *Z* qu'il importe de bien connaître pour opérer avec plus de chance de succès la réduction des hernies sorties par cette ouverture, plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes.

Hernie crurale des deux sexes. — Ces hernies sont moins susceptibles que les hernies inguinales d'éprouver de fâcheuses complications résultant d'affections pathologiques; d'autres organes, les seuls qui puissent s'engager dans ces tumeurs, sont l'intestin et l'épiploon séparés ou réunis, le mésentère, la vessie chez les deux sexes, les trompes de Fallope et la matrice pour le sexe féminin. On y a également trouvé chez les deux sexes, dans les hernies, des collections assez abondantes de liquide et de matières diverses, ainsi que des développements graisseux et même des masses d'hydatides.

Les hernies fémorales s'étranglent plus facilement que les hernies inguinales, quand elles restent stationnaires dans le canal dont nous avons parlé, ou même à l'anneau crural. Mais si, en se prolongeant vers la cuisse, dont souvent elles occupent la partie moyenne, la tumeur herniaire renferme une anse d'intestin irréductible, elle sera dans des conditions d'autant plus favorables à l'engouement, que le canal qui aurait pu contrarier le passage des matières stercorales, se trouvera détruit.

Anneau ombilical, situation et organisation. — Cet anneau n'est autre chose qu'une ouverture circulaire qui

se rencontre au milieu de la ligne blanche ou ligne médiane de l'abdomen; dans le fœtus, cette ouverture donne passage à la veine et aux deux artères ombilicales. Le fœtus, examiné dans les premiers mois de son développement, offre un écartement considérable des muscles sterno-pubiens. A la même époque, la ligne médiane, large et mince, ne paraît formée que par une membrane diaphane peu capable de soutenir l'ombilic. Elle s'étend, s'allonge et devient plus ou moins conoïde. Sa base répond à l'abdomen, mais par suite de l'accroissement et du développement successif des muscles sterno-pubiens, la consistance de l'anneau ombilical augmente de plus en plus. La ligne blanche se trouve alors moins rétrécie par suite du rapprochement des muscles dont nous venons de parler.

C'est alors que les fibres aponévrotiques prennent la couleur et la fermeté qui leur sont propres. L'ombilic se déprime, l'ouverture circulaire qui donne passage aux vaisseaux ombilicaux se resserre, les fibres albuginées s'entrecroisent, se contournent, se replient de manière à former les bords de l'anneau ombilical aussitôt après la naissance de l'enfant.

Lorsque le cordon des vaisseaux ombilicaux est détaché, l'ouverture se rétrécit de plus en plus et finit par former une cicatrice déprimée qui, dans un âge plus avancé, paraît entièrement oblitérée. Sa solidité est en partie due au resserrement des vaisseaux ombilicaux dont la densité leur donne l'apparence de ligaments. Enfin, cette partie de l'abdomen qui se trouve dans le fœtus, la plus mince et la plus extensible, finit par offrir chez l'adulte une grande résistance aux viscères abdominaux qui cherchent constamment à la pénétrer.

Hernies ombilicales des deux sexes. — D'après les dispositions que nous venons d'indiquer, il est facile de concevoir pourquoi dans l'enfance les hernies par l'anneau ombilical sont beaucoup plus fréquentes que dans un âge plus avancé, où elles ne peuvent se produire qu'à l'aide d'une

cause accidentelle. Dans les premiers instants de la vie, il en est un nombre infini qui peuvent retarder ou rendre incomplet le travail de la nature.

Si l'anneau ombilical vient à se dilater dans un de ses points, les viscères en s'y présentant ont bientôt par leur action mécanique porté cette dilatation au point d'admettre une assez grande portion de ces organes, pour offrir à la vue et au toucher une tumeur herniaire plus ou moins considérable, à caractère plus ou moins fâcheux.

Dans le plus grand nombre de cas, les hernies ombilicales sont situées dans le voisinage de cet anneau, occupant sa partie supérieure, inférieure ou latérale; les causes de leur formation sont toujours accidentelles, toutes les fois pourtant que ces hernies ne sont pas congéniales.

L'espèce de hernie qui nous occupe est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, en raison de la dilatation du ventre et de l'amincissement de ses parois produits par la grossesse. Chez les deux sexes, l'embonpoint extrême et le développement considérable du ventre, l'hydropisie abdominale, l'amaigrissement subit, les digestions lentes, pénibles et laborieuses, accompagnées d'un grand développement de gaz, sont des causes suffisantes pour produire cette infirmité.

Les tumeurs ombilicales renferment d'ordinaire, soit l'épiploon, l'intestin ou ces deux organes ensemble, et quelquefois des collections de liquide plus ou moins abondantes, des hydatides, des kystes graisseux ou squirrheux, dus à la dégénérescence de l'épiploon, etc. Si le volume de la tumeur est considérable, il faut la considérer comme une espèce d'éventration, susceptible d'admettre l'estomac et la majeure partie des viscères abdominaux, nous en avons vu de cette espèce qui descendaient jusqu'à la moitié de la cuisse (1).

Ligne blanche, situation et organisation. — On a donné

(1) 52e observation, 5e section, chap. III.

le nom de ligne blanche à une espèce de bandelette aponévrotique, s'étendant de l'appendice sternale ou syphoïde à la symphyse pubienne. Il résulte de sa situation qu'elle partage le ventre en deux portions égales. Sa formation est due à la réunion des aponévroses des grands et petits obliques transverses et pyramidaux, dont les fibres entrecroisées dans divers sens lui donnent la force et la consistance d'un vrai ligament. Les muscles droits qu'elle sépare plus ou moins l'un de l'autre, forment ses deux côtés. Sa longueur est plus considérable en haut qu'en bas. Son milieu se trouve occupé par la cicatrice ombilicale.

Hernies de la ligne blanche. — Cette ligne, d'après son organisation et ses fonctions, et surtout la contraction des muscles droits, est susceptible d'éprouver, soit dans toute son étendue, soit dans quelques uns de ses points, des amincissements assez considérables, souvent déterminés par la grossesse chez les femmes et, pour les deux sexes, par toutes les causes propres à produire un grand développement du ventre; alors elle devient le siége de hernies plus ou moins volumineuses. Quand ces tumeurs sont situées au creux de l'estomac, elles peuvent contenir une portion de cet organe. Plus bas elles n'admettent que l'épiploon, l'intestin et quelquefois ces deux organes réunis ensemble. Ces hernies peuvent éprouver les mêmes complications que celles que nous avons indiquées pour les hernies ombilicales.

§ XI. *Des hernies ventrales par suite d'éraillement, de déchirure ou de division par instruments tranchants de la paroi abdominale.*

Le ventre est susceptible, ainsi que la ligne blanche, d'offrir dans les divers points de son étendue des tumeurs herniaires formées aux dépens de l'écartement ou de la division des nombreuses fibres musculaires qui constituent sa paroi mince et extensible, laquelle, d'après les fonctions

propres aux organes abdominaux qu'elle renferme, change à chaque instant de forme et d'étendue. L'organisation de cette paroi résulte de l'entrecroisement des fibres musculaires, aponévrotiques, et des nombreux plans des muscles appartenant aux diverses régions qui la composent. Vue à son intérieur, on la trouve unie dans toute son étendue, et d'une manière très intime, à la membrane péritonéale (1).

Les hernies ventrales ne peuvent être que le résultat de causes accidentelles. A l'état normal de la paroi abdominale, il est impossible qu'elles puissent exister. Il suffit, pour déterminer leur formation, de coups reçus sur le ventre, de chutes (2), de plaies pénétrantes d'une certaine étendue dont la réunion n'aura pas pu s'opérer par première intention (3); d'efforts inouis pour lever un fardeau ou même pour aller à la garderobe; de compression soutenue exercée de dedans en dehors par le développement de tumeurs internes, anévrysmales, squirrheuses, graisseuses ou de toute autre nature, d'amaigrissement brusque et spontané, de vomissements déterminés par un violent purgatif, de paralysie plus ou moins étendue, etc.

Il est facile de concevoir que ces différents états, en écartant plus ou moins les fibres musculaires les unes des autres et en altérant l'harmonie de leurs fonctions, produiront des éraillements ou des plaies avec plus ou moins grande perte de substance; les solutions de continuité, qui alors en résulteront, seront d'autant plus aisément pénétrées que l'organe qui leur correspond pourra, par sa nature, prendre les formes de ces ouvertures. C'est pourquoi la grande majorité de ces tumeurs, à l'origine, sont dues à l'épiploon auquel plus tard vient se réunir l'intestin. Il peut résulter du glissement de l'un ou de l'autre de ces organes entre les fibres du muscle lombo-abdominal une hernie qui se

(1) *Voyez* la description anatomique de l'abdomen et de sa paroi, 1re section, chap. 1er.

(2) 49e et 55e observations, 5e section, chap. III.

(3) 48e et 50e observations, *id. ibid.*

montre sur les côtés de la région lombaire ; sa formation est presque toujours due à des coups, des chutes ou de violents efforts (1).

Chez des personnes très grosses il peut se rencontrer des hernies ventrales dans le voisinage de la ligne blanche, et plus particulièrement encore dans le voisinage de l'ombilic (2). Les tumeurs se trouvant alors comme situées entre la peau et les muscles abdominaux, c'est à dire comme plongée au milieu de la graisse. La saillie de ces hernies, peu sensible à la vue quoique souvent très étendue, n'est bien appréciable qu'au toucher par suite de l'épaississement et de la dureté des téguments.

Les hernies ventrales sont en général moins volumineuses que les ombilicales et celles qui sont situées à la ligne blanche, à moins qu'elles ne soient devenues de véritables éventrations. Ces hernies peuvent éprouver, comme celles dont nous avons parlé précédemment, de nombreuses complications qui rendent leur diagnostic difficile.

§ XII. *Des hernies congéniales ou survenues quelque temps après la naissance.*

Le fœtus, dans le sein de sa mère, au dernier temps de sa grossesse, est-il susceptible de contracter des hernies accidentelles? Nous ne le croyons pas. Mais cependant, par suite de faiblesse d'une portion de la paroi abdominale résultant de l'absence plus ou moins complète ou du défaut de développement de certains plans de fibres musculaires ou aponévrotiques, les téguments peuvent se trouver soulevés dans une plus ou moins grande étendue du ventre (3), et alors il se développe une tumeur contenant différentes parties des viscères de l'abdomen. Dans ce cas, il faut con-

(1) 55e observation, 5e section, chap. III.
(2) 59e observation, *id. ibid.*
(3) 29e observation, 3e section, *ibid.*

sidérer cette tumeur comme une expansion de la cavité abdominale, une difformité et non comme une hernie.

Les hernies par les ouvertures naturelles exemptes d'altération, ne peuvent réellement se produire qu'après que les poumons ont été développés par l'air atmosphérique, qui, en s'y introduisant, met en jeu les divers organes dont l'ensemble des fonctions commence la vie. Dans les deux sexes, les hernies congéniales peuvent avoir lieu par toutes les ouvertures normales qu'offre la cavité abdominale, ainsi que dans le trajet de la ligne blanche. Mais les ouvertures par lesquelles elles ont lieu le plus ordinairement, sont les anneaux inguinaux et l'anneau ombilical. Quant à l'arcade crurale, ses dimensions ne se trouvent pas encore susceptibles de permettre le passage des viscères contenus dans le bas-ventre.

La plus grande fréquence des hernies chez les petits garçons que chez les petites filles, s'explique par la différence des organes propres à chacun d'eux. Chez les premiers, on doit admettre comme causes principales de cette infirmité, la dilatation de l'anneau inguinal, entretenue par la présence du testicule et par l'habitude fâcheuse que contracte quelquefois cet organe de rentrer et de sortir du ventre à la plus légère contraction du muscle crémastère (1). Chez l'homme, les testicules sont destinés à parcourir les anneaux inguinaux droit et gauche, et à descendre chacun du côté où ils se trouvent dans le scrotum. On admet que dans le fœtus les testicules doivent occuper le scrotum du sixième au huitième mois de la conception; mais, chez un assez grand nombre de sujets, ils ne franchissent l'anneau inguinal qu'à l'époque du neuvième mois et même dans les premiers jours de la vie, et quelquefois ils mettent plusieurs mois à faire ce court trajet. On a plusieurs exemples de testicules restés toute la vie dans le ventre ou sortis à un âge très avancé (2). Dans ce dernier cas ils n'ont franchi

(1) *Voyez* le 24e tableau statistique de la 1re série, 4e section, chap. I.

(2) Les auteurs anciens ont souvent parlé de sujets à trois, quatre, et

l'anneau inguinal qu'à la suite d'efforts d'une certaine violence : ces organes pairs doivent abandonner le ventre ensemble. Souvent, pourtant, la sortie de l'un précède de quelques heures, de quelques jours et même de plusieurs mois et années, celle de l'autre (1). Nous avons connu des individus adultes chez lesquels l'un des testicules était resté dans le ventre (2), et même un homme de trente-six ans chez lequel ces deux organes se rencontraient à l'orifice interne des anneaux inguinaux. Chez cet individu, il n'existait aucune trace du scrotum (3).

Différence qui existe entre les hernies inguinales et celles qui n'ont lieu qu'après la naissance de l'enfant. — Par rapport aux organes qui composent ces deux hernies, elles doivent être étudiées avec le plus grand soin. Dans les unes et dans les autres les viscères sont contenus, il est vrai, également dans la tunique vaginale du testicule; mais dans les hernies congéniales proprement dites, c'est à dire celles qui ont lieu l'enfant étant encore dans le sein de sa mère, on trouve presque toujours des adhérences accidentelles entre l'intestin, l'épiploon et même le testicule : ce qui n'existe pas pour les hernies des nouveaux nés. Lors de sa descente, le testicule se trouve passé derrière les viscères au moment où leur déplacement s'effectue, et dans la hernie de la tunique vaginale des nouveaux nés, ou même chez les enfants très jeunes, la hernie est simplement formée par l'intestin seul exempte de toute espèce d'adhérence.

Le sac herniaire produit par la tunique vaginale est toujours plus mince, et plus transparent que celui de

même cinq testicules. Ils désignaient ces individus par les noms de triorchides, tétrorchides et pentorchides. La pluralité anormale de ces glandes est au moins problématique; quant à nous, il ne nous est jamais arrivé de rencontrer plus de deux de ces organes sur le même sujet.

(1) *Voir* la description anatomique des testicules, section 1re, chap. I.

(2) 23e observation, 3e section, chap. III.

(3) 30e observation, *id. ibid.*

la hernie inguinale ordinaire, externe ou interne, ce qui fait que dans le premier cas il doit sa formation à un prolongement naturel du péritoine, tandis que dans le second c'est un allongement forcé et contre nature de cette membrane.

Hernies inguinales des nouveaux nés. — Ces hernies ainsi que celles qui surviennent dans la première année de la vie, sont dues à l'intestin et quelquefois à l'appendice cœcal. Quant à l'épiploon, on sait qu'il est trop peu développé chez le fœtus à terme et même trop éloigné des anneaux inguinaux pendant la première année de la vie, pour qu'il puisse s'engager dans ces ouvertures; car il est même rare qu'à l'époque de la première jeunesse l'épiploon dépasse l'ombilic, ce qui rend presque impossibles les hernies aux régions hypogastriques avant un certain âge. Cette membrane, qui, dans son origine, se développe avec lenteur, reste longtemps courte, faible et grèle. Nous l'avons plusieurs fois rencontrée dans cet état à l'ouverture des cadavres d'enfants de douze à quinze mois (1).

Il résulte d'un grand nombre d'observations de praticiens dignes de foi que l'intestin descend assez ordinairement dans le scrotum immédiatement après le testicule ou en même temps. C'est ainsi du moins qu'ont eu lieu les hernies de cette espèce que nous avons observées sur nos jeunes malades. Dans le cas dont il s'agit le sac herniaire a dû se former avant la sortie de l'intestin. Sa paroi mince et grèle s'applique avec tant d'intimité sur ce viscère, qu'à l'ouverture des cadavres où cette hernie existe, il faut apporter l'attention la plus minutieuse pour le séparer de la tunique intestinale.

Si on admet pour quelques cas rares que le sac herniaire puisse manquer, l'intestin devra toucher immédiatement le testicule, et empêcher ou retarder pendant un laps de

(1) La membrane épiploïque ne commence à prendre cette consistance graisseuse qui en fait le vrai caractère, que vers l'âge de cinq à six mois.

temps plus ou moins long la formation de la tunique vaginale, première enveloppe du testicule. Alors il ne peut réellement exister d'autre cavité que celle de la hernie qui communique directement avec la grande cavité du bas-ventre. Cette disposition peut tromper le chirurgien au point de lui faire prendre une hydrocèle congéniale pour une hernie (1).

Les hernies inguinales des nouveaux nés que nous avons eu occasion de rencontrer, soit congéniales, soit survenues dans la première année de la vie se sont élevées au chiffre de quatre-vingt-dix-huit. Sur ce nombre, quatre-vingt-deux ont été fournies par le sexe masculin, et seize seulement par le sexe féminin.

Le chiffre des sujets qui ont fourni ces hernies est de soixante-dix-neuf dont soixante-sept appartiennent au sexe masculin et douze au sexe féminin. Il résulte de ces calculs que les hernies inguinales du sexe masculin se sont trouvées être à celles du sexe féminin, comme cinq à un. Quant à la différence des sujets des deux sexes, elle est pour le premier sur le second dans la proportion de cinq et demi à un (2).

Hernies ombilicales des nouveaux nés. — Chez le fœtus à terme il arrive quelquefois que le cordon ombilical prend la forme d'un cône dont la base serait correspondante à l'abdomen, tandis que son sommet se trouve dirigé vers le placenta. En ce cas on doit craindre qu'il n'existe une hernie ombilicale dans laquelle le foie est quelquefois compris. S'il en était ainsi, ce viscère pourrait se trouver rétréci dans l'intérieur de l'anneau, tandis qu'il s'épanouirait au dehors quand la hernie présente les phénomènes que nous allons décrire. L'enfant continuant à vivre pendant plusieurs jours, la tumeur recouverte par les enveloppes du cordon devient d'abord dure, jaune,

(1) 3e observation, 1re section, chap. III.

(2) *Voyez* le 20e tableau de la 1re série, 4e section, chap. Ier.

verte, puis noire, offrant çà et là à sa surface des gerçures d'où s'écoule une humeur à peu près verdâtre; puis un cercle rouge se forme sur la peau qui entoure le cordon ombiltcal, lequel ne tarde pas à se détacher en laissant à découvert le sac herniaire formé par le péritoine, dont la surface est recouverte de bourgeons charnus. L'enfant qui n'avait pas éprouvé de douleurs pendant que s'était effectuée la séparation du cordon, dès que l'enveloppe périéonéale est mise à nu, est tourmentée d'une irritation générale dont la violence détruit promptement ses forces et finit par le conduire au tombeau.

Mais si, comme il arrive dans le plus grand nombre des cas, l'intestin seul occupe la tumeur, alors la portion de cet organe engagée dans la propre cavité du cordon se trouve séparée du reste du canal alimentaire par un rétrécissement plus prononcé qu'à l'état normal de la cicatrice ombilicale. Cette espèce de hernie peut se réduire quand la tumeur ne contient pas d'autres viscères.

Le détachement du cordon ombilical et sa chute par suite de sa flétrissure s'opère à une époque plus ou moins rapprochée de la naissance de l'enfant, et dans l'endroit que la nature a fixé. Quelquefois la cicatrice se trouve très près du ventre de l'enfant, et, dans d'autres cas, il reste un allongement assez considérable des téguments qui a conservé l'apparence du cordon ombilical; c'est cette variété qui a fait supposer à un grand nombre de personnes que cette longueur était le résultat d'une ligature placée trop loin du corps de l'enfant; et, d'après cette supposition, les hernies ombilicales qui survenaient dans ce cas étaient regardées comme la suite de la négligence du chirurgien ou de la sage-femme qui avaient opéré cette ligature.

Une des causes principales de la formation de la hernie ombilicale chez les enfants nouvellement nés, vient du défaut de soutenir assez longtemps par des compresses et une bande de toile la cicatrice ombilicale. Cet accident n'arrive jamais plus souvent que lorsque l'enfant pousse des

cris violents et répétés, lesquels résultent souvent du défaut de soins et de propreté de la part des nourrices à gages, dont la plupart ordinairement sont paresseuses et insouciantes.

Après la chute du cordon ombilical, il doit s'opérer un rapprochement très intime de ses vaisseaux, ce qui constitue une cicatrice plus ou moins épaisse, plus ou moins saillante.

Hernies de la ligne blanche des nouveaux nés. — La tumeur qui résulte des hernies de la ligne blanche chez les enfants nouvellement nés, est facile à reconnaître; petite, ronde, et disparaissant par la simple pression du doigt appliqué dessus. La peau qui la recouvre est mince, lisse et tendue. Sa couleur est la même que celle des téguments qui l'environnent. Comme les hernies ombilicales, celles à la ligne blanche sont formées par l'intestin, et exemptes d'adhérences.

Un assez grand nombre d'enfants nouvellement nés offrent certaines particularités congéniales qu'il ne faut pas confondre avec les hernies dont nous venons de parler. C'est un écartement de plusieurs travers de doigt de la ligne blanche, résultant de son peu d'épaisseur, ainsi que de la situation des muscles droits. On voit cette ligne s'enfoncer plus ou moins profondément, quand l'enfant est couché sur le dos; alors les parties latérales du ventre s'élargissent et se soulèvent sur leurs bords externes. L'enfant est-il levé, pour peu qu'il crie et que les muscles transverses de la paroi abdominale viennent à se contracter, ils refoulent de suite sur la ligne médiane par un mouvement d'ensemble la masse des viscères du bas-ventre qui, en soulevant cette paroi dans une plus ou moins grande étendue, offre une saillie parfois considérable. Ces désordres ont lieu le plus ordinairement dans toute l'étendue de la ligne blanche; quelquefois, pourtant, ils n'embrassent que sa partie supérieure ou inférieure.

Si la faiblesse de la ligne blanche a lieu du creux de l'es-

tomac à la symphyse pubienne, la cicatrice ombilicale n'est plus soutenue à ses parties latérales; elle offrira une saillie considérable qui, en raison de la solidité résultant de sa parfaite oblitération, ne lui permettra pas de livrer passage aux organes qui la compriment intérieurement, mais bien en s'allongeant, de devenir le sommet d'une tumeur herniaire de cette région.

C'est la présence seule de l'intestin dans les tumeurs herniaires du premier âge de la vie qui explique la rareté d'adhérence des hernies congéniales, et la facilité qu'elles ont à rentrer ainsi qu'à disparaître pour toujours, comme il arrive le plus ordinairement.

Les hernies des enfants nouvellement nés sont, comme nous l'avons dit, presque toujours causées par des cris avec contraction des muscles abdominaux suivis de vomissements. Elles sont difficiles à contenir dans les premiers mois de la vie; néanmoins le plus grand nombre guérit promptement quand elles ne sont pas le résultat d'une faiblesse congéniale des parois environnant les ouvertures qui leur ont livré passage. Dans ce cas, et surtout s'il s'agit de hernie à l'anneau inguinal, on conçoit que l'application du brayer en futaine à pelote triangulaire ne peut qu'augmenter par sa pression cette faiblesse, et déterminer l'atrophie des tissus et des ligaments sur ce point qu'il est si important de fortifier.

§ XIII. *Traitement qu'il convient d'employer contre les hernies des enfants en bas âge.*

Après la première enfance et dans tous le cours de la vie le bandage herniaire à ressort doit être le premier moyen à employer; mais, chez les enfants nouvellement nés il est impossible d'en faire usage. C'est pourquoi nous pensons que pour les petits garçons affectés de hernies inguinales, il suffit de leur faire porter un simple suspensoir, surtout si le testicule se trouve occuper la tumeur scrotale, ou

bien qu'il soit resté dans le ventre, plus ou moins engagé à l'anneau.

Pour les hernies ombilicales, le bandage qui nous a le mieux réussi est une petite ceinture en flanelle ou en percale large de trois à quatre travers de doigt, offrant dans son centre une ouverture ovale entourée d'une espèce de bourrelet de la grosseur du petit doigt. Un coussin plus long que l'ouverture dont il vient d'être parlé, la remplit de manière à soutenir et même légèrement comprimer la cicatrice ombilicale; ce bandage est fixé au moyen de petits cordons de ruban de fil ou de coton ferrés par les deux bouts, et passant dans des œillets pratiqués aux extrémités de la ceinture, laquelle ne doit être que médiocrement serrée. Si le bandage venait à se déplacer, soit en remontant, soit en descendant, il faudrait le fixer avec des cordons que l'on ferait passer dans le premier cas sur les épaules en manière de bretelles, et dans le second cas sous les cuisses.

Nous sommes étonné que, dans cette espèce de hernie, Richter ait conseillé d'employer pour la compression la moitié d'une noix, et Astley-Cooper la moitié d'une bille d'ivoire (1). Ces deux grands chirurgiens n'ont pas réfléchi que ces corps, en raison de leur forme conique placés en rapport avec l'ouverture ombilicale, ne pouvaient que nuire à l'oblitération du cordon, car, en écartant les uns des autres les divers vaisseaux ombilicaux, il ne pouvait qu'en résulter une dilatation plus grande de l'anneau et une augmentation plus ou moins considérable dans le volume de la hernie. Nous reviendrons plus tard sur les inconvénients qu'offrent les pelotes coniques employées dans le traitement des hernies ombilicales et ventrales.

Quant aux hernies de la ligne blanche ou des autres parties du ventre, il faut se contenter pour les contenir d'un bandage fait avec une bande ou laize de toile de trois

(1) *OEuvres chirurgicales*, in-8°, p. 337, trad. française. Paris, 1837.

ou quatre travers de doigt, sous laquelle on aura eu soin de placer des compresses de formes et dimensions convenables.

Dans les hernies des enfants en bas âge on peut recouvrir la tumeur herniaire, ainsi que la région de l'ouverture qui lui a livré passage, de compresses de flanelle trempées dans de gros vin rouge chaud, où, auparavant, on aura fait infuser des feuilles de rose de Provins, ou bien que l'on aura saturé d'alun. Si la hernie est scrotale, la compresse devra envelopper les bourses et recouvrir largement l'anneau inguinal. Dans les autres cas elle sera directement placée sur l'endroit du ventre où existe la hernie.

Aussitôt que l'âge du petit malade et la saison le permettront, on pourra le soumettre chaque jour, pendant douze à quinze minutes, à l'usage des bains d'eau froide ou de mer; il ne faut pas s'inquiéter si les premières fois l'enfant éprouve de la contrariété et même de la colère, car ordinairement quelques jours suffisent pour l'y accoutumer.

Il me souvient d'avoir vu des enfants se mettre dans d'assez grandes colères les premières fois qu'on les plongeait dans l'eau froide pour que tout leur corps devînt rouge comme une écrevisse, et, au bout de cinq à six jours, ils n'y pensaient plus. Aussitôt l'enfant retiré du bain on doit l'envelopper de linges chauds et placer de suite sur sa hernie un bandage à ressort élastique approprié.

En général, le bandage à ressort d'acier pour les hernies inguinales et crurales ne doit être employé chez les enfants que quand ils sont propres, c'est à dire à l'âge où ils ne laissent plus involontairement échapper leurs urines, car l'âcreté de ce liquide, en pénétrant la garniture du bandage, oxyde et rouille promptement la lame d'acier, ce qui détermine sa rupture au bout de quelques jours. On a cru remédier à cet inconvénient en recouvrant le bandage d'une enveloppe de taffetas gommé ou de tissu imperméable; mais nous avons constamment remarqué que le

contact de ce taffetas sur les téguments déterminait assez promptement l'inflammation et même l'ulcération de la peau, tandis que la garniture en peau de chamois, quoique constamment mouillée par l'urine, n'avait pas cet inconvénient.

Les douches d'eau froide ou d'eau de Barèges seraient très convenables pour les enfants au dessus de quatre à cinq ans, si l'on pouvait les déterminer à les recevoir. Nous avons plusieurs fois commencé de semblables traitements sans pouvoir les continuer plus de deux à trois jours, car les cris violents que poussaient ces jeunes malades donnaient lieu spontanément à l'augmentation de leurs hernies.

Les hernies, chez les enfants, sont en général peu susceptibles d'éprouver les effets de l'étranglement de la part des ouvertures qui leur livrent passage; mais, quand elles sont scrotales et volumineuses, il faut les réduire avec précaution, de crainte que, si leur rentrée en bloc avait lieu, une anse d'intestin ne vînt à s'entortiller de manière à produire un étranglement interne. Dans tous les cas, les hernies compromettent l'existence des enfants en leur faisant rejeter continuellement les substances alimentaires indispensables au développement des nombreux organes dont l'ensemble de fonctions est indispensable pour constituer et entretenir la vie.

Chez les enfants nouvellement nés, ainsi que chez les adultes, les hernies inguinales se sont trouvées en plus grand nombre du côté droit que du côté gauche (1). La cause de cette différence que nous indiquerons plus tard pour les adultes, n'est pas admissible pour les enfants nouvellement nés. Il faut donc la rechercher ailleurs. Nous croyons pouvoir la trouver dans la situation des viscères abdominaux et le volume considérable que, dans les premiers instants de la vie, présentent quelques uns des organes par rapport aux autres.

(1) *Voyez* le 21ᵉ tableau de la 1ʳᵉ série, 4ᵉ section, chap. Iᵉʳ.

Les ouvertures des cadavres de fœtus à terme et d'enfants nouvellement nés, ont fait reconnaître que chez eux la rate qui est logée dans l'hypochondre gauche est peu développée, tandis que le foie situé dans l'hypochondre droit offre un volume considérable. On estime que dans les premiers instants de la vie son poids est à celui du corps entier comme un est à dix-huit ou à vingt, et chez l'adulte le rapport est seulement dans la proportion d'un à trente-six. Ce viscère, d'après l'espace qu'il occupe dans la région droite de la cavité abdominale, doit comprimer tous les autres viscères du bas ventre et particulièrement les parties du tube intestinal qui l'environnent, lesquelles, en cherchant à se soustraire à cette action mécanique, peuvent profiter du plus léger effort pour traverser l'anneau inguinal droit.

Les hernies congéniales, comparées à celles qui surviennent après la naissance, c'est à dire dans le cours de la première année de la vie, offrent des différences qu'il importe de noter. Ces premières se sont élevées au chiffre de quatre-vingt-seize, dont soixante-dix-huit pour le sexe masculin, et dix-huit pour le sexe féminin, tandis que les secondes n'ont fourni que le chiffre de vingt-un, dont quinze appartenaient au sexe masculin, et six au sexe féminin. Le rapport des hernies congéniales est à celles survenues dans la première année de la vie comme quatre et demi à un. En isolant les deux sexes, on trouve la proportion de cinq à un pour le sexe masculin, et celle de trois à un pour le sexe féminin. Aussi voyons-nous que sur quatre-vingt-dix-huit hernies inguinales congéniales, ou survenues dans les premières années de la vie, soixante-sept ont eu lieu du côté droit et trente et une du côté gauche. C'est donc un peu plus du double du premier côté que du second.

Les hernies des enfants nouvellement nés se groupent de la manière suivante :

Anneau inguinal	98.	Masculin	82.	Féminin	16.
Anneau ombilical	15.	*id.*	8.	*id.*	7.
A la ligne blanche	4.	*id.*	3.	*id.*	1.

Il résulte de ces chiffres que les hernies des petits garçons s'élèvent au nombre de quatre-vingt-treize, et celles des petites filles à celui de vingt-quatre; ce qui établit la proportion entre les deux sexes comme quatre à un. Les hernies ombilicales sont dans la proportion de huit à sept, et celles de la ligne blanche de trois à un (1).

Les hernies dont nous venons de parler, s'élèvent à soixante-dix-neuf, appartenant à soixante-sept garçons et douze filles. Plusieurs de ces jeunes individus étaient affectés de deux hernies inguinales. Des soixante sept garçons, cinquante-deux n'offraient qu'une seule hernie de cette espèce, et quinze en offraient deux, c'est à dire une de chaque côté. La proportion des hernies simples aux hernies doubles se trouve établie de trois et demi à un. Quant aux douze petites filles, huit n'offraient chacune qu'une seule de ces infirmités, et quatre les avaient doubles. La proportion chez ces dernières, des hernies simples aux hernies doubles, était de deux à un (1).

Il résulte des chiffres que nous venons de produire, que les jeunes filles sont plus souvent affectées de deux hernies inguinales que les jeunes garçons. Quelle est la cause de cette différence dans les premières années de la vie? Tout en l'ignorant, nous sommes porté à croire qu'elle résulte de la disposition des anneaux inguinaux chez les sujets de ce sexe; c'est aux anatomistes à étendre leurs recherches sur un assez grand nombre de fœtus à terme, et d'enfants nouvellement nés pour résoudre ce problème.

Les hernies rencontrées sur les sujets du sexe masculin, d'après l'ordre numérique, viennent se classer ainsi, 1° anneau inguinal; 2° anneau ombilical; 3° ligne blanche; 4° arcade crurale; 5° ventre; 6° périnée; 7° sur la symphyse pubienne. Et chez la femme 1° à l'arcade crurale; 2° anneau ombilical; 3° anneau inguinal; 4° vagin; 5° ligne blanche; 6° ventre; 7° périnée; 8° à l'œil; 9° sous-clavicule.

(1) *Voyez* le 20e tableau, 4e section, 1re série, chap. Ier.
(2) *Voyez* le 21e tableau, *ibid.*

§ XIV. *Lieux où se sont rencontrées les douze cent vingt-six hernies notées dans notre statistique.*

Il résulte du dépouillement de nos tableaux statistiques, comprenant les sujets des deux sexes placés dans un grand nombre de circonstances différentes, que sur douze cent vingt-six hernies, huit cent soixante-dix ont eu lieu à l'anneau inguinal, trente-sept dans le trajet du canal inguinal, cent cinquante-six à l'anneau ombilical, cent quatorze à l'arcade crurale; vingt-trois à la ligne blanche; onze à diverses autres parties du ventre; sept au vagin; cinq au périnée; une à l'œil; un sous la clavicule, et une sur la symphyse pubienne. Nous ne parlerons pas des hernies du trou sus-pubien ou ovalaire, ni de celles qui ont lieu à l'échancrure ischiatique, n'en ayant jamais rencontré dans notre pratique. Nous garderons la même réserve pour les hernies diaphragmatiques qui, d'ailleurs, ne se reconnaissent qu'après la mort des sujets, et à l'aide de la dissection.

Dans les hernies inguinales, huit cent quarante-trois appartenaient aux hommes, et vingt-sept seulement aux femmes. Pour les hernies à l'anneau ombilical, le sexe masculin en compte cinquante-neuf, et le sexe féminin quatre-vingt-dix-sept. Dans les hernies à l'arcade crurale, quatorze seulement appartiennent au sexe masculin, et cent au sexe féminin. A la ligne blanche, seize pour le sexe masculin, sept pour le sexe féminin. Dans diverses autres parties du ventre, cinq pour le sexe masculin, et six pour le sexe féminin. Au périnée une seule sexe masculin, quatre sexe féminin.

Il est facile de reconnaître d'après ces calculs, que les hernies inguinales sont, à la totalité de ces infirmités, comme quatre à un (1); celles de l'anneau ombilical de un à huit;

(1) Dans nos appréciations, nous avons négligé les fractions, les regardant comme peu importantes à noter pour des calculs qui ne sont jamais que plus ou moins approximatifs.

de l'arcade crurale, un à onze; de la ligne blanche, un à cinquante-quatre. Des différentes parties du ventre, par suite d'éraillements ou plaies, un à cent douze; du vagin, un à cent soixante-quinze; du périnée, un à deux cent quarante-cinq; quant aux hernies qui ont lieu à l'œil, sous la clavicule, et sur la symphyse pubienne, un à douze cent vingt-six (1).

En comparant les différentes espèces de hernies dont nous venons de parler sur les sujets des deux sexes, on trouve que les hernies inguinales chez l'homme, sont à celles de la femme, comme trente-deux à un; celles à l'anneau ombilical, comme un à deux; celles de l'arcade crurale, comme un à sept; celles de la ligne blanche, comme deux à un; celles du ventre, comme cinq à six; et celles du périnée, comme un à quatre.

Sur les neuf cent cinquante sujets affectés de hernies, le sexe masculin en compte sept cent trente, et le sexe féminin deux cent vingt. La différence du premier de ces sexes au second est donc de trois et demi à un. Nous avons remarqué en outre, sur les neuf cent cinquante sujets dont nous venons de parler, que six cent quatre-vingt-trois ne portaient qu'une seule hernie, deux cent cinquante-huit en avaient deux, et neuf seulement en offraient trois.

Le chiffre des sujets à une hernie se partage ainsi pour les deux sexes, quatre cent quatre-vingt-dix au sexe masculin, et cent quatre-vingt-treize au sexe féminin. Pour les hernies doubles, deux cent trente-quatre au sexe masculin, vingt-quatre au sexe féminin. Quant aux hernies triples, sur les neuf que nous avons rencontrées, six appartenaient au sexe féminin et trois à l'autre sexe. D'après ces divers calculs, les hernies simples sont aux hernies doubles comme deux et demi à un, aux hernies triples comme soixante-quatorze à un, et les hernies doubles sont aux hernies triples comme vingt-huit à un (2).

(1) *Voyez* le 3ᵉ tableau, 1ʳᵉ série, 4ᵉ section, chap. Iᵉʳ.
(2) *Voyez* le 10ᵉ tableau, *ibid.*

Causes présumées de la plus grande fréquence des hernies inguinales et crurales des adultes, du côté droit que du côté gauche. — Dans l'un et dans l'autre sexe on a remarqué depuis longtemps que les hernies qui avaient lieu aux anneaux inguinaux et aux arcades crurales, se rencontraient beaucoup plus souvent à droite qu'à gauche. On a vainement cherché à expliquer ce problème, par la différence dans la force et dans l'étendue des ouvertures aponévrotiques des muscles de l'abdomen de l'un et de l'autre côté. Des anatomistes du premier mérite se sont livrés à des dissections minutieuses de ces organes, sans avoir rencontré de différence appréciable. C'est donc dans les habitudes de l'économie que l'on doit trouver la cause de cette différence, car c'est presque toujours dans l'instant où l'individu se livre à des efforts considérables, que la hernie se manifeste quelquefois spontanément ; et, dans d'autres circonstances, plus ou moins longtemps après (1).

Chez l'homme, sur huit cent quarante-trois hernies situées à l'anneau inguinal, quatre cent quatre-vingt-une se sont trouvées à droite, et trois cent soixante-deux à gauche (2) ; chez la femme, sur cent hernies crurales, soixante-quatorze se sont trouvées à droite, et vingt-six à gauche (3) ; et sur vingt-sept hernies inguinales, pour le même sexe, on en comptait vingt à droite et sept à gauche. Les hernies inguinales du côté droit seraient d'après ces calculs à peu près d'un tiers plus nombreuses à droite chez l'homme qu'à

(1) *Voyez* la thèse de concours du docteur Cloquet, ayant pour titre : *Recherches sur les causes des hernies abdominales.* Paris, 1819.

(2) Chargé depuis longues années de la fourniture des bandages nécessaires aux hôpitaux de la marine et de la guerre, je puis offrir un chiffre beaucoup plus élevé. Sur 22,508 bandages que j'ai fournis à ces deux administrations, 10,727 étaient pour le côté droit, 6,984 pour le côté gauche, 4,704 pour les deux côtés, et 93 seulement pour des hernies à l'anneau ombilical. La différence, peu sensible, qui ressort de ces calculs pour l'appréciation des hernies inguinales de l'un ou de l'autre côté montrera combien il y a de vérité dans nos tableaux statistiques.

(3) *Voyez* le 16ᵉ tableau, 1ʳᵉ série, 4ᵉ section, chap. Iᵉʳ.

gauche (1) ; celles du canal inguinal dépasseraient les deux tiers pour le premier de ces côtés (2). Il en est de même chez la femme où nous trouvons que les hernies inguinales du côté droit sont à peu près triples de celles de l'autre côté (3). Une proportion semblable se présente dans ce sexe pour les hernies crurales (4).

Avant de passer à d'autres considérations, nous croyons devoir exposer le chiffre des hernies scrotales dont la formation lente est presque toujours due ou à l'insouciance des malades, qui négligent l'usage du bandage herniaire, ou à la mauvaise conformation de cet instrument.

Nous avons dit que le chiffre des hernies inguinales, chez l'homme, s'élevait à 843. Sur ce nombre il s'en est rencontré 492 de scrotales, lesquelles se classent dans l'ordre suivant: côté droit, 154; côté gauche, 102; des deux côtés à la fois, 118. En ajoutant ce dernier chiffre à ceux du côté droit et du côté gauche, puisque les hernies doubles doivent entrer dans le nombre de chacun d'eux, on aura : à droite 272, et à gauche 220. Les hernies scrotales ont donc dépassé la moitié des hernies inguinales (5).

Pourquoi certaines parties de l'abdomen sont-elles plus souvent le siége des hernies que d'autres ?—Tous les points de la paroi abdominale ne sont pas également disposés à permettre la sortie des viscères contenus dans l'abdomen. Pour s'en convaincre, il suffira de considérer la forme intérieure du ventre : à sa partie supérieure on trouve la paroi diaphragmatique qui, par sa situation, est à l'abri de la pression continuelle des intestins. Pourtant des ouvertures de cadavres ont démontré la possibilité, dans certains cas, du passage des viscères abdominaux à travers ce muscle; la paroi lombaire se trouve fortifiée par de larges vertèbres des muscles épais et de nombreux feuillets

(1) *Voyez* le 12e tableau, 4e section, chap. Ier.
(2) *Voyez* le 11e tableau, *ibid.*
(3) *Voyez* le 13e tableau, *ibid.*
(4) *Voyez* le 16e tableau, *ibid.*
(5) *Voyez* le 14e tableau, *ibid.*

aponévrotiques ; quant à la paroi pelvienne, elle est occupée, chez l'homme, par le rectum et la vessie, auxquels il faut ajouter, chez la femme, la matrice et ses dépendances ; plus, de nombreux replis du péritoine enveloppant ces organes ; les muscles releveurs de l'anus ; les aponévroses pelviennes ; les corps caverneux et leurs dépendances. Ce n'est donc réellement qu'à la paroi abdominale antérieure que doit s'arrêter notre attention, comme offrant les dispositions les plus favorables au développement des tumeurs herniaires (1).

N'est-ce pas aux dépens de cette portion du ventre qu'ont lieu presque exclusivement les nombreuses ampliations du bas-ventre, dont les résultats doivent amener plus tard la faiblesse des muscles et des aponévroses de cette région? A l'état de station, l'axe du détroit supérieur du bassin se trouve incliné en haut et en avant, et les pubis fortement abaissés. Dans cette situation, la masse des intestins grêles et des parties flottantes de l'épiploon s'appuie plus ou moins sur la partie inférieure de cette paroi, en avant de laquelle se trouve la ligne blanche (2), faisant l'office d'un cordon tendu de manière à refouler à droite ou à gauche les viscères, tandis que les côtés, beaucoup plus souples, opposent moins de résistance.

C'est donc sur les portions de la paroi antérieure de l'abdomen placées au dessus des anneaux inguinaux et des arcades crurales que la pression des intestins doit se faire le plus fortement sentir. D'ailleurs la forme des fosses iliaques et leur direction contribuent à faire glisser d'arrière en avant et de haut en bas les différentes parties de viscères qui reposent sur elles. On peut ajouter à ces détails la structure spéciale des régions inguinales (3) et crurales (4)

(1) *Voyez* la description anatomique de l'abdomen, 1re sect., chap. Ier,

(2) *Voyez* la description anatomique de la ligne blanche, *ibid.*

(3) *Voyez* la description anatomique de l'anneau inguinal, 2e section, chap. Ier.

(4) *Voyez* la description anatomique de l'arcade crurale, *ibid.*

qu'offre l'abdomen. L'usage de ces deux espèces d'ouverture est de donner passage à divers organes dont les fonctions se prolongent hors du ventre, chez l'homme, par l'anneau inguinal au cordon testiculaire, et chez la femme, au ligament rond de la matrice. Quant à l'arcade crurale dans les deux sexes, elle se laisse traverser par les vaisseaux qui portent son nom, et qui vont se porter un peu de dedans en dehors à la cuisse.

Les dispositions que nous venons d'indiquer facilitent la sortie des viscères que renferme le bas-ventre. Les particularités d'organisation de ces viscères sont encore des causes favorables à la formation des hernies, d'autant plus que les dernières portions de l'intestin grêle ainsi que de l'épiploon s'accroissent avec rapidité dans les premières années de la vie : elles sont lisses, polies, très mobiles, et susceptibles de prendre différentes formes, ce qui les rend plus faciles à s'introduire dans les divers endroits où la paroi abdominale présente quelque solution de continuité.

Les gros intestins occupent également assez souvent les tumeurs herniaires, entraînés par d'autres parties du canal digestif ou à la suite du relâchement des replis fournis par le péritoine pour les fixer dans leur situation normale.

Les hernies de la vessie, de l'estomac, de la rate, du foie, sont plus rares que celles des organes précédents. Si leur déplacement est moins facile, c'est en raison de la solidité des liens qui fixent ces viscères dans leur situation. Il est presque impossible que l'on rencontre hors de l'enceinte abdominale le duodénum, le pancréas et les reins, surtout par les ouvertures naturelles de l'abdomen; ces organes en sont trop loin pour qu'ils puissent s'y engager.

Les tumeurs herniaires ont été désignées par un grand nombre de noms, dont plusieurs pourraient bien être bannis du langage chirurgical sans que la science y perdît; pourtant, pour nous conformer aux auteurs dont les écrits sur cette partie de l'art de guérir ont précédé les nôtres, nous en avons formé un vocabulaire où sont également placés

ceux que M. le baron Alibert a cru devoir leur donner. Pour classer le plus méthodiquement possible ces divers noms, nous les avons partagés en trois sections, dont la première est consacrée aux noms des hernies par rapport aux régions et lieux où elles se rencontrent; la deuxième aux noms des hernies par rapport aux organes qui les composent, et la troisième enfin aux noms résultant de la combinaison des lieux apparents des hernies avec ceux des organes qui concourent à leur composition.

Époque de la vie où les hernies ont le plus souvent lieu. — Les hernies, quoique susceptibles de se former à toutes les époques de la vie, ont lieu beaucoup plus souvent chez les adultes que chez les enfants, les adolescents et les vieillards. Ici la pratique s'accorde parfaitement avec le raisonnement, car il est évident que c'est à cette époque de la vie que l'homme jouit au plus haut degré de ses facultés physiques et morales, et qu'il est porté à entreprendre les travaux les plus pénibles, exigeant quelquefois des efforts incalculables, de longues fatigues, dans des attitudes ou positions du corps plus ou moins favorables à l'ensemble des fonctions de leur système musculaire.

L'âge des sujets affectés de hernie à l'époque de leur formation, est noté par années qui, réunies cinq par cinq, forment diverses sections ou périodes (1). Les six de ces périodes qui nous ont offert le plus grand nombre de ces infirmités, se groupent, d'après leur ordre numérique de la manière suivante : De trente-six à quarante ans, 196; de trente-un à trente-cinq ans, 175; de quarante-un à quarante-cinq ans, 152; de un jour à cinq ans, 137; de vingt-six à trente ans, 137; de quarante-six à cinquante ans, 103. La plus grande fréquence des hernies est donc, d'après ce travail, de trente à cinquante ans, puisque le chiffre embrassant ces vingt années, s'élève à 626, et forme, à lui seul, plus de la moitié des hernies. Les trente premières années de

(1) *Voyez* le 1er tableau de la 4e section, chap. Ier.

la vie ne nous offrent que le chiffre de 421, et les trente dernières, c'est à dire de cinquante à quatre-vingts ans, seulement celui de 179.

Quelques auteurs ont prétendu que, dans la vieillesse, les hommes étaient plus souvent exposés à contracter l'infirmité qui nous occupe qu'aux autres époques de leur vie; cette erreur démontrée par les calculs que nous venons de produire, vient probablement de ce que ces médecins avaient négligé d'interroger leurs malades sur l'époque de leur vie où avait eu lieu la formation de leurs hernies.

Les hommes sont atteints plus fréquemment de hernies que les femmes. Nous avons précédemment fait voir que, sur douze cent vingt-six de ces infirmités, neuf cent soixante-seize appartiennent au sexe masculin, et deux cent cinquante au sexe féminin (1). Nous n'avons pas compris dans cette évaluation les déplacements de la matrice par le vagin, les ayant classés dans un travail particulier formant la troisième section du chapitre II.

Division des hernies en neuf classes.

Les auteurs divisent les hernies en simples et en composées, ou bien en réductibles et irréductibles, internes et externes (2). Ces divisions ne nous semblent pas suffisantes pour faire apprécier convenablement les différentes nuances que présentent dans leur caractère les hernies; dans notre opinion il est plus convenable de les partager en neuf classes. Cette espèce de monographie facilitera beaucoup leur étude. Nous diviserons donc les hernies en internes,

(1) *Voyez* le 1er tableau, 4e section, chap. Ier.

(2) Arnaud divisait les hernies de l'épiploon en simples, composées et compliquées. Il entendait par hernie simple de l'épiploon celle dans laquelle cet organe se trouvait seul; l'épiplocèle composé était la hernie renfermant ensemble l'épiploon et l'intestin, et la hernie compliquée consistait dans les épiplocèles accompagnées d'accidents, tels que dureté squirrheuse, inflammation, apostème, hydatide, étranglement, pourriture, etc.

externes, simples, composées, compliquées, libres et réductibles, irréductibles et adhérentes, engouées et enfin étranglées (1).

1re CLASSE. *Hernies internes.* — Les hernies de cette classe sont celles qui ont leur siège situé dans l'une des trois grandes cavités splanchniques, et dont la tumeur, en écartant les fibres musculaires de la paroi qui les recouvre ou bien en la soulevant dans l'un de ses points, offre un volume plus ou moins considérable, appréciable à la vue ou au toucher; les hernies inguinales, crurales et ombilicales sont des hernies internes, tant qu'elles n'ont pas dépassé ces ouvertures.

2e CLASSE. *Hernies externes.* — La hernie est externe chaque fois que les viscères qui la composent viennent avec leur enveloppe former, en dehors de la cavité à laquelle ils appartiennent, une tumeur plus ou moins grosse. Cette espèce de hernie se fait jour le plus ordinairement par les ouvertures naturelles que présente l'écartement ou la division accidentelle des fibres musculaires de cette paroi, ou bien encore à la suite de plaie dont la suppuration s'est soutenue pendant un certain temps. Le relâchement du vagin peut aussi, dans certains cas, favoriser la formation de tumeurs offrant les mêmes caractères.

3e CLASSE. *Hernies simples.* — C'est à dire celles dont la tumeur ne renferme qu'une seule espèce de viscères comme l'intestin, l'épiploon, la vessie, la matrice, l'ovaire, etc.

4e CLASSE. *Hernies composées.* — Celles dont la tumeur renferme à la fois plusieurs organes, telles que l'intestin, l'épiploon, la vessie, la matrice, etc.; l'entéro-épiplocèle, l'entéro-cystocèle, l'hystéro-cystocèle sont des hernies composées.

5e CLASSE. *Hernies compliquées.* — Tumeurs dans lesquelles les organes herniés se trouvent en rapport direct avec d'autres parties qui seraient dans un état plus ou moins

(1) *Voyez* le 4e tableau de la 4e section, chap. Ier.

grand d'affection pathologique, ou même avec des corps étrangers. Tels sont, par exemple, l'entéro-hydrocèle, l'entéro-hydromphale, l'entéro-sarcocèle, etc.

6e CLASSE. *Hernies libres et réductibles.* — Nous comprenons dans cette classe toutes les tumeurs herniaires susceptibles de s'affaisser et de disparaître plus ou moins lentement, de manière à rentrer en totalité dans la cavité à laquelle appartiennent les organes herniés, tant par suite de la position horizontale que de l'opération du taxis.

7e CLASSE. *Hernies irréductibles.* — Les hernies qui forment cette classe sont celles où les viscères, par suite d'un grand développement dans la tumeur herniaire, d'adhérences contractées par eux avec le sac, se trouvent dans l'impossibilité de faire leur rentrée en totalité dans la cavité dont ils sont sortis.

8e CLASSE. *Hernies engouées.* — La hernie engouée, qui pourrait bien jusqu'à un certain point être considérée comme faisant partie de la section précédente, nous a paru pourtant trop importante par ses fâcheux résultats pour ne pas en former une section particulière. On doit, en général, considérer la hernie comme engouée chaque fois que la portion d'intestin comprise dans sa tumeur se trouve fortement distendue par des matières fécales ou par des corps étrangers accumulés dans sa cavité, lesquels ne peuvent être reportés dans le ventre.

9e CLASSE. *Hernies étranglées.* — Par hernie étranglée, qui forme notre dernière section, nous entendons parler des cas où l'intestin, par suite d'une forte compression exercée sur lui de la part des bords des ouvertures qui lui ont livré passage ou bien même des orifices ou colets du sac herniaire, ainsi que de brides résultant de déchirures de l'épiploon, se trouve éprouver une vive inflammation susceptible de se terminer plus ou moins promptement par la gangrène des tuniques de cet organe, si la réduction des parties herniées ne peut avoir lieu au moyen du taxis ou de l'instrument tranchant.

Douze cent vingt-six hernies recueillies sur des individus de l'un ou de l'autre sexe, soumises à cet ordre de classification, nous ont offert pour chacune d'elles les chiffres suivants :

Hernies internes . . .	390.	Sexe masculin,	310,	sexe féminin,	80.
— externes . . .	836.	—	666,	—	170.
Excédant des dernières sur les premières.	446.	—	356,	—	90.
Hernies simples. . . .	653.	—	511,	—	142.
— composées . .	573.	—	465,	—	108
Excédant des premières sur les dernières.	80.	—	46,	—	34.
Hernies libres.	905.	—	769,	—	136.
— irréductibles. .	321.	—	207,	—	114.
Excédant des premières sur les dernières.	584.	—	562,	—	22.
Hernies compliquées .	61.	—	59,	—	2.
— engouées. . . .	29.	—	24,	—	5.
— étranglées . .	51.	—	42,	—	9.

Il résulte des divers chiffres que nous venons de produire que les hernies internes, en les comparant à la totalité de ces infirmités dans les deux sexes, figurent pour plus d'un quart ; les externes à peu près pour les deux tiers; les simples pour plus de la moitié ; les composées pour moins de la moitié ; les réductibles pour les trois quarts ; les irréductibles pour le quart ; les compliquées pour la vingtième partie ; les engouées pour la quarante-deuxième partie, et les étranglées enfin pour la dix-neuvième partie (1).

On a cherché dans différents temps à soumettre aux calculs la fréquence des hernies dans l'espèce humaine. Chopart et Desault pensaient que les sujets affectés de hernies étaient, au reste de la population, comme 1 à 16. Juville les portait de 1 à 8. Il est impossible d'attacher quelque intérêt à tous les calculs des divers physiologistes sur cette

(1) *Voyez* le 4e tableau, 1re série, 4e section, chap. Ier.

matière, car, pour qu'ils fussent faits de manière à inspirer de la confiance, il faudrait soumettre la population de chaque localité à un examen sévère et minutieux, chose impossible à entreprendre.

Quoi qu'il en soit, ces maladies paraissent les plus communes de toutes celles qui affligent l'humanité. Elles sont plus ou moins fréquentes suivant les climats. Les habitants des pays chauds y sont plus exposés que ceux qui habitent des localités à température moins élevée. Plus on s'éloigne de l'équateur, dans la direction des zônes tempérées et glaciales, et moins on rencontre de ces infirmités. Le docteur Gaimard, médecin en chef de la corvette la *Coquille*, nous a assuré avoir rencontré dans son voyage autour du monde fait à bord de ce bâtiment, chez des peuples voisins de l'équateur, des hernies scrotales descendant jusqu'au talon. Nos observations particulières nous ont démontré que l'infirmité qui nous occupe se rencontre plus rarement chez les habitants des montagnes que chez ceux qui font leur séjour dans des vallons arrosés par des rivières qui entretiennent une atmosphère humide. En général, les habitants des campagnes, quoique livrés à de rudes travaux, sont moins souvent affectés de hernies que ceux des villes et surtout des grandes cités, comme Paris, Londres, Berlin, Vienne, etc.

§ XVI. *Des principales causes susceptibles de concourir d'une manière lente ou spontanée à la formation des hernies.*

Bien que les causes auxquelles on doive rapporter la formation du plus grand nombre de hernies, soient variées à l'infini, il en est que l'on doit distinguer des autres comme se rencontrant sur un plus grand nombre de sujets. Nous voulons parler des tempéraments et des professions ou habitudes. En général, on peut diviser toutes les causes de ces maladies en deux classes, dont la première sera com-

posée de celles qui agissent plus ou moins lentement, et la seconde de celles auxquelles est due la production spontanée de la hernie.

Pour la première classe nous trouvons, comme causes générales, la prédominance de certains tempéraments sur les autres, les habitudes et occupations relatives à la profession, surtout quand elles nécessitent journellement un grand emploi de forces musculaires dans des situations plus ou moins défavorables du corps du sujet. L'habitude de rester debout, d'aller à cheval, de se livrer à de pénibles travaux (1), la marche forcée (2), l'exercice de la chasse (3), des efforts pour aller à la garderobe par suite de constipation ou de développement dans le rectum de tumeurs hémorrhoïdales (4), la présence d'un calcul dans la vessie donnant lieu à de grandes contractions des muscles abdominaux pour uriner (5), de longues maladies suivies de convalescences pénibles et d'amaigrissement (6), la suppuration des ganglions de l'aine chez les sujets scrofuleux ou par suite de maladie vénérienne (7), une cicatrice mollasse, trop faible pour pouvoir résister à l'action mécanique soutenue des organes abdominaux, surtout si elle est d'une certaine étendue et si une longue et abondante suppuration a détruit de grandes masses de tissu cellulaire; la présence d'un varicocèle développé dans le trajet du canal inguinal (8); la paralysie d'une partie du corps (9); le raccourcissement d'un membre abdominal donnant lieu à

(1) 113e observation, 11e section, chap. III.
51e — 5e — —
(2) 18e — 2e — —
(3) 83e — 8e — —
(4) 7e — 1re — —
(5) 27e — 3e — —
(6) 62e — 6e — —
78e — 7e — —
(7) 37e — 3e — —
(8) 16e — 2e — —
(9) 34e — 3e — —

une espèce de balancement dans la marche, suivi de l'abaissement brusque d'un des côtés du bassin (1); des éraillements plus ou moins considérables dans un des points de la cavité abdominale par suite de chute ou de forte contusion (2); la déclamation, le commandement de manœuvres militaires (3); l'usage des instruments de musique à vent; la danse (4), l'escrime; la sortie tardive des testicules quand ils conservent la faculté de rentrer dans le ventre (5); leur séjour prolongé dans le bas-ventre après la puberté (6); l'épuisement produit par de mauvaises habitudes (7); l'épuisement par suite de l'abus des plaisirs de l'amour (8); les bains chauds à une température très élevée (9); les bains de vapeur (10); les purgatifs violents, surtout ceux qui déterminent des vomissements (11); les grandes fatigues (12); la grossesse et la parturition (13); la saillie considérable du ventre; la toux forte et fréquente, l'asthme, la colère et autres violentes affections nerveuses accompagnées de soubresauts et contraction des membres, de flexion en arrière ou latérale du tronc; la présence de tumeurs développées dans le ventre et particulièrement de ces tumeurs graisseuses dont les épiploons et le mésentère

(1) 45e observation, 4e section, chap. III.
(2) 49e — 5e — —
55e — *id.* — —
(3) 68e — 7e — —
(4) 103e — 11e — —
(5) 33e — 3e — —
(6) 30e — *id.* — —
(7) 105e — 11e — —
(8) 22e — 3e — —
109e — 11e — —
(9) 104e — *id.* — —
(10) 67e — 7e — —
(11) 10e — 2e — —
(12) 31e — 3e — —
(13) 54e — 5e — —
92e — 9e — —
58e — 5e — —

sont si souvent le siège ; l'hydropisie, la ponction ; enfin, toutes les causes susceptibles de produire un développement de la paroi abdominale antérieure et même latérale ; la dilatation et la faiblesse des ouvertures normales qui se rencontrent à cette paroi, lesquelles, dans un état d'atrophie plus ou moins prononcé, peuvent laisser s'échapper avec la plus grande facilité les viscères abdominaux. Il faut en outre admettre, pour quelques sujets, une disposition spéciale aux hernies par défaut de développement de divers plans musculaires destinés à fortifier les ouvertures normales qui se rencontrent à la paroi du bas-ventre. M. le baron Larrey pense que l'usage abusif de la pipe et de la mastication du tabac prédispose aux hernies (1).

Quant aux causes qui peuvent déterminer l'apparition subite et instantanée des hernies, elles résultent presque toujours de l'action vive et brusque exercée de haut en bas, de dedans en dehors par les viscères abdominaux, à l'occasion d'efforts violents que l'on fait pour lever un fardeau dont le poids n'est pas en rapport avec les forces musculaires ; il en est de même des chutes, particulièrement de celles faites sur les genoux, les bras élevés, le tronc fléchi en arrière (2), de celles que l'on fait en sautant ; des coups reçus sur le ventre ; de la compression antérieure du ventre par un busc trop dur ou tout autre corps qui déprime sa paroi (3) ; des plaies pénétrantes à travers la paroi abdominale, suivies de grandes solutions de continuité ; des affections de l'ame à la suite desquelles survient un ébranlement général du système nerveux, donnant lieu à des soubresauts et contorsions des membres (4).

Quant aux enfants nouvellement nés, les cris, la colère,

(1) *Voyez* son *Traité de clinique chirurgicale*, t. V. Paris, 1836.
(2) 35e observation, 3e section, chap. III.
(3) 63e — 6e — —
122e — 12e — —
(4) 40e — 4e — —
118e — 12e — —

les coliques résultant d'une mauvaise alimentation d'un lait fourni par une femme nerveuse, colère, malsaine; et pour les hernies ombilicales, l'arrachement du cordon au moment de l'accouchement, sont de nombreuses causes de la formation de ces maladies.

Les hernies se développent avec plus ou moins de rapidité d'après les causes qui les ont déterminées : celles qui, dépendant d'un cause prédisposante, arrivent en général d'une manière lente et graduée ; souvent elle existe depuis longtemps à l'orifice interne des anneaux inguinaux ou cruraux, sans que le malade s'en doute et en soit nullement incommodée, surtout si ces régions sont pourvues d'une certaine quantité de graisse. Ce n'est souvent qu'au bout de plusieurs mois, et nous dirons même de plusieurs années, qu'a lieu l'apparition de la tumeur. Alors on sent les viscères se présenter à l'ouverture, que plus tard ils doivent franchir en y formant une saillie de plus en plus considérable, surtout pendant les efforts auxquels se livre le sujet.

La hernie est-elle due à des causes subites et puissantes, elle se montre tout à coup avec les caractères qui la distinguent. Dans le premier cas, où les parties sont disposées depuis longtemps à lui livrer passage, aucun accident notable n'est digne d'être signalé comme accompagnant sa formation et son développement. Dans le second, au contraire, une vive douleur se fait ressentir au moment de sa formation, laquelle est souvent suivie de phénomènes dangereux (1), conséquence inévitable de la compression exercée par les fibres aponévrotiques qui, après avoir été subitement distendues, reviennent sur elles-mêmes en comprimant les parties qu'elles embrassent. Ce mécanisme, dans plus d'un cas, peut donner lieu à l'engouement ou à l'étranglement. Ce dernier accident est plus fréquent chez les adultes que chez les vieillards.

(1) 12e observation, 2e section, chap. III.

Tempéraments. — Les hommes spéciaux qui se sont livrés à l'examen et au traitement des hernies, ne peuvent nier que la prépondérance de certains tempéraments sur les autres, ne soient fréquemment la cause, quelquefois très éloignée il est vrai, de ces infirmités; et d'ailleurs, s'il restait un doute à ce sujet, il cesserait en jetant les yeux sur le cinquième tableau statistique de la première série, puisque sur douze cent vingt-six hernies rencontrées sur des sujets des deux sexes, quatre cent trente appartiennent à des individus à constitutions lymphatiques, quatre cents à des constitutions nerveuses; deux cent trente-trois aux sanguins nerveux, soixante-cinq aux nerveux lymphatiques, cinquante-neuf aux sujets chez lesquels tous les systèmes semblent se trouver en équilibre, trente-un aux scrofuleux et rachitiques, et dix-huit seulement aux sanguins.

En isolant les sujets, et en les classant suivant leur sexe on aura, pour le sexe masculin, trois cent trente-deux nerveux, trois cent dix lymphatiques, cent quatre-vingt-quatorze nerveux sanguins, cinquante-quatre sans prédominance sensible et appréciable d'un système sur les autres, cinquante-un nerveux lymphatiques, dix-neuf rachitiques et scrofuleux, et seize sanguins. Total neuf cent soixante-seize. En réunissant pour ce sexe les nerveux aux sanguins, et les lymphatiques aux lymphatiques nerveux, aux rachitiques et scrofuleux, on aura, pour la première classe, cinq cent vingt-six; pour la seconde, trois cent quatre-vingts.

Pour le sexe féminin, nous trouvons cent vingt lymphatiques, soixante-huit nerveux, vingt-neuf nerveux sanguins, qnatorze nerveux lymphatiques, douze rachitiques et scrofuleux, cinq sans prédominance sensible et appréciable d'un système sur les autres, deux sanguins. Total deux cent cinquante.

La réunion des nerveux aux nerveux sanguins, et des lymphatiques aux lymphatiques nerveux, aux rachitiques et scrofuleux, nous offre pour les premiers quatre-vingt-dix-sept, et pour les derniers cent quarante-six; il résulte

donc de la comparaison des chiffres d'un sexe à l'autre, que, chez l'homme, le plus grand nombre de hernies a été fourni par des sujets d'un tempérament nerveux, tandis que chez la femme, au contraire, ce sont les sujets lymphatiques qui en ont offert un plus grand nombre (1); le genre d'occupation des sujets affectés de hernies doit être examiné après les tempéraments. C'est pourquoi nous allons de suite nous en occuper.

Professions. — Nous considérons les professions d'après le nombre des sujets affectés de hernies, et non d'après celui de ces infirmités, comme nous avons cru devoir le faire à l'égard des tempéraments. Alors, sur neuf cent cinquante sujets des deux sexes qu'offre le sixième tableau statistique de la première série, on trouve deux cent quatre pour les rentiers ou propriétaires, c'est à dire sujets sans profession, cent cinquante-huit pour les négociants et marchands, cent quarante-un militaires, infanterie, cavalerie et soldats de marine, cent vingt-neuf enfants et sujets au

(1) Les auteurs, loin de s'entendre sur la nature des tempéraments, admettent tous que chez chaque sujet du même sexe, il est certaines parties du corps dont l'organisation plus parfaite, plus développée, se trouve supérieure aux autres, et que c'est par suite de cette prédominance que la santé se trouve variée chez les hommes nés dans le même climat et soumis aux mêmes habitudes. Boërhaave admettait onze tempéraments, savoir : 1er vital; 2e élémentaire; 3e chaud; 4e froid; 5e humide; 6e sec; 7e bilieux; 8e sanguin; 9e phlegmatique; 10e atrabilaire; 11e tempéré. Bordeu tout en faisant dériver les tempéraments des divers organes dont l'ensemble d'harmonie constitue la vie dans l'état de santé, ne les croyait pas moins soumis directement à l'influence du cerveau. Hallé, imitateur de Boërhaave, avait ajouté à sa nomenclature déjà peut être trop nombreuse, les tempéraments pituiteux, musculaires, athlétiques et convulsifs. Bégin doué d'un esprit juste et sévère n'admet que trois tempéraments, savoir: sanguin, lymphatique, nerveux. Nous partageons complètement l'opinion de ce professeur distingué (*Traité de thérapeutique*, Paris 1825, Tome 1er page 42,). Broussais, génie supérieur dont les immenses travaux physiologiques font époque dans notre siècle, a cru devoir rattacher les tempéraments aux fonctions des principaux organes. D'après son système on aurait des tempéraments gastriques, bilieux, sanguins, gastro-sanguins, sympathique-sanguins, lymphatiques, anémiques, lymphatiques-nerveux bilioso ou nervoso-sanguins, mélancoliques, etc.

dessous de quinze ans, sans profession arrêtée, soixante-six domestiques, soixante-trois artisans, soixante hommes de cabinet, vingt-sept garçons limonadiers, traiteurs, pâtissiers et marchands de vin, vingt-un ouvriers en bâtiment, vingt cultivateurs et jardiniers, treize prêtres et religieuses, quatorze médecins, douze avocats, quinze garçons de bureau, sept blanchisseurs,

Ces diverses classes peuvent facilement être réduites à deux dont la première comprendra les sujets peu exposés aux fatigues du corps, et l'autre ceux qui par la nature de leurs occupations journalières, sont obligés à l'emploi constant de grandes forces musculaires. Alors la première de ces deux séries se trouverait composée des rentiers ou propriétaires, négociants et marchands, enfants au dessous de quinze ans, hommes de cabinet, prêtres et religieuses, médecins et avocats. La seconde série comprend les militaires de toute arme, domestiques, artisans, garçons limonadiers, traiteurs, pâtissiers et marchands de vin, ouvriers en bâtiment, cultivateurs, jardiniers, hommes de peine, garçons de bureau et blanchisseurs en gros linge. D'après cette classification le chiffre de la première série se trouverait de cinq cent quatre-vingt-dix, tandis que celui de la deuxième série ne s'éleverait qu'à trois cent soixante. Ainsi donc, il résulte de la comparaison de ces deux chiffres que le plus grand nombre des hernies a été fourni par la classe aisée de la société, et le plus petit nombre par les hommes qui, depuis leur enfance se sont livrés aux travaux les plus pénibles et les plus fatigants.

Il ressort de ces faits que, par l'exercice, les fibres musculaires et aponévrotiques sont susceptibles d'acquérir plus de volume, de force et d'énergie; c'est pourquoi on ne peut trop exercer les jeunes gens aux jeux gymnastiques et, dans les colléges, on devrait faire marcher de pair l'éducation physique et l'éducation morale (1).

(1) Feu notre oncle, Jean Verdier, médecin ordinaire de Stanislas, roi de Pologne, avait formé un pensionnat qui, par la suite, devint une des pre-

Les causes principales de la formation des hernies que nous avons notées dans notre septième tableau statistique, sont des maladies plus ou moins graves, plus ou moins longues, des efforts de diverses natures, des fatigues par suite d'exercices du corps ou de longues marches, des chutes; la suite de couches plus ou moins laborieuses ou de fausses couches, la suite d'effets de purgatifs violents ou vomitifs, la colère suivie d'affection nerveuse, la sortie tardive des testicules, le développement considérable du ventre.

Ces onze classes sont susceptibles d'être réunies en trois sections, dont la première sera composée des hernies produites par efforts, fatigues et longues marches, chutes, fortes colères, affections nerveuses et sortie tardive des testicules. La deuxième des hernies survenues à la suite de maladies pendant la grossesse, et à la suite de couches, de purgatifs violents. Pour la troisième, elle offrira seulement les hernies congéniales et celles survenues sans causes connues, et à la suite du développement considérable du ventre.

De la comparaison de ces trois sections il résulte que la première comprend un peu plus de la moitié des hernies,

mières maisons d'éducation de la capitale. Elle fut détruite à la révolution de 1789. Notre oncle avait pris pour devise de son mode d'enseignement; *mens sana in corpore sano*. Dans sa maison d'éducation, aux cours ordinaires admis par la Sorbonne, il en avait ajouté un d'anatomie, et aux heures de récréation ses élèves se livraient à des exercices variés de gymnastique sous la direction de surveillants et professeurs particuliers. Au nombre des savants dignes d'illustrer cette pension et la mémoire de celui sous lequel ils avaient fait leurs études, nous citerons le docteur Desgenettes, ancien médecin de l'Empereur, et Talma, qui, comme acteur, a été le premier homme de son siècle. Indépendamment de plusieurs ouvrages sur l'éducation publiés par Jean Verdier, on lui doit un traité sur la jurisprudence de la médecine en France, ouvrage en deux volumes publié en 1763, et un ouvrage sur la jurisprudence de la chirurgie, également en deux volumes, publié en 1764. Ce travail sur la médecine légale fut regardé, dans son terme, comme de la plus haute importance et a servi, depuis cette époque, à tous les auteurs qui ont écrit sur cette partie si difficile et si importante pour arriver à la connaissance d'une infinité de grands crimes.

la seconde près des quatre sixièmes, et la troisième un peu plus des deux douzièmes (1).

En envisageant les causes des hernies d'une manière encore plus sévère, elles n'offriraient réellement que deux sections ; l'une pour les causes accidentelles, et l'autre pour les causes inconnues. Quoique rigoureusement parlant ces dernières soient, aussi bien que les efforts, des causes accidentelles, il n'en est pas moins convenable de les séparer.

§ XVII. *Des hernies d'après les organes qui les composent.*

Sous les rapports de leur composition les tumeurs herniaires offrent de nombreuses variétés. Les unes ne sont formées que par un viscère, tandis que dans d'autres circonstances plusieurs concourent à la formation de la tumeur herniaire, laquelle contient également, dans certains cas, une plus ou moins grande quantité de sérosité, et quelquefois même des corps étrangers. Les hernies que nous avons rencontrées dans notre pratique, sont celles de l'intestin, de l'épiploon, de la vessie, de l'estomac, du rectum, de l'ovaire, du poumon et de l'iris.

Sur douze cent vingt-six hernies appartenant à des sujets des deux sexes, les entéro-épiplocèles en comptaient cinq cent trente-trois, dont quatre cent quarante-une fournies par le sexe masculin, et quatre-vingt-douze par le sexe féminin. Le chiffre des entérocèles ou hernies formées par l'intestin s'élevait à trois cent quatre-vingt-dix-sept, dont deux cent quatre-vingt-dix-neuf pour le sexe masculin, et quatre-vingt-dix-huit pour le sexe féminin. Quant aux épiplocèles ou hernies formées par l'épiploon, il ne s'en est rencontré que deux cent quatre-vingt-neuf, dont deux cent trente-trois pour le sexe masculin, et cinquante-six pour le sexe féminin. Cystocèle ou hernie de la vessie deux masculins, rectocèle ou hernie du rectum un féminin, de l'ovaire un, pneumatocèle ou hernie du poumon un

(1) *Voyez* le 7e tableau de la 1re série, chap. I.

féminin, iléon ou hernie formée par l'iris un féminin (1). Nous n'avons pas été assez heureux pour rencontrer sur nos malades de ces paquets graisseux qui surviennent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et qui, par suite de leur développement, exercent une pression soutenue de dedans en dehors contre les aponévroses de l'abdomen ; après les avoir éraillées, les tumeurs qui en résultent offrent sous la peau une saillie plus ou moins prononcée, en entraînant avec elle la membrane séreuse qui s'allonge de manière à prendre la forme d'une espèce de doigt de gant, dans l'intérieur duquel des portions d'intestin peuvent s'engager. Morgagni, Pelletan, Tartra et beaucoup d'autres praticiens ont reconnu, à la dissection, des hernies de ce genre. Elles étaient placées à la partie inférieure et latérale de l'abdomen, en faisant saillie dans le ventre, et en repoussant devant elles le péritoine, elles venaient sortir par le canal inguinal, et présentaient au toucher les caractères des hernies formées par l'épiploon.

Signes généraux des hernies. — Ce qui peut le mieux éclairer le chirurgien et fixer son diagnostic sur cette maladie, est la présence d'une tumeur au voisinage d'une ouverture naturelle de l'abdomen, ou de la cicatrice d'une ancienne solution de continuité ayant eu lieu dans l'un des points de cette cavité. Cette tumeur se montre tout à coup par suite d'un violent effort ou, en d'autres cas, se développe graduellement et sans effort préalable ; plus ou moins mobile, indolente, sans changement de couleur à la peau et sans altération sensible aux téguments qui la recouvrent. Une semblable tumeur doit être supposée herniaire. La présomption qui nait d'un premier examen, se change en certitude par les caractères suivants : les tumeurs herniaires réductibles offrent, dans le plus grand nombre de cas, une largeur beaucoup plus considérable à leur corps qu'à leur base, elles rentrent d'elles-mêmes par suite de la

(1) *Voyez* le 2e tableau de la 1re série, 4e section, chap. I.

position horizontale, soutenue pendant un espace de temps plus ou moins long, ou par la pression exercée méthodiquement. Dans le cas d'une tumeur étrangère aux hernies, elle reparaîtra aussitôt qu'on fera mettre le malade debout, tandis que, si elle est d'une nature herniaire, un léger effort, tel que la toux, l' ction de se moucher et d'éternuer, est nécessaire pour lui rendre le volume et la forme qu'elle avait avant sa réduction.

Causes susceptibles de donner lieu à l'augmentation des tumeurs herniaires. — La station prolongée, les marches soutenues, la course, l'escrime, l'équitation, la déclamation, le chant, l'usage des instruments à vent, la réplétion de l'estomac et des intestins, la constipation, l'éternuement, etc., augmentent le volume, la saillie et la tension de la tumeur. La touche-t-on quand le malade tousse, se mouche, éternue ou fait tout autre effort violent, on sent à chaque secousse des membres abdominaux, les organes qu'elle renferme frapper la main qui les presse en faisant effort pour sortir.

Quand la hernie au dehors est grosse et irréductible, elle empêche de porter l'extrémité du doigt jusqu'à l'ouverture qui lui livre passage. Alors le toucher fait reconnaître que le canal que l'on voulait explorer est occupé par des parties étrangères ; la réduction vient-elle à s'opérer, l'orifice que l'on cherchait vainement un instant plus tôt, se présente pour ainsi dire de lui-même, large et relâché. Dans cet état, il peut admettre des corps plus ou moins volumineux. Plus d'une fois il nous est arrivé, en pareil cas, d'introduire plusieurs doigts et même la main tout entière (1). Si le doigt est à l'ouverture et que le malade prenne la position verticale, qu'il tousse, se mouche, éternue, ou lève les bras en l'air en retenant sa respiration et contractant les muscles abdominaux, comme s'il voulait aller à la garderobe, on sent manifestement les

(1) 25e observation, 3e section chap., III.

viscères s'échapper en passant dessus, dessous, en avant ou en arrière du doigt explorateur: bientôt il se forme de nouveau au dehors une tumeur qui reprend son caractère primitif aussitôt que le doigt est retiré. Le même toucher étant pratiqué le malade couché, on sent bien l'impulsion des viscères contre le doigt, mais ils ne sortent pas du ventre s'ils sont exempts d'adhérence.

Caractères propres à faire reconnaître la nature et l'état des organes que renferment les tumeurs herniaires.— Les divers phénomènes que nous venons d'indiquer, examinés avec attention par un praticien éclairé, ne lui permettront presque jamais de méconnaître l'existence de la hernie. Le grand embarras est de déterminer les parties qui concourent à sa formation, ce qu'il importe pourtant de savoir pour se fixer sur le mode que l'on doit suivre, tant dans la réduction de la tumeur que dans l'application du bandage destiné à la contenir.

Hernie de l'intestin. — Formée par cet organe, la tumeur herniaire présente une espèce de pédicule étroit près de l'ouverture abdominale qui lui a livré passage. Son corps qui est plus ou moins arrondi, éprouve des variations suivant que l'intestin qu'elle renferme est vide ou distendu, soit par des gaz, soit par des matières stercorales.

Lorsque l'intestin est dans l'état de vacuité, la hernie paraît à peine. Elle est au contraire tendue, rénitente, élastique, et offre une saillie plus ou moins prononcée chaque fois que des gaz la distendent. Quant aux matières stercorales, elles augmentent sa consistance et son poids. Liquides, l'anse d'intestin qu'elles remplissent, offre de la fluctuation et paraît de consistance médiocre, ce qui lui donne l'apparence pâteuse; la tumeur a-t-elle acquis plus de solidité, elle est inégale, dure, bosselée, et les matières qu'elle renferme semblent comme morannées. Le séjour et l'accumulation de ces matières ne saurait avoir lieu sans produire de l'embarras dans la hernie et même des dou-

leurs plus ou moins vives, et des coliques qui s'étendent plus ou moins avant dans le bas-ventre (1).

La réduction des tumeurs herniaires intestinales est assez facile lorsque l'anse d'intestin n'est distendu que dans des proportions en rapport avec l'ouverture qui lui a livré passage, et que les matières qu'elle contient sont susceptibles de déplacement. A peine a-t-elle commencé que la contraction des parties l'achève spontanément en faisant entendre un bruit de gargouillement produit par la collision des matières stercorales liquides et des gaz ou, dans le plus grand nombre de cas, de ces derniers seulement.

Hernie de l'épiploon. — La tumeur due à l'épiploon fait éprouver de la gêne et quelquefois de la douleur immédiatement après le repas, tandis que si elle est due à l'intestin seul, le malaise ne se manifeste que beaucoup plus tard, c'est à dire au moment où les matières contenues dans la portion du canal intestinal hernié la traverse. En outre de ces symptômes, l'épiplocèle irréductible est plus ou moins accompagné d'une sensation de tiraillement, de douleurs à l'estomac, avec vomissements, ce qui est la conséquence de la tension de cette membrane sur l'estomac et les intestins.

La hernie de l'épiploon est mollasse, pâteuse, invariable dans sa consistance, tant que ce viscère toutefois est dans son état normal. La tumeur n'éprouve d'autre changement dans son volume que par la présence de nouvelles parties qu'un effort ou toute autre cause ferait descendre dans la hernie.

La réduction de l'épiploon est presque toujours plus difficile que celle de l'intestin ; elle n'a lieu que lentement, ce viscère ne pouvant rentrer que peu à peu dans le ventre, si surtout l'ouverture qui lui a livré passage est petite. Il faut donc n'en reporter qu'une petite partie à la fois. Aucune contraction de l'organe ne seconde l'action des doigts,

(1) 82ᵉ observation, 8ᵉ section, chap. III.

aucun bruit ne se fait entendre pendant la rentrée. Chez les jeunes sujets et quand l'épiplocèle est récente et peu volumineuse, le crémastère, en se contractant, favorise la rentrée du sac herniaire qui suit presque toujours la dernière portion du viscère. Si la réduction a lieu debout, à peine la compression exercée par la main du chirurgien cesse-t-elle d'avoir lieu que la tumeur reparaît.

On estime que l'épiplocèle est plus pesante que l'entérocèle, quand toutefois l'intestin ne contient pas de matières stercorales.

Hernie de l'intestin et de l'épiploon. — Les hernies dont la tumeur contient en même temps de l'intestin et de l'épiploon, offrent la réunion des phénomènes qui caractérisent la présence de chacun de ces organes. Mais leur volume éprouve à un plus faible degré les changements qui dépendent de la vacuité ou de la réplétion de la cavité intestinale. La tumeur d'ordinaire allongée, si surtout elle descend dans le scrotum, présente de grandes irrégularités dans sa consistance, dure à certains endroits, molle et pâteuse dans d'autres, des coliques s'y font quelquefois sentir. Parfois les premières tentatives de réduction font perdre de suite à la tumeur une partie de son volume; ce changement est dû à la rentrée de l'intestin qu'accompagnent les gargouillements dont nous avons déjà parlé. Ce qui reste ensuite de la hernie exige des efforts longs et soutenus afin de la faire rentrer dans le ventre.

Il est de la dernière importance, dans les hernies compliquées, telles que celles qui nous occupent, d'isoler l'intestin de l'épiploon, et même ce dernier viscère du sac herniaire, car, en admettant que l'ouverture fût assez grande pour permettre la rentrée en masse de la tumeur, on s'exposerait à un entortillement de l'intestin par l'épiploon ou à un pincement d'une portion de son tube dans l'orifice d'un collet du sac herniaire. L'intestin peut également se trouver sous l'empire d'un étranglement interne, à travers un éraillement de l'épiploon, accident d'autant

plus grave qu'assez ordinairement le débridement est impossible, malgré l'opération de la hernie. Le doigt introduit dans le ventre sent la tumeur fuir devant lui, et il ne peut donc pas servir de guide au bistouri destiné à diviser, soit la bride de l'épiploon, soit le collet du sac, et alors la mort du sujet est presque toujours inévitable.

Hernie de la matrice ou hystérocèle. — Ce nom a été donné à la hernie formée par la matrice à travers l'anneau inguinal ou l'arcade crurale. Le diagnostic de cette maladie est presque toujours difficile, à moins qu'un fœtus ne se trouve renfermé dans l'utérus. Dans l'absence de grossesse, la tumeur qui résulte de l'hystérocèle est rémittente et plus solide que celle due à l'intestin ou à l'épiploon. Quoique volumineuse, la hernie de la matrice est ordinairement indolente. En portant le doigt dans le vagin, on rencontre un changement plus ou moins considérable dans la direction de ce canal. Il se porte en haut du côté de la hernie quand le col utérin n'a pas franchi l'ouverture abdominale, en le soulevant avec le doigt on transmet immédiatement à la main qui explore la tumeur, un mouvement d'impulsion auquel il est impossible au praticien exercé de se méprendre.

En général les accidents qui accompagnent la hernie de la matrice, sont peu graves, quoique cet organe ne soit pas toujours à l'abri de l'inflammation et de l'étranglement, d'après l'étroite sympathie qui unit l'utérus aux organes digestifs, il peut survenir dans cette hernie des coliques, des nausées et même des vomissements.

Lorsque l'hystérocèle est récente et libre, il faut la faire rentrer, puis s'opposer à sa sortie au moyen d'un bandage herniaire à ressort, à peu près analogue à celui dont on se sert pour les hernies du bas-ventre.

Hernie de la vessie. — Cet organe, comme les intestins, l'épiploon et la matrice est susceptible de se déplacer et de se porter à droite, à gauche ou de haut en bas. Dans cette situation, la vessie peut former à elle seule ou réunie avec

d'autres viscères des hernies inguinales, crurales, périnéales et vaginales. On a quelquefois également rencontré cet organe dans des tumeurs développées par suite d'éraillement de la paroi abdominale du bas-ventre. Quand cette hernie, qui a reçu le nom de cystocèle n'est réellement due qu'à la vessie, elle est facile à distinguer de celle formée par l'intestin, l'épiploon ou l'utérus, par son volume, sa saillie et sa forme arrondie. En pressant la tumeur on sent une fluctuation d'autant plus appréciable qu'il y a de temps que le malade a uriné. Si la hernie est ancienne et qu'une partie de la vessie se soit épanouie en dehors de l'ouverture qui lui a livré passage, ou bien qu'elle soit descendue dans le scrotum, la sortie volontaire de l'urine aura lieu à plusieurs reprises et en petite quantité à la fois, à moins que le malade ne comprime sa hernie de bas en haut, puis la repoussant dans le ventre d'avant en arrière, et de dehors en dedans.

Au fur et à mesure que le liquide s'échappe, on voit la tumeur s'affaisser et quelquefois disparaître si complètement, qu'il est impossible d'en trouver la plus légère trace jusqu'à ce que la nouvelle portion de liquide versée par les uretères lui rende sa forme primitive. Quand le cystocèle est libre et réductible, et qu'il ne contient pas de corps étrangers tels que des calculs, ces phénomènes sont suffisants pour le faire reconnaître.

Le cystocèle à l'anneau inguinal ou à l'arcade crurale, qui ne résulte pas de chute ou coup reçu sur le bas-ventre (1), ne peut avoir lieu par ces ouvertures que si déjà d'autres viscères les ont distendus, et, dans ce cas, on doit regarder la vessie comme l'auxiliaire de l'intestin ou de l'épiploon. On conçoit qu'alors les caractères d'une hernie formée par la réunion de ces différents viscères offrent assez d'obscurité pour, à la première inspection de la tumeur, embarrasser le chirurgien, et ce n'est qu'après

(1) 38e observation, 3e section, chap. III.

avoir examiné la hernie à différentes heures de la journée, qu'il pourra en reconnaître la composition.

Pour réduire le cystocèle compliqué de la présence d'autres viscères, il faut commencer par évacuer la vessie au moyen d'une sonde en gomme élastique, légèrement courbée, afin que, parvenue dans la vessie, son extrémité puisse être facilement dirigée du côté de la hernie. La vessie rentrant d'elle-même aussitôt qu'elle sera vidée, les autres viscères seront reportés dans le ventre, dans l'ordre de leur sortie, et ensuite l'application d'un bandage herniaire convenablement fait, empêchera la reproduction de la hernie.

Les hernies de la vessie à l'anneau inguinal ou à l'arcade crurales sont peu susceptibles de s'étrangler, et, dans le cas où cet accident aurait lieu, il serait facile de le faire cesser en favorisant l'évacuation du liquide au moyen du cathétérisme.

Le cystocèle vaginal que divers auteurs ont regardé comme une vraie hernie de la vessie, n'est souvent autre chose que l'abaissement de cet organe par suite du prolapsus utérin et de l'affaissement du vagin. Cet accident, plus rare que ne l'ont supposé quelques personnes, ne doit pas, à notre avis, être regardé comme une hernie. Nous aurons occasion, dans le chapitre suivant, de revenir sur ce sujet.

§ XVIII. *De la complication des hernies par diverses affections pathologiques propres à les faire méconnaître.*

Ce serait une grande erreur que de croire qu'il est facile à la première inspection d'une tumeur abdominale, de déterminer sa nature d'après les organes qui la composent, ainsi que de reconnaître leur situation respective.

L'obscurité du diagnostic est souvent causée par les adhérences de différentes natures qui réunissent les viscères entre eux ou avec la membrane qui les enveloppe, ainsi

que de leur développement quelquefois considérable. A ces causes, il faut encore ajouter l'épaississement du sac herniaire et les nombreuses maladies qui lui sont propres. Combien de fois à l'ouverture de cadavres de sujets affectés de hernies, les praticiens les plus distingués n'ont-ils pas rencontré, à leur grand étonnement, en contact direct avec les viscères herniés, dans la même tumeur et sous la même enveloppe, des productions graisseuses, des kystes de différentes natures, particulièrement de ceux dont la formation est due à des masses d'hydatides, des collections purulentes, sanguinolentes ou de toute autre sérosité, des hydrocèles par infiltration ou par épanchement, des pneumatocèles, hématocèles, cirsocèles, stéatocèles, sarcocèles, spermatocèles, dont, pendant la vie de leurs malades, ils n'avaient jamais supposé l'existence.

Il est à notre connaissance qu'un malade qui portait depuis plus de vingt ans une énorme tumeur scrotale dont on ignorait la nature, n'en ayant jamais éprouvé d'autre incommodité que celle de son volume, subit l'opération de la hernie qui fut précédée d'une ponction faite avec un trois quarts de dimension ordinaire. Le malade en fut quitte pour garder le lit pendant un mois jusqu'à la parfaite cicatrisation de la plaie (1). Dans d'autres circonstances, l'intestin a été percé par l'opération de la ponction sans qu'il s'échappât d'autre liquide que celui contenu dans son tube, et les malades ont succombé.

Lipômes ou tumeurs graisseuses. — Les tumeurs graisseuses ou lipômes sont souvent un sujet de méprise par leurs nombreuses ressemblances avec les hernies de l'épiploon. Ces productions résultent en général d'un embonpoint local borné à un plus ou moins grand nombre de cellules, de tissu cellulaire, uniques d'ordinaire, mais, dans quelques cas, multiples et même plus nombreuses; pysiformes, ovoïdes, sous-cutanées, les tumeurs graisseuses se forment

(1) 20e observation, 2e section, chap. III.

d'ordinaire dans l'épaisseur du tissu cellulaire aux parois abdominales, qu'elles soulèvent plus ou moins, et peuvent assez souvent s'échapper par les anneaux inguinaux, soit pour constituer une espèce de hernie, soit pour concourir, avec les viscères abdominaux, à la formation d'une tumeur de cette nature. La consistance des lipômes est nulle; la forme irrégulière, le volume variable est quelquefois si considérable que plusieurs praticiens ont rencontré de ces tumeurs du poids de dix à quinze kilogrammes.

Les lipômes soumis à des causes d'inflammation peuvent tomber en gangrène et passer à la dégénération squirrheuse ou carcinomateuse. Le diagnostic de ces tumeurs est souvent tellement difficile, que les praticiens s'y sont mépris plus d'une fois en les traitant comme des maladies avec lesquelles elles n'avaient nulle analogie. Scarpa a eu la franchise bien louable de convenir qu'il a pratiqué l'opération de la hernie dans un cas de cette espèce, pour une petite tumeur à la ligne blanche où tous les accidents de l'étranglement existaient (1).

Le docteur Olivier rapporte l'observation d'un homme qui succomba à l'Hôtel-Dieu d'Angers, également après l'opération d'un lipôme situé à trois travers de doigt au dessous de l'ombilic, qui fut pris pour une épiplocèle (2).

On doit au professeur Cruveilhier la connaissance d'un fait encore plus remarquable qui s'est rencontré dans le service de Dupuytren à l'Hôtel-Dieu de Paris. C'était une femme âgée de cinquante-cinq ans, qui portait une énorme tumeur située à la partie supérieure et interne de la cuisse. Cette tumeur, irrégulièrement sphéroïde, de dix à douze pouces de diamètre, se prolongeait dans le bassin derrière l'arcade curale qu'elle soulevait, descendait ensuite jusqu'au dessous de la partie moyenne de la cuisse où elle

(1) *Voyez* le *Traité des Hernies* de Scarpa, traduit par Cayol, Paris 1812 page 339.

(2) *Voyez* le *suplément au traité pratique des Hernies* de Scarpa, traduit par C. P. Olivier (d'Angers). Paris 1823, page 109.

simulait un second ventre. Dans quelques points on sentait une fluctuation manifeste, de la mollesse dans quelques autres, et une dureté considérable dans le reste de son étendue. La femme mourut d'une fièvre adynamique, et Dupuytren ayant fait l'ouverture du cadavre, ne trouva qu'un énorme lipôme, dont une partie offrait une dégénérescence cancéreuse, et l'autre un kyste séreux (1).

Stéatocèle ou stéatome, variété du lipôme. — Le stéatocèle est une tumeur scrotale remplie de matière semblable à du suif. Cette espèce d'amas anormal de graisse auquel on a cru devoir donner un nom particulier, n'est qu'une variété du lipôme, et non une maladie particulière. C'est du moins ainsi que les auteurs ont semblé le comprendre, puisqu'il n'a jamais été fait par aucun d'eux de travail particulier sur le stéatocèle.

Kystes. — Les différents kystes sont susceptibles de produire une infinité de tumeurs d'autant plus importantes à bien connaître, que souvent développées dans le voisinage des hernies, ou même dans leurs enveloppes, en les compliquant, elles rendent plus ou moins obscur le diagnostic de ces maladies.

Le kyste est un produit membraneux, séreux, qui se forme accidentellement sous l'influence directe ou indirecte d'un travail inflammatoire, ayant pour fonctions de favoriser la résorption des liquides épanchés, ou de procurer l'exhalation d'autres liquides, et dans d'autres cas, d'isoler du reste de l'organe une partie profondément altérée, dont la nutrition deviendrait nuisible à cet organe, et même à d'autres organes plus importants.

Les kystes peuvent se développer dans tous les organes, et ils ont reçu différents noms d'après la matière qu'ils contiennent. Ils se forment souvent autour du sang épanché. Dans d'autres circonstances, la cause qui les produit est la présence de corps étrangers. On doit admettre trois

(1) *Voyez l'Essai sur l'anatomie pathologique*, du docteur Cruveilhier, Paris 1816, tome 1er, page 198.

espèces de kystes. Dans la première, on doit ranger les kystes séreux, hydatiques, synoviaux, méticéritiques, athéromateux, stéatomateux, huileux, muqueux, gélatineux, ceux des articulations, ainsi que du cordon testiculaire, de la lèvre et de la vulve. Dans la seconde espèce, se trouveront les kystes lymphatiques, hépatiques et péritonéaux. La troisième espèce enfin se composera des kystes qui surviennent à la suite d'une solution de continuité, résultant de l'action d'un corps vulnérant. Quant aux kystes fibreux, cartilagineux ou osseux, ils ne sont que des dégénérescences des kystes séreux ou cellulaires, qui, quelquefois, envahissent toutes leurs tumeurs, tandis que, dans d'autres cas, ils n'en comprennent qu'une partie.

Hydrocèle. — L'hydrocèle est une tumeur formée par une accumulation de sérosité dans certaines enveloppes du testicule ou des vaisseaux spermatiques, et quelquefois dans de vieux sacs herniaires. Cette maladie peut avoir lieu par infiltration ou par épanchement.

L'hydrocèle présente trois variétés très distinctes, que l'on désigne sous les noms de diffuse ou par infiltration, par épanchement, ou de la tunique vaginale, et d'enkystée ou contenue dans une cavité accidentelle du cordon testiculaire, du scrotum, et même d'une portion du péritoine, ayant formé l'enveloppe d'une hernie réduite.

Hydrocèle diffuse des enfants nouvellement nés. — L'hydrocèle diffuse est idiopathique ou symptômatique. La première se rencontre souvent chez les enfants nouvellement nés, à la suite de pression éprouvée par le scrotum pendant la parturition, ou de l'irritation à laquelle cette partie est exposée par le contact de l'urine chez des enfants que les nourrices n'ont pas soin de laver et de changer de linge assez souvent. L'infiltration séreuse et idiopathique des bourses se rencontre quelquefois chez les adultes et plus souvent chez les vieillards. Dans ce dernier cas, elle est le résultat de la flexibilité du scrotum et de l'action irritante exercée sur lui par l'urine, ainsi que des frotte-

ments continuels qu'il éprouve entre les cuisses ou contre les vêtements de laine et même de grosse toile. Le même accident a lieu encore chez les vieillards, qui, par causes de maladies, sont obligés de garder longtemps le lit. Il ne faut pas confondre avec l'hydrocèle l'empâtement des bourses, produit par l'application de cataplasmes émollients. D'ailleurs, la tumeur résultant de l'hydrocèle diffuse, est molle et pâteuse, conservant l'impression du doigt. Quand elle vient à s'étendre à la totalité du scrotum, elle en efface les rides et rend la peau des bourses mince et luisante. Dans le cas d'hydrocèle des deux côtés, le raphé continue à partager le scrotum en deux parties à peu près égales. Le liquide occupe le tissu cellulaire situé entre la peau des bourses et la tunique vaginale.

La tumeur de l'hydrocèle symptômatique est assez souvent pâle, froide et transparente, idiopathique et déterminée par l'irritation de la partie. Elle est plus ou moins rouge, chaude et douloureuse. Son volume est quelquefois si considérable que la verge s'enfonce et disparaît au milieu des bourses.

Hydrocèle de la tunique vaginale. — L'hydrocèle de la tunique vaginale, plus commune chez les enfants et chez les vieillards que chez les adultes, peut résulter de contusions du scrotum et même des secousses auxquelles cette partie est exposée lorsque l'on monte habituellement à cheval sans faire usage de suspensoirs. Dans quelques cas, elle a lieu sans que le malade puisse la rapporter à quelques circonstances particulières. La tunique vaginale communique-t-elle encore avec la cavité du périnée, l'hydrocèle est congéniale; le testicule, dans ce cas, est isolé de la tunique vaginale par le liquide qui s'y est épanché; il occupe presque toujours la partie postérieure et supérieure de la collection.

La tumeur qui résulte d'ordinaire de cette hydrocèle est lisse, égale, molle et fluctueuse, sans changement de couleur à la peau, qui est mince et mobile, plus large à sa

base qu'à son sommet. Elle se rapproche graduellement de l'anneau inguinal. Transparente à la lumière, excepté à l'endroit occupé par le testicule, cette tumeur n'éprouve aucune espèce de changement dans son volume et sa consistance par l'action du froid, du chaud, les situations variées du tronc et les efforts de toute nature; la pression de la main n'occasionne non plus au malade la plus légère sensation désagréable et pénible, à moins que le testicule n'étant plus soutenu ne tiraille son cordon.

La forme de la tumeur dans l'hydrocèle de la tunique vaginale, est susceptible d'un grand nombre de modifications qui peuvent rendre incertain le diagnostic de cette maladie. L'usage du bandage herniaire, quand il existe en même temps une hernie et une hydrocèle, force le testicule à se placer sur un point différent de celui qu'il occupait dans la tumeur abandonnée à elle-même. La tunique vaginale s'est quelquefois éraillée sous l'influence de la compression dont il vient d'être parlé, alors la tumeur est bosselée et inégale dans plusieurs endroits, ce qui pourrait la faire prendre pour un vrai sarcocèle.

La transparence de la tumeur formée par l'hydrocèle n'est pas toujours un signe certain; elle peut être altérée par l'exhalaison d'une certaine quantité de sang provenant de contusion du scrotum, de caillots fibreux, ainsi que d'une sorte de bouillie semblable à de la lie de vin, résultant d'altération du sang dans la tumeur.

L'inflammation chronique et ancienne de la tunique vaginale peut donner lieu à la formation de matières épaisses, purulentes, visqueuses, à peu près semblables, pour la consistance, à celle du miel. Dans quelques cas la cavité de l'hydrocèle se trouve divisée en plus ou moins de sections par des membranes anormales.

Pour bien observer la transparence, qui est la circonstance principale qui doit fixer l'attention du praticien, il faut, dans un endroit obscur, placer le scrotum entre la lumière d'une bougie et l'œil de l'observateur, dont la

main est placée au devant de l'hydrocèle, et les doigts fléchis de manière à former un canal, disposition qui rend encore plus sensibles les teintes rougeâtres de la partie que l'on examine.

Quelquefois l'hydrocèle qui nous occupe est compliqué de la présence du testicule à l'anneau inguinal ou à son orifice interne; il n'est pas rare non plus qu'en même temps que la tunique vaginale se remplit de liquide, elle admette le testicule avec une portion d'intestin ou un de ses appendices. Chez les enfants nouvellement nés l'épiploon ne peut s'y rencontrer; quant aux adultes, sa sortie chez eux est presque toujours précédée de celle de l'intestin.

Hydrocèle enkystée du cordon testiculaire. — L'hydrocèle enkystée est celle qui a lieu dans l'épaisseur du cordon testiculaire ou dans la cavité d'un ancien sac herniaire oblitéré à son sommet. Dans l'un ou l'autre cas, il est facile de la prendre pour une hernie, erreur d'autant plus fâcheuse que l'application d'un bandage herniaire sur l'hydrocèle développée dans les kystes celluleux du cordon testiculaire, la change promptement en hydrocèle de la tunique vaginale, en opérant la dilatation de la partie supérieure de cette membrane (1).

La tumeur de l'hydrocèle enkystée du cordon spermatique, en augmentant de volume peut descendre au milieu du scrotum, et ressembler au premier abord à l'hydrocèle de la tunique vaginale; mais la présence du testicule au dessous de cette tumeur la fera facilement reconnaître; il ne faut pas confondre avec la maladie qui nous occupe, l'infiltration spéciale du cordon des vaisseaux spermatiques.

Les accumulations de sérosités au fond d'un vieux sac herniaire descendu dans le scrotum, et fixé par des adhérences, constituent une complication des hernies, mais ne doivent pas être confondues avec l'hydrocèle que nous avons dit plus haut pouvoir se former dans la cavité du

(1) 3e observation, 1re section, chap. III.

sac herniaire. Il en est de même des collections séreuses du testicule et de celles qui accompagnent si souvent sa désorganisation. L'infiltration du scrotum produite par différentes maladies n'a rien de commun non plus avec l'hydrocèle dont nous venons de parler.

Physocèle ou pneumatocèle. — Les anciens entendaient par physocèle ou pneumatocèle des tumeurs gazeuses du scrotum qui probablement n'étaient que des hernies intestinales distendues par des gaz, ou bien au gonflement des bourses produit par l'air comme il arrive dans le cas d'emphysème général.

Hématocèle scrotale. — L'hématocèle est une tumeur formée par le sang. Comme cette dénomination peut convenir à désigner toutes les collections sanguines, nous croyons pouvoir dire pour le sujet qui nous occupe, hématocèle scrotale, hématocèle vaginale et hématocèle testiculaire.

Les causes de l'hématocèle sont nombreuses. Elle peut résulter de fortes contusions exercées sur le scrotum, de l'opération de l'hydrocèle par incision, et de celle de la castration.

L'hématocèle sous-cutanée se distingue facilement de toutes les autres infiltrations du scrotum, tant par la nature des causes qui l'ont produite que par la couleur brunâtre ou noire que présentent ces parties. Lorsque l'épanchement du sang a lieu dans la tunique vaginale, et qu'il y complique l'hydrocèle, il altère plus ou moins la transparence de la tumeur. Quant à l'hématocèle du testicule, c'est la violence de la contusion suivie de douleurs profondes, et l'augmentation plus ou moins considérable du volume de cet organe qui doivent la faire reconnaître.

Sarcocèle ou cancer du testicule. — Le sarcocèle, squirrhe ou cancer du testicule, maladie plus fréquente chez les adultes que dans le jeune âge et la vieillesse, est d'ordinaire la suite d'un coup ou d'une inflammation qui de l'état aigu a passé à l'état chronique.

Le testicule engorgé forme une tumeur ovoïde, dure, inégale, bosselée, pesante, sans chaleur ni changement de couleur à la peau, indolente au toucher à son début; pourtant elle fait éprouver au malade des douleurs dans les fesses, les aines, les lombes, et, par son poids, au cordon testiculaire; car elles cessent d'ordinaire lorsque le malade est couché ou que l'on soutient le testicule. Cet organe finit pourtant par devenir le siége de douleurs vives et lancinantes. C'est alors que l'ulcération envahit son cordon, puis les ganglions lymphatiques de l'aine, ensuite ceux de l'abdomen, et provoque la diathèse cancéreuse générale. Il est trop difficile de distinguer à la première vue un engorgement chronique susceptible de résolution, d'un sarcocèle véritable exempt d'ulcération. C'est pourquoi, avant d'en venir à l'opération de la castration, il faut commencer l'attaque de la maladie par les antiphlogistiques, puis essayer les fumigations de vinaigre, cinabre, etc.

La présence du sarcocèle dans une tumeur herniaire volumineuse, et parfois compliquée d'hydrocèle de la tunique vaginale, en rend le poids plus considérable. D'ailleurs en la pressant avec les doigts, d'avant en arrière, il est facile de sentir le cordon testiculaire ou l'organe qu'il soutient, endurci, inégal et raboteux; en outre le liquide contenu dans la tunique vaginale, examiné avec une lumière vive et claire perdra d'autant plus de la transparence qui lui est naturelle que le testicule malade occupera une plus ou moins grande partie de la tumeur. Quant aux épaississements de la tunique vaginale et aux diverses altérations du tissu cellulaire, ainsi que de la peau du scrotum, il est facile de les distinguer de la dégénérescence du testicule.

Spermatocèle. — Le spermatocèle était, d'après les anciens, une tumeur scrotale résultant de la rétention du sperme dans le testicule par continence volontaire ou forcée. Cette maladie n'a jamais été convenablement dé-

crite par les physiologistes modernes qui l'ont rangée dans les inflammations du testicule.

Varicocèle ou cirsocèle. — Le varicocèle ou cirsocèle est une des affections les plus graves et les plus fréquentes qui puissent compliquer les hernies. La tumeur dont nous allons nous occuper est formée par la dilatation des veines spermatiques occupant le canal inguinal ou le scrotum. Cette maladie, qu'il ne faut pas confondre avec les varices des bourses, est d'ordinaire le résultat de la difficulté avec laquelle le sang remonte du testicule dans les veines flexueuses qui le rapportent : le cordon des vaisseaux spermatiques, en se réfléchissant sur le pubis, se trouve appliqué avec assez de force contre la branche horizontale de cet os pour que le calibre des veines testiculaires soit rétréci à cet endroit. Une telle disposition explique d'elle-même la plus grande fréquence des varicocèles au dessous qu'au dessus de l'anneau inguinal.

En réfléchissant sur ce que nous venons de dire, on ne sera pas étonné que le bandage herniaire à pelote mobile, ou même celui dont la partie inférieure de la pelote prend son point d'appui sur la partie supérieure de la branche horizontale du pubis, détermine si souvent, sans autre cause, le développement variqueux de ces vaisseaux, ou l'augmentation de la tumeur, si déjà elle existait.

On a prétendu que le cirsocèle affectait plus ordinairement le côté gauche que le côté droit. Nous n'en savons rien, et d'ailleurs la connaissance de ce phénomène importe peu au sujet qui seul doit nous intéresser.

Les adultes et les vieillards sont plus souvent exposés au cirsocèle que les jeunes gens. Il est plus fréquent chez les hommes dont le testicule est très développé, le scrotum lâche et les muscles crémastères plus affaiblis que chez les autres. Nous avons souvent rencontré cette maladie chez des sujets lymphatiques ayant de l'embonpoint, les muscles mous et lâches.

La pression d'une hernie, des engorgements abdomi-

naux, des coups, le froissement des testicules, l'usage immodéré des bains chauds à une température très élevée, le coït souvent répété, surtout hors des besoins de l'économie, les engorgements du cordon testiculaire et des glandes inguinales résultant d'affection syphilitique, l'usage de monter à cheval sans avoir de suspensoir, sont autant de circonstances favorables à la production du varicocèle, dont les signes sont ordinairement l'augmentation du cordon testiculaire et sa mollesse, les veines qui la composent offrant comme des espèces de cordons faciles à suivre depuis l'anneau inguinal jusqu'à l'épididyme.

Dans les temps chauds, la marche soutenue ou bien de violents exercices font éprouver au malade des tiraillements dans les lombes, de la pesanteur au scrotum. Ces accidents disparaissent et la tumeur se dissipe lorsque, au contraire, la température est froide, et que le sujet reste dans l'inaction, surtout s'il est couché sur le dos.

Les tumeurs variqueuses sont susceptibles d'augmenter promptement de volume, les inégalités qu'elles présentent en forme de bosselures ont assez d'analogie avec certains prolongements de l'épiploon adhérent au cordon spermatique. Pourtant, avec un peu d'attention, on distinguera le cirsocèle d'une hernie inguinale formée par l'épiploon, ou de l'hydrocèle et du sarcocèle, par la forme, l'origine et la situation du gonflement.

Nous avons plusieurs fois reconnu l'existence de varicocèle scrotal isolé ou bien réuni à l'épiplocèle, en plongeant les bourses dans un vase rempli d'eau froide; la tumeur est-elle due tout entière à la dilatation des vaisseaux spermatiques, aussitôt le scrotum se fronce et elle disparaît. Mais si une partie d'épiploon ou d'un vieux sac herniaire s'y trouve engagée, elle s'affaisse, devient molle et pâteuse. Pour la contr'épreuve, il suffit de remplacer l'eau froide par de l'eau chaude à la température de 26 à 28 degrés; dans l'espace de quelques minutes la tumeur aura repris son volume primitif.

Le cirsocèle qui se développe à la partie du cordon situé dans le canal inguinal, a plus d'une fois donné lieu à de fâcheuses méprises. Il nous souvient d'avoir eu beaucoup de peine à faire abandonner par un malade que nous avait confié M. le professeur Duméril, un bandage qu'il portait depuis dix à douze ans pour une tumeur de cette espèce (1).

Les veines spermatiques développées dans le ventre, soit dans la direction du canal suspubien, soit dans le voisinage ou derrière l'anneau inguinal, produisent à l'aine une tumeur plus ou moins étendue, offrant certains caractères de la hernie épiploïque, comme elle mollasse, pâteuse, et à peu près réductible, le malade étant couché.

Suppose-t-on qu'il existe en même temps un varicocèle et un épiplocèle dans le trajet du canal inguinal, il faut placer sur la tumeur une vessie remplie de glace pilée. Le cirsocèle disparaît aussitôt et la hernie seule reste. Dans une tumeur de cette nature, l'épiploon se trouvait tellement recouvert et enveloppé par les vaisseaux, qu'il nous fallut soulever fortement avec nos doigts ces derniers pour arriver au viscère hernié (2).

Le varicocèle développé à la cicatrice ombilicale ou dans le pourtour de son anneau, connu sous le nom de cirsomphale, s'observe le plus souvent à la suite d'anciennes hernies ombilicales irréductibles. Cette complication de la hernie ne la rend pas plus fâcheuse, et d'ailleurs elle est facile à reconnaître ; c'est pourquoi nous croyons pouvoir nous dispenser d'entrer dans de plus grands détails sur cette maladie.

§ XV. *Ce qu'il importe de connaître pour se rendre compte de la formation des hernies abdominales.*

Dans toutes les hernies abdominales on doit attacher

(1) 2e observation de la 1er section, chap. III.
(2) 16 observation, 2e section, *ibid.*

la plus grande importance à l'étude, 1° de l'état des ouvertures à travers lesquelles les viscères se sont déplacés ; 2° aux modifications de forme et de structure que ces viscères ont éprouvées après leur sortie ; 3° aux enveloppes immédiates de la tumeur ; 4° enfin, aux parties qui se trouvent situées à l'extrémité du sac herniaire, au milieu desquelles il s'est épanoui.

Formation lente des hernies sans cause connue. — L'apparition de tumeur herniaire sans cause appréciable, a lieu le plus ordinairement à la suite du relâchement graduel des tissus fibreux qui forment le contour des ouvertures abdominales (1). Dans les tumeurs lentement développées on voit les lames aponévrotiques s'amincir, céder en s'écartant les unes des autres, de manière à laisser se former entre elles des éraillements plus ou moins grands, ou bien agrandir les passages dont elle devait conserver les dimensions normales. Le détachement des lames du tissu cellulaire n'a, dans plusieurs cas, d'autres causes que sa fonte.

A mesure que les viscères se portent au dehors, les ouvertures naturelles ou accidentelles qui leur livrent passage, deviennent plus larges ; et leur circonférence de plus en plus affaiblie finit par perdre sa tonicité, au point que souvent dans les hernies anciennes et volumineuses, les piliers de l'anneau inguinal ne sont plus appréciables au toucher. Pourtant il est rare que les deux soient dans un état semblable de faiblesse et d'atrophie. Quand c'est le pilier interne qui a cédé, la hernie sort en se portant du côté de la verge qu'elle soulève après avoir distendu les ligaments suspenseurs de cet organe (2). La distension du pilier externe est quelquefois si considérable qu'il ne lui reste plus rien de sa forme primitive. L'aponévrose alors a pris la forme et la consistance d'une bandelette musculeuse

(1) Voir la description anatomique de l'anneau ombilical, de l'anneau inguinal et de l'arcade crurale, 2e section, chap. I.

(2) 11e observation, 2e section, chap. III.

qui laisse communiquer entre eux l'anneau inguinal et l'arcade fémorale, de manière qu'au toucher ces deux ouvertures semblent n'en former qu'une seule qu'occupe la hernie (1). Ce cas a pu dans plusieurs circonstances faire croire chez l'homme à l'existence de hernies crurales, tandis que leur origine était réellement inguinale. C'est presque toujours à l'action mécanique de la hernie mal contenue par le bandage herniaire que sont dus ces désordres. Sabatier disait avec raison que les bandages mal faits étaient une des causes les plus efficientes de l'augmentation de volume, de l'irréductibilité par adhérence et de l'étranglement d'un grand nombre de hernies (2).

Mécanisme particulier aux hernies à formation plus ou moins lentes. — Dans cette espèce de hernie, à mesure que les viscères viennent heurter contre un des points de l'enceinte abdominale, cet endroit cède, les tissus se relâchent et s'entr'ouvrent de manière à recevoir une petite portion du viscère qui, en s'allongeant, arrive graduellement à des endroits où il n'aurait pu parvenir dans son état normal. Ainsi, par exemple, l'épiploon serait trop court pour arriver tout à coup au fond du scrotum chez l'homme et dans le vagin chez la femme. Le mésentère ne devrait pas non plus permettre à l'intestin grêle de sortir du ventre, et pourtant l'un et l'autre de ces effets ont lieu.

Sans nous arrêter aux diverses opinions émises par les pathologistes sur ce sujet, il nous suffira de considérer les organes dont il s'agit comme soumis aux mêmes lois que ceux situés dans toutes les autres parties du corps, qui se développent spécialement à l'endroit où ils éprouvent le moins de résistance.

La faiblesse de l'un des points de l'enceinte abdominale doit permettre à l'épiploon et à l'intestin de s'y en-

(1) 25 observation, 3e section, chap. III.
65e observation, 7e section, chap. III.

(2) *Voyez* la *Médecine opératoire* de Sabatier édition, publiée par Sanson et Bégin in-8°, Paris 1824, page 550 du tome III.

gager, de s'y accroître, et bientôt après de se prolonger au dehors, tant par extension de tissu que par suite d'une nutrition plus active. C'est ce qui arrive dans le plus grand nombre de cas aux hernies qui apparaissent dans le petit bassin, sous la paroi vaginale (1) ou au périnée (2).

Formation spontanée des hernies. — Lorsque la hernie a lieu d'une manière brusque et prompte, elle est toujours la suite d'une cause accidentelle plus ou moins violente. Dans ce cas, les tissus fibreux commencent par céder à l'effort qui les a distendus; mais, en revenant sur eux-mêmes, ils serrent fortement la hernie. De cette compression peut résulter, dans un grand nombre de cas, l'étranglement des parties sorties, mais il est assez ordinaire de voir les aponévroses s'écarter, s'allonger, alors la gêne que les viscères éprouvaient diminue et finit même par cesser entièrement, ainsi que la douleur et l'engorgement qui avaient accompagné la formation de la tumeur. Alors, la communication entre la cavité abdominale et celle de la hernie bien rétablies aux dépens de la faiblesse des aponévroses, augmente en raison inverse de leur dilatation. Cette disposition permet de plus en plus à de nouvelles parties de venir successivement augmenter le volume de la hernie.

Ces changements dans l'état de la tumeur, donnent lieu au rapprochement des deux extrémités des canaux que parcourent certaines hernies, et du redressement du trajet plus ou moins oblique que les viscères ont dû suivre primitivement.

Mécanisme particulier aux hernies à formation spontanée. — Lorsque les hernies se forment brusquement elles sont presque toujours peu volumineuses. Les parties qui les constituent restent quelquefois longtemps sans augmenter de volume près des ouvertures abdominales, tant que celles-ci opposent une résistance à la progression

(1) 60e observation, 6e section, chap. III.
(2) 63e observation, 6e section, *ibid.*

de la tumeur, mais bientôt l'accroissement de l'organe hernié et son action mécanique le portent à vaincre l'obstacle qui empêchait sa sortie; alors de nouvelles parties s'engagent les unes après les autres, en chassant devant elles les premières qui s'étaient déplacées.

Effet de la compression soutenue des tissus aponévrotiques et musculaires par la tumeur herniaire non réduite. — Deux effets opposés peuvent naître de la compression soutenue des tissus. Dans le premier cas l'organe comme usé par la pression, s'affaiblit et semble se détruire sous ses rapports de fonctions. Les fibres musculaires qu'il réunit en faisceaux plus ou moins serrés, s'écartent les uns des autres, dans un état plus ou moins complet d'atrophie, tandis qu'au contraire dans le second cas, ces mêmes fibres s'irritent et augmentent de densité et d'épaisseur, mais aussi ils perdent le peu d'élasticité dont ils jouissaient auparavant. C'est ce qui fait qu'en explorant les anneaux inguinaux et les arcades crurales on voit chez les sujets dont les hernies sont anciennes et volumineuses, que les aponévroses qui les constituent se trouvent presque entièrement réduits en une sorte de tissu cellulaire, denses et fibreux, mais si le tissu lamineux qui tapisse l'ouverture abdominale vient à s'épaissir et à adhérer aux aponévroses en se confondant avec elles, il augmentera sensiblement leur solidité. C'est alors que les expansions aponévrotiques situées à l'extrémité de l'ouverture abdominale, deviennent plus denses et perdent l'aspect resplendissant qui leur était naturel, au point que sur les hernies anciennes, il est presque impossible de reconnaître où finit le contour de l'orifice fibreux du ventre, et où naît la lame dense et serrée qui lui fait suite.

Les ouvertures accidentelles, c'est à dire les éraillements abdominaux ou écartements de la ligne blanche, se laissent souvent dilater à un point extrême; c'est pourquoi il n'est pas rare de rencontrer des hernies à la ligne blanche qui s'étendent du creux de l'estomac à l'ombilic, et de cette

cicatrice à la symphyse pubienne; quelquefois même l'espèce de sillon formé par le déplacement de l'intestin s'étend directement du cartilage xyphoïde à la symphyse des os pubiens (1).

La dilatation dont nous venons de parler n'éprouve presque aucun obstacle quand la hernie se forme à l'endroit d'une ancienne division faite aux parties charnues de l'enceinte abdominale, aussi les tumeurs de ce genre sont à base beaucoup plus large que celles qui ont lieu dans toutes les autres circonstances; la gêne que les organes déplacés éprouvent est toujours en raison inverse de la dilatation des ouvertures qu'ils franchissent. Mais, quoi qu'il en soit, elle est de beaucoup moins grande pour les hernies qui ont lieu par des ouvertures accidentelles dont les bords sont d'ordinaire mous et extensibles, que pour les tumeurs qui sortent par des ouvertures normales à paroi solide. Moins les parties éprouvent d'obstacles à se porter au dehors, et plus elles sont difficilement étranglées; ainsi donc les petites hernies sont plus sous l'influence fâcheuse de l'étranglement que celles dont les dimensions sont très prononcées. Malgré ce que nous venons de dire, il n'est pas rare de rencontrer des hernies abdominales ou de la ligne blanche survenues à la suite d'une division des téguments avec des bords durs et résistants (2).

§ XX. *Des changements qu'éprouvent dans leur forme les tumeurs herniaires, par suite de l'altération des organes qu'elles renferment.*

Les organes les plus exposés d'après leur forme, leur situation et leur fonction, à se déplacer pour venir former des tumeurs herniaires dans diverses régions de l'abdomen, sont sans contredit l'intestin et l'épiploon. Ces viscères

(1) 53 et 58e observations, 5e section, chap. III.
(2) 48e observation, 5e section, chap. III.

éprouvent de notables changements dans leur forme et direction, au fur et à mesure qu'ils s'engagent à travers une ouverture naturelle ou accidentelle du ventre.

Altération propre à l'intestin. — La tumeur doit-elle sa formation à l'intestin, tantôt une partie seule de cet organe ou l'un des appendices digitales qui naissent de sa surface, a franchi l'ouverture abdominale : dans ce cas le fond de la hernie dirigé en dehors est plus large que son col qui correspond à l'origine de la tumeur ; tantôt tout le calibre de l'intestin s'y trouve engagé, et alors l'organe au lieu de former des ondulations mobiles, offre une flexion brusque à angle invariable qui gène plus ou moins la liberté de son canal et l'accomplissement de ses fonctions. Chacun des deux bouts du conduit alimentaire, à l'instant où il franchit l'ouverture abdominale, se recule à l'angle plus ou moins obtus ; parvenu dans la hernie en dehors des téguments abdominaux, les bouts en s'écartant forment de nouveaux angles qui varient d'ordinaire suivant la quantité d'intestin déplacé et le degré de développement du sac herniaire. On a souvent remarqué dans les hernies scrotales et volumineuses, que l'intestin se contournait sur lui-même en huit de chiffre, ce qui ne laisse pas que d'en rendre la réduction plus difficile.

L'intestin par suite de la contriction qu'il éprouve à l'ouverture abdominale par lui franchie, est exposé à l'épaississement et à l'induration de ses parois ; son calibre diminué par ces causes n'est plus susceptible de reprendre son diamètre normal. Dans quelques cas on l'a rencontré totalement oblitéré par suite de l'agglutination de ses parois internes. Dans cet état pathologique sa partie supérieure ne communique plus avec l'inférieure, c'est à dire celle qui est située au dessous de la hernie ; on a même trouvé plusieurs fois la portion d'intestin comprise dans la hernie revenue sur elle-même dans un état plus ou moins complet d'oblitération.

Altération propre à l'épiploon. — Dans la hernie con-

stituée par l'épiploon, cet organe qui, comme on le sait, dans son état normal est fixé à l'estomac par de solides et nombreuses attaches, se rétrécit en formant des plis longitudinaux, et présente un pédicule plus ou moins droit. De cette disposition dans l'abdomen résulte pour ce viscère une forme triangulaire ayant sa base à l'estomac et son sommet à l'origine de la hernie au dedans de laquelle l'épiploon venant à s'épanouir, forme une espèce de champignon dont le pédicule est en haut et le sommet large et plus ou moins volumineux en bas.

Les viscères plus ou moins comprimés à l'ouverture qui leur a livré passage, éprouvent dans leurs parties déplacées une gêne plus ou moins grande par l'abord du sang artériel, et plus encore par le retour du sang veineux; l'irritation qui se développe alors, quoique lente et obscure dans ses phénomènes, n'en est pas moins démontrée par les traces qu'elle laisse après elle et une altération plus ou moins sensible de l'organisation des parties herniées. En pareil cas il n'est pas rare de trouver la membrane épiploïque convertie en une substance de consistance graisseuse, plus ou moins solide, épaisse quelquefois de plusieurs pouces. Cette accumulation de graisse dans un tissu déjà frêle et délicat doit y étouffer les mouvements vitaux, et le disposer dans cet état d'atrophie à se désorganiser promptement par suite de la plus légère inflammation, et alors l'espèce de fonte putride qu'il éprouve peut s'étendre de ce viscère aux parties encore renfermées dans l'intérieur de l'abdomen. D'autres fois cet organe comprimé par le bandage herniaire ou même l'ouverture aponévrotique qui la franchit, se durcit en acquérant la consistance d'une masse presque fibreuse, inégale et raboteuse, qui, en s'appuyant à l'orifice externe de l'ouverture par laquelle il est sorti, devient un obstacle souvent insurmontable à la sortie de l'intestin. Mais aussi cette disposition de l'épiploon dans quelques cas rares, il est vrai, peut nuire à la rentrée de cet organe. Par suite de la compression que nous venons

de mentionner, il se forme souvent un pédicule qui constitue une espèce de cordon fibreux plus ou moins épais, plus ou moins long.

C'est ce genre d'altération rencontré dans le scrotum, qui quelquefois a été pris pour un troisième testicule, ou même pour un sarcocèle. Des kystes séreux ou des hydatides développés dans l'épiploon, ont également donné lieu à de graves erreurs de la part des praticiens peu familiarisé avec ces maladies, qui les ont prises pour des collections de liquide et même d'hydrocèles de la tunique vaginale, dans lesquelles ils n'ont pas craint de porter un coup de trocart. L'épiploon est encore susceptible de se rencontrer dans les hernies sous d'autres caractères de dégénérescence. Le docteur Marjolin, plusieurs fois dans ses dissections, l'a rencontré passé à l'état cartilagineux et même osseux; d'autres anatomistes prétendent l'avoir trouvé squirrheux ou cancéreux.

Altération propre au mésentère. — Le mésentère (1), comme l'épiploon, est susceptible de devenir le siége d'une nutrition exubérante et d'un amas de graisse. Dans cet état, son volume se trouve considérablement augmenté. Il peut partager une partie des altérations que nous venons d'indiquer pour l'épiploon.

La compression exercée sur une hernie par un bandage mal fait, peut être la cause la plus ordinaire des adhérences et des autres altérations que nous venons d'indiquer, tant pour l'épiploon que pour l'intestin. L'inflammation aiguë peut également, en quelques jours, unir entre elles les parois internes du canal digestif. Il est des sujets chez lesquels l'intestin, au lieu de se rétrécir dans sa portion déplacée, en perdant une partie de son ressort, se dilate et s'amincit, ce qui détermine de nombreux embarras dans le cours des matières stercorales, et devient une cause des plus fréquentes de l'engouement.

(1) *Voyez* la description anatomique du mésentère, 1re section, chap. I.

Formation du sac herniaire par le péritoine. — Les viscères formant hernie en sortant de la cavité abdominale, à quelques exceptions près, poussent au devant d'eux une portion du péritoine, qui en s'allongeant leur constitue une enveloppe immédiate, qui a reçu le nom de sac herniaire. Les anciens prétendaient que la hernie formée spontanément était toujours accompagnée de la rupture de la membrane séreuse abdominale, et se trouvait par conséquent sans sac herniaire (1). Cette erreur détruite par un grand nombre d'observations d'anatomie pathologique, n'est plus partagée par les modernes, qui ont reconnu que les seules hernies dépourvues de sac sont celles qui succèdent à d'anciennes blessures de l'abdomen et du péritoine, cas dans lequel les viscères agissant sur la cicatrisation celluleuse de la plaie, distendent son tissu mollasse avec plus de facilité qu'ils n'en auraient à pousser devant eux le péritoine. Et d'ailleurs, il est vraisemblable qu'au voisinage des lèvres de la solution de continuité, le péritoine a contracté avec les parois abdominales qui l'entourent, des adhérences assez fortes pour s'opposer à ce qu'il soit porté au dehors.

Les hernies qui succèdent à la destruction du sac herniaire, ou à son incision pendant des opérations antérieures, sont privées de prolongement péritonéal ; les cystocèles qui se rencontrent au périnée, au vagin, et quelques hernies diaphragmatiques, n'ont pas non plus de sac herniaire. Les autres tumeurs qui ne présentent également qu'une enveloppe séreuse, incomplète, sont celles que forment les organes dont la surface n'est pas entièrement recouverte par le péritoine. Tels sont la vessie, le cœcum, la portion iliaque gauche, le colon et le commencement du rectum. Scarpa a donné à ces tumeurs le nom de hernies avec adhérences charnues naturelles. La hernie du cœcum (2) est,

(1) Il est probable, que c'est d'après cette manière de voir, qu'anciennement les hernies reçurent le nom de rupture.

(2) *Voyez* la description anatomique de cet intestin. 1re sec., chap. I.

de celles qui viennent de nous occuper, la plus importante à bien connaître. Cet intestin semble parfois se rapprocher des ouvertures inguinales et crurales, comme s'il voulait s'y engager; dans d'autres circonstances, il se porte aux plis de l'aine ou à la partie supérieure de la cuisse, offrant une saillie plus ou moins prolongée au dehors. A mesure qu'il descend, il attire avec lui le péritoine qui recouvre sa partie antérieure. C'est dans l'espèce de sac que forme cette membrane en se repliant au devant et au côté externe de la hernie que flotte l'appendice cœcal. Ce sac peut, en outre, admettre facilement des circonvolutions de l'intestin grêle, ou quelques parties de l'épiploon et même ces deux organes réunis. Si le second ne s'engage dans la hernie qu'à la suite de l'intestin grêle, il s'applique alors à la partie postérieure et interne du sac dont sa poche semble former une appendice.

Il est peu probable qu'il existe des hernies cœcales entièrement privées de sac. Ces hernies ne présentent un sac herniaire complet que chez les enfants, lequel, comme l'ont constaté Dupuytren, et, avant lui, d'autres anatomistes, doit son organisation à la tunique vaginale qui reçoit l'intestin et l'enveloppe de toutes parts. Dans ce cas, le cœcum et le testicule se trouvent adhérer l'un à l'autre. Ces observations sont applicables aux hernies de la vessie, du colon et du commencement du rectum, à travers l'une des parties de la paroi abdominale antérieure. Aux exceptions près que nous venons de signaler, toutes les hernies abdominales sont pourvues d'un sac herniaire qui se forme tant par la distension que par la locomotion du péritoine, uni aux parois du bas-ventre par des couches d'un tissu cellulaire lamineux peu serré. Cette membrane est susceptible de glisser aisément et de se porter d'un endroit à l'autre.

Le péritoine chez certains sujets est très mobile, tandis que chez d'autres il est fortement attaché aux parois qu'il tapisse. Mince ou épais, dans le premier cas, il jouit d'une

grande extensibilité, et dans le second, il est très difficile à dilater et à étendre (1).

En portant le doigt dans l'abdomen d'un cadavre, et en le poussant de dedans en dehors à travers une des ouvertures de cette cavité, le péritoine s'étend pour cheminer vers l'endroit où on le force de s'engager. Plus cette membrane est fine et fortement adhérente, plus elle peut s'étendre sans se déplacer; tandis que lorsqu'elle est forte et lâchement fixée aux parois de l'abdomen, elle se déplace volontiers, mais s'étend difficilement. C'est ce qui explique pourquoi chez certains sujets la portion du péritoine qui forme le sac herniaire, ne semble avoir éprouvé aucune espèce d'altération dans sa texture. Chez d'autres malades, au contraire, cette membrane est amincie, éraillée, et même marquée de vergetures semblables à celles que présentent les téguments du ventre d'une femme à la suite d'une couche, après une grossesse qui les aurait distendus outre mesure.

La portion du sac correspondant à l'ouverture abdominale est ordinairement étroite, s'appliquant aux viscères par sa face interne, et aux fibres aponévrotiques ou charnues des parois du ventre par sa face externe. C'est ce resserrement qui a reçu le nom de collet du sac herniaire.

Tant que l'enveloppe périnéale de la hernie n'a pas contracté d'adhérence au dehors, elle est susceptible de rentrer et de s'épanouir de nouveau dans l'abdomen, ce qui la fait disparaître en entier. Mais pourtant le péritoine ne reprend jamais sa forme primitive plus ou moins flasque et relâché au niveau de l'ouverture qu'il a déjà franchie, ce qui fait que la plus légère cause peut le faire reparaître. Le collet du sac herniaire mou et lâche, par suite du rapprochement de ses parties, offre des plis longitudinaux sans action sur les viscères quand il reste à cet état. Mais, quand il est devenu plus ancien, ses dispositions éprouvent

(1) *Voyez* la description anatomique du péritoine 1re section, chap. I.

des changements souvent considérables et fâcheux. Il peut acquérir de la solidité et de la résistance; son rétrécissement, qui d'abord n'était dû qu'à l'action passagère que les bords de l'ouverture abdominales exerçaient sur lui, finit par être permanent; alors ses replis s'agglutinent, se confondent entre eux, et la poche dont ils forment l'orifice, constitue bientôt une dépendance de la cavité péritonéale, qui ne peut plus disparaître que par l'adhérence ou la destruction de ses parois.

Les variétés de dimension et de structure que peut présenter le sac herniaire, sont trop nombreuses pour que nous cherchions à les énumérer. Il s'avance et chemine vers les points qui lui offrent le moins de résistance. C'est aux parties qu'il traverse qu'il doit sa forme souvent cylindroïde aplatie à ses deux faces opposées, globuleuses ou piriformes; s'il séjourne dans une cavité aponévrotique ou même entre deux lames fibreuses, ou qu'il rencontre une ouverture ou un point moins résistant que les autres, le sac ne manque pas de s'y engager par une de ses parties, qui bientôt s'accroît dans cette nouvelle direction. C'est à cette disposition que l'on doit la formation des sacs irréguliers à cavités multiples qu'il importe tant de bien apprécier avant d'entreprendre l'opération du taxis. Le sac peut encore se relever en se contournant plus ou moins au dessus de l'ouverture qui lui a livré passage ou bien se porter latéralement. On l'a vu même s'insinuer dans des éraillements aponévrotiques placés dans son voisinage et formés des hernies secondaires.

Sac herniaire à plusieurs collets ou rétrécissements. — Il n'est pas rare de rencontrer au sac herniaire plusieurs collets; s'il se trouve traverser un canal garni de deux orifices aponévrotiques, il présentera deux resserrements distincts dont l'un des côtés répondra à l'ouverture interne de ce canal et l'autre à l'externe. Certain sac présente un nombre beaucoup plus considérable de rétrécissement ou collets; ils sont ordinairement le résultat de l'engagement

successif de nouvelles parties de viscères dans la tumeur herniaire qui, en s'allongeant forcent le collet à dépasser l'ouverture abdominale qu'il occupait, surtout s'il s'y trouve faiblement attaché. La nouvelle partie du sac qui l'aura remplacé éprouvera les mêmes modifications; alors il s'en suivra un second collet, un troisième, et beaucoup d'autres pourront d'après le même mécanisme se former successivement. On a vu de ces sacs dits à chapelet avoir jusqu'à douze rétrécissements (1), ce qui les partage en sections à différentes cavités.

Il est possible qu'à la formation d'un nouveau sac, le péritoine cède plus dans un point que dans un autre; alors la nouvelle hernie au lieu de descendre directement sur l'ancienne, glissera sur l'un de ses côtés. Si par ce mouvement le premier collet s'éloigne aussi de l'anneau, il se formera un sac à deux cavités latérales dont le plus ancien paraîtra un appendice de l'autre, en raison des différences de son axe; mais si à l'instant où un nouveau sac se formera, l'ancienne hernie demeure dans sa situation primitive, il est évident qu'il résultera une double poche péritonéale dont les deux parties accolées dans toute leur étendue se réuniront seulement à un orifice commun, qui entretiendra leur communication avec l'abdomen. C'est par ce mécanisme que se forment les nouvelles hernies inguinales que l'on rencontre placées à côté des hernies congéniales, n'ayant de commun avec elles qu'un seul et même orifice abdominal.

Une des causes les plus fréquentes de double hernie, formée à travers la même ouverture abdominale, est due à la présence de cordons vasculaires, fibreux ou de toute autre nature qui partagent cette ouverture en deux parties dans chacune desquelles une hernie peut se former à côté du conduit naturel qui a reçu la première hernie; chez certains sujets il se forme un éraillement dans lequel vient s'engager un nouveau sac qui d'ordinaire n'est séparé du

(1) *Voyez* la thèse du Dr Cloquet, ouvrage cité, Paris 1819.

premier à son origine que par une bande fibreuse souvent fort mince. Si on la tire sur l'une des poches, on voit assez ordinairement l'autre remonter et le péritoine se porter alternativement de l'une à l'autre. Astley-Cooper a rencontré trois hernies sortant par le même anneau inguinal.

Lorsqu'une hernie a été exactement maintenue, le sac peut se froncer soit à l'ouverture ou à l'orifice interne. Si par suite de la suppression du bandage ou toute autre cause, un nouveau déplacement des viscères abdominaux a lieu, l'ancien sac entraîné par le nouveau, s'épanouit sur lui et constitue à sa surface un kyste séreux plus ou moins considérable. Les choses ne se passent ainsi que quand l'ancien sac n'a pas encore contracté d'adhérence d'une certaine solidité, soit à l'anneau, soit à son voisinage, car autrement son orifice seul pourrait descendre en formant un appendice digital sur les côtes de la nouvelle hernie, et, dans une direction rétrogade, le porter de bas en haut vers l'abdomen.

Maladies du sac herniaire. — Le sac herniaire est quelquefois le siége de maladies plus ou moins graves, les principales sont : des exsudations purulentes, séreuses ou membraniformes; des transformations celluleuses, fibreuses, cartilagineuses et même osseuses. Au moyen des adhérences de sa face externe aux parties qui l'avoisinent, le sac herniaire peut les faire participer plus ou moins aux affections pathologiques qu'il éprouve. Se remplit-il spontanément et outre mesure de nouvelles quantités de parties à l'action desquelles il ne peut plus résister, il se rompt. Les viscères passent alors à travers la déchirure et se répandent dans le tissu cellulaire; des percussions et contusions violentes sur la tumeur herniaire peuvent déterminer un semblable accident. Dupuytren l'a trouvé déchiré; il s'ouvrait dans la tunique vaginale ou dans la cavité d'une hydrocèle. En général les hernies les plus récentes, quand elles n'ont pas éprouvé d'inflammation, sont celles dont le sac est le plus mince; tandis que dans des hernies an-

ciennes et volumineuses on a rencontré le sac herniaire ayant acquis une telle ténuité qu'il ressemblait à l'enveloppe d'une hydatique, alors sa résolution en tissu cellulaire paraît inévitable. Cette transformation cessera d'étonner quand on réfléchira que le péritoine est formé de feuillets lamineux condensés.

Le sac herniaire est exposé à desinflammations de deux natures, savoir : primitives ou consécutives. Nous entendons par inflammations primitives celles qui dépendent des causes d'irritation auxquelles il est soumis, et par inflammations consécutives, celles qui lui sont communiquées par le péritoine. Les premières peuvent remonter et s'étendre par continuation de tissu jusque dans l'abdomen; faits rares, il est vrai, mais qui se sont quelquefois rencontrés et partant sont bons à connaître.

L'inflammation du sac herniaire est souvent suivie de l'élaboration d'une plus ou moins grande quantité de pus qui constitue un véritable abcès. Mais son effet le plus constant est de provoquer l'exhalation d'une lymphe concrescible qui constitue des membranes anormales et donne lieu également à ces adhérences qui accompagnent d'ordinaire les anciennes hernies. En résumé l'irritation chronique du sac herniaire peut donner lieu à des transformations fibreuses, fibro-cartilagineuses et même osseuses de la portion du péritoine qui le constitue.

Dans les premiers temps de la formation des hernies le sac est libre et sans adhérence ce qui permet sa rentrée facile dans l'abdomen, avec ou à la suite des parties qu'il contient, et dont il a pris exactement la forme, mais quand la hernie est devenue plus ancienne, il lui arrive de s'attacher aux tissus qui l'avoisinent, par le moyen d'adhérences celluleuses plus ou moins multiples, lesquelles le retiennent au dehors ou au centre de l'ouverture par laquelle il est sorti. Dans le commencement de cette union, les adhérences sont le plus ordinairement molles et lâches, ce qui permet à la tumeur de se déplacer, mais quand elles de-

viennent plus épaisses, serrées et d'une consistance plus ou moins fibreuse, elles le fixent d'une manière solide dans sa situation primitive. (Nous décrirons plus tard dans un autre paragraphe les adhérences que peut contracter le sac herniaire.)

L'enveloppe péritonéale des hernies anciennes contient quelquefois et en assez grande abondance une sérosité jaunâtre, que, dans certains cas, on pourrait regarder comme substituant une véritable hydropisie locale; si le liquide venait à être exhalé par la tunique herniaire en s'écoulant dans l'abdomen, il constituerait une vraie hydropisie ascite. Dans d'autres circonstances le liquide sécreté par le péritoine abdominal peut descendre dans le sac et le distendre.

§ XXI. *Du traitement des hernies réductibles.*

Le traitement des hernies réductibles est en général fort simple. Il consiste à réduire la tumeur à l'aide de l'opération du taxis, et à maintenir les viscères dans le ventre, au moyen d'un bandage herniaire convenablement appliqué. Toutes les hernies, malgré leur peu de volume et l'absence d'accidents, exigent l'emploi de cet instrument, comme le seul moyen qui mette le sujet à l'abri de leurs développements ultérieurs, ainsi que des inflammations et des étranglements que peuvent y déterminer à chaque instant des fatigues, des écarts de régime ou de légers efforts.

L'individu affecté de hernie réductible ne doit pas toujours être considéré comme malade, mais bien comme dans l'état le plus favorable au développement d'affections graves qui constituent une vraie maladie. Telles sont les phlogoses, les constrictions que préviennent la réduction et la contention des viscères. La hernie ne doit donc être ordinairement considérée que comme une infirmité ou même comme une difformité à caractère mobile.

Taxis, manière dont il doit être pratiqué. — Le taxis,

comme opération chirurgicale, a pour but d'opérer par une compression méthodique et soutenue la rentrée des organes herniés dans les cavités où la nature a fixé leur domicile pour l'accomplissement des importantes fonctions qu'elle leur a confiées. Cette opération, qui demande de la part du chirurgien de l'adresse et de la persévérance, ne doit être entreprise par lui qu'après qu'il aura reconnu la situation et la direction des ouvertures naturelles ou accidentelles par lesquelles la hernie s'est produite. Il importe également et peut-être encore davantage de savoir quels sont les organes à réduire et dans quel état ils peuvent se trouver, c'est à dire s'ils sont sains ou malades; il faut encore pouvoir apprécier l'ordre qu'ils ont suivi pour arriver dans la tumeur, afin de les reporter dans le ventre de manière qu'aussitôt rentrés ils se trouvent à la place qu'ils occupaient avant leur sortie.

A la première inspection d'un malade affecté de hernie on manque souvent de signes propres à faire reconnaître l'état de la maladie. Le gonflement de la hernie et sa douleur peut avoir lieu par suite de coliques, nausées et vomissements qui reconnaissent pour cause de violentes irritations gastro-intestinales; et d'ailleurs comme tous les viscères abdominaux reçoivent des fibres du nerf trisplanchnique ou grand lymphatique, leur inflammation peut se compliquer également de nausées, de hoquets et de vomissements. De semblables accidents sont encore susceptibles de se produire dans les irritations du rein, de la vessie, du testicule et de son cordon. Leur apparition chez un sujet affecté de hernie donne lieu, il est vrai, à de l'incertitude sur le diagnostic de la maladie, si surtout l'on suppose la possibilité d'un étranglement interne; on tomberait donc dans une grande erreur si on s'en rapportait entièrement à ces seuls caractères qui pourtant groupés avec d'autres peuvent servir à éclairer le diagnostic de la hernie engouée ou étranglée.

Dans les entérites étrangères aux hernies, la douleur

commence à prendre naissance dans le ventre et non dans la tumeur qui est d'ordinaire molle et peu sensible, tandis que la tension et la dureté de l'abdomen sont très prononcés. L'ouverture abdominale traversée par les viscères reste à peu près libre, exempte de douleur et de tension remarquable. Ces mêmes phénomènes sont également propres à faire reconnaître par le praticien, lorsqu'il existe chez le même sujet deux hernies, celle qui se trouve étranglée; une fois bien fixé sur ce point, il importe de se faire une idée précise du siège de la constriction, car elle peut avoir lieu dans tous les endroits où les organes qui forment la tumeur se trouvent resserrés.

Dans les hernies nouvelles dont la formation a eu lieu spontanément à l'occasion d'un effort ou d'une chute, l'étranglement qui accompagne leur formation dépend presque toujours de la rétraction des fibres aponévrotiques qui embrassent les viscères resserrés.

Toutes les fois qu'il s'agira d'exécuter le taxis, soit qu'il ait pour but la réduction d'une hernie simple, exempte de complication fâcheuse ou compliquée d'accidents graves, tels que l'engouement et l'étranglement inflammatoire, le malade sera placé dans la situation la plus favorable au relâchement des muscles abdominaux pour qu'ils ne puissent apporter que le moins possible de résistance à l'action réductrice exercée sur la hernie par la main du chirurgien.

Pendant toute la durée des tentatives de réduction, il convient d'établir avec le patient une conversation suivie sur un sujet qui puisse l'intéresser vivement. Par ce moyen on détournera son attention des manœuvres qu'on va entreprendre; il faut aussi l'empêcher de jeter des cris, de fermer la bouche, de serrer les dents et de retenir son haleine. Toutes ces actions sont accompagnées de l'abaissement du diaphragme, ainsi que de fortes contractions des muscles antérieurs de l'abdomen et de la tension de la ligne blanche et par conséquent du resserrement des vis-

cères. Ces efforts ne peuvent que favoriser par leur concours le refoulement dans le bas-ventre de haut en bas des viscères abdominaux, lesquels portés derrière les ouvertures occupées par la tumeur herniaire, deviendraient un obstacle à la rentrée des diverses portions d'organes qu'elle contient.

Je me souviens qu'appelé par une cuisinière affectée d'une hernie crurale ancienne qui venait de s'étrangler à l'occasion d'une violente chute; la sensibilité de la tumeur était telle que la plus légère compression provoquait des douleurs affreuses. Deux personnes étaient obligées de maintenir la malade pour l'empêcher de sortir de son lit, et de se rouler dans la chambre, ce qui avait eu lieu avant mon arrivée.

Pour détourner l'attention de cette femme, je lui dis qu'avant d'essayer de réduire sa hernie on allait lui passer un oreiller sous le siége, et qu'en attendant qu'elle fût plus convenablement placée je me contenterais de soutenir avec la main sa tumeur herniaire. Mais, au moment où je vis la malade se soulever en portant toute son attention sur les personnes qui l'aidèrent, je comprimai fortement sa tumeur dans la direction de l'arcade; la hernie rentra spontanément et aussitôt tous les accidents cessèrent (1).

Il est constant que dans l'opération du taxis on exerce de dehors en dedans une pression qui se trouve en opposition aux forces musculaires lesquelles tendent à porter les organes de dedans en dehors, d'arrière en avant ou de haut en bas pour donner au taxis le plus d'avantage possible, il faut diminuer et faire même cesser l'action de la puissance que l'on se propose de combattre, ce qui ne peut avoir lieu qu'en neutralisant les effets musculaires par la situation la plus favorable à produire le résultat désiré, sans pourtant causer au malade une trop grande gêne, ou l'exposer à de fâcheux accidents. On doit donc rejeter la méthode des anciens encore usitée du temps de

(1) 93e observation, 9e section, chap. III.

Louis et de Sabatier, qui consistait à placer le malade contre un mur la tête en bas et les pieds en haut, ou les jambes repliées sur les épaules d'un homme vigoureux qui en le retenant était chargé d'imprimer par des mouvements calculés des secousses aux viscères contenus dans la cavité abdominale. Sans vouloir faire ressortir le ridicule d'une pareille position et de semblables manœuvres, nous ferons remarquer qu'une telle situation chez les vieillards pourrait avoir des effets fâcheux et donner lieu même à l'apoplexie.

Position qu'il convient de faire prendre au malade sur lequel on se propose d'exercer le taxis. — Lorsqu'il s'agit de réduire une hernie inguinale, on doit faire coucher le malade sur le dos dans un lit bas et garni de quelques matelas ou sommiers; un lit trop élevé rendrait plus difficile l'opération que l'on se propose d'entreprendre. Le bassin sera soulevé par des coussins ou oreillers de manière à être plus élevé que la poitrine; le tronc doit être légèrement fléchi sur lui-même, et la tête, soutenue par des oreillers, se fléchira également sur la poitrine, les cuisses écartées seront, ainsi que les jambes, fléchies et relevées vers le tronc.

Dans le cas de hernie périnéale et quelquefois même de celles situées à l'anneau inguinal ou à l'arcade crurale, il suffit que la cuisse du côté opposé à la hernie soit seule écartée de l'axe du corps.

Pour la réduction de la hernie fémorale, le malade doit être couché sur le côté opposé à celui de la hernie; la cuisse du côté affecté sera plus ou moins pliée.

Quant aux hernies formées au carré des lombes ou toute autre partie latérale du tronc, et même pour celles qui ont lieu par les échancrures ischiatiques, il convient de faire prendre au malade une position spécialement appropriée à la situation de ces tumeurs. En général, on ne doit jamais placer le sujet sur lequel on se propose de réduire une hernie que dans des positions qu'il puisse garder, sans trop de fatigue, un certain espace de temps.

Position du chirurgien par rapport au malade. — Le chirurgien doit se placer au bord du lit qui correspond à la hernie, puis il saisira la tumeur avec une de ses mains, la soulèvera à la hauteur de l'ouverture qui lui a livré passage, tandis que de son autre main placée à cette même ouverture il cherchera à diriger avec ses deux premiers doigts et le pouce les dernières parties des viscères sortis du bas-ventre pour les reporter en petite quantité à la fois dans la cavité qu'elles occupaient avant l'existence de la hernie. On aura soin de les pousser suivant l'axe connu qu'elles doivent parcourir pour rentrer. Aussitôt qu'une petite portion aura été réduite, on essayera de faire suivre la même marche à une autre, et ainsi de suite jusqu'à la réduction totale des viscères.

Dans certains cas de hernies volumineuses compliquées, il est bon d'avoir un aide intelligent que l'on chargera de contenir avec la main les parties réduites, tandis que l'on continuera son opération (1).

Il est impossible de décrire exactement les mouvements qu'il importe à chaque main d'exécuter dans leur espèce de balancement réciproque, les instants où elles doivent agir ensemble ou se succéder dans des effets que nécessite la réduction. Toutes ces connaissances ne peuvent s'acquérir que par l'habitude résultant d'une longue pratique, éclairée toutefois de connaissances d'anatomie générale et d'anatomie pathologique. Presser avec douceur et persévérance, en faisant éprouver au sujet sur lequel on opère le moins de douleur possible, est la règle la plus importante du taxis. Il faut se donner garde de produire des effets violents et d'exercer sur les organes abdominaux des torsions bar-

(1) L'illustre Scarpa avait souvent reconnu que le plus grand obstacle au succès du taxis venait du volume trop considérable de la hernie, en raison des dimensions de l'ouverture par laquelle elle avait lieu. Ses effets de réduction des parties tuméfiées, en les reportant sur les bords de son orifice tendaient à le comprimer d'avant en arrière, sans pouvoir s'engager dans l'intérieur de son ouverture.

bares, bien que quelquefois par de pareilles manœuvres on ait obtenu la réduction de la hernie. En effet, il est à notre connaissance que chez un grand nombre d'individus ainsi tourmentés, il en est résulté pendant plusieurs jours des irritations violentes, des ecchymoses d'une certaine étendue, et dans quelques cas même la gangrène d'une partie de l'anse d'intestin hernié, suivi de l'épanchement de matière fécale dans le ventre ou dans le sac herniaire, accident qui d'ordinaire se termine par la mort ou par l'établissement d'un anus artificiel (1).

C'est la crainte de semblables résultats qui portaient Desault à n'exécuter le taxis que quand les moyens antiphlogistiques avaient préparé le succès de cette opération, en diminuant le volume et l'inflammation des parties. Richter, dans plusieurs circonstances, imita la conduite de ce grand praticien. Quoiqu'il en soit, nous pensons que, dans un très grand nombre de cas, le chirurgien perdrait un temps précieux à l'emploi de ces moyens préparatoires, et qu'il doit, de suite, essayer ses manœuvres de réduction.

La hernie inguinale occupe-t-elle le canal suspubien, on doit diriger son taxis de manière à la reporter de dedans en dehors, de bas en haut, et d'avant en arrière; mais si elle a franchi depuis longtemps ce canal et même l'anneau inguinal, que la tumeur ait acquis un certain volume, et qu'elle soit déjà alternativement rentrée et sortie plusieurs fois sans pouvoir parcourir le canal dont nous venons de parler, il sera supposable qu'il a été détruit (2). Alors la hernie sortira directement d'arrière en avant, n'ayant plus d'autre canal que l'épaisseur de la paroi abdominale. D'après cette disposition, les tentatives de réduction devront

(1) 21ᵉ observation, 3ᵉ section, chap. III.

(2) L'illustre Chaussier niait l'existence de ce canal que les recherches anatomiques du docteur Jules Cloquet ont fait connaître d'une manière si positive qu'aujourd'hui son existence est admise par la majeure partie des anatomistes.

avoir lieu de bas en haut, d'avant en arrière. Quant à la hernie scrotale composée, on doit tâcher de réduire les viscères en raison inverse de l'ordre de leur sortie, ayant soin de les isoler le plus possible les uns des autres. Pour la réduction de la hernie crurale, la pression que l'on exercera sur la tumeur doit être douce et graduée. Dans cette hernie, on facilitera de beaucoup la rentrée des viscères par cette arcade, en reportant la tumeur autant que possible, si elle est libre et sans adhérences, au-dessus du ligament suspubien; puis on la ramènera légèrement de haut en bas et d'avant en arrière, afin de lui faire parcourir avec moins de difficulté le canal crural qui, comme on sait, a une forme très irrégulière. C'est pourquoi il arrive souvent à la hernie de rester plusieurs heures et même plusieurs jours dans ce conduit tortueux avant que de reprendre dans le ventre sa situation normale. Cette disposition, méconnue de plusieurs grands chirurgiens, les a portés à croire et à écrire, même dans des ouvrages de mérite, que la hernie crurale reparaissait plus facilement que la hernie inguinale; tandis que, d'après la disposition particulière à chacune de ces deux ouvertures, on doit supposer tout le contraire.

Les hernies de l'arcade crurale sont, comme déjà nous avons eu occasion de le dire, le plus ordinairement petites et de forme ovoïde, surtout quand elles n'ont pas dépassé l'orifice externe de ce canal; mais si elles viennent à s'en écarter en se prolongeant au dehors et surtout du côté de la cuisse, en suivant, dans sa direction la veine saphène, la forme de cette hernie change tellement dans ce dernier cas que, ramenée à l'orifice externe de l'arcade pour ensuite être reportée dans le ventre, elle doit être dirigée obliquement de bas en haut, de dehors en dedans, et puis d'avant en arrière. En général la rentrée des hernies crurales s'opère plus lentement et plus difficilement que celle des hernies inguinales.

Les hernies ombilicales de la ligne blanche et des autres

parties du ventre sont susceptibles d'acquérir un volume tellement considérable, que plus d'une fois dans des tumeurs de cette espèce on a rencontré la majeure partie des organes de la digestion et de l'épiploon. Ces cas, rares à la vérité, réclament des manœuvres particulières qu'il est impossible d'indiquer, mais pour les hernies ordinaires de l'abdomen elles se réduisent d'avant en arrière. Les périnéales, vaginales et de l'échancrure ischiatique, ainsi que celles que l'on suppose pouvoir se produire par les trous ovalaires, offrent des caractères tellement variés qu'il nous est impossible d'indiquer la conduite convenable à tenir pour chacune de ces hernies.

Réduction de l'intestin. — En comprimant entre les doigts l'anse d'intestin, on devra chercher à l'allonger autant que possible afin de diminuer son diamètre et de déplacer les gaz que pourrait contenir cette portion d'intestin. Il en est de même dans le cas où des matières stercorales dures et bosselées y existeraient. Par cette manœuvre on les ramollirait, et alors elles pourraient franchir en petite quantité à la fois l'anneau inguinal et se porter plus facilement dans la portion d'intestin du bas-ventre située au dessus de l'anneau.

Les intestins replacés dans le ventre surtout dans les premiers temps de leur sortie, reprennent facilement leur situation normale ainsi que le libre exercice de leurs fonctions.

Réduction de l'épiploon. — La tumeur herniaire est-elle débarrassée de l'intestin qu'elle contenait, on doit attendre cinq à six minutes avant de procéder à la réduction de l'épiploon. Cette manœuvre ordinairement demande beaucoup plus de temps pour ce viscère que pour l'intestin. Les parties de cet organe, mollasses et pâteuses, ne rentrent que par très petites portions à la fois. On retarderait d'autant plus l'opération si l'on voulait porter une trop grande quantité de cette membrane vers l'ouverture par où la hernie a eu lieu, que l'épiploon, en s'épa-

nouissant en dehors de l'orifice externe de cette ouverture, deviendrait un grand obstacle à la rentrée de la hernie.

L'épiploon après sa rentrée dans se ventre se replace de nouveau sur les diverses parties du canal intestinal qu'il recouvrait avant sa sortie.

Est-on assuré qu'il ne reste plus de la tumeur que le sac herniaire, on doit, comme on l'a fait pour l'intestin et l'épiploon hernié, laisser également s'écouler un petit intervalle de temps avant d'entreprendre de le reporter dans le ventre.

Réduction du sac herniaire. — La réduction du sac herniaire peut s'opérer d'elle-même après la rentrée de l'intestin et de l'épiploon. Ce mouvement rétrograde de la tunique péritonéale des hernies est pourtant rendu difficile par la densité, le volume de son col ou bien des adhérences de cette partie de l'organe, en dehors ou au pourtour de l'ouverture traversée par la hernie.

L'ampliation de la tumeur, l'accumulation de graisse entre les fibres adhérentes de l'intestin, de l'épiploon, séparément ou ensemble, ayant lieu au col du sac, sont autant de causes qui peuvent l'attirer dans le ventre sans lui faire éprouver d'altération dans sa forme. Plus d'une fois, dans des ouvertures de cadavres de sujets dont la mort avait été déterminée par des maladies totalement étrangères aux hernies, on a trouvé d'anciens sacs situés entre le péritoine et les ouvertures par lesquelles avait eu lieu la sortie de la hernie; d'autres avaient même été attirés jusque sur la vessie, le cœcum ou autres organes environnants.

Ce que devient le sac herniaire après sa rentrée dans le ventre. — Si la membrane péritonéale n'a pas été trop distendue, elle revient d'ordinaire sur elle-même, et alors le sac s'efface et disparaît. Quant à l'enveloppe séreuse des hernies anciennes, qui se rencontre presque toujours en dehors, elle disparaît entièrement du côté de l'abdomen pour se convertir en tissu cellulaire, quand toutefois elle n'est pas remplie de sérosité ou de pus. Dans une infinité d'autres cir-

constances l'oblitération peut avoir lieu par la coarctation graduelle des parois du sac, par l'action des tissus voisins qui tendent de plus en plus à se rapprocher. Cette action, en dernier lieu, peut avoir pour effet de pelotonner le prolongement péritonéal des hernies externes en le repoussant au dedans de l'ouverture qui a favorisé sa sortie. Dans quelques cas, le péritoine peut se replier sur lui-même à cet endroit, de manière à recevoir les nouveaux viscères qui seraient dans la possibilité de sortir.

Le sac herniaire d'un certain volume est-il réduit, il commence à se rétrécir; son ouverture se fronce d'abord et finit plus tard par s'oblitérer. Les plis qui s'y développent sont rayonnés d'une manière plus ou moins sensible et de longueurs inégales. Ils finissent par aller se perdre en divergeant sur la paroi voisine. Alors le sac prend l'aspect d'une cicatrice ridée à bords épais; mais si le rétrécissement n'a été que partiel, les plis dont nous avons parlé ne se rencontrent qu'à une partie de sa circonférence.

Le sac, en subissant les diverses transformations dont nous venons de parler, prend l'apparence d'une masse fibro-celluleuse, laquelle contracte des adhérences avec le pourtour de l'ouverture aponévrotique, pourvu qu'elle soit assez large pour que le sac y soit resté engagé. Rentré dans le ventre, le sac se trouve placé au dessus de cette ouverture, et, dans ce dernier cas, son oblitération marche moins promptement que dans le premier; mais aussi, quand une fois elle est terminée, elle devient un obstacle à la reproduction de la hernie. C'est à ce mécanisme qu'est due en grande partie la cure des hernies obtenue au moyen du bandage herniaire (1).

Les feuillets aponévrotiques et celluleux qui entourent le sac herniaire s'altèrent à un tel point, par suite des ti-

(1) *Voyez* le beau travail du docteur J. Cloquet sur l'oblitération des sacs herniaires, thèse de concours, intitulée *Recherches sur les hernies abdominales*. Paris 1819.

raillements considérables et soutenus qu'ils éprouvent, que souvent il est impossible d'en retrouver les premiers errements. D'autres fois, les parties comprimées par le bandage se condensent au point de fournir une espèce de second sac herniaire dû à l'organisation de feuillets celluleux qui quelquefois, plus ou moins fibreux, peuvent se confondre avec des expansions aponévrotiques des muscles abdominaux.

§ XXII. *Des causes qui peuvent contrarier ou empêcher la réduction partielle ou totale de la tumeur herniaire.*

On sait que toutes les parties comprises entre la peau et le sac herniaire peuvent, par leur réunion, produire une masse dure, épaisse, dense et résistante, de nature fibro-celluleuse. Des paquets de graisse plus ou moins considérables peuvent également se développer au devant du sac herniaire, s'ils se trouvent placés à sa paroi postérieure, les saillies qu'ils forment dans sa cavité sont susceptibles d'être prises pour une portion d'épiploon qui lui serait adhérente. On a également des exemples de kystes séreux, situés au dedans du sac herniaire dont la production est due à d'anciennes poches péritonéales, oblitérées à leur collet, et descendues avec une nouvelle hernie, ou à la transformation du tissu cellulaire en un organe exhalant d'abcès développés dans le tissu cellulaire environnant. Les hernies, par leur présence, ont pu quelquefois empêcher de reconnaître ces diverses maladies. On conçoit, si elles enveloppaient la hernie de manière à la faire méconnaître, quelle serait la suite funeste de l'erreur du praticien, puisqu'en y portant le bistouri, il ouvrirait l'intestin. Telles sont les principales dispositions que présentent, dans le plus grand nombre de cas, les parties qui constituent, enveloppent ou avoisinent la tumeur herniaire.

La rentrée d'une entéro-épiplocèle ayant eu lieu d'après le mode que nous avons indiqué, ne peut jamais être sui-

vie d'étranglement interne, accident grave dû, dans plus d'un cas, à une réduction en masse et précipitée de la tumeur herniaire, qui ne permet point à chaque viscère de reprendre dans le ventre isolément sa position normale, afin d'y rétablir sans trouble ses fonctions avec les diverses autres portions du canal intestinal.

La complication d'une hydrocèle d'un certain volume, développée dans la hernie scrotale, nuit à la réduction méthodique indiquée. Il est donc convenable, avant de l'entreprendre, de vider les bourses par la ponction, d'autant plus que la collection de liquide qu'elles contiennent, en s'augmentant progressivement, agit mécaniquement sur l'anneau inguinal, l'ouvre et le dilate, ce qui permet à une plus grande quantité d'organes de sortir du ventre pour passer dans la tumeur herniaire. L'hydrocèle scrotale a en outre l'inconvénient d'empêcher la contention d'une hernie réductible par l'impossibilité de l'application immédiate du bandage herniaire.

Il arrive souvent dans les hernies anciennes et mal contenues par le bandage un épaississement plus ou moins considérable du tissu cellulaire du cordon spermatique et de l'espèce de gaîne qui l'enveloppe, qu'il serait d'autant plus fâcheux de prendre, soit pour l'épiploon, soit pour le sac herniaire, que toute tentative de réduction serait infructueuse; c'est pourquoi chez ces sujets, après la réduction complète de la hernie et l'application du bandage, le scrotum restera toujours plus gros de ce côté que de l'autre; mais les malades toussant et se mouchant fortement, les doigts appuyés sur ces parties ou les comprimant, ils ne ressentent nullement l'impulsion que fait éprouver en pareil cas la tumeur qui renferme des viscères abdominaux.

Après la réduction complète des hernies, les tissus extérieurs qu'elles avaient plus ou moins déplacés reprennent leur situation normale. Ils se rapprochent et s'unissent de manière à faire disparaître les traces de la maladie, ce qui pourtant n'a lieu qu'au bout d'un certain temps, et même

chez quelques sujets, il reste une cavité à parois adossées, formée par les lames celluleuses rapprochées et non réunies. Il en est de ces cavités comme des sacs herniaires dont nous venons de faire mention, c'est à dire qu'elles s'oblitèrent ou qu'elles deviennent le siège d'une collection de liquides de diverses natures ou de transformations organiques très variées.

Adhérences des organes herniés entre eux ou avec le sac qui les renferme. — Les diverses irritations des parties du péritoine qui revêt immédiatement les viscères de l'abdomen et de celles qui constituent le sac herniaire, donnent presque toujours lieu à des adhérences filamenteuses ou immédiates. Ces dernières sont d'une nature couenneuse et mollasse, et les autres, au contraire, solides et celluleuses. Nous diviserons les adhérences qui se rencontrent dans les hernies en cinq classes. Cette nouvelle classification nous semble devoir remplacer avec avantage celles de Richter et de Scarpa.

1° *Adhérence filamenteuse.*— Les adhérences filamenteuses offrent des filets celluleux plus ou moins longs, grèles et isolés ou volumineux, et très rapprochés les uns des autres. D'après ces dispositions, les parties auxquelles ces fibres s'attachent peuvent glisser facilement les unes sur les autres, et même s'écarter par suite de la longueur du moyen d'union placé entre elles.

2° *Adhérence immédiate.* — Dans cette espèce d'adhérence, les organes sont fixés entre eux de manière à ne leur permettre aucune espèce de mouvement. Les surfaces qu'elles réunissent sont accollées sans pouvoir se séparer.

3° *Adhérence couenneuse.* — Les adhérences de cette nature sont molles et couenneuses. On peut les regarder comme n'ayant pas encore acquis le complément de leur organisation, d'autant plus qu'elles se déchirent facilement avec le manche du scalpel ou même par le seul moyen des doigts; car, d'après leur organisation, il leur est impossible de résister à des tractions un peu fortes.

4° *Adhérences celluleuses.* — La texture des adhérences celluleuses et immédiates est tout le contraire de la précédente : c'est un vrai tissu lamineux à mailles solides et serrées qui ne peut être détruit que par l'instrument tranchant. Souvent, malgré toutes les précautions que l'on prend, les parties qu'elles ont réunies sont susceptibles d'être plus ou moins entamées par le scalpel ou le bistouri.

5° *Adhérences dues à la formation de membranes anormales.* — Quant aux adhérences dont l'origine est due aux membranes anormales, elles peuvent s'étendre isolément sur les organes abdominaux ou à la face interne du sac herniaire. On les rencontre même assez fréquemment sur les unes et les autres de ces parties. Dans le premier cas, les différentes portions d'intestin, d'épiploon, ou de ces deux organes réunis, sont tellement agglomérées, qu'elles forment une seule masse jouissant de toute sa liberté au milieu de l'enveloppe séreuse de la tumeur. Dans le second, la tunique péritonéale de la hernie est plus ou moins épaisse. Quand la membrane anormale se détache de la surface du sac herniaire, ce qui lui arrive quelquefois, pour se précipiter au fond de la poche qui le constitue, elle se détruit et se mêle à la sérosité qui l'entoure ; mais lorsque les viscères et le sac sont envahis à la fois, toutes ces parties se réunissent et souvent se confondent.

Difficulté de reconnaître au toucher la nature des adhérences. — Il serait du plus grand avantage pour la pratique des hernies que l'on pût reconnaître par le toucher la nature des adhérences qui existent dans les tumeurs herniaires. C'est en vain qu'on a tenté non seulement d'établir le diagnostic de ces complications, mais encore d'en distinguer les espèces. L'ancienneté de la tumeur, l'usage du bandage herniaire mal fait qui comprime sans contenir, sont des circonstances propres à favoriser, dans le plus grand nombre de cas, l'adhérence des hernies, surtout de celles dont le caractère principal est la réduction d'une partie de la tumeur, tandis que l'autre refuse de franchir

l'ouverture abdominale. Dans quelques circonstances, il n'existe d'autres causes de cette réduction incomplète que celles des liens membraneux qui se dirigent des viscères au sac; c'est donc à tort que l'on attachait tant d'importance aux phénomènes produits par les adhérences des viscères déplacés au sac herniaire. On doit les considérer, dans le cas de réduction du sac à la suite de l'épiploon, comme une adhérence de cette membrane à toute autre partie du péritoine contenue dans l'abdomen. Ainsi donc toutes fois que les hernies ne seront pas étranglées, nous conseillerons de les maintenir au moyen du bandage herniaire à ressort élastique convenablement disposé. C'est ainsi que, dans notre pratique, nous avons toujours agi sans avoir jamais vu d'accidents contrarier notre méthode.

La hernie scrotale peut être irréductible par suite de son volume. — Lorsque les hernies inguinales, scotales, ne peuvent être complètement réduites, soit en raison d'adhérences qui retiennent en totalité ou en partie les organes au dehors, soit en raison du volume trop considérable qu'ils ont pu acquérir par une augmentation de nutrition; presque toujours, dans l'un et dans l'autre cas, la dilatation de l'anneau inguinal se trouve assez grande pour devoir éloigner toute crainte d'étranglement causé par la constriction des aponévroses de cette ouverture; c'est pourquoi on doit tout simplement se borner à soutenir la tumeur en la comprimant le plus possible sur tous ses points, et particulièrement de bas en haut, d'avant en arrière. De tels moyens, en agissant d'une manière lente et soutenue pourront favoriser la rentrée plus ou moins complète des parties que renferme la tumeur herniaire ou bien s'opposer à son accroissement ultérieur.

Nous avons, un grand nombre de fois, obtenu ces résultats au moyen d'un appareil fort simple et peu gênant, lequel est disposé de manière à permettre au malade de comprimer lui-même plus ou moins de bas en haut sa hernie, méthode qui nous a semblé la plus rationnelle

qu'un médecin éclairé puisse mettre en usage dans de semblables circonstances (1).

Si chez les hommes obligés de porter un bandage, le scrotum se trouve occupé par une hydrocèle ou un varicocèle, pour en retarder l'augmentation, il faudra le soutenir par le moyen du suspensoir. Dans un grand nombre de cas, on pourra se contenter d'une simple poche dans le genre de celle de notre suspensoir des hernies scrotales, mais sans sous-cuisse. Les deux tirants ou bandes de toile qui partent des angles opposés de la poche servant de suspensoir, sont destinés à la fixer au bandage herniaire, par le moyen de boucles et de boutonnières, savoir : du côté de la hernie sur le collet du ressort, en dehors de la pelote, et de l'autre côté, à l'extrémité de la garniture du bandage où il sera fixé une bride assez éloignée de la courroie, pour que la poche ne puisse pas se trouver plus tirée d'un côté que de l'autre.

Le suspensoir ordinaire (2) est, comme tout le monde sait, destiné à offrir un point d'appui au testicule, quand le scrotum se trouve distendu par suite de l'âge, de maladie, d'abus des plaisirs de l'amour, de transpiration abondante produite par de fortes chaleurs, etc. Dans cet état, le scrotum n'est plus susceptible de se contracter et de se ramasser sur les testicules, en se fronçant; abandonné à lui-même, le scrotum mou et flasque pourrait descendre plus ou moins bas entre les cuisses; alors les testicules comme suspendus se trouveraient exercer des tractions plus ou moins fortes, plus ou moins douloureuses, sur le cordon spermatique; ce qui peut disposer aux hydrocèles, varicocèles et autres maladies plus ou moins graves, susceptibles de s'étendre au testicule, et de nuire aux fonctions de la génération (3).

(1) Cet appareil se trouve décrit à la 5e section du présent chapitre sous le nom de bandage suspenseur des hernies scrotales irréductibles.

(2) *Voyez* la 5e section, chap. I.

(3) Les varicocèles et les engorgements des testicules si fréquents dans nos

Les suspensoirs conviennent également aux sujets affectés des maladies des voies urinaires, ou des testicules et de la verge. M. le docteur Roux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, l'une de nos célébrités chirurgicales, pense que tous les hommes, quelles que soient leurs position, habitudes et profession, devraient en faire usage. Certes, l'opinion d'un praticien d'un aussi grand mérite doit faire autorité, à l'égard du sujet qui nous occupe.

§ XXIII. *Du bandage herniaire à ressort d'acier considéré sous ses rapports de forme et d'application.*

Le mérite du bandage consiste dans ses proportions, par rapport à la structure et à la figure des parties du corps du malade qui doit en faire usage, afin qu'ils puissent porter partout avec justesse, il faut que le point d'appui de cet instrument soit solide, et que la compression de sa pelotte ou écusson soit invariable.

Bandage à ressort propre aux hernies inguinales.—S'il s'agit d'une hernie inguinale ou crurale, l'extrémité de la pelote du bandage doit se prolonger de manière à prendre son point d'appui d'avant en arrière sur la branche horizontale du pubis, et non sur son bord supérieur, comme l'ont pré-

armées, seraient bien plus rares si le suspensoir faisait partie des objets d'habillement de nos soldats. La dépense d'à peu près 3 francs qui en résulterait par chaque homme, se trouverait largement compensée au chapitre des hôpitaux par le moins grand nombre de soldats qui s'y rendraient. J'ai vu des officiers revenir de notre armée d'Afrique avec d'énormes varicocèles, ils m'ont assuré que, dans l'infanterie, durant l'excessive chaleur une grande partie des soldats éprouvait à un tel point les effets de la dilatation des veines spermatiques et scrotales, que la gêne et la douleur qui en résultaient, les mettaient dans l'impossibilité de soutenir des marches longues et pénibles, quoique pourtant presque tous ces militaires eussent l'habitude de se soutenir les bourses avec un mouchoir ou une bande de toiles passée entre les cuisses, puis attachée à la ceinture.

Je livre ces faits aux méditations de M^rs^ les membres du conseil de santé des armées, aux lumières et au zèle infatigable desquels nos soldats sont redevables de tant d'amélioration dans leur hygiène.

tendu quelques personnes; le corps du bandage formé d'une bande d'acier plus ou moins longue, doit offrir une courbure plutôt elliptique que circulaire. La force du ressort sera toujours proportionnée, 1° aux occupations du malade, 2° au volume, à la nature des parties qui constituent la hernie, 3° à son ancienneté, à l'état des fibres musculaires et aponévrotiques de l'ouverture qui lui livre passage. Dans tous les cas il ne faut jamais perdre de vue que le ressort doit toujours conserver une grande élasticité; car, s'il en était autrement, il ne formerait plus qu'une ceinture métallique douloureuse et susceptible de blesser le malade, sans toutefois pouvoir contenir sa hernie.

Le sexe du sujet affecté de hernie doit faire modifier la courbure du ressort du bandage, et particulièrement ce que l'on appelle son ouverture, en raison de la différence qui existe entre l'homme et la femme dans les diamètres du bassin et le développement des os coxaux.

L'homme, comme on le sait, a les os du bassin moins larges et moins évasés que la femme; les hanches moins élevées, les os pubiens moins voûtés, le sacrum et le coxis plus droits, ce qui rend les fesses plus petites, surtout à leur partie supérieure. Ces connaissances conduisent inévitablement à une infinité de modifications déterminées par les éminences et les cavités naturelles de ces os. Quant à celles qui s'y trouvent extraordinairement, elles sortent des données générales et constituent une difformité. Il faut donc avoir une idée exacte de ces configurations pour disposer et placer convenablement un bandage; car, si cet instrument porte à faux, il blesse le sujet qui le porte et alors il devient insupportable, et ne contient qu'imparfaitement, ou souvent pas du tout la hernie.

Il vaudrait mieux abandonner la hernie à elle-même que de porter un bandage mal fait; car, dans ce cas, il ajouterait aux dangers de la hernie, soit en altérant les tissus celluleux, soit en rétrécissant le sac herniaire, et produisant une augmentation plus ou moins grande de l'irri-

tation, dont les viscères déplacés sont presque toujours le siége. On a vu assez fréquemment des instruments de ce genre donner lieu à tous les accidents de la phlogose, et même de l'étranglement des hernies.

Le bandage devra comprimer plus ou moins l'abdomen dans une direction parallèle à l'ouverture, par laquelle sortent les viscères. La pelote ou écusson de cet instrument doit avoir des dimensions beaucoup plus grandes en tous sens que l'ouverture, sur laquelle elle doit être appliquée, afin de soutenir les plans musculaires en dehors des aponévroses qui bornent les ouvertures naturelles de la paroi abdominale (1). S'il s'agit de hernie inguinale ou crurale, sa portion inférieure devra s'appuyer, par son extrémité, en se prolongeant au dessous de ces ouvertures jusques sur la branche horizontale du pubis. Le bandage, tout en étant fixé d'une manière invariable autour du corps, ne doit, dans aucun cas, gêner les mouvements variés du tronc.

Deux choses sont importantes à observer dans le bandage à ressort élastique. La pelotte ou écusson et le ressort proprement dit qui constitue le corps de cet instrument. La pelote doit être plus ou moins inclinée à l'horizon d'après le relief qu'offre le ventre afin que sa partie supérieure ne puisse le blesser.

On sait que quand le ventre vient à se développer pour que le centre de gravité ne soit pas changé, le sujet est obligé de fléchir la colonne vertébrale en arrière afin de conserver son équilibre, sans quoi il courrait risque de tomber en avant; c'est ce qui a lieu d'une manière des plus remarquables chez les femmes enceintes : plus la grossesse se développe, plus la cambrure du bas des reins est

(1) L'opinion de sir Astley-Cooper est que pour oblitérer complètement l'orifice du sac herniaire, il faut appliquer le bandage non seulement sur l'ouverture inguinale, mais encore sur celle à travers laquelle s'engage le cordon spermatique, de manière que la pression porte à la fois sur l'anneau abdominal et sur le canal inguinal. *OEuvres chirurgicales*, Paris 1837, page 228.

sensible; aussi quand après leurs couches elles veulent marcher, l'habitude qu'elles avaient contractée de la flexion du tronc en arrière les fait chanceler, et c'est avec raison que les femmes nouvellement accouchées disent qu'il faut qu'elles apprennent à marcher. Plus la colonne est fléchie en arrière et plus le bassin augmente son inclinaison à l'horizon.

Forme que doit avoir la pelote du bandage inguinal. — La face antérieure de la pelote sera garnie d'un coussin plus ou moins épais, de forme plate, convexe ou même concave. La pelote plate convient aux personnes qui n'ont pas beaucoup d'embonpoint et dont la hernie rentre facilement; la pelote convexe doit s'employer de préférence chez les personnes grasses et dont les téguments qui recouvrent les ouvertures par lesquelles ont lieu les hernies, sont pourvus d'une grande quantité de tissu cellulaire. Quant aux pelotes concaves, elles ne conviennent que pour les hernies anciennes et volumineuses, où le sac herniaire et quelquefois même une portion de l'épiploon sont irréductibles. On conçoit que les pelotes dont la convexité serait trop prononcée auraient l'inconvénient de s'engager dans l'ouverture abdominale dont elles finiraient par distendre et affaiblir le contour, comme le fait si fréquemment le bandage anglais à pelote mobile.

Les pelotes, ainsi que nous l'avons dit, doivent être garnies de coussins rembourrés de laine et non de liège ou de bois, comme l'ont conseillé plusieurs praticiens distingués. Le baron Larrey préfère la pelote de bois pour les invalides dont il a été si longtemps chirurgien, mais on est obligé de la recouvrir d'un morceau d'amadou et même d'un coussin de peau (1).

Cette pelote dure ne peut pas s'accommoder à la conformation des parties comme celles qui sont remplies de ro-

(1) *Clinique chirurgicale* de M. le baron Larrey, tome v, Paris 1830.

gnures de châle, car cette laine qui a déjà été tordue dans la fabrication de ces objets d'habillement a un plus grand degré d'élasticité que la laine cardée.

Le bandage à ressort d'acier des hernies inguinales et crurales doit être considéré comme un levier du troisième genre. — Le ressort du bandage élastique destiné à contenir les hernies du bas-ventre, c'est à dire l'inguinale et la crurale, n'est en effet qu'un levier du troisième genre, dont les deux parties opposées tendent à se rapprocher l'une de l'autre à la manière d'une pince largement ouverte. Dans ce système la puissance se trouve au milieu du segment elliptique qui repose sur la hanche du côté où est située la hernie. La résistance est toute concentrée à l'extrémité du lévier, qui est la branche antérieure sur laquelle se trouve la pelote. Quant au point d'appui il se rencontre à l'extrémité du ressort qui longe la colonne vertébrale en la dépassant de deux à trois travers de doigt ; c'est à dire jusque sur le muscle grand fessier, du côté opposé à celui où est située la hernie. Une plus grande longueur donnée au ressort mettrait dans la nécessité de le contourner, d'après la forme de la hanche qu'il embrasse, disposition qui détruirait infailliblement l'action de retrait de ses deux extrémités sur son centre, qu'il importe tant de conserver à cet instrument. Moins de longueur que celle que nous indiquons pourrait nuire à sa fixité.

Nous avons déjà eu occasion de dire que la force du bandage devait varier suivant le sexe, l'âge, les occupations du malade et l'état de la tumeur herniaire, c'est pourquoi nous les diviserons en trois classes, faibles, forts et très forts. Dans de grands assortiments on fait entrer pour un quart les ressorts faibles, pour moitié ceux dits forts, et pour un quart enfin les ressorts très forts. La première force peut égaler l'action du poids de 800 à 1000 grammes; la deuxième celle de 1500 à 2000 grammes, et la troisième celle d'un kilogramme et demi à deux kilogrammes. Ces évaluations ne sont qu'approximatives, elles varient d'a-

près le degré de trempe du ressort, la qualité de l'acier et la manière dont il a été battu avec le marteau.

Dans les cas rares où la dernière force ne serait pas suffisante, il faudrait prendre un second ressort, le river sur la pelote avec le premier, puis les réunir au moyen d'un bord de fil ou de coton large à peu près d'un travers de doigt, et roulé en spirale à partir de la pelote jusqu'à l'extrémité des deux ressorts. Le bandage fait de cette manière est moins exposé à casser que s'il n'était formé que d'une seule lame.

Quant à la longueur, pour convenir à un grand nombre d'individus, elle est encore plus variée que la force puisqu'une douzaine de bandages assortis en comprend un de 80 centig.; trois de 83 centig.; cinq de 86 centig.; deux de 89 centig. et un de 92 centig. Il s'en fait en sus de cette dernière longueur, mais ils sont répartis en petit nombre dans de plus grandes quantités.

L'ouverture du bandage doit être déterminée d'après sa longueur et le sexe du sujet pour lequel il est construit; or, comme on le sait, le bassin de la femme offre des dimensions beaucoup plus prononcées que celui de l'homme, ce qui n'a pourtant lieu d'une manière bien sensible qu'après la puberté, car, comme nous l'avons fait remarquer précédemment, avant cette époque le bassin de la jeune fille diffère peu de celui du petit garçon.

La couverture qui complète le bandage doit être disposée de manière à ce qu'il puisse prolonger le ressort, en faire une espèce de ceinture circulaire terminée par la courroie qui vient se fixer à la pelote. Cette partie non occupée par le ressort doit être d'un peu plus du tiers de la longueur générale de cet instrument. C'est pourquoi un ressort de 50 centimètres de longueur terminé, doit offrir un bandage d'à peu près 80 centimètres.

Le bandage pour la hernie crurale diffère de celui de la hernie inguinale par la forme de sa pelote, la courbure et la longueur de son ressort. — Il est facile de se rendre

compte de ces différences en reportant ses souvenirs sur la description que nous avons donnée du bassin (1).

On a vu que l'arcade crurale se rencontre plus bas et en dehors de l'anneau inguinal. D'après cette disposition, le collet du ressort doit avoir moins de longueur, et au lieu d'être contourné de manière à donner à la pelote certain degré d'inclinaison, il doit au contraire offrir une courbure de haut en bas, légèrement de dedans en dehors. Cette disposition doit être d'autant plus grande que la hernie crurale semble avoir plus de tendance à se porter du côté de la cuisse.

Les hernies crurales, en général plus petites que les inguinales, ont besoin d'une pression moins forte pour être maintenues. Cette espèce de hernie, comme on peut le voir au troisième tableau de la première série, est très rare chez l'homme, et au contraire très fréquente chez la femme. C'est pourquoi, pour s'accommoder au développement du bassin de cette dernière, la courbure du ressort est plus ouverte, plus circulaire et partant moins élastique pour ce sexe que s'il s'agissait de l'autre. C'est en donnant à peu près 3 centimètres de plus à la longueur de la garniture du bandage que l'on supplée au raccourcissement de la branche antérieur du ressort.

Dans cette espèce de bandage, la pelote doit être de forme ovalaire, afin de ne pas gêner les mouvements de flexion de la cuisse et de mieux s'accommoder à la conformation des parties sur lesquelles elle doit s'appuyer. On mettra un bouton de cuivre au lieu d'un crochet de même métal, pour donner attache à la courroie du bandage, ce qui lui permet de prendre la direction oblique que l'abaissement de la pelote nécessite. Le sous-cuisse doit venir se fixer au même bouton sous la courroie dont nous avons parlé, à moins que la pelote ne se trouve prolongée dans son grand diamètre.

(1) *Voyez* la description anatomique du bassin, 1re section, chap. I.

Garniture qu'il convient de donner au ressort du bandage à lame d'acier. — La première enveloppe du ressort est ordinairement en toile. On pourrait la recouvrir d'une bandelette de taffetas gommé au caoutchouc, laquelle devrait être roulée en spirale, à la manière d'une bande à pansement dont les doloirs sont recouverts les uns par les autres dans la largeur de quelques lignes. Ce moyen, que nous avons souvent employé, convient surtout pour les bandages des enfants et des vieillards qui laissent involontairement échapper leurs urines; car, sans cette précaution, ils rouillent et cassent promptement (1). Sur cette première couverture, on placera intérieurement une lisière qui doit partir de la pelote du bandage pour se rendre à la courroie à laquelle elle donne attache, puis un large coussin garni de laine, fait en peau chamoisée, drap de coton ou de soie pour les femmes élégantes et petites maîtresses. La partie supérieure du ressort sera recouverte de même étoffe, et, dans quelques cas, pour que le bandage soit moins épais, d'une simple bande de maroquin, piquée en soie sur ses deux bords.

Pour les personnes qui sont habituellement en transpiration, on peut recouvrir le bandage dans toute son étendue avec une peau de lièvre, disposée de manière à ce que le poil de l'animal soit en dehors, c'est à dire en rapport avec la peau du malade. La courroie dont nous avons parlé, et qui est en sus de la longueur déterminée du bandage, sera percée de trous de dimensions convenables au volume du crochet ou du bouton de cuivre auquel elle doit se fixer. La longueur du bandage se mesure en dessus, à partir du bord antérieur et supérieur de la pelote

(1) Le taffetas gommé au caoutchouc par le procédé qui nous a valu plusieurs médailles et particulièrement une du roi, à l'exposition de 1834, est préférable à celui qui est gommé à l'huile et à la cire; en ce que, pour ce dernier, la chaleur du corps en faisant fondre son enduit finit par laisser le canevas à nu et par conséquent dans l'impossibilité d'arrêter l'humidité et d'en garantir le ressort.

jusqu'à l'extrémité de la couverture. Ainsi, un bandage de 90 centimètres, mesuré comme nous venons de l'indiquer, conviendra à un homme offrant une circonférence égale à ce chiffre, parce que l'épaisseur de la garniture donnera deux à trois travers de doigt de distance entre la pelote et l'extrémité du bandage lorsqu'il sera appliqué (1).

Ce que le chirurgien doit observer dans l'application du bandage herniaire à ressort. — Les bandages destinés à contenir les hernies du bas-ventre, ne doivent pas être trop serrés, car alors ils perdraient leur plus grand avantage; l'action élastique qui, d'après leur courbure, tend continuellement à rapprocher la pelote de la partie opposée du ressort, disposition qui permet à cet instrument d'être à peu près toujours égal dans sa pression, malgré les mouvements si multipliés d'abaissement ou d'élévation du bas-ventre, résultant de diverses positions du tronc, d'efforts violents et même des fonctions permanentes de la digestion qui ne s'accomplit qu'en parcourant successivement toutes les parties du canal alimentaire. Et d'ailleurs, si la pelote comprimait avec trop de force la peau sur la branche horizontale du pubis, elle la ferait bientôt devenir rouge, douloureuse, enflammée, et par suite excoriée, ce qui obligerait le malade de suspendre l'usage de son bandage jusqu'à la disparition de ces accidents. C'est pourquoi on fera bien de ne serrer le bandage qu'autant qu'il est nécessaire, pour que le sous-cuisse ne puisse l'entraîner par en bas et lui faire abandonner les hanches, puis couler sur les fesses et les cuisses.

Le sujet est-il maigre ou les hanches ne sont-elles pas

(1) Pour de plus grands détails sur la confection des bandages herniaires à ressort d'acier nous renverrons à notre 5e section, du présent chapitre et à l'excellent *Traité des bandages et appareils de pansement* du docteur Gerdy, publié à Paris en 1826; nous nous ferons un vrai plaisir de dire qu'à notre avis les meilleurs fabricants de ressorts propres aux bandages herniaires que nous ayons connus et eu occasion d'employer, sont Rollin, ancien élève de Tiphaine, Noblet, Drapier père et Cousin.

assez développées pour soutenir son bandage à la hauteur du bassin où il doit être, pour ne le gêner dans aucun de ses mouvements, on emploiera du ruban ou du tiran doublé en chamois, avec lequel on formera une espèce de bretelle qui, en passant sur l'épaule, viendra se fixer à la partie antérieure du bandage, d'une part, et postérieure de l'autre. S'il s'agit d'un bandage à deux demi-corps, on se servira d'une deuxième bretelle qui devra se croiser par derrière avec la première.

L'amaigrissement du sujet peut déterminer la saillie souvent très prononcée des apophyses des vertèbres lombaires. Dans ce cas, le bandage à deux demi-corps pourrait postérieurement blesser le malade. Pour prévenir cet accident, on aura soin de couler sous les deux extrémités postérieures, des ressorts, un coussin de sept à huit travers de doigt de longueur et d'à peu près trois de largeur. Il sera maintenu et fixé sur les deux côtés du bandage par trois à quatre brides en maroquin solidement cousues.

Quant aux sujets pourvus d'un certain embonpoint, on peut et l'on doit même serrer davantage le bandage que l'on ne le ferait chez des personnes maigres, sans craindre de nuire à son effet, vu que les masses du tissu cellulaire qui se trouvent placées entre le bandage et les os du bassin ont assez de souplesse et d'élasticité pour s'affaisser dans certains mouvements et se relever dans d'autres.

En général, la compression qu'exerce le bandage doit être assez puissante pour s'opposer à l'action des viscères, mais une force supérieure à celle qui suffit pour atteindre ce but serait fâcheuse en agissant avec trop de violence sur les parties du corps où cet instrument porterait, ce qui pourrait déterminer l'atrophie des plans musculaires et aponévrotiques du bas-ventre; situation d'autant plus à éviter qu'elle permettrait aux ouvertures abdominales de se laisser traverser par une plus grande quantité de viscères qu'auparavant.

Prenons pour exemple la hernie inguinale qui ne peut

jamais avoir lieu tant que les aponévroses qui bordent cette ouverture ne se sont pas laissé déprimer. A l'état normal la nature leur a donné assez de force et d'énergie pour résister à l'action mécanique des viscères abdominaux dirigés de haut en bas et d'arrière en avant. Mais si, par une des mille causes possibles, ces organes viennent à vaincre la résistance des aponévroses, ils les forcent à s'amincir, à s'allonger et à s'écarter les uns des autres, en offrant une ouverture plus que suffisante pour les vaisseaux spermatiques qui les traversent : alors a lieu la hernie. Admettons à présent une forte compression de dehors en dedans déterminée par un moyen mécanique agissant de manière à produire à l'orifice externe de cette ouverture les mêmes effets qu'elle a déjà éprouvée à son orifice interne. Il s'en suivra infailliblement un état d'atrophie beaucoup plus grand dans les aponévroses ou piliers inguinaux, et par conséquent une augmentation considérable dans le diamètre de cette ouverture.

La paroi abdominale sur laquelle aura eu lieu la compression s'amincira de plus en plus et finira par perdre entièrement ses propriétés de contraction; alors la tumeur herniaire ne trouvant presque plus de résistance à son développement finira par acquérir un volume tellement considérable qu'elle descendra dans le scrotum, et par sa présence gênera dans sa marche le malade et l'exposera en outre aux accidents de l'engouement et même de l'étranglement.

Il faut bien se persuader de ce que la seule indication à remplir par le bandage herniaire est de maintenir la hernie réduite pendant un espace de temps assez long pour que les aponévroses et les téguments qu'elle avait plus ou moins distendus puissent, en revenant sur eux-mêmes, se rapprocher et s'unir aux lames de tissu cellulaire qui les environnent, afin qu'ils puissent retrouver la force et l'énergie nécessaires pour résister à de nouvelles tentatives des viscères pour ressortir du ventre.

La hernie inguinale peut se porter en dedans de l'anneau,

c'est à dire du côté de la verge, et après avoir à peu près détruit le pilier interne qui primitivement lui faisait obstacle, soulève fortement les ligaments suspenseurs de cet organe, passe dessous, ou bien les rejette du côté qui lui est opposé. Dans d'autres circonstances, c'est le pilier externe qui a cédé et permis à la hernie de se porter vers l'arcade crurale, sur laquelle elle glisse en continuant plus ou moins son mouvement oblique du côté de la cuisse. Ces dispositions qui ne sont pas toujours appréciables au toucher, nuisent à l'effet du bandage, ou, pour bien dire, le rendent nul, jusqu'à ce que sa pelote ait reçu un développement suffisant en avant ou en arrière pour maintenir la hernie réduite. Avant d'arriver à ces résultats, il faut souvent avoir recours à divers bandages, et il s'ensuit de cette espèce de tâtonnement une grande contrariété pour le malade, et souvent la perte de la confiance qu'il avait primitivement dans le chirurgien herniaire appelé par lui.

C'est dans l'intention d'éviter de semblables désagréments que j'ai construit mon bandage d'essai, dont la description se trouve à la fin de la cinquième section du présent chapitre. En ayant trois à quatre corps de diverses longueurs de ce bandage et un nombre égal de pelotes de formes variées, tant en longueurs qu'en largeurs, on pourra employer ce bandage avec succès sur la majeure partie des malades que l'on aura occasion de rencontrer.

§ XXIV. *Des causes qui peuvent nuire à l'application solide du bandage herniaire à ressort d'acier plus ou moins circulaire.*

Une infinité de dispositions peuvent rendre l'usage du bandage à ressort difficile et même impossible.

La grande maigreur ou l'embonpoint excessif sont des inconvénients qui parfois s'opposent à la stabilité du bandage, quelle que soit la forme que lui ait donnée le génie du chirurgien.

Les os des hanches, comme on le sait, vont en se rétrécissant et se déprimant par le bas, afin de rendre le petit bassin plus étroit. Ils forment sur leurs parties latérales des enfoncements qui, dans l'embonpoint ordinaire, se trouvent remplis par des muscles et de la graisse.

Maigreur extrême.—Dans cet état du malade, les muscles se trouvent amincis et dépourvus d'enveloppes graisseuses. Alors les os coxaux se trouvent, à quelque chose près, aussi enfoncés que s'ils étaient à nu; leurs articulations avec le sacrum, donnent lieu en arrière à des éminences inégales, et en avant à une élévation assez marquée de la symphyse pubienne. Les tubérosités de ces os sont quelquefois si saillantes que la peau dont ils sont recouverts, dépourvue de tissu cellulaire, semble tendue au point de faire craindre qu'elle ne se rompe. Qu'il se joigne à ces dispositions des difformités et l'on verra combien il est difficile de disposer un bandage qui puisse maintenir la hernie réduite sans blesser les parties sur lesquelles repose cet instrument.

Ce qui concourt encore à augmenter l'embarras du chirurgien et à accroître les obstacles, c'est que chez les sujets extrêmement maigres, les muscles du ventre se rencontrent dans un tel état de relâchement et d'amincissement, si surtout le malade a eu précédemment de l'embonpoint, qu'ils ne peuvent presque plus résister à l'action mécanique des viscères abdominaux dont la tendance naturelle est toujours de chercher à augmenter leur diamètre. Alors les ouvertures par où sont sorties les hernies s'agrandissent de plus en plus, et tel bandage qui lors de son application maintenait la hernie, ne peut plus convenir au bout de quelques jours, la laissant constamment échapper.

Embonpoint considérable. — Dans l'embonpoint extrême, la trop grande quantité de graisse donne aux hanches un développement souvent si considérable que la forme du bassin n'est plus appréciable; alors la courbure du bandage doit s'éloigner plus ou moins de celle qu'il doit avoir

dans l'état normal de ces parties. Le développement considérable du ventre qui d'ordinaire survient à un certain âge aux personnes susceptibles de prendre un embonpoint considérable, nuit également à l'action de la pelote du bandage, car, si sa partie supérieure porte sur la saillie du ventre, elle l'irrite, l'enflamme et même l'excorie. Quant à sa partie inférienre, elle ne fermera plus par en bas d'une manière assez exacte l'ouverture inguinale et il en résultera que la hernie venant à s'échapper en passant entre la branche horizontale du pubis et la pelote, sera comprimée de haut en bas et finira par devenir scrotale d'inguinale qu'elle était à son origine.

§ XXV. *Des bandages et ceintures destinés aux hernies ombilicales, de la ligne blanche et des autres parties de l'abdomen.*

Les bandages à lames d'acier plus ou moins circulaires ne peuvent, dans aucun cas, convenir aux hernies abdominales de l'ombilic, de la ligne blanche et des autres parties de cette grande cavité. Pour s'en convaincre, il suffit de remarquer que, dans toute l'étendue que cet instrument est appelé à parcourir, il ne se rencontre que la colonne vertébrale capable de lui offrir un point d'appui solide. Le reste n'est composé que de téguments qui par leur nature, sont faciles à déprimer et alors incapables de soutenir le bandage avec la fixité qui lui est si nécessaire. Ce qui rend encore son application plus difficile, c'est que souvent le ventre a perdu sa forme primitive par suite de la formation ou du développement de tumeurs dans son intérieur ou même dans l'épaisseur de ses téguments.

Les inconvénients que nous venons de signaler pour les bandages abdominaux à ressort circulaire d'acier, se rencontrent également et peut-être plus encore dans les bandages à pelote mobile, puisque les effets de sa compression

se passent d'avant en arrière, et que sa pelote, au moyen du pivot sur lequel elle est portée, peut prendre à chaque instant la direction la plus favorable à l'agrandissement par écartement des fibres musculaires et aponévrotiques des ouvertures occupées par la hernie.

L'amaigrissement du sujet, et, dans d'autres cas, l'embonpoint considérable, porté quelquefois jusqu'à l'obésité, sont autant d'obstacles à l'application du bandage herniaire de l'abdomen.

Dans l'embonpoint, même médiocre, il n'est pas rare de rencontrer la cicatrice ombilicale plus ou moins enfoncée, situation dans laquelle la hernie se trouve en occuper le centre ou l'un des points de sa circonférence. Les tumeurs herniaires qui se sont fait jour au centre du nombril, par suite de sa dilatation égale et régulière dans tous leurs points, sont plus ou moins grosses, de forme arrondie et pyramidale, et offrant une saillie plus ou moins considérable au dessus du niveau des téguments, l'action du bandage à ressort circulaire, à pelote très conique, comme les fabriquent encore plusieurs personnes, ne peut qu'augmenter la dilatation de cette ouverture en s'y enfonçant après la réduction de la hernie. Cette disposition doit évidemment donner lieu plus tard à la sortie d'une plus grande quantité de viscères.

Si la tumeur herniaire n'est pas réductible en totalité et qu'elle conserve plus ou moins sa forme pyramidale, la pelote, de forme conique, ne peut rester dessus; qu'elle remonte ou descende, elle comprimera la hernie, non pas d'avant en arrière, mais bien obliquement sur l'un de ses points latéraux, ce qui fera prendre à la tumeur une direction perpendiculaire plus ou moins oblique. Pour remédier au déplacement du bandage dont nous venons de parler, les malades le serrent de manière à ce qu'il s'enfonce circulairement dans l'épaisseur des téguments en partageant le ventre en deux parties.

Le bandage, ainsi placé, ne contient pas mieux la hernie

qu'il ne le faisait auparavant. Il a de plus l'inconvénient de refouler violemment les intestins et l'épiploon sur les régions inférieures du bas-ventre, et quelquefois même chez les femmes, sur le fond de la matrice. Alors on voit la paroi abdominale céder, et si déjà elle a été affaiblie et distendue par des causes accidentelles au nombre desquelles il faut placer en première ligne la grossesse pour les femmes; le ventre, en s'allongeant, descend promptement jusque sur les cuisses du malade.

Considère-t-on, le bistouri à la main, l'organisation de la paroi abdominale, on voit qu'elle est formée de l'entrelacement de nombreux fibres musculaires, à direction variée par suite de la situation des muscles auxquels ils appartiennent. Quoique ces muscles concourent tous à la composition de la paroi antérieure du ventre, chacun dans un ordre particulier, tous, dans certains mouvements, sont soumis à une puissance générale qui, continuellement et d'une manière presque insensible, les fait céder à l'action de l'estomac et des intestins. Ceux-ci, en se développant, après avoir reçu les substances alimentaires, en continuant les fonctions indispensables à l'accomplissement de la digestion, produisent alternativement dans les divers points de la cavité abdominale qu'ils occupent, un état alternatif d'élévation et d'abaissement.

D'après de telles dispositions, que doit faire le bandage abdominal pour ne pas les contrarier? Avoir, comme la paroi sur laquelle il est destiné à s'appuyer, la faculté de se rallonger ou de se raccourcir d'une manière insensible. C'est probablement d'après l'examen de ce mécanisme que Suret disposa son bandage exomphale qui, bien que très ingénieux, fut abandonné du temps même de son inventeur, en raison de son mécanisme trop compliqué. Dans le dernier siècle, Juville, chirurgien herniaire également très distingué, chercha à simplifier ce bandage et à lui donner toute la solidité dont un pareil instrument doit avoir besoin, ce qu'était loin d'offrir le bandage de Suret,

puisqu'elle ne reposait que sur la lame d'un ressort de montre.

Le génie de Juville échoua, et sa pelote, tout ingénieuse qu'elle est, ne fonctionne presque plus, après avoir reçu la garniture qui lui est indispensable (1).

Bandage ombilical à ressort d'élastique en cuivre. — En réfléchissant sur les imperfections des bandages de Suret et de Juville, et pour remplir l'intention de ces deux savants chirurgiens, j'imaginai mon bandage à ressort d'élastique, que j'emploie depuis plus de vingt ans avec le plus grand succès (2).

Le mérite de ce bandage est dans la faculté qu'il a de se rallonger et de se raccourcir d'une manière insensible, ce qui lui permet de maintenir constamment la hernie réduite, quels que soient les changements qui surviennent au développement partiel du ventre, par suite des fonctions du tube intestinal pour l'accomplissement de la digestion.

Soit que les hernies s'effacent en totalité, soit qu'elles restent plus ou moins saillantes, le diamètre des pelotes destinées à les contenir doit être assez grand pour qu'elles puissent s'appuyer dans leur pourtour d'au moins un travers de doigt sur les téguments en dehors de l'ouverture traversée par la hernie (3).

Chez les sujets pourvus d'un certain embonpoint, compliqué d'un grand développement du ventre, il peut se faire que la cicatrice ombilicale ne se trouve pas en occuper exactement la portion la plus proéminente. De

(1) *Voyez* la description du bandage de Suret et de celui de Juville à la 5e section du présent chapitre.

(2) *Voyez* la description de notre bandage ombilical, à la 5e section du chap. I.

(3) Pour avoir ce bandage de grandeur convenable, il suffit de nous envoyer une mesure prise circulairement avec un fil, ou avec un ruban, à la hauteur du centre de la tumeur herniaire, dont on aura soin d'indiquer l'état et la situation, le volume apparent, si elle rentre en totalité ou en partie, et enfin, l'étendue de l'ouverture abdominale qui lui a livré passage.

cette disposition, il résulte que la hernie ombilicale se trouve placée au dessus ou au dessous de l'endroit le plus saillant de l'abdomen. Il en est de même quand la hernie se rencontre dans la partie supérieure ou inférieure de la ligne blanche, ainsi que dans toute autre partie du ventre, qui, par sa forme plus ou moins bombée, ne pourrait pas rester constamment en rapport avec la pelote du bandage élastique dont nous venons de parler.

Dans ces cas, il faudrait avoir recours à un appareil plus approprié à l'état général de l'abdomen. Il en est de même pour les sujets dont la paroi abdominale amincie offre, dans divers endroits de son étendue, des éraillements susceptibles de devenir le siège des hernies en cédant à l'action mécanique constante et soutenue des viscères.

Le célèbre Scarpa avait plusieurs fois rencontré de semblables obstacles, et, pour les vaincre, il proposa une espèce de corset de toile garni de baleines à ses parties latérales et postérieures. Cet appareil, que nous avons essayé plusieurs fois dans notre pratique, ne nous a pas réussi; les malades l'ayant presque toujours abandonné au bout de quelques jours de son application, à cause de la gêne qu'il leur faisait éprouver.

Ceintures abdominales à ressorts d'élastique.— Ne pouvant pas compter sur le corset de Scarpa, il nous fallut chercher un appareil plus capable d'atteindre le but que se proposait ce savant chirurgien. M. Dupuytren eut la bonté de mettre à notre disposition à l'Hôtei-Dieu plusieurs femmes malades sur lesquelles nous fîmes des essais qui nous amenèrent à inventer les ceintures abdominales élastiques. Nous les adressâmes dans le temps au ministre de l'intérieur, en le priant de les soumettre à l'examen de la Faculté de médecine de Paris. Nous croyons ne pouvoir mieux faire connaître les nombreux avantages qu'offre notre appareil, qu'en soumettant à nos lecteurs le rapport qui les concerne.

Rapport de la Faculté de médecine de Paris fait au Ministre de l'Intérieur sur les ceintures abdominales élastiques.

M. Verdier, chirurgien-herniaire de la marine, a présenté à son excellence le ministre de l'intérieur une ceinture abdominale. Son excellence a fait remettre à la Faculté de médecine cette ceinture pour avoir son avis sur ce moyen mécanique.

» La Faculté a nommé des commissaires pour lui rendre » compte de l'avantage et de l'utilité de cette ceinture; » elle est composée de plusieurs faisceaux d'élastique en » cuivre recouverts de peau.

» Après avoir examiné en détail cette ceinture et après » l'avoir fait porter par plusieurs personnes, nous avons » reconnu que cet appareil remplissait presque toutes les » indications dans l'affaiblissement des muscles abdomi- » naux et même dans les hernies ventrales.

» Nous sommes parfaitement convaincus que les cein- » tures de M. Verdier présenteront des avantages supé- » rieurs sur celles qui ont été imaginées jusqu'à ce jour, » et nous pensons que leur emploi pourra être d'une » grande utilité pour les maladies de l'abdomen.

» M. Verdier paraît avoir de grandes idées sur la réforme » des brayers ou bandages, et mérite d'être encouragé.

» Nous invitons son excellence le ministre de l'intérieur » à engager M. Verdier d'en faire hommage à la Faculté » pour les placer dans ses collections, pour servir de mo- » dèles aux artistes et d'instruction aux élèves.

» La Faculté de médecine de Paris, dans sa séance du » 29 août 1816, après avoir entendu la lecture du rapport » ci-dessus, en a adopté les conclusions, et a arrêté qu'une

» copie en serait adressée à son excellence le ministre de » l'intérieur.

Pour copie conforme : *Signé :* LEROUX,
doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

Pour ampliation : Le chef de la 2e division du ministère de l'intérieur,

LE CHEVALIER DE L'ESCARÈNE.

Malgré les nombreux avantages qu'offraient nos ceintures élastiques, l'expérience nous démontra qu'elles ne pouvaient pas convenir aux personnes qui ont le ventre très développé, vu qu'au bout de quelques jours l'élastique trop distendu ne revient plus sur lui-même; et alors la ceinture étant trop lâche le ventre ne se trouve plus assez soutenu.

Ceinture ventrière non élastique.—Ce fut pour remédier aux inconvénients dont nous venons de parler, que nous imaginâmes cette dernière ceinture. Elle se compose, comme notre ceinture élastique, de trois parties unies ensemble au moyen de lacets et d'œillets.

Dans nos deux espèces de ceinture quand elles sont destinées à des personnes affectées de hernies ventrales, c'est à dire à l'anneau ombilical, à la ligne blanche, ou tout autre endroit de l'abdomen, nous leur fixons une pelote ronde ou ovale, plate, convexe ou concave, destinée à contenir la hernie réduite si elle rentre en totalité, ou à en empêcher l'augmentation dans le cas où elle serait adhérente.

En général les ceintures ont de la tendance à remonter surtout chez les sujets dont le ventre est peu saillant. Pour remédier à ces inconvénients nous ajoutons deux sous-cuisses en tiran double de peau de mouton chamoisé. Ces sous-cuisses portant à chacune de leurs extrémités des boutonnières, et le bas de la ceinture des boutons pour les fixer, on peut s'en servir ou les supprimer à sa volonté.

Nous avons eu plus d'une fois occasion de reconnaître que nos ceintures abdominales élastiques et ventrières sans

élastique produisent convenablement dans beaucoup d'autres infirmités et maladies que les hernies, des effets salutaires. Elles s'emploient continuellement avec avantage dans l'ascite, la tympanite, les divers engorgements et tumeurs développés dans l'abdomen, les épanchements, les grossesses, surtout chez les femmes dont le ventre est d'un volume excessif, ou bien chez celles où la grossesse se trouve toute portée en avant et en pointe, disposition qui nécessite de la part de la femme une grande courbure de la colonne vertébrale, ce qui donne lieu à de fortes douleurs dans le bas des reins, que la présence du plastron de nos ceintures diminue ou fait cesser totalement.

La pression légère et constante exercée par nos ceintures, a l'avantage, en soutenant la paroi abdominale et les derniers plans des fibres musculaires, d'offrir un point d'appui suffisant à la masse des viscères abdominaux, et de rapetisser la cavité qui les contient. Soutenus de cette manière, ces organes ne portent plus aussi directement sur les régions du bas-ventre, ou sur le fond de la matrice; alors tel ventre, qui souvent descendait jusque sur les cuisses, la femme étant assise, n'offrira plus qu'une saillie et un abaissement d'autant moins grand que la ceinture par sa compression en diminuera le volume. En résumé nos ceintures élastiques conviennent mieux aux personnes maigres et délicates, dont la respiration est laborieuse et difficile, qu'à celles qui ont un certain embonpoint. Ces dernières, si surtout le ventre a acquis certain développement, se trouvent beaucoup mieux de nos ceintures ventrières sans élastique.

Les deux espèces de ceintures dont nous venons de parler, sont construites en soie, bazin, perkale, drap de coton, toile écrue et nankin. Cette dernière étoffe est préférée par le plus grand nombre des malades comme étant la moins salissante (1).

(1) *Voyez* la description de ces deux espèces de ceintures, 5e section du 1er chapitre.

Les ceintures ventrières sans élastiques sont journellement portées avec avantage par les hommes qui ont de l'embonpoint et que l'usage du cheval fatigue. Il nous a également été assuré par des navigateurs que l'usage de ces ceintures a rendu presque nul le mal de mer auquel ils étaient sujets chaque fois qu'ils s'embarquaient. Ce fait nous a d'autant moins surpris, que plusieurs médecins de la marine royale, de nos amis, nous ont dit que dans des cas semblables ils avaient vu à bord diminuer et même cesser les vomissements par suite de compression opérée au moyen de plusieurs tours de bande sur la région épigastrique.

Qu'il existe des hernies ou une grande distension et faiblesse de la paroi abdominale, les ceintures ventrières non élastiques ne doivent pas être très serrées dans les premiers temps que les malades en font usage. Il faut se contenter, pendant plusieurs jours, de soutenir seulement les viscères abdominaux, de peur qu'une trop grande pression, exercée avant qu'ils y soient graduellement amenés, ne donne lieu, chez les sujets pléthoriques, à des congestions sanguines (1).

M. le baron Dupuytren qui, mieux que tout autre, avait été à même d'apprécier nos ceintures élastiques, en a souvent conseillé l'usage à ses malades.

On a cherché à remplacer nos ceintures à ressort d'élastique par des appareils faits en tissu dit de caoutchouc, mais l'expérience démontra l'insuffisance et même les dangers de ce moyen. On s'aperçut bientôt que par suite

(1) Nos ceintures, avec ou sans élastiques, peuvent être établies sur des mesures prises au moyen d'un fil ou d'un petit ruban, dont trois circulairement, et la quatrième verticalement.

Première mesure, elle doit être prise à la hauteur du creux de l'estomac.

Deuxième mesure, au centre de la cicatrice ombilicale.

Troisième mesure, à la hauteur de la symphyse pubienne, en avant et à la hauteur de l'apophyse de la dernière vertèbre lombaire, en arrière.

Quatrième et dernière mesure, elle sera prise dans la direction verticale du creux de l'estomac à la symphyse pubienne.

S'il se trouvait exister des tumeurs herniaires, ou tous autres désordres, il serait convenable d'en indiquer la situation et les caractères.

de la chaleur du corps ce tissu se trouvait tellement relâché qu'après trois ou quatre jours il avait perdu une grande partie de son élasticité, et qu'alors la ceinture étant devenue lâche pouvait finir par abandonner le ventre et tomber même sur les cuisses.

Les filets gommeux minces et grèles ayant éprouvé une grande distension, ne sont plus susceptibles de revenir sur eux-mêmes ; voilà pour l'action mécanique de la ceinture. Examinons à présent pour la santé si les considérations d'hygiène ne doivent pas également faire repousser les tissus en caoutchouc. L'imperméabilité de cette étoffe fait que les parties du corps qui en sont recouvertes se trouvent constamment mouillées. Il est facile de concevoir que les téguments ainsi placés sous l'influence de cette espèce de bain de vapeur, ne peuvent que se relâcher de plus en plus, ce qui augmentera l'inertie des parois abdominales.

Et d'ailleurs l'exhalaison cutanée maintenue par cette étoffe en contact direct avec les tissus de la peau, doit finir par y déterminer de l'irritation et plus tard la désorganisation de l'épiderme.

Les inconvénients que nous venons de signaler, des étoffes imperméables en caoutchouc pour la construction des ceintures abdominales, sont communs au bas ou cuissard destiné à comprimer, aux jambes ou aux cuisses, des veines variqueuses.

§ XXVI. *De la cure des hernies par l'usage du bandage herniaire.*

Le bandage herniaire à ressort que l'on doit considérer comme un moyen indispensable à opposer aux hernies, soit pour en faciliter la guérison, soit pour empêcher leur développement, doit, sans contredit, dans le plus grand nombre de cas, être porté le jour et la nuit. Mais pourtant il est des circonstances où l'on peut s'écarter de cette règle, par exemple chez les sujets adultes qui ne sont que dis-

posés à cette infirmité, par faiblesse résultant du défaut de développement de divers plans de muscles du bas-ventre ou même d'altération congéniale des ouvertures naturelles de cette cavité et qui ne portent de bandage que par mesure de précaution, afin de se mettre à l'abri des hernies et des accidents qu'elles sont susceptibles de produire. Ces personnes, disons-nous, à notre avis, peuvent supprimer le bandage la nuit, et il pourra en être de même des malades adultes dont les hernies peu développées rentrent d'elles-mêmes dans le lit par l'effet seul de la position horizontale. Dans ces deux cas, il convient que les sujets dont il s'agit ne défassent leur bandage qu'après être couchés et le replacent le matin avant de se lever.

Le bandage le plus parfait deviendrait inutile et même dangereux s'il n'était convenablement appliqué. C'est pourquoi les malades ne peuvent apporter trop d'attention au replacement de cet instrument ; ils doivent commencer par s'assurer que la hernie est totalement rentrée. Dans le cas contraire il faudrait procéder de suite à sa réduction.

Comment le malade doit s'y prendre pour réduire lui-même sa hernie et placer son bandage. — S'agit-il d'une hernie peu volumineuse et de formation nouvelle, il suffit pour en obtenir la rentrée de comprimer la tumeur avec la main étant couché sur le dos, en l'aplatissant sur l'anneau inguinal, crural ou ombilical; puis, après que l'on est bien sûr qu'il ne reste plus rien au dehors, le malade prendra son bandage, en passera la partie postérieure sous son dos, à la hauteur de la dernière vertère lombaire, et saisira d'une main la pelote pour la placer sur l'ouverture aponévrotique qui a donné issue à la hernie, tandis que de l'autre main il tirera le bout de la ceinture que termine la courroie en ayant soin de soutenir la pelote de son bandage pour qu'elle ne se porte pas ou trop en haut ou en bas ou en dehors ou en dedans; elle devra s'appuyer par sa partie inférieure, et d'avant en arrière, sur la branche horizontale du pubis, d'à peu près 15 millimètres au-des-

sous du bord inférieur de l'anneau suspubien (1). Alors il arrêtera la courroie au crochet ou bouton que porte la pelote en passant sous la bride de cuivre s'il en existe une; le sous-cuisse aura dû être primitivement attaché, et la courroie par dessus quand il n'existera qu'un bouton à la pelote, car en dessus il courrait risque de se détacher. Mais si la pelote est allongée et qu'elle offre à sa partie inférieure un crochet indépendamment de celui placé à sa partie moyenne, le sous-cuisse devra s'y accrocher en passant sous une petite bride en soie, tenant à la couverture de ladite pelote.

Cette opération terminée il ne reste plus qu'à s'assurer si le bandage contient exactement la hernie. A cet effet, la main sera portée aux parties latérales et inférieures de la pelote, tandis que l'on fera des efforts soit en retenant fortement son haleine et gonflant sa poitrine, soit en toussant ou se mouchant.

Le bandage, quand il est neuf, a besoin d'être resserré au bout de quelques jours, à cause de l'affaissement qu'éprouve sa garniture ; il ne faut donc pas marquer sur la courroie, comme le font quelques malades, l'endroit où le chirurgien l'a placée pour la première fois.

Lorsque l'on est obligé de coucher avec son bandage, s'il laisse trop d'intervalle du côté de la hanche qui lui sert de point d'appui, il faudra le resserrer et avoir soin de le relâcher le matin, avant de se lever.

Le malade doit tâcher de n'être jamais debout, sans avoir son bandage; car cette imprudence l'exposerait à perdre en un moment le bénéfice de légères adhérences,

(1) Arnaud est complètement dans l'erreur quand il dit, à la page 208, tome Ier, de son *Traité des hernies*, ouvrage que, déjà plus d'une fois, nous avons eu occasion de citer, que « le bandage étant fait pour boucher « le trou qui donne passage aux parties, il faut qu'il soit posé directement « sur ce trou et non au-dessous. » Sir Astley-Cooper est tombé dans la même erreur que cet auteur (*).

(*) *Œuvres chirurgicales*, ouvrage cité. Paris, 1837.

commencement des moyens que la nature aurait pris pour la guérison de son infirmité. Selon nous, l'absence du bandage pendant la nuit, dans les cas dont nous avons parlé, ne peut que tourner à l'avantage du malade; car la compression exercée par la pelote du bandage atrophie plus ou moins les téguments sur lesquels elle repose, et gêne la circulation sanguine et lymphatique d'une infinité de vaisseaux capillaires. Si elle n'a lieu que pendant le jour, les téguments pourront reprendre leur souplesse primitive pendant le sommeil du malade.

La présence du bandage herniaire à ressort est pénible dans les premiers temps de son application; mais bientôt cessent les sensations désagréables que l'usage de cet instrument avait fait naître, à moins que sa courbure ne se trouve pas en rapport avec la forme du bassin.

Pour nous rendre compte de la nature de la sensation éprouvée dans les premiers temps par la personne qui commence à porter un bandage, nous nous en sommes placé à différentes reprises. Le premier jour nous éprouvâmes de la douleur et un sentiment de chaleur, tant à l'endroit où portait la pelote, que dans tout le côté du bas-ventre correspondant. Le second jour, ces mêmes accidents continuèrent avec moins d'intensité, et même ils ne se reproduisaient que de temps à autre et à des intervalles qui allaient toujours en augmentant de durée. Le troisième jour tous ces désordres avaient entièrement cessé, et nous dirons même qu'après avoir enlevé le bandage, nous éprouvâmes un malaise dont il nous fut impossible de nous rendre compte.

A l'appui de ce que nous venons de dire, nous citerons le fait suivant : un monsieur qui nous fut adressé par son médecin portait, depuis dix ans, un bandage herniaire pour un varicocèle. Nous eûmes toutes les peines du monde à le décider de cesser l'usage de cet instrument. Ce ne fut que trois mois après qu'il eut par lui-même la conviction que son bandage lui était plutôt nuisible que salutaire.

Dans le cas où la pelote du bandage trop dure viendrait à déterminer de la chaleur à la peau, on placera, sous cette pelote, un coussin fait d'une bandelette de toile de coton neuve, ployée à la manière des compresses à pansement. L'avantage qu'offrent les étoffes de coton sur celles de fil pour la formation de ces compresses, est que les premières coulent et se déplacent moins facilement que les dernières.

Le sujet affecté de hernie doit toujours avoir à sa disposition deux bandages exactement semblables pour qu'en cas d'accidents survenus à celui qu'il porte, il puisse le remplacer de suite, afin que sa hernie soit constamment maintenue. Indépendamment de ce motif, nous dirons que, sous les rapports de santé, il est convenable de changer le soir, en se couchant, son bandage, vu que celui que l'on a porté pendant la journée est plus ou moins pénétré de la transpiration. Dans cet état, maintenu en contact avec les téguments, il peut plus tard finir par donner lieu à l'irritation de la peau, suivie d'une éruption à caractère érysipélateux.

Il ne convient d'abandonner le bandage que quand la hernie est présumée guérie depuis un certain espace de temps, et encore le faire avec précaution. On commencera par le quitter une partie de la journée, puis plusieurs jours de suite, le replacer si l'on doit se livrer à des exercices violents, rester longtemps debout, ou entreprendre une marche longue et soutenue.

S'il arrivait que la réduction d'une hernie volumineuse fût suivie d'accidents graves, tels que des douleurs, nausées, vomissements et de défaillances, il faudrait enlever de suite le bandage que l'on vient de placer, et provoquer par des mouvements brusques et violents une nouvelle sortie de la tumeur herniaire, et alors employer le traitement indiqué contre l'étranglement de l'intestin. Ce que nous venons de dire n'est applicable qu'aux hernies dans la

formation desquelles se trouve l'intestin et non à celle de l'épiploon.

Cas où il convient de comprimer avec le bandage à ressort l'épiploon et le sac herniaire, pour s'opposer à la sortie de l'intestin. — Si après la rentrée totale de la portion du tube intestinal herniée le reste de la tumeur se trouve irréductible, soit par l'épiploon et le sac herniaire adhérent, soit par ce dernier seulement, on pourra sans danger exercer sur ces parties une compression plus ou moins forte au moyen du bandage herniaire à ressort, dont les effets tendront à refouler et à aplatir les parties près de l'anneau inguinal ou crural, et même à les forcer à s'engager dans ces ouvertures. On conçoit facilement que la présence à l'anneau de l'épiploon et du sac herniaire deviendra un obstacle insurmontable à une nouvelle sortie de l'intestin.

Ce mode de compression a quelquefois, au bout d'un temps plus ou moins long, déterminé la rentrée totale de la hernie. Pour mieux atteindre ce but, il faut que, dans le commencement, la pelote du bandage ait une concavité assez grande pour loger les parties saillantes de la tumeur. On la rendra insensiblement moins concave, plate et même convexe, par l'application de coussins destinés à remplir le vide que laissera la hernie dans la pelote, au fur et à mesure qu'elle diminuera. Dans d'autres cas une forte compression sur l'épiploon peut déterminer jusqu'à un certain point l'atrophie des parties de ce viscère situées sous la pelote du bandage. On a vu souvent l'épiploon acquérir assez de densité pour se rapprocher de l'organisation ligamenteuse. Il n'en est pas de même de la partie de cet organe occupant le sac de la hernie situé au dessous de la pelote du bandage. Dans les premiers temps, elle se tuméfie, augmente de volume et finit par s'enflammer. La perte de sa souplesse est l'indication d'un commencement de dégénérescence plus ou moins prononcée, mais rarement fâcheux. Les tumeurs qui en résultent sont-elles petites et à pédicules étroits et resserrés,

elles acquièrent une forme oblongue qui, jointe à leur solidité, établit certaine analogie avec la forme de l'organe testiculaire. C'est peut être de semblables dispositions qui, dans plusieurs circonstances, ont donné lieu à la supposition de l'existence d'un troisième et même d'un quatrième testicule. Nous avons rencontré chez un malade d'un âge avancé, affecté d'une ancienne hernie scrotale du côté gauche, une tumeur de cette nature. Sous les auspices de M. le baron Dupuytren qui nous avait confié ce malade, nous parvînmes à ramollir cette portion d'épiploon et à la faire rentrer dans le ventre après lui avoir rendu sa souplesse et sa forme primitives.

Les moyens thérapeutiques auxquels nous eûmes recours pendant plusieurs mois que dura le traitement, consistèrent en des bains locaux et généraux, des applications émollientes sur le scrotum et le repos dans le lit. Après la rentrée de cette épiplocèle dans le ventre, elle fut facilement contenue par le bandage que nous plaçâmes au malade (1).

La cure des hernies par le bandage a lieu dans des proportions beaucoup plus grandes, quand à l'usage de cet instrument on ajoute les bains froids de mer ou de rivière, les douches d'eau froide (2), et tout autre moyen susceptible d'augmenter la force de contraction des divers plans musculaires de l'abdomen, en favorisant le rapprochement et le resserrement de leurs parties fibreuses.

Avantage que l'on retire de la situation horizontale, du régime et de la compression dans le traitement des hernies volumineuses et adhérentes. — Dans les hernies adhérentes ou irréductibles par suite du développement trop considérable des viscères au dehors des ouvertures qui leur ont livré passage, nous avons souvent obtenu la

(1) 74e observation, 7e section, chap. III.

(2) *Voyez* le *Traité des hernies* d'Arnaud. Paris, 1749, tome 2, page 135; et la 108e observation du présent Mémoire, 11e section, chap. III.

réduction partielle et même complète de la tumeur par le repos dans le lit, c'est à dire la position horizontale soutenue pendant plus ou moins de temps, combinée avec des compressions plus ou moins fortes exercées par le bandage herniaire à ressort d'acier.

Pendant tout le temps du traitement dont nous venons de parler il faut le plus souvent possible par des manœuvres convenablement dirigées, essayer la réduction des diverses parties d'organes contenues dans la tumeur herniaire, on doit avoir soin de les reporter dans la cavité abdominale dans l'ordre inverse de leur sortie.

Dans un cas de développement considérable de l'épiploon ayant eu lieu dans une tumeur herniaire, nous avons eu à nous louer de l'emploi des préparations mercurielles administrées intérieurement et par friction. Ces moyens ont tellement déterminé la diminution de cette membrane, qu'au bout de quelques semaines il a été possible de réduire la hernie et de la contenir dans le ventre par le bandage herniaire (1). Dans d'autres circonstances où le sac et une portion d'épiploon se sont trouvés irréductibles, la compression sur la tumeur a pu être exercée sans faire éprouver le moindre dommage à l'anse d'intestin réduite (2).

Les hernies, en général, sont moins graves chez les enfants que chez les adultes et les vieillards; elles se guérissent plus promptement et en plus grand nombre chez ces premiers individus, par l'usage du bandage herniaire. Ces maladies, dans les premières années de la vie, sont faciles à réduire et à contenir, à moins qu'elles ne soient le résultat de la sortie de l'appendice cœcal.

Proportion dans laquelle a lieu la guérison des hernies par l'usage du bandage herniaire à ressort chez les enfants, chez les adultes et chez les vieillards. — On peut estimer que chez les enfants avant la puberté, le bandage herniaire

(1) 25e observation, 3e section, chap. III.
(2) 11e observation, 2e section, *ibid.*

en guérit au moins les trois quarts; dans l'âge adulte et l'âge viril, en admettant que les hernies soient de formation récente et que leur production soit le résultat de causes accidentelles, la guérison a lieu au bout d'un temps plus ou moins long, dans la proportion des deux tiers. Plus on avance en âge et moins il doit exister d'espérance de voir disparaître les hernies; aussi ne comptons-nous pour les sujets au dessus de quarante ans, qu'un dixième de guérisons; et encore le bandage ne doit pas moins être constamment porté par eux pour empêcher le retour de la tumeur et le développement des accidents dont nous allons bientôt avoir occasion de nous occuper.

Les hernies, chez les adultes, sont en général peu volumineuses quand aucun accident ne les complique, elles rentrent d'elles-mêmes dans le ventre aussitôt que le malade est couché, tandis que chez les vieillards elles sont assez ordinairement volumineuses et compliquées au point que, chez les individus du sexe masculin, elles descendent plus ou moins dans le scrotum.

L'épiploon, en général, conserve assez bien la forme que lui a imprimée l'ouverture de la paroi abdominale à travers laquelle il était sorti. On a vu quelquefois des portions de ce viscère qui, rentrées dans le ventre dans un état plus ou moins grand d'atrophie, ont exercé sur les intestins situés dans leur voisinage, une compression assez forte pour les irriter et même, dans quelques circonstances, déterminer le développement d'accidents graves, tels que des adhérences entre les diverses parties du canal intestinal, ou de ce viscère avec l'épiploon.

Que de semblables désordres persistent après la réduction de la hernie, qu'ils se soutiennent pendant plusieurs mois et même plusieurs années, on conçoit qu'ils rendront les fonctions de l'appareil digestif difficiles et pénibles.

§ XXVII. *Hernie sous-claviculaire du poumon. Sujet du sexe féminin.*

La hernie du poumon, que les pathologistes ont désignée sous le nom de *pneumocèle*, est très rare et très fâcheuse en raison des troubles qu'elle apporte dans les fonctions des organes de la respiration. Une toux fatigante et sans expectoration se manifeste promptement; elle est suivie d'hémoptysie plus ou moins abondante et de plus ou moins longue durée. La seule hernie de cette nature que nous ayons été à même de traiter, appartenait à un sujet du sexe féminin. Son siège était sous la clavicule droite. La tumeur qui en résultait, arrondie, mollasse, indolente et réductible, offrait de grandes variétés par rapport à son volume, suivant que l'air la pénétrait ou l'abandonnait. Mais pourtant elle ne dépassa jamais la grosseur d'une noix ordinaire. La peau qui la recouvrait avait la couleur des téguments environnants. Comprimée par le doigt, la hernie disparaissait lentement et sans faire éprouver de douleur à la malade.

La réunion de ces divers symptômes ne pouvait nous laisser aucun doute sur l'existence d'une hernie sous-claviculaire du poumon. La connaissance de ce fait nous fit disposer un appareil propre à exercer la compression sur l'endroit de la poitrine où existait la tumeur herniaire (1). Par suite de l'usage de notre bandage dont la forme lui permettait d'obéir à tous les mouvements du corps, les accidents cessèrent promptement, et douze jours après son application, la hernie avait complètement disparu pour ne jamais se reproduire. Le bandage fut porté pendant un an le jour seulement.

Plusieurs années après cette guérison, nous eûmes occasion de revoir cette personne, dont la santé était dans l'état le plus brillant possible. Aux diverses questions que

(1) Pour la description de cet appareil, voir la 5e section, chap. Ier.

nous adressâmes à la malade pour connaître l'origine de cette hernie, elle nous dit qu'elle ne pouvait rapporter à aucune cause appréciable la formation de cette tumeur qui, longtemps avant que d'être visible au dehors, avait dérangé sa santé (1). Nous sommes porté à croire que cette hernie a eu lieu par dilatation des muscles et des parties de la paroi abdominale qui lui correspondent. Ce fait est en opposition avec l'opinion de Sabatier, qui regarde les hernies de l'organe de la respiration comme ne pouvant avoir lieu qu'à la suite d'une plaie, lorsque les muscles intercostaux ont été divisés (2). Mais pourquoi leurs fibres musculaires ne s'écarteraient-elles pas, comme font celles des muscles abdominaux du bas-ventre?

§ XXVIII. *Hernie étranglée de l'iris à travers la cornée; jeune fille de neuf ans.*

Les hernies de l'iris à travers la cornée, connues sous le nom d'*hilon* ou *cératocèle*, ne peuvent avoir lieu qu'à la suite d'une lésion de cette dernière membrane, presque toujours déterminée par une action contondante, comme dans le fait unique que nous avons rencontré sur une jeune fille de sept à huit ans. C'était à travers la solution de continuité résultant d'un coup violent que l'enfant se donna dans le pène d'une porte, que nous trouvâmes engagée une partie de la membrane de l'iris; cette partie, fortement comprimée par les bords de la plaie, ne tarda pas à s'enflammer et à se tuméfier en formant sous la paupière une tumeur qui d'abord la souleva, puis s'affaissa et finit par disparaître par suite de la portion de l'iris étranglée, qui se détachait après sa mortification.

Traitement. — Dans cette espèce de hernie, l'inflammation de l'œil est vive; pour la combattre, il faut em-

(1) 13e observation, 2e section, chap. III.

(2) *Voyez* la *Médecine opératoire*, de Sabatier, édition de Sanson et Bégin, tome 3, page 412. Paris, 1824.

ployer une médication antiphlogistique sagement dirigée d'après l'intensité et la gravité des accidents inflammatoires, sans quoi on exposerait son malade à perdre cet organe si précieux. C'est à l'emploi de ces moyens que nous avons dû le rétablissement de la santé et de la conservation de l'œil de la malade, qui aujourd'hui est âgée de dix-sept à dix-huit ans. Cet œil, qui a pris le même accroissement que celui qui lui est opposé, n'offre qu'une légère difformité par la cicatrice de la plaie de la cornée, qui ne s'étend plus qu'au tiers de la prunelle (1).

§ XXIX. *De l'engouement ou accumulation de matières stercorales dans la portion d'intestin herniée.*

Cet accident est celui qui survient le plus ordinairement chez les vieillards, aux hernies anciennes, volumineuses et non réductibles. Il s'annonce par des douleurs plus ou moins vives, se manifestant quelques heures après le repas. Ces douleurs peuvent être augmentées par une longue station, la marche forcée, des efforts violents. Dans ce cas elles sont suivies de nausées, de vomissements accompagnés d'un sentiment intérieur de faiblesse et même de défaillance. Ces accidents sont le résultat de la gêne qu'éprouve l'intestin incarcéré : alors la hernie a augmenté de volume. Elle est plus rénitente, plus sensible que dans son état ordinaire. Au toucher il est facile de s'assurer qu'elle est remplie de matières stercorales ou gazeuses, lesquelles ayant considérablement distendu l'intestin, ne peuvent que très difficilement passer dans le bout intérieur du canal digestif. Les matières contenues dans l'anse d'intestin sont encore susceptibles, tant qu'elles offrent un état de mollesse, de se déplacer en remontant de la hernie dans le ventre.

Lorsque les embarras intestinaux qui constituent l'engouement sont violents, les accidents acquièrent plus d'in-

(1) 64e observation, 6e section, chap. III.

tensité et sont plus difficiles à dissiper. Qu'une grande quantité de matière fécale arrive à la fois dans les parois d'intestin dont la tunique est déjà affaiblie, comme cela a lieu dans les hernies anciennes et volumineuses, que ces matières séjournent dans la hernie assez de temps pour que l'humidité qu'elles contiennent s'y absorbe par la chaleur des tuniques de cet organe; alors, devenues dures et bosselées, elles ont distendu l'anse d'intestin hernié autant qu'a pu le lui permettre son extensibilité, la résistance du sac herniaire ainsi que celle des parties qui l'avoisinent. Le cours des matières fécales d'abord ralenti se trouve bientôt arrêté, et le bout supérieur de l'intestin partage l'extension et l'irritation de celui qui forme la hernie. Celle-ci, molle d'abord, devient bientôt d'autant plus résistante que sa distension fait plus de progrès. Les douleurs, obscures dans le principe, acquièrent graduellement plus de violence, les coliques surviennent et s'étendent successivement de la tumeur au reste du ventre.

Dans un grand nombre de cas, le développement des accidents dans l'engouement, surtout chez les vieillards, comme nous l'avons dit, marche avec une extrême lenteur, ce qui permet au praticien, pour le combattre, d'essayer avec le taxis l'emploi de divers moyens thérapeutiques.

Il ne faut pas confondre avec l'engouement ces tumeurs herniaires irréductibles par suite du développement des organes qui les composent, malgré la rareté des garde-robes et même leur suppression totale pendant plusieurs jours. Le repos dans le lit, la diète, l'usage des boissons délayantes, et quelquefois l'emploi de purgatifs doux, suffisent le plus ordinairement pour rétablir la liberté du ventre. Quand, dans de semblables tumeurs, l'épiploon est considérable, on peut se permettre sur la hernie des frictions avec l'onguent napolitain pour la diminuer de volume (1).

(1) 25e observation, 3e section, chap. III.

Sous les yeux du baron Dubois, de feu son gendre Béclard et du docteur Cornac, nous avons traité un vieillard de quatre-vingt-deux ans d'une hernie engouée. Ce ne fut que le vingt-septième jour que nous fûmes assez heureux pour triompher de cet accident (1).

Traitement. — Pour combattre et faire cesser l'engouement le praticien doit chercher à rendre aux matières stercorales leur cours habituel sans pourtant déterminer ou augmenter l'irritation de l'estomac et du tube intestinal situé entre lui et la tumeur herniaire. On doit donc se garder d'administrer par la bouche, comme l'ont conseillé quelques praticiens, des purgatifs ou même des boissons stimulantes, car de semblables moyens ne pourraient qu'augmenter l'embarras de la partie supérieure du canal digestif, l'irriter et provoquer une abondante sécrétion de mucosités qui rendrait plus considérable la distension de cet organe. Si quelquefois les purgatifs ont provoqué jusque dans la hernie des contractions salutaires de l'intestin pour dégager les parties de ce viscère pincées ou étranglées, c'est probablement que l'engouement n'était pas complet. il eût peut-être cédé de lui-même à tout autre moyen.

Quoi qu'il en soit, dans le plus grand nombre de cas, les purgatifs ont été inefficaces pour le but que l'on se proposait, et au contraire leur action a presque toujours augmenté les phlogoses intestinales et péritonéales ; de telle sorte qu'après leur administration les accidents inflammatoires ont marché avec une si fâcheuse rapidité, que l'opération même de la hernie n'a pas toujours pu sauver le malade.

L'embarras intestinal dont nous venons de parler cède assez ordinairement au repos dans le lit, à l'usage des boissons délayantes, de lavements plus ou moins irritants, de légers laxatifs, des frictions et pressions exercées sur la tumeur que l'on doit maintenir autant que possible plus éle-

(1) 83e observation, 8e section, chap. III.

vée que le bas-ventre par le moyen de coussins ou oreillers passés sous le bassin du malade. Quant aux topiques chauds et relâchants, ils ne doivent être employés que dans les cas d'irritation inflammatoire vive et soutenue de l'intestin, c'est à dire dans l'étranglement inflammatoire des jeunes sujets; car, dans l'engouement chez les vieillards, ces topiques, en raison de leur température, ne laisseraient pas que d'accroître l'inertie déjà si fâcheuse des parois de l'intestin. Le volume de cet organe se trouverait encore augmenté par la dilatation des gaz qui pourraient s'y trouver renfermés.

Les boissons rafraîchissantes et délayantes que l'on pourra faire prendre au malade en petite quantité à la fois sont du petit-lait, du bouillon de veau, de poulet, des infusions de violette, de tilleul, l'eau gommée, etc.; les fomentations fortifiantes et astringentes de noix de galle, de cyprès, d'écorce de grenade, de fleurs de camomille, de mélilot, d'alun, de muriate de soude bouilli dans de l'eau de forgeron ou dans du gros vin rouge, la boue de rémouleur, etc., ont souvent admirablement réussi pour faire cesser l'engouement.

Application de glace sur la tumeur herniaire. — Lorsqu'on applique la glace, il faut la renfermer pilée ou divisée en petits morceaux dans une vessie de porc de dimension capable de couvrir seulement la tumeur et non l'anneau inguinal ou autre ouverture par laquelle s'est opérée la sortie de la hernie, la laisser ainsi vingt-cinq ou trente minutes, en l'ôtant essayer la réduction par le moyen du taxis soutenu pendant une demi-heure, trois quarts d'heure et même une heure.

Refroidissement artificiel.— On peut, à défaut de glace, produire le refroidissement de la tumeur herniaire engouée au moyen d'un mélange de sel ammoniac et de nitrate de potasse réduit en poudre. Ces deux substances devront être mélangées en parties égales, alors trois hectogrammes de ce mélange suffirait pour cinq hectogrammes d'eau renfer-

mée dans une vessie, comme nous l'avons précédemment dit pour la glace pilée. Le degré de froid par la température la plus élevée de nos climats descendra au dessous du degré de congélation de l'eau. Le nitrate d'ammoniaque mélangé avec une quantité d'eau égale à son poids, produit à peu près un même abaissement de température.

Si ces moyens auxquels on pourra revenir à plusieurs reprises durant douze à quinze heures, ne produisent pas de diminution sensible dans le volume de la hernie, il faut les abandonner, de crainte que leur application trop longtemps soutenue ne détermine dans les organes herniés une réaction d'autant plus fâcheuse qu'elle hâterait inévitablement le développement d'une violente inflammation des parties contenues dans la tumeur, laquelle pourrait, ainsi que la peau qui la recouvre, éprouver, par une application de glace prolongée pendant un trop long espace de temps, un état de congélation promptement suivi d'atonie et de gangrène, s'étendant jusqu'au propre tissu de l'intestin hernié.

L'application des liquides, dont nous avons parlé, se fait sur la tumeur, au moyen de larges compresses, ou serviettes de linge fin en partie usé. Dans certains cas, on peut, avec des fomentations émollientes, ainsi qu'avec des cataplasmes de même nature, produire le ramollissement des matières stercorales contenues dans la portion d'intestin hernié; dans d'autres circonstances, ces moyens peuvent hâter la désorganisation des tuniques de l'intestin. On peut également avoir recours aux ventouses sèches, mais seulement sur l'anneau ou à sa partie supérieure, jamais sur la tumeur, à moins qu'il ne s'agisse de rappeler au dehors une ancienne hernie, dont une partie serait étranglée dans le bas-ventre. Au moment où le vide produit dans la cloche a lieu, et que les téguments se trouvent fortement soulevés, on doit essayer de nouvelles tentatives de réduction. Nous devons convenir que ce moyen ne change pas d'une manière bien sensible la disposition de la hernie.

Nous l'avons employé plusieurs fois dans des cas d'engouement, sans en avoir retiré de résultat satisfaisant. L'embarras qui persiste dans l'engouement, lorsque l'on redoute l'inflammation de l'intestin, exige l'emploi le mieux dirigé des plus puissants moyens thérapeutiques. Si la phlegmasie est lente dans sa marche, et que les phénomènes auxquels elle donne lieu soient peu alarmants, on peut croire que leur production appartient seulement à l'accumulation de substance étrangère dans le tube intestinal. Dans ce cas, il faut d'abord recourir aux moyens précédemment indiqués ; s'ils sont impuissants, dans l'intention de provoquer des contractions péristaltiques dans la portion du tube intestinal située au dessous de la hernie, avoir recours à des lavements plus ou moins stimulants.

Lavements et fumigations de tabac. — Plusieurs grands chirurgiens ont recommandé de donner dans l'engouement et même dans l'étranglement aigu des lavements avec la décoction de tabac en feuilles : ce moyen, dans certains cas, agit de la manière la plus favorable, en produisant un accablement extrême. Le pouls devient faible et fréquent; le corps se couvre d'une sueur froide, enfin le relâchement général est tel, que le malade éprouve la plus grande difficulté à contracter les muscles volontaires.

Dans cet état il suffit presque toujours d'une pression très légère pour réduire la hernie, malgré qu'elle ait résisté à des efforts considérables employés par le médecin. L'effet du tabac diminue tellement la force du cœur, que le pouls peut à peine être senti au poignet. On conçoit, d'après un tel phénomène, quelle doit être la réserve du médecin dans l'emploi de cette substance ; car il faut convenir que, dans un pareil état, les hernieux sont bien près de leur fin. Cooper qui, en Angleterre, avait eu souvent à se louer de ces lavements, faisait infuser pendant dix minutes un gros de tabac dans quinze onces d'eau; pourtant il conseille lui-même de débuter par l'administration d'un demi-gros de ce végétal, et d'y revenir à dose

égale une heure après, si le premier lavement n'a pas agi d'une manière bien prononcée (1).

Quant à la fumée de cette plante que Richter (2) conseille et regarde même comme un remède souverain, introduite dans l'intestin, et y restant pendant un temps plus ou moins long, elle trompe souvent l'attente du médecin; du moins nous l'avons employée dans plusieurs circonstances, à l'aide d'un appareil fumigatoire très bien disposé, sans en avoir obtenu le plus léger avantage. Il en est à peu près de même des suppositoires âcres faits avec le savon et l'aloès: donc, le séjour dans l'intestin rectum ne produit de l'irritation qu'au voisinage de son sphincter. On pourrait peut-être tirer quelque avantage des douches ascendantes plus ou moins fortes portées dans l'intestin rectum.

La répétition fréquente de l'engouement, les indigestions, les irritations gastro-intestinales qui les suivent, entraînent souvent après eux l'amaigrissement du sujet et la diminution graduelle de ses forces. Chez certains malades, où des hernies de cette nature ont été mal soignées ou abandonnées à elles-mêmes, il en est souvent résulté des gastro-entérites chroniques, suivies d'affaissement considérable, terminées par un état de marasme plus ou moins complet.

§ XXX. *De l'étranglement de l'intestin.*

Après l'engouement, vient l'étranglement inflammatoire aigu qui quelquefois est la suite de ce premier accident.

Les irritations gastro-intestinales qui sont propagées le long du canal digestif jusqu'à la portion incarcérée, y déterminent des phénomènes d'autant plus graves que cette portion était déjà sous l'influence d'une irritation extérieure

(1) *Voyez* les *OEuvres chirurgicales* de sir Astley-Cooper, traduction française. Paris, 1837.

(2) *Voyez* son *Traité des hernies*, traduction de Rougemont. Paris, 1788.

plus ou moins vive. Nous ne parlerons pas des étranglements bilieux, muqueux et surtout spasmodiques qu'admettait Richter (1).

Toutes les fois qu'on est appelé à examiner une hernie étranglée, il faut commencer par chercher à se faire une idée précise du siège de la constriction exercée sur les viscères, d'autant plus qu'elle peut avoir lieu dans tous les endroits où les organes qui forment la tumeur s'y trouvent resserrés. Dans les hernies nouvelles qui ont eu lieu spontanément, elle dépend presque toujours de la rétraction des fibres aponévrotiques qui embrassent les viscères. Mais si la hernie est ancienne, les bandes fibreuses sont trop affaiblies pour produire une action semblable. C'est donc de l'épaisseur et de la solidité du col du sac que dépend la compression des organes herniés. Quelquefois, l'ouverture aponévrotique et le collet du sac peuvent concourir ensemble à la constriction des viscères.

Les intestins sont-ils incarcérés, fatigués, dilatés et irrités par les matières stercorales qu'ils contiennent, ils finissent d'ordinaire par s'enflammer. C'est alors qu'ils réagissent contre les parois du sac, et, si son col se trouve comprimé ou même étranglé par ces parties, la tumeur, d'indolente qu'elle était auparavant, devient promptement sensible et douloureuse.

Cette espèce d'étranglement peut résulter du rétrécissement du sac dit *en chapelet*. On appelle ainsi celui où les ouvertures de communication sont multiples et ont éprouvé, dans leur orifice, des déchirements qu'il n'est pas rare de voir communiquer à la tunique vaginale ou à la propre cavité des hydrocèles qui s'y développent.

Indépendamment de constrictions exercées sur l'intestin, son inflammation vive et aiguë peut résulter de la

(1) Richter supposait que l'étranglement spasmodique résultait d'une espèce de resserrement très actif des fibres aponévrotiques sur les parties qu'elles embrassent, ou la contraction momentanée des propres membranes de l'intestin. Les modernes ont fait justice de cette erreur.

présence de vers intestinaux, de brides, d'adhérence de l'intestin à l'épiploon ou à la paroi du sac, de coups reçus sur la hernie, de la présence dans la tumeur de corps étrangers aigus, tels que seraient une arête de poisson, un fragment d'os, une aiguille, une épingle, des noyaux de cerise ou de prune avalés par le malade.

L'entortillement de l'épiploon autour de l'intestin ou même de ses propres appendices, sa compression par des tumeurs squirrheuses dont la formation serait due à l'épiploon, une anse d'intestin qui se trouverait coiffée par une espèce de lame épiploïque, sont également des causes susceptibles de donner lieu à l'étranglement.

L'intestin peut encore s'étrangler en s'engageant dans des déchirures de l'épiploon, ce qui arrive assez ordinairement aux hernies anciennes et volumineuses. Cet accident, quand il se développe dans la cavité abdominale prend le nom d'*étranglement interne.* Il est presque toujours mortel, car l'opérateur ne peut souvent l'atteindre, bien qu'il ait opéré par le bistouri, la plus grande dilatation possible de l'anneau inguinal. M. Dupuytren en a rencontré de quinze espèces différentes dont la principale avait eu lieu à la suite de réduction en bloc.

Arrive-t-il au sujet affecté de hernie un accident résultant d'un effort pendant lequel de nouvelles parties d'intestin se trouvent poussées dans la tumeur, alors l'ouverture abdominale, le collet du sac ou toute espèce de rétrécissement accidentel de l'enveloppe de la hernie, se laissent momentanément distendre pour admettre ce surcroît de matière; mais, en revenant aussitôt sur eux-mêmes, ils compriment avec d'autant plus de force les nouvelles parties qu'ils viennent de laisser passer, que le volume de la nouvelle tumeur est plus considérable.

Les efforts de toute nature sont susceptibles de produire de semblables effets, tels que la toux, les chutes, les vomissements. En général, toutes les actions propres à déterminer l'apparition des hernies spontanées sont des

causes qui provoquent l'étranglement de celles déjà existantes.

La combinaison de ces diverses dispositions démontre la variété et les modifications dont sont susceptibles les hernies.

Marche de l'étranglement. — Quelle que soit la cause qui ait déterminé la phlogose, une fois que l'étranglement est établi, des accidents de la plus haute gravité se développent en se dessinant graduellement de la manière suivante : la hernie devient de suite le centre de vives douleurs. Elles sont tellement ressenties dans l'intestin, que le malade refuse de se laisser toucher; la tumeur se durcit en augmentant plus ou moins de volume. La peau qui la recouvre, lisse et tendue, dans quelques cas rouge et enflammée, resserrée et contractée, partage promptement la sensibilité du ventre qui est telle que quelquefois la plus légère pression des doigts sur la tumeur, et même le seul poids des couvertures ne peut être supporté par le malade.

Les hoquets et les vomissements ne tardent pas à se déclarer. Ils se succèdent avec la plus grande rapidité. L'agitation se manifeste quelquefois d'une manière si extrême, que la raison du malade se trouble, et il survient un délire plus ou moins furieux. Le pouls, qui jusqu'alors offrait à peine quelque altération, devient dur, vif, fréquent; le visage porte l'empreinte de la souffrance et parfois de la stupeur. Les accidents se dessinent plus promptement chez les sujets adultes que chez ceux qui sont dans un âge avancé et d'une constitution peu irritable, soit que, chez ces derniers, l'ouverture abdominale et le col de la hernie, par leurs dimensions, interrompent plus difficilement le cours des matières intestinales, soit que l'intestin se trouve moins disposé à l'inflammation; mais aussi, une fois qu'elle est survenue, les progrès sont d'autant plus rapides que les parties engouées contiennent plus de substance irritante susceptible de se putréfier.

Comme nous l'avons dit, les fonctions intellectuelles, d'abord troublées, finissent par être suspendues; alors les défaillances deviennent fréquentes; elles sont presque toujours la suite de vomissements de matières stercorales. Après qu'elles ont été expulsées, le malade peut éprouver quelques instants de calme, quelquefois accompagnés d'affaissement et de sommeil dont il est réveillé brusquement par des coliques ou par le besoin de vomir. Les boissons ne le soulagent qu'en ce qu'elles rendent les vomissements plus faciles. Il n'est pas rare de voir continuer les contractions de l'estomac et des intestins dont les mouvements antipéristaltiques deviennent plus vifs, plus violents et plus intenses.

Les matières stercorales rendues par la bouche sont jaunâtres, liquides et entremêlées de substance alimentaire non encore altérée, si l'accident de l'étranglement a eu lieu quelque temps après le repas. Leur aspect et l'odeur qui s'en dégage ont un degré d'autant plus élevé qu'elles proviennent d'un point du canal digestif plus éloigné de l'estomac.

D'ordinaire la constipation, qui a commencé dès le début de l'étranglement, se soutient pendant ces différentes périodes, ce qui n'est pourtant pas toujours observé dans les cas de phlogose lente, où la constriction exercée sur l'intestin est peu considérable, ni dans les étranglements dans lesquels une partie seule du tube du canal intestinal se trouve comprimé par le collet du sac ou par l'ouverture des parois abdominales.

Malgré ce que nous venons de dire, il n'est pas moins vrai que dans plusieurs cas de constipation absolue, suivie d'accidents mortels, il n'existait qu'un simple pincement d'un appendice intestinal. L'absence de la constipation est toujours une circonstance des plus heureuses pour la malade, puisque telle petite que soit la quantité des matières qui peuvent passer à travers l'obstacle, l'engorgement du bout supérieur de l'intestin s'en trouve d'autant diminué.

L'agitation dans ce cas est moins grande, les nausées et les vomissements moins fréquents et moins violents.

L'inflammation aiguë, soit qu'elle résulte de l'étranglement, soit qu'elle se complique, a une marche d'autant plus rapide dans le développement des phénomènes tant locaux que généraux que le sujet est plus jeune, plus vigoureux, plus sanguin, plus irritable, et que l'intestin se trouve plus fortement serré. Les vieillards en général sont moins susceptibles d'éprouver l'inflammation aiguë. Chez eux cet accident n'est qu'une suite et même une complication de l'engouement dont nous avons déjà eu occasion de parler.

Les inflammations dont l'épiploon est le siége dans les hernies, sont beaucoup plus rares que celles de l'intestin, parce que les causes d'irritation qui agissent sur cette membrane sont moins directes en raison de ses fonctions et de son organisation mollasse, graisseuse, dépourvue de gros vaisseaux sanguins et de fibres musculaires ; que l'inflammation de ce viscère suive ou précède l'étranglement, dans l'un ou l'autre cas les symptômes ont moins de violence et de gravité que lorsque le canal intestinal est affecté. Cependant la douleur et le gonflement de la hernie se manifestent; le ventre se tend et devient sensible à la plus légère compression; mais le canal intestinal qui n'est affecté que sympathiquement continue à exécuter plus ou moins bien ses fonctions. La constipation est rarement complète et opiniâtre. Les vomissements ne contiennent presque jamais de matière stercorale. Le pouls est moins petit, et en général les forces du malade moins abattues que dans l'inflammation primitive de l'intestin.

L'étranglement produit des effets également remarquables, tant sur les parties comprimées que sur les tissus exerçant la constriction : les premiers se tuméfient de plus en plus, ils deviennent d'un rouge foncé et même noir. Toutes les membranes de l'intestin et surtout la muqueuse partagent cette coloration ; une exhalaison sanguine que

l'on pourrait comparer, pour l'odeur, à celle que l'on rencontre quelquefois à la suite des entérites aiguës s'échappant de la cavité abdominale.

L'intestin, par suite de sa tuméfaction, distend d'une manière assez violente le contour des ouvertures abdominales ou les rétrécissements du sac herniaire qui l'embrassent. Ces parties éprouvent autant de dommage de la distension dont elles sont le siége qu'elles en font éprouver à la portion d'intestin qu'elles compriment; aussi leur inflammation qui succède, dans un grand nombre de cas, à celles des organes étranglés, s'étendent jusqu'à la peau, qui alors devient rouge et tuméfiée.

La gangrène vient-elle à se déclarer, elle frappe assez ordinairement les organes comprimés et les parties comprimantes.

Que la constriction de l'intestin soit regardée comme primitive ou secondaire, le traitement n'en doit pas moins commencer par l'emploi des antiphlogistiques, seul moyen propre à combattre et à arrêter, quand il est possible, l'irritation à son début.

Traitement de l'étranglement. — Dans l'étranglement aigu il convient d'avoir de suite recours aux bains chauds, aux demi-bains émollients et calmants, aux lavements et cataplasmes de même nature, aux saignées locales et générales, aux embrocations narcotiques huileuses, etc. Ces divers moyens doivent être employés dans un ordre convenable. Nous avons l'habitude de commencer au début des premiers symptômes de l'étranglement par faire placer le malade dans un bain naturel, modérément chaud, c'est à dire de 27 à 28 degrés thermomètre Réaumur; on doit choisir une baignoire assez large pour que les manœuvres du chirurgien, dont nous parlerons plus tard, puissent s'exécuter avec facilité. Si la tumeur est scrotale, grosse et volumineuse, on aura soin de placer au fond de la baignoire, entre les cuisses du malade, un petit banc ou

coussin recouvert d'une serviette, sur laquelle devra s'appuyer la hernie pendant tout le temps que le malade restera dans le bain.

On essaiera, de demi-heure en demi-heure, de réduire la tumeur par le moyen du taxis. Si au bout de plusieurs heures l'étranglement continue, le malade sera retiré du bain, et, dès qu'il sera dans son lit, le chirurgien devra recommencer les tentatives de réduction. Si elles sont encore infructueuses, on fera des espèces d'embrocations sur le bas-ventre à l'endroit de l'étranglement et sur la tumeur même avec des substances narcotiques, telles que le laudanum ou toute autre préparation analogue.

Il faut laisser de côté dans la hernie étranglée les applications de glace et les ventouses. Ces moyens qui peuvent convenir dans l'engouement, comme nous l'avons dit précédemment, ne pourraient, dans le cas dont il s'agit, qu'augmenter les accidents au lieu de les diminuer. Il en est de même des lavements irritants. Les émollients avec la décoction d'herbes émollientes, de bouillon de fraise de veau ou d'eau tiède et d'huile, doivent seuls être employés. Les bains de siége faits avec de l'eau dans laquelle auront bouilli les herbes émollientes et narcotiques, telles que la mauve, la morelle, le pavot, la laitue, la racine de guimauve, etc., sont très convenables quand la tumeur herniaire est parcourue par des douleurs lancinantes.

Saignée au bras. — Si la combinaison de ces divers moyens n'a pas fait cesser les accidents inflammatoires, il convient d'ouvrir la veine, en pratiquant une large saignée au bras qui se trouve du côté de l'étranglement. On laissera couler le sang autant que possible, et si le malade venait à éprouver une défaillance assez longue pour donner lieu au relâchement général des muscles du bas-ventre, il faudra se hâter de profiter de cet état pour tenter la réduction de la hernie. Il nous est arrivé plusieurs fois, dans des circonstances semblables, de l'obtenir spontanément.

Application de sangsues sur la tumeur herniaire. —

Dans le cas où, après avoir plusieurs fois ouvert la veine, les accidents inflammatoires persistent, il faut de suite appliquer douze à quinze sangsues à l'endroit le plus douloureux de la tumeur ou du bas-ventre, c'est à dire le plus près possible du siége de l'étranglement. A la chute de ces annélides, il faut recommencer des tentatives de réduction, sans avoir égard aux souffrances que déterminerait pour le malade l'opération du taxis, en raison des petites plaies résultant de la piqûre de ces animaux. Puis on placera sur les parties saignantes un cataplasme émollient de grandeur convenable pour envelopper toute la tumeur, et même l'étendre assez largement sur le bas-ventre. Si la hernie n'était pas rentrée, ou que l'irritation fût vive et douloureuse, on répandrait sur le cataplasme quelques gouttes de laudanum; puis on le saupoudrerait avec la fleur de safran.

Les embrocations de laudanum seul ou mêlé à d'autre substance narcotique, sont également convenables. L'emploi de cette médication diminuera promptement la violence des accidents dans la tumeur, et arrêtera l'inflammation des piqûres de sangsues, en calmera de suite la douleur, dont elles sont le siége.

Il ne faut pas craindre d'insister sur l'emploi réitéré de la saignée ou des sangsues. On doit y revenir, autant que pourra le permettre la force du sujet et l'intensité des symptômes.

La bouche est-elle sèche, le pouls élevé, on pourra, pendant tout le traitement, soit de l'engouement, soit de l'étranglement, permettre au malade, pour le rafraîchir, quelques boissons légèrement acidulées, prises en petite quantité à la fois. Si leur introduction, en chargeant l'estomac, donnait des envies de vomir, on se contentera de quelques cuillerées de gelée de groseille, à la dose d'une cuillerée à café, de deux heures en deux heures, en recommandant au malade de garder cette confiture dans la bouche le plus longtemps possible. Si l'état du malade le permet, on pourra essayer des boissons rafraîchissantes et

délayantes que nous avons conseillées dans le traitement de la hernie engouée.

Le docteur Delamontagne conseille d'employer, pour la réduction des hernies étranglées, des lotions ou douches d'eau chaude (1). Nous ne croyons pas qu'un tel moyen puisse, dans l'étranglement aigu, agir d'une manière assez puissante pour le faire cesser, quand surtout les bains chauds et les cataplasmes émollients, à une certaine température, ont échoué.

Les cures nombreuses que nous avons obtenues de hernies par les douches ascendantes d'eau froide (2), nous portent à croire que dans les cas où l'étranglement n'est pas complet, c'est à dire quand il n'existe qu'un pincement du tube intestinal, ce moyen pourrait probablement le faire cesser. Jusqu'à ce jour, nous n'avons pas été à même de faire cet essai.

Les hernies crurales, ombilicales, de la ligne blanche et des autres parties du ventre, engouées ou étranglées, doivent être soumises au traitement que nous venons de prescrire pour les inguinales.

Quelquefois il arrive que le bain chaud détermine un accroissement de volume et de tension dans la tumeur. Ce phénomène est probablement dû à l'action du cœur rendue plus active par l'effet du bain chaud, et qui alors fait pénétrer dans les artères de l'intestin une quantité de sang supérieure à celle que les veines, dans l'état de compression qu'elle éprouve, par suite de l'étranglement, peuvent rapporter à l'organe principal de la circulation.

Dans l'engouement ou l'étranglement aigu, après la rentrée de l'intestin dans le ventre, il faut peu s'inquiéter de l'épiploon et du sac herniaire; s'ils résistent au taxis, presque toujours leur rentrée s'opère d'elle-même, au bout de quelques heures, et quelquefois de plusieurs jours,

(1) *Voyez* sa thèse intitulée : *Dissertation sur l'emploi des douches pour la réduction des hernies.* (Paris, 1803.)

(2) *Voyez* la 11ᵉ section d'observations du chap. III.

à moins qu'ils ne soient retenus au dehors par des adhérences.

Avant de quitter le malade, on doit chercher à rapprocher le plus possible la tumeur herniaire de l'ouverture qui lui a livré passage. A cet effet, on passera dessous une serviette ployée en plusieurs doubles, de manière à former une espèce de laize, dont les deux bouts viendront s'attacher à une autre serviette passée autour du corps. Cette dernière doit être médiocrement serrée, dans la crainte qu'en comprimant trop les viscères abdominaux, elle ne les refoule dans le bas-ventre. Si la tumeur est petite, il faudra préférer la couvrir d'un grand nombre de compresses triangulaires maintenues par plusieurs tours de bande aussi serrés que possible, disposés à la manière du spica de laine. Ces deux moyens ne conviennent que dans les hernies inguinales ou crurales; dans celles de l'anneau ombilical, de la ligne blanche, ou de toute autre partie du ventre, on emploiera des compresses graduées placées et maintenues sur la tumeur par le bandage de corps fait avec une laize de toile plus ou moins large, d'après l'embonpoint du malade.

Dans les hernies inguinales et crurales on pourra quelquefois, au lieu des tours de bandes qui forment le spica, avoir recours au bandage herniaire à ressort élastique, et alors la pelote devra être concave et proportionnée au volume de la hernie.

Bons effets des lavements purgatifs administrés après la rentrée de l'intestin. — La réduction entière d'une hernie engouée ou étranglée ayant eu lieu, on devra de suite prescrire des lavements purgatifs pour débarrasser le gros intestin. Le malade continuera à garder le lit jusqu'à ce que l'évacuation des matières stercorales ait eu lieu, ainsi que la cessation des douleurs et de la sensibilité de l'ouverture qui avait livré passage à la hernie, et qu'enfin le bandage herniaire puisse être appliqué et porté sans rappeler l'irritation aux parties qu'il comprime.

Les tumeurs herniaires anciennes et volumineuses sont d'autant plus dangereuses qu'elles peuvent, à la plus légère cause, devenir le siége d'accidents graves, tels que l'engouement ou l'étranglement avec inflammation plus ou moins vive. La gravité de cette maladie n'est jamais plus grande que lorsque des phénomènes d'embarras intestinaux et d'inflammation se sont déjà manifestés plusieurs fois.

Les jeunes gens et les adultes sont plus exposés aux effets fâcheux des étranglements que les vieillards. Chez les premiers, surtout s'ils sont sanguins, les accidents se développent avec tant de rapidité, que quelques heures suffisent pour rendre le secours de la médecine inutile. Nous avons vu des malades succomber dix à douze heures après les premiers symptômes de l'étranglement, malgré plusieurs applications de sangsues sur la tumeur, la glace et les narcotiques les plus énergiques. Arnaud parle de la mort d'un prêtre survenue en quelques heures, dont la hernie s'étrangla au moment où il était à l'autel. Voici ce qu'il dit : « Le curé des SS. Innocents, à Paris, vers le commencement du dix-septième siècle, éprouva, au milieu du sacrifice, un jour solennel, les symptômes d'un étranglement de boyau qui le forcèrent à quitter ses fonctions. Il fut porté chez lui où il mourut peu d'heures après (1).

L'étranglement des épiplocèles est beaucoup plus rare que celui des entérocèles, et d'ailleurs ils n'occasionnent presque jamais la mort. On a plus d'une fois remarqué que la suppuration et la gangrène peuvent avoir lieu à l'épiploon, sans compromettre d'une manière sensible la vie du sujet.

Dans les entéro-épiplocèles, l'épiploon, d'après sa nature mollasse, est moins sensible que l'intestin aux effets d'une forte compression, quand ils recouvrent l'intestin et que

(1) Mémoire de chirurgie, édition in-4°, tome 1er, page 84. Londres et Paris, 1768.

tous les deux se trouvent comprimés en même temps. L'incarcération du tube alimentaire est de beaucoup moins dangereuse que si cet organe était seul.

En résumé, les étranglements inflammatoires de l'intestin déplacé doivent toujours être considérés comme un accident des plus graves, surtout si le sujet est jeune et vigoureux, la hernie petite, et la constriction exercée par une ouverture solide et étroite. Dans ce cas il est rare qu'il ne se détermine pas promptement la gangrène à l'intestin, laquelle marche quelquefois avec tant de rapidité qu'au bout d'un espace de temps assez court le malade a cessé d'exister.

M. Dupuytren nous a dit avoir été appelé par un jeune médecin qui depuis longtems avait une hernie dont il n'avait jamais souffert, vu que le bandage herniaire qu'il portait la maintenait exactement réduite. Marié depuis peu, voulant cacher cette infirmité à sa femme il avait la précaution, le soir, d'ôter son bandage pour le remettre le matin après s'être levé. Une nuit on vint le chercher pour un malade atteint d'un violent accès de foie ; étant sous les yeux de sa jeune épouse, il fut obligé de partir sans avoir remis son bandage; la promptitude avec laquelle il se rendit chez son client, détermina la sortie et l'étranglement de son entérocèle. La douleur fut tellement vive qu'elle l'obligea de rentrer de suite chez lui où il fit appeler M. Dupuytren qui l'opéra six heures après l'étranglement. Mais déjà il était trop tard, le malade mourut quelques heures après. A l'ouverture du cadavre on trouva l'intestin gangréné d'une manière effroyable, surtout à la partie siége de l'étranglement.

Si malgré l'emploi des différents moyens thérapeutiques que nous avons indiqués, sagement combinés avec des tentatives de réduction, les accidents de l'étranglement continuent et que même ils se soient accrus, il faut, sans différer, avoir recours au bistouri, dernière ressource de l'art pour conserver la vie au malade. Il est assez difficile

de juger du moment où l'opération doit être pratiquée avec le plus de chances de succès. Le docteur Delaporte, chirurgien distingué de la marine, a dit, dans sa thèse (1), que l'expression de la face grippée paraît être le signe le plus certain du passage de l'état aigu de l'entérite par étranglement à la désorganisation, et pouvait fixer d'une manière plus positive que les diagnostics basés sur la douleur et sur la circulation, le moment où il convient de ne plus différer l'opération.

Il ne nous appartient pas de décrire le mode opératoire de la hernie étranglée, car, comme nous l'avons dit dans notre introduction, cette opération ressort de nos attributions, notre pratique s'étant toujours renfermée dans les soins ayant pour but de contenir les hernies réduites par des moyens mécaniques, de tenter leur guérison, particulièrement chez les adultes, par l'emploi des douches obliques d'eau froide, d'empêcher l'augmentation des tumeurs herniaires, de les préserver d'accidents fâcheux, de combattre ceux résultant de l'engouement ou de l'étranglement par des moyens hygiéniques et thérapeutiques appropriés à ce genre d'affection pathologique.

L'opération de la hernie, quoique n'étant pas une des plus difficiles de la chirurgie, demande pour être pratiquée avec le plus de chances de succès, une grande habitude et beaucoup de dextérité, afin d'éviter au malade de trop longues souffrances. Plus d'une fois, nous avons été à même d'apprécier le mérite de plusieurs des grands opérateurs de l'époque, tant de la capitale que d'autres villes de France, tels que les Amussat, Béclard, Bégin, Blandin, Barbier, Boyer, Breschet, Cloquet (Jules), Delaporte, Dubois, Dubreuil, Dupuytren, Foullioy, Gama, Garnot, Gerdy, Janin, Lallemand, Larrey, Lisfranc, Marjolin,

(1) *Voyez* la thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris, par le docteur Delaporte, chirurgien en chef de la marine, au port de Brest, intitulée : *Propositions sur divers points de pathologie.* Paris, 1819.

Pelletan, Renaud, Richerand, Roux, Sanson, Sevestre, Souberbielle, etc.

La hernie est-elle opérée, il faut, aussitôt que la cicatrice de la plaie semblera assez consolidée, pour ne pas faire craindre qu'elle se rompe, placer un bandage à pelote large et allongée, tant pour soutenir la réunion des parties divisées que pour mettre le malade à l'abri d'une nouvelle apparition de la hernie. Plus le débridement fait par l'instrument tranchant aura dû être étendu, et plus la hernie sera susceptible de se reproduire, si surtout les parties étaient abandonnées à elles-mêmes dans les premiers temps qui succéderaient à l'opération.

§ XXXI. *De la gangrène.*

La gangrène est le résultat de l'inflammation vive et soutenue qu'a éprouvée la hernie étranglée. Souvent l'art est insuffisant pour la vaincre, et alors elle détermine assez promptement la mort du sujet chez lequel elle s'est déclarée. Cette fin de la maladie s'annonce d'ordinaire par la cessation de la douleur locale qui est suivie d'une extrême faiblesse du pouls. Ce calme trompeur est l'avant-coureur de la mort. Il ne faut donc pas le prendre pour un phénomène favorable, car bientôt il est suivi de l'affaiblissement des forces du pouls, de la voix, une couleur livide et cadavéreuse se répand alors sur le visage du malade dont les traits grippés lui donnent un aspect tout particulier connu sous le nom de *face hypocratique*. Les nausées et les vomissements ont bien disparu, mais le hoquet se déclare, et s'il existait, il devient plus fort et plus fréquent; une sueur froide se répand sur tous les téguments; la tumeur devient molle, flasque et insensible. La constriction sur l'intestin est de beaucoup diminuée quand elle n'a pas entièrement cessé. C'est ce qui permet au bout supérieur de l'intestin de verser dans l'inférieur, à travers la hernie, les matières qui le distendent; ce phénomène donne lieu

quelquefois à des évacuations qui pourraient faire croire à la cessation de l'étranglement.

Marche de la gangrène dans la hernie étranglée. — La gangrène une fois commencée, si l'étranglement continue, s'étend à un plus ou moins grand nombre de parties. Quand elle se borne au tube intestinal, elle y forme des plaques grisâtres très multipliées, plus ou moins larges et insensibles au toucher. Dans d'autres circonstances, après avoir envahi toute la portion d'intestin comprise dans la tumeur elle s'arrête à l'endroit de l'étranglement où assez souvent de fortes adhérences fixent le canal intestinal de manière à ce que les matières qu'il contient ne puissent s'échapper dans le ventre. Quand la mortification se prolonge jusqu'à l'intérieur de l'abdomen, un épanchement mortel de matières stercorales dans cette cavité suit immédiatement la chute des eschares.

Formation de l'anus artificiel par suite de la gangrène de l'intestin étendue à la peau correspondante à la tumeur herniaire. — Lorsque la bonne constitution du malade lui permet de résister à la violence des douleurs produites par l'irritation gastro-intestinale, l'intestin se déchire et laisse échapper dans le sac herniaire les matières qu'il contient. Les bords de l'intestin enflammé adhèrent à la paroi de ce sac, et bientôt un abcès gangréneux se déclare à la hernie, ainsi qu'aux téguments qui la recouvrent; la chute de l'eschare, dans ce cas, laisse après elle une ou plusieurs ouvertures plus ou moins grandes par lesquelles sortent les excréments; leur évacuation au dehors donne lieu à un soulagement subit, promptement suivi du rétablissement des actions vitales. Le pouls se relève et revient à son état normal, une suppuration de bonne nature a lieu après la formation de l'anus anormal, la plaie se rétrécit graduellement si le sac herniaire n'a pas été très développé; car, dans ce cas, les matières s'y accumulent, et leur séjour dans ce foyer, en irritant la paroi du sac dans divers endroits, finit par y déterminer la formation d'autres

ouvertures fistuleuses par lesquelles elles puissent s'échapper.

Sur un sujet du sexe masculin que nous avons traité et guéri sous les yeux de M. Dupuytren, il s'est rencontré jusqu'à trente de ces ouvertures, lesquelles se sont cicatrisées dans l'espace d'à peu près deux mois, sous l'influence d'une compression sagement combinée. Cet homme, âgé de cinquante ans, était cultivateur dans les environs de Houdan; il portait, depuis plusieurs années, une hernie inguinale du côté droit, laquelle ne l'ayant jamais fait souffrir, il ne s'en était nullement occupé. Mais un jour ce malade fit une chute à la renverse, les bras fortement élevés, et aussitôt sa hernie devint scrotale et s'étrangla.

Les médecins des environs furent appelés au nombre de quatre. Ils crurent, après avoir tourmenté pendant six jours le malade par un taxis mal raisonné, la hernie réduite; mais le quinzième jour de l'étranglement une eschare se détacha du scrotum et sa chute fut immédiatement suivie de la sortie d'une grande quantité de matières stercorales. Depuis ce moment les déjections alvines continuèrent d'avoir leur cours par cet anus anormal jusqu'au moment où commença notre traitement (1).

§ XXXII. *Conseils aux personnes affectées de hernies.*

Les accidents qu'occasionnent les hernies simples de médiocre volume et qui ne sont pas trop resserrées par l'orifice abdominal ou par le collet du sac, présentent si peu de gravité que la majeure partie des sujets qui en sont affectés les conservent souvent plusieurs années sans chercher à y remédier. C'est cette insouciance funeste qui trop souvent devient la cause d'accidents graves, suivis, dans plusieurs cas, d'une terminaison fâcheuse ou de l'augmentation considérable du volume d'une tumeur qu'il faut

(1) 21e observation, 3e section, chap. III.

porter le reste de ses jours, et qui, par l'usage du bandage herniaire appliqué à son début, eût peut-être disparu pour toujours. Des coliques passagères, de légers désordres dans la digestion, un sentiment de gêne et d'embarras plutôt que de douleur produit dans l'intestin par l'abord de matières stercorales : tels sont les principaux phénomènes qui accompagnent les hernies intestinales et qui deviennent d'autant plus intenses que la tumeur est plus ancienne et que le sujet est plus grand mangeur.

Dans les épiploïques, les malades éprouvent après le repas de légers tiraillements à l'estomac, de la gêne pour exécuter la flexion du tronc en arrière; souvent dans les épiplocèles volumineuses et scrotales irréductibles par suite d'adhérence de l'épiploon au sac, les malades contractent l'habitude de la flexion du tronc en avant afin d'éviter l'allongement forcé de l'épiploon, et sa tension, quelquefois déjà assez considérable par la réplétion de l'estomac. Chez certains sujets l'étranglement n'a lieu qu'en raison du gonflement de l'organe, irrité par l'effet de matière liquide ou solide devenue trop volumineuse pour être contenue dans les parties peu extensibles qui l'entourent.

Les lésions dont les hernies peuvent être le siége ont été le sujet de grandes discussions entre les chirurgiens. Sans admettre ni rejeter plutôt l'opinion des uns que des autres, nous dirons que notre pratique nous a plus d'une fois démontré la différence qu'il fallait faire de la hernie engouée à celle qui est étranglée. Il est constant que le plus léger embarras survenu à une hernie commence par y déterminer de l'irritation, que l'on peut regarder comme le premier degré d'une inflammation souvent lente dans son développement, et même parfois peu importante dans ses résultats. C'est ce qui arrive assez fréquemment dans l'engouement, car il peut exister plusieurs semaines sans faire éprouver aux malades d'un certain âge la plus légère douleur, ni non plus déterminer l'élévation ou l'abaissement du pouls.

C'est de l'inflammation des intestins, et parfois aussi de

l'épiploon que dépendent tous les accidents graves des hernies. Ces phlegmasies sont la suite de percussion ou de contusion éprouvée par les organes déplacés, quand elle ne résulte pas de la gêne qu'ils ressentent de la part des gaz, des matières stercorales ou de corps étrangers contenus dans l'intestin incarcéré. Elle provient alors de la constriction exercée par les enveloppes ou par le collet de la tumeur sur les parties qu'elle renferme.

Ce qui augmente le danger des inflammations dans les organes herniés pendant leur déplacement, c'est la constriction ou l'étranglement qu'ils éprouvent. Pourtant ces effets ne sont pas toujours la cause unique et primitive de tous les accidents auxquels les malades sont exposés.

Ce que doit faire la personne qui porte un bandage avant de l'abandonner, la hernie présumée guérie. — Une hernie est-elle disparue depuis longtemps sans avoir laissé la plus légère trace, il serait imprudent d'abandonner de suite et sans précaution le bandage que l'on portait souvent depuis plusieurs années. Il faut commencer par le quitter la nuit, puis quelques heures le matin, ensuite une partie de la journée, et après un et plusieurs jours de suite; mais, s'il arrivait que l'on fût obligé de se livrer à des exercices violents, à entreprendre à pied de longues courses ou à rester un certain temps debout, il serait peu raisonnable de faire ces différentes choses sans, au préalable, avoir replacé son bandage.

En général les sujets affectés de hernies doivent éviter tout ce qui peut augmenter la faiblesse des téguments. C'est pourquoi ils ne doivent faire usage des bains chauds que rarement et ne pas rester dans les baignoires plus de vingt-cinq à trente minutes. Avant d'entrer dans le bain il est convenable que le malade remplace le bandage qu'il porte par un imperméable, c'est à dire en tissu gommé(1).

(1) La couverture de nos bandages imperméables est gommée avec la même dissolution de caoutchouc, que celle qui nous sert pour la fabrication de nos pessaires et autres instruments de chirurgie.

Les bandages de cette espèce ne conviennent que pour le bain, n'étant pas susceptibles d'absorber la transpiration des parties de la peau sur lesquelles ils reposent.

Nous avons eu occasion de remarquer plusieurs fois chez les enfants et même chez les adultes, que l'usage soutenu pendant quelques jours de cette espèce de bandage donnait promptement lieu à la gerçure et à l'excoriation de la peau. Quelques vieillards à peau ridée et sèche et sans transpiration sensible, ont pu quelquefois, il est vrai, se servir de cet instrument sans éprouver les accidents que nous venons de signaler.

Les bains froids de rivière et plus encore ceux de mer sont très convenables pour les personnes affectées de hernies, quelle que soit l'époque de leur vie où ils puissent en faire usage, à moins pourtant qu'elles n'aient éprouvé des affections rhumatismales et goutteuses; car, dans ce dernier cas, l'action réfrigérante de ces bains pourrait bien rappeler des douleurs cessées depuis longtemps ou augmenter leur intensité si elles existaient.

Il n'en est pas de même des bains d'eau minérale; quelle que soit l'élévation de la température de l'eau, ils ont toujours une action tonique résultant des substances salines que le calorique y tient en dissolution. Ces bains sont donc très convenables pour les personnes affectées de hernies, on peut les prendre sans bandage, à moins que la hernie n'offre un certain volume en dehors de l'ouverture qui lui a livré passage ou qu'elle descende chez l'homme dans le scrotum, et dans les grandes lèvres ou en dedans de la cuisse chez la femme. Dans ces divers cas il est convenable d'avoir recours au bandage imperméable comme seul moyen d'empêcher que l'action mécanique des viscères abdominaux ne rendent nulle pour les téguments les effets de tonicité du liquide dans lequel le corps sera plongé.

Régime que doivent suivre les vieillards affectés de hernies. — Les vieillards affectés de hernies anciennes et volumineuses, qui ont un certain embonpoint, doivent avoir

assez de raison pour ne pas manger beaucoup, surtout si leur estomac est paresseux, c'est à dire s'il digère lentement et avec difficulté, qu'il éprouve des aigreurs et des rapports avec sortie de gaz par la bouche ou par l'anus.

L'usage des aliments a pour but de développer nos organes et de réparer les pertes qu'ils peuvent faire, en renouvelant sans cesse les matériaux indispensables à leur composition. Il importe donc que ces aliments soient pris dans des quantités données suffisantes à l'entretien de la vie dans tous les systèmes de l'économie.

L'action première des aliments se fait sentir sur l'estomac et les intestins, puis, ensuite, mais d'une manière générale, sur tous les autres organes. Alors chacun d'eux s'approprie la portion nutritive d'aliment toujours relative à son volume et à l'importance du degré de vitalité dont il doit jouir pour l'accomplissement de ses fonctions.

Si les aliments sont de bonne nature et pris dans des quantités modérées, ils remplissent le but indiqué, sans que leur introduction et circulation dans les organes digestifs, puisse provoquer la fatigue, l'accablement, le malaise, l'agitation, etc. Au contraire un bien-être général succède à leur ingestion.

A-t-on mangé modérément, la respiration est à peine plus fréquente et plus élevée après l'introduction des aliments dans l'estomac qu'auparavant. La chaleur à la peau ne s'augmente sensiblement que quand les aliments commencent à s'introduire dans les intestins grêles. Il résulte de ce fait qu'on est moins propre aux exercices du cerveau et des muscles, quand les aliments sont dans l'estomac, que lorsqu'ils sont passés de celui-ci dans les intestins.

Les aliments sont-ils pris en trop grande quantité, c'est à dire si on continue leur ingestion dans l'estomac après que le sentiment de plénitude et de satiété indique qu'il en contient assez, il arrive que cet organe trop distendu refoule les poumons en rendant la respiration plus ou moins pénible. Les muscles et le cerveau ne peuvent presque

plus entrer en action. L'accablement et le sommeil surviennent d'ordinaire après un pareil repas (1). Alors l'estomac pour se débarrasser de cette surabondance d'aliments est obligé de déployer une grande énergie, ce qui fait qu'il n'envoie dans les intestins qu'une pâte chymeuse, mal élaborée propre à les irriter. Aussi remarque-t-on dans ce cas que les selles deviennent abondantes et sans cohésion.

Si l'habitude de beaucoup manger est venue graduellement, l'estomac et les intestins finissent par obtenir une prédominance réelle sur tous les autres organes et principalement sur le cerveau et les muscles. Après le repas, un engourdissement général survient avec un besoin irrésistible de dormir. La continuité d'habitudes semblables produit une réparation supérieure aux pertes de l'économie, et l'individu devient pléthorique ; il acquiert un embonpoint excessif, surtout dans la région du bas-ventre ; sa hernie augmente de volume en raison de la faiblesse toujours croissante des muscles abdominaux dont les fibres écartées les unes des autres, se trouvent enfouies dans des masses de graisse ; dans un pareil état les moindres mouvements sont pénibles, le moral s'affaisse, le cerveau n'est plus propre à percevoir des impressions, et l'enfance survient.

Indépendamment de ces accidents, l'état de pléthore dispose à la goutte, aux phlegmasies des différents organes. Que si sous l'influence de semblables dispositions est survenue une émotion vive, le cerveau n'étant plus habitué aux excitations, l'individu est en danger de périr d'apoplexie.

Une trop faible alimentation a aussi ses inconvénients ; elle produit l'épuisement et détermine quelquefois l'in-

(1) Il ne faut pas confondre cet assoupissement résultant du volume et de l'action mécanique du bol alimentaire sur les parois de l'estomac, avec ce sommeil si convenable aux fonctions de la digestion, dans la convalescence qui suit les longues maladies.

flammation de l'estomac, du cerveau, suivie de la mort.

La quantité d'aliments dont on doit user varie nécessairement suivant les époques de la vie. En admettant que le sujet soit parvenu à son plus grand développement, il ne s'agit plus que d'entretenir la force de ses organes et non d'augmenter leur développement. Les artisans qui se livrent à des travaux pénibles et fatigants, par suite desquels ils éprouvent une transpiration souvent abondante, ont besoin de plus d'alimentation que les bourgeois et les hommes de cabinet.

Les substances végétales reconnues depuis longtemps pour fournir moins de chyle que les substances animales, conviennent davantage à une certaine époque de la vie. On doit choisir dans le règne végétal celles dont la digestion est facile.

Dans les substances animales, il faut de préférence choisir le poulet, le mouton, le bœuf rôti, et laisser de côté les viandes noires, le porc, etc.

L'absence des dents, dont la perte a lieu d'ordinaire après l'âge viril, rend la mastication plus difficile, ce qui fait que les substances alimentaires animales arrivent dans l'estomac, telles qu'à peu près elles ont été introduites dans la bouche. Alors elles fatiguent considérablement cet organe et ne passent que difficilement à l'état chyleux.

A l'époque de la vie de l'homme dont nous venons de parler, les sujets affectés de hernie ne doivent se livrer qu'à des exercices modérés propres à entretenir la liberté du ventre, et s'ils éprouvaient de la constipation, la combattre par des lavements plus ou moins émollients.

S'ils sont sous l'influence d'un asthme avec quinte de toux, ils doivent s'asseoir ou se mettre sur une chaise longue pendant la crise, et, après qu'elle sera passée, examiner le bandage pour s'assurer si la hernie n'est pas sortie en soulevant la pelote. Dans ce cas, le malade doit de suite se coucher, puis faire rentrer sa tumeur et replacer le bandage comme il était avant la sortie de la hernie.

Deux de nos malades asthmatiques ont éprouvé de fâcheux accidents survenus à leurs hernies pour être restés debout sans bandage pendant une quinte de toux de cette nature, qui leur était survenue à l'occasion d'un accès de colère (1).

Les plaisirs de l'amour ou les habitudes du mariage chez les vieillards affectés de hernies, doivent avoir lieu rarement et quand de réels besoins de l'économie les réclament; mais encore ils ne doivent s'y livrer que couchés et en conservant leur bandage. Nous avons vu un homme de 78 ans, qui, malgré cet âge avancé, voulut célébrer l'anniversaire de son mariage. Mais, à la suite d'efforts considérables et infructueux, il ressentit une vive douleur à l'anneau inguinal droit que le repos de la nuit calma il est vrai; mais le lendemain matin, aussitôt que cet homme fut levé, il s'aperçut à l'aine droite d'une petite tumeur de la grosseur d'un œuf ordinaire qu'il n'avait pas vue la veille. Il prit plusieurs bains chauds dans l'espoir de dissoudre cette tumeur, un médecin lui ayant dit qu'elle était formée par l'engorgement d'un ganglion inguinal; mais, comme on doit bien le penser, les bains augmentèrent la faiblesse des téguments au point que la tumeur, d'inguinale qu'elle était, devint scrotale. Malgré cette complication, elle disparaissait d'elle-même aussitôt que le malade se couchait. Quand il faisaitdes efforts pour aller à la garderobe, elle augmentait de volume et devenait douloureuse.

La tumeur, comprimée avec les doigts, faisait entendre un bruit qu'il nous fut facile de reconnaître pour celui du déplacement des gaz stercoraux, ce qui nous porta à croire la hernie formée par l'intestin. Le sac herniaire était tellement mince que, malgré l'extrême maigreur du malade, il était peu appréciable au toucher. Le bandage herniaire à ressort d'acier contint exactement cette hernie.

(1) 82e et 83 observations, 8e section, chap. III.

§ XXXIII. *Des divers traitements plus ou moins barbares et plus ou moins absurdes employés par les anciens pour la cure des hernies.*

Dans les siècles reculés d'ignorance et de barbarie où une certaine classe d'hommes savait entretenir dans le peuple une ignorance favorable à leur domination, les lois défendaient, sous les peines les plus sévères, l'ouverture des cadavres. La superstition, entretenue par de fausses idées de religion, était telle, que le médecin qui aurait cherché à enfreindre ces lois ridicules, eût impitoyablement été lapidé.

Après la révolution, en 1793, l'enseignement de la médecine fut organisé en France sur une grande échelle. Plusieurs facultés et écoles furent créées avec des chaires d'anatomie; des emplacements furent disposés pour que les élèves pussent se livrer à cette science. Dans les hôpitaux s'établirent des cliniques avec ouvertures de cadavres. A Paris, indépendamment de l'organisation des pavillons de dissection à l'école de médecine, plusieurs cours particuliers d'anatomie s'ouvrirent. Les premiers furent dus à l'illustre Bichat, à notre ami Maygrier et au professeur Marjolin. L'avant-dernier de ces médecins fit paraître un manuel d'anatomie propre à diriger les élèves en médecine et même les chirurgiens des armées dans leurs études et recherches anatomiques. Cet ouvrage précieux pour l'époque, formant un volume d'à peu près 600 pages, eut, dans l'espace de quelques années, sept éditions. Depuis ce temps, il a surgi en France et à l'étranger un grand nombre d'anatomistes du plus grand mérite.

On doit en France et de nos jours, aux travaux et recherches des Amussat, Béclard, Bégin, Blandin, Breschet, Chaussier, Jules Cloquet, Cruveilhier, Dupuytren, Gerdy, Jobert de Lamballe, Larrey, Marjolin, Pelletan, Roux, San-

son, et plusieurs autres savants anatomistes dont les noms ne nous sont pas présents à la mémoire, la connaissance d'une foule de dispositions remarquables des différentes parties qui constituent ou avoisinent les tumeurs herniaires. Les travaux de ces praticiens n'ont pas peu contribué à dissiper un grand nombre d'erreurs pratiques, et là où les anciens n'osaient opérer ou ne le faisaient qu'en tremblant, les chirurgiens actuels surmontent les plus grandes difficultés au moyen de procédés, d'instruments qui ne leur permettent pas d'atteindre avec leur bistouri les parties qu'il serait dangereux d'intéresser.

De l'ignorance des anciens chirurgiens sur l'organisation des diverses régions de la paroi abdominale, de la situation et de l'ordre symétrique des viscères renfermés dans le bas-ventre, il résulte, pour quelques uns d'eux, que toutes les hernies inguinales et crurales devaient être opérées dès leur origine, malgré l'absence d'accidents. Voici la manière dont ils procédaient : Après avoir mis à nu le sac herniaire on en faisait l'excision, ou bien on avait recours à des scarifications ainsi qu'à la cautérisation des ouvertures abdominales qui avaient livré passage à la hernie. Si c'était l'anneau inguinal, la ligature du cordon testiculaire suivie de son ablation, était à l'instant pratiquée.

Castration. — Arnaud rapporte à ce sujet un jugement rendu à Reims, en 1735, contre une fille qui, sans avoir la plus légère connaissance en médecine et en anatomie, faisait la castration aux enfants du sexe masculin pour les préserver ou guérir de cette infirmité. On porte à plus de cinq cents le nombre des malheureux enfants qu'elle avait ainsi mutilés, et pourtant la scène de ses exploits n'avait pas embrassé plus d'une vingtaine de lieues (1).

(1) *Voyez* les *Mémoires de chirurgie*, d'Arnaud, chirurgien français, édition in-4°, publiée à Londres, en 1768, tome 2, page 464; et ceux de l'Académie royale de chirurgie, édition de Ménard et Desenne. Paris, 1819, tome 3, page 6.

L'individu auquel il survenait une hernie inguinale de chaque côté se trouvait doublement mutilé, grace à l'ignorance des partisans de ce procédé.

Comme on doit bien le penser, le plus grand nombre des adultes qui étaient ainsi opérés succombait. Quant à ceux dont la bonne constitution favorisait le rétablissement de la santé, ils avaient cessé d'être homme (1), sans pour cela être à l'abri de nouvelles hernies, car elles pouvaient reparaître dans un âge plus avancé (2).

Application de caustiques. — Les caustiques les plus violents étaient également employés pour la guérison des hernies. Bordenave rapporte un grand nombre de cas où l'emploi de cette méthode a été funeste aux malades qui s'y étaient soumis. Dans le nombre des victimes se trouve l'illustre De la Condamine (3). Afin de les rendre plus énergiques et que leur action fût plus directe, on commençait par inciser les téguments qui correspondaient à l'ouverture par laquelle avait lieu la tumeur herniaire, et puis on plaçait le caustique dans le fond de la plaie. Ce second moyen était à la vérité moins barbare que le premier, mais aussi souvent inefficace pour la guérison de la hernie. Dans certains cas, il pouvait donner lieu à de fâcheuses inflammations des organes environnants, ce qui est tellement vrai que plus d'une fois dans les hernies du canal inguinal ou même celles de l'anneau, le cordon testiculaire s'enflamma au point que l'amputation en devint nécessaire.

D'autres praticiens de cette époque avaient recours à

(1) C'est probablement à cette coutume inhumaine, appliquée au traitement des hernies qu'est due l'espèce de mystère avec lequel certains malades parlent de cette infirmité. Ce préjugé se dissipe de plus en plus et, pourtant de nos jours, il existe encore dans certaines classes d'individus. Nous connaissons des hommes et des femmes mariés depuis plus de quarante ans, qui, affectés de cette maladie, s'en cachent l'un à l'autre la connaissance.

(2) *Voyez* la *Clinique chirurgicale*, du baron Larrey, ouvrage cité.

(3) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, édition de Ménars et Desenne. Paris, 1819, tome 5, page 429.

l'application sur les téguments des régions où étaient situées les hernies, de préparations plus ou moins astringentes, en tête desquelles on peut placer la fameuse pommade d'Arnaud, que débitait pour lui la demoiselle Guiton, chirurgienne herniaire. Cette pommade appliquée sur les hernies, même scrotales, les faisait spontanément disparaître. Arnaud ne craint pas même d'assurer qu'il n'y avait point d'étranglement, si considérable qu'il puisse être, qui ne se réduise de lui-même ou avec le secours de quelques manœuvres analogues au taxis exécutées une heure après son application.

Pommade d'Arnaud; sa composition. — Cette préparation nous a paru tellement originale, que nous allons en donner la formule telle qu'elle a été publiée par ce chirurgien, dans son *Traité des hernies ou descentes* (1).

Faites dissoudre une once d'or de ducats d'Afrique ou de l'or le plus pur dans de l'eau régale; faites précipiter la dissolution, laissez-la reposer, puis versez le dissolvant par inclination. Lavez plusieurs fois le précipité avec l'eau de fontaine, pour en dissoudre les sels de nitre qui se trouveraient embarrassés dans les parties divisées de l'or. Mettez le précipité dans un mortier de verre et le triturez pendant l'espace de deux ou trois heures; versez ensuite dessus petit à petit quatre livres d'esprit de vin bien rectifié, et remuez la poudre avec un pilon de même matière pour en faire élever les parties; versez par inclination la liqueur dans un vase de faïence, prenant bien garde de ne pas mêler ce qui reste de la poudre au fond du mortier; remettez de l'esprit de vin dans le mortier et continuez à remuer et à verser le mélange dans le bassin; recommencez la même chose jusqu'à ce que toute la poudre soit entièrement enlevée. Mettez le feu à l'esprit de vin et le laissez consommer jusqu'à ce qu'il ne reste qu'une légère humidité à la poudre; étouffez alors la flamme pour

(1) Ouvrage en deux volumes in-12. Paris, 1749, tome 1er, page 87.

éviter la fulmination de l'or; le reste de l'humidité se dessèchera au soleil.

Prenez cette poudre, remettez-la dans le mortier de verre, ajoutez-y deux onces de semences de perles orientales porphyrisées; versez dessus quatre onces de vinaigre blanc très clair, remuez ces poudres ensemble avec le vinaigre pendant trois heures au moins; laissez reposer le tout pendant vingt-quatre heures, filtrez le vinaigre; mettez les poudres dans un vaisseau de terre vernissée; versez dessus une livre d'huile de pistaches, deux onces d'eau de fleurs d'oranger; joignez-y quatre onces de cire vierge; faites bouillir le tout ensemble pour en faire une pommade selon l'art. Quand elle sera froide lavez-la peu à peu pendant douze ou quinze heures, avec six livres d'eau de lait de beurre distillée au bain-marie, dans lequel on aura fait macérer une suffisante quantité de feuilles de bardane et de morelle; après le lavage mêlez exactement dans la pommade une once de sel sédatif et demi-once de safran en poudre.

Et pourquoi Arnaud qui, en 1749, annonce les effets surprenants et même miraculeux de cette sublime composition, n'en parle-t-il nullement dans ses mémoires de chirurgie, qui parurent dix-neuf ans plus tard (1)? C'est que ce chirurgien savait bien que, dans son ouvrage anonyme, il mentait à sa conscience. Son but alors était de gagner de l'argent aux dépens de sa réputation, tandis que par ses mémoires de chirurgie il se plaçait à la hauteur des premiers chirurgiens de son époque. Son but principal était donc de se créer en Angleterre une réputation de praticien que son charlatanisme lui avait à peu près fait perdre dans sa patrie.

Cataplasmes astringents. — Les hommes de cette époque regardaient également comme moyen curatif des hernies, les cataplasmes faits avec la folle-fleur de tan

(1) *Mémoires de chirurgie*, 2 vol. in-4°. Londres, 1768.

macérée dans du vinaigre; l'alcali volatil, la peau d'anguille, les sachets de différentes poudres caustiques, et mille autres moyens analogues qui, quoique préconisés par les charlatans de cette époque, restaient inoffensifs pour les plans musculaires et aponévrotiques des ouvertures anormales de la paroi abdominale. La peau seule qui se trouvait en contact avec ces médicaments irritants éprouvait certaine altération : elle rougissait d'abord, puis offrait un plus ou moins grand nombre de boutons blanchâtres qui, après s'être ulcérés, se cicatrisaient assez promptement.

Les anciens ne se bornaient pas à leur prétendu remède souverain, que nous venons d'indiquer, comme devant opérer la réduction des hernies simples, ils en avaient également pour les cas d'étranglement. Par pure curiosité nous signalerons comme telles, le lait soufré de Werlhof, l'infusion de feuilles de nicotiane et de rhubarbe conseillée par Richter; l'eau végéto-minérale de Garengeot, préparation résultant d'un mélange d'hydrochlorate d'ammoniaque et de vinaigre; la décoction de marjolaine, l'écorce de grenade macérée dans de l'eau et du vinaigre saturé d'alun recommandé par Vogel, etc. A ces divers topiques on ajoutait un traitement interne composé de purgatifs jouissant de la plus grande célébrité contre ces maladies. Ces breuvages se partageaient en tisanes ou infusions de certaines plantes dont l'effet ne pouvait avoir lieu que si elles étaient cueillies à certaines époques de l'année et même à certaines heures du jour.

En lisant ces détails le premier sentiment qu'ils font naître est la pitié pour les hommes qui ont eu la faiblesse d'admettre de pareilles erreurs, car elles sont par trop absurdes pour mériter une sérieuse réfutation, et le silence que nous garderons est la preuve de notre souverain mépris.

§ XXXIV. *Des opérations chirurgicales et traitements proposés par les chirurgiens modernes pour obtenir la cure radicale des hernies.*

Depuis quelques années diverses opérations chirurgicales ont été proposées dans le but d'obtenir la cure radicale des hernies. Les auteurs de ces procédés sont, les docteurs Jamesson, à Baltimore; Belmas et Gerdy, à Paris. Ces chirurgiens, dont le mérite est connu, ont chacun expérimenté leur procédé, et il est supposable que bientôt ils feront connaître les cas où ils ont réussi.

Quant à nous, pour le moment il ne nous est pas possible d'émettre une opinion sur ces divers modes opératoires, n'ayant pas été à même de les voir pratiquer ni de suivre les malades qui les ont subis. C'est pourquoi nous allons rapporter ce qu'en dit le docteur Bégin dans ses nouveaux éléments de chirurgie et de médecine opératoire (1).

Procédé opératoire du docteur Jamesson. — « A Baltimore, M. Jamesson mit, par une incision, l'anneau crural à découvert, puis tailla, aux dépens des téguments voisins, un lambeau allongé de deux pouces sur dix lignes de largeur à sa base, le disséqua, le renversa sur l'anneau; l'y introduisit et l'y fixa en réunissant, par dessus, les lèvres de la plaie à l'aide de quelques points du suture. Le malade guérit. »

Procédé opératoire du docteur Belmas. — « M. Belmas, à Paris, s'est proposé d'oblitérer le sac herniaire, d'y développer une inflammation adhésive et de le transformer en un globe solide, appliqué au devant de l'ouverture abdominale et adhérent à ses parois, afin d'empêcher les viscères d'y pénétrer. Une canule courbe, armée d'une pointe à l'une de ses extrémités, sert à traverser, du fond vers le col, les enveloppes de la hernie,

(1) Deuxième édition in-8°. Paris, 1838, tome 1er, page 356.

» préalablement débarrassées par le taxis des viscères » qu'elles contenaient. A l'autre extrémité de la canule est » fixée une poche de baudruche, très mince, que l'on en- » traîne dans la cavité du sac, jusqu'à ce que la partie de » ses parois, qui est vissée sur la cannle, sorte par la se- » conde plaie. Cette canule sert alors à pousser de l'air dans » la poche qui se gonfle, distend les parties et s'applique » à la face interne du sac péritonéal. Une ligature oblitère » le goulot extérieur de la poche de baudruche qui est » laissée en place. Une inflammation vive se manifeste » bientôt; de la lymphe plastique et coagulable s'épanche » dans la cavité séreuse; la lame de baudruche est altérée, » absorbée; et lorsque la résolution est complète, la ré- » gion où l'opération a été pratiquée présente un noyau » fibrineux, solide, qui oblitère l'ouverture de l'abdomen » dans laquelle il s'introduit et contracte de fortes adhé- » rences. Tenté sur quatre malades, ce moyen a réussi » trois fois ».

Procédé opératoire du docteur Gerdy. — « M. le pro- » fesseur Gerdy a substitué à l'opération de M. Belmas » un procédé plus simple, qui rappelle celui de M. James- » son. La hernie étant réduite, le chirurgien que je viens » de citer enfonce, à la manière d'un doigt de gant, dans » l'anneau inguinal, la peau placée au devant de cette ou- » verture et l'y maintient refoulée en réunissant, à l'aide » de quelques points de suture, l'orifice du cul-de-sac ar- » tificiel qu'elle forme. Au moyen de l'ammoniaque causti- » que, du chlorure d'antimoine ou de toute autre sub- » stance analogue, il touche ensuite les parois internes de » ce cul-de-sac, les dépouille de leur épiderme, les en- » flamme, les cautérise et les fait adhérer entre elles. L'in- » flammation se propage aux parties plus profondes, le » bouchon reste fixé en place, et l'ouverture abdominale » se trouve oblitérée. Plusieurs exemples de succès justi- » fient, dit-on, cette opération, qui ne présente d'ailleurs » aucun danger grave ».

Sachets astringents de M. Beaumont, de Lyon. — A la suite de ces trois procédés opératoires, il convient de parler des sachets astringents de M. Beaumont, de Lyon. Cette découverte, qui date de 1827, se rapproche beaucoup des emplâtres et cataplasmes astringents si vantés dans les siècles d'ignorance et abandonnés depuis que les hernies ont été mieux étudiées, et que des recherches multipliées sur des cadavres ont fait reconnaître le mécanisme de leur formation.

Nous ne prétendons pourtant pas que les sachets de M. Beaumont n'aient jamais concouru à la guérison des hernies pour lesquelles ils ont été employés. Mais voici ce qui nous est arrivé sous les yeux du docteur Sanson.

Un jeune homme de vingt ans, portant une entéro-épiplocèle inguinale du côté droit, nous consulta le docteur Sanson et moi. Sa hernie rentrait facilement, mais sortait aussitôt que le malade se levait. D'après l'avis du médecin distingué dont je viens de parler, le malade eut la constance de garder le lit pendant deux mois et de porter continuellement sous la pelote de son bandage un sachet rempli des poudres indiquées plus haut. Au bout de soixante jours de ce traitement, nous fûmes obligés de reconnaître que nous n'avions pas plus gagné pour le volume de la hernie que pour le resserrement de l'ouverture qui lui livrait passage. Ce jeune malade continua à se servir d'un bandage herniaire à pelote allongée, qui contint réduite à peu près la totalité de sa hernie, c'est à dire tout l'intestin qui en faisait partie.

Voici d'ailleurs la préparation des sachets M. de Beaumont; ce praticien fait incinérer partie égale de tan et de pousses d'un an de marronnier d'Inde, puis il ajoute, noix de cyprès 1 once, noix de gale 2 onces, de substance aromatique 1 once, et une forte poignée d'herniole, ou turquelle, ou herbe aux hernies. De ces diverses substances, les unes sont réduites en poudre et les autres en cendre. Puis, après les avoir mêlées ensemble, on en forme des sachets du

poids d'une once pour les adultes, et d'une demi-once pour les enfants. Le petit sac destiné à contenir ces matières est de toile de fil assez serré. On fait bouillir au nombre de douze ces sachets dans un litre de vin blanc et 2 livres d'eau jusqu'à réduction d'un tiers. Après le refroidissement, on ajoute à la liqueur dans laquelle les sachets doivent rester en macération, un gros de sous-carbonate d'ammoniaque. Quand on voudra faire usage de ces sachets, on en prendra un, et après l'avoir pressé entre les doigts pour en exprimer l'excès du liquide qui le pénètre, on le placera sous la pelote du bandage. On doit de temps en temps changer le sachet ou le retremper dans le liquide dont il vient d'être parlé.

Qui croirait que de nos jours, d'après les immenses progrès de la civilisation, où l'instruction se trouve répartie dans toutes les classes de la société, la raison humaine n'eût pas fait justice de ces vaines et absurdes prescriptions? c'est que, d'une part, l'envie de gagner de l'argent est commune aux hommes de tous les siècles, et que de l'autre, dans tous les temps, les esprits faibles se sont toujours laissé séduire par tout ce qui tient du prodige et du merveilleux.

Notre siècle, comme ceux qui l'ont précédé, a des hommes sans pudeur, qui, revêtus d'un caractère qu'ils devraient respecter, ne craignent pas de se servir de leurs diplômes de médecins pour annoncer des traitements empiriques dont les succès brillants cités par eux sont souvent plus que douteux. Ces pompeux articles sont publiés dans les journaux quotidiens où chacun, comme on le sait, peut, pour vingt ou trente sols par ligne, se donner toutes les louanges qu'il juge convenables. Heureux les malades qui se sont mis entre les mains de ces charlatans titrés, lorsque leur état n'est pas aggravé et qu'ils n'ont à regretter que la perte d'une somme d'argent plus ou moins considérable. A cette occasion, nous citerons le prétendu traitement curatif des hernies, employé par divers méde-

cins de la capitale. Le premier dont nous voulons parler a l'habitude de réclamer la propriété des inventions les plus remarquables de notre époque, telles que la cautérisation du canal de l'urètre, la lithotritie, etc.

Inflammation des téguments produite par la compression au moyen d'un bandage herniaire à ressort très fort. — Le procédé de ce personnage si remarquable par l'étendue de ses connaissances, consiste à enflammer les téguments par l'application d'un bandage extrêmement fort à pelote disposée de manière à déterminer une pression majeure sur l'un des points de l'anneau inguinal ou de l'arcade crurale. Une telle compression peut déterminer l'atrophie des membres abdominaux (1), et, en admettant que de semblables accidents ne puissent se produire, ce système d'inflammation offre la majeure partie des inconvénients que nous avons signalés plus haut. Indépendamment du raisonnement qui seul doit faire rejeter ce système, nous ajouterons que nous avons eu plus d'une fois occasion d'examiner des personnes de la classe aisée chez lesquelles après plusieurs mois de ce traitement, les hernies, au lieu d'avoir disparu, se sont vues compliquées d'engorgements douloureux du testicule et du cordon spermatique.

Méthode dite américaine. — Cette prétendue méthode américaine est, à ce qu'il paraît, totalement ignorée dans cette partie du globe, quoique annoncée avec beaucoup d'emphase et comme supérieure, pour la guérison des hernies à tous les traitements employés jusqu'à ce jour contre ces maladies.

Cette méthode diffère peu de celle dont nous venons de parler, ce qu'il est facile de reconnaître en lisant la note que le docteur Hérisson a fait insérer dans le Constitutionnel du 6 mars 1838, journal politique et littéraire. Voici comme ce médecin s'exprime :

« Je dirai brièvement en quoi consiste la méthode

(1) 31e observation, 3e section, chap. III.

américaine que j'ai adoptée pour le traitement des hernies :

1° A reconnaître la direction (très variable) du canal inguinal et le degré de sa dilatation ;

2° Adapter à ce canal et dans toute son étendue et sans toucher au pubis, au ligament de Poupart et aux cordons spermatiques, une pelote en bois, en ivoire ou en cristal, dont la forme et l'application soient telles que l'anneau interne se trouve comprimé aussi bien que l'anneau externe. Pour les hernies crurales de la ligne blanche ou des autres parties de l'abdomen, les procédés varient, mais le principe est le même ;

3° Elever graduellement la pression jusqu'à ce que les parties sur lesquelles on l'exerce indiquent par une rénitence sous jacente à la peau, cet état subinflammatoire indispensable à la production des adhérences ; ce phénomène a lieu au bout de douze à quinze jours ;

4° Stupéfier la peau si besoin est pour qu'elle ne participe point à l'irritation produite sur le canal inguinal ;

5° Le temps du travail adhésif arrivé, le protéger sans l'interrompre en diminuant les moyens excitants ;

6° Enfin soutenir les parois abdominales pendant quelques mois, et défendre les travaux trop rudes pour éviter la destruction des adhérences que le temps consolide, etc. »

Il est facile de voir par ce que nous venons de citer que cette méthode n'offre rien de nouveau pour le traitement des hernies, à l'exception de la pelote de verre dont les avantages ne nous ont pas frappé. C'est probablement à notre intelligence que nous devons nous en prendre de n'avoir pas apprécié le mérite de cette innovation.

Nous ne concevons pas non plus que l'anneau interne, dans la hernie inguinale, puisse se trouver comprimé par la pelote du bandage appliquée sur l'anneau externe sans toucher au pubis ni au ligament de Poupart.

Le troisième paragraphe est pour nous tout à fait inin-

telligible; c'est pourquoi nous n'entreprendrons pas de l'expliquer.

Quant au quatrième, il nous est impossible d'admettre que le canal inguinal puisse s'irriter sous l'empire de la compression du bandage, sans que la peau qui se trouve placée entre cet instrument et le canal dont nous venons de parler, n'y participe en rien.

Quoique nous n'ayons pas l'intention de porter plus loin notre examen du traitement annoncé comme curatif des hernies par le docteur Hérisson, présumant en avoir assez dit pour mettre nos lecteurs à même de l'apprécier à sa juste valeur, nous croyons ne pas devoir passer sous silence ce qui est arrivé à un de nos malades qui s'était adressé à ce médecin.

Le 7 septembre 1839 M. B., notaire dans les environs de Paris, nous fut adressé par le docteur Deleau jeune. Ce malade, âgé de trente-trois à trente-quatre ans, d'une forte constitution, ayant un peu d'embonpoint et le ventre gros et saillant, fit une chute de cabriolet il y a cinq ans, et ressentit aussitôt une vive douleur à l'anneau inguinal. Quoique rien n'eût paru à cette ouverture, le médecin du malade lui fit porter un bandage herniaire pendant dix à douze mois; après quoi cet instrument fut totalement abandonné sans qu'il en résultât le plus léger inconvénient, et pourtant, de temps à autre, une petite tumeur se présentait à l'anneau inguinal, laquelle peu volumineuse rentrait facilement d'elle-même aussitôt que le malade était couché. Quoique la présence de cette hernie n'inquiétât pas beaucoup M. B., pourtant à cette époque ayant vu dans les journaux quotidiens l'annonce du docteur Hérisson dans laquelle on promet la guérison radicale des hernies, notre malade crut devoir se présenter chez ce médecin qui lui fit un raisonnement tout à fait insolite. Il lui dit, après avoir porté son doigt dans l'anneau inguinal, la hernie étant rentrée dans le bas-ventre: Puisque mon doigt suffit en occupant cette ouverture pour empêcher votre

hernie de sortir, un bandage à pelote de bois et de forme convenable à pouvoir produire sur l'ouverture inguinale le même effet que celui de mon doigt, vous mettra à l'abri de la récidive de votre hernie, et si vous en désirez la guérison radicale donnez-moi cinq cents francs et je vous la promets.

M. B*** se contenta d'acheter le bandage qu'on lui proposait, dont la forme de la pelote était cônique et triangulaire; elle offrait dans son grand diamètre, qui était horizontal, sept centimètres, et dans le diamètre transverse ou vertical quatre centimètres. Durant les deux ou trois premiers jours, la hernie se trouva exactement contenue, mais bientôt l'action mécanique de la pelote de bois dilata l'anneau inguinal, de manière que dans l'espace de quelques mois la hernie en passant sous la pelote devint scrotale.

On voit, d'après ce fait, que le bandage du docteur Hérisson, à pelote en bois et de forme à pouvoir s'introduire dans les ouvertures du bas-ventre, qui, d'ordinaire livrent passage aux hernies, est aussi défectueux et peut-être même plus encore que celui à pelote mobile, contre l'usage duquel nous avons cru devoir nous élever.

Bandages à pelotes médicamenteuses. — Un de nos confrères, auquel nous nous plaisons à reconnaître du mérite, vient d'annoncer un bandage à pelotes médicamenteuses pour la cure radicale des hernies. Nous pensons qu'il y a conviction et bonne foi de la part de l'auteur de ce bandage, mais malheureusement il est fâcheux de dire qu'il est dans l'erreur; car son bandage ne guérit pas plus souvent les hernies que ceux à pelotes ordinaires disposés d'après l'appréciation juste et raisonnée de l'état des parties qu'ils sont appelés à soutenir. Plusieurs de nos malades ayant fait usage de ce bandage sans avoir été guéris, l'ont quitté pour revenir à ceux qu'ils portaient précédemment.

Traitement des Albanais pour la cure des hernies. — Le docteur Brayer, notre compatriote, qui a habité plusieurs années Constantinople, nous a dit que, dans cette capitale de l'Orient, les Albanais étaient seuls en possession du traitement des hernies, et que leurs moyens curatifs consistent, après la réduction de l'intestin, à introduire dans l'ouverture qui lui a livré passage, l'extrémité arrondie d'un petit bâton, puis de lui imprimer un mouvement brusque et rapide de rotation dans l'intention de produire l'inflammation de la portion du péritoine formant le sac herniaire; si son adhérence avec les parties qui l'avoisinent s'exécute d'une manière complète, comme il le suppose, il deviendra pour toujours un obstacle à la reproduction de cette infirmité. Le malade est assujéti pendant plusieurs mois à l'usage du bandage herniaire dont la force doit être de beaucoup supérieure à celle du bandage ordinaire.

Il est possible que ce procédé ait réussi quelquefois; mais en l'employant est-on sûr de pouvoir borner l'inflammation du péritoine au sac herniaire, et dans la hernie inguinale n'a-t-on pas à craindre d'enflammer le cordon spermatique et même le testicule? De semblables désordres sont trop grands pour que dans la pratique on puisse employer un pareil traitement.

C'est dans l'emploi de moyens plus simples et moins dangereux que l'on doit chercher la guérison des hernies. Le premier est, sans contredit, comme nous l'avons démontré, l'usage du bandage herniaire soutenu pendant plus ou moins longtemps, suivant les caractères de la hernie, la constitution du malade, ses occupations et son âge; le deuxième, l'usage, pour les adultes, des douches d'eau froide, raitement qui nous a réussi chez plus d'une cinquantaine d'individus de l'un et de l'autre sexe, sur lesquels nous avons eu occasion de l'employer (1).

(1) *Voyez* la 3e section du Ier chapitre, et la 11e section d'observations.

L'ensemble des circonstances si nombreuses et si variées que présentent les hernies dont nous avons tâché d'esquisser le tableau, suffira pour démontrer que la construction des instruments destinés à les contenir exige de la part des personnes qui veulent se livrer au traitement de ces maladies, la combinaison des connaissances mécaniques et anatomiques. Il faut en outre, afin de se rendre compte des altérations nombreuses et variées dont sont susceptibles les ouvertures aponévrotiques de la paroi abdominale et les nombreux organes qu'elle renferme avoir fait un assez grand nombre d'ouvertures de cadavres de sujets d'âge et de sexe différents, morts de cette maladie, ou de toute autre, mais portant depuis longtemps des hernies.

L'absence de ces connaissances mettrait dans l'impossibilité de disposer et placer dans le plus grand nombre de cas, le bandage herniaire propre à remplir l'indication.

C'est à l'ignorance complète de l'organisation du corps humain que l'on doit la production d'une infinité de bandages herniaires dont le mécanisme, quelquefois ingénieux, est en pure perte et même fâcheux; car, dans un grand nombre de cas, il rend les bandages d'une application plus difficile et leur effet moins sûr. Ces vérités sont susceptibles d'être senties par les hommes habitués à réfléchir, et ils accorderont leur confiance de préférence à des chirurgiens dont la spécialité sera le traitement de ces maladies, et non à des hommes étrangers à l'art de guérir (1).

(1) J'ai eu longtemps dans mon voisinage et en boutique une espèce de serrurier, assez peu délicat pour profiter de l'erreur des malades, que m'adressaient les médecins dont j'avais la confiance. Un de ces médecins fut consulté par une personne de sa clientelle, pour une tumeur inguinale qui lui était survenue depnis quelque temps. Il lui conseilla de prendre mon avis sur la nature de sa tumeur. Ce malade voyant, dans la rue où je demeurais, une boutique avec grand nombre de bandages en étalage, crut que c'était là où je restais. Il entra et demanda à me parler. Sans lui répondre, le maître de cette maison quitta son étau, sa lime et son tablier, auquel il essuya ses mains noires comme celles d'un serrurier, puis il proposa au malade de l'examiner. Mais, ce dernier, supposant une mé-

§ XXXV. *Etat de la chirurgie herniaire en France au* XIXe *siècle.*

Paris et les départements pullulent de prétendus bandagistes qui la plupart ne sont que de simples et très simples ouvriers serruriers dits mécaniciens, sans avoir jamais eu les premières notions de géométrie, forgerons, couteliers, etc. Peut-on raisonnablement espérer, près de pareils hommes, des secours contre les nombreux accidents qu'enfantent les hernies? Non! leurs bandages, fruits de la routine et non du savoir et de l'expérience, sont ordinairement faits sur les mêmes patrons, et l'ignorance de ceux qui les ont fabriqués les porte à croire qu'ils conviennent à tous les cas et à tous les sujets.

Il n'est malheureusement que trop vrai que, dans la plupart des villes de province et à Paris même, ce sont ces ouvriers qui, avec les culotiers et les fabricants de bretelles se trouvent en possession de la majeure partie de la clientelle des hernies. Il est de fait certain que plusieurs des ouvriers que nous venons de citer ont obtenu de jurys de diverses facultés de médecine des titres qui ne devraient appartenir qu'aux hommes pourvus de certaines connaissances en médecine et surtout en chirurgie. Cette complaisance des jurés est fâcheuse pour la science et pour la santé publique.

Il me souvient que dans le temps où je revoyais mon anatomie pour me préparer à mon premier examen, un culotier qui avait commencé son éducation médicale par l'application de vieux bandages sur des porteurs d'eau ou autres pauvres gens, vint me prier de lui montrer ce que c'était que les boyaux, parce qu'il était sur le point de se présenter devant le jury médical de Paris pour obtenir un diplôme d'officier de santé à l'aide duquel il pût

prise, se rendit chez son médecin afin de s'en expliquer avec lui. Ils vinrent tous les deux chez moi, et l'erreur fut reconnue.

exercer la médecine sans crainte d'être poursuivi. Je fis devant lui l'ouverture du ventre d'un cadavre d'homme de 30 à 35 ans, et, malgré les détails minutieux auxquels je crus devoir entrer dans la description des divers organes qui se trouvaient sous ses yeux, il me fut impossible de lui faire comprendre le mécanisme des hernies. Trois mois après, ce culotier était officier de santé et exerçait à Paris la médecine. Plus tard il a réussi à se faire une assez belle clientelle pour avoir un cabriolet.

Que l'on vienne donc se plaindre dans le monde médical, à l'Académie et à l'École de médecine, de l'ignorance de certains officiers de santé. Ne pourrait-on pas dire que la faute vient moins de la loi qui les a créés que des membres du jury qui les ont reçus.

On conçoit, d'après ce que nous venons de dire, que la chirurgie herniaire en France jouit de peu d'illustration, bien que de temps à autre des chirurgiens d'un certain mérite s'en soient occupés. Mais, il faut le dire, tous leurs efforts ont toujours échoué par l'insouciance des administrateurs des hôpitaux des grandes villes, qui, au lieu de placer ce service dans des mains capables, ont la fâcheuse habitude de regarder les bandages herniaires comme un simple objet de fourniture analogue à toute autre partie de vêtement susceptible d'être soumissionnée par le premier individu qui se présente.

Que des hommes étrangers à l'art de guérir, comme le sont les préfets, sous-préfets, administrateurs des hospices, raisonnent ainsi, c'est une chose toute naturelle; mais que des médecins de premier mérite, placés à la tête de l'instruction médicale, ne profitent pas de circonstances favorables pour faire sortir l'administration des hospices, de laquelle ils font partie, d'une aussi mauvaise voie, et qu'ils ne cherchent pas à placer dans les hôpitaux de la capitale le service herniaire à la hauteur des autres parties de la chirurgie, c'est une distraction fâcheuse pour cette branche de l'art de guérir, et même pour l'humanité.

L'administration des hôpitaux de Paris, dans plusieurs circonstances, a satisfait aux besoins de l'époque, en organisant, dans ses hôpitaux, des spécialités pour le traitement de diverses maladies, telles que celles des voies urinaires, des difformités générales du corps et des pieds-bots. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour les hernies et prolapsus utérins susceptibles d'être traités avec avantage par l'emploi de moyens mécaniques convenablement appliqués, tels que bandages, ceintures et pessaires. Nous savons bien que quelques hommes de l'administration ont craint qu'en attachant aux hôpitaux de Paris un chirurgien herniaire, on ne blessât l'amour-propre des grands praticiens chargés du service de santé dans ces établissements. Nous pensons que c'est une erreur, vu que ces grands talents sont placés dans une sphère trop élevée pour être jaloux d'un simple chirurgien herniaire dont les attributions se borneraient à la seule application des instruments dont nous venons de parler.

Le médecin ou chirurgien qui, dans la salle de son service, rencontre à sa visite une hernie ou un déplacement de matrice sans complication de caractères fâcheux, prescrit un bandage herniaire ou un pessaire, comme il ferait d'un cataplasme ou d'une injection, sans entrer dans les détails sur la forme à donner à l'instrument d'après les caractères particuliers de l'infirmité. Le bandage fait et placé, dans le plus grand nombre de cas, par des mains inhabiles, ne remplit qu'imparfaitement et quelquefois pas du tout l'indication. Le malade sort de l'hôpital sans être soulagé. C'est donc en pure perte que la dépense de cet instrument a été faite par l'administration.

Désirant faire cesser de semblables abus, en éclairant la religion de l'administration des hospices de Paris sur cette branche de service, j'ai tâché de faire ressortir les avantages qu'offrirait un chirurgien herniaire choisi par les médecins et chirurgiens de ces établissements, tant pour la fourniture que pour l'application des bandages et pessaires.

Les faits sur lesquels je m'appuie sont détaillés dans la lettre suivante, que j'ai adressée à M. le préfet, après l'avoir soumise à des sommités chirurgicales des hôpitaux de la capitale.

Lettre à M. le préfet du département de la Seine sur l'organisation à donner à la chirurgie herniaire des hôpitaux de Paris.

« Monsieur le Préfet,

» Les hernies sont, de toutes les infirmités humaines, » la plus fréquente et la plus funeste à la classe ouvrière » en général, et à certaines professions en particulier. Cette » vérité n'a pas échappé à l'administration des hospices, » puisque non contente des bandages qu'elle donne dans » ses hôpitaux, elle en fait distribuer un assez grand » nombre à son bureau central (Parvis Notre-Dame). » L'intention qui la dirige sans doute est de soustraire » une infinité de malheureux aux suites fâcheuses de cette » maladie.

» Ce but de haute philanthropie est-il rempli? Nous » sommes porté à croire que non. La cause en vient du » défaut de connaissances anatomiques et même chirurgi- » cales des fournisseurs qui, d'après le cahier des charges, » sont obligés, dans le plus grand nombre de cas, de » faire l'application de ces instruments.

» L'opération du taxis pour réduire convenablement » une hernie; la confection et l'application du bandage » propre à la contenir, ne laissent pas que d'exiger cer- » taines connaissances en anatomie pathologique, ainsi » qu'une grande habitude des hernies, que ne donne pas » un diplôme d'officier de santé, dont à Paris sont pour- » vus un grand nombre d'individus appartenant aux pro- » fessions de serruriers dits mécaniciens, de culotiers, » de fabricants de corsets et même de bretelles.

» La hernie étranglée est un accident des plus graves, » la majeure partie de celles que l'on rencontre dans les » hôpitaux sont survenues par suite de l'usage de mauvais » bandages, c'est à dire dont la forme n'est pas convenable au caractère de la hernie. La dépense qui résulte » du traitement de ces maladies est des plus considérables » pour la caisse des hospices, car le malade, après l'opération, en a pour cinq ou six semaines avant d'être » guéri, quand, toutefois, des causes accidentelles ne » viennent pas prolonger de plusieurs mois son séjour » dans l'hôpital; et d'ailleurs cette opération, quoique » pratiquée par les premiers chirurgiens de la capitale, » ne sauve pas la moitié des malheureux qui la subissent, » vu qu'ils ne viennent d'ordinaire s'y soumettre qu'à la » dernière extrémité.

» Les hernies sont beaucoup plus nombreuses à Londres » dans la classe pauvre qu'à Paris, et pourtant les cas de » hernie étranglée se rencontrent rarement dans les hôpitaux de cette grande cité. Il n'est pas difficile de reconnaître l'origine de cette différence; c'est qu'à Londres » il existe une société pour les bandages herniaires nécessaires aux malheureux, qui n'en confie l'application » qu'à des hommes capables, parmi lesquels figurent de » grandes réputations chirurgicales.

» Les étrangers qui suivent les cliniques de nos hôpitaux » ne conçoivent pas qu'à Paris, sous une administration » aussi éclairée que celle de nos hospices, cette partie si » importante de l'art de guérir se trouve autant négligée.

» En examinant cette question avec tout l'intérêt qu'elle » semble mériter, vous admettrez peut-être, monsieur le » Préfet, l'idée d'un concours pour la fourniture et » l'application des bandages herniaires et pessaires, devant un jury composé des chirurgiens chefs de service dans les hôpitaux de Paris, lequel jury devrait » examiner publiquement les candidats, tant sur la théorie que sur la pratique des hernies.

» Essayez de ce moyen, monsieur le Préfet, et le temps » démontrera que ce sera un bienfait de plus à noter de » votre sage et clairvoyante administration, car il est » présumable que dans quelques années les cas de hernie » étranglée seront aussi rares dans les hôpitaux de Paris, » qu'ils le sont aujourd'hui dans ceux de nos voisins » et rivaux en philanthropie, en science et en civili- » sation. »

Réponse de M. le comte de Rambuteau, préfet du département de la Seine, à M. Verdier.

« Monsieur, j'ai l'honneur de vous informer que je viens » de transmettre au conseil général des hôpitaux en la » recommandant à son attention particulière, la lettre que » vous m'avez adressée, et par laquelle vous proposez de » mettre en concours la fourniture et l'application des » bandages herniaires à faire aux indigents. Il me sera » fait un rapport sur la suite que l'administration croira » pouvoir donner à votre projet.

» Recevez, etc. »

Paris, ce 21 novembre 1835.

Cette note, comme on le voit, bien accueillie par ce grand fonctionnaire auquel je l'avais adressée, fut transmise aussitôt par son ordre au conseil des hôpitaux de Paris; ce projet qui, par son importance, eût dû être renvoyé à l'examen d'une commission spéciale de médecins, fut tout bonnement abandonné aux bureaux, qui dans un rapport très laconique dirent que le mode proposé pour la fourniture des bandages et pessaires était impraticable, et qu'il fallait continuer les anciens errements.

Il est malheureux que M. le doyen de la faculté de médecine de Paris, et, dans cette qualité, membre du conseil général des hospices, n'ait pas accordé à cette proposition

l'intérêt qu'elle semblait mériter, car un esprit aussi supérieur que le sien n'aurait pu l'envisager sans être frappé des avantages qu'elle offrait tant par rapport à la science chirurgicale que pour les malheureux indigents affectés de hernies.

L'illustre baron Dubois et son gendre le docteur Ferrus, à qui j'avais communiqué ma lettre avant de l'envoyer, partagèrent mon opinion sur les améliorations que ce nouveau système devait produire dans cette branche du service chirurgical des hôpitaux. Le premier des deux médecins que je viens de citer me dit : « Il y a plus de vingt ans que je désire chose pareille à ce que vous proposez, sans avoir jamais pu l'obtenir ; il en sera de même de votre proposition ; elle ne conviendra pas aux bureaux et vous n'obtiendrez pas le concours que vous désirez.

Je laisse à juger à mes lecteurs administrateurs et médecins, si ce projet était aussi impraticable qu'on a bien voulu le prétendre à Paris au Parvis Notre-Dame.

Le conseil des hospices est certainement composé d'hommes du premier mérite et recommandables sous les rapports de connaissances et de haute philanthropie, dont journellement ils ne cessent de donner des preuves ; mais on ne peut pas se dissimuler que, d'après le grand nombre de places qu'occupe chacun de ses membres, ils ne peuvent qu'examiner les questions majeures, et partant abandonner les autres au bon plaisir des bureaux.

TROISIÈME SECTION

TRAITEMENT DES HERNIES PAR LES DOUCHES D'EAU FROIDE.

—

§ XXXVI. *Du traitement curatif des hernies récentes et accidentelles des jeunes sujets et des adultes par l'emploi des douches obliques d'eau froide.*

L'insuffisance des agents thérapeutiques employés dans la médecine pour le traitement curatif des hernies est depuis longtemps reconnue par les praticiens curieux de se rendre compte des effets des médicaments qu'ils prescrivent à leurs malades, et qui habitués à juger par eux-mêmes ne s'en rapportent pas à l'étalage pompeux de quelques uns de leurs confrères sur l'efficacité de certains médicaments.

Ces hommes observateurs et de bonne foi conviendront avec nous que toutes ces poudres renfermées dans des sachets, ces emplâtres, cataplasmes et compresses trempées dans certaines liqueurs ou infusions astringentes, toniques et résolutives, sont sans effet et souvent difficiles, incommodes pour les malades par leur mode d'application.

Les divers médicaments irritants et astringents appliqués sur la peau bornent leur effet aux couches peu profondes des tissus cellulaires situés sous elles, et par conséquent ils ne peuvent déterminer ou même concourir à la contraction des fibres aponévrotiques. Il leur est donc impossible de donner lieu à la plus légère inflammation des divers tissus qui les environnent dont la réunion par adhérence est indispensable au rétrécissement des ouvertures franchies par les hernies.

Ces diverses considérations nous ont fait désirer de découvrir un traitement curatif des hernies plus prompt, moins incommode et plus sûre dans ses résultats. C'est ce

que nous pensons avoir rencontré dans l'usage des douches d'eau froide. A l'appui de notre opinion, nous invoquerons la puissance des faits décrits au troisième chapitre, section onzième d'observations détaillées.

En considérant que la tumeur herniaire ne se produit d'ordinaire qu'à la suite d'altération survenue aux aponévroses et fibres musculaires destinée à consolider les ouvertures normales de la paroi abdominale; nous dûmes chercher à enrichir la thérapeutique applicable aux hernies, d'un nouveau moyen qui pût redonner la tonicité première aux parties qui l'avaient accidentellement perdue, sans offrir dans son application des inconvénients analogues à ceux reprochés avec raison aux autres genres de traitement dont nous avons parlé. L'illustre Bichat a dit avec raison que tous les organes, en vertu de la construction de leurs tissus, reviennent sur eux-mêmes tant qu'aucune cause mécanique ne s'y oppose pas.

En parcourant les auteurs qui ont écrit sur les hernies, le fait qui nous a le plus frappé, est celui rapporté par Jean-Louis Petit d'une vieille femme qui, voyant son petit-fils près d'être opéré d'une hernie étranglée par ce célèbre praticien, lui jeta à l'improviste entre les cuisses et sur le scrotum un seau d'eau fraîche récemment tirée du puits qui, en déterminant instantanément la contraction du crémastère et du dartos, fit rentrer spontanément cette hernie, bien que, depuis deux jours, elle eût résisté à toutes les tentatives de réduction exercées par cet habile chirurgien (1).

D'après la connaissance de ce fait curieux, nous avions plusieurs fois conseillé à des malades qui étaient venus nous consulter pour des hernies petites, récentes et réductibles, des lotions et douches d'eau froide. Le défaut de résultat satisfaisant avait fini par nous faire totalement abandonner depuis plusieurs années nos idées premières sur ce mode

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, t. II, p. 326.

de traitement, lorsqu'un jour le docteur Kapeler me fit appeler pour un jeune homme de dix-sept ans auquel il était survenu une tumeur scrotale du côté droit. A la première inspection il me fut facile de reconnaître une hernie épiploïque ayant son siège à l'anneau inguinal. Le malade étant couché, il était impossible, malgré le taxis soutenu et convenablement exécuté, de pouvoir reporter l'épiploon dans le bas-ventre. Il restait dans le trajet du canal suspubien que la tumeur avait occupé pendant six mois avant de descendre dans le scrotum. Dans ce premier état, quelques personnes l'avaient prise pour un engorgement de ganglion lymphatique de l'aine, erreur qui n'eût pas été commise par le savant médecin que nous venons de citer, si à cette époque le malade l'eût consulté.

La constitution éminemment lymphatique et peut-être même un peu scrofuleuse de ce jeune homme, nous fit proposer de la soumettre à un certain nombre de douches d'eau froide, ce qui fut résolu à la condition que je surveillerais le traitement. Nous nous rendîmes, M. S. et moi, au bel établissement des bains de Tivoli. Le malade fut placé à deux mètres du garçon baigneur, lequel tenait dans ses deux mains un u yau de cuir de la grosseur du bas, se prolongeant dans les mêmes dimensions jusqu'au réservoir élevé de huit mètres au dessus du sol. La clef de l'ajutage étant ouverte, une colonne d'eau de la grosseur du doigt indicateur venait frapper dans une direction horizontale l'orifice externe de l'anneau à l'endroit même où la tumeur, en partie réduite, offrait encore une saillie assez considérable.

La durée du jet de la douche fut de plus d'un quart d'heure. Son action, soutenue pendant cet espace de temps, avait irrité la hernie au point que le scrotum se trouvait plus gros après la douche qu'auparavant. Le malade même nous déclara qu'il y éprouvait de la douleur, laquelle se prolongeait jusqu'au cordon testiculaire, tant à la partie située dans le scrotum qu'à celle occupant le canal sus-

pubien. La tuméfaction de cette dernière partie formait sous les téguments, dans toute l'étendue du canal, une proéminence appréciable à une assez grande distance du malade. Deux autres douches furent administrées de la même manière à 24 heures de distance l'une de l'autre. Elles donnèrent lieu aux mêmes résultats que la première.

En réfléchissant sur ce défaut de succès, je crus que la cause dépendait tout entière du mode d'application de ce moyen. C'est pourquoi le lendemain je fis placer le malade debout sur une espèce de piédestal, élevé de 90 à 100 centimètres au dessus du sol, afin que la douche que j'allais lui porter fût oblique au lieu d'horizontale.

Pour obtenir cet effet, je me fis apporter l'appareil aux douches ascendantes du rectum auquel j'ajustai une grande canule de plomb de 60 à 65 centimètres que je courbai au tant qu'il me fut possible afin de lui imprimer une grande obliquité. La clef fixée à l'ajutage qui termine le tuyau de cuir dont il a été parlé plus haut fut ouverte, et le jet de la douche fut d'abord porté à la partie moyenne et interne de la cuisse du côté de la hernie et le plus près possible du scrotum. Cette première disposition ne tarda pas à faire contracter le crémastère et le scrotum lui-même. Ce qui fit remonter la tumeur des bourses à l'anneau, et quelque temps après, de ce dernier dans le canal suspubien.

Dans l'intention de faire contracter les muscles grands et petits obliques, afin qu'ils pussent se débarrasser des portions de la hernie existant encore entre leurs lames formant le canal inguinal, je dirigeai la colonne d'eau, tantôt au dessus, tantôt au dessous de l'anneau et même sur l'orifice de cette ouverture.

A la troisième douche administrée d'après ce mode, j'eus la satisfaction de voir disparaître pour toujours la hernie; ce qui ne m'empêcha pas de continuer encore pendant dix-sept jours ce moyen, afin d'augmenter autant que possible la tonicité des téguments et aponévroses, tant de

l'anneau inguinal que des parties qui l'avoisinent et le soutiennent (1).

L'appareil que j'avais improvisé et qui, malgré ses imperfections, avait si complètement réussi, me donna l'idée d'un plus convenable à ce genre de traitement. M. Audeoud, à cette époque directeur et propriétaire des bains de Tivoli, s'empressa de mettre à ma disposition un mécanicien ingénieux, lequel construisit, d'après mes idées, l'appareil qui, depuis ce temps, m'a servi pour les nombreuses cures de hernie que j'ai obtenues par ce genre de traitement (2).

Mode d'administration de la douche et durée de son jet. —L'expérience m'a démontré que le traitement des hernies par les douches d'eau froide doit durer au moins vingt jours, pendant lesquels le malade devra chaque jour, et sans interruption, en recevoir une le matin, de préférence aux autres heures de la journée.

La durée du jet de la colonne d'eau sera de 16 à 18 minutes, et la quantité d'eau fournie par le réservoir d'environ 500 litres. S'il s'agit de hernies scrotales, la colonne du liquide devra être portée sur la partie interne et moyenne de la cuisse; à cet effet, l'appareil sera être placé du côté opposé à la hernie, de manière que pour la hernie droite, le jet se produise de gauche à droite et pour la hernie gauche de droite à gauche. D'après cette disposition, l'eau, après avoir frappé sur la cuisse, se réfléchit pour tomber en nappe sur le scrotum ainsi que sur l'anneau inguinal.

La hernie a-t-elle disparu, on ramènera de suite la douche sur l'anneau, et plus tard on la promènera sur le

(1) Je communiquai dans le temps l'observation concernant ce malade à l'Académie royale de médecine. Le rapport qui fut fait par trois de ses membres se terminait ainsi : « Vos commissaires ont l'honneur de vous » proposer, Messieurs, des remercîments à M. Verdier, de la communi- » cation qu'il a faite à l'Académie, et de l'engager à continuer l'usage de » ses douches contre les hernies. »

(2) *Voyez* la 11e section d'observations détaillées, chap. III.

trajet du canal sus-pubien, ce qui ne doit avoir lieu qu'après que la rentrée dans le ventre des organes herniés se sera effectuée par ce canal, car si la hernie avait exécuté sa rentrée d'avant en arrière, le canal aurait cessé d'exister; alors il faudrait promener la douche sur toute la région du bas-ventre.

Hernies du canal et de l'anneau inguinal. — A l'égard des hernies du canal suspubien, et même celles qui n'ont pas dépassé l'anneau inguinal, on promènera les premiers jets de la douche lentement sur le bas-ventre, puis on la ramènera tant sur l'anneau inguinal que sur son canal. Dans un grand nombre de cas, cette manœuvre, en faisant contracter les différents plans musculaires du bas-ventre, a déterminé promptement la rentrée des organes herniés.

Suppose-t-on de la faiblesse dans les téguments de la région inguinale du côté opposé à la hernie, il faudra y porter par intervalle quelques jets de la douche en passant sur le bas-ventre, à la hauteur de la symphyse pubienne.

Hernie de l'arcade crurale.—On devra se comporter de même pour les hernies crurales que pour les inguinales, à moins que, d'après leur ancienneté, elles ne se soient frayé un chemin en dehors de l'ouverture fémorale pour le porter plus ou mois avant à la partie antérieure et moyenne de la cuisse. Dans ce dernier cas, la douche sera portée alternativement au dessous et au dessus de la tumeur.

Hernies de l'anneau ombilical, de la ligne blanche et des autres parties du ventre. — Pour les hernies qui ont leur siège à la cicatrice ombilicale, à la ligne blanche ou même dans d'autres parties du ventre, le jet de la douche ne doit frapper qu'au dessus ou au dessous de la tumeur, et jamais à son centre, de crainte d'enflammer l'anse d'intestin qui pourrait s'y trouver engagé ou de dilater davantage l'ouverture qui a livré passage à la hernie.

Nous pensons que la douche ne doit être administrée aux malades que par un médecin, et non confiée à un

garçon de bain, quelque intelligent qu'il soit, car il faut avoir certaines connaissances en anatomie générale ainsi qu'en anatomie pathologique, et surtout l'habitude de voir des hernies pour diriger convenablement la colonne de la douche sur les parties qu'il importe de stimuler.

Quel que soit l'endroit du ventre où se trouve située la hernie que l'on se propose de soumettre à l'action des douches d'eau froide, la personne destinée à la recevoir doit toujours être placée sur une espèce de piedestal, gradin ou marchepied, élevé d'à peu près 1 m. 50 c. au dessus du sol où repose l'appareil à douches, et à une distance assez éloignée de cet appareil pour que la colonne d'eau, avant de frapper les parties du corps où on veut la porter puisse se développer obliquement de bas en haut dans un espace d'à peu près 2 mètres.

Obliquité qu'il convient de donner au jet de la douche. —L'inclinaison de la colonne d'eau doit être à l'horizon d'un huitième de cercle, c'est à dire d'à peu près 40 à 45 degrés. La douche, en se projetant d'une manière trop ascendante, aurait l'inconvénient de glisser sur les téguments abdominaux sans leur faire éprouver les effets de son action contondante. Trop horizontale, elle pourrait écarter les fibres musculaires les uns des autres, et donner lieu à des éraillements avec douleur plus ou moins vive aux endroits de la paroi abdominale sur lesquels la colonne d'eau frapperait ainsi qu'aux portions d'intestin situées derrière eux.

§ XXXVII. *Effet de la douche sur les parties du corps qu'elle vient frapper.*

Les divers traitements employés dans l'intention de guérir les hernies, abstraction faite de l'opération, ont toujours eu pour but principal l'inflammation des tissus situés en rapport direct, avec le sac herniaire ou le pourtour des ouvertures naturelles ou accidentelles, traver-

sées par le sac herniaire. C'est également ainsi que nous supposons que notre mode doit agir, car il est incontestable que la douche produit la percussion des parties sur lesquelles la colonne d'eau vient frapper.

L'effet stimulant qui résulte de son action est propre à toutes les espèces de douches chaudes, froides, naturelles ou minérales. Mais la douche d'eau froide a un effet d'autant supérieure aux autres douches qu'elle offre la combinaison de deux modes tendant au même but, celui de déterminer l'inflammation des parties sur lesquelles elle est portée.

Percussion. — Le premier de ces modes est dû à l'action contondante de la colonne de liquide qui vient frapper les téguments dans un point déterminé; sa force d'impulsion est d'autant plus grande que le réservoir qui l'alimente se trouve plus élevé et contient une plus grande quantité de liquide.

Cette action de percussion tuméfie les tissus assez profondément pour les disposer à une espèce d'inflammation adhésive, ce qui vient à l'appui de cette opinion, c'est que, presque toujours, à l'issue des premières douches, les parties qui en ont été frappées offrent un plus grand volume qu'auparavant. Elles ont acquis également une sensibilité qu'elles n'avaient pas précédemment.

Nous avons quelquefois remarqué et particulièrement chez une jeune fille de 20 ans à la partie moyenne de la cuisse où venait frapper la douche, une espèce d'ecchymose embrassant une étendue de deux à trois travers de doigt (1). Ce fait démontre que chez les enfants ou sujets du sexe féminin il serait imprudent de donner la douche dans toute sa force, avant d'avoir habitué progressivement à son action contondante les parties du corps sur lesquelles elle doit être portée.

Réfrigération. — Le deuxième effet de la douche d'eau

(1) 110e observation, 11e section, chap. III.

froide consiste dans son action réfrigérante qui détermine souvent chez les sujets de constitution faible et nerveuse un saisissement général avec ébranlement plus ou moins considérable du système nerveux. Dans ce cas, le resserrement spasmodique de la peau est accompagné du développement d'une infinité de bulles coniques. On remarque en outre le tremblement convulsif des mâchoires et quelquefois de toute l'habitude du corps; alors la respiration devient plus ou moins pénible, le pouls concentré est petit et irrégulier. L'endroit de la peau frappé par la douche pâlit d'abord, mais il ne tarde pas à rougir. Quand l'ensemble de ces phénomènes se manifeste, il faut suspendre la douche pendant quelques secondes et ensuite la recommencer, mais avec moins de force que primitivement. Son développement sera augmenté progressivement d'après l'état où se trouve le malade. Dans le grand nombre de sujets que nous avons soumis à ce genre de traitement, nous n'en avons rencontré que deux qui, après trois douches, n'aient pas voulu continuer, dont l'un était un général espagnol qui, quoique très courageux, n'avait pu supporter l'irritation nerveuse qu'elle déterminait chez lui.

Les sujets d'un tempérament lymphatique éprouvent les effets que nous venons de décrire d'une manière beaucoup moins forte que ceux qui sont sous l'influence d'une constitution nerveuse. Mais les uns et les autres finissent par n'être plus sensibles à l'action de la douche au bout de trois à quatre jours.

Le contact de l'eau froide sur la peau a pour effet principal de refouler à l'intérieur l'action vitale. Les vaisseaux capillaires sanguins et lymphatiques versent ce qu'ils contiennent dans d'autres vaisseaux d'un ordre supérieur, situés plus profondément qu'eux dans l'épaisseur de la paroi abdominale. La quantité de fluide sanguin déplacé n'est pas assez considérable pour agir d'une manière sensible sur les principaux organes sanguins, tels que le cœur, le poumon et le foie.

A l'appui de cette supposition nous citerons le traitement d'un malade que nous confia M. le docteur Guersent père. Ce jeune homme reçut vingt-six douches d'eau froide sans éprouver le plus léger embarras du côté du cœur, et pourtant, un an auparavant, le savant médecin que nous venons de citer l'avait traité d'une maladie de cet organe accompagnée de fréquentes palpitations (1).

Aussitôt la douche cessée et le corps du malade essuyé, on doit placer de suite un bandage herniaire à ressort, dont la pelote sera beaucoup plus grande en tous sens que l'ouverture qui a livré passage à la hernie, pour que quand la réaction viendra à se produire sur les vaisseaux capillaires, ces derniers, comprimés et aplatis dans toute l'étendue des téguments recouverte par le bandage, ne puissent plus recevoir la même quantité de fluide que celle qu'ils admettaient avant la douche.

De l'accumulation des fluides dont nous venons de parler, il s'ensuivra inévitablement, dans les vaisseaux qui donnent naissance aux capillaires, un embarras, un engorgement que l'on peut regarder comme le premier degré de la phlogose qui va se développer dans les divers tissus situés assez profondément pour ne pas éprouver les effets de la compression du bandage. Ce premier temps de l'inflammation n'est appréciable pour le malade que par un léger sentiment de chaleur qui se soutient plusieurs heures après que la douche a cessé.

Toilette du malade pour recevoir la douche. — La toilette de la personne que l'on veut doucher doit se composer d'une serviette ou mouchoir sur la tête, ou bien d'un serre-tête en taffetas gommé, d'un gilet de laine ou d'une serviette nouée autour du cou, descendant jusqu'à la cicatrice ombilicale, s'il s'agit d'un traitement pour des hernies inguinales ou crurales; car dans le cas de hernie om-

(1) 107e observation, 11e section, chap. III.

bilicale ou de la ligne blanche, il faudrait supprimer le gilet et la serviette.

Quelques sujets du sexe masculin ont essayé de recevoir la douche en soutenant le scrotum par un suspensoir en filet de tricot très lâche, mais la présence de la ceinture et de la poche nuisaient à son effet; c'est pourquoi, en général, le scrotum doit être abandonné à lui-même.

Quant aux demoiselles ou aux dames, pour ménager leur pudeur, on peut placer entre les cuisses, soit une bande ou laize de toile, soit une serviette pliée en plusieurs doubles, fixée par leurs deux extrémités à un cordon attaché circulairement autour du ventre, de manière que l'une de ces extrémités puisse recouvrir les organes sexuels, et l'autre une partie des fesses.

Sans cette disposition qui ne laisse pas pourtant que de diminuer un peu l'énergie de la douche, le plus grand nombre des personnes de ce sexe ne voudrait pas consentir à la recevoir d'un médecin; pourtant s'il s'agissait d'une hernie inguinale et qu'elle se dirigeât dans l'une des grandes lèvres, il faudrait que les organes de la génération fussent totalement à découvert. Chez les sujets de ce sexe, le gilet de laine sera remplacé par une camisole.

Un peignoir en calicot ou en toile sera placé sur les épaules des sujets de l'un ou de l'autre sexe, de manière à rester ouvert en avant et relevé sur les côtés, afin de ne pas arrêter ou diviser la colonne d'eau portée sur le corps; mais, dans tous les cas, les membres abdominaux doivent être totalement nus.

Quelques uns des malades que nous avons soumis à notre traitement, ont essayé de rendre moins désagréable la sensation froide ainsi que l'espèce d'engourdissement que fait éprouver l'eau qui, pendant la douche, retombe, sur les membres abdominaux en entourant les cuisses, les jambes et les pieds de flanelle recouverte de taffetas imperméable; mais ces malades nous ont assuré qu'avec ce vête-

ment, le froid était plus grand et plus désagréable que quand ces parties du corps étaient nues.

Toilette du malade après la douche. — Aussitôt la douche cessée, le baigneur devra essuyer et envelopper le malade avec des serviettes chaudes, puis le recouvrir d'un peignoir et d'une robe de chambre également chauffée. Le malade restera ainsi enveloppé de dix à douze minutes, c'est à dire, jusqu'à ce que la circulation des vaisseaux capillaires et la chaleur à la peau se soient rétablies. Puis il pourra s'habiller et se livrer à ses occupations habituelles.

Au moyen de ces précautions, aucun des sujets que j'ai soumis à ce traitement ne s'est enrhumé, et pourtant plusieurs l'ont subi à des époques avancées de la saison d'automne et sous l'influence d'un froid rigoureux.

§ XXXVIII. *Époque de l'année qu'il convient de choisir pour le traitement des hernies par les douches d'eau froide.*

Le printemps et l'automne sont les saisons que l'on doit préférer pour le traitement des hernies par les douches d'eau froide, car pendant les chaleurs de l'été, la réfrigération de la douche étant à peu près nulle, il serait à craindre que la percussion seule ne suffise pas pour atteindre le but que l'on se propose.

Un grand froid d'hiver, surtout durant la gelée, pourrait avoir aussi ses désagréments. Les six mois de l'année que nous regardons comme les plus convenables à notre traitement, sont ceux de mars, avril, mai pour le printemps, et de septembre, octobre et novembre pour l'automne. Quand cette dernière saison est pluvieuse, on peut aller jusqu'à la fin de décembre.

Dans le mois de juillet 1838, qui fut constamment froid et pluvieux, j'ai traité par les douches d'eau froide deux personnes du sexe masculin affectées de hernies. La tem-

pérature de l'eau, à sept heures du matin, a constamment été, pendant tout le temps des traitements, de 14 à 17 degrés du thermomètre de Réaumur au dessus de zéro.

Pour abaisser la température de l'eau, je fis mettre dans le réservoir qui contenait ce liquide vingt kilogrammes de glace dont la fonte eut lieu dans l'espace de quinze à seize minutes, après quoi le thermomètre indiqua 3 degrés 1/2 d'abaissement. Le lendemain, dans la même quantité d'eau, qui était de cinq cents litres, on plaça trente kilogrammes de glace dont la fonte n'eut lieu complètement qu'au bout de vingt minutes. Alors la température de l'eau se trouva baissée de 5 degrés 1/2.

D'après ces faits, il résulte que les jours où la température naturelle de l'eau se trouva être de 14 degrés, le malade reçut la douche à 8 degrés 1/2 au dessus de zéro. Pour produire cet effet, la glace se trouva être avec l'eau à peu près dans la proportion de 666 grammes pour huit litres de ce liquide.

La sensation froide que ressentaient d'abord les malades ne se soutint pas longtemps. Nous pensons que la cause en vient de ce que l'abaissement de la température de l'eau de la douche n'ayant eu lieu qu'accidentellement, ce fluide a dû promptement revenir à la température générale de l'atmosphère où se trouvaient placés les malades. Il est de fait, et nous devons le dire avec franchise, que ces deux traitements, malgré l'addition de glace dont nous venons de parler, n'eurent pas des résultats aussi satisfaisants que nous avions pu le supposer.

Les douches d'eau froide nous ont souvent réussi sur des sujets où les hernies avaient été déterminées par un état accidentel de faiblesse des tissus abdominaux et d'amaigrissement sensible résultant de mauvaises habitudes contractées au collége (1), des bains pris à une température trop

(1) 105e observation, 11e section, chap. III.

élevée (1), un mauvais régime alimentaire, ainsi que l'abus des plaisirs de l'amour (2).

On lit dans un ouvrage moderne publié par un honorable et savant médecin, aussi avantageusement connu par ses écrits que par sa pratique, le docteur L. J. Bégin, chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg. « Les hernies volumineuses que des adhérences ou le développement des parties déplacées rendent irréductibles, ont quelquefois cédé à une situation horizontale prolongée, pendant laquelle on répétait chaque jour les efforts du taxis afin de réduire les parties à mesure qu'elles diminuaient de volume ou que leurs adhérences s'allongeaient. Dans ces cas, ainsi que l'a observé M. Verdier, chirurgien herniaire fort habile, des douches d'eau froide, dirigées avec précaution, d'abord au dessous, puis sur les côtés, et enfin sur toute la surface de la hernie, produisent fréquemment d'heureux effets, surtout contre les épiplocèles considérables que l'on observe chez certains vieillards, etc. (3). »

Malgré toute l'obligeance que nous avons à ce grand chirurgien d'avoir eu la bonté de nous citer d'une manière très honorable dans son excellent traité de chirurgie, il nous est impossible de garder le silence sur l'erreur qu'il a commise et par suite de laquelle il se trouve résulter une fausse indication des cas où il convient d'avoir recours à notre traitement curatif des hernies par les douches d'eau froide, ce qui pourrait faire soupçonner notre bonne foi, car ce n'est pas, comme le dit le docteur Bégin, chez les vieillards et pour guérir des épiplocèles considérables que nous avons eu recours aux douches d'eau froide, mais bien chez les jeunes gens, chez les adultes auxquels il était survenu accidentellement des hernies de formation nouvelle,

(1) 104e observation, 11e section, chap. III.

(2) 109e observation, *ibid.*

(3) *Nouveaux éléments de chirurgie et de médecine opératoire*, 2e édit. Paris, 1838, t. Ier, p. 358.

ce dont on peut se convaincre au troisième chapitre du présent mémoire, en parcourant les diverses observations détaillées de la onzième section.

A la vérité le docteur Bégin n'a suivi qu'un seul de nos traitements dont le sujet, quoique âgé de quarante-trois ans, fut complètement guéri (observation 113); mais la hernie que portait ce malade n'existait que depuis sept à huit jours, et devait sa formation à une cause accidentelle.

En résumé, on ne doit considérer notre traitement des douches d'eau froide comme curatif que dans le cas de hernies de formation récente et accidentelle, survenues à des sujets de dix à trente ans. Quant aux hernies anciennes des vieillards, on ne peut pas se flatter de les guérir par ce moyen; seulement, dans certains cas d'épiplocèles scrotales, on pourra diminuer le volume de la tumeur ou s'opposer à son plus grand développement (1).

Bons effets des douches d'eau froide employées contre les varicocèles et les hydrocèles. — Des varices du cordon testiculaire, des hydrocèles de la tunique vaginale, se sont sensiblement améliorés sous l'influence des douches froides, ce qui nous fait présumer que si l'usage en avait été soutenu plus longtemps la cure radicale aurait pu s'en opérer, surtout chez les jeunes gens qui n'ont pas encore éprouvé les effets de la puberté.

Sujets qu'il ne conviendrait pas de soumettre à l'action réfrigérante de l'eau froide. — Les personnes goutteuses ou tourmentées de douleurs rhumatismales ne doivent pas être traitées par des douches d'eau froide. On pourra les remplacer chez ces malades par celles d'eaux minérales dites de Barèges, naturelles ou artificielles, il nous souvient d'avoir, au moyen de cette préparation, guéri avec moins de trente douches une dame à laquelle il était survenue trois tumeurs herniaires par suite de violentes secousses. Elles étaient situées à la région des lombes du côté droit, entre

(1) 108e observation, 11e section, chap. III.

la dernière fausse-côte et le ligament fémoral; elles avaient eu lieu entre divers éraillements des fibres musculaires de la paroi abdominale (1).

Pour l'administration des douches d'eau minérale, on doit placer le malade de manière que l'eau de la douche soit reçue dans une baignoire où il se placera aussitôt la douche finie, afin de prendre un bain général de trois quarts d'heure à une heure. Si le liquide qui, primitivement, aura été élevé à la température de vingt-huit à vingt-neuf degrés, venait à se refroidir, on le réchaufferait par l'addition d'une nouvelle quantité d'eau de Barèges à une température assez élevée pour que le bain conserve au moins une chaleur de vingt-six à vingt-sept degrés.

Les brillants succès que nous avons obtenus par les douches d'eau froide dans le traitement curatif des hernies nous portent à croire que dans les grands établissements publics de bains, ainsi que dans les hôpitaux civils et militaires on guérirait une grande partie de ces maladies par l'emploi de notre mode de traitement simple et peu coûteux, puisque l'établissement de l'appareil n'exige pas une dépense de plus de deux à trois cents francs.

Nous ne croyons pas aller trop loin en supposant que si le traitement que nous venons de décrire devenait d'un usage général, il finirait, à la suite des temps, par rendre assez rares les cas d'opération de hernies étranglées, avantage d'autant plus grand pour l'humanité, qu'un assez grand nombre de malades soumis à cette opération dans les grands établissements de charité, succombe quelques heures ou quelques jours après avoir subi l'opération. La faute ne vient certainement pas des chirurgiens qui l'ont pratiquée, mais bien de la négligence des malades à ne se rendre dans les hôpitaux pour réclamer les services de l'art qu'à la dernière extrémité, et quand déjà la mort est certaine.

(1) 12e observation, 2e section, chap. III.

On nous trouvera toujours disposé à donner tous les renseignements désirables aux personnes des départements ou de l'étranger qui désireraient établir des appareils à douches pour le traitement des hernies. Quant aux médecins de Paris, ils pourront voir notre appareil aux bains de Tivoli, et conférer avec nous, s'ils le désirent, tous les jours de midi à deux heures.

—

QUATRIÈME SECTION.

TABLEAUX STATISTIQUES DES HERNIES.

Comme nous l'avons dit dans notre introduction, les tableaux statistiques sont répartis en deux séries, dont la première est exclusivement consacrée aux hernies, et la deuxième aux déplacements et maladies de la matrice.

C'est de la première série que nous allons nous occuper dans cette section. Les divers calculs que nous allons produire ont pour base le chiffre de douze cent vingt-six hernies, dont neuf cent soixante-seize appartiennent au sexe masculin et deux cent cinquante au sexe féminin. Quant au nombre de sujets qui les ont fournis, il est de neuf cent cinquante, sur ce chiffre sept cent trente appartiennent au premier de ces sexes et deux cent-vingt au second.

L'ordre de classification que nous allons suivre nous a semblé devoir commencer par l'âge et le sexe des sujets qui ont donné lieu à nos observations.

Plusieurs des tableaux de cette série pourraient, au premier aperçu, paraître sans intérêt et même inutiles. Nous allons exposer les raisons qui nous ont porté à les publier.

Le tableau qui a pour titre : *ancienneté des hernies* est tout dans l'intérêt des malades, en leur prouvant qu'avec

cette infirmité ils peuvent vivre très longtemps, quand elle est convenablement gouvernée.

Les hernies congéniales et celles qui sont survenues après la naissance, c'est à dire dans la première année de la vie, nous ont paru assez importantes pour faire le sujet d'un tableau particulier. Il en a été de même pour les hernies inguinales de cet âge, que nous avons divisées en droites, gauches et des deux côtés à la fois.

Quoique les cas de testicules resté dans le ventre et compliquant les hernies par leur présence aux anneaux inguinaux ou dans leur canal soient peu nombreux, nous n'en avons pas moins cru devoir les rassembler dans un tableau qui forme le dernier de cette série.

Classement des tableaux statistiques de la première serie.

Premier tableau statistique.

DE L'AGE DES SUJETS DES DEUX SEXES A L'ÉPOQUE DE LA FORMATION DES HERNIES.

AGE.	SEXE M.	SEXE F.	2 SEXES	PÉRIODES DE 5 ANS.	SEXE M.	SEXE F.	2 S.
D'un jour à 1 an.....	93	24	117			—	
D'un an un jour à 2 ans	5	1	6	De 1 jour à		—	
— 3...	3	1	4	5 ans.	105	32	137
— 4...	1	3	4			—	
— 5...	3	3	6			—	
— 6...	6	2	8			—	
— 7...	3	»	3			—	
— 8...	1	2	3	De 5 à 10		—	
— 9...	3	2	5	ans.	14	7	21
— 10...	1	1	2			—	
— 11...	2	1	3			—	
— 12...	1	3	4			—	
— 13...	3	3	6	De 10 à 15		—	
— 14...	6	2	8	ans.	14	13	27
— 15...	2	4	6			—	
— 16...	4	2	6			—	
— 17...	6	»	6			—	
— 18...	7	»	7	De 15 à 20		—	
— 19...	6	2	8	ans.	39	9	48
— 20...	16	5	21			—	
— 21...	6	»	6			—	
— 22...	14	4	18			—	
— 23...	8	2	10	De 20 à 25		—	
— 24...	11	1	12	ans.	48	7	55
— 25...	9	»	9			—	
— 26...	16	9	25			—	
— 27...	8	1	9			—	
— 28...	16	12	28	De 25 à 30		—	
— 29...	14	5	19	ans.	93	40	133
— 30...	39	13	52			—	
— 31...	22	4	26			—	
— 32...	26	7	33			—	
— 33...	27	3	30	De 30 à 35		—	
— 34...	40	9	49	ans.	141	34	175
— 35...	26	11	37			—	
— 36...	32	11	43				
— 37...	19	5	24				
— 38...	38	11	49	De 35 à 40			
— 39...	19	5	24	ans.	154	42	196
— 40...	46	10	56				
A reporter.....					608	184	792

AGE.	SEXES M.	SEXES F.	SEXES 2 sexes	PÉRIODES DE 5 ANS.	SEXES M.	SEXES F.	SEXES 2 s.
D'autre part.....	....	....	....	.....	608	184	792
— 41...	18	6	24				
— 42...	36	9	45				
— 43...	13	6	19	De 40 à 45 ans.	123	29	152
— 44...	38	7	45				
— 45...	18	1	19				
— 46...	25	5	30				
— 47...	9	2	11				
— 48...	18	4	22	De 45 à 50 ans.	87	16	103
— 49...	11	1	12				
— 50...	24	4	28				
— 51...	5	1	6				
— 52...	15	»	16				
— 53...	6	»	6	De 50 à 55 ans.	39	7	46
— 54...	10	»	13				
— 55...	3	2	5				
— 56...	10	1	11				
— 57...	8	4	12				
— 58...	15	2	17				
— 59...	5	»	5	De 55 à 60 ans.	51	10	61
— 60...	13	3	16				
— 61...	2	»	2				
— 62...	7	2	9				
— 63...	3	»	3				
— 64...	10	»	10	De 60 à 65 ans.	26	2	28
— 65...	4	»	4				
— 66...	3	»	3				
— 67...	4	»	4				
— 68...	5	»	5				
— 69...	2	»	2	De 65 à 70 ans.	22	1	23
— 70...	8	1	9				
— 71...	1	»	1				
— 72...	2	1	3				
— 73...	3	»	3				
— 74...	2	»	2	De 70 à 75 ans.	12	1	13
— 75...	4	»	4				
— 76...	1	»	1				
— 77...	1	»	1				
— 78...	2	»	2				
— 79...	1	»	1	De 75 à 80 ans.	8	»	8
— 80...	3	»	3				
Total sexe masculin.....					976		
Total sexe féminin.....						250	
Total des deux sexes.....							1226

Deuxième tableau statistique.

DES HERNIES D'APRÈS LES ORGANES QUI LES COMPOSENT.

ORGANES.	SEXES		
	Masculin.	Féminin.	Chiffre des 2 sexes.
Entéro-épiplocèle ou hernie formée par l'intestin et l'épiploon.....	441	92	533
Entérocèle ou hernie formée par l'intestin.	299	98	397
Epiplocèle ou hernie formée par l'épiploon.	233	56	289
Cystocèle ou hernie formée par la vessie...	2	»	2
Gastrocèle ou hernie formée par l'estomac..	1	»	1
Protocèle ou hernie formée par le rectum..	»	1	1
Ovarioncie ou hernie formée par l'ovaire...	»	1	1
Pneumocèle ou hernie formée par le poumon	»	1	1
Hilon ou hernie formée par l'iris.....	»	1	1
Total des hernies sexe masculin.....	976		
Id. sexe féminin.....		250	
Total des hernies des deux sexes.....			1226

Troisième tableau statistique.

DES HERNIES D'APRÈS LES LIEUX OU ELLES SE SONT RENCONTRÉES.

LIEUX.	SEXES		
	Masculin.	Féminin.	Chiffre des 2 sexes.
Bubonocèles, hernies à l'anneau inguinal interne ou externe	843	27	870
Bubonocèles, hernies au canal sus-pubien	37	»	37
Exomphales, hernies à la cicatrice ombilicale	59	97	156
Merocèles, hernies à l'arcade crurale	14	100	114
Hypogastrocèles, hernies à la ligne blanche	16	7	23
Entéro-gastrocèles, hernies ventrales	5	6	11
Elytrocèles, hernies vaginales	»	7	7
Mesoscélocèles, hernies au périnée	1	4	5
Sous-claviculaire	»	1	1
Sur la symphyse pubienne	1	»	1
Cératocèle, hernies à travers la cornée	»	1	1
Total sexe masculin	976		
Id. sexe féminin		250	
Total des hernies des deux sexes			1226

Quatrième tableau statistique.

DES HERNIES DES DEUX SEXES RÉPARTIES EN NEUF CLASSES.

CLASSES.										
Hernies internes, sexe masculin..	310									
Id. sexe féminin	80									
Total des hernies internes...	390	....	....	....	....	....	....	....	....	390
Hernies externes, sexe masculin.....		666								
Id. sexe féminin....		170								
Total des hernies externes.....		836	....	....	....	....	....	....	....	836
Hernies simples, sexe masculin.....			511							
Id. sexe féminin.....			142							
Total des hernies simples			653							
Hernies composées, sexe masculin.....				465						
Id. sexe féminin.....				108						
Total des hernies composées..				573						
Hernies libres ou réductibles, sexe masculin					769					
Id. sexe féminin.....					136					
Total des hernies libres.....					905					
Hernies adhérentes, irréductibles en totalité ou en partie, sexe masculin....						207				
Id. sexe féminin.....						114				
Total des hernies adhérentes.....						321				
Hernies compliquées, sexe masculin.....							59			
Id. sexe féminin.....							2			
Total des hernies compliquées.....							61			
Hernies engouées, sexe masculin.....								24		
Id. sexe féminin.....								5		
Total des hernies engouées.....								29		
Hernies étranglées, sexe masculin.....									42	
Id. sexe féminin.....									9	
Total des hernies étranglées.....									51	
Total des hernies internes et externes des deux sexes.....										1226

Cinquième tableau statistique.

DES TEMPÉRAMENTS DES SUJETS AFFECTÉS DE HERNIES.

TEMPÉRAMENTS.	SEXES		
	Mascul.	Féminin	2 sexes réunis.
Lymphatique	310	120	430
Nerveux	332	68	400
Nerveux sanguin	194	29	223
Nerveux lymphatique	51	14	65
Bonne constitution sans prédominance sensible d'un système sur les autres	54	5	59
Rachitique et scrofuleux	19	12	31
Sanguin	16	2	18
Total sexe masculin	976		
Id. sexe féminin		250	
Total général des hernies des deux sexes			1226

Sixième tableau statistique.

DES PROFESSIONS ET CONDITIONS DES SUJETS AFFECTÉS DE HERNIES.

PROFESSIONS.	SEXES		
	Mascul.	Féminin	2 sexes réunis.
1re classe. De la naissance à 15 ans. Sujets trop jeunes pour avoir une profession déterminée.....	94	35	129
2e *Id.* Sans profession, rentiers et propriétaires.....	111	93	204
3e *Id.* Marchands, négociants, banquiers, etc.....	110	48	158
4e *Id.* Militaires. Infanterie.....	95	»	141
4e *Id.* Militaires. Cavalerie.....	29		
4e *Id.* Militaires. Marine.....	17		
5e *Id.* Domestiques.....	41	25	66
6e *Id.* Artisans.....	52	11	63
7e *Id.* Hommes de cabinet et employés d'administration.....	60	»	60
8e *Id.* Garçons limonadiers, traiteurs, pâtissiers, marchands de vin, etc..	27	»	27
9e *Id.* Ouvriers en bâtiments, charpentiers, couvreurs, menuisiers, serruriers, maçons, etc.....	21	»	21
10e *Id.* Cultivateurs et jardiniers....	18	2	20
11e *Id.* Prêtres et religieuses	12	1	13
12e *Id.* Médecins.....	14	»	14
13e *Id.* Avocats, professeurs, acteurs,	11	1	12
14e *Id.* Portefaix, garçons de bureau, de recettes, etc.....	15	»	15
15e *Id.* Blanchisseurs.....	3	4	7
Total des individus, sexe masculin.	730		
Id. sexe féminin.....		220	
Total général des individus des deux sexes.....			950

Septième tableau statistique.

DES CAUSES DE LA FORMATION DES 1226 HERNIES QUE NOUS AVONS OBSERVÉES.

CAUSES DES HERNIES.		SEXES Mascul.	Féminin	2 sexes réunis.
Suite de maladies.	Diverses	56	30	261
	Asthme, toux, pituite	27	1	
	Des voies urinaires	15	»	
	Constipation et hémorrhoïdes	118	5	
	Plaies et division des téguments	8	1	
Suite d'effort, fausse position, en soulevant un fardeau		192	47	239
Suite de fatigues, marches longues et forcées		157	16	173
Fatigues à la chasse		40	»	40
Chutes	Simples	106	19	165
	De cheval	37	3	
Sans cause connue		90	16	106
Congéniale ou de naissance		78	18	96
Suite de couches et d'accouchements avant terme	Couches	»	67	75
	Fausses couches	»	8	
Suite de purgatifs violents et vomitifs		16	6	22
Suite de forte colère, de cris et d'affection nerveuse		11	10	21
Suite de la sortie tardive du testicule		15	»	15
Suite du développement considérable du ventre		10	3	13
Total sexe masculin		976		
Total sexe féminin			250	
Total des hernies des deux sexes				1226

Huitième tableau statistique.

DE L'ANCIENNETÉ DES HERNIES QUE NOUS AVONS OBSERVÉES.

ANCIENNETÉ DES HERNIES.	SEXES		
	Mascul.	Féminin	2 sexes réunis.
Hernies de 1 jour à 1 an	225	83	308
— 2	123	32	155
— 3	47	10	57
— 4	81	11	92
— 5	31	4	35
— 6	93	20	113
— 7	14	4	18
— 8	38	10	48
— 9	14	2	16
— 10	101	30	131
— 11	1	1	2
— 12	19	4	23
— 13	3	1	4
— 14	7	2	9
— 15	32	5	37
— 16	7	2	9
— 17	2	»	2
— 18	7	1	8
— 19	1	»	1
— 20	47	10	57
— 21	4	»	4
— 22	9	»	9
— 23	3	1	4
— 24	4	1	5
— 25	4	2	6
— 26	1	1	2
— 27	4	»	4
— 28	2	»	2
— 30	18	3	21
— 31	2	1	3
— 33	1	»	1
— 34	1	1	2
— 35	1	»	1
— 36	3	1	4
— 37	1	1	2
— 40	7	5	12
— 41	1	»	1
— 45	»	1	1
— 46	1	»	1
— 50	8	»	8
— 53	1	»	1
— 54	3	»	3
— 56	1	»	1
— 60	1	»	1
— 62	1	»	1
— 78	1	»	1
Total des hernies sexe masculin	976		
Total des hernies sexe féminin		250	
Chiffre des hernies des deux sexes			1226

Neuvième tableau statistique.

DES ACCIDENTS ÉPROUVÉS PAR LES SUJETS AFFECTÉS DE HERNIES.

ACCIDENTS DÉTERMINÉS PAR LES HERNIES.	SEXES			
	Mascul.	Féminin	2 sexes réunis.	
Coliques	575	166	741	
Douleurs à la hernie ou au bas-ventre	303	107	410	
Vomissements	108	74	182	
Tiraillements d'estomac et mauvaises digestions	277	94	371	
Défaillances	80	28	108	
Gêne dans la marche	234	30	264	
Inquiétudes et malaise général.	61	10	71	
Difficultés pour aller à la garde-robe ou constipation	34	4	38	
Engouements guéris sans l'opération	24	5	29	
Etranglements guéris sans l'opération	24	9	33	

Nota.

Le chiffre des sujets du sexe masculin portés au premier tableau est de	730
Le chiffre des sujets du sexe féminin est de	220
Le chiffre total des sujets des deux sexes est de	950

Dixième tableau statistique.

DES SUJETS A UNE, A DEUX ET A TROIS HERNIES.

NOMBRE DES HERNIES DE CHAQUE SUJET.	SEXE M.	SEXE F.							
Sujets à une seule hernie.....	490	193	....	683	...	....	490	193	
Id. à deux hernies.	234	24	....	....	258	....	468	48	
Id. à trois hernies.	6	3	....	....	....	9	18	9	
Chiffre des sujets affectés de hernies sexe masculin.....	730	....	730						
Id. sexe féminin.....		220	220						
Total des sujets affectés de hernies.....			950						
Sujets à une hernie.....				683					
Id. à deux hernies.....					258				
Id. à trois hernies.....						9			
Chiffre des hernies, sexe masculin.....							976	....	976
Id. sexe féminin.....								250	250
Total des hernies des deux sexes réunis.....									1226

Onzième tableau statistique.

DES HERNIES SITUEES DANS LE TRAJET DU CANAL INGUINAL.

SUJETS DU SEXE MASCULIN.

SEXE MASCULIN. CANAL INGUINAL.	COTÉS droit.	COTÉS gauche		COTÉS droit.	COTÉS gauche			
Hernies réductibles du canal inguinal.								
Formées par l'intestin		3						
Id. par l'épiploon	3	2						
Id. par l'intestin et l'épiploon réunis	6	1						
Total des hernies réductibles, côté droit	21	....	21	...	...	....	21	
Id. côté gauche		6	6	...	...	....	....	6
Chiffre des hernies réductibles des deux côtés			27					
Hernies adhérentes du canal inguinal.								
Formées par l'intestin				»	»			
Id. par l'épiploon				2	4			
Id. par l'intestin et l'épiploon réunis				3	1			
Total des hernies adhérentes côté droit				5	....	5	5	
Id. côté gauche					5	5	....	5
Chiffre des hernies adhérentes des deux côtés						10		
Total des hernies côté droit							26	 26
Id. côté gauche								11 11
Chiffre des hernies du canal inguinal, sexe masculin								37

Douzième tableau statistique.

DES HERNIES SITUÉES A L'ANNEAU INGUINAL.

SUJETS DU SEXE MASCULIN.

SEXE MASCULIN. ANNEAU INGUINAL.	COTÉS droit.	COTÉS gauche		COTÉS droit.	COTÉS gauche			
Hernies réductibles de l'anneau inguinal.								
Formées par l'intestin.....	184	81						
Id. par l'épiploon..	65	120						
Id. par l'intestin et l'épiploon réunis...	134	96						
Total des hernies réductibles côté droit	383	....	383	....	....	....	383	
Id. côté gauche...		297	297	....	....	....	....	297
Chiffre des hernies réductibles des deux côtés.....			680					
Hernies adhérentes de l'anneau inguinal.								
Formées par l'intestin.....				4	»			
Id. par l'épiploon.....				13	9			
Id. par l'intestin et l'épiploon réunis.....				81	56			
Total des hernies adhérentes, côté droit				98	....	98	98	
Id. côté gauche....					65	65	....	65
Chiffre des hernies adhérentes, des deux côtés.						163		
Total des hernies inguinales, côté droit.....							481	 481
Id. côté gauche.....							362	362
Chiffre des hernies inguinales, sexe masculin.....								843

Treizième tableau statistique.

DES HERNIES SITUÉES A L'ANNEAU INGUINAL.

SUJETS DU SEXE FÉMININ.

SEXE FÉMININ. ANNEAU INGUINAL.	COTÉS droit.	COTÉS gauche		COTÉS droit.	COTÉS gauche				
Hernies réductibles de l'anneau inguinal.									
Formées par l'intestin	12	6							
Id. par l'épiploon	8	1							
Id. par l'intestin et l'épiploon réunis	»	»							
Total des hernies réductibles, côté droit	20	....	20	...	...	...	20		
Id. côté gauche		7	7	...	...	..	...	7	
Chiffre des hernies réductibles des deux côtés			27						
Hernies adhérentes de l'anneau inguinal.									
Formées par l'intestin				»	»				
Id. par l'épiploon				»	»				
Id. par l'intestin et l'épiploon réunis				»	»				
Hernies adhérentes côté droit				»	....	»			
Id. côté gauche					»	»			
Chiffre des hernies adhérentes du côté droit et du côté gauche						»			
Total des hernies inguinales, côté droit							20	....	20
Id. côté gauche								7	7
Chiffre général des hernies inguinales, sexe féminin									27

Quatorzième tableau statistique.

DES HERNIES SCROTALES.

SCROTUM.	COTÉS droit.	COTÉS gauche	COTÉS des 2 côt.		COTÉS droit.	COTÉS gauche	COTÉS des 2 côt.					
Hernies réductibles du scrotum.												
Formées par l'intestin.....	11	2	8									
Id. par l'épiploon	4	9	»									
Id. par l'intestin et l'épiploon réunis.....	85	52	23									
Hernies réductibles, côté droit.	100	...	...	100	...	...	...	...	100	...	...	100
Id. côté gauche...		63	...	63	...	...	...	...	...	63	...	63
Id. des deux côtés à la fois			31	62	...	...	...	...	31	31	...	31
Chiffre des hernies réductibles droites et gauches....				225								
Hernies adhérentes du scrotum.												
Formées par l'intestin.....					»	»	»					
Id. par l'épiploon.....					4	4	3					
Id. par l'intestin et l'épiploon réunis					44	27	26					
Hernies adhérentes du côté droit.					48	...	...	48	48	...	...	48
Id. du côté gauche...						31	...	31	...	31	...	31
Id. des deux côtés à la fois.							29	58	29	29	...	29
Chiffre des hernies adhérentes droites et gauches.....								137				
Total des hernies scrotales, côté droit.....									208	...	208	
Id. du côté gauche.....										154	154	
Chiffre des hernies scrotales.....											362	
Chiffre des sujets affectés de hernies scrotales.....												302

Quinzième tableau statistique.

DES HERNIES SITUÉES A L'ARCADE CRURALE.

SUJETS DU SEXE MASCULIN.

SEXE MASCULIN. ARCADE CRURALE.	COTÉS droit.	COTÉS gauche.		COTÉS droit.	COTÉS gauche.			
Hernies réductibles de l'arcade crurale.								
Formées par l'intestin.....	3	2						
Id. par l'épiploon	2	»						
Id. par l'intestin et l'épiploon réunis.	1	1						
Hernies réductibles côté droit.....	6	....	6	....	....	....	6	
Id. côté gauche.....		3	3	....	....	....	....	3
Chiffre des hernies réductibles des deux côtés.....			9					
Hernies adhérentes de l'arcade crurale.								
Formées par l'intestin.....				»	»			
Id. par l'épiploon.....				1	1			
Id. par l'intestin et l'épiploon réunis				1	2			
Hernies adhérentes, côté droit.....				2	....	2	2	2
Id. côté gauche.....					3	3	....	3
Chiffre des hernies adhérentes des deux côtés.						5		
Total des hernies crurales, côté droit.....							8	 8
Id. côté gauche.....								6 6
Chiffre des hernies crurales, sexe masculin.....								14

Seizième tableau statistique.

DES HERNIES SITUÉES A L'ARCADE CRURALE.

SUJETS DU SEXE FÉMININ.

SEXE FÉMININ. ARCADE CRURALE.	COTÉS D.	COTÉS G.		COTÉS D.	COTÉS G.				
Hernies réductibles de l'arcade crurale.									
Formées par l'intestin..	33	10							
Id. par l'épiploon....	5	5							
Id. par l'intestin et l'épiploon réunis.....	10	4							
Hernies réductibles du côté droit.....	48	....	48	....	....	....	48		
Id. du côté gauche.....		19	19	....	....	....	....	19	
Chiffre des hernies réductibles des deux côtés.....			67						
Hernies adhérentes de l'arcade crurale.									
Formées par l'intestin				5	»				
Id. par l'épiploon.....				4	»				
Id. par l'intestin et l'épiploon réunis..				17	7				
Hernies adhérentes du côté droit.....				26	....	26	26		
Id. du côté gauche.....					7	7	....	7	
Chiffre des hernies adhérentes des deux côtés...						33			
Total des hernies crurales côté droit.....							74	....	74
Id. côté gauche.....								26	26
Chiffre des hernies crurales, sexe féminin..									100

Dix-septième tableau statistique.

DES HERNIES SITUÉES A L'ANNEAU OMBILICAL. SUJETS DES DEUX SEXES.

ANNEAU OMBILICAL.	SEXE M.	SEXE F.	SEXE M.	SEXE F.					
Hernies réductibles de l'anneau ombilical.									
Formées par l'intestin.	15	20	....	....	35				
Id. par l'épiploon....	5	5	....	....	....	10			
Id. par l'intestin et l'épiploon réunis.....	10	11	....	....	....	....	21		
Hernies adhérentes de l'anneau ombilical.									
Formées par l'intestin	....	....	»	»	....				
Id. par l'épiploon....	....	....	8	18	....	26			
Id. par l'intestin et l'épiploon réunis ...	....	....	21	43	....	....	64		
Total des hernieso mbilicales réductibles, sexe masculin.....	30	....	....	....	....	....	....	30	
Id. sexe féminin.....		36	....	....	....	....	....	....	36
Total des hernies ombilicales adhérentes, sexe masculin.....			29	....	....	....	....	29	
Id. sexe féminin.....				61	....	....	....	....	61
Chiffre des hernies ombilicales formées par l'intestin.....					35				
Id. par l'épiploon.....						36			
Id. par l'intestin et l'épiploon réunis.....							85		
Total des hernies ombilicales, sexe masculin.....								59	 59
Id. sexe féminin.....									97 97
Chiffre des hernies ombilicales des deux sexes.....									156

Dix-huitième tableau statistique.

DES HERNIES SITUEES A LA LIGNE BLANCHE. SUJETS DES DEUX SEXES.

LIGNE BLANCHE.	SEXE M.	SEXE F.	SEXE M.	SEXE F.					
Hernies réductibles de la ligne blanche									
Formées par l'intestin	6	3	..	..	9				
Id. par l'épiploon	»	1	..	..	..	1			
Id. par l'intestin et l'épiploon réunis.	5	2	..	..	..	..	7		
Hernies adhérentes de la ligne blanche.									
Formées par l'intestin	..	..	»	»	»				
Id. par l'épiploon	..	..	4	1	..	5			
Id. par l'intestin et l'épiploon réunis.	..	..	1	»	..	..	1		
Total des hernies à la ligne blanche réductibles, sexe masculin	11		..	..	..	..	..	11	
Id. sexe féminin		6	..	..	..	..	..	..	6
Total des hernies à la ligne blanche adhérentes, sexe masculin			5	..	..	..	..	5	
Id. sexe féminin				1	..	..	..	..	1
Chiffre des hernies de la ligne blanche formées par l'intestin					9				
Id. par l'épiploon						6			
Id. par l'intestin et l'épiploon réunis							8		
Total des hernies à la ligne blanche, sexe mascuin								16	..
Id. sexe féminin									7
Chiffre des hernies à la ligne blanche des deux sexes									23

Dix-neuvième tableau statistique.

DES HERNIES VENTRALES PAR DES OUVERTURES ANORMALES.
SUJETS DES DEUX SEXES.

ABDOMEN.	SEXE M.	SEXE F.	SEXE M.	SEXE F.						
Hernies abdominales réductibles.										
Formées par l'intestin.....	1	»	»	»	1					
Id. par l'épiploon.....	1	1	»	»	»	2				
Id. par l'intestin et l'épiploon réunis	»	1	»	»	»	»	1			
Hernies abdominales adhérentes.										
Formées par l'intestin.....	»	»	»	»	»	2				
Id. par l'épiploon.....	»	»	1	1	»					
Id. par l'intestin et l'épiploon réunis	»	»	2	3	»	»	5			
Total des hernies abdominales réductibles, sexe masculin.....	2	..	..	..	..	..	..	2		
Id. sexe féminin.....		2	..	..	..	..	..	..	2	
Total des hernies abdominales adhérentes, sexe masculin.....			3	..	..	..	..	3		
Id. sexe féminin.....				4	..	..	..	..	4	
Total des hernies abdominales formées par l'intestin					1					
Id. par l'épiploon.....						4				
Id. par l'intestin et l'épiploon réunis.....							6			
Total des hernies abdominales, sexe masculin								5	..	5
Id. sexe féminin.....									6	6
Chiffre des hernies abdominales des deux sexes.....										11

Vingtième tableau statistique.

DES HERNIES CONGÉNIALES ET DE LA PREMIÈRE ANNÉE DE LA VIE.

ENFANTS DES DEUX SEXES.

	SEXE M.	SEXE F.		SEXE M.	SEXE F.													
HERNIES CONGÉNIALES.																		
Inguinales	71	13	..	..	..	..	71	13										
Ombilicales	4	4	..	..	..	..	..	..	..	4	4							
De la ligne blanche	3	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3	1				
Hernies congéniales, sexe masculin	78	..	78	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	78		
Id. sexe féminin	18	18	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	18	
Total des hernies congéniales			96															
HERNIES DE LA PREMIÈRE ANNÉE DE LA VIE.																		
Inguinales				11	3	..	11	3	..									
Ombilicales				4	3	..	..	..	..	4	3							
De la ligne blanche				»	»	..	..	..	..	..	..	..	»					
Hernies de la première année de la vie, sexe masculin				15	..	15	..	..	..	..	..	..	..	..	..	15		
Id. sexe féminin					6	6	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	6	
Total des hernies de la première année de la vie						21												
Hernies inguinales, sexe masculin							82	..	82									
Id. sexe féminin								16	16									
Chiffre des hernies inguinales									98									
Hernies ombilicales, sexe masculin										8	..	8						
Id. sexe féminin											7	7						
Chiffre des hernies ombilicales												15						
Hernies de la ligne blanche, sexe masculin													3	..	3			
Id. sexe féminin														1	1			
Chiffre des hernies de la ligne blanche															4			
Chiffre des hernies, sexe masculin																93	.	93
Id. sexe féminin																	24	24
Chiffre des hernies congéniales et de la première année de la vie																		117

Vingt-unième tableau statistique.

DES HERNIES INGUINALES DES ENFANTS NOUVELLEMENT NÉS.

ANNEAU INGUINAL.											
Sujets masculins à une hernie du côté droit	40	..	..	..	..	40					
Id. du côté gauche	12	..	..	..	..	..	12				
Total des sujets masculins à une hernie	52	..	52								
Sujets féminins à une hernie du côté droit	8	..	..	..	..	..	..	8			
Id. du côté gauche	»	..	..	..	..	..	..	..	»		
Total des sujets féminins à une hernie	8	8									
Chiffre des sujets des deux sexes à une hernie	60	..	60								
Sujets masculins à deux hernies	15	..	15	15							
Sujets féminins à deux hernies	4	..	..	..	..	4	4				
Total des hernies des deux côtés, sujets des deux sexes	19	19									
Chiffre des sujets des deux sexes affectés de hernies inguinales	79	..									
Hernies inguinales, sexe masculin, côté droit	55	..	55								
Id. côté gauche	27	27									
Total des hernies du sexe masculin	82	..	..	..	82						
Hernies inguinales, sexe féminin, côté droit	12	..	12								
Id. côté gauche	4	4									
Total des hernies du sexe féminin	16	16									
Chiffre des hernies inguinales fournies par les enfants des deux sexes	98										

Vingt-deuxième tableau statistique.

DES TESTICULES RESTÉS DANS LE VENTRE APRÈS LA NAISSANCE, RENCONTRÉS PLUS TARD DANS DES TUMEURS HERNIAIRES.

	COTÉS						
	droit.	gauche.	2 côtés.				
Testicules rencontrés dans des hernies inguinales, côté droit.....	11	....	....	11	11		
Id. côté gauche.....	»	5	»	5	»	5	
Id. des deux côtés à la fois.....			1	1	1	1	
Chiffre des sujets.....				17			
Total des hernies côté droit					12	....	12
Id. côté gauche.....						6	6
Chiffre des hernies compliquées par la présence du testicule							18

Vingt-troisième tableau statistique.

ÉTAT COMPARATIF DES DIVERS ORGANES RÉDUCTIBLES OU ADHÉRENTS CONTENUS DANS LES 1226 TUMEURS QUI FIGURENT DANS LA STATISTIQUE DES HERNIES.

	HERNIES réductibl. SEXES		HERNIES adhérent. SEXES				
	M.	F.	M.	F.			
Intestin formant hernie à l'anneau inguinal.....	265	18	4	»			
Epiploon *id*.....	185	9	22	»			
Intestin et épiploon *id*.....	230	»	137	»			
Intestin formant hernie dans le canal inguinal.....	15	»	»	»			
Epiploon *id*.....	5	»	6	»			
Intestin et épiploon *id*.....	7	»	4	»			
Intestin formant hernie à l'arcade crurale.....	5	43	»	5			
Epiploon *id*.....	2	10	2	4			
Intestin et épiploon *id*.....	2	14	3	24			
Intestin formant hernie à l'anneau ombilical.....	15	20					
Epiploon *id*.....	5	5	8	18			
Intestin et épiploon *id*.....	10	11	21	43			
Intestin formant hernie à la ligne blanche.....	6	3	»	»			
Epiploon *id*.....	»	1	4	1			
Intestin et épiploon *id*.....	5	2	1	»			
Intestin formant hernie à l'abdomen.....	1	»	»	»			
Epiploon *id*.....	1	1	1	1			
Intestin et épiploon *id*.....	»	1	2	3			
Epiploon formant hernie au vagin.....	»	7	»	»			
Epiploon formant hernie au périnée.....	1	4	»	»			
Intestin formant hernie sur la symphyse pubienne.....	1	»	»	»			
Poumon formant hernie sous la clavicule droite.....	»	1	»	»			
Iris formant hernie à l'œil.....	»	»	»	1			
Total des hernies réductibles, sexe masculin.....	761	....	....	....	761		
Total des hernies réductibles, sexe féminin.....		150	....	....	150		
Total des hernies adhérentes, sexe masculin.....			215	....	....	215	
Total des hernies adhérentes, sexe féminin....				100	....	100	
Chiffre des hernies réductibles.....					911	....	911
Chiffre des hernies adhérentes.....						315	315
Chiffre total des hernies des deux sexes.....							1226

CINQUIÈME SECTION.

BANDAGES HERNIAIRES.

EXAMEN CRITIQUE DES DIVERSES ESPÈCES DE BANDAGES INVENTÉS JUSQU'A CE JOUR POUR CONTENIR OU GUÉRIR LES HERNIES ABDOMINALES.

Si nous voulions faire l'histoire des bandages herniaires, d'après la collection de feu M. le professeur Tenon, ancien membre de l'Institut, et de divers autres échantillons que nous y avons ajoutés depuis qu'elle est en notre possession, nous trouverions des matériaux suffisants pour former un gros volume qui, en résumé, n'offrirait qu'un médiocre intérêt. C'est pourquoi nous allons borner notre travail aux bandages les plus remarquables, tant par la forme et la longueur des ressorts que par le mécanisme des pelotes.

Les anciens comprenaient sous le nom de *brayer* tous les appareils destinés aux hernies construits avec ou sans ressort. Plusieurs auteurs modernes ont présumé que ce nom avait été donné aux bandages herniaires, parce que, dans les hernies de l'aine, chez l'homme, ce bandage se trouve placé sous la brayette de la culotte. Pour faire sentir tout le ridicule d'un pareil raisonnement, il nous suffira de considérer que les hernies se rencontrent dans beaucoup d'autres parties du corps que celles situées sous la ceinture de la culotte, et que, d'ailleurs, les femmes qui ne portent pas ce vêtement, sont assez fréquemment atteintes de hernies qui, pour elles, nécessitent l'usage du bandage.

Le mot *brayer*, suivant nous, ne convient qu'aux petits bandages en toile ou en futaine que l'on fait porter aux enfants nouvellement nés, tant qu'ils laissent échapper involontairement leurs urines. Ce n'est qu'après cette époque qu'il est possible de leur placer un bandage à ressort. Le mot *brayer* est d'autant mieux approprié dans ce cas

qu'il a beaucoup d'analogie avec le nom de *braie* que porte le linge dont on se sert pour envelopper le derrière des enfants nouvellement nés (1).

D'après cette explication, nous croyons ne devoir employer le mot *brayer* que pour désigner les petits bandages dont nous venons de parler et non ceux qui conviennent dans un âge plus avancé que nous appellerons *bandages herniaires à ressort* ou *sans ressort.*

Les hernies sont, comme nous l'avons dit, des infirmités aussi anciennes que l'espèce humaine. Elles durent, chez les premiers peuples qui vivaient isolément les uns des autres, et même plus tard encore, à l'origine de la société, être abandonnées à elles-mêmes. Il est supposable que les premières tentatives qui eurent lieu pour contenir les hernies se bornèrent à l'application sur la tumeur de tampons maintenus avec des liens circulaires de corde, de bandelettes de toile, de cuir, etc.

Le bandage à tige circulaire et métallique ne fut inventé qu'à une époque assez rapprochée de nous; car, avant Franco et Blégny, ces divers instruments n'avaient jamais été décrits. C'est donc de l'ouvrage publié par ce dernier chirurgien que doit partir notre examen.

Pour mettre le plus d'ordre possible dans notre travail, nous partagerons les bandages herniaires en deux séries dont la première, consacrée aux bandages anciens, comprendra ceux de Blegny, de Blackey, de Morin, de Tenon, de Suret, de Juville et d'Oudet.

Les bandages d'invention moderne qui formeront la deuxième série seront classés et examinés dans l'ordre suivant : bandage omniforme de Quinet, à pelote mobile des Anglais; renixigrade du docteur Jalade Lafond, à pelote médicamenteuse du même auteur, à pelote en caoutchouc naturel, pleine et creuse, dites *éoliennes*, à air mobile, des docteurs Sanson et Cresson; bandage herniaire à res-

(1) *Voyez* le *Dictionnaire de l'Académie.*

sort d'acier trempé dont nous faisons usage. Cette nomenclature sera terminée par la description de plusieurs bandages et appareils inventés par nous pour divers hernies abdominales.

§ XXXIX. PREMIÈRE SÉRIE. BANDAGES DES ANCIENS.

Bandage herniaire de Blégny. — Ce chirurgien, dans un livre intitulé l'*Art de guérir les hernies* ou *descentes*, publié en 1688, a fait graver et a décrit dix-neuf bandages dont voici la nomenclature.

1° Bandage garni pour deux côtés, à simple platine d'acier, servant la nuit aux fortes descentes, et le jour aux petites et aux moyennes.

2° Bandage de même espèce pour un seul côté.

3° Bandage de simple futaine pour les usages ci-dessus, mais à de moindres descentes des deux côtés.

4° De même espèce à un côté.

5° Bandage à double ressort, qui, avec une ceinture sans acier, ne laisse pas d'assujettir les moyennes descentes dans tous les différents mouvements du corps.

6° Bandage à simple ressort qu'on assujettit dans la ceinture de la culote, pour faire le même assujettissement sans avoir aucune bride sous la cuisse.

7° Bandage ayant un ressort courbé qu'on transmet sur le derrière de la platine.

8° Bandage à ceinture simple, ayant un ressort à boucle qui reçoit la courroie et qui pousse la platine.

9° Bandage à vis et écrou pour pousser les platines vers le ventre et les dégager du pli de l'aine autant qu'il est nécessaire.

10° Bandage d'acier double sans vis ni ressort.

11° Bandage à vis pour un seul côté.

12° Bandage à vis et sans courroie, qui se ferme seul par le ressort de la ceinture.

13° Bandage simple d'acier sans vis ni ressort.

14° Bandage de fil de fer avec ressort en spirale.

15° Bandage d'acier dont la pelote à soufflet est poussée par un ressort de fer en spirale.

16° Bandage de fil de fer dont la ceinture fait ressort.

17° Bandage d'acier brisé à charnière, pour un seul côté.

18° Pelote d'un bandage brisé pour une double descente.

19° Bandage d'acier ayant une seule pelote poussée par un ressort de fil de fer en spirale.

20° Bandage de femme à vis pour une descente de matrice.

Comme on le voit, les moyens que Blégny employait dans ses pelotes de bandages consistaient en des charnières, des vis, des écrous, des ressorts en acier, en fer à spirale et des arcs-boutants; et pour ses ressorts des tiges de fer, d'acier d'un seul morceau ou brisée et à charnières.

On pourrait, dans l'histoire des bandages herniaires, les classer en bandages d'étoffes sans ressort, en bandages circulaires à tige métallique, en bandage à pelote mécanique, et en bandage à ressorts d'acier trempé, dits élastiques.

Les bandages en étoffe et sans ressort ne sont plus employés, comme nous l'avons dit précédemment, que poue les enfants nouveau-nés. Les bandages à tige métallique non élastique sont abandonnés depuis longtemps, c'est pourquoi il nous semble inutile d'en parler. Il suffit de savoir qu'ils étaient de forme plus ou moins circulaire, faits en cuivre, en fil de fer ou bien à lame de ce métal non trempé, ce qui leur avait fait donner par plusieurs auteurs le nom de bandage à ressort mou.

Arnaud n'employait que des bandages à ressorts d'acier non trempé. Voilà ce qu'on lit dans son ouvrage à ce sujet : « L'on a cru trouver beaucoup d'avantage dans cer-
» tains bandages, auxquels on a donné le nom de *bandages*
» *élastiques de nouvelle invention.* Cette vertu élastique,
» qui en fait tout le défaut, est ce qui séduit quelques
» personnes qui croient trouver bien du merveilleux.

» Pour qu'ils aient cette élasticité, il faut qu'ils soient » composés d'une lame d'acier fort mince et trempée fort » sec, ce qui fait qu'il ne peut plus prêter sous le marteau » ni céder à l'effort de la main pour le justaucorps du » malade sans le casser (1). »

Ce praticien était dans l'erreur en prétendant que le ressort devait être susceptible d'être tordu dans différents sens à la volonté de ses mains. Car une telle souplesse l'empêcherait d'avoir la qualité requise pour contenir les hernies, en cessant d'être un levier du troisième ordre, dont les deux extrémités doivent toujours tendre à se rapprocher l'une de l'autre. Le ressort de bandage, tel que le désire Arnaud, n'est plus qu'un lien circulaire dur et incommode.

Quant aux bandages mécaniques, à quelques exceptions près, toute l'attention de leur inventeur s'était portée sur la pelote.

Bandage à ressort de pendule, de Blackey.—Cet horloger présenta en 1759 au collége de chirurgie des bandages faits de ressorts de pendules, qui lui valurent l'autorisation d'en faire et d'en placer aux malades, quoique cet artiste fût totalement étranger à l'art de guérir.

La forme circulaire qu'avait le ressort de ce nouveau bandage s'ajustait mal à celle elliptique, qui est propre au bassin. En outre, la lame d'acier était trop longue et trop flexible pour offrir assez de force de compression d'une part et de résistance de l'autre. Ce bandage, malgré ses prôneurs, qui furent nombreux à cette époque, n'en fut pas moins promptement abandonné des malades.

Bandage à pelote en bois de Morin.— A Grenoble, dans l'année 1771, le nommé Morin, arquebusier de son métier, s'imagina devoir produire un bandage de son invention, ainsi que l'avait fait douze ans plus tôt un horloger. Son ressort n'offrait rien de particulier, sinon que la lame d'acier

(1) *Traité des Hernies*, Paris, 1749. T. Ier, p. 168.

dont il était formé avait une trempe trop sèche, ce qui le faisait casser avec facilité.

Quant à la pelote, au lieu d'être garnie d'un coussin plus ou moins élastique et doux, elle se trouvait recouverte d'un morceau de bois ou d'ivoire, qui, directement en contact avec la peau, rendait ce bandage d'un usage pénible et même fâcheux, puisque plus d'une fois les malades qui le portaient éprouvèrent de vives inflammations du cordon spermatique ainsi que du testicule.

Bandage d'essais du docteur Tenon. — Il fut présenté en 1776, à l'Académie royale des sciences, deux nouveaux bandages pour les hernies inguinales; un rapport des plus flatteurs fut fait par les docteurs Leroy, Sabatier et Tenon.

Le premier de ces bandages, que son inventeur se proposait d'employer comme bandage d'essai, se composait d'une lame d'acier non trempé et d'une platine triangulaire dans laquelle se trouvaient pratiquées à quatre centimètres les uns des autres et sur la même ligne, trois cylindres creux côniques et de longueurs différentes. Celui placé au bas de la pelote, le plus long des trois, a deux centimètres de longeur, le second, situé au milieu de cette même pelote, un centimètre et demi, et le troisième occupant la partie supérieure, un centimètre.

Chacun de ces cylindres est traversé par une tige de cuivre ronde, terminée par une pointe dont la partie supérieure est taraudée dans la moitié de sa longueur; puis elle s'aplatit de manière à former une tête facile à saisir par les doigts, afin de pouvoir, en la faisant manœuvrer, donner plus ou moins de longueur à la tige que l'on pourrait appeler porte-dard. Un morceau de liége percé de trous est destiné à recevoir les petits cylindres dans toute leur longueur afin que l'espèce de dard qui les termine puisse seul former saillie.

Ce bandage appliqué permettra au malade de juger quelle est celle de ces pointes ou dards qui le pique le plus dans les différentes attitudes où il se trouve. De la

piqûre plus ou moins profonde résulte la connaissance de la partie de la pelote qui s'applique le plus ou moins bien sur l'ouverture herniaire.

Est-il possible de supposer que l'on trouve des malades assez courageux et patients pour soutenir de pareilles épreuves ; et d'ailleurs quel avantage pourrait-il en résulter quand, par l'examen de la partie blessée, on saurait quelle est la portion de la pelote qui appuie le plus ? que dire d'un pareil instrument dont l'invention fut rapportée à M. le docteur Tenon, c'est que cet académicien n'était qu'un médecin de cabinet et non un praticien ?

Indépendamment du bandage d'épreuve dont nous venons de parler, on en imagina, à cette époque, beaucoup d'autres avec des platines à bascule, échoppe, poulies, corde à boyau, ressorts, arc-boutant, vis de rappel, vis de compression, conduits à chapeau, rondelles de cuivre, viroles de cuivre, viroles de fer, boucles, boutons, charnières à crics, etc.

Bandage exomphale de Suret. — Suret et Juville nous ont laissé chacun un bandage exomphale, dont le mécanisme, contenu dans la pelote ou platine, a pour but de communiquer à la ceinture qui entoure circulairement le corps certain degré d'élasticité dans sa longueur, pouvant lui permettre de se rallonger, de se raccourcir d'une manière insensible.

Quoique nous possédions ces deux bandages, au lieu de les décrire nous-même, nous préférons laisser parler leurs inventeurs.

C'est dans les Mémoires de l'Académie royale de chirurgie que nous avons trouvé la description que Suret donna de son bandage exomphale (1).

« Je fis, dit Suret, construire un bandage composé de même que tous ceux à exomphale, de deux parties principales, savoir : d'une pièce solide qui fît l'office de pelote,

(1) *Mémoire de l'Académie royale de Chirurgie*, édit. in-8° de Ménard et Desenne. Paris, 1819. T. II, p. 232.

et d'une ceinture flexible qui la retînt en place. La pièce solide est une lame d'acier écrouée entre l'enclume et le marteau. Elle a sept pouces de longueur, snr trois de largeur dans son milieu, lequel, après sa rondeur, va en diminuant jusqu'à ses extrémités qui ont quinze lignes de largeur.

» Le milieu, ou ce qui forme le rond de la plaque, est emboutis, suivant l'expression des ouvriers, c'est à dire qu'une de ses surfaces est convexe, pendant que son opposée est concave ; celle-ci est en dehors. Les extrémités de la plaque sont faites en gouttières, pour loger deux petites courroies dont nous parlerons dans un moment. La partie bombée de cette pièce doit servir de pelote herniaire, et la cavité qui lui est opposée recevoir un moteur qui rend la ceinture plus ou moins longue sans qu'elle perde rien de sa puissance dans aucune des situations que peut prendre le malade.

» Ce moteur est composé d'un tambour à barillet, au milieu duquel il y a un arbre sur lequel le ressort spirale est accroché par une de ses extrémités, et par l'autre au dedans du barillet.

» Ce barillet est entre deux plaques, lesquelles sont traversées par un arbre et soutenues par quatre piliers qui en forment la cage. Quatre rouleaux bordés par leur extrémité font l'office de poulies qui dirigent les cordetelles qui sont attachées par un bout au barillet, et par l'autre aux petites courroies que nous avons dit être logées dans la gouttière de la plaque. Au dessus d'une des deux platines il y a un encliquetage engagé dans l'extrémité de l'arbre la plus saillante. Cet encliquetage est composé d'une roue à rocher, d'un cliquet et de son ressort.

» C'est par le moyen d'une clef à carré que l'on bande le ressort spirale en tournant plus ou moins l'arbre du barillet, suivant le degré de force dont on peut avoir besoin, pour contrebalancer les efforts des muscles du bas-ventre, surtout lorsque le malade est assis. Le tout est recouvert de chamois.

» La seconde pièce principale de ce bandage est une ceinture de chamois en double et garnie entre deux, au bout de laquelle sont placées à demeure une boucle de chaque côté destinées à recevoir les deux morceaux de cuir que nous avons dit être logés dans les gouttières des branches de la pelote. Ces courroies sont percées de plusieurs petits trous à travers lesquels passent les ardillons des boucles pour pouvoir serrer plus ou moins la ceinture.

» Moyennant cette construction, ce bandage étant convenablement appliqué sur la dilatation ou rupture de l'anneau ombilical, il suit toutes les situations différentes du ventre données par les muscles sans quitter sa place et sans gêner le malade, puisque la ceinture ne l'incommode pas plus que s'il n'en avait pas. »

Bandage exomphale de Juville.—Juville, frappé des inconvénients du bandage dont on vient de lire la description, chercha à le perfectionner. Il lui ôta à la vérité plusieurs de ses défauts, mais pourtant son bandage ne remplit pas mieux les indications que celui de Suret. Avant d'en indiquer les inconvénients, nous allons offrir à nos lecteurs la description que Juville nous a laissée de cet instrument dans son *Traité des bandages herniaires* (1).

« Ce bandage se compose d'une plaque d'acier de forme ovalaire ayant à peu près l'épaisseur d'une carte à jouer, légèrement concave en dedans et convexe en dehors, presqu'entièrement évidée, à l'exception du milieu, où l'on a ménagé la place de deux rainures à jour sur les parties latérales. On y voit deux têtes de vis plates, et au milieu la charpente d'un champignon ou petite pelote ronde de dix à douze lignes de diamètre. Vissée au centre de cette plaque, laquelle est percée dans toute son étendue, et à deux lignes de ses bords, de petits trous pour y recevoir la garniture.

» La face externe ou antérieure de cette plaque offre à

(1) Paris, in-8°. 1786. Page 153.

ses deux extrémités deux lames d'acier arrondies par un de leurs bouts, et que je nomme ailes. Elles sont minces et flexibles, polies à l'extérieur, et percées de petits trous. Ces ailes doivent être rapprochées et réunies à la pièce principale pour ne former avec elle qu'un seul et même corps. Sur cette pièce sont deux ressorts en forme de croissants : ces deux ressorts sont solidement fixés par le milieu à la platine ou pièce principale au moyen de deux vis et de deux rivures, qui pénètrent un éperon tronqué, faisant corps avec chacun de ces ressorts.

» Les quatre extrémités de ces ressorts se regardent et saisissent par leurs crénelures deux lames d'acier de forme pyramidale, qui ne sont que le prolongement des ailerons dont il a déjà été parlé ; ces crénelures, ainsi que les plaques pyramidales, doivent être du poli le plus fin. Les deux extrémités de ces plaques, vers le centre de la pièce, sont tronquées de manière à représenter chacune une ligne courbe formant entre elles par leur réunion une ovale. Aux extrémités opposées est rivée une traverse d'acier qui maintient ces lames d'une part, tandis que de l'autre elles le sont également par une vis à tête plate qui glisse dans la rainure à jour occupant de chaque côté les parties moyennes de la plaque.

» Au centre de cette plaque est un écrou carré servant à fixer la queue de l'espèce de champiguon dont nous avons parlé, et qui se trouve placé directement à la partie opposée et concave de cette pièce.

» C'est ainsi qu'est composée la plaque à ressort ou charpente de notre bandage exomphale ordinaire, dont nous ferons observer que les ailes ne doivent jamais être couvertes.

La grandeur ordinaire de ces plaques à ressort ne doit pas être de plus de trois pouces et demie de large sur quatre pouces et demie de long; celles de grandeur au dessus ou au dessous doivent être en tout dans les mêmes proportions.

» Le champignon, détaché du bandage et examiné sé-

parément, est formé d'une lame de tôle coupée en rond de douze à quinze lignes de diamètre, légèrement concave, percée tout autour de plusieurs trous et montée sur une queue d'acier trempé à vis et à écrou.

» La garniture de ce champignon se compose d'un morceau de liège de forme appropriée aux indications, lequel est recouvert de toile, puis d'une couche de laine, et en dernier lieu de peau ou de satin.

» L'action de cette machine dépend principalement de la puissance qui tend à éloigner l'une de l'autre les deux lames pyramidales, combinées avec celles des ressorts qui la contrebalancent sans cesse. La force élastique des ressorts détermine l'action agissante de cette mécanique. La plus faible doit avoir l'action d'un poids de deux livres de chaque côté, et la plus forte de douze livres également de chaque côté et dans sa plus grande extension, ces vingt-quatre livres peuvent supporter le poids d'un ventre très lourd sans que la machine perde de son action qui est permanente.

» Le jeu de cette machine s'exerce sur un plan horizontal et dans une ligne courbe; alors les lames s'éloignent l'une de l'autre, et les points ou extrémités des ressorts s'écartent, et quand cette puissance cesse ces lames reviennent sur elles-mêmes, c'est à dire vers le milieu de la plaque.

» Les différents degrés d'action de cette machine dépendent des courbes et du poli de ses pièces.

» La force des ressorts doit toujours être proportionnée à celle du sujet auquel on destine le bandage, à ses exercices ou travaux et au poids du ventre, ayant égard dans tous les cas à l'état des muscles abdominaux du sujet qui doit faire usage de cette machine. »

Le bandage exomphale de Juville, pourvu du mécanisme que nous venons d'indiquer, fonctionne admirablement bien à nu, c'est à dire sans sa garniture. S'il en était de même quand il est recouvert, cet instrument serait sans contredit parfait, à cela près pourtant de l'espèce de tête

de champignon placée au milieu de la platine, laquelle, à peu près de la grosseur d'une noix et de forme bombée, est susceptible de s'introduire dans l'ouverture aponévrotique ou musculaire par où passe la hernie, d'augmenter la faiblesse et la dilatation de ces parties par suite de son action mécanique de dehors en dedans, ce qui, inévitablement, doit donner lieu plus tard à la sortie d'une plus grande quantité de viscères et à l'augmentation de la tumeur herniaire.

Quant à la force de résistance du bandage, que Juville estime de 24 livres, elle nous semble exagérée, car, comment est-il possible qu'elle puisse être produite par deux ressorts, d'une à deux lignes d'épaisseur sur trois pouces et demi à quatre pouces de longueur? Mais, dans tout état de chose, comme l'action d'impulsion des viscères qui les porte horizontalement vers la paroi abdominale, est loin d'atteindre ce degré de force, la compression que Juville indique est inutile et peut, en outre, devenir fâcheuse pour le malade en contrariant, dans leurs fonctions, les principaux organes de la digestion.

Ce qui prouve la justesse de notre critique sur ce bandage, c'est que, depuis la mort de Juville, personne n'a cherché à s'en servir.

Bandage à pelote mécanique de Oudet. — Ce chirurgien présenta, en 1789, à l'ancienne société de médecine, un bandage très compliqué, dans la pelote duquel il avait réuni à peu près tous les divers mécanismes des instruments de cette nature inventés avant lui. Son bandage à ressort offrait une lame d'acier non trempé, laquelle, à partir du tiers de sa longueur, se divisait en deux lames d'à peu près un centimètre chacune de largeur, laissant entre elles un léger intervalle (1).

La branche antérieure du ressort se termine par une

(1) Qui croirait qu'une telle disposition a été faite dans l'intention de mieux fixer le bandage chez les personnes maigres. En supposant que par leur écartement ces lames puissent s'insinuer entre les éminences des ver-

partie ronde en espèce d'arbre de la longueur de huit centimètres, portant la pelote ou écusson. Les rapports établis par cet arbre avec le ressort du bandage, ont lieu au moyen de trois tenons rivés à la pelote, dans lesquels l'arbre taraudé passe dans son centre d'à peu près la longueur de 3 centimètres, il reçoit une espèce de vis terminée par une tête carrée, pour donner prise à une petite clef au moyen de laquelle on fait mouvoir ce filet de vis; alors la pelote peut avancer ou reculer de la longueur de trois centimètres.

Dans ces divers mouvements, la pelote se meut carrément, et, par conséquent, rallonge ou raccourcit, de toute la longueur qu'elle parcourt, la branche antérieure du ressort de bandage. Sur la pelote est fixée une espèce de noix qui, soumise à l'action d'un autre filet de vis terminée par un carré et susceptible d'admettre la clef dont nous avons déjà parlé. Les mouvements que l'on imprime à cette vis déterminent l'inclinaison de la pelote du bandage, ce qui donne lieu à la formation d'un angle plus ou moins prononcé. Indépendamment de ce double mécanisme, une double platine se trouve fixée à la partie inférieure de la pelote au moyen d'une charnière qui lui permet, à l'aide de deux ressorts droits en arcs-boutants, de s'éloigner à sa partie supérieure, à la manière des pelotes dites à *soufflet*.

Bien que ce mécanisme soit déjà très compliqué, nous n'en devons pas moins indiquer celui qui existe au même bandage pour rendre le sous-cuisse élastique. Il consiste dans une espèce de barillet fixé au milieu de la platine renfermant un ressort de montre et traversé par un arbre servant à accrocher l'œil interne du ressort, tandis que son œil externe se trouve arrêté par un petit crochet fixé à l'un des points de la circonférence intérieure du barillet.

tèbres, et y trouver un point d'appui suffisant pour empêcher le bandage de glisser; chez les personnes qui ont de l'embonpoint, ces lames pourront s'enfoncer dans les téguments de manière à y rester fixes.

Le prolongement de l'arbre qui occupe le centre du barillet offre un carré de deux lignes d'épaisseur sur lequel se trouve une espèce de poulie donnant attache à une corde à boyau, laquelle peut faire plusieurs tours sur cette poulie; à la partie supérieure de la pelote et en avant se trouve une seconde poulie faisant les fonctions de moufle pour la corde à boyau, laquelle va se fixer à une espèce d'ajutage agissant de haut en bas dans la coulisse d'une pièce mobile dont l'usage seul est de régler les mouvements latéraux du sous-cuisse auquel le prolongement de la corde à boyau est attaché. Pour assurer l'effet de ce mécanisme, on l'a recouvert d'une troisième platine à charnière, laquelle est armée de deux boutons en cuivre ou acier, destinés à donner attache aux deux courroies qui terminent les deux lames de ressort du bandage dont nous avons parlé.

Toutes les complications de ce bandage donnent lieu à un triple mouvement, 1° pour l'écusson ou la pelote, la faculté de se rallonger ou de se raccourcir; 2° de s'écarter ou de s'approcher du corps par son bord interne; 3° de s'élever ou s'abaisser plus ou moins près de partie inférieure de l'anneau.

Si ces divers mouvements étaient nécessaires ou même utiles pour le bandage inguinal, nul doute que le mécanisme que nous venons de décrire, qui est simple et ingénieux, n'atteignît le but désiré; mais il en est tout autrement de ce bandage à triple mouvement que l'on pourrait considérer comme à triple inconvénient, car il ne peut être indifférent d'allonger ou de raccourcir la branche antérieure du ressort du bandage, puisqu'une telle opération change les proportions des diverses parties de l'instrument et d'ailleurs la pelote, en marchant carrément, portée en avant, peut comprimer, d'une manière fâcheuse le cordon testiculaire.

En faisant agir la vis de la noix, on porte la pelote ou écusson de dehors en dedans. Ce mouvement, qui enfonce la pelote dans le creux de l'aine, la fait s'approcher de l'anneau dans une direction plus ou moins oblique.

Et alors, les parties formant hernie ont la plus grande facilité à s'échapper en dessous. Dans le cas contraire, la partie inférieure de la pelote s'appuie trop fortement sur le pubis, tandis que sa partie supérieure s'écarte du ventre.

La faculté donnée au sous-cuisse de s'allonger ou de se raccourcir à volonté n'est pas plus heureuse que les autres effets de ce bandage; car pourquoi met-on un sous-cuisse au bandage, si ce n'est dans l'intention de l'empêcher d'abandonner son point d'appui sur le pubis, lorsque le tronc vient à se fléchir en arrière, mouvement qui porte la pelote à se relever, ce qu'elle ferait en effet si le sous-cuisse ne s'y opposait fortement. Est-il élastique, et partant susceptible de s'allonger, il laissera la pelote remonter plus ou moins au dessus du bord inférieur de l'anneau, et la hernie n'étant plus alors maintenue à cet endroit, sortira avec une extrême facilité; puis après, la pelote, ramenée par en bas aussitôt que la disposition du tronc sera changée, comprimera la tumeur en la refoulant dans la direction du scrotum.

Si on nous demandait comment Oudet, qui n'était pas sans connaissances anatomiques et chirurgicales, avait pu présenter à une société savante un bandage aussi fâcheux dans son application, nous répondrions qu'il n'est malheureusement que trop ordinaire de voir des praticiens d'un certain mérite se tromper, comme l'a fait dernièrement un de nos confrères, dans la construction de son bandage renixigrade, et dans celle de celui à pelotes médicamenteuses (1).

§ XL. *Deuxième série. Bandage d'invention moderne.*

Avant de commencer notre examen critique des bandages herniaires de notre époque dont l'invention du plus grand nombre est due à des personnes pour lesquelles

(1) *Considérations sur les hernies abdominales* du D. Jalade-Lafond. In-8°. Paris, 1822. *Voyez* la 5e section du chapitre Ier de ce mémoire.

nous avons de l'estime, nous rappellerons à nos lecteurs ce que nous avons dit au commencement de ce mémoire, que notre intention n'était pas de dire rien qui pût être désagréable et blesser les personnes qui s'occupent de la confection des bandages herniaires, mais bien d'attaquer et de combattre de toutes nos forces des systèmes que nous croyons fâcheux dans leur appréciation pour la santé des sujets que le mérite de la nouveauté séduit; c'est pourquoi nous dirons à ces derniers : sacrifiez autant qu'il vous plaira votre argent, mais soyez économes de votre santé, car la perte d'un tel bien n'est pas toujours réparable.

Bandage omniforme de Quinet. — Depuis le bandage d'Oudet, on vit paraître une autre monstruosité, non pas pour la complication de son mécanisme, mais bien pour son volume, nous voulons parler du bandage omniforme de M. Quinet, qu'un spirituel et malin professeur de la faculté de médecine de Paris, feu M. Thillaye, avait nommé bandage informe (1). Ce bandage réunit plus d'une im-

(1) Ce fut à ce professeur distingué que l'on dut, dans son origine, la formation des riches collections des cabinets de l'École-de-Médecine.

Ce médecin ne fut pourtant pas apprécié de son vivant comme il le méritait; il joignait à beaucoup d'instruction de la pratique en chirurgie, ayant été pendant plusieurs années chirurgien de l'hôpital St-Antoine. Il fut l'élève et l'ami de Ténon, membre de l'institut.

M. Thillaye, doué d'une mémoire des plus heureuses, a plus d'une fois remplacé ses collègues dans leurs cours, en faisant à l'improviste des leçons que les élèves ont toujours écoutées avec intérêt.

Peu fortuné et chargé d'une grande famille, ce professeur fut obligé de faire des cours particuliers payants, tant sur la botanique, les matières médicales, que sur l'application des bandages et appareils propres aux pansements.

On doit à ce professeur un traité des bandages et appareils qui fut précieux dans son temps pour les jeunes chirurgiens militaires qui, sous l'Empire, étaient souvent commissionnés fort jeunes, et arrivaient à l'armée avant d'avoir pu se familiariser avec les diverses pièces de pansement indispensables aux grandes opérations chirurgicales.

Nous avons cultivé ce médecin pendant douze à quinze ans, et plus d'une fois ses conseils en mécanique nous ont été avantageux. Il a laissé des fils dignes de soutenir la réputation de leur père comme médecins et comme savants.

perfection, suite de l'ignorance en anatomie de son inventeur.

Cet instrument se compose d'un resssort ordinaire, d'une platine ou écusson. L'extrémité antérieure du ressort s'articule avec l'écusson par une noix et une vis, qui, comme au bandage de Oudet, permet de l'incliner ou de le redresser à volonté. La face antérieure de la pelote tournée du côté du ventre est garnie de sept petites pelotes ayant chacune une vis au moyen de laquelle il est facile de les rendre plus ou moins saillantes, ce qui détermine une certaine proéminence à l'un des points de la pelote.

Ce bandage, grossièrement construit, avec sa garniture, est du poids de six cent soixante grammes, le relief de sa pelote varie de cinq à sept centimètres. Sans être fashionable, on ne peut guère se résigner à placer dans sa culotte un pareil instrument. Le bandage de M. Quinet, peu usité pendant sa vie, ne lui a pas survécu, et ce qui prouve la vérité de cette assertion, c'est la peine que nous avons eue à nous procurer deux échantillons de cet instrument; nous les trouvâmes, l'un chez un marchand de vieux habits et l'autre à l'étalage d'un marchand de vieilles ferrailles.

L'exposition des produits de l'industrie de 1839, fut richement pourvue de bandages herniaires dont les uns fixaient l'attention des nombreux visiteurs par le poli des diverses pierres d'acier qui entrent dans leur composition, et les autres par la richesse et par l'élégance de leur garniture; mais, comme l'a fort bien dit un auteur spirituel en parlant des bandages herniaires. « Le mérite de ces instruments ne doit pas être dans le poli des pièces qui les composent, l'élégance de leur garniture, et la richesse de l'étoffe dont elles sont faites, mais bien dans la courbe du ressort et la forme de la pelote, qui doit toujours être appropriée au caractère particulier de la hernie pour laquelle le bandage est destiné (1). »

(1) *Voyez* l'*Exposant de* 1839. In-8°, page 471.

La majeure partie des bandages exposés étaient construits d'après le système anglais, c'est à dire la mobilité de la pelote. Quant au cercle ou corps du bandage, il a varié suivant que les auteurs de cet instrument avaient obtenu le brevet de perfectionnement, c'est pourquoi il s'en est trouvé à tige plate et à tige plus ou moins ronde.

Bandage anglais à pelotes mobiles et à côtés opposés.— A la restauration, en 1814, des anglais, protégés par le gouvernement de cette époque, sur la recommandation du père Elysée, premier chirurgien de Louis XVIII (dont tout le monde médical a connu l'ignorance) introduisirent à Paris le bandage à pelote mobile pour lequel il leur fut accordé un brevet d'une durée presque interminable. Aujourd'hui que pourtant il est expiré, cet instrument est venu dans le domaine public de la science, aussi plusieurs personnes s'en sont emparées pour le rendre encore plus mauvais par les changements peu raisonnés qu'ils ont cru devoir lui faire subir.

Le bandage anglais à pelote mobile et à côtés opposés, se compose d'un ressort demi-circulaire fait d'une bande d'acier forgé et trempé, large de plus d'un centimètre à sa partie antérieure, ce ressort est terminé par une vis en cuivre se fixant à une bandelette de même métal garnie dans son centre d'une petite tige à renflement, s'articulant à la pelote par une espèce de noix qui lui est fixée de manière à lui permettre un mouvement de pivotage en tous sens.

Cette espèce de pivot n'est pas toujours au centre de la pelote à laquelle on donne une forme plus ou moins oblongue, mais assez souvent au tiers de son grand diamètre. L'autre extrémité de ce ressort est destinée à venir s'appuyer postérieurement au bas des reins sur le centre de la colonne vertébrale; à cet effet elle porte une espèce de timballe large de neuf centimètres qui lui est fixée par le moyen d'une vis disposée de manière à lui laisser une assez grande mobilité.

Veut-on augmenter la force du bandage afin de conte-

nir la hernie si elle s'échappe, on glisse sur le ressort primitif et dans l'espèce de gaîne en cuir servant d'enveloppe au corps du bandage un second ressort, en tout semblable au premier, puis un troisième, et ainsi de suite jusqu'à ce que la hernie soit maintenue. L'inconvénient de ces ressorts supplémentaires, c'est qu'ils ôtent au ressort primitif plus ou moins de son élasticité.

Quoique le bandage soit supposé devoir se maintenir de lui-même sur le malade, on lui ajoute, dans un grand nombre de cas, pour le fixer circulairement, une espèce de bandelette ou ceinture, large de trois à quatre centimètres et pour l'empêcher de remonter au sous-cuisse.

Le nom de *bandage à côtés opposés* a été donné à cet instrument parce que la branche antérieure, beaucoup plus longue que la postérieure, se prolonge en passant sur la symphyse pubienne, de manière à arriver sur l'ouverture inguinale ou crurale opposée à la hanche sur laquelle doit reposer la partie moyennne du ressort (1).

Le bandage à pelote mobile détermine souvent l'augmentation de la tumeur herniaire. D'après son mécanisme,

(1) Le bandage dit *anglais* est peut-être moins employé chez nos voisins d'outre-mer que chez nous; du moins Astley Cooper n'en parle nullement dans ses *OEuvres chirurgicales*, ouvrage récemment publié (*), et au contraire, en parlant du bandage herniaire le seul convenable à employer, il dit : « La pelote doit être rivée sur une longue tige plate d'acier fortement trempé, et recourbée d'après la forme de la partie du tronc qu'elle doit embrasser à la manière d'un ceinturon. Cette tige doit être assez longue pour s'étendre en faisant le tour du bassin, depuis le lieu où siège la hernie jusqu'à environ un pouce au-delà du rachis; la pelote, ainsi que la tige est matelassée avec du cuir. Une lanière en cuir, partant de l'extrémité postérieure du bandage passe autour du côté opposé du corps, et, venant se fixer sur la pelote, complète la ceinture circulaire.

« On ajoute quelquefois une lanière qui descend de la partie postérieure du bandage, passe entre les cuisses, et est ramenée à la partie antérieure de la pelote à laquelle elle est fixée par un clou à tête aplatie. Cette lanière empêche le bandage de remonter.

(*) *Voir* la traduction des *OEuvres chirurgicales* de sir Astley Cooper, par E. Chassaignac et Richelot, page 228, grand in-8°. Paris, 1837.

cet instrument, au lieu de venir s'opposer d'avant en arrière à la sortie de la hernie en prenant un point d'appui sur la branche horizontale du pubis, comme le fait le bandage à pelote fixe, a l'inconvénient, surtout chez les sujets maigres, que sa pelote, dont la mobilité est extrême d'après la disposition du pivot qui la supporte, de tourner au point de presser assez fortement le sommet de la verge pour que la douleur vive qu'en éprouve le malade le force à la ramener avec sa main ; et d'ailleurs dans ce bandage, toute l'action de la pelote, en portant sur les téguments et aponévroses qu'elle recouvre, les force à céder plus ou moins promptement, et après avoir déprimé l'ouverture inguinale en écartant avec violence l'un de l'autre ses piliers, cette pelote s'enfonce dans le bas-ventre au dessus de la branche horizontale du pubis.

Il est facile de concevoir que, par suite de ces désordres, la hernie qui n'avait présenté à son origine qu'une tumeur presque insignifiante dans son volume, deviendra énorme et sera, dans certains cas, le centre d'accidents assez graves pour mettre la vie du malade en danger, tandis qu'à l'époque de la formation de cette hernie, le bandage ordinaire à pelote fixe, l'eût probablement fait disparaître pour toujours, ou du moins empêché son augmentation de volume.

Le bandage à pelote mobile, pour les hernies ombilicales ou de la ligne blanche, est à peu près le même que celui que nous venons de décrire. La seule différence notable qu'on y remarque consiste en moins de longueur de la branche antérieure du cercle d'acier, et en la forme plus ou moins pyramidale de la pelote destinée à comprimer la hernie.

A ce bandage, pour le maintenir en place, est ajustée, au moyen de boutons en cuivre fixés à l'extrémité postérieure de la pelote, une bandelette en cuir, large de deux travers de doigt, embrassant avec le bandage la circonférence du ventre ; à l'extrémité de cette bandelette se

trouvent fixées deux courroies percées de trous, lesquelles viennent s'attacher à la pelote antérieure.

Les inconvénients que nous avons signalés pour les bandages abdominaux à ressort d'acier et à pelote cônique des anciens, se retrouvent également et peut-être encore à un plus haut degré dans la construction des bandages à pelote mobile, puisque la compression a lieu d'avant en arrière, et que la pelote de ce bandage, au moyen du pivot sur lequel elle est fixée, peut prendre à chaque instant la direction la plus favorable à l'agrandissement de l'écartement des fibres musculaires et aponévrotiques qui constituent les ouvertures normales du bas-ventre occupées par la hernie.

Le bandage ombilical qui n'est pas susceptible d'éprouver une élasticité dans sa longueur, c'est à dire celui qui ne peut s'allonger et se raccourcir d'une manière insensible, quelle que soit sa forme, a toujours le grave inconvénient de trop serrer le ventre après le repas et pas assez quand le sujet est à jeun.

De l'extrême compression de la région de l'estomac, quand cet organe se trouve dans son état de plénitude, il est évident qu'il doit résulter une infinité de circonstances fâcheuses pour l'accomplissement des fonctions de cet organe, ainsi que des diverses portions du tube intestinal.

Il ne faut pas croire que nous soyons assez exclusif pour ne pas reconnaître que quelques personnes grasses, dont les anneaux inguinaux ne présentent qu'une légère dilatation, laquelle n'a jamais été occupée par la plus petite portion de viscères, ne se soient bien trouvées de l'usage de la pelote mobile, pour s'opposer à la formation de hernies. Dans ce cas, le bandage refoule en dehors des anneaux inguinaux les divers plans des tissus cellulaires situés entre les piliers de ces ouvertures et la peau qui les recouvre; mais, quoi qu'il en soit, nous pouvons assurer que le plus grand nombre de personnes que nous avons examinées, après l'usage plus ou moins long du bandage

à pelote mobile, nous ont dit que leur hernie avait commencé par une petite tumeur à peine appréciable, laquelle avait augmenté rapidement de volume sous l'influence de cet instrument dont la forme nouvelle les avait séduites.

En disant que le bandage à pelote mobile est plus défectueux que tous ceux qui l'ont précédé, et que son usage n'a été que trop souvent funeste aux malades qui s'y sont soumis, nous n'en parlons sous l'influence d'aucune espèce de prévention ou de rivalité, mais bien d'après ce que nous avons observé depuis long-temps dans notre pratique (1).

Il est inutile de dire que notre opposition ne s'attache pas exclusivement au bandage anglais, mais bien à tous ceux faits d'après le même système, car tous, en raison de la mobilité de la pelote, doivent favoriser l'accroissement des tumeurs herniaires résultant de la dilatation forcée et soutenue des ouvertures naturelles ou accidentelles qui auront pu leur livrer passage.

Aussitôt après l'introduction en France du bandage anglais à pelotes mobiles, un de nos confrères chercha à le modifier. A cet effet, il remplaça les ressorts supplémentaires qui, comme nous l'avons dit précédemment, étaient égaux au ressort du bandage tant pour la largeur que pour la longueur, par plusieurs petits ressorts de forme et de longueur inégales. Ce changement, au lieu de tourner à l'avantage de l'instrument qui nous occupe, ne fit que le rendre plus défectueux qu'il n'était primitivement.

Bandage rénixigrade du docteur Jalade-Lafond.— Le bandage auquel son inventeur a donné ce nom se compose d'un ressort ordinaire et de ressorts supplémentaires de diverses forces et longueurs destinés à être appliqués sur une partie isolée du ressort primitif, afin d'en augmenter la force dans un point déterminé.

Cette augmentation de force, par rapport aux autres parties du ressort primitif, change totalement le mode

(1) *Voyez* les observations de la 7e section, chap. III.

d'agir du bandage herniaire qui, en cessant d'être un levier de troisième genre, n'est plus propre à remplir le but proposé. Cette modification n'est donc pas plus heureuse dans ses résultats que celles du même auteur pour le bandage anglais et pour le bandage à pelote médicamenteuse.

Nous pourrions faire ressortir davantage, si nous le voulions, les défauts du bandage rénixigrade, mais par considération pour son inventeur, nous préférons renvoyer nos lecteurs à son ouvrage (1).

Bandage à pelote médicamenteuse du docteur Jalade-Lafond. — Cet instrument est formé d'une lame de ressort d'acier ayant à peu près la longueur de la circonférence du bassin du malade dont il doit embrasser les onze douzièmes ; à son extrémité du côté de la hernie se trouve fixée au ressort au moyen de deux vis, une espèce de pelote triangulaire dont le diamètre transversal est un peu plus grand que le diamètre vertical. Cette pelote, faite en zinc, représente une espèce de boîte à tabatière s'ouvrant en dessus au moyen d'une petite charnière.

La cavité de cette pelote est destinée à recevoir un sachet composé de trois à quatre bandes de laine placées les unes sur les autres, et puis des poudres astringentes en assez grande quantité pour remplir la boîte. Ces poudres, après avoir passé à travers le sachet, se mettent en contact avec la peau qui recouvre l'ouverture herniaire. Leur sortie de la pelote du bandage s'effectue par divers trous qui lui sont pratiqués et qui correspondent avec d'autres trous faits à l'enveloppe imperméable du tissu gommé dont est recouverte la pelote du bandage.

Le système que l'auteur de ce bandage a voulu suivre est évidemment celui des sachets de M. Beaumont dont nous avons eu occasion de parler à la fin de la deuxième section de ce premier chapitre. Si les sachets de M. Beaumont, dont l'action sur les téguments devait être plus forte que

(1) *Considérations sur les hernies*, ouvrage cité, p. 369.

celle du bandage à pelote médicamenteuse, ont tant de fois trompé l'attente du chirurgien, il en sera sans doute de même du bandage de notre honorable confrère dont la dureté de la pelote de métal a plus d'une fois obligé de l'abandonner les personnes qui en faisaient usage. Nous persistons donc dans l'opinion que nous avons déjà eu occasion d'établir que les hernies guéries par le bandage à pelote médicamenteuse l'eussent également été par l'usage du bandage herniaire ordinaire.

Malgré les nombreux défauts qu'offrent plusieurs bandages d'invention moderne, il n'en est pas moins vrai que chacun d'eux, même le bandage omniforme, a eu l'honneur d'un ou de plusieurs rapports faits à diverses sociétés de médecine de Paris. Chaque rapporteur a terminé son travail par une phrase d'usage, qui est que la découverte ou l'invention du bandage soumis à son examen est de beaucoup supérieure à celle de tous les instruments de même nature qui l'avaient précédé. Ces rapports, trop souvent inexacts, quoique signés par des médecins en réputation, sont des complaisances d'autant plus fâcheuses qu'elles aident à tromper le public.

Il serait à souhaiter que tous les médecins ou chirurgiens appelés à donner leur avis sur des découvertes ou inventions tenant à l'art de guérir, le fissent avec autant de loyauté et d'impartialité que l'a fait dernièrement M. le baron Larrey, dans un rapport au ministère de la guerre sur les bandages à pelote en caoutchouc et à Air des sieurs Cresson et Sanson (1).

Dans l'intérêt de nos lecteurs, nous croyons ne pouvoir leur faire mieux connaître ces bandages qu'en reproduisant ici le travail de ce grand praticien. Dans cet écrit l'auteur commence par donner la description du bandage herniaire usité dans les hôpitaux de la guerre que nous fournissons

(1) *Voyez* la *Clinique chirurgicale* de M. le baron Larrey, p. 123, t. V. Paris, 1836.

depuis plus de vingt ans. Pour ne pas répéter ce que nous avons dit à l'occasion du bandage herniaire ordinaire, d'autant plus que notre opinion, en ce qui le concerne, se trouve en tout semblable à celle émise par ce savant chirurgien militaire, nous allons passer de suite à ce qu'il dit du bandage de MM. Cresson et Sanson.

Bandage à pelote en caoutchouc remplie d'air. Rapport de M. le baron Larrey fait au ministère de la guerre sur cette espèce de bandage. — « Faisons actuellement le parallèle des bandages ordinaires dont nous venons de parler avec les bandages des sieurs Cresson et Sanson, lesquels ne présentent au reste qu'une seule différence ou modification. Elle est relative à la matière qui compose la pelote du brayer : au lieu d'un corps solide comme le bois revêtu d'amadou et de peau ou d'une pelote en crin plus ou moins serrée selon les circonstances. Le fabricant du nouveau bandage a substitué à ces substances une poche de gomme élastique remplie d'air et recouverte de peau de chamois.

» Les autres parties de ce bandage ne diffèrent en rien de celles qui entrent dans la confection des bandages usités.

» Cette modification qui fait augmenter de moitié le prix du bandage, loin d'offrir les avantages qu'on lui a accordés si complaisamment, nous paraît avoir les inconvénients suivants :

» 1° Avec cette poche remplie d'air on ne peut donner à la pelote du bandage la forme plus ou moins variée que commande la région où elle doit être appliquée.

» 2° L'air renfermé dans cette poche se décompose à la longue, et fait varier, selon l'état de la température, l'exubérance qu'elle forme à l'extérieur. Cette enveloppe elle-même perd de son élasticité, c'est ce qui fera abandonner les bretelles de gomme élastique.

» 3° Cette poche peut être crevée par une lésion quelconque qui en percerait la paroi mince et tendue répon-

dant à sa surface, et elle serait alors immédiatement déformée ; le soldat sortant serait exposé à cet accident.

» 4° Les pelotes ne peuvent s'appliquer exactement sur les bords plus ou moins inégaux des ouvertures herniaires, puisqu'on ne peut modifier les formes de la surface ; l'intestin ou l'épiploon s'échappera nécessairement par le point du bord de l'ouverture où la pelote ne sera pas dans un contact immédiat et d'autant plus facilement qu'elle s'y prête par sa flexibilité ; c'est ce qui est justement survenu chez l'un de nos invalides sur lequel un bandage de cette nature a été appliqué, et à plusieurs reprises par son inventeur, tandis que la hernie (ombilicale) de ce vétéran est parfaitement contenue et sans causer la moindre gène par le bandage ordinaire. Le même essai a été fait avec le même insuccès sur d'autres invalides atteints de hernies inguinales. Nul doute que l'expérience en faisant vérifier tous ces inconvénients, prouvera que ce nouveau bandage ne peut être préféré au bandage très simple, solide et peu dispendieux, usité depuis un siècle dans toutes les contrées du monde et qui ne produit aucun des inconvénients qu'on lui a si gratuitement attribués. »

Les bandages à pelote élastique en caoutchouc et à air ont été essayés sur plusieurs marins par ordre du ministre de la marine, et il a été reconnu qu'après trois mois d'usage, les pelotes de cette espèce de bandage avaient perdu à peu près la moitié de leur élacticité, ce qui évidemment les rend moins utiles que les bandages ordinaires.

A l'exposition de 1839, il a été distribué une note imprimée ayant pour titre : *Nouveau bandage pour contenir les hernies sans les comprimer.* Qu'a-t-on voulu dire par cette dernière phrase ? Nous l'ignorons, car, toutefois que la hernie est rentrée dans le bas-ventre, le bandage, de quelque espèce qu'il soit, destiné à soutenir et fermer l'ouverture à travers laquelle les viscères se sont fait jour, les contient réellement sans les comprimer, ce qui a lieu aussitôt que la tumeur herniaire a cessé d'exister. Il ne

peut donc y avoir de compression réelle pour les hernies que quand une de ses parties se trouve irréductible par suite d'adhérence.

On annonce dans l'écrit dont nous parlons, des bandages à pelote en caoutchouc, pleines, des pelotes éoliennes à air fixe, des pelotes éoliennes à air mobile, et même des pelotes dans lesquelles l'air se trouve remplacé soit par un liquide ou par un corps gélatineux.

C'est probablement pour empêcher les pelotes de caoutchouc de coller à la peau, par suite de la chaleur du corps, qu'on les recouvre d'une feuille d'or, car nous ne pouvons pas supposer que la richesse de cette dernière enveloppe soit un moyen employé par les auteurs de ces bandages pour piquer la curiosité des personnes avides de nouveautés.

Dans ce cas, comme dans bien d'autres, les coureurs d'inventions nouvelles pourraient bien apprendre, aux dépens de leur bourse, qu'un grand nombre de découvertes modernes, quoique préconisées, ne produisent pas des effets aussi merveilleux pour la santé que le prétend leur inventeur, et que, tout en supposant de bonne foi les médecins signataires des rapports à l'avantage de ces découvertes, il n'en est pas moins vrai de dire que trop souvent l'expérience a démontré que ces hommes de l'art s'étaient trompés.

Quoi qu'il en soit du mérite plus ou moins grand des instruments les plus remarquables, successivement inventés pour contenir les hernies, nous dirons que toutes les machines, plus ou moins compliquées, sont inutiles et même dangereuses.

Le bandage le plus simple et le plus solide est sans contredit celui que doit préférer le chirurgien et le malade comme réunissant, au plus haut degré les qualités requises pour maintenir et souvent guérir les hernies. Nous invitons donc nos lecteurs à rejeter l'idée de toute espèce de mécanisme particulier, soit à la pelote, soit au corps du bandage, qui tendrait à communiquer à quelques parties

de cet instrument un degré d'action indépendant l'un de l'autre.

§ XLI. *Bandage à ressort d'acier trempé dont nous avons adopté l'usage.*

Nous pensons, comme M. le baron Larrey (1), que depuis les derniers travaux de l'ancienne académie de chirurgie on a peu ajouté à la confection des bandages herniaires.

Le bandage à ressort pour les hernies inguinales et crurales n'est autre chose qu'un levier du troisième genre dont les deux parties opposées tendent continuellement à se rapprocher l'une de l'autre.

Cet instrument, connu au moins depuis le milieu du dernier siècle, est celui que fabriquaient, avec tant de soin et de précision, Tiphaine et Rollin son élève. Depuis la mort de ces deux célèbres ouvriers, ceux qui se sont livrés à la confection des ressorts de bandages ont malheureusement eu plus en vue de chercher à les construire pour les livrer au commerce à bas prix que d'en soigner la bonne confection. Aussi conviendrons-nous avec M. Jalade-Lafond, que la majeure partie des ressorts de bandages livrés au commerce, à peu près comme objets de pacotille, sont mal faits; mais moins exclusif que ce médecin, nous ne voudrions pas dire que « *les bandages vendus par de soi-disant chirurgiens herniaires* sont tous viciés, fabriqués contre les principes, que leur usage compromet plus ou moins la vie des malades (2).

Le ressort pour la hernie inguinale ou celle du canal suspubien doit être formé d'une lame d'acier préparée de manière à n'être ni trop dure ni trop molle après qu'elle aura été forgée, trempée et revenue.

(1) *Clinique chirurgicale,* ouvrage cité, t. V. Paris, 1836.
(2) *Considérations sur les hernies,* ouvrage cité, p. 382.

Largeur que doit avoir la lame d'acier du bandage inguinal. — La lame du ressort doit être moins large à son extrémité antérieure qui a reçu le nom de collet que dans les autres parties de son étendue; mais, en revanche, elle doit offrir plus d'épaisseur, à cet endroit, puis s'élargir à sa partie postérieure pour mieux affermir le bandage à l'endroit de son point d'appui. Indépendamment de cette disposition, la partie du ressort qui nous occupe doit être inclinée suivant la convexité du sacrum.

Après avoir atteint la hauteur de la dernière vertèbre lombaire, le ressort doit peu s'élever, car alors la ceinture qui est fixée à l'extrémité de sa lame postérieure, pour de là, venir s'attacher à la pelote ou écusson, au moyen de la courroie qui doit la terminer, lui ferait faire un mouvement de bascule qui ne laisserait pas que d'être nuisible au maintien de la hernie, en raison de la direction penchée de dedans en dehors que la pelote serait obligée de prendre, ce qui est en sens inverse de celle qu'elle doit avoir pour remplir l'indication proposée.

L'épaisseur du ressort doit être calculée dans ses diverses parties, avec la longueur et la largeur de sa lame, afin qu'il puisse, dans toute son étendue, offrir une résistance égale.

Il faut, pour que l'instrument soit bien fait, que, lorsqu'on le saisit d'une main à l'endroit de la pelote et de l'autre à la partie correspondant au sacrum, et qu'en s'ouvrant environ aux trois quarts de son cercle; il ne puisse ni se casser ni se rendre dans aucun de ses points, et qu'après avoir été abandonné à lui-même, le ressort ait repris sa courbure primitive. Le collet du ressort doit être plus ou moins contourné suivant l'inclinaison que l'on présume devoir donner à la pelote ou écusson. Cette même partie de l'instrument sera plus recuite ou revenue que le reste de la lame d'acier, afin que le chirurgien qui doit appliquer cet instrument puisse augmenter ou diminuer à sa volonté l'angle formé par la pelote avec le corps du ban-

dage, qui est toujours en raison de l'inclinaison du bassin à l'horizon. Sans cette disposition, il serait presque impossible dans les hôpitaux et dans les grands établissements publics où l'on est obligé d'avoir des bandages à l'avance d'en trouver un convenable au premier sujet qui se présente.

Longueur du ressort du bandage inguinal. — On a longtemps discuté sur la longueur à donner au ressort du bandage inguinal. Camper voulait qu'il eût les dix douzièmes de la circonférence du bassin, prétention qui parut si ridicule à Roussil de Chanserue que, dans son excellent mémoire sur la fabrication des bandages herniaires, il dit : « Le procédé de Camper n'a point eu d'imitateur (1). »

M. Jalade-Lafond s'est chargé de donner un démenti à l'auteur que nous venons de citer, en renchérissant encore sur l'idée de Camper, puisque l'on trouve dans son ouvrage publié longtemps après le mémoire dont nous venons de parler, page 392 : « Nous trouvons que Camper ne lui a pas encore donné assez de longueur, et nous pensons que pour que le bandage soit convenablement construit, il faut qu'il embrasse tout le corps, de manière à ce que ses extrémités se touchent, lorsque ce ressort est nu et qu'il reste entre elles un léger intervalle dépendant de la garniture. J'estime cette longueur du cercle du bandage de onze douzièmes, ou, en admettant que le corps ait trente-deux pouces de circonférence, le ressort formant le bandage aura trente-un pouces d'étendue (1). » Quant à

(1) *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, t. IV, p. 592, an IX de la république.

(2) Nous pourrions trouver M. Jalade-Lafond en contradiction avec lui-même pour la longueur qu'il prétend que l'on doit donner au ressort du bandage inguinal; car on lit, p. 371 de son ouvrage déjà cité, la comparaison du ressort du bandage herniaire à la pince ou au levier du troisième genre. Il ne faut pas être grand mathématicien pour savoir combien diffère en action un levier circulaire de celui dont nous venons de parler.

M. Roussil de Chanserue a fort judicieusement fait observer (ouvrage

nous notre expérience nous a démontré que la longueur du ressort pour la hernie d'un seul côté ne doit pas dépasser plus des deux tiers de la circonférence totale du bassin prise à la hauteur de la symphyse pubienne en avant et à celle de la dernière vertèbre lombaire en arrière.

En faisant trop dépasser la colonne vertébrale par la lame d'acier, on force l'extrémité du ressort à prendre son point d'appui sur le muscle grand fessier; ce qui nuit à l'effet du bandage et gêne le malade.

La pelote ou écusson qui doit s'opposer à la sortie de la hernie est faite d'un morceau de tôle de fer ou d'acier légèrement embouti et rivé sur le collet du ressort, c'est à dire à son extrémité antérieure. La forme de cette pelote doit varier suivant la situation et la nature de la hernie, son volume et l'altération de l'anneau inguinal, quelle que soit sa forme. Elle doit toujours offrir à la courroie une attache solide et convenable.

On est dans l'usage de fixer sur cette pelote, outre une bride en cuivre dans laquelle doit passer la courroie du bandage, un crochet en même métal rivé à peu près au milieu de l'écusson dans les pelotes ordinaires, et au tiers de sa partie supérieure dans les pelotes allongées. Si pourtant la pelote doit se prolonger dans son grand diamètre d'une manière sensible et même s'incliner obliquement, de manière à soutenir le canal inguinal, la bride en cuivre dont nous avons parlé doit être supprimée, ainsi que le crochet qui sera remplacé par un bouton de même métal;

cité), que, dans le bandage de Camper, il ne peut plus être question d'un ressort qui agisse sur deux branches solides de levier; que c'est plutôt une nouvelle puissance qui, faiblement étendue à tous les points du cercle plutôt flexible qu'élastique, se confond et s'épuise avec les points d'appui et de compression, de sorte que la machine n'est réellement qu'une corde métallique et n'a de stabilité que par la courroie qui ferme le cercle. Si le raisonnement de M. Roussil de Chanserue est juste pour le bandage de Camper, il l'est encore plus pour celui de M. Jalade-Lafond, puisqu'il en a augmenté la longueur.

mais alors le crochet sera porté au bas de la pelote, afin que le sous-cuisse, en venant s'attacher à cette partie de l'écusson, puisse l'appliquer plus fortement par cet endroit sur la branche horizontale du pubis.

Bandage inguinal double ou à deux demi-corps — Ce bandage ne diffère du précédent que par la longueur des lames de ressort qui, de chaque côté, doivent avoir un peu moins de la moitié de la circonférence du bassin, afin que, réunies postérieurement par un tiran et une boucle, elles puissent laisser entre elles un écartement de 2 à 3 centimètres, duquel résulte un enfoncement correspondant à la saillie que forme l'apophyse de la dernière vertèbre lombaire. Les deux extrémités antérieures des ressorts de ce bandage portent des pelotes ou écusson de diamètre et de forme déterminés d'après le caractère particulier de la hernie. A l'une de ces pelotes, et c'est ordinairement celle du côté gauche, est fixée et cousue sur son bord antérieur par l'une de ses extrémités la courroie, tandis que la pelote du côté opposé porte une bride et un bouton en cuivre destiné à recevoir l'autre bout de cette courroie qui, percée de plusieurs trous, en complétant le bandage, le fixe solidement sur le bassin.

Si le diamètre vertical des pelotes se trouve de beaucoup plus grand que le diamètre horizontal, la courroie, au lieu d'être cousue à l'une d'elles, sera libre de s'attacher par ses deux extrémités au bouton que lui offrira chacune des deux pelotes.

Il arrive souvent que les deux hernies ne sont pas de volume égal, ce qui oblige de donner à l'une des pelotes des dimensions en longueur et en largeur beaucoup plus prononcées qu'à l'autre. Dans ce cas, la plus grande de ces pelotes devra porter deux boutons en cuivre, dont le dernier sera rivé à son centre. Ces deux boutons recevront chacun une courroie qui partiront, en passant l'une sur l'autre, d'un centre commun, lequel sera le bouton de la plus petite pelote.

Par le moyen que nous venons d'indiquer, du second bouton, on empêche la pelote du bandage de faire un mouvement de culbute qui aurait évidemment lieu s'il n'existait d'attache pour elle qu'un bouton fixé au tiers de sa longueur; ce mouvement serait d'autant plus défavorable pour le malade que la partie supérieure de la pelote se trouverait exercer sur le bas-ventre une forte pression, tandis que sa partie inférieure, au lieu de s'appuyer sur l'une des branches horizontales du pubis, s'en écarterait; en se soulevant, la hernie, comprimée par en haut, s'échapperait par en bas en suivant le cordon testiculaire, et finirait par devenir scrotale, à moins que, comprimée par le bas de la pelote d'une part, et le pubis de l'autre, elle ne vînt à s'enflammer ou à contracter des adhérences qui plus tard la rendraient irréductible.

Ressort du bandage de la hernie crurale. — Quant au bandage crural, il ne diffère de l'inguinal que par moins de longueur et moins de largeur dans la lame du ressort, par la courbure de son extrémité antérieure et l'ouverture de son cercle.

La branche antérieure du ressort crural, au lieu d'être légèrement contournée et de se diriger en avant du côté de la symphyse pubienne, se reploie sur elle-même au moyen d'une courbe qui la porte de haut en bas et légèrement de dedans en dehors, jusqu'à la hauteur de l'arcade crurale.

A cette extrémité du ressort est fixée une pelote ou écusson de forme ovalaire, ayant un bouton en cuivre placé à peu près à son milieu, lequel est destiné à donner attache à la courroie du bandage.

L'ouverture d'avant en arrière du ressort doit être de beaucoup plus grande pour les hernies crurales de la femme que pour celles rencontrées chez l'homme. Les bandages à deux demi-corps pour hernie crurale des deux côtés sont en tout semblables à celui que nous venons de décrire, à l'exception de la longueur des branches posté-

rieures qui se réunissent des deux côtés, à la manière du bandage inguinal.

En général, les ressorts des bandages destinés à des sujets du sexe féminin qui ont passé l'âge de puberté doivent offrir une courbe plus circulaire que s'ils étaient construits pour des sujets du sexe masculin.

Bandage d'essai pour les hernies inguinales et crurales. — Ce bandage, que nous avons imaginé pour les hernies du bas-ventre anciennes, volumineuses et difficiles à contenir, se compose d'un ressort d'acier et d'une pelote ou écusson en tôle du même métal.

Le ressort destiné à former le corps de cet instrument est une lame d'acier forgé et trempé à peu près semblable à celles que nous employons dans nos bandages ordinaires. La seule différence qui existe consiste dans un peu plus de largeur et d'épaisseur, ce qui permet à l'extrémité antérieure dans le voisinage de la cambrure du collet du ressort de s'élargir de manière à former une espèce de tête de quatre à cinq centimètres d'étendue en tous sens.

Deux ouvertures sont pratiquées à cette partie du ressort. La première située près son collet, n'est autre chose qu'un trou destiné à recevoir librement l'un des deux filets de vis que porte la pelote ou écusson dont il sera parlé plus tard; la deuxième ouverture, placée en dehors du côté de l'extrémité de la lame d'acier, à 3 centimètres de la première, est une mortaise offrant une partie de cercle de 4 centimètres d'étendue. Cette dernière ouverture doit recevoir le deuxième filet de vis de l'écusson.

La pelote du bandage ou écusson, de forme triangulaire, est en tôle d'acier, elle donne attache par sa partie moyenne et supérieure à deux gros filets de vis armés de leurs écrous; au tiers de cette pelote et par en haut se trouve un bouton de cuivre placé à cet endroit pour recevoir et fixer la courroie qui termine et complète le bandage. A un centimètre du bord inférieur de cette pelote est fixé un crochet de cuivre auquel doit venir s'attacher le sous-cuisse. Dans un grand

nombre de cas ce lien inférieur du bandage se détache avec la plus grande facilité, surtout chez les personnes grasses dont le bassin se trouve fortement incliné à l'horizon, ce qui permet à la pelote de remonter et de s'écarter plus ou moins du bord supérieur du pubis, et par conséquent de laisser à découvert une partie de l'ouverture inguinale ou crurale par laquelle une portion de la hernie peut se reproduire à l'insu du malade à l'occasion du plus léger effort.

Le décrochement du sous-cuisse nous a paru tellement important que, pour l'empêcher, nous avons imaginé de fixer à la pelote un mécanisme très simple qui consiste dans une petite bande de cuivre rendue mobile au moyen d'un ressort d'acier placé à la partie antérieure et moyenne de la pelote, laquelle branche en manière de doigt, coiffe et s'enfonce d'à peu près un centimètre sur l'extrémité du crochet, ce qui fait que le sous-cuisse se trouve exactement maintenu.

Le premier filet de vis dont nous avons parlé, qui est fixé à la partie supérieure de la pelote, en traversant le trou de la tête du ressort du bandage, sert d'axe ou de centre de mouvement, tandis que le second filet, engagé dans la mortaise, pourra, au moyen de la courbure de cette ouverture, parcourir un segment de cercle plus ou moins grand. D'après cette disposition, l'arc de cercle décrit par la partie inférieure de la pelote sera d'autant plus prononcé que son diamètre vertical offrira plus d'étendue.

De la disposition que nous venons d'indiquer, il résulte que si la hernie inguinale s'échappe en avant, c'est à dire du côté du pilier interne, on l'arrêtera en dirigeant la partie inférieure de la pelote du côté de la verge, et dans le cas où la tumeur herniaire se ferait jour en dehors, c'est à dire du côté de la cuisse ou du pilier externe, il suffira d'y ramener le bas de la pelote pour la maintenir réduite. Aussitôt la pelote placée au point convenable pour empêcher la sortie de la hernie, il faudra la rendre immobile en serrant fortement les écrous au moyen d'une clef carrée. Dans cet état

le bandage pourra servir de modèle pour la construction de celui dont le malade devra faire usage.

L'avantage de notre bandage sur celui d'Oudet consiste dans la possibilité de changer à volonté les rapports de son écusson avec l'ouverture qui livre passage à la hernie, sans que le corps de l'instrument se trouve allongé ou raccourci.

Pour pouvoir remédier à presque tous les cas de hernie il suffit d'avoir six corps de bandages de différentes longueur et six pelotes de formes variées, car les filets des vis étant tous du même pas, les pelotes seront toutes susceptibles de se fixer au même corps de bandage.

Les hernies crurales irréductibles plus ou moins saillantes, comme on le sait, ne peuvent la plupart du temps être maintenues que par des pelotes creuses formant des angles plus ou moins ouverts, avec la branche du ressort du bandage où elles sont fixés. La difficulté d'arriver juste au point convenable, nécessite souvent la construction de plusieurs bandages, ce qui n'est pas moins désagréable pour le malade que pour le médecin.

Pour parer à ces inconvénients, il suffit de fixer à l'extrémité externe de la pelote de notre bandage, un seul filet de vis qui, en traversant un trou pratiqué à l'extrémité antérieure de la lame du ressort, puisse permettre au chirurgien de donner à la pelote la direction convenable pour loger et soutenir dans sa concavité la hernie. Une fois l'écrou du filet de vis fortement serré, la pelote est immobile, et ce bandage ainsi disposé offre autant de solidité que ceux dont la pelote est rivée sur le ressort; c'est pourquoi cet instrument ne doit pas être regardé comme provisoire, mais bien comme celui que doit porter constamment le malade.

Le mécanisme que nous venons de décrire convient également pour maintenir les tumeurs dues à la présence du testicule à l'anneau inguinal après l'âge de la puberté, car, avant cette époque, on doit favoriser autant qu'il est pos-

sible la sortie de cet organe du bas-ventre. La pelote doit toujours offrir une concavité assez étendue pour qu'elle puisse prendre ses points d'appui en dehors des aponévroses qui constituent l'anneau inguinal.

Bandage compressif de la hernie du poumon sous la clavicule. — Cet instrument est formé d'un plastron en tôle d'acier maintenu sur la colonne vertébrale par le moyen d'une espèce de ceinture lacée en avant et de deux épaulettes en forme de bretelle. Ce plastron, qui sert de point d'appui, porte deux tiges taraudées, armées d'écroux, pour fixer deux lames d'acier trempé, larges chacune de deux centimètres et jouissant d'une grande élasticité.

L'une de ces lames doit passer par dessus l'épaule et l'autre sous le bras, de manière que la première marche de bas en haut, dans la direction verticale, et la deuxième d'arrière en avant, dans la direction horizontale. La courbure de ces lames ou ressorts doit se trouver telle que, sans toucher au corps, elles puissent se réunir par leurs extrémités antérieures en passant l'une sur l'autre, justement à l'endroit de la tumeur sur laquelle elles maintiennent une pelote oblongue, portant à son centre une tige qui vient s'engager dans des mortaises pratiquées à l'extrémité des deux ressorts dont nous venons de parler.

D'après les rapports de la tige de la pelote avec les ouvertures qu'elles traversent, elle jouit d'une grande mobilité, ce qui la rend propre à obéir aux différentes flexions du corps sans cesser sa compression sur la tumeur. Cet appareil, ainsi disposé, peut suivre et se conformer à tous les mouvements d'élévation et d'abaissement de la poitrine.

Bandage suspenseur des hernies scrotales irréductibles. — Cet appareil que nous avons nommé *suspenseur des hernies scrotales*, se compose d'une ceinture en toile de fil, de coton et même de peau de mouton chamoisée; sa largeur doit être de trois à quatre travers de doigt, et sa lon-

gueur telle qu'elle ne puisse ni serrer ni comprimer le ventre. L'un de ses bouts est armé de deux à trois boucles destinées à donner attache à un même nombre de tirants fixés à son extrémité opposée.

Des boutons sont placés en haut et en arrière, deux boucles le sont également en avant pour recevoir des bretelles de coton ou autres tissus peu élastique. En avant en dehors des arcades crurales et au bas de la ceinture sont deux boucles destinées à donner attache à deux tirants qui partent des angles d'une poche de suspensoir en filet de coton, de fil ou de soie. Au bas de ladite poche, destinée à envelopper le scrotum, sont deux autres tirants servant de sous-cuisses, lesquels vont s'attacher postérieurement et un peu sur les côtés, à deux boucles semblables à celles dont il a été parlé précédemment.

La ceinture de cet appareil et les bretelles ne sont ainsi disposées que pour offrir un point d'appui à la poche de suspensoir, afin de lui permettre de ramener assez fortement la tumeur vers l'anneau.

Suspensoir ordinaire du scrotum. — Ce petit appareil n'est autre chose qu'une espèce de poche de toile ou bien de tricot de soie, de fil ou de coton, de peau, de futaine ou de flanelle, qui sert à soutenir le scrotum et dont toutes les parties seront proportionnées au volume des bourses.

La pièce de toile qui sert à faire ce bandage doit avoir de 15 à 24 centimètres en carré pliés en deux parties égales; elle est coupée, d'un côté, à partir du milieu jusqu'à la réunion de son extrémité inférieure, en décrivant une ligne d'abord courbe, puis circulaire. A la partie supérieure et antérieure de la poche que nous venons de décrire, on pratique une ouverture échancrée assez grande pour donner passage à la verge. A l'angle inférieur de cette poche est cousue une bande de toile ou de tricot de coton, dont il sera parlé plus tard.

La ceinture à laquelle est fixée la poche du suspensoir

est formée d'une espèce de bande de toile, large de 3 et quelquefois 5 centimètres, et de longueur suffisante pour entourer le corps. Elle s'attache par ses deux extrémités au point de leur réunion, au moyen de boutons et de boutonnières, ou par celui d'une petite boucle.

La partie inférieure du suspensoir porte deux bandelettes de toile large de trois centimètres, lesquelles, après avoir croisé chaque cuisse, passe sous les fesses pour se fixer sur les hanches, une à droite et l'autre à gauche, au moyen de boutonnières, pratiquées à leurs extrémités, et de boutons cousus à la ceinture du suspensoir.

Dans ces derniers temps, on a essayé de remplacer la ceinture et les sous-cuisses en toile de cet appareil par des bandelettes de tricot en coton à mailles très lâches faites au métier. Ce genre de tissu a l'inconvénient de s'allonger, ce qui nuit à la fixité du suspensoir, défaut que n'ont pas les bandes en toile. Aussi les préférons-nous à tout autre.

On est dans l'usage de faire des suspensoirs de six numéros pour la grandeur des poches, et de trois numéros seulement pour la longueur des ceintures et des sous-cuisses.

Les suspensoirs pour les enfants se font de la même manière que ceux des adultes, mais seulement dans des proportions beaucoup plus petites et relatives à l'âge des petits garçons auxquels ils sont destinés.

§ XLII. *Bandages de notre invention pour diverses hernies abdominales.*

Bandage ombilical à ressorts d'élastique. — L'examen approfondi des bandages de Suret et de Juville, dont nous avons parlé précédemment, nous a donné l'idée de notre bandage ombilical à ressort d'élastique. Cet appareil nous semble devoir offrir les avantages de ces deux instruments sans pourtant partager leurs défauts. Notre bandage est

composé d'une ceinture, d'une pièce ovale élastique et d'une pelote.

La ceinture faite en toile de lin, de coton, de soie ou en peau de mouton chamoisée, a de trois à quatre travers de doigt de largeur. Pour lui conserver sa forme, sa partie moyenne, c'est à dire celle qui porte sur la colonne vertébrale est garnie de trois à cinq baleines solidement cousues en travers, aux deux bouts de cette ceinture sont également cousus deux, trois ou quatre morceaux de tirants, longs de cinq à six pouces, destinés à former un moyen d'union entre elle et l'ovale élastique, en se fixant dans des boucles qui portent ses extrémités.

La partie ovale et élastique de ce bandage a de douze à vingt-quatre centimètres de longueur; elle est susceptible de s'allonger à peu près de moitié de son étendue, ce qui permet au bandage de céder puis de revenir sur lui-même, et par conséquent de maintenir constamment la hernie, malgré les changements qu'éprouve le ventre en obéissant aux diverses fonctions de l'économie.

La largeur de cette partie de notre bandage varie ainsi que sa longueur, suivant le volume de la tumeur et l'embonpoint du malade.

En haut et en bas de la pièce ovale, sont quatre petits œillets destinés à donner passage au cordon qui doit fixer la pelote du bandage à l'ovale. Le nombre des élastiques en cuivre qui entre dans la formation de cette pièce, varie d'après sa largeur; ils sont recouverts dans toute leur étendue en peau mince de mouton dite remmaillée; la toile, le coton et la soie ne garantiraient pas assez l'élastique de l'humidité du corps.

Pour fixer la partie élastique du bandage à la ceinture, chacune de ses extrémités est garnie de deux, trois ou quatre boucles, donnant attache aux tirants qui terminent comme nous l'avons dit la ceinture de notre bandage. On pourrait remplacer ces boucles et ces tirants par des boutons à double tête et des boutonnières. C'est ce que nous avons

fait plusieurs fois, mais, en général, les malades préfèrent le premier moyen, vu que la distance d'une boutonnière à l'autre fait que le bandage serre trop ou pas assez.

La pelote qui vient se fixer à l'ovale par quatre petits cordons, doit, d'après la nature de ces moyens d'union jouir d'une grande mobilité. Sa forme, dans le plus grand nombre de cas doit être ronde et lenticulaire, rarement ovale. Son diamètre se trouve déterminé d'après la largeur de l'ovale élastique qui doit toujours la dépasser en haut et en bas, au moins d'un travers de doigt. Sa face postérieure qui répond au bandage doit être légèrement convexe pour ne pas former d'élévation, de proéminence sous les vêtements du malade. Sa face interne qui se trouve en rapport avec la hernie est ou concave ou légèrement convexe et quelquefois plate. Concave, elle convient aux sujets dont une plus ou moins grande partie de la tumeur est irréductible; convexe, à ceux qui ont de l'embonpoint et chez lesquels les hernies rentrent en totalité, et puis enfin plate aux personnes maigres, dont les hernies sont depuis longtemps disparues.

Le bandage que nous venons de décrire n'est pas suffisant dans la faiblesse générale des muscles abdominaux ou même lorsqu'il existe des hernies ventrales volumineuses, c'est ce qui nous a fait imaginer notre ceinture élastique, laquelle, d'après sa forme est plus susceptible que notre bandage à pouvoir s'accommoder aux différents états pathologiques que peut offrir le ventre.

Ceinture abdominale à élastique en cuivre.—Cette ceinture, telle que nous l'avons soumise dans le temps à l'examen de la faculté de médecine de Paris par l'entremise du ministre de l'intérieur, se compose d'un plastron et de deux grands morceaux destinés à former les côtés de cet appareil.

La pièce à laquelle nous avons donné le nom de plastron est une espèce de bande d'étoffe plus longue que large; destinée à former la partie postérieure de la ceinture en prenant son point d'appui sur la colonne vertébrale. Ce

plastron est garni dans à peu près toute son étendue de baleines minces et flexibles, sur ses deux côtés se trouve une rangée d'œillets qui, au moyen de lacets, le réunissent aux deux autres pièces formant les côtés de la ceinture, disposition d'autant plus importante qu'elle permet d'augmenter ou de diminuer de plusieurs travers de doigt l'étendue de cet appareil.

Les deux morceaux formant les côtés de la ceinture sont garnis d'un plus ou moins grand nombre de ressorts d'élastique en cuivre dont la grosseur doit être déterminée d'après la force de résistance qu'il est nécessaire d'employer.

Ces cylindres métalliques se touchent à leur partie postérieure qui est montée sur une espèce de patte destinée à unir cette partie de la ceinture au plastron, puis de trois en trois, ils s'écartent en se portant, les uns en avant, les autres plus ou moins obliquement de haut en bas. De cette disposition des cylindres il résulte une forme irrégulière et à peu près triangulaire par en bas. Cette espèce de patte d'oie est arrondie en avant de manière à s'accommoder le mieux possible à l'état plus ou moins proéminent du ventre.

Le moyen de réunion des deux parties opposées qui doivent embrasser l'abdomen, depuis le cartilage xyphoïde jusqu'à la symphyse des pubis, a lieu comme avec le plastron, au moyen d'un lacet et d'une rangée d'œillets. S'il existe une tumeur herniaire, soit à l'ombilic ou dans le trajet de la ligne blanche, on ajoutera à l'appareil une pelote ronde ou ovale, plate, creuse ou même bombée, laquelle se fixera à un travers de lacet, à la hauteur de la hernie, par le moyen de deux ou quatre petits cordons cousus à ses extrémités opposées. Tout en empêchant la pelote de tomber, ces liens lui laissent une grande mobilité qui rendent sa compression moins désagréable et parfois moins fâcheuses pour les malades.

Si dans les habitudes du malade la ceinture vient à se déplacer de bas en haut, c'est à dire à remonter, on la fixera au moyen de deux sous-cuisses en tiran, doublé de peau

de chamois et terminé par des boutonnières destinées à venir s'attacher à quatre boutons, fixé au bas de la ceinture, dont deux à sa partie antérieure, et deux à sa partie postérieure.

D'après la tendance des ressorts d'élastique en cuivre à revenir sur eux-mêmes, la ceinture devra se trouver comme collée sur le ventre, qu'elle soutiendra mollement dans tous ses points en agissant dans la direction des muscles transverses.

Lorsqu'il arrive que, par suite des effets de la digestion, le ventre se trouve avoir acquis accidentellement un plus grand volume dans l'un de ses points que dans les autres, on voit l'élastique s'allonger plus qu'il ne l'avait fait primitivement, et aussitôt que la cause qui avait produit cet effet aura cessé, l'élastique reviendra de suite sur lui-même. C'est à cette combinaison d'action de ces petits ressorts spiraux que, dans plusieurs circonstances, a été due la cessation d'accidents graves dont la durée eût pu compromettre sérieusement la santé des malades.

Le mécanisme simple et raisonné de cet appareil nous a valu les éloges les plus flatteurs de la part des honorables membres de la Faculté de médecine de Paris (1).

L'élasticité, qui, comme on vient de le voir, fait le mérite de l'appareil que nous venons de décrire, devient un défaut lorsqu'il s'agit de sujets dont le ventre est gros et dur, et surtout si, dans la cavité abdominale de ces malades, il se trouve renfermé des tumeurs d'un certain volume, car, dans ce cas, l'indication à remplir est de soutenir la paroi abdominale dans toute l'étendue du bas-ventre par un moyen qui puisse constamment lui offrir des points d'appui assez solides pour lui permettre de résister à l'action mécanique des viscères et des tumeurs anormales contenues dans l'abdomen. C'est pour remplir cette indi-

(1) *Voyez* le rapport de la Faculté de médecine de Paris au ministre de l'intérieur, 2e section du chap. Ier.

cation que nous avons imaginé un second appareil sans élastique dont nous allons donner la description.

Ceinture ventrière non élastique. — Elle est faite en toile de lin, de coton, de nankin ou de toute autre étoffe analogue. Ainsi que notre ceinture d'élastique, elle se compose d'un plastron, de deux grands morceaux formant ses parties latérales, et, dans le cas où il existe une hernie ombilicale ou de la ligne blanche, d'une pelote. Le plastron est en tout semblable à celui que nous avons décrit pour notre ceinture d'élastique. Quant aux deux grands morceaux formant les côtés et le devant de la ceinture, ils sont sans élastique et offrent, à leur partie postérieure, une large patte, en dehors de laquelle est placée une rangées d'œillets nécessaires à leur réunion avec le plastron.

En bas de ces deux morceaux, en avant et en arrière, sont quatre boutons où viennent s'attacher des sous-cuisses destinés à fixer l'appareil, s'il a de la tendance à se déplacer. Pour les femmes chez lesquelles, à la suite de couches, le ventre, resté très gros, vient s'appuyer sur les cuisses aussitôt que la femme est assise; ou bien, pour les sujets de l'un ou de l'autre sexe affectés d'engorgement de certains viscères abdominaux, on pourra placer deux bretelles faites de tirans doublés en peau de chamois qui, en passant par dessus les épaules et en se croisant, soutiendront le ventre et le ramèneront même de bas en haut.

L'examen des bandages herniaires et autres appareils employés pour les hernies, auquel nous venons de nous livrer, pourrait sembler, au premier abord, devoir être suivi de celui des pessaires; du moins telle fut notre première idée. Mais, en y réfléchissant, il nous a paru peu méthodique de parler de ces instruments avant d'avoir entretenu nos lecteurs des cas qui nécessitent leur emploi; c'est donc au chapitre qui va suivre, consacré aux déplacements et maladies de la matrice, que l'on trouvera la description et l'examen critique des pessaires de diverses formes inventés pour le traitement des prolapsus utérins.

CHAPITRE II.

DÉPLACEMENTS ET MALADIES DE LA MATRICE.

Dans ce chapitre, formé de trois sections, nous traiterons des divers déplacements et maladies de la matrice que nous avons été à même de rencontrer dans notre pratique.

La première section offrira la description anatomique des organes sexuels de la femme.

La deuxième section sera consacrée à l'examen des déplacements et maladies de la matrice, des ovaires et du vagin, suivi de l'indication du traitement qu'il convient d'employer pour combattre avec succès ces diverses maladies.

La troisième section offrira la réunion des tableaux statistiques de la deuxième série, c'est à dire de ceux qui se rapportent aux déplacements et aux maladies de la matrice.

PREMIÈRE SECTION.

ANATOMIE.

Cette section comprend la description anatomique 1° de la matrice et des ovaires; 2° du vagin; 3° de la vulve, des grandes et petites lèvres; et 4° du méat urinaire.

§ I. *De la matrice, considérée sous ses rapports de situation, d'organisation et de fonction.*

La matrice ou utérus est un organe creux, symétrique et indispensable pour la génération, puisqu'il est destiné à recevoir, à loger et à protéger le fœtus pendant tout le temps de la gestation, à lui fournir les fluides nécessaires à sa nutrition, et à l'expulser au terme révolu qui est le plus ordinairement de neuf mois. Ce viscère est susceptible d'une infinité de changements résultant des fonctions qu'il est appelé à remplir, d'après l'âge des sujets. Son siège a lieu au milieu du petit bassin, entre la vessie et le rectum, au dessus du vagin, au dessous des circonvolutions de l'intestin grêle.

Dans l'âge adulte, on rencontre la matrice aplatie d'arrière en avant, plus étendue en arrière de haut en bas que transversalement. La figure totale de cet organe est à peu près celle d'un conoïde tronqué, dont la base se trouve en haut et le sommet en bas. Cette dernière partie, désignée sous le nom de *col*, est étroite et allongée. Les accoucheurs sont dans l'habitude de partager la matrice en trois divisions. Quant à nous, pour le sujet qui nous occupe, nous la diviserons seulement en deux parties, savoir : le corps et le col.

Le corps, ou première partie de la matrice, offre deux faces, légèrement convexes, une postérieure, et l'autre antérieure. Ses bords latéraux sont arrondis. Le supérieur, arqué, donne à leur réunion la forme de deux angles peu saillants. A sa partie moyenne se rencontrent les trompes de Fallope, au dessous de l'insertion du ligament de l'ovaire, qui se trouve beaucoup en arrière du ligament rond.

Le col, ou deuxième partie, n'est réellement que la continuation du corps de l'utérus. Il ressemble assez bien à un cylindre aplati, embrassé par le vagin, qui le re-

couvre dans une étendue assez considérable. Son extrémité, qui proémine dans le conduit vaginal, présente à son sommet un orifice qui n'est autre chose qu'une espèce de fente transversale, bornée par deux renflements en forme de lèvres, dont l'antérieure descend beaucoup plus bas que la postérieure, qui lui est opposée. Cette partie du col a reçu le nom de *museau de tanche*.

Chez la femme adulte, la matrice a de 25 à 30 millimètres d'épaisseur, et de 45 à 60 millimètres de large sur 9 centimètres de long. Le corps de cet organe, y compris le fond, a quelque chose moins de 6 centimètres. Son col, 3 centimètres. La longueur du museau de tanche est de 9 à 10 millimètres en devant, et un peu plus en arrière. Son épaisseur transversale peut offrir 24 millimètres, tandis que, d'avant en arrière, on ne trouve tout au plus que 18 millimètres.

La cavité du corps de l'utérus est tellement petite, qu'à peine pourrait-elle admettre une moyenne fève de marais, car sa plus grande largeur ne dépasse pas 8 à 10 millimètres. Quant au poids de la matrice d'une femme adulte qui n'a pas eu d'enfant, il varie de 5 à 600 grammes. Chez la vierge, les lèvres du museau de tanche sont lisses, arrondies et très rapprochées l'une de l'autre. Elles offrent en général une saillie de 5 à 6 millimètres.

Un ou plusieurs accouchements altèrent plus ou moins les dimensions que nous venons d'indiquer; il en est de même après l'époque de la cessation des règles.

Quand le corps de la matrice a été considérablement distendu par la grossesse, après la parturition, il ne revient jamais à son volume primitif; il reste plus ou moins gros, plus ou moins arrondi. L'altération du col de l'organe utérin est encore plus sensible, car quelquefois même on ne trouve plus à sa place qu'une espèce de bourrelet plus ou moins saillant, tantôt mou, tantôt dur, inégal et raboteux, ayant assez d'analogie avec l'anneau ombilical. Quand il est mou et infiltré, son orifice, très dilaté, per-

met alors de porter assez profondément le doigt dans son intérieur. Les inégalités que l'on rencontre à son pourtour sont d'ordinaire le résultat des déchirures qui ont eu lieu au moment du passage de la tête du fœtus à l'époque de l'accouchement. D'anciennes ulcérations vénériennes peuvent également s'y rencontrer; mais leur caractère, pour le praticien exercé au toucher, ne pourra jamais les faire confondre avec les cicatrices dont nous venons de parler.

Chez la femme âgée de quarante-cinq à cinquante ans, à l'époque de sa vie connu sous le nom de *temps critique*, c'est à dire après la cessation totale des règles, la matrice et le vagin se rapetissent considérablement. Cet effet n'est jamais plus sensible que chez les vieilles filles. Quant aux femmes qui ont eu des enfants, leur utérus offre assez la forme d'une boule plus ou moins grosse.

A l'époque de la puberté, chez les jeunes filles de quatorze à seize ans, la matrice se trouve renfermée dans le petit bassin ; elle s'y enfonce davantage chez les adultes et plus encore chez les vieilles femmes.

La matrice, enveloppée de toutes parts par le péritoine, est retenue en place par plusieurs replis de cette membrane, dont les principaux ont reçu les noms de ligaments larges et ligaments ronds ; chacun de ces ligaments est en nombre pair. Les ligaments larges sont situés postérieurement, les ligaments ronds antérieurement. Les larges sont unis aux trompes de Fallope par divers plans du tissu cellulaire; au dessus de ces trompes se rencontrent les ovaires.

Les ligaments ronds partant de l'angle supérieur de la matrice, se dirigent à travers les anneaux inguinaux pour venir s'épanouir au dehors de leur orifice externe.

Les fonctions de ces quatre ligaments, auxquels se réunissent d'autres replis du péritoine, sont de maintenir la matrice dans une espèce d'état de suspension assez élevé pour laisser un certain espace entre le sommet de son col et la paroi vaginale qui recouvre le périnée.

Le tissu propre de la matrice, dans son état normal, est d'une texture dense, serrée et résistante. Il peut accidentellement devenir fibreux, ce qui n'a lieu que quand l'utérus prend plus d'activité, soit par la grossesse, soit par certaines maladies propres à cet organe.

De la matrice nous passons naturellement aux ovaires, que les naturalistes considèrent comme ses principaux annexes et organes indispensables à l'appareil de la génération.

Ovaires. Situation et organisation. — Les ovaires, appelés par les anciens testicules de la femme, sont deux corps ovoïdes, un peu moins volumineux que les testicules, placés dans l'épaisseur des ligaments larges de l'utérus, entre la trompe de Fallope et le ligament rond. Ils sont légèrement comprimés d'avant en arrière, fixés à l'utérus par un petit cordon fibreux connu sous le nom de ligament de l'ovaire.

L'ovaire est enveloppé immédiatement par une membrane dense et blanchâtre, unie de toutes parts aux ligaments larges. Quelques anatomistes modernes ont regardé ce ligament comme un prolongement du tissu propre de la matrice.

L'ovaire peut former à lui seul une hernie ou être compris dans une tumeur de cette nature. Il est également sujet à des engorgements qui, plus d'une fois, en ont imposé aux hommes de l'art, en leur faisant supposer des hernies de cet organe qui n'existaient pas ; il peut quelquefois être le centre d'un squirrhe cancéreux sans que l'utérus participe à son affection pathologique; mais, le plus ordinairement, il partage les désordres qui se développent dans l'organe dont il est dépendant.

Nous croyons peu important pour le sujet qui nous occupe de donner la description des trompes utérines de Fallope, vu qu'elles ne jouent qu'un rôle très secondaire dans les maladies de la matrice et des ovaires. Il n'en est pas de même du vagin, où se trouve logé ce premier organe,

et qui participe presque toujours à ses déplacements ainsi qu'à ses maladies.

§ II. *Du vagin. Situation et organisation.*

Le vagin est une espèce de canal membraneux à une seule ouverture. Il est destiné à recevoir le pénis pendant la copulation, et à livrer passage au fœtus lors de l'accouchement. Applati d'avant en arrière, long de 14 à 20 centimètres (1), et large de 3 à 4. Ces dimensions ne sont exactes que chez la femme qui n'a pas eu d'enfant. Son extrémité supérieure se termine par une espèce de cul de sac dans lequel se trouve embrassé le col de l'utérus. Son extrémité inférieure ou orifice vulvo-utérin, plus étroite que le corps du canal, se trouve coupée obliquement de haut en bas, d'avant en arrière.

Ce conduit se trouve situé entre la vessie et l'intestin rectum. Il offre une légère courbure en descendant d'arrière en avant, de façon que sa direction comprend l'axe du petit bassin dans lequel il est placé. Le péritoine recouvre en avant et en arrière une assez petite portion de sa surface dans le voisinage du rectum. Plus bas il s'unit à la vessie et au canal de l'urètre, ce qui forme la cloison cyto-vaginale, et en arrière avec le rectum, pour y former la cloison recto-vaginale. Ses rapports ont lieu en haut avec les ligaments larges, en bas avec les uretères, les vaisseaux utérins et vésicaux.

Deux couches composent la membrane vaginale; l'externe est mince supérieurement et semble, jusqu'à un certain point, se continuer avec le tissu de l'utérus; intérieurement, elle est plus épaisse et très vasculaire; sa partie inférieure, connue sous le nom de plexus rétiforme, est entourée par le muscle constricteur. La couche interne, éminemment muqueuse, se continue en haut, où elle est

(1) Mme Boivin l'a rencontré d'une telle brièveté que ce canal n'avait pas plus de trois centimètres. (*Traité prat. des mal. de l'utérus*, t. I, p. 107.)

mince et grisâtre, avec celle de l'utérus, et en bas, où elle est épaisse, avec celle de la vulve. Elle est revêtue d'épiderme très mince. Sa surface présente des rides beaucoup plus abondantes et plus marquées près de la vulve que dans ses autres parties, et deux saillies allongées sur la ligne médiane.

Le vagin est susceptible de se tuméfier, de s'infiltrer plus ou moins, de s'affaisser, de se renverser et même de se laisser entraîner par la matrice, au point de franchir la vulve qui le termine.

§ III. *De la vulve. Situation et organisation.*

La vulve ou orifice des parties sexuelles de la femme, est une fente longitudinale comprise entre les grandes lèvres, le mont de Vénus et le périnée. La vulve est parallèle au grand diamètre du détroit inférieur du bassin. Elle est assez étroite, mais elle augmente un peu de largeur et de profondeur vers son extrémité inférieure. Elle offre une grandeur double de celle de l'orifice du vagin avec lequel elle se confond; à sa partie supérieure se rencontre le méat urinaire qui, quelquefois, est gros et tuméfié.

Cette fente, d'après sa situation, se trouve bornée antérieurement par le mont de Vénus, postérieurement par le périnée, et latéralement par divers replis plus ou moins gros, plus ou moins résistants, dont les deux extérieurs ont reçu le nom de *grandes lèvres*, et les deux antérieures celui de *petites lèvres;* du côté du périnée, la vulve offre une commissure en fourchette, susceptible de se déchirer plus ou moins profondément, soit par l'action de la tête de l'enfant à sa sortie du vagin, soit par le forceps, appliqué sur cette partie du fœtus. Dans ce dernier cas, on a vu malheureusement plus d'une fois la déchirure embrasser le périnée, le sphincter de l'anus et même l'intestin rectum.

Les grandes lèvres forment deux saillies longitudinales

en dehors de la vulve dont les extrémités postérieures constituent une espèce de fourchette, connue sous le nom de *commissure postérieure des grandes lèvres.* Ces deux replis parallèles ont une longueur égale. Ils sont plus épais en bas qu'en haut et se touchent par leur face externe, laquelle est arrondie et couverte de poils.

Au dessous du point de réunion de l'extrémité supérieure des grandes lèvres, on rencontre le clitoris, et entre la membrane muqueuse qui les tapisse en dedans et la peau qui les recouvre en dehors, un grand nombre de follicules du tissu cellulaire spongieux, des réseaux vasculaires, des lacis nerveux du tissu adipeux, ainsi qu'une grande quantité de faisceaux fibreux et blanchâtres qui adhèrent aux parties voisines et aux fibres charnues qui constituent le muscle constricteur de la vulve.

Les grandes lèvres sont plus développées chez les petites filles que dans un âge plus avancé; tandis que, chez les vieilles femmes, elles se flétrissent, se rident et s'effacent plus ou moins.

Les petites lèvres ou nymphes sont deux replis membraneux allongés, érectiles, aplatis transversalement; ils naissent de chaque côté du clitoris et se portent en arrière pour se terminer insensiblement sur les parties latérales de l'orifice du vagin. Elles correspondent en dehors à la surface interne des grandes lèvres, en dedans, au vestibule, à l'orifice de l'urètre et à celui du vagin. Leur épaisseur est plus grande à la partie moyenne qu'aux extrémités.

Dans l'état le plus ordinaire, les petites lèvres ne dépassent pas le bord des grandes chez les jeunes filles après la puberté; car, dans l'enfance, elles sont beaucoup plus développées que les grandes lèvres. La longueur des petites et des grandes lèvres peut devenir considérable. Elle est telle, dit-on, chez les Hottentots, qu'elle constitue une espèce de tablier qui souvent descend plus bas que les genoux.

Les petites lèvres sont formées par un repli muqueux,

mince et rougeâtre, qui renferme entre ses deux feuillets un tissu spongieux et érectile, analogue à celui du gland et du clitoris, que Meckel croit pouvoir regarder comme la continuation de ce dernier organe.

§ IV. *Du méat urinaire. Situation et organisation.*

L'orifice de l'urètre nommé *méat urinaire*, se trouve situé à la partie inférieure du vestibule, au dessus de l'ouverture du vagin, et à une distance à peu près égale des commissures antérieures et postérieures des grandes lèvres. Cet orifice est irrégulièrement arrondi et entouré d'un bourrelet muqueux, saillant en arrière. Il est plus étroit que le canal de l'urètre; sa longueur est de deux à trois centimètres. Ce conduit, plus large et plus dilaté que celui de l'homme, s'ouvre dans la vessie par un évasement assez marqué, et se dirige obliquement en bas en décrivant une légère courbure dont la cavité est tournée en haut et en avant.

Les parties latérales et postérieures de ce canal sont embrassées par le vagin, et l'antérieure avoisine le ligament inférieur de la vessie, la symphyse des pubis et le corps du clitoris. Il est tapissé par une membrane muqueuse, rougeâtre, qui forme des plis longitudinaux, en présentant des lacunes muqueuses dont les plus larges sont près de son orifice externe. Le développement considérable, dans certains cas, du méat urinaire, peut devenir un obstacle à l'application du pessaire.

DEUXIÈME SECTION.

DÉPLACEMENTS ET MALADIES DE LA MATRICE.

Cette section est entièrement consacrée à l'exposé des divers déplacements et maladies de la matrice, et au traite-

ment qu'il convient d'employer pour replacer cet organe dans sa situation normale, et combattre les affections morbides dont il est le siège.

§ V. *Influence de l'utérus sur la santé de la femme aux différentes époques de sa vie.*

Comme l'a observé judicieusement le docteur Bégin, l'utérus est, chez le plus grand nombre de femmes, depuis la puberté jusqu'à l'époque où disparaissent les règles, un organe prédominant, un centre actif de sympathie qui participe à presque toutes les impressions morales, les exalte ou les modifie (1).

Malgré les nombreux liens qui fixent l'utérus dans le bassin, cet organe n'en jouit pas moins d'une certaine mobilité et de situation variable dans certaines limites indispensables à l'accomplissement de ses fonctions. Quand des variations très prononcées dans la direction de l'élévation et particulièrement d'abaissement de cet organe se produisent d'une manière permanente, il en résulte des incommodités graves qui finissent par jeter un trouble tel dans toutes les fonctions de l'économie que le sujet doit être considéré sous une influence morbide grave et fâcheuse qui nuit à l'accomplissement de la gestation, la plus majeure et la plus importante de ses fonctions.

L'utérus chez la jeune fille avant l'âge de puberté, peu développé, ne semble jouer aucun rôle dans son économie. La différence des deux sexes est tellement insensible dans les premières années de la vie que les maladies des petites filles et celles des petits garçons sont à peu près les mêmes jusqu'à l'âge de la puberté.

En suivant la carrière que doit parcourir l'individu du sexe féminin, on remarque longtemps avant la puberté qu'un trouble général s'empare de la jeune fille et déter-

(1) *Traité de thérapeutique*, in-8., t. I, p. 55. Paris, 1825.

mine même des désordres souvent assez graves dans les fonctions de son économie.

Cette enfant, naguère vive et enjouée, se livrant indistinctement avec les petits garçons ou les petites filles de son âge, aux jeux et amusements de l'enfance, devient triste et rêveuse; la fraîcheur de son teint s'altère, sa voix flûtée devient tout à coup rauque, une sombre mélancolie et des envies fréquentes de pleurer la portent à chercher la solitude. Bientôt son appétit diminue, et alors son estomac, par suite de caprices inexplicables, dirige ses goûts sur des substances peu alimentaires et quelquefois extrêmement funestes à son économie. (Nous n'entreprendrons pas de décrire la série des désordres qui ont lieu à cette époque de la vie, sous les rapports d'alimentation, les regardant comme étrangers au sujet qui doit nous occuper.) A peine les jeunes filles éprouvent-elles les premiers effets de la menstruation, que déjà l'utérus a acquis un certain développement. On s'en étonnera d'autant moins que les physiologistes admettent que dans l'état de civilisation, aussitôt que la femme est réglée, elle est propre à accomplir les fonctions de la génération.

Dans les climats tempérés tels que la France, la femme est assujettie à l'influence de l'utérus pendant à peu près trente à trente-cinq ans. C'est durant cet espace de temps que les individus de ce sexe sont le plus exposés aux prolapsus et phlegmasies de l'utérus.

Quant aux affections d'un caractère plus grave dont cet organe est quelquefois le siége, c'est après la cessation des règles, époque appelée temps critique, qu'elles se développent le plus ordinairement. Il semblerait que les effets périodiques de la menstruation suspendent et retardent les affections morbides.

Sur 156 femmes affectées de prolapsus utérins, il s'en est rencontré 7 de seize à vingt ans; 21 de vingt-un à vingt-cinq; 38 de vingt-six à trente; 32 de trente-un à trente-cinq; 25 de trente-sept à quarante; 14 de quarante-un à qua-

rante-cinq; 9 de quarante-six à cinquante, et de cinquante-un à soixante-treize également 9. Le chiffre le plus élevé des prolapsus utérins se trouve être de vingt-six à trente ans. C'est à la vérité dans cette période unie à celle qui la suit, c'est à dire de vingt-six à trente-cinq ans, que les femmes sont le plus exposées aux grandes fatigues, aux grossesses, aux accouchements et surtout à l'influence des diverses passions et affections de l'ame (1).

§ VI. *Des déplacements de la matrice.*

Les changments de situation de l'utérus sont des affections fréquentes et très variées. Les plus importants de ces déplacements ont reçu les noms d'hystérocèle, d'hystéroloxie et d'hystéroptose.

Hystérocèle. — Sous cette dénomination on comprend toutes les hernies de la matrice à travers les ouvertures naturelles du bas ventre. Comme nous ne pourrions que répéter ici ce que nous avons dit sur ce déplacement dans le précédent chapitre, nous y renverrons nos lecteurs (2).

Hystéroloxie. — Ce nom a été donné aux déviations et inclinaisons de la matrice, tant dans l'état de vacuité que dans l'état de grossesse.

Les déplacements antérieurs et postérieurs de l'utérus ont reçu les noms particuliers d'antéversion et de rétroversion. Ces renversements présentent divers degrés qui diffèrent les uns des autres suivant que le fond de l'organe se trouve plus ou moins supérieur au col ou que ses deux parties se trouvent placées sur la même ligne. Chez certains sujets, en petit nombre à la vérité, le déplacement a lieu instantanément; chez d'autres, et c'est la grande majorité, il ne s'opère que lentement et par gradation facile à suivre. Dans le premier cas les accidents se manifestent

(1) *Voyez* le premier tableau statistique, 2e section.
(2) *Voyez* la 2e section du chap. Ier.

souvent avec violence et presque toujours il résulte de causes accidentelles. Dans le second cas la maladie s'annonce par des incommodités plus ou moins gênantes, parfois tellement obscures et inappréciables que les malades n'y font presque pas attention. Et pourtant les symptômes réellement graves marchent avec lenteur vers leur plus grande intensité.

Les circonstances qui disposent aux déplacements antérieurs et postérieurs de l'utérus sont la laxité de ses attaches, l'applatissement entéro-postérieur de cet organe, ainsi que la mobilité et la mollesse des organes voisins de la matrice. A ces différentes causes il faut encore ajouter la largeur du bassin, la saillie trop prononcée des vertèbres lombaires, l'amaigrissement considérable, surtout instantanée, la présence de polypes ou de tumeurs squirrheuses à la surface de l'utérus.

Aussitôt que le déplacement de la matrice a commencé, les viscères abdominaux agissent mécaniquement sur l'une de ses surfaces ; le corps de l'organe s'abaisse d'abord, puis finit par prendre une position horizontale. Le mouvement de bascule qu'éprouve l'utérus, force son col à s'élever du côté opposé et l'organe se trouve engagé d'avant en arrière entre la vessie et le rectum. Le mécanisme qui produit ces accidents a, comme on le voit, la plus grande analogie avec celui qui donne lieu à l'apparition des hernies résultant d'une cause violente et accidentelle.

Les accidents qui se manifestent à la suite de l'antéversion ou de la rétroversion sont d'ordinaire des plus graves, à moins que le déplacement n'ait pas été porté très loin. Dans ce dernier cas la malade n'éprouve qu'un sentiment supportable de gêne et de pesanteur dans le bassin, de légers tiraillements aux aines et aux cuisses. L'expulsion des matières fécales et de l'urine continue d'avoir lieu, d'une manière à la vérité un peu plus difficile qu'avant l'accident sans que pourtant ses fonctions éprouvent de trouble réel.

Quel que soit le degré de la maladie qui nous occupe, le

toucher est le seul moyen de bien faire apprécier la gravité des désordres qui existent; assez ordinairement, le doigt porté dans le vagin rencontre à peu près à son orifice une tumeur remplissant plus ou moins la cavité pelvienne.

Dans l'antéversion c'est sa face antérieure que présente la matrice. Le corps de cet organe se trouve alors porté en arrière et la paroi vaginale fortement tendue, tandis que la paroi opposée du canal vaginal est lâche et infiltrée. La main opposée à celle qui touche fortement appuyée au dessus de la symphyse pubienne, la malade étant placée dans une position où les muscles abdominaux puissent éprouver le plus grand relâchement possible, parvient quelquefois à rencontrer une tumeur solide due au corps et au fond de l'utérus.

Dans la rétroversion, les situations que nous venons de décrire sont en sens inverse de l'antéversion; c'est pourquoi la face postérieure de la matrice s'offre d'abord au toucher, et la paroi correspondante du vagin est relâchée, tandis que la paroi antérieure de ce canal, offre une tension d'autant plus grande que le déplacement se trouve plus prononcé.

On ne peut apporter trop d'attention à l'exploration par le vagin et par l'intestin rectum, quand il s'agit des déplacements qui nous occupent, afin d'éviter de fâcheuses méprises; car on a vu les praticiens les plus en réputation méconnaître des déviations de la matrice, ou prendre pour des lésions de cet organe des tumeurs anormales développées dans le bassin.

Le traitement des antéversions ainsi que des rétroversions de l'utérus consiste à replacer l'organe dans sa situation normale, à l'y maintenir au moyen d'un pessaire convenablement disposé. La malade gardera le lit pendant un temps plus ou moins long. La position horizontale de la femme ne peut trop être le sujet des méditations du médecin, car il est des cas où elle devra rester couchée sur le dos, et d'autres sur le ventre.

Avant d'entreprendre la réduction de la matrice, il convient d'évacuer les matières fécales qui pourraient être accumulées dans le rectum, ainsi que l'urine dans la vessie. Cette dernière opération doit se faire au moyen d'une sonde en gomme élastique.

Si après la réduction de l'utérus le pouls était élevé, et que la malade éprouvât de la chaleur dans le vagin, avec douleur et colique dans le bas-ventre, il faudrait de suite faire une application de sangsues aux organes de la génération, ainsi que des fomentations émollientes et narcotiques sur le bas-ventre. Des injections de même nature doivent être portées dans le vagin. Tout moyen mécanique ne doit être employé qu'après la cessation des accidents dont nous venons de parler.

Nous avons passé sous silence tout ce qui a rapport aux antéversions et rétroversions de la matrice, lorsque cet organe se trouve contenir le produit de la conception. Les accidents qui se déclarent dans cet état de l'utérus appartiennent au domaine des accouchements et ressortent de nos attributions. Il en est de même des obliquités de matrice, car ces déplacements ne peuvent avoir lieu qu'après plusieurs mois de grossesse.

Hystéroptose. — On désigne par ce nom deux maladies distinctes en apparence, et qui pourtant ont entre elles la plus grande analogie. La première est le déplacement de la matrice par suite du relâchement de ses ligaments. Sabatier (1) et d'autres praticiens distingués ont appelé cette maladie chute de matrice, accident par eux divisé en trois degrés, savoir : relâchement, descente et précipitation. La deuxième maladie n'est autre chose que le renversement du fond de l'utérus à travers son col, accident qui n'a lieu qu'à la suite de la distension du corps de la matrice résultant de la grossesse ou de toute autre cause susceptible de développer cet organe.

(1) Voyez *Médecine opératoire* de Sabatier, édition de Sanson et Bégin, in-8°, Paris, 1824, t. III, p. 64.

Pour le sujet qui nous occupe, l'hystéroptose sera regardée comme synonyme de prolapsus utérin. Quoiqu'il soit très difficile d'établir des divisions exactes entre les divers degrés du prolapsus utérin, nous n'en croyons pas moins convenable de conserver la division de cette maladie en trois temps différents, puisque chacun d'eux se rapporte à une situation bien différente de la matrice par rapport au canal vaginal.

Noms nouveaux proposés par l'auteur de ce mémoire pour les trois degrés de prolapsus utérin. — Le langage chirurgical, en ce qui concerne les divers déplacements de la matrice connus sous le nom de prolapsus est-il bien exact ? nous ne le croyons pas, et c'est pourquoi nous désirons lui en substituer un autre, qui, pour nous, a l'avantage d'être plus clair et plus précis ; c'est pourquoi nous appellerons abaissement simple ou utéro-vaginal le premier degré du déplacement de l'organe utérin, abaissement compliqué ou utéro-sacro-vaginal le deuxième degré, et abaissement complet ou utéro-vulvo-vaginal le troisième degré.

Abaissement simple, premier degré du prolapsus. — Dans cette situation, la matrice se trouve descendue vers le bas de l'excavation pelvienne ; son déplacement n'a eu lieu qu'en raccourcissant le vagin et l'élargissant à sa partie la plus élevée, de manière à pouvoir s'y loger ; alors l'utérus refoule plus ou moins en avant les parois du canal vaginal.

Dans cette situation, la matrice a conservé son état normal, mais le plus ordinairement son col, en s'appuyant sur le périnée, se tuméfie, s'infiltre de manière à offrir un volume quelquefois considérable. Il faut bien se garder de prendre ce gonflement du col pour un commencement de maladie, car il n'est que le résultat mécanique causé par le poids du corps de l'utérus et la compression des viscères abdominaux, dont la descente dans le petit bassin a lieu en suivant l'abaissement du fond de la

matrice, qui, à l'état normal, leur offre un point d'appui; d'ordinaire cet état du col utérin cesse de lui-même après quelque temps de l'usage du pessaire. Cet instrument, en relevant la matrice, fait qu'elle ne porte plus sur le périnée.

La réduction de l'organe utérin dans ce déplacement a lieu de bas en haut. Le doigt du praticien qui l'opère passera légèrement sous le col de cet organe pour aller postérieurement se placer sous son corps. Cette manœuvre est d'autant plus importante que, si la pression du doigt avait lieu sur le col de la matrice, il pourrait augmenter son état pathologique et même faire éprouver de la douleur à la malade.

Abaissement compliqué. Deuxième degré du prolapsus. — Ce déplacement de la matrice n'est pour nous que la continuation de celui que nous venons de décrire. Il est évident que cet organe, dans la situation que nous lui avons assignée à l'abaissement simple, ne peut continuer son mouvement de déplacement sans agir d'arrière en avant. Dans cette situation, la totalité de la matrice se trouve reposer sur la face interne du périnée, dans le trajet de l'espace coccy-périnéal. Le vagin est quelquefois tellement rempli par cet organe, que le méat urinaire, fortement tuméfié, se trouve poussé en avant de manière à offrir une saillie assez prononcée en dehors de la vulve.

Pour opérer la réduction de la matrice, lorsqu'elle a pris la situation que nous venons d'indiquer, il faut exécuter les mouvements, d'abord d'avant en arrière, puis de bas en haut. L'opération est d'autant plus facile que le col se trouve presque toujours à son état normal.

Abaissement complet ou *troisième degré du prolapsus.* — La matrice, après avoir parcouru successivement les diverses situations où nous l'avons vu précédemment, vient franchir la vulve. Le vagin, en se renversant, accompagne l'utérus qui, alors, descend plus ou moins bas entre les cuisses de la malade. Par suite du renversement du canal vaginal, la membrane muqueuse, devenue externe, se

dessèche et s'épaissit. Ce changement d'état est dû à l'irritation qu'elle éprouve du frottement continuel de la chemise de la malade sur elle. Cette membrane finit même par prendre tous les caractères du tissu cutané.

La tumeur qui résulte de l'allongement du vagin en dehors de la vulve, est plus ou moins grosse. Elle offre une espèce de poche susceptible d'admettre, séparément ou réunis, divers viscères abdominaux, dont les principaux sont les ovaires et les autres annexes de l'organe de la reproduction, l'épiploon, l'intestin, le mésentère, la vessie, etc.

Malgré le volume et l'ancienneté des tumeurs dues à l'abaissement complet de l'utérus, on peut en obtenir la réduction (1). Mais, avant de l'entreprendre, il faut s'occuper de rendre à la paroi vaginale, au moyen de bains et cataplasmes émollients, sa souplesse primitive. Le lit sera gardé par la malade pendant tout le temps de ce traitement préparatoire. Une diète assez sévère sera observée, des lavements émollients seront administrés matin et soir, afin de débarrasser les gros intestins des matières qu'ils pourraient contenir. En cas que les urines s'échappent difficilement, on débarrassera plusieurs fois par jour la vessie de ce liquide, au moyen d'une sonde d'argent ou de gomme élastique.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer sur la situation particulière à chacun des trois degrés du prolapsus utérin, nous semblent devoir suffire pour faire adopter nos nouvelles dénominations en remplacement de celles des anciens.

Que signifie à la vérité le mot *relâchement* pour le premier degré? Ne serait-on pas tenté de croire que c'est la matrice elle-même qui éprouve des effets de distension dans son propre tissu, tandis que ce changement de situation, qui a eu lieu sans altérer sa forme normale, n'est

(1) 134e observation, 12e section, chap. III.

dû qu'au relâchement des divers ligaments que lui fournit le péritoine pour la maintenir au fond du vagin, dans un état plus ou moins complet de suspension.

La dénomination de *descente* pour le second degré n'est pas plus heureuse que celle dont nous venons de parler. Il est à la connaissance de tous les chirurgiens qui ont touché des femmes affectées de prolapsus au deuxième degré, que l'organe ne pouvant plus descendre pour continuer son mouvement de déplacement, est obligé de changer sa direction et de parcourir une ligne horizontale en se dirigeant d'arrière en avant, parallèle au périnée, sur lequel il se couche en glissant légèrement d'une manière plus ou moins complète.

Quant au troisième degré ou *chute*, il est encore moins approprié à la situation de la matrice que les deux autres. Ne semblerait-il pas que la matrice se détache et tombe, tandis que cet organe ne fait qu'accomplir son système de déplacement de haut en bas en franchissant la vulve, lequel n'a été modifié un moment que par la situation du périnée.

La matrice est susceptible de beaucoup d'autres déplacements dont les principaux, comme nous avons déjà dit, ont reçu le nom d'*obliquité droite*, d'*obliquité gauche*, d'*antéversion* et de *rétroversion*. Les calculs que nous allons produire ne se rapportent qu'aux trois degrés de prolapsus dont nous avons parlé précédemment.

Sur le chiffre de cent cinquante-six prolapsus utérins, observés avec la plus scrupuleuse attention, il s'en trouve pour le premier degré, abaissement simple, soixante-dix-sept; deuxième degré, abaissement compliqué, soixante-deux; et, troisième degré, abaissement complet, dix-sept.

En réunissant les prolapsus du premier et du second degré, qui quelquefois sont assez difficiles à distinguer l'un de l'autre, et en les comparant à ceux du troisième degré, on verra que ces derniers, beaucoup plus fâcheux

que les autres, n'ont eu lieu que dans la proportion d'un à huit (1).

§ VII. *Des causes générales et particulières des déplacements de la matrice.*

La laxité des replis de la membrane péritonéale qui, comme nous l'avons dit précédemment, constituent les ligaments de l'utérus, jointe à la disposition du vagin, qui est à peu près libre dans sa partie supérieure, fait que la matrice jouit dans le bassin d'une grande mobilité. Elle peut donc par conséquent changer de position toutes les fois qu'elle y est sollicitée par une cause susceptible de produire sur elle soit une action mécanique, soit une augmentation quelconque dans son volume et son poids.

Les déplacements de la matrice ainsi que les hernies sont primitifs ou secondaires. Chacun de ces deux états réclame un traitement particulier que nous indiquerons plus tard; mais pour le présent, il nous suffira de dire que leur division en deux classes est chose indispensable.

Dans la première nous comprendrons les prolapsus dans lesquels le déplacement de la matrice sera la suite du relâchement accidentel de ses enveloppes péritonéales des ligaments larges et ronds que lui fournit cette membrane, afin de la maintenir dans sa situation normale et de la paroi vaginale qui lui est étroitement unie.

La deuxième classe sera consacrée aux prolapsus résultant des nombreuses affections pathologiques auxquelles sont exposés la matrice et les ovaires, et dont les effets morbides détermineraient une augmentation sensible dans le poids et le volume de ces organes. Nous ajouterons à ces causes les phlegmasies susceptibles d'imprimer à la matrice ou aux ovaires des mouvements plus ou moins brusques, plus ou moins prononcés.

La fréquence des prolapsus de la première classe est de

(1) *Voyez* le 2e tableau statistique de la 2e série du présent chapitre.

beaucoup plus grande que ceux de la seconde, puisque sur cent cinquante-six que nous avons notés, le chiffre des premiers s'est élevé à cent vingt-neuf, tandis que celui des seconds n'a pas dépassé vingt-sept. La proportion de la première à la seconde se trouve donc à peu près établie comme de cinq à un (1).

Cet ordre de classement aura pour avantage d'éviter une infinité d'erreurs pratiques également fâcheuses pour le médecin et pour les malades.

Les causes susceptibles de produire le prolapsus utérin de la première et de la deuxième classe, sont nombreuses et variées; cependant il s'en rencontre de plus fréquentes les unes que les autres. Voici la manière dont se distribuent celles auxquelles on doit rapporter les cent cinquante-six prolapsus que nous avons examinés : suite de couches, soixante-neuf; de fausses-couches, dix-huit; de couches terminées par l'application du forceps, quatorze; de traction inconsidérée sur le cordon ombilical pour attirer le placenta après l'accouchement, trois; de maladies ayant déterminé une extrême faiblesse suivie de convalescence plus ou moins longue, dix-huit; de fatigues, seize; d'efforts, neuf; de chutes en portant un fardeau, neuf. En réunissant les quatre premiers chiffres on aura pour prolapsus déterminé par l'accouchement, soit à terme, soit à une époque plus ou moins avancée de la grossesse, le chiffre énorme de cent quatre : ce qui établit pour ces causes la proportion d'à peu près des deux tiers dans la formation de ces infirmités (2).

Après avoir groupé à des centres communs un certain nombre des causes nombreuses qui prédisposent aux déplacements de l'utérus, soit d'une manière lente ou instantanée, il convient d'indiquer celles qui se rattachent le plus particulièrement à chacune des deux classes que nous avons formées.

(1) *Voyez* le 2e tableau statistique, 2e série du présent chapitre.

(2) *Voyez* le 3e tableau statistique, 2e série du présent chapitre.

Pour la première classe nous trouvons les grossesses trop rapprochées, surtout celles qui sont accompagnées de vomissements soutenus pendant plusieurs mois ou même qui durent tout le temps de la gestation. La grossesse, dans un âge très tendre où la femme n'a pas encore acquis toute la force physique que la nature lui destine (1); la grossesse qui, par un travail trop longtemps soutenu épuise les forces de la femme en couches ou donne lieu à des convulsions, la terminaison de l'accouchement par le forceps avec déchirure du périnée (2); les tractions inconsidérées sur le cordon ombilical dans l'intention de provoquer la sortie du placenta avant qu'il soit détaché de la surface interne de l'utérus (3).

L'accouchement qui a lieu la femme étant debout ou à genoux, comme c'est l'usage en Espagne ; l'expulsion immédiate du placenta aussitôt la naissance de l'enfant.

Les opérations chirurgicales telles que celles de la symphyséotomie, la césarienne et la taille par le haut appareil ; l'empressement de quelques femmes de se lever au bout de deux ou trois jours après être accouchées et de se livrer à des occupations fatigantes avant que la matrice, en se dégorgeant, ait pu revenir sur elle-même de manière à reprendre à peu près sa situation normale et son volume primitif (4);

Le défaut de la femme nouvellement accouchée de soutenir le ventre pendant plusieurs mois après la parturition, par une bande de toile ou ceinture ventrière ; l'usage d'un corset trop serré, surtout si on a l'imprudence de le porter après les trois ou quatre premiers mois de la grossesse (5); le relâchement des parois du bas-ventre résultant ou du développement de la grossesse, d'une hydropisie abdomi-

(1) 121e observation, 12e section, chap. III.
(2) 124e observation, *id.*
(3) 129e observation, *id.*
(4) 128e observation, *id.*
(5) 115e et 137e observations, *id.*

nale ou d'un embonpoint extrême, ainsi que d'une tumeur anormale dans le bas-ventre; les vomissements produits par l'emploi des purgatifs violents (1), l'indigestion ou même le mal dit de mer, auquel sont exposés les navigateurs (2). Une convalescence longue et pénible à la suite d'une maladie grave qui aurait déterminé un amaigrissement sensible avec mollesse de la paroi abdominale (3); la constipation opiniâtre donnant lieu à de grandes contractions des fibres musculaires pour déterminer l'expulsion des matières stercorales. L'habitude de retenir ses urines au point que le liquide, en s'accumulant dans la vessie, puisse la distendre d'une manière prodigieuse; le déplacement de cet organe latéralement et en arrière, les coups reçus sur le bas-ventre, les chutes sur les fesses, les pieds; celles sur les genoux le corps fléchi en arrière les bras élevés et soutenant un fardeau (4).

Les affections morales vives et soutenues, la colère, les convulsions nerveuses (5), les cris, le chant (6), la déclamation, la danse, l'équitation, l'usage des bains à une température très élevée. Les exercices violents, les efforts de toute nature, le port de fardeaux sur le ventre, le poids des tumeurs développées dans le bas-ventre et même dans les autres régions de l'abdomen, les secousses violentes ou répétées, la toux habituelle, les irritations du gros intestin, l'abus des purgatifs, la station debout prolongée, etc.

Les femmes des marchés qui portent devant elles, en parcourant les rues, une espèce de claie appelée éventaire chargé de poissons, de fruits ou de légumes, dont le poids plus ou moins considérable les oblige en marchant à fléchir fortement la colonne vertébrale en arrière pour ne pas

(1) 136e observation, 12e section, chap. III.
(2) 119e observation, *id.*
(3) 126e observation, *id.*
(4) 122e observation, *id.*
(5) 118e observation, *id.*
(6) 138e observation, *id.*

tomber en avant, ainsi que les domestiques qui frottent en écartant les jambes (1), sont d'autant plus exposées à cette infirmité que chez elles les hanches sont plus saillantes, caractère qui indique des dimensions plus qu'ordinaires de leur bassin.

La deuxième classe de déplacement est assez ordinairement le résultat de la majeure partie des causes dont nous venons de parler, auxquelles il faut ajouter les fausses couches (2), le développement anormal de la matrice qui résulte de l'hydropisie de cet organe, d'accumulation de sang ou d'air dans les cavités, la présence d'un polype, d'un calcul, d'un squirrhe, de tumeurs cancéreuses, l'écoulement blennorrhagique à mauvais caractère, soit de la matrice, soit du vagin (3), le coït exercé durant l'écoulement des règles ou bien peu de temps après l'accouchement, la masturbation, l'abus des excitants, les injections irritantes, les chagrins, la fatigue, le refroidissement habituel des membres inférieurs, la suppression des règles par une peur ou toute autre cause de saisissement; enfin, la congestion sanguine, la phlegmasie habituelle des parois de l'utérus.

Influence des tempéraments sur la formation des prolapsus.—Il importe de noter l'influence des tempéraments pour la production des prolapsus utérins. Sur cent cinquante-six femmes, cinquante se sont trouvées sous la prédominance du système lymphatique, quarante-sept étaient nerveuses, quarante-trois nerveuses et sanguines, six nerveuses lymphatiques, quatre sans prédominance sensible, trois rachitiques, deux sanguines, une scrofuleuse. En réunissant les sujets à tempérament nerveux et lymphatique à ceux d'une constitution purement lymphatique, on aura le chiffre cinquante-six; en ne formant également qu'une seule section des sujets à tempérament nerveux-

(1) 116e observation, 12e section, chap. III.
(2) 136e observation, *id.*
(3) 148e observation, *id.*

sanguin et nerveux proprement dit, celui de quatre-vingt-dix. Il résulte de la comparaison entre ces deux classes que les sujets de la première sont à ceux de la dernière comme un à un et demi (1).

Professions des femmes affectées de prolapsus. — Après les tempéraments nous croyons devoir placer les professions, qui, trop souvent, agissent comme cause prédisposante des déplacements de la matrice. Nous trouvons, sur cent cinquante-six sujets, cinquante-huit sans profession particulière vivant de leurs rentes, trente-deux marchandes, trente domestiques, douze fermières ou jardinières, onze blanchisseuses ou repasseuses, sept artistes chantantes attachées au théâtre, six ouvrières travaillant assises à l'aiguille (2).

Les sept divisions que nous venons d'offrir comme se rapportant aux occupations journalières des sujets affectés de prolapsus utérins, peuvent se réduire à deux classes, dont la première se composerait des propriétaires et rentières, marchandes et cantatrices; la deuxième des quatre diverses autres professions plus ou moins susceptibles de donner lieu à des efforts violents par suite des fonctions habituelles auxquelles sont exposés les individus qui la composent.

Le chiffre de la première classe s'élève à quatre-vingt-dix-sept, et celui de la deuxième à cinquante-neuf. Il résulte de la comparaison de ces deux classes que la première est à la seconde comme un deux tiers à un.

L'observation importante qui ressort de la comparaison que nous venons de faire est que les personnes qui depuis leur plus tendre enfance ont contracté l'habitude des fatigues de toute nature, se trouvent moins exposées aux déplacements de la matrice que celles des classes aisées de la société.

Abaissement de la matrice déterminé par les effets de

(1) *Voyez* le 4e tableau statistique, 2e série du présent chapitre.
(2) *Voyez* le 5e tableau statistique, 2e série du présent chapitre.

la conception. — Chez des femmes éminemment nerveuses le coït a plus d'une fois porté l'action vitale de l'organe de la reproduction à un tel degré d'intensité et d'irritation, que la matrice soit entrée dans un état d'orgasme et de turgescence capable de donner lieu à sa précipitation à travers le vagin jusqu'à la vulve. Nous avons été deux fois à même d'apprécier de semblables phénomènes chez des jeunes filles de quatorze à seize ans déflorées avec violence et contre leur volonté. Ces malheureuses, en perdant leur virginité, devinrent enceintes et éprouvèrent en même temps un abaissement compliqué de l'utérus, accompagné de douleurs vives et lancinantes qui cédèrent, au bout de quelques jours, au repos et à l'application de cataplasmes émollients (1). On conçoit combien il eût été fâcheux, dans de semblables cas, de placer un pessaire, car la présence de cet instrument eût évidemment exaspéré les accidents et rendu plus fâcheuse la situation des malades.

§ VIII. *Du toucher par le vagin comme le moyen de constater l'état de déplacement de la matrice.*

Cette opération réunit autant que possible les conditions indispensables pour faire convenablement apprécier les signes sensibles et positifs de l'affection que l'on cherche à connaître. Considéré sous ce rapport, on doit voir dans le toucher une opération manuelle dont le but est de s'assurer d'une manière exacte et précise des changements de situation qu'éprouvent les différentes parties de la matrice dans leur figure, situation et consistance. Pour le succès de cette opération il importe d'agir avec une extrême prudence, surtout quand on a de fortes présomptions sur l'existence d'une maladie de l'utérus ou du vagin.

Afin de ne pas exaspérer les douleurs que déjà la malade ressentait avant l'introduction du doigt, le chirurgien, par son industrie cherchera à modifier et à varier les

(1) 147ᵉ observation 12ᵉ section, chap. III.

actions du toucher, suivant la forme, la situation et le degré de susceptibilité des organes soumis à ce genre d'exploration.

S'agit-il de déplacement ou maladie de la matrice et du vagin, le doigt doit être porté dans ce canal et quelquefois même dans l'intestin rectum. La femme soumise au toucher sera droite et debout ou couchée. Chacune de ces deux positions réclame un mode différent dans la manière d'exécuter cette opération.

Toucher vaginal de la femme debout ou couchée. — Cette première position est, sans contredit, la plus avantageuse quand il s'agit d'un prolapsus utérin, car, dans cette situation verticale du corps, toute l'action mécanique des viscères abdominaux exerce son influence sur la matrice et le fond du vagin. Pourtant on fera bien de commencer par toucher la malade le matin, dans son lit, aussitôt après son réveil, afin de se rendre compte de la situation qu'aura prise cet organe par suite de la position horizontale du corps, soutenue pendant toute la nuit, espace de temps durant lequel la matrice aura été soustraite à la pression des viscères abdominaux.

C'est donc après ces recherches préliminaires que la malade doit se lever afin d'être touchée de nouveau. La comparaison de ces deux touchers, dans des situations si différentes, donnera au chirurgien la conscience de ce qu'il peut obtenir de l'emploi des moyens mécaniques pour la guérison du prolapsus.

S'il s'agit d'une maladie organique de l'utérus ou même du vagin, le toucher couché est le seul que l'on doive exécuter, car les parties de la femme sur lesquelles on a l'intention d'exercer cette opération se trouvent dans leur situation naturelle, et rien ne peut dérober à la connaissance du doigt qui les explore le caractère de la maladie. La situation horizontale offre encore l'avantage de faire souffrir le moins possible la personne soumise aux recherches du chirurgien.

Lorsqu'il s'agira du toucher, la femme étant debout,

on la fera s'appuyer contre le mur de sa chambre à coucher, en lui recommandant d'écarter les membres abdominaux en raison de l'embonpoint de ses cuisses. Son corps sera légèrement fléchi en avant ainsi que sa tête sur sa poitrine, ses mains peuvent être ballantes le long de son corps; mais il est plus commode pour elle de les réunir croisés en avant à la hauteur de la partie moyenne de son ventre. Dans cette situation, le chirurgien, placé en face de la malade, pourra mettre un genou à terre, ce qui n'est pas d'urgence, comme quand on exerce le toucher dans le but d'apprécier l'époque d'une grossesse, mais qu'il convient de faire par déférence. Peu importe lequel des deux genoux qui sera fléchi, pourtant il est préférable que ce soit celui opposé à la main du doigt chargé de toucher.

Le chirurgien, en passant sa main sous les vêtements de la femme, aura soin de les soulever le moins possible et après avoir taillé l'ongle du doigt indicateur, il l'enduira d'un corps gras, tel que le beurre, l'huile, la graisse où le cérat (nous préférons ce dernier aux trois autres substances indiquées); après quoi, pour l'introduire dans le vagin par la commissure postérieure, sans exposer la femme à des attouchements qui pourraient la contrarier, il portera son doigt d'abord entre les cuisses, un peu au dessous du périnée pour, ensuite, le diriger de bas en haut, en l'appuyant sur cette voûte, et alors, par un léger mouvement, le doigt sera retiré en avant jusqu'à la commissure postérieure pour, après, être poussé de bas en haut, d'avant en arrière, de manière à ce qu'il puisse pénétrer dans le vagin, en passant sous le méat urinaire, jusqu'à ce qu'il rencontre le col de l'utérus, dont il examinera la situation et les caractères morbides s'il en existe.

L'extrémité du doigt occupant le vagin sera successivement portée sur le museau de tanche, puis promenée circulairement à l'entour du col de la matrice, afin de s'assurer de l'état de cet organe, tant postérieurement qu'antérieurement.

Comme dans le prolapsus du premier et du second degré, il importe de bien connaître l'état de laxité du vagin, ainsi que le relâchement des ligaments de l'utérus. Cet organe devra être soulevé par le doigt explorateur, d'abord d'avant en arrière, s'il existe un abaissement compliqué, puis de bas en haut.

Toucher de la femme couchée. — Le toucher pratiqué dans cette situation de la malade, offre quelque différence entre celui que nous venons de décrire, par suite de la position horizontale. La tête doit être légèrement fléchie sur la poitrine, et le bassin soulevé par un ou plusieurs oreillers, de manière à être plus élevé que le ventre. Les membres abdominaux seront écartés les uns des autres et fléchis, savoir, les cuisses sur le ventre, et les jambes sur les cuisses.

Le chirurgien se placera au côté droit du lit de la femme, s'il touche de la main droite et au côté opposé, dans le cas où il emploierait l'autre main. Après avoir soulevé légèrement les couvertures, il passera sa main sous la chemise et introduira son doigt indicateur dans l'intérieur du vagin, en observant les précautions que précédemment nous avons indiquées pour le toucher debout (1).

On doit s'habituer à toucher également avec la main droite ou avec la main gauche, car, indépendamment qu'il peut arriver d'avoir mal à l'une des deux mains, il serait ridicule qu'appelé pour toucher une femme dont la position du lit ne lui permettrait pas d'employer sa main de prédilection, on fût obligé de faire placer la malade la tête aux pieds de son lit.

Ce n'est souvent qu'à la suite d'explorations fréquentes et répétées à différentes époques de la journée, qu'il est

(1) Pour la situation du chirurgien par rapport à la femme, dans le toucher debout ou couchée, on peut voir les planches 29 et 30 de l'ouvrage de Maygrier, intitulé : *Nouvelles démonstrations d'accouchement*, avec planches. Béchet, Paris, 1822.

possible au chirurgien de reconnaître avec précision l'état pathologique de l'utérus ou du vagin. Pour qu'il puisse établir de justes comparaisons capables de lui faire apprécier l'étendue des désordres, il faut qu'il ait présent à l'esprit l'état normal de ces organes aux différents âges de la vie de la femme. C'est pourquoi on doit, autant que possible, multiplier ces touchers sur des femmes jeunes et vieilles, et dans des conditions de santé variées à l'infini.

Ce n'est qu'après s'être exercé longtemps à ce genre d'opération manuelle que l'on peut réellement espérer de se rendre le toucher facile et instructif pour soi-même, et peu désagréable pour la femme sur laquelle on l'exécute. Cette opération, facile en apparence, a plus d'une fois trompé des médecins distingués qui l'avaient exécutée avec légèreté ou qui n'avaient pas acquis, dans le temps de leurs études médicales, les connaissances nécessaires au mécanisme de cette opération, en fréquentant les amphithéâtres d'accouchements. Les hommes, en général, exercent mieux cette opération que les femmes (1), et pourtant, par une espèce de pudeur mal raisonnée de la part des malades, les sages-femmes, même à Paris, sont assez ordinairement appelées de préférence aux médecins et aux chirurgiens, quand il s'agit de déplacement ou de maladie de la matrice.

Sans prétendre discréditer la profession honorable de sage-femme, nous dirons qu'il est fâcheux que sur un nombre aussi grand que celui de celles qui exercent à Paris, il soit si rare d'en rencontrer du mérite des Boivin,

(1) Nous avons vu plusieurs fois les femmes qui se rendent aux cours d'accouchements pour se soumettre au toucher des élèves des deux sexes qui les suivent, se plaindre beaucoup plus du toucher des élèves sages-femmes que de celui des élèves en médecine. Cette différence paraîtra étonnante sans doute, car on sait que la main de la femme est disposée d'une manière plus convenable pour cette opération que celle de l'homme. La seule raison que nous puissions donner de cette différence est le défaut de connaissances anatomiques des jeunes filles qui d'ordinaire fréquentent les cours d'accouchements.

Charrier, Coutanceau, Lachapelle, Legrand, etc. Ce qui justifie notre assertion, ce sont les reproches que M. Orfila, doyen de la faculté de médecine de Paris, a cru devoir adresser aux élèves sages-femmes lors de la distribution publique et annuelle des prix à l'hôpital d'instruction de la Maternité en juin 1837 (1). « Il faut le reconnaître (a dit ce grand médecin) il ne nous reste plus à lutter que contre le défaut d'instruction élémentaire des élèves envoyées par les départements. Plusieurs d'entre vous savent à peine lire et écrire, dépourvues de notions grammaticales, elles ignorent les significations des mots les plus simples, et quelque honorables que soient leurs efforts pour vaincre des difficultés dont elles sentent la portée, elles ne parviendront cependant pas à les écarter complètement. »

L'utérus sain ou malade doit être également examiné sur le cadavre pour se rendre compte de l'altération des tissus de cet organe et l'état de dégénérescence auquel ils sont susceptibles de parvenir.

Malgré le grand nombre de femmes que j'ai touchées depuis longues années, je rencontre encore souvent par cette exploration des particularités qui précédemment ne m'avaient pas frappé, et pourtant j'ai dû faire une étude toute particulière du toucher, puisque pendant plus de six ans, feu mon ami le docteur Maygrier se reposa sur moi pour la partie pratique de ses cours d'accouchement fréquentés alors par un grand nombre de chirurgiens militaires qui, à la suite du licenciement de l'armée en 1815, étaient venus à Paris pour y perfectionner leur éducation médicale (il y en avait à peu près deux cents qui suivaient les leçons de mon savant ami); plus je touchais et plus je sentais l'importance de cette opération. Mais bientôt je reconnus que le toucher des femmes enceintes, à différentes époques de la gestation, ne pouvait seul me faire acquérir la connaissance exacte des nombreuses maladies

(1) *Voyez* le *Moniteur* de cette époque.

de l'utérus qui, pour être bien appréciées, demandent une grande finesse dans le tact et beaucoup de légèreté du doigt, afin d'éviter à la malade les douleurs qu'un attouchement vif et prompt ne manquerait pas de déterminer.

Je m'adressai alors à feu M. le docteur Cullerier, médecin en chef de l'hôpital des vénériens. Ce praticien distingué accueillit ma demande avec une bienveillance extrême, ce qui me mit à même de toucher cinq à six cents femmes plus ou moins malades que renfermait à cette époque son hôpital.

Comme on doit bien le penser, le plus grand nombre d'entre elles m'offrit des ulcérations plus ou moins multipliées et à caractère plus ou moins grave. Les unes avaient borné leurs ravages à la paroi vaginale, tandis que d'autres d'une nature beaucoup plus fâcheuse, s'étaient développées au col même de l'utérus, dont elles avaient détruit une plus ou moins grande partie. Sur quelques unes de ces femmes l'action désorganisatrice s'était étendue jusqu'au propre corps de l'utérus. Dans le nombre de ces malades, il s'en rencontra cinq ou six affectées de fistule recto-vaginale, et à peu près un nombre égal de fistules urétro-vaginales. Les unes et les autres de ces fistules étaient la suite de chancres vénériens.

De semblables infirmités peuvent bien être le résultat d'autres causes que celles dont nous venons de parler, car, en 1816, nous fûmes consulté par une vicomtesse que nous adressa le docteur Regnault, laquelle avait une déchirure du périnée, de l'anus et de l'intestin rectum, dans une étendue de deux à trois travers de doigt; cette dame âgée de vingt-huit à trente ans, d'une bonne constitution, ayant un peu d'embonpoint, le bassin large et les os des hanches fortement développées, fut mariée à vingt ans, et devint mère un an après. Le travail de l'accouchement marchait assez lentement, et la tête du fœtus trouvait dans la rigidité des organes externes de la génération, un obstacle qu'elle ne pouvait vaincre. L'accoucheur, au lieu

d'attendre quelques heures, et alors la nature sans doute eût fait à elle seule les frais de cet accouchement, proposa de le terminer avec le forceps, ce qui fut malheureusement consenti par cette dame et sa famille. Soit que le forceps ne fût pas assez courbé, soit que le chirurgien s'y prît mal, à l'instant où la sortie de la tête de l'enfant eut lieu, le périnée, le sphincter de l'anus et l'intestin rectum se trouvèrent déchirés au point que les matières stercorales sortirent par le vagin, route que depuis cette époque elles ont continué à parcourir.

La malade, qui appartient à l'une des premières familles de France, était obligée, sous la restauration, de paraître quelquefois à la cour; il lui fallait alors, en raison de cette infirmité, tamponner le vagin avec des rouleaux de vieux linge. Le baron Boyer fut consulté sur la possibilité d'une opération qui, en réunissant les parties divisées, fît cesser cette infirmité. Ne présumant pas de succès, il refusa de rien entreprendre. La même proposition me fut faite et je répondis dans le même sens. Plus tard, un chirurgien distingué entreprit cette opération et ne réussit pas (1).

§ IX. *Des principaux accidents qui accompagnent les déplacements de l'utérus.*

L'abaissement de la matrice, que les auteurs anciens et modernes désignent sous le nom de prolapsus, ainsi que les hernies, est susceptible de se produire lentement ou spontanément; de causer peu de trouble dans la santé de la femme qui en est atteinte, ou bien de donner lieu à une série d'accidents assez graves pour déranger d'abord sa santé, et plus tard compromettre sa vie. Des effets si différents entre eux résultent de phénomènes qu'il importe de bien connaître : c'est pourquoi nous allons les examiner avec la plus scrupuleuse attention.

(1) Un second fait à peu près semblable s'est présenté dans ma pratique; il est consigné dans la 124e observation, 12e section, chap. III.

L'abaissement de la matrice ne peut avoir lieu sans donner lieu à l'augmentation de la cavité abdominale dans sa direction verticale, c'est à dire son grand diamètre, car, comme nous l'avons dit précédemment (1), c'est le fond de l'utérus recouvert et enveloppé par la membrane péritonéale qui sépare la cavité abdominale de celle du petit bassin.

Que, par suite du relâchement des ligaments de la matrice, cet organe vienne à s'abaisser d'une manière lente et insensible, les viscères abdominaux que soutient son fond suivront son mouvement en continuant de garder avec l'utérus les mêmes rapports qu'ils avaient avant son déplacement; d'après une semblable disposition, on conçoit qu'il ne peut résulter pour la santé de la femme chez laquelle ce fait a eu lieu que de très faibles altérations, puisque de la part des viscères, c'est moins un déplacement qu'ils ont subi que l'allongement insensible de l'épiploon, du mésentère et des parties inférieures du tube intestinal, lequel a eu lieu sans changer en rien les rapports de situation des organes déplacés. Ce fait bien établi, il est tout naturel d'admettre que les diverses fonctions de toutes les parties du tube intestinal ont dû continuer à s'exécuter avec l'ensemble et la régularité qu'elles avaient avant l'agrandissement de la cavité abdominale.

Des effets semblables à ceux dont nous venons de parler ont lieu également chez la femme qui devient enceinte sous l'influence du prolapsus, et dont la matrice continue à se développer dans cette situation anormale après la parturition. L'abord des viscères du bas-ventre dans la tumeur vaginale s'exécute en raison de la diminution lente de la matrice, résultant du dégorgement de cet organe favorisé par la contraction des divers tissus qui le composent.

Le repos dans le lit et la diète qu'observent ordinairement pendant plusieurs jours les femmes nouvellement

(1) *Voyez* la description anatomique de la matrice et du péritoine, 1re section du présent chapitre.

accouchées, ne peut que favoriser l'installation dans un nouveau domicile des derniers plans de l'intestin; c'est pourquoi, quand la nouvelle accouchée vient à se lever pour se livrer à ses occupations habituelles, les viscères abdominaux qui, comme avant la grossesse, trouvent un point d'appui sur le fond de l'utérus, doivent continuer d'exécuter sans trouble l'ensemble de leurs importantes fonctions, bien qu'ils soient sortis du bas-ventre.

Les cas que nous venons d'indiquer, quoique rares (1), ont fait dire à plusieurs auteurs, et tout récemment à Mme Boivin, dans son *Traité pratique des maladies de l'utérus*, que l'abaissement de la matrice au premier degré causait peu d'incommodités, et qu'il pouvait être abandonné à lui-même. Cette assertion est une erreur échappée involontairement à la plume d'une personne aussi distinguée dans la pratique des accouchements et maladies de la matrice que cette savante sage-femme, si digne, sous tous les rapports, de nous consoler de la perte de Mme La Chapelle.

L'abaissement brusque de la matrice est toujours le résultat d'une cause accidentelle. Cet organe, en se déplaçant spontanément, laisse un vide plus ou moins grand au dessous des masses flottantes de l'intestin et de l'épiploon, et ces viscères, constamment sollicités par le mouvement naturel à leurs fonctions, finissent par prendre des situations peu en harmonie avec les autres parties de l'appareil auquel ils appartiennent, ou bien avec les divers organes situés dans leur voisinage. De tels faits ne peuvent produire que les plus fâcheux résultats, qui, négligés, finissent trop souvent par être la cause d'affections morbides à terminaison fâcheuse.

(1) Sur plusieurs centaines de femmes enceintes que nous avons touchées à différentes époques de grossesse, au cours d'accouchement du professeur Maygrier, une seule avait la matrice développée dans le petit bassin. Cette femme, ouvrière dans un atelier de blanchissage de couvertures de lit, était obligée, par la nature de ses occupations, d'être du matin au soir debout, les bras élevés et le tronc fléchi en arrière.

On concevra facilement, d'après ce que nous venons de dire, que ce n'est réellement que les médecins qui ont touché un grand nombre de femmes qui puissent se faire une idée juste de la fréquence et de la gravité des cas de déplacements de la matrice.

Abaissement simple ou utéro-vaginal.—Des faits pratiques très nombreux nous ont depuis longtemps démontré que le premier degré du prolapsus de la matrice est presque toujours un accident grave qu'il importe de faire cesser le plus promptement possible. Cet abaissement détermine, chez la femme qui en est atteinte, des bâillements plus ou moins réitérés, de la mélancolie, de la tristesse et même des envies de pleurer. Bientôt surviennent des crampes et tiraillements d'estomac, de mauvaises digestions, accompagnées quelquefois de vomissements.

Ces premiers troubles sont suivis d'affections nerveuses, d'impatience, d'irritation, de douleur à la poitrine, de toux sans expectoration; alors la respiration ne tarde pas à devenir laborieuse, la voix se voile, et, si la personne a l'habitude du chant, elle ne peut plus, comme auparavant, donner certaines notes (1). De la douleur au bas des reins, un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre qui force le malade à fléchir considérablement la colonne vertébrale en avant (2); dans ce cas, il y a perte involontaire des urines, des crampes plus ou moins fortes dans les cuisses, de la chaleur dans le vagin avec écoulement muqueux plus ou moins abondant, du ténesme, l'impossibilité de rester debout pendant quelque temps sans éprouver une espèce d'anéantissement terminé par une syncope nerveuse suivie de douleurs et crampes assez fortes pour contraindre les malades à garder le lit. Tel est l'état de souf-

(1) 129e observation, 12e section, chap. III.

(2) Un médecin, dans un cas semblable, fit appliquer vingt sangsues aux organes de la génération; le lendemain, l'état de la malade étant le même, elle me fit appeler : je plaçai un pessaire. Aussitôt la matrice, qui était abaissée, se trouva relevée par cet instrument, et les accidents cessèrent.

france que nous ont offert un grand nombre de femmes chez lesquelles il n'existait qu'un simple abaissement de la matrice.

Abaissement compliqué. — Dans le deuxième degré du prolapsus, l'ensemble de ces désordres peut continuer, mais assez ordinairement plusieurs d'entre eux diminuent d'intensité ou cessent à la suite des temps ; alors de proche en proche les viscères s'allongent pour remplir l'espace qu'occupait primitivement la matrice. Leur mouvement d'abaissement ayant cessé, ils s'accoutument plus ou moins à leur nouvelle situation et l'ensemble de leurs fonctions se trouve à peu près rétabli.

Par suite de l'abaissement de la matrice, le vagin s'affaisse sur lui-même, ce qui donne lieu à une leucorrhée quelquefois très abondante qui fatigue et épuise la malade ; dans ce cas il résulte de la situation de la matrice dans le vagin que les habitudes du mariage sont pénibles, douloureuses pour la femme, et souvent même suivies de chaleur au col de l'utérus et de la perte de quelques portions de sang ; c'est alors que la malade se plaint de douleurs lancinantes ressenties au col de la matrice. Si ces premiers désordres sont négligés, après avoir reparu plusieurs fois, ils finissent par produire des maladies de l'utérus longues et quelquefois mortelles.

Abaissement complet. — Dans l'abaissement complet, ou troisième degré du prolapsus, qui, comme on l'a vu, est beaucoup plus rare que les deux autres, une grande partie des viscères abandonne la cavité abdominale pour venir occuper l'espèce de poche résultant de l'entraînement du vagin, qui augmentera de plus en plus, tant que la tumeur ne sera pas réduite et contenue. Alors l'apparition périodique des règles, qui avait continué d'avoir lieu dans les deux premiers degrés du prolapsus, n'a lieu que difficilement, et quelquefois même elles se trouvent moins abondantes ou entièrement supprimées. Le col de la matrice finit par se tuméfier, s'enflammer et s'altérer ainsi que le vagin.

Dans cet état, la station devient presque impossible, de mauvaises digestions ont lieu par défaut d'exercice, le chagrin auquel le malade est en proie contribue à déterminer l'amaigrissement, le marasme et la mort.

Il est vrai de dire que certains sujets privilégiés, dont la forte organisation les fait résister aux causes les plus nombreuses de destruction, peuvent vivre longtemps sous l'influence de cette infirmité; c'est ainsi que nous avons rencontré une femme de plus de quatre-vingts ans dont la matrice, habituellement placée entre les cuisses depuis plus d'une vingtaine d'années, ne lui faisait éprouver d'autre désagrément que la gêne produite par son volume. Nous voulûmes reporter cet organe dans le vagin, mais le malaise qui suivit sa rentrée nous força à laisser sortir de nouveau la matrice. Il fallut nous contenter de la soutenir par une espèce de suspensoir avec ceinture et bretelles (1).

Le prolapsus utérin peut être compliqué du cystocèle vaginal; cet accident est tellement rare que, sur les cent cinquante-six sujets que nous citons dans ce mémoire, nous n'avons présumé qu'une seule fois son existence, et encore nous n'aurions pas voulu l'affirmer. Comment se fait-il qu'une sage-femme dont la clientelle n'est pas une des plus nombreuses de celles exerçant dans la capitale, ait prétendu, dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences en 1835, avoir rencontré vingt-sept cas de cystocèle vaginal; nous sommes loin d'attaquer la bonne foi de cette dame, mais il nous est d'autant plus permis d'élever des doutes sur ce fait, qu'elle-même, dans son mémoire, prétend que Dupuytren ne l'a jamais rencontré, et qu'une seule fois le professeur Marjolin a été à même de l'observer.

On ne sera pas étonné de cette erreur en réfléchissant combien l'éducation première du plus grand nombre de personnes qui se destinent à être sages-femmes a été négli-

(1) 134e observation, 12e section, chap. III.

gée, et combien il est rare d'en rencontrer ayant quelques notions d'anatomie pathologique, et pourtant, ce n'est qu'au moyen de cette science que l'on peut observer avec fruit les grands désordres qui ont lieu dans notre économie.

Que l'on consulte le *Traité pratique des maladies de l'utérus* de Mme Boivin, on verra que, pour elle comme pour nous, la production des cystocèles a été très rare et le plus souvent entourée de tant d'obscurité, qu'il y aurait eu témérité d'affirmer leur existence.

La vessie, comme nous l'avons déjà observé, doit se trouver moins exactement maintenue derrière la symphyse pubienne. Quand la matrice vient à s'abaisser, qu'avant le déplacement de cet organe, alors il est facile à la vessie de s'écarter de sa situation normale pour se porter en avant, en arrière, à droite ou à gauche, en haut ou en bas, sans que, pour ce fait, il existe un cystocèle comme l'entendent les physiologistes.

Des 156 sujets notés dans nos tableaux statistiques, 111 se sont plaints de tiraillements d'estomac, 98 de faiblesse, 83 de pesanteur ou douleur au bas des reins, 63 d'écoulement involontaire des urines, 48 de pesanteur au bas du ventre, 34 de coliques, 33 de crampes et d'engourdissement dans les cuisses, 32 d'écoulement par le vagin dont 17 seulement muqueux, 11 fétides et sanguinolents, 4 totalement sanguins, 28 de trouble général dans toutes les fonctions de leur économie avec impossibilité de rester debout, 16 de gêne dans la marche, 13 de vomissements, 11 d'affection nerveuse, 7 de toux d'irritation sans expectoration, 7 de constipation et difficulté d'aller à la garderobe (1).

On conçoit facilement que chez certains sujets plusieurs des affections que nous venons d'indiquer sont susceptibles de se rencontrer ensemble, complication qui d'abord peut rendre le diagnostic de la malade plus difficile à établir.

(1) *Voyez* le 6e tableau statistique, 2e série du présent chapitre.

Les déplacements de la matrice résultent ou d'effet mécanique ou d'augmentation en poids et en volume de cet organe. Le prolapsus peut avoir lieu sans que la matrice soit malade, ou bien reconnaître pour cause un état pathologique de cet organe; c'est pourquoi les prolapsus utérins doivent être considérés comme primitifs ou comme secondaires; chacun de ces deux états mérite un traitement spécial que plus tard nous aurons occasion d'indiquer.

§ X. *Du pessaire comme moyen mécanique à employer dans le traitement du prolapsus utérin.*

Le pessaire moderne est un instrument destiné à être porté dans le vagin, et à y séjourner le temps nécessaire pour remédier au déplacement de la matrice et de la paroi vaginale.

Cet instrument a eu ses partisans et ses adversaires; la critique de ces derniers a pu quelquefois, il est vrai, s'appuyer sur des faits pratiques; mais la faute en était moins au moyen par lui-même qu'à l'instrument qui probablement n'était pas de forme et de dimension convenables à pouvoir remplir l'indication, car sur 77 cas d'abaissement simple de la matrice, 66 sujets ont été soulagés ou guéris par des pessaires en gomme élastique que nous leur avons placés, 11 femmes seulement ne se sont pas trouvées dans des conditions à permettre l'emploi de ce moyen.

Sur 62 abaissements compliqués au second degré de prolapsus, 35 sujets ont éprouvé de l'application du pessaire, les mêmes avantages que ceux du premier degré.

Sur 17 abaissements complets au troisième degré, le pessaire a réussi chez 13 sujets. De ces faits il ressort que de 156 prolapsus, 114 ont été contenus ou guéris par le pessaire, et 42 n'ont pas offert des circonstances favorables à son application. Mais si l'on retranche de ce dernier chiffre 27 femmes chez lesquelles il existait des maladies plus ou

moins graves de la matrice ou du vagin, on n'aura que 15 sujets placés dans des conditions défavorables à l'emploi de cet instrument (1).

Il résulte de ces calculs que les prolapsus utérins susceptibles d'être traités avec avantage par l'emploi du pessaire est à ceux où son usage n'est pas admissible comme 7 1/2 à 1. D'après de semblables résultats on sera étonné de trouver dans plusieurs bons livres modernes des idées défavorables à l'emploi du pessaire dans les cas de prolapsus utérins où la matrice et le vagin sont exempts d'affection pathologique.

Erreur de quelques écrivains modernes sur les inconvénients du pessaire. — Un auteur moderne du plus grand mérite avec lequel nous étions lié d'amitié, le docteur Boisseau, a dit dans sa nosographie organique publiée en 1828, tome 3, page 793. « Le pessaire est un moyen mé» canique toujours incommode, parfois douloureux, quel» quefois même insupportable, qu'il faut enlever fréquem» ment pour le laver et le remettre, palliatif, trop souvent » insuffisant qui peut déterminer l'inflammation, l'ulcé» ration du col ou du vagin, des varices de ce conduit, des » hémorrhoïdes, la perforation des cloisons recto-vagi» nale et vagino-vésicale : aussi est-on souvent obligé de » le supprimer pour éviter de tels accidents. »

D'après de pareils faits, s'ils étaient réels, il faudrait bannir de la pratique chirurgicale les pessaires, car, quel serait le chirurgien assez téméraire pour employer un instrument aussi funeste dans ses résultats. Mais ces craintes chimériques s'évanouissent d'elles-mêmes en présence des nombreux succès que nous avons obtenus sur un grand nombre de malades par suite de l'emploi du pessaire en tissu gommé au caoutchouc.

D'où vient donc l'erreur du jeune auteur que nous venons de citer ? c'est que probablement quand il a tenu un

(1) *Voyez* le 2e tableau statistique de la 2e série.

pareil langage, il ne s'était pas encore trouvé dans des circonstances pratiques convenables pour juger par lui-même des avantages de cet instrument employé avec discernement. Ceci est tellement vrai que quelque temps après la publication de l'ouvrage que nous venons d'indiquer, nous reçûmes de lui la lettre suivante :

« Mon cher ami,

» Faites-moi le plaisir de toucher la personne qui vous » remettra ce billet et de m'écrire ce que vous en pensez; » elle est alliée à la femme de mon frère, c'est vous dire » combien je vous serai reconnaissant.

» Votre ami, Boisseau.

» S'il lui faut un pessaire, faites ce qui conviendra. »

Les livres faits avec des livres quelque bien écrits qu'ils puissent être, intéressent, il est vrai, par l'élégance et la pureté du style, mais ils n'avancent pas la science; et ce qui est le plus fâcheux, c'est que de tels écrits en rajeunissant de vieilles erreurs peuvent égarer les jeunes praticiens.

On lit dans un autre ouvrage moderne « que les pessaires qui ne portent pas de tige doivent être munis d'un cordon pour être retirés plus aisément des parties de la génération. » Le cordon dont il est parlé est inutile, embarrassant pour la malade et même désagréable, car, continuellement pénétré par les mucosités du vagin il finit par contracter une odeur quelquefois infecte; et d'ailleurs, comme nous le dirons plus tard, ce ruban n'est nullement propre à favoriser l'extraction du pessaire. Il est étonnant de retrouver cette erreur dans l'ouvrage de madame Boivin qui, si elle a employé ce moyen dans sa pratique, a dû être frappée des inconvénients que nous venons de signaler (1).

(1) *Ouvrage cité*, t. I, p. 98.

2° « Si le trou du pessaire était trop grand pour le col de l'utérus, celui-ci et le corps même de l'organe pourraient s'y engager, s'y étrangler et s'enflammer. » Jamais notre pratique, quoique assez étendue pour ce genre d'infirmités, ne nous a offert d'accidents semblables; ils pourraient au contraire résulter d'une trop grande étroitesse de la part de l'orifice du pessaire.

3° « Le pessaire placé aussi solidement que possible, le chirurgien fera lever la malade, en continuant à soutenir le pessaire avec la main afin qu'il ne se dérange pas sous le poids des viscères abdominaux : » manœuvre peu facile à exécuter pour ne pas dire impossible, désagréable et contrariante pour la malade.

4° « La femme, pour entretenir le vagin propre injectera chaque jour de l'eau tiède par l'ouverture du pessaire. » Quant à l'ouverture du pessaire elle est promptement occupée par le col de la matrice qui s'y loge aussitôt que la femme se lève, et pour ce qui concerne l'injection plus ou moins chaude, elle est en opposition au but que l'on doit se proposer dans les déplacements de la matrice, qui est de donner le plus de ton possible au vagin et aux ligaments utérins, à l'aide d'injections appropriées, tandis que l'eau chaude ou tiède en dilatant la paroi vaginale ne pourrait que retarder la cure que l'on désire obtenir.

5° « Les femmes qui se servent de pessaire feront bien de l'employer graduellement de plus en plus petit. » C'est une erreur pratique existant également dans l'ouvrage de madame Boivin, car plus la matrice et le vagin se relèvent, plus le diamètre et l'épaisseur du pessaire ont besoin d'être augmentés.

Pessaires médicamenteux des anciens. — Les anciens se servaient de pessaires pour introduire dans le vagin des substances médicamenteuses; c'est pourquoi ils les distinguaient en émollients, apéritifs, fondants, astringents et résolutifs. Ils les confectionnaient avec la laine, la charpie, le linge, l'éponge, et toute autre matière analogue. Ces

instruments s'imbibaient facilement de graisse ou de liquide approprié à l'indication que l'on désirait leur faire remplir. Dans d'autres circonstances, ils étaient recouverts avec des préparations emplastiques, calmantes, résolutives ou fondantes.

Comme la chirurgie moderne a fait justice de l'emploi de ces différents moyens, nous n'allons traiter que des pessaires susceptibles d'être considérés en thérapeutique que comme de simples instruments mécaniques dont l'action, dans tous les cas, doit se borner à soutenir l'utérus de manière que le fond de cet organe puisse continuer d'offrir un point d'appui aux viscères abdominaux qui tendent constamment à le chasser devant eux.

Le pessaire, comme on le voit, agit à peu près de la même manière que le brayer ou bandage herniaire destiné à contenir la hernie. Cette comparaison nous semble d'autant plus juste que le pessaire, en soulevant la matrice, tend à rapetisser la cavité abdominale, accidentellement augmentée dans sa direction verticale, ainsi qu'à refouler les viscères, sortis en plus ou moins grande quantité de cette cavité (1). Dans quelques circonstances le pessaire sert également pour contenir réduites les hernies de l'intestin rectum à travers le vagin.

Les pessaires varient, autant pour les matières qui les composent que pour leur forme : on en faisait autrefois en liège recouverts de cire ou même d'une simple feuille d'or, en bois et en ivoire, en plomb, en étain, en cuivre, en argent, en platine et même en or. On continua à se servir de ces instruments jusqu'à l'invention du pessaire dit en gomme élastique. Ce dernier fit

(1) Plus d'une fois, dans ce traité, nous avons été tenté de ranger au nombre des hernies les déplacements de la matrice résultant de causes accidentelles et non de maladies. Mais la crainte que l'habitude du langage chirurgical ne l'emportât sur les motifs que nous aurions pu produire à l'appui de notre opinion nous a fait conserver la classification admise jusqu'à ce jour.

promptement abandonner, à la majeure partie des praticiens éclairés, ceux qui l'avaient précédé, et dont chacun d'eux offrait des inconvénients, résultat de la substance dont il était formé.

Pessaire en liège recouvert de cire. — Depuis longtemps il a été reconnu que les pessaires de cette espèce se dépouillaient facilement de l'enduit qui les recouvrait, et qu'alors ils étaient susceptibles de s'infiltrer et de contracter une odeur des plus désagréables ; souvent même ils finissent par se rompre d'eux-mêmes dans la vagin ou sous l'influence du doigt introduit pour les retirer de ce canal.

Ces désagréments ne sont pas les seuls attachés aux pessaires en liège et en cire : ils ont encore l'inconvénient, par leur dureté, d'irriter les parties de l'utérus et du vagin avec lesquelles leurs surfaces se trouvent en contact; aussi n'emploie-t-on plus, dans la pratique civile, cette espèce d'instrument.

D'après ce que nous venons de dire, on concevra combien nous avons dû être étonné de lire, à la page 600 du tome XII du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, publié en 1834, l'éloge du pessaire en liège recouvert de cire. A la vérité, M. le docteur Dugès, rédacteur de cet article, prétend que c'est un praticien de ses amis qui lui a dit employer journellement avec avantage cette espèce de pessaire.

On pourrait peut-être reprocher à M. Dugès d'avoir été trop laconique dans son article *Pessaire*, car il y a une infinité de choses essentielles omises par ce médecin sur ces instruments, et que l'on doit regretter de ne pas trouver dans un ouvrage annoncé comme devant servir de guide aux jeunes chirurgiens débutant dans la pratique.

Ce n'est donc pas plus dans ce Dictionnaire que dans un grand nombre d'ouvrages de même nature qu'il faut chercher des faits pratiques, mais bien dans les ouvrages spéciaux écrits par des praticiens consciencieux.

Malgré les nombreux inconvénients du pessaire dont

nous venons de parler, cet instrument est encore employé dans la majeure partie des d'hôpitaux de France. A qui en est la faute? Est-ce aux administrateurs des hospices ou aux chirurgiens attachés à ces établissements? nous l'ignorons.

Pessaires de bois, d'ivoire, d'or et d'argent. — Les pessaires en bois ou en ivoire sont durs, se déforment et se rompent facilement dans le vagin. Ceux des divers métaux que nous avons cités sont durs et pesants. Leur solidité apparente ne les garantit pas toujours de l'action des mucosités vaginales, ainsi que de celle des urines. Plus d'une fois on a rencontré de ces pessaires métalliques qui, après un séjour plus ou moins long dans le vagin, s'étaient trouvés criblés d'un grand nombre de trous, tant à leur surface qu'à leur pourtour. Dans ces diverses ouvertures, on a souvent trouvé des portions du col de la matrice ainsi que de la membrane vaginale.

Pessaires en tissu gommé au caoutchouc. — Les pessaires dits en *gomme élastique* sont de forme infiniment variée. On en fait de ronds, à cuvette, d'ovales, à huit de chiffre, à bondon cylindriques ou côniques, d'élytroïde, à boule ou de forme sphérique, à bilboquet comme ceux en ivoire, à tiges droites ou courbes, etc.

Ces divers pessaires sont ordinaires, formés de laine recouverte d'un tissu de drap dont les morceaux sont assemblés entre eux par des coutures en soie plus ou moins multipliées, suivant la forme que l'on désire donner à l'instrument; puis ils sont soumis à une préparation de gommage où la gomme élastique, d'ordinaire, n'entre pour rien.

Le tissu du pessaire, suffisamment pénétré par la préparation gommeuse, devient capable de résister pendant plus ou moins de temps à l'action des mucosités du vagin, ainsi qu'à celle du sang qui s'échappe périodiquement de la matrice et même à l'âcreté des urines (1).

(1) Les pessaires mal fabriqués sont couverts d'une espèce d'enduit collant et non susceptible de se dessécher. Dans d'autres circonstances,

Le pessaire bien fabriqué doit être lisse, poli, léger, souple et flexible, ce qui rend son introduction et sa sortie du vagin facile. La chaleur de l'étuve dans laquelle on dessèche les pessaires après les avoir gommés, peut quelquefois en altérer la forme, c'est à dire les rendre plus ou moins ronds, plus ou moins ovales.

Pessaire rond et lenticulaire. — Ce pessaire offre une épaisseur plus ou moins considérable. Quant au diamètre, on est dans l'usage d'en faire de huit grandeurs différentes, dont la première est de 5 centimètres 5 millimètres; la deuxième 5 millimètres de plus, et ainsi toujours en augmentant de 5 en 5 millimètres, jusqu'à la huitième et dernière grandeur, qui est de 10 centimètres. Cette progression n'est pas toujours constante, vu que le pessaire dans l'étuve se gonfle ou s'aplatit légèrement, ce qui peut en diminuer le diamètre de quelques millimètres.

L'orifice du pessaire, ou pour mieux dire l'ouverture pratiquée dans son centre, doit être à peu près de dimension telle que le col de la matrice puisse facilement s'y engager,

l'enduit, qui n'a pas pénétré assez profondément le tissu, se détache par écailles plus ou moins larges, et alors le drap qui a servi de canevas à l'instrument se trouvant découvert, est promptement traversé par les mucosités dont l'accumulation et le séjour dans son centre le pourrissent promptement; alors il exhale une odeur infecte. Si l'enduit gommeux fond par la chaleur du vagin, il se mêle aux mucosités qui d'ordinaire s'échappent plus ou moins abondamment du canal vaginal, et les colore de manière à ce que le linge de la malade se trouve taché par une matière plus ou moins foncée. Au premier abord la malade, en ignorant la cause, s'en alarme, et n'est rassurée par son médecin qu'après que l'instrument est retiré et que les mucosités ont repris leur aspect ordinaire.

Quand nous avons succédé à notre ami M. Feburier, pour la fabrication des instruments de chirurgie en gomme élastique, nous avons dû chercher à dissoudre le caoutchouc pour former la base du gommage de nos instruments. C'est à cette préparation que nos pessaires doivent d'être préférés par les médecins et les malades, comme n'offrant pas les inconvénients de ceux mal gommés dont nous venons de parler. Il nous est arrivé plus d'une fois de retirer de nos pessaires après six mois de séjour dans le vagin, sans qu'ils soient infiltrés ou qu'ils eussent éprouvé d'autres altérations fâcheuses pour la malade.

ainsi que l'extrémité du doigt indicateur pour exécuter le mouvement convenable à l'extraction de cet instrument.

Pessaire à cuvette. — Ce pessaire ne diffère du précédent que par ses surfaces, dont l'une est fortement déprimée, de manière à la rendre très concave et l'autre plus ou moins bombée. Pour la grandeur, elle varie de sept à huit centimètres, ce qui donne lieu à trois différents numéros à peu près gradués comme les pessaires ronds.

Pessaire ovale. — Ce pessaire, plus long que large, offre, ainsi que le pessaire rond, huit grandeurs différentes, mesuré par son plus grand diamètre. La chaleur de l'étuve peut également pour ce pessaire, comme nous l'avons fait observer pour le pessaire rond, le gonfler, l'aplatir et le raccourcir de quelques millimètres.

Pessaire à huit de chiffre. — Ce pessaire ne diffère du précédent que par son rétrécissement sur ses deux côtés et à sa partie moyenne, tandis que de chaque bout, ses deux extrémités vont en s'élargissant. Les pessaires en huit de chiffre sont de trois grandeurs différentes, dont la première est de sept centimètres, et la troisième de huit centimètres.

Quant aux trous des pessaires des différentes espèces dont nous venons de parler, ils doivent être en tout semblables à celui du pessaire rond.

Pessaire cônique ou cylindrique dit *à bondon.* — La longueur et la grosseur des pessaires de l'une ou de l'autre de ces formes, est déterminée par la profondeur et le diamètre du canal vaginal. Cet instrument porte à sa plus grosse extrémité, celle qui correspond à la vulve, deux brides servant à donner attache au cordon destiné à le maintenir dans le vagin. L'extrémité antérieure de cet instrument est quelquefois rétrécie de plus de moitié afin d'empêcher le col de l'utérus de s'y engager.

Pessaire élytroïde du docteur Cloquet. — Il est courbé d'avant en arrière et légèrement aplati dans toute son étendue, percé dans son centre d'un trou à dimension étroite,

destiné à laisser s'échapper les règles et les mucosités fournies par la matrice (1).

Pessaire à boule en tissu gommé. — Cet instrument ne diffère de celui des Anglais que par la substance qui le compose, son élasticité et le trou dont il est percé dans son centre pour permettre d'y introduire le doigt quand on désire en faire l'extraction.

Le pessaire à boule en buis ou en tout autre bois, si usité en Angleterre, est à peine connu en France. Nos voisins l'emploient pour de simples prolapsus. Ils le mettent d'un volume à pouvoir remplir exactement le vagin, c'est ce qui les oblige à le retirer toutes les vingt-quatre heures, et même à en supprimer momentanément l'application pendant tout le temps qu'a lieu l'écoulement des règles, époque de la vie de la femme où la matrice a le plus besoin d'être soutenue.

Il est facile de concevoir tous les inconvénients d'un pareil instrument qui, en tenant continuellement le vagin distendu, l'empêche de reprendre du ton et la matrice de se relever. Les seuls cas où cette espèce de pessaire soit susceptible d'être employé, c'est sans contredit dans le prolapsus complet ou après la rentrée de la matrice dans le vagin. On doit porter cet instrument tout à fait derrière le col de cet organe, jusque dans l'excavation du petit bassin. La présence de ce corps, d'après son volume, empêchera la matrice de franchir la vulve, car elle ne peut le faire sans entraîner avec elle cette boule, et alors ces deux corps réunis présentent un volume trop considérable pour qu'ils puissent traverser l'orifice du vagin.

Nous n'aurions probablement jamais pensé à perfectionner le pessaire en bois et à boucle des Anglais, sans une circonstance toute particulière qui nous démontra la nécessité de la forme sphérique pour cet instrument. Ce

(1) Cette espèce de pessaire est due à M. le docteur J. Cloquet, qui nous a dit l'avoir appliqué plusieurs fois avec succès.

fut en 1815 que, chargé par le professeur Maygrier de la pratique de son cours d'accouchement, qu'un jour il se présenta, à l'amphithéâtre, une femme ayant depuis longues années un prolapsus complet de l'utérus, qui, par suite de l'allongement et du renversement du vagin, venait former entre les cuisses une tumeur de la grosseur du poing.

Pour mon instruction et celle des élèves du cours, je dus essayer la réduction de l'utérus. A cet effet je fis coucher la femme, puis, par des manœuvres appropriées, j'obtins la rentrée complète de la matrice, ainsi que de la paroi vaginale qui l'accompagnait dans son déplacement. Alors, portant mon doigt dans le vagin, je m'aperçus que le col utérin offrait une certaine longueur, et aussitôt il me vint à l'idée de porter dans l'excavation du petit bassin un corps rond d'un certain volume. N'ayant autre chose à ma disposition que des pommes que vendait et portait dans les rues, au moyen d'un éventaire, cette malheureuse femme, j'en choisis une que j'introduisis dans le canal vaginal. La malade s'étant de suite levée, à son grand étonnement ainsi qu'à celui des élèves, la matrice se trouva si exactement contenue, que rien ne s'offrit à l'orifice du vagin.

La pomme, susceptible de se pourrir, fut remplacée quelque temps après par une autre de dimension semblable, et alors j'imaginai mon pessaire à boule en tissu gommé, comme devant remplacer avec avantage les pommes dont je m'étais primitivement servi (1).

Pessaire à bilboquet. — Cet instrument, comme ceux en ivoire, offre un cercle ou espèce de bourrelet rond ou aplati. Dans ce dernier cas, l'espèce de godet qui en résulte est destiné à recevoir le col de la matrice, tandis que d'autres fois, aplati, il n'est destiné qu'à soutenir le corps de cet organe sans le recevoir dans son centre percé seulement d'un trou de 3 à 5 millimètres. Dans le pessaire à cercle,

(1) Observation 130e, 12e section du chap. III.

cette partie de l'instrument est soutenue par deux ou trois branches qui, plus ou moins courbées, se réunissent à une tige commune pleine et longue de 8 à 11 centimètres, et dont la grosseur égale à peu près celle du petit doigt. L'extrémité inférieure de la tige de ce pessaire se termine par une espèce d'anse ou d'anneau en fer destiné à donner attache à des cordons indispensables pour empêcher l'instrument de sortir du vagin ou de s'y renverser.

Pessaire à tige courbe et élastique. — Le docteur Villermé a cru devoir rendre la tige du pessaire dont nous venons de parler élastique et courbe; il en a porté la longueur à 16 centimètres, afin que son extrémité pût venir reposer sur le mont de Vénus, et se fixer à une ceinture au moyen de petits cordons (1).

Pessaire de caoutchouc en nature. — Dans ces derniers temps il a été construit des pessaires en caoutchouc en nature, formés par la réunion de divers morceaux de poire de gomme élastique cousus ensemble avec de la soie. Ces pessaires ne diffèrent de ceux inventés et décrits par Juville, il y a à peu près cinquante ans (2), que par un ressort circulaire ou ovale placé dans leur centre pour les empêcher de perdre leurs dimensions, de se déformer et ensuite de sortir du vagin. Les pessaires de cette espèce contractent promptement une odeur tellement infecte, que les malades sont obligées de les abandonner.

Le défaut de soulagement qu'éprouve un grand nombre de femmes après l'application du pessaire, vient le plus ordinairement de ce qu'il est trop grand ou trop petit, ou de forme peu convenable à l'état du bassin. Il est fâcheux que dans aucun Traité de chirurgie on n'ait pas indiqué la manière de placer cet instrument. Le baron Boyer a ainsi que ses prédécesseurs commis cet oubli dans son Traité des maladies chirurgicales. Le chirurgien exercé pourra placer

(1) *Journal universel des Sciences médicales*, t. X, p. 136.
(2) *Traité des hernies*, ouvrage cité.

un pessaire d'une assez grande dimension sans faire souffrir la malade, tandis que celui qui débute dans ce genre d'opération aura pu déterminer de vives douleurs par l'application d'un instrument de même nature beaucoup plus petit.

Il me souvient qu'un jour que M. Dupuytren m'avait donné rendez-vous à l'Hôtel-Dieu pour le voir opérer un anus artificiel, nous entrâmes ensemble dans une salle de femmes où il demanda à une vieille paysanne âgée de soixante-six à soixante-huit ans si le pessaire que l'interne lui avait placé lui causait quelque soulagement. Elle répondit que quelques heures après son application il s'était échappé. Ce chirurgien donna l'ordre d'en placer un plus grand; alors la malade le supplia de n'en rien faire, vu les souffrances horribles qu'elle avait éprouvées lors de l'application du premier. M. Dupuytren lui dit : C'est qu'on vous l'a mal appliqué; et en se tournant vers moi il me pria d'en placer un de dimensions convenables.

L'interne m'ayant représenté le premier pessaire, qui pouvait être de 6 centimètres de diamètre, fut tout surpris qu'après avoir touché la malade, qui avait eu sept à huit enfants, de m'en voir chercher un de plus de 9 centimètres; et ce qui l'étonna davantage encore, c'est que je l'introduisis dans le vagin sans que cette femme jetât un seul cri. Ce jeune homme, d'un grand mérite, me dit, avec toute la franchise possible, que jamais il n'avait vu faire cette opération, et que, dans les cours d'application des bandages et appareils, on devrait la démontrer aux élèves.

§ XI. *De l'application du pessaire.*

Avant de procéder à l'application du pessaire, il est convenable de faire prendre un bain à la femme pour distendre autant que possible le vagin et la vulve, car ces parties, en revenant plus tard sur elles-mêmes, maintiennent le pessaire d'une manière assez exacte pour qu'il ne puisse pas sortir de lui-même.

Si le toucher a fait reconnaître la présence de matières stercorales dans l'intestin rectum, la malade prendra un remède pour le vider.

Position qu'il convient de faire prendre à la malade. — La position horizontale, que l'on doit faire prendre à la femme pour lui placer un pessaire, est en tout semblable à celle que nous avons indiquée précédemment pour le toucher de la femme couchée. Le chirurgien doit se munir de pessaire de dimensions différentes afin de choisir entre eux celui qu'il présume le plus convenable; pour se fixer sur l'ensemble des dimensions que doit avoir cet instrument, il introduira dans le vagin le doigt indicateur de l'une ou de l'autre main, le portera jusque dans l'excavation du petit bassin, ayant soin de le diriger tant à la vulve que dans le trajet du canal vaginal, à droite, à gauche, en avant, en arrière, en haut et en bas.

Dans le plus grand nombre de cas, le pessaire rond est celui qui convient le mieux, parce qu'il prend ses points d'appui circulairement : plus ou moins ovale, il ne peut jamais rester dans la direction du grand diamètre du bassin, c'est à dire le transversal. D'ordinaire il se renverse en prenant la direction du diamètre oblique; il suffit alors du plus léger mouvement de la malade pour le faire sortir.

Application du pessaire rond. — Cette opération, quoique simple par elle-même, n'en réclame pas moins toute l'attention du chirurgien qui se propose de la pratiquer. Nous allons la décrire pour les jeunes médecins auxquels elle ne serait pas familière.

Dans cette opération une des mains du chirurgien doit venir s'appuyer légèrement sur le périnée ou mont de Vénus pour qu'il puisse, avec les doigts indicateur et médius, écarter avec précaution, en évitant de toucher le clitoris, les deux replis membraneux qui constituent les nymphes ou petites lèvres, manœuvre qui a pour but d'agrandir l'orifice du canal vulvo-utérin, et de mettre à découvert le méat urinaire. L'autre main de l'opérateur saisira le pes-

saire présumé convenable, puis il l'enduira de beurre, de graisse, d'huile ou de cérat (1), et ensuite le présentera de champ à la vulve dans la direction du diamètre coccy-pubien; et alors, par un mouvement sagement combiné, il lui imprimera un mouvement de rotation sur lui-même au moyen duquel le bord supérieur de cet instrument se trouvera placé latéralement en dehors du méat urinaire, et en bas, à côté du coccyx. Aussitôt que le pessaire se trouvera dans cette position, il ne s'agira plus, pour le faire pénétrer dans le vagin, que d'appuyer fortement de haut en bas et d'avant en arrière, en prenant pour centre de mouvement et point d'appui une des branches ischiatiques.

Dans cette manœuvre, la pression est à peu près toute supportée par les muscles coccygiens qui, distendus accidentellement, reviennent ensuite avec beaucoup d'énergie sur eux-mêmes en faisant éprouver au pessaire une espèce de mouvement de bascule qui le place en travers dans l'excavation du petit bassin, situation dans laquelle le col de la matrice vient facilement et de lui-même s'engager dans l'orifice de cet instrument. L'utérus, par suite de ce mouvement, se trouve replacé dans une position favorable à sa fécondation laquelle ne pouvait plus avoir lieu en raison de l'abaissement de cet organe.

Aussitôt le pessaire en place, on doit s'assurer si cet instrument est trop grand ou trop petit : à cet effet on fera lever la femme puis marcher dans la chambre, se mettre sur un siége et y faire les efforts comme si elle voulait aller à la garderobe; après quoi on portera le doigt indicateur de l'une ou de l'autre main dans le vagin, de manière à ce que son extrémité, en s'engageant dans l'orifice du pessaire,

(1) Cette dernière préparation a l'avantage sur les autres substances grasses, que la cire qui en fait la base forme une enveloppe au pessaire capable de le garantir pendant plusieurs jours de l'action des mucosités utérines et vaginales.

puisse le faire tourner. Si son mouvement de déplacement circulaire est trop libre et que le pessaire soulevé retombe de lui-même, il faudra le remplacer par un plus grand. Dans le cas contraire, où le doigt ne pourrait faire exécuter que difficilement au pessaire les mouvements dont nous venons de parler, il faudrait le remplacer par un de quelques millimètres plus petit.

La résistance que doit offrir le pessaire de grandeur convenable, est mollasse, semblable à peu près à celle que l'accoucheur éprouve, lorsqu'il cherche à introduire le forceps entre la tête de l'enfant et la paroi de l'utérus, ou à celle d'un corps gras de consistance analogue à la graisse figée ou au suif demi-fondu.

Le pessaire de forme et dimensions convenables se trouve maintenu par le sphincter, le vagin et toutes les parties molles ou plus ou moins contractiles qui l'environnent.

Quelques praticiens ont soin de recommander à leurs malades de rester plusieurs jours au lit après la première application du pessaire; d'autres se contentent de leur faire garder la chambre sur une chaise longue. Toutes ces précautions sont absolument inutiles, à moins que la vulve se trouve de beaucoup agrandie par la déchirure du périnée. Quand cet accident n'a pas lieu, nous plaçons le pessaire à la sortie d'un bain chaud, lequel ayant mis le vagin dans un grand état de relâchement, en favorisera l'introduction sans faire éprouver à la malade de grandes souffrances. Le pessaire porté dans l'excavation du petit bassin, quand il est de dimensions convenables, gêne si peu la femme, qu'en se levant il lui semble que rien n'a été placé dans son corps.

Existe-t-il chez la malade un écoulement muqueux déterminé par l'affaissement du vagin, il cède d'ordinaire après quelques jours de l'usage du pessaire.

Il est des malades qui n'éprouvent de soulagements que plusieurs jours après l'application du pessaire; mais le

plus grand nombre se trouve de suite soulagé. Il nous est arrivé de placer un pessaire à une dame de vingt-deux à vingt-trois ans qui aimait la danse avec passion; mais depuis plus de six mois son indisposition l'avait obligée de se priver de ce genre d'exercice. Le lendemain de l'application que nous lui fîmes d'un pessaire rond, elle alla au bal et dansa toute la nuit avec autant d'aisance et de plaisir qu'avant l'existence de son prolapsus.

Dans le plus grand nombre de cas de prolapsus utérin, il existe un affaissement du vagin qui rapetisse plus ou moins l'excavation du petit bassin, c'est pourquoi il n'est pas rare que le praticien, au bout de quelques jours, soit obligé de placer un pessaire plus grand et plus épais que celui primitivement introduit, lequel venant à balotter avec trop de facilité, ne soutient plus qu'incomplètement la matrice. Il nous est arrivé quelquefois dans l'espace de deux à trois mois, de placer successivement à la même malade trois ou quatre pessaires dont le diamètre allait toujours en augmentant de quelques millimètres (1).

Il ne faut pas confondre le gonflement avec sensibilité du col de l'utérus qui, dans l'abaissement simple, résulte de la force avec laquelle le corps de la matrice et les viscères abdominaux qu'elle est appelée à soutenir dans son état normal, l'appuie sur le périnée, avec son gonflement par suite de disposition cancéreuse. Dans le premier cas, le pessaire produit de merveilleux effets par le changement de situation qu'il détermine de l'organe utérin. Aussitôt que le col est soulevé et ramené en avant, il revient à son état normal, et si déjà un commencement d'écoulement muqueux a eu lieu, il s'arrête de lui-même au bout d'un ou deux jours, tandis que dans le second cas, la présence du pessaire ne ferait qu'aggraver les accidents. Nous ne partageons pas l'opinion de ceux qui prétendent qu'une dégénérescence squirrheuse peu considérable ne serait pas un

(1) 127e observation, 12e section, chap. III.

obstacle à l'application du pessaire. Ne sait-on pas que les dégénérescences cancéreuses, de telle espèce qu'elles puissent être, sont toujours plus ou moins envahissantes.

Position de la femme et du chirurgien pour l'extraction du pessaire. — Le pessaire dit de *gomme élastique*, c'est à dire en tissu gommé, doit être retiré du vagin à peu près une fois par mois pour être nettoyé et ensuite réappliqué. C'est ordinairement trois ou quatre jours après la cessation de l'écoulement des règles que l'on doit procéder à cette petite opération. Pour la pratiquer le plus convenablement possible, la femme doit être debout et le chirurgien dans la position que nous avons indiquée précédemment pour le toucher debout. Il introduira son doigt dans le vagin, le glissera sur le pessaire en le dirigeant vers son orifice. S'il ne peut passer entre le col de la matrice et cet instrument par suite de l'engagement du col de cet organe dans le trou du pessaire; il faudra dégager ce col en le soulevant légèrement, et dès que l'extrémité du doigt sera introduite dans l'ouverture du pessaire, le courber pour ramener en dehors le pessaire en l'appuyant fortement sur le périnée et sur l'un des ischions, de manière qu'à sa sortie cet instrument suive à peu près la direction dans laquelle on l'a fait entrer.

Le pessaire, lavé et essuyé, sera réintroduit de suite ou le lendemain s'il n'a éprouvé aucune altération. Pour s'assurer qu'il n'est pas infiltré, on le comprime entre les doigts, et pour peu qu'il se soit introduit dans son centre quelque portion de liquide, cette compression le fera sortir, et l'endroit du pessaire par où l'infiltration aura eu lieu sera mouillé. Dans ce cas, il faut un pessaire neuf.

L'application du pessaire n'est jamais mieux faite que par un chirurgien qui toujours doit, pour ménager la pudeur de la malade, éviter de la découvrir.

Nous avons connu plusieurs femmes qui plaçaient et ôtaient elles-mêmes leurs pessaires; les instruments dont se servaient ces malades étaient toujours de dimensions

moins grandes que celles dont elles auraient eu réellement besoin. La cause provenait sans doute de la difficulté et de la douleur qu'elles éprouvaient à s'en introduire un plus grand.

Il est arrivé à des femmes insouciantes et peu soigneuses d'oublier qu'elles portaient un pessaire; c'est pourquoi, souvent sur des cadavres, les anatomistes ont rencontré de ces instruments recouverts, depuis plusieurs années, de dépôts calcaires qui les unissaient à la membrane muqueuse du vagin, sans que jamais les malades se fussent plaintes de leur séjour. D'autres femmes ne s'en sont souvenues que quand la putréfaction de ce corps étranger dans le vagin a déterminé chez elles l'inflammation de la membrane vaginale interne et un écoulement plus ou moins fétide par la vulve. Cet état s'est vu compliquer de fistules recto-vaginales et même urétro-vaginales.

Un jour, je fus prié par une femme de campagne de la débarrasser d'un pessaire à bilboquet, en tissu gommé, qu'elle portait au moins depuis six ans. La sage-femme qui, à cette époque, lui avait placé cet instrument, n'avait pu parvenir à l'ôter. La putréfaction de ce pessaire était telle, que l'écoulement qui en résultait répandait une odeur horriblement fétide. La couleur du liquide qui s'échappait du vagin pouvait faire supposer l'existence d'une affection syphilitique ou d'une phlegmasie de l'utérus. Je débarrassai cette femme de cet instrument avec assez de facilité, bien que la paroi vaginale affaissée sur lui l'entourât de toute part, à l'exception d'un reste de tige occupant le centre du canal vaginal (1).

L'application du pessaire chez les jeunes filles vierges est souvent assez difficile à exécuter, surtout si l'orifice du vagin est fermé par ce qu'on appelle la *membrane de l'hymen*. Dans ce cas, on est obligé de la rompre, et alors la malade perd, pendant quelques jours, du sang, en plus ou moins grande quantité (2).

(1) 132e observation, 12e section, chap. III.
(2) 116e observation, 12e section, chap. III.

Chez les femmes âgées, surtout celles qui ont eu des enfants, il se rencontre quelquefois des espèces de brides dans le vagin, qui semblent unir le col de la matrice à la paroi vaginale. L'introduction du pessaire les allonge ou les déchire. Dans ce dernier cas, quelques gouttelettes de sang s'échappent des organes de la génération et viennent tacher la chemise de la malade. Des vaisseaux variqueux développés dans le vagin, peuvent, en se déchirant, lors de l'application de cet instrument, donner lieu à un écoulement assez abondant de sang pour que l'on puisse le supposer produit par une perte utérine. Mais dans ce cas le toucher fait facilement reconnaître au praticien exercé que le sang vient du vagin et non de l'utérus (1).

Des tumeurs sanguines anciennes peuvent exister dans le vagin sans être appréciables au toucher. Alors il est possible que la rupture de leur paroi soit déterminée par la présence du pessaire. De tels accidents sont rares il est vrai; mais leur gravité est telle qu'ils peuvent compromettre la vie de la femme chez laquelle ils se rencontrent en donnant lieu à des pertes soutenues et abondantes (2).

La déchirure du périnée rend indispensable l'usage du pessaire à bilboquet et à tige. — Il est des cas où le pessaire rond ne peut rester dans le vagin faute d'y trouver des points d'appui; c'est lorsqu'il existe une grande déchirure du périnée. Nous en avons vu qui se prolongeaient jusqu'au sphincter de l'anus, et même quelquefois la propre substance de cet anneau musculaire se trouvait déchirée ainsi que l'intestin rectum dans une étendue de plusieurs travers de doigt. Dans ce dernier cas on est obligé de faire garder le lit à la malade, et d'introduire un pessaire cylindrique ou des tampons de linge roulés. Mais si la déchirure n'a attaqué que le périnée, on introduira le pessaire à bilboquet ou à tige, lequel sera fixé par deux

(1) 144e observation, 12e section, chap. III.
(2) 131e observation, *id.*

bandelettes en toile, formant quatre chefs, dont deux viendront s'attacher postérieurement à une petite ceinture de trois travers de doigt, et les deux autres antérieurement en dehors du mont de Vénus, dans la direction des arcades crurales, à la même ceinture que les premiers.

Ce pessaire est très incommode et souvent ne remplit pas l'indication. Dans les mouvements de flexion des cuisses, quand la malade s'assied, il se retire plus ou moins du vagin, et s'y enfonce brusquement quand elle se lève. Il résulte de ces faits que si le col de la matrice est engagé dans l'espèce de godet de ce pessaire, il en ressort et se porte ou en avant ou en arrière. La dureté de l'instrument irrite le col de la matrice, et sa tige les petites lèvres, le méat urinaire et quelquefois le pourtour de la vulve.

La tige courbée élastique que le docteur Villermé a cru devoir substituer à la tige droite de ce pessaire, offre encore de plus graves inconvénients. En se prolongeant sur le mont de Vénus, elle passe sur le clitoris auquel par son frottement elle détermine une irritation fâcheuse et insupportable pour la malade. Le pessaire à bilboquet a encore l'inconvénient grave que les ouvertures qu'on est dans l'habitude de lui laisser pour permettre l'évacuation des règles sont souvent occupées par des portions du col de la matrice qui s'épanouissent au dehors, s'enflamment et s'ulcèrent. Le docteur Nauche a conseillé pour éviter ces accidents de placer une petite éponge dans le godet du pessaire à bilboquet (1).

L'éponge introduite dans le vagin offre tant d'inconvénients que nous n'en voudrions pas conseiller l'usage. Si elle est à nu, c'est à dire sans enveloppes, elle se gonfle en s'imprégnant de mucosités; puis elle irrite le col de l'utérus au point de le faire se contracter; alors une partie de l'éponge peut s'introduire dans son intérieur, s'y établir à domicile et devenir par sa présence et sa corruption la cause d'une phlegmasie de l'utérus compliquée d'un écou-

(1) *Des maladies de l'utérus*, in-8°, Paris, 1816, p. 99.

lement plus ou moins fétide et sanguinolent (1). L'éponge renfermée dans un linge cousu et formant une espèce de cylindre n'a pas l'inconvénient de pouvoir s'engager dans la matrice, mais, pénétrée par les mucosités du vagin et le sang des règles, elle contracte une odeur infecte et détermine même une leucorrhée plus ou moins abondante.

§ XII. *Bandage utéro-abdominal proposé par un médecin de New-York pour remplacer le pessaire.*

Au moment où nous venons d'établir par des faits irrécusables les avantages du pessaire, dans le traitement des prolapsus utérins, il nous arrive une espèce de circulaire ou petite brochure, ayant pour titre : *Précis de l'application et de l'emploi du bandage utéro-abdominal inventé par feu le docteur Hall de New-York pour la guérison de la procidence et du prolapsus de l'utérus, traduit de l'anglais. Paris* 1838.

Nous pourrions bien garder le silence sur ce bandage, dont l'inventeur semble ignorer complètement le mécanisme des divers degrés de déplacements auxquels continuellement se trouve exposée la matrice tant par suite de ses fonctions que de sa situation par rapport au petit bassin et au canal vaginal.

Mais l'intérêt de la science et surtout celui du grand nombre de femmes affectées de cette maladie, nous fait un devoir de combattre d'aussi graves erreurs, sans chercher à savoir si, comme on le prétend, elles ont été admises par des sommités chirurgicales anglaises et américaines.

La brochure dont nous venons de donner le titre a été envoyée à tous les médecins de Paris par un pharmacien anglais établi dans notre capitale.

On lit dans cet écrit (2) : « Les pessaires sont sujets à

(1) 152e observation, 12e section, chap. III.

(2) Nous transcrirons littéralement toutes les citations que nous ferons de cet écrit, quoique le style ne nous en ait pas toujours paru correct.

» tant d'objections dont quelques unes d'un caractère très » grave que la plupart des médecins qui ont assez d'expé- » rience pour mettre de côté les règles et la routine des li- » vres ont presque entièrement renoncé à leur application.

1° « Ils sont introduits dans le vagin et demeurent dans » sa partie postérieure contre le rectum, en arrière, et le » périnée, en bas, ou si la poche dont il a été parlé pré- » cédemment n'existe pas déjà, ils la produiront dix-neuf » fois sur vingt, aggravant ainsi un des caractères les plus » malheureux de cette maladie, ou l'occasionnant quand » elle n'existe pas. »

Nous ne savons pas ce que l'on entend par cette espèce de poche, car nous ne l'avons jamais rencontrée sur le grand nombre de malades auxquels nous avons fait porter des pessaires.

2° « En irritant la membrane muqueuse du vagin, il » excite les flueurs blanches. »

C'est une erreur ; car au contraire, à quelques exceptions près, chaque fois qu'il existe un écoulement vaginal produit par l'affaissement et l'infiltration de la membrane muqueuse du vagin, ou même par la compression du col et du corps de l'utérus sur cette membrane, l'écoulement cesse de lui-même dès que le canal vaginal se trouve développé par la présence du pessaire, et la matrice relevée et maintenue dans sa situation normale.

3° « En irritant la museau de tanche ils peuvent faire » naître le squirrhe dans cette partie, et lorsque le squir- » rhe existe, produire le cancer de la matrice. »

Nous répondrons pour le premier cas que si le pessaire est bien fait, l'orifice qui en occupe le centre doit être assez grand pour que le col de la matrice s'y loge librement, ce qui rend tout frottement du museau de tanche contre le pessaire impossible. Et, pour le second cas, qu'il n'est pas supposable qu'un chirurgien ou même une sage-femme soient assez ignorants pour placer un pessaire à une femme dont le col de la matrice serait malade.

4° « Il empêche toute communication sexuelle. »

C'est encore une erreur, à moins que l'on n'entende parler du pessaire en buis et à boule usité en Angleterre et dont l'usage n'a jamais eu lieu en France et surtout à Paris, où le pessaire rond et lenticulaire en tissu gommé est le plus fréquemment employé. Dans notre pratique, nous avons eu plusieurs exemples de conceptions ayant eu lieu chez des femmes portant un pessaire (1).

5° « Il produit une maladie du rectum, les hémorrhoïdes » ou la constipation en pressant constamment contre cette » partie. »

Pour qu'il en fût ainsi, il faudrait que le pessaire eût une forme irrégulière ou qu'il fût d'une dimension trop grande, car sa forme ronde ne peut donner lieu à de semblables accidents, vu que tous les anatomistes savent qu'en plongeant dans le petit bassin, l'intestin rectum se dirige plus ou moins à gauche. Quant aux hémorrhoïdes, on sait que les hommes en sont plus souvent affectés que les femmes, et pourtant ils ne portent pas de pessaire.

6° « Jamais ils ne remédient au mal contre lequel on » les applique. »

Les observations que l'on trouvera à la douzième section du troisième chapitre de ce mémoire répondent d'une manière victorieuse à cette dernière assertion.

Que propose donc l'auteur de ce mémoire pour remplacer le pessaire? Un bandage à ressort à peu près circulaire, dont la lame d'acier plus ou moins trempée entoure une partie du bassin, à la manière du ressort de bandage destiné aux hernies du bas-ventre. Son corps de bandage donne attache postérieurement à la hauteur de la dernière vertèbre lombaire, à l'une des extrémités d'une courroie destinée à passer entre les cuisses pour venir ensuite se fixer antérieurement par son autre bout à un bouton en métal rivé, au centre d'une espèce d'écusson

(1) 129e observation, 12e section, chap. III.

en tôle, qui vient recouvrir le mont de Vénus en s'étendant au dessus de la symphyse pubienne. C'est également sur cet écusson qu'est rivée la lame du ressort d'acier qui forme le corps de cette espèce de bandage en T.

Le milieu de la courroie dont nous venons de parler, c'est à dire la partie qui longe le périnée, est garnie d'un corps triangulaire plus ou moins long et plus ou moins dur, lequel est destiné à comprimer le périnée d'une manière assez forte pour qu'il fasse une saillie plus ou moins prononcée dans le canal vaginal, afin de pouvoir refouler la matrice de bas en haut.

Les prôneurs de cet appareil ne se dissimulent pas que son application peut enflammer et même excorier les parties du périnée qu'il comprime, car ils disent : « si l'instrument cause quelque irritation ou cuisson à la peau on devra en discontinuer l'usage pendant quelques jours, ou le porter par intervalle jusqu'à ce que l'irritation disparaisse. »

Pour nous qui avons eu tant d'occasions de soigner des femmes chez lesquelles il existait des déplacements plus ou moins graves de l'utérus, nous ne nous laisserons pas séduire par le chiffre de 1,500 cures obtenues, dit-on, en Angleterre, dans l'espace de trois ans, fait, comme on le pense bien, qu'il nous serait de toute impossibilité de vérifier. Que les personnes qui veulent débiter avec brevet d'invention ce bandage à Paris cherchent donc à produire sous nos yeux, seulement dix à douze cures, où l'état des malades soit bien constaté avant l'application de cet instrument, par des praticiens de mérite et d'une probité connue. C'est alors que ce moyen sera digne de figurer dans la thérapeutique des femmes affectées de prolapsus utérin. En attendant, nous croyons pouvoir conseiller à ce pharmacien anglais, habitant notre capitale, de reléguer son bandage dans un coin de son officine avec la foule de drogues insignifiantes que contiennent d'ordinaire les pharmacies de nos voisins d'outre mer.

§ XIII. *Des moyens hygiéniques et thérapeutiques qu'il convient d'ajouter au pessaire dans le traitement du prolapsus utérin.*

La femme à laquelle on a placé un pessaire ne doit pas négliger des soins de propreté. Il est convenable, en faisant sa toilette, le matin et le soir, qu'elle porte dans le vagin des injections d'eau froide naturelle, d'eau de Barrège, à la température de 24 ou 26 degrés, ou d'une décoction de feuilles de roses de Provins ou de Grenade dans du gros vin rouge de Roussillon. On doit commencer cette dernière injection en ajoutant les trois quarts d'eau au vin; puis, au bout de huit jours, la moitié, et huit jours après le quart; rarement le vin seul.

Ce traitement, ainsi que celui par l'eau de Barrège, sera suspendu et même abandonné s'il détermine une forte chaleur au col de la matrice, suivie de douleur; car, dans ce cas, une inflammation plus ou moins vive finirait par se déclarer.

Bains et injections d'eau de Barrège. — Nous avons plus d'une fois retiré le plus grand avantage des bains de Barrège avec injection soutenue dans le vagin, tels que l'on peut les prendre aux bains de Tivoli. Cet établissement est le seul de la capitale qui possède des appareils disposés de manière à ce que la femme, étant dans un bain, reçoive en même temps, pendant quinze à vingt minutes, un petit filet d'eau de Barrège qui, divisé dans le vagin par divers trous, d'une canule en gomme élastique, à olive et à arrosoir, détache et entraîne au dehors le mucus souvent très épaissi et collant qui tapisse la surface interne du vagin. Cette espèce de lavage soutenu finit, au bout de quelques jours, par stimuler légèrement la paroi vaginale sans provoquer de douleur et d'irritation au col de l'utérus, comme le fait la douche dont le jet vient frapper directement sur cet organe. Nous avons vu la sensibilité de la matrice telle-

ment exaspérée par ce dernier moyen, qu'il a fallu mettre, plusieurs fois par jour, la malade dans des bains de gélatine, pour faire cesser l'affection nerveuse qui en était résultée, tandis que l'espèce de lavage dont nous venons de parler a, dans plusieurs circonstances, concouru d'une manière admirable à la guérison du prolapsus. Quand nous employons cette injection dans le bain de Barrège, nous ôtons le pessaire avant que la malade n'entre dans la baignoire, pour le réappliquer aussitôt qu'elle en est ressortie.

A défaut d'un appareil de bain, tel que nous venons de le décrire, on se contentera du bain de Barrège, dans lequel la malade se fera plusieurs injections de cette eau avec une seringue de femme terminée par une canule courbe en gomme élastique.

Les malades qui ne pourraient pas faire usage de ces bains par suite de l'odeur désagréable qu'ils répandent, pourront se contenter d'injections faites le soir et le matin avec la préparation d'eau factice de Barrège incolore et presque sans odeur, due aux travaux des savants chimistes Planche, Boullay, Boudet, Cadet et Pelletier. Une cuillerée à bouche de cette préparation suffit pour un litre d'eau chaude, dont la température sera de 20 à 24 degrés. Les bains froids de siège ou généraux, pris dans la rivière ou à la mer, sont très convenables pour le traitement de cette maladie.

Les bains plus ou moins chauds d'eau naturelle sont contraire et doivent être défendus comme tendant à augmenter la faiblesse que l'on veut combattre. On ne doit en tolérer l'usage que comme bain de propreté, de quinze à vingt minutes de durée seulement.

Douche d'eau froide portée sur les anneaux inguinaux et les fosses iliaques. — Cette espèce de douche, portée postérieurement sur les fosses iliaques, et antérieurement sur les régions des anneaux inguinaux, peut déterminer, par suite de sa double action contondante et réfri-

gérante, une irritation locale, propre à donner du ton aux ligaments larges et ronds de l'utérus, et, par ce fait, concourir d'une manière plus ou moins directe à la guérison du prolapsus. Une de nos malades, sur laquelle nous avons pu expérimenter ce moyen, s'en est si bien trouvée, que nous avons regretté de ne pouvoir déterminer d'autres dames à se soumettre à ce traitement. L'obligation d'être à peu près nues a été pour elles un obstacle qu'aucun raisonnement n'a pu vaincre, vu que la douche, dans ce cas, ainsi que nous l'avons dit pour la cure des hernies, ne peut être administrée convenablement que par un médecin.

La toilette de la malade, pour recevoir la douche, consiste, comme nous avons déjà eu occasion de le dire à la section troisième du chapitre Ier, dans une camisole, un peignoir et une petite laize de toile passée entre les cuisses, de manière à recouvrir les organes de la génération. Les extrémités de ce petit appareil s'attachent antérieurement et postérieurement à un cordon placé à la hauteur de la symphyse pubienne et de la dernière pièce du sacrum.

Aux divers traitements que nous venons d'indiquer, on doit ajouter un régime tonique et fortifiant, ainsi que l'exercice modéré à l'air libre.

Si on est appelé au début de la maladie chez une femme encore jeune, ces moyens réussiront promptement; mais si les accidents existent déjà depuis longtemps et que le sujet soit de faible constitution, ou bien dans un état de convalescence par suite d'une couche laborieuse et pénible, ou de toute autre maladie, il faudra en continuer l'emploi pendant un plus ou moins grand nombre de mois. Il nous souvient d'avoir guéri, dans l'espace de trois mois, par l'usage soutenu des bains de Barrège, avec la petite injection dont nous avons parlé, une dame de vingt-deux ans, affectée depuis trois ans d'un prolapsus, survenu à la suite d'un accouchement que l'étroitesse du bassin avait rendu très laborieux. M. le docteur Evrat, accoucheur de cette dame, ne lui avait pas caché, en lui plaçant un pes-

saire six mois après sa couche, qu'elle serait obligée probablement de le porter toute sa vie (1).

Dans les prolapsus comme dans les hernies, les personnes qui en sont affectées doivent entretenir la liberté du ventre par des lavements émollients ou légèrement purgatifs, pour éviter la constipation et les grandes contractions musculaires des régions du bas-ventre que nécessite, en pareil cas, l'expulsion des matières fécales. On conçoit d'ailleurs que la contraction violente et soutenue des fibres musculaires transverses, doit refouler les derniers plans des intestins sur le fond de la matrice; ce qui ne pourrait qu'en augmenter le déplacement et faire passer cet organe du premier au deuxième degré du prolapsus utérin, et plus tard du deuxième au troisième.

§ XIV. *Des maladies de la matrice.*

La matrice, d'après son organisation et les fonctions qu'elle est appelée à remplir dans l'économie de la femme, t ant que celle-ci est propre à la génération, la met continuellement dans un état favorable à contracter des inflammations plus ou moins graves. Ces phlegmasies peuvent être locales et générales, c'est à dire se borner au col ou envahir tout l'organe. Ces premiers désordres, trop longtemps soutenus ou mal soignés, se reproduisent facilement et quelquefois dégénèrent en affection chronique. Alors elles deviennent la source des nombreuses affections morbides de cet organe dont la désorganisation a lieu de t ant de manières différentes.

Des moyens d'investigation les plus propres à faire découvrir et apprécier convenablement les lésions du système utérin, le toucher par le vagin et quelquefois même par le rectum est, sans contredit, le seul sur lequel il soit permis de compter. Pour rendre le diagnostic plus sûr, on peut y

(1) 117e observation, 12e section, chap. III.

joindre la palpation faite sur le bas-ventre, si surtout l'on suppose l'engorgement des ovaires, des trompes de Fallope, ou l'existence de tumeurs à caractères divers.

Pour procéder à ces deux genres d'exploration, le toucher vaginal et la palpation du ventre, la malade doit être couchée dans la position que nous avons indiquée au paragraphe VIII du présent chapitre.

Les recherches faites avec le doigt porté dans le vagin et la main appuyée sur le ventre, ne suffisent pas toujours pour faire reconnaître, même à un praticien du premier mérite, l'étendue et l'importance de la lésion existante.

Insuffisance du speculum uteri pour apprécier les maladies de la matrice. — Un grand nombre de médecins, peu familiarisés avec le toucher, ont cru pouvoir le remplacer par le *speculum uteri.* Mais cet instrument n'offre, à la vue du médecin, que le museau de tanche et non la partie postérieure du col de la matrice, qui, comme on le sait, est assez souvent le siège des désordres de la plus haute importance et dont la connaissance échappe au praticien qui n'emploie que ce genre d'investigation. A l'appui de ce que nous venons de dire, nous citerons un fait qui nous est personnel. Un jour, un de nos amis nous fit appeler pour examiner avec lui une dame de sa clientelle, qu'il soupçonnait avoir une affection fâcheuse de l'organe utérin. Il commença par introduire dans le vagin le speculum du docteur Récamier. Bientôt nous aperçûmes, au centre de l'instrument, le col de l'utérus tuméfié et d'un rouge foncé. Il n'offrit à l'œil d'autre altération, et pourtant la malade se plaignait depuis peu de douleurs vives et lancinantes. L'instrument retiré, je portai mon doigt dans le vagin et, en le promenant autour du col de la matrice, je rencontrai, à 8 ou 10 millimètres au dessus de la lèvre postérieure, une ulcération large et profonde.

Du speculum uteri. — Cet instrument n'est autre chose qu'une espèce de dilatatoire du vagin, propre à écarter ses parois de manière à admettre un rayon de lumière qui

puisse faire reconnaître le col de l'utérus et apprécier ses caractères morbides.

Le speculum n'est pas d'invention moderne. Celui de Scultet avait trois branches qui en s'écartant par un mécanisme particulier laissaient un trop grand espace entre elles que venait occuper la membrane du vagin, qui en se tuméfiant remplissait tellement l'intérieur de l'instrument que l'œil ne pouvait voir le col de la matrice, et encore moins apercevoir les désordres qui pouvaient exister dans le conduit vaginal.

Arnaud crut corriger ce défaut en portant les branches à six au lieu de trois (1); cette modification qui ne changea pas le système, ne rendit pas l'instrument meilleur, aussi le speculum de ce chirurgien resta oublié et inusité dans la pratique chirurgicale.

Speculum du docteur Récamier, modifié par Dupuytren. — C'est de nos jours au docteur Récamier que l'on doit la correction du speculum. Celui inventé par ce savant praticien offrait un tube conoïde ouvert à ses deux extrémités plus ou moins long, plus ou moins gros, afin de s'accommoder à la profondeur et à l'extention dont le vagin était susceptible sans déterminer de trop fortes douleurs. Son orifice externe qui est taillé en bec de flûte donna l'idée à M. Dupuytren de prolonger sa partie supérieure en forme de manche aplati et courbé dans une étendue de dix à douze centimètres. L'instrument introduit, cette espèce de manche vient s'appuyer sur la symphyse pubienne ce qui empêche le speculum de sortir du canal vaginal.

Le cylindre de M. Récamier ne pouvait admettre dans son centre le col de la matrice malade, dont le volume était plus ou moins augmenté; c'est ce qui donna l'idée à plusieurs chirurgiens de rendre cet instrument susceptible de se dilater à volonté après son introduction. Ce but fut

(1) *Mémoire de chirurgie*, p. 745, ouvrage cité.

atteint au moyen de brisures, pivots, charnières, vis, etc. Certains speculums pouvaient augmenter leur diamètre dans toute leur étendue, tandis que d'autres, formés de deux, trois ou quatre branches ajustées à bascule, ne s'écartaient qu'à leur extrémité antérieure, c'est à dire celle qui se trouvait en rapport avec le col de l'utérus. On ajouta à quelques uns de ces instruments des manches plus ou moins longs, et plus ou moins forts. Tous ces divers mécanismes, ingénieux sans doute, font honneur à leurs inventeurs, quoique chacun d'eux offrît des inconvénients graves que nous n'entreprendrons pas de décrire.

Speculum du sieur Charrière, coutelier. — A notre avis le speculum le plus simple et le plus convenable, soit pour poser des sangsues sur le col de la matrice, soit pour placer des médicaments en rapport avec une partie du vagin, est celui de M. Charrière, coutelier, pour les instruments de chirurgie. Il se compose de trois lames ou valves ajustées entre elles, de manière à pouvoir s'écarter dans toute leur étendue en augmentant au moins d'un tiers la grosseur du cylindre, sans laisser à découvert la plus petite partie du vagin. Si l'on veut examiner isolément une partie de ce canal en comprimant un petit ressort, on détache une des lames dont il vient d'être parlé; et il existe entre les deux autres, qui seules alors constituent l'instrument, un espace d'à peu près un travers de doigt, dans toute la longueur du vagin.

L'introduction du speculum est toujours très douloureuse et désagréable pour les femmes, aussi la grande majorité, surtout quand elles sont jeunes, refuse de se soumettre à ce genre d'exploration. Tout en admettant l'introduction facile de cet instrument, il ne peut contribuer à établir le diagnostic de la maladie du col de l'utérus que quand l'affection morbide a son siége au pourtour des lèvres du museau de tanche, ou bien il sert à fournir quelques renseignements sur la coloration de cette partie d'organe qui d'ordinaire se trouve plus foncée dans les points les

plus affectés, que dans ceux qui le sont moins ou pas du tout. La coloration sera d'un rouge d'autant plus foncé que l'inflammation se trouvera portée à un degré plus rapproché de l'état aiguë.

Le speculum, de quelque forme qu'il soit, n'offre réellement de grand avantage dans son emploi, que si l'on se propose d'agir directement sur le col de la matrice, soit, comme nous l'avons dit plus haut, en y appliquant des sangsues ou des caustiques plus ou moins énergiques, soit quand avec le bistouri on doit en séparer des parties plus ou moins considérables.

De l'application du speculum.—La malade sur laquelle on se propose de placer cet instrument, doit être renversée en arrière et en travers sur le bord de son lit, les jambes écartées et soutenues par des aides, ou, à défaut de ce secours, les pieds seront appuyés chacun sur une chaise. Le speculum sera plongé dans de l'eau chaude afin de le mettre à la température des organes de la génération, puis on le graissera légèremeut avec du beurre, de la graisse, du cérat, ou tout autre corps gras, pour ensuite avec précaution chercher à l'introduire dans le vagin, on doit le présenter d'abord à la commissure postérieure de la vulve où l'on prendra un point d'appui, pour ensuite lui faire éprouver un mouvement de bascule, après quoi, on le dirigera d'avant en arrière et de haut en bas, en comprimant le moins possible le méat urinaire.

Avant de procéder à cette opération on doit vider la vessie si elle contient de l'urine et l'intestin rectum, dans le cas où des matières stercorales y seraient renfermées. Si l'on désire connaître l'état et la nature des mucosités qui existent sur la paroi interne du vagin, il ne faut pas se servir des corps gras que nous venons d'indiquer pour l'introduction du speculum; il faut seulement se contenter de le plonger dans l'eau tiède au moment de son introduction. Alors la compression qu'il exercera sur la membrane interne du vagin déterminera le mucus par elles sécrété à se

porter du côté du col de l'utérus et à s'engager dans l'intérieur du speculum, mécanisme qui explique pourquoi souvent on voit dans cet instrument du sang fourni par des vaisseaux du vagin, et non par l'utérus ou son col, comme au premier abord il serait possible de le supposer.

Il ne faut pas perdre de vue que les prolapsus de la deuxième classe sont toujours la suite d'affections pathologiques plus ou moins graves de la matrice, ce qui donne lieu à son augmentation de volume et de poids, c'est pourquoi dans les maladies de cet organe presque toujours les prolapsus dont nous parlons cessent aussitôt que la matrice est revenue à son état normal.

§ XV. *Des principales causes du changement de forme et de situation de la matrice.*

Les causes auxquelles sont dues le plus ordinairement les altérations de la matrice sont l'accumulation de sang ou d'air dans la cavité de cet organe, la formation et le développement de polypes, les dégénérescences osseuses résultant de fausses conceptions, les môles vésiculaires ou masses d'hydatides, des calculs ou des concrétions calcaires, formées par le résidu salin du mucus sécrété par la membrane muqueuse. A cette série il faut ajouter, comme beaucoup plus fâcheuses et plus fréquentes, les phlegmasies de la matrice et des ovaires.

État morbide du col de l'utérus. — Si le col de la matrice devient gros et douloureux hors l'état de la gestation, on doit craindre une maladie plus ou moins grave de cette partie de l'organe de la reproduction, dont il importe de s'occuper promptement; mais malheureusement, par un sentiment de pudeur mal entendu et blâmable, un grand nombre de femmes, au lieu de se confier à leur médecin, s'adressent de préférence à des commères qui leur conseillent des injections plus ou moins irritantes, et leur administrent intérieurement des substances échauf-

fantes et stimulantes, lesquelles au lieu de diminuer la maladie ne font que l'augmenter.

Après la période inflammatoire qui a toujours lieu au début de la maladie, la membrane muqueuse ne tarde pas à sécréter une quantité plus ou moins abondante de mucus; et alors s'échappe par la vulve un écoulement blennorrhagique dont souvent l'âcreté enflamme l'orifice du vagin. Le col de l'utérus se gonfle de plus en plus. Il devient inégal, dur dans certains endroits, mou et infiltré dans d'autres, douloureux dans toute son étendue.

Tuméfaction squirrheuse du col de l'utérus. — La tuméfaction, après avoir commencé dans le plus grand nombre de cas, par la lèvre postérieure du col, finit par s'étendre et l'envahir en totalité; alors, au bout d'un temps plus ou moins long, différents ulcères se déclarent. Dans d'autres cas, c'est une solution de continuité qui a lieu, une érosion rougeâtre, par suite de l'envahissement successif de l'affection cancéreuse qui, primitivement, semblait se limiter à cette partie de l'utérus, mais qui finit par se propager au reste de l'organe et quelquefois même aux parois du vagin. Alors des pertes effrayantes surviennent, la vessie, le rectum, s'ulcèrent et finissent par communiquer avec le canal vaginal, qui n'est bientôt plus qu'un cloaque infect et dégoûtant par l'état de putrilage où se trouvent réduites toutes ses diverses parties. D'assez fortes portions se détachent de l'ulcère, et sont entraînées par l'écoulement vaginal ichoreux qui s'est établi.

Ces désordres n'arrivent pas au point que nous venons d'indiquer sans avoir été précédés d'irrégularité dans l'écoulement des règles, lesquelles souvent n'ont eu lieu que par une espèce de perte sanguinolente, d'odeur forte et suffocante. Alors surviennent des douleurs vives et lancinantes, que la malade compare à une infinité d'aiguilles qui traverseraient le col de sa matrice. Elle éprouve de la tension aux aines, des tiraillements aux régions des ligaments larges et ronds et aux lombes; de la pesanteur au

périnée, au bas-ventre, des douleurs et crampes dans les cuisses, de fréquentes envies d'uriner avec difficulté pour les satisfaire; le développement d'une chaleur quelquefois brûlante dans le vagin et au col de la matrice. Alors le liquide qui découle par la vulve l'irrite au point de l'enflammer et quelquefois même de l'ulcérer.

Souvent, pour suppléer à l'écoulement des règles, la nature établit des hémorrhoïdes fluentes, compliquées d'un état de ténesme et d'une constipation opiniâtre. Des tiraillements d'estomac, de mauvaises digestions, la perte de l'appétit; des bâillements, de l'indolence; et, dans d'autres cas, l'exaspération du système nerveux, portée quelquefois jusqu'à la frénésie, de fréquents accès de colère, l'insomnie, la tristesse, le dégoût même de la vie, tels sont les principaux accidents qui accompagnent le plus ordinairement les maladies de la matrice. Il serait difficile de les grouper par périodes, car, chez tel individu, il s'en rencontre un plus ou moins grand nombre, soit au début de la maladie, soit à sa terminaison.

Il est quelques malades chez lesquels la désorganisation de l'utérus a lieu sans douleur ni dérangement de santé très appréciable. Il nous souvient d'avoir été consulté par une dame, un mois ou six semaines avant qu'elle succombât à une maladie de cette nature. Quoique la propre substance de la matrice fût à peu près entièrement détruite par une désorganisation cancéreuse portée au dernier point, puisqu'en touchant cette malade, nous détachâmes involontairement une portion de cet organe; pourtant, malgré cet état fâcheux, la malade nous dit n'avoir jamais éprouvé la moindre douleur, et même avoir toujours continué de se livrer aux habitudes du mariage qui pour elle avaient encore assez de charme (1).

Ramollissement du col de l'utérus. — Le col de la matrice se ramollit quelquefois au point de se déchirer au

(1) 152e observation, 12e section, chap. III.

moindre effort. Quand il est fongueux, ulcéré ou transformé dans une espèce de champignon cancéreux, alors une fièvre lente s'établit, le marasme survient et la mort, depuis longtemps désirée par la malade, termine cette scène de souffrance et de douleur.

Cette affection morbide n'est jamais plus fâcheuse que quand elle se déclare à l'époque de la vie de la femme où elle doit cesser d'être réglée. Dans un âge moins avancé et surtout chez les jeunes sujets, on en triomphe souvent, malgré son intensité, si la malade se soumet et observe scrupuleusement les prescriptions d'un médecin habitué au traitement de ces maladies.

Il arrive quelquefois, qu'après avoir détruit la phlegmasie du col de la matrice au point de croire la maladie totalement guérie, l'inflammation, par une espèce de sympathie assez difficile à expliquer, se porte sur d'autres organes tels que les poumons, l'estomac et les intestins. Si, durant le traitement d'une maladie de l'utérus, de pareils accidents viennent à se développer, on doit les traiter comme des affections sympathiques de l'utérus et agir directement sur cet organe. De semblables désordres ont eu lieu chez une dame que nous traitions depuis plusieurs mois pour une maladie de matrice. Ils ont cessé spontanément par l'application de sangsues faite à la vulve et sur le col même de l'utérus (1).

Spasme nerveux suivi de léthargie avec refroidissement du corps. — Le spasme nerveux avec cessation du pouls, des battements de cœur, décoloration de la face, refroidissement de toute l'habitude du corps et dilatation des pupilles, est un accident fâcheux, s'il dure depuis plusieurs heures. Pourtant le médecin ne doit pas se décourager, car il nous est arrivé, dans un cas semblable, de le faire cesser après sept ou huit heures de durée, au moyen de frictions pratiquées sur toute l'habitude du corps, de si-

(1) 150e observation, 12e section, chap. III.

napisme des plus violents aux pieds et de plusieurs sangsues appliquées à l'entrée du canal vaginal (1).

Rupture de la matrice.—La rupture de la matrice durant la parturition qui, en commençant par le col s'étendant plus ou moins au corps de cet organe, peut arriver chez une femme ayant déjà eu d'autres couches, par suite du volume considérable de la tête de l'enfant. Cet accident est grave et la femme sur laquelle il se manifeste prétend qu'au moment où il a lieu, elle éprouve un sentiment de déchirure interne accompagné d'un bruit plus ou moins grand. Dans ce cas, aussitôt l'accouchement terminé il survient une espèce d'hémorrhagie résultant de la solution de continuité des vaisseaux très dilatés de l'utérus. Si la perte continue, les forces de la malade s'épuisent de plus en plus et bientôt survient le marasme, avant-coureur d'une mort prochaine.

Les lambeaux qui résultent de la déchirure de l'utérus adhèrent facilement aux parties latérales du vagin, dont le fond s'affaisse plus ou moins. La femme veut-elle se lever, il lui semble que tout ce qu'elle a dans le ventre va sortir par le vagin, elle chancelle et finit par s'évanouir. Alors le diagnostic est difficile. Le toucher vaginal ordinaire, surtout s'il est pratiqué avec légèreté, peut faire croire à l'existence d'une ulcération complète de la matrice, car on ne retrouve plus les caractères appréciables de sa forme et de sa situation, et pourtant, dans un cas analogue, la simple application du pessaire nous a suffi pour rappeler la santé chez une dame dont la fin prochaine avait été annoncée par plusieurs médecins qui l'avaient vue avant nous (2).

A la plus légère apparence d'une métrite on doit employer, pour la combattre, une médication appropriée au degré d'inflammation et aux causes qui l'ont produite.

(1) 150e observation, 12e section, chap. III.
(2) 139e observation, *id.* *id.*

Les femmes sont très blâmables de ne pas consulter leur médecin aussitôt qu'elles éprouvent les premiers indices de trouble dans les fonctions de cet organe, le plus important de leur économie. Par là, elles éviteraient la formation des squirrhes cancéreux et autres altérations de l'utérus qui les conduisent si souvent au tombeau à une époque peu avancée de leur vie, après des années passées dans les douleurs et les souffrances les plus atroces.

§ XVI. *Traitement qu'il convient d'employer contre les phlegmasies; transformation et dégénérescence des tissus de la matrice.*

Les principaux moyens curatifs des phlegmasies, des transformations et dégénérescences des tissus, du cancer partiel ou général de la matrice et des ovaires, sont la cessation des habitudes du mariage, le régime adoucissant, la diète lactée, toutefois que l'estomac peut s'en accommoder, l'usage des viandes blanches, le repos au lit, les exutoires, les émollients administrés en bains locaux ou généraux, en cataplasmes sur le bas-ventre ou même dans l'intérieur du vagin (1), les saignées générales ou locales. Dans ces dernières nous comprenons l'application de sangsues sur le col de l'utérus, moyen peut-être trop négligé, des bains généraux ou de siége, émollients ou narcotiques suivant l'indication, ainsi que des injections de même nature.

Les principales substances narcotiques à employer sont: la ciguë, la jusquiame, la belladone, la morelle, le pavot, la laitue. Ces divers médicaments doivent être administrés en frictions sous la forme de liniment ou pommade.

Il est des cas où une partie des narcotiques dont nous

(1) Pour porter ces cataplasmes jusque sur le col de l'utérus, on peut se servir de la seringue de feu le professeur Chaussier, ou si son introduction dans le vagin y détermine de la douleur, de nos canules en gomme élastique, dites à cataplasmes, lesquelles s'ajustent facilement à une seringue à injection ordinaire.

venons de parler et auxquels nous ajouterons l'opium, doivent s'employer intérieurement, soit en potions ou pilules, à des doses graduées, suivant l'intensité de la maladie et le tempérament du malade.

L'acétate de morphine a réussi plusieurs fois, mais ce médicament ne doit être employé qu'avec un sentiment de défiance, d'après ce qui est arrivé de nos jours à différents individus épileptiques de la prison de Bicêtre, auxquels on l'avait administré pour les guérir de cette affection cérébrale et qui succombèrent quelques instants après son administration.

Quelques praticiens ont retiré des avantages des pilules de cynoglosse faites d'après le Codex. Ils les avaient employées contre la douleur et l'insomnie. On a beaucoup préconisé, pour agir dans la même intention que les précédentes, les pilules de thridace; mais un chimiste des plus distingués et ancien pharmacien, M. Bonastre, nous a assuré que l'extrait de laitue dont on se servait pour leur formation, avait des propriétés souvent irritantes et stimulantes, en raison de la nature des engrais qui servaient dans les environs de Paris à cultiver ces végétaux.

Dans le traitement de la maladie qui nous occupe, les moyens de propreté et de désinfection ne doivent pas être négligés. Il faut donc avoir recours aux injections faites avec une légère solution de chlorure de chaux, unie au mucilage fourni par la graine de lin, ou toute autre substance analogue.

Lorsqu'il survient une suppression des règles chez la fille ou la femme, accompagnée de trouble dans sa santé et d'accidents autres que ceux susceptibles d'être déterminés par la conception, il faut de suite les combattre en ayant toujours pour but le rétablissement de l'écoulement périodique du sang par la matrice. Dans ce cas, on retire de grands avantages des bains de siége émollients, des saignées générales ou locales; ces dernières produites d'ordinaire par un plus ou moins grand nombre de sangsues

doivent avoir lieu aux aines, à la vulve, à l'entrée du vagin et même sur le col de l'utérus, si la malade s'est livrée aux habitudes du mariage (1).

Sangsues appliquées au col de la matrice. — Sur cette portion d'organe on ne doit pas faire placer plus de trois ou six sangsues à la fois. Après leur chute, on retire le spéculum qui a servi à leur application, et, pour favoriser l'écoulement du sang on fait placer la malade pendant douze ou quinze minutes sur la vapeur d'eau chaude. Si on la laissait plus longtemps on pourrait craindre de déterminer une perte plus ou moins abondante qui, en épuisant ses forces, déjà compromises par la maladie grave sous l'influence de laquelle elle se trouve, la mettrait dans un état de faiblesse capable de compromettre sa vie.

L'accident que nous venons de signaler est arrivé à une dame à qui nous donnions des soins. Elle resta trois heures sur de l'eau chaude et perdit une si grande quantité de sang qu'il lui fallut plusieurs semaines de repos dans son lit, avant d'avoir retrouvé ses forces et son embonpoint ordinaire; pourtant, chez cette malade, le col de l'utérus n'avait eu que trois piqûres (2). Que serait-il survenu si nous en avions prescrit une quantité double ou triple? Il vaut mieux revenir plusieurs fois et à quelques jours d'intervalles à l'emploi de ce moyen que d'exposer la malade à des accidents dont on ne pourrait prévoir l'issue.

(1) Il est fâcheux que, par respect pour la virginité, on ne puisse faire placer des sangsues au col de la matrice des jeunes filles chez lesquelles la menstruation a de la peine à s'établir. Ce moyen probablement serait également salutaire lorsque cet écoulement périodique vient à être supprimé, soit par peur, saisissement, soit par quelques unes des imprudences nombreuses que commettent si ordinairement les jeunes filles nouvellement réglées. Notre expérience, d'après le grand usage que nous faisons depuis longtemps des sangsues au col de la matrice dans les maladies de cet organe que nous avons traitées, nous porte à croire qu'à l'aide de quelques uns de ces animaux on conserverait la vie à un grand nombre de jeunes personnes qui meurent à l'âge de quatorze à vingt ans, après quelques années de souffrance, de langueur, d'épuisement et de marasme.

(2) 150e observation, 12e section du présent chap.

Il en est de la piqûre des sangsues sur le col de la matrice comme de celles aux gencives ou dans la bouche, la douleur qu'elles font éprouver est tellement peu appréciable, que plus d'une fois nous avons vu le sang couler sans que la malade se doutât que la sangsue avait pris. Au bout de quelques jours il est impossible, par le toucher, de reconnaître la trace des petites cicatrices produites par la piqûre de ces animaux.

Injections à employer contre l'écoulement muqueux du vagin. — Si, après que la phlegmasie de l'utérus a cessé, il existe encore un écoulement séreux abondant ou même des pertes, on pourrait se servir pour injection dans le vagin, de la dissolution d'acétate de plomb, de sulfate d'alumine ou de zinc, uni à la décoction d'écorce de chêne ou tan, de gros vin rouge, avec infusion de roses de Provins, de grenade, ou seulement saturé d'alun. Si les moyens que nous venons d'indiquer, ou la position anormale de la matrice, donnaient lieu à la rétention d'urine, il faudrait y remédier par le cathétérisme pratiqué avec une sonde en gomme élastique.

Chaque fois que la constipation viendra se joindre aux maladies de la matrice il faut administrer, suivant l'indication, des lavements purgatifs, mucilagineux ou narcotiques. Nous passerons sous silence les nombreux médicaments à méthode particulière indiqué comme dépuratifs, fondants, etc.

Cautérisation; moyen dont on a souvent abusé. — Empêcher la formation du squirrhe cancéreux envahissant, ou le faire disparaître quand il existe, est le but où doit tendre le médecin. C'est dans l'intention d'arriver à ces résultats que divers praticiens ont suivi des routes différentes. Les uns ont cru devoir employer la compression; mais ce moyen qui, dit-on, a réussi au cancer des mamelles, n'est pas applicable à l'organe utérin, susceptible d'être situé plus ou moins profondément dans le vagin,

où il n'est pas possible de trouver un point d'appui sur lequel on puisse compter.

D'autres praticiens, en grand nombre, dans ces derniers temps, ont cru que la cautérisation était infaillible, et alors ce mode de traitement a été à la mode pendant quelques années.

Soit par erreur, soit par défaut de connaissance des maladies de la matrice, on a pratiqué la cautérisation du col de cet organe dans des cas de simple tuméfaction résultant de la compression de ce col sur le périnée, par suite d'un commencement de prolapsus utérin. Ces fautes sont dues, il est vrai, à de jeunes praticiens, qui, d'après la légèreté avec laquelle ils voyaient employer dans certains hôpitaux de Paris la cautérisation, ont cru devoir imiter les maîtres qu'ils suivaient. Il nous souvient d'avoir été consulté par une dame de l'académie royale de musique, employé dans le chant, pour un abaissement simple de la matrice avec tuméfaction du col. A la suite d'injections toniques que nous avions prescrites, nous devions placer un pessaire à cette dame, si l'abaissement de la matrice avait continué. Cette personne étant devenue enceinte, nous crûmes devoir ajourner l'emploi de ce moyen thérapeutique et mécanique jusqu'après sa couche, car par suite du développement de la matrice, cet organe pouvait se trouver placé dans une position où le pessaire serait devenu inutile.

Cette dame revint nous voir quarante à cinquante jours après sa couche. Le toucher nous fit reconnaître que la matrice était aussi basse qu'avant la grossesse, et que son col nous offrait de même de la tuméfaction sans douleur. Nous arrêtâmes pour quelques jours plus tard, l'application d'un pessaire; mais le lendemain une des amies de la malade lui mena son médecin qui, trouvant le col de la matrice gros et tuméfié, le cautérisa avec le nitrate d'argent.

La douleur produite par ce caustique sur le col de la matrice étant passée, le prolapsus, comme on doit bien le

penser, exista comme auparavant. La malade ne voulant plus se soumettre à de nouvelles cautérisations qu'on lui disait indispensables, vint me prier de lui placer un pessaire.

La cautérisation a encore de graves inconvénients, surtout si elle est pratiquée par un médecin peu exercé à ce genre d'opération. Nous avons été consulté par des femmes chez lesquelles l'action du caustique s'étant étendue circulairement à toute la paroi vaginale dont l'épaisseur, comme on le sait, est peu considérable, et de là à l'intestin rectum.

Les partisans de la cautérisation diront que cet accident n'eût pas eu lieu si l'opérateur eût assez garni le fond du spéculum. Ce raisonnement jusqu'à un certain point peut bien être vrai, mais pourtant on trouve des cas de cette nature dans le *Traité des maladies de l'utérus* de Mme Boivin, qui ont eu lieu chez des malades confiés aux soins des premiers praticiens de l'époque.

En admettant que toute l'action du caustique se soit bornée à la partie malade, on ne peut pas nier que si l'affection carcinomateuse est ancienne et le squirrhe d'un certain volume, il ne peut se détruire que couche par couche, et alors il serait à craindre que par suite de ces cautérisations multipliées, il ne se déclarât une inflammation aiguë de la matrice qui, en s'étendant jusqu'au péritoine, ne compromette promptement la vie de la malade avant même d'avoir détruit le squirrhe. On trouve dans l'ouvrage de Mme Boivin déjà cité, une malade sur laquelle à la maison de santé des hospices de Paris, il fut pratiqué vingt-neuf cautérisations dans l'espace de huit mois pour une tumeur cancéreuse du col de l'utérus, sans que la maladie fût détruite (1).

Les carcinômes dans un grand nombre de cas sont susceptibles de s'accroître, et les accidents qu'ils déterminent s'aggravent avec une rapidité incroyable.

(1) *Traité des maladies de l'utérus*, ouvrage cité, t. II, p. 58.

En tourmentant l'organe utérin d'une manière inconsidérée par l'action des caustiques, on doit craindre qu'ils ne bornent pas leur irritation au point en contact direct avec la substance corrosive, mais qu'ils l'étendent en outre au reste de l'organe ; car plus d'une fois on a vu les parties environnantes partager à un degré plus ou moins élevé, l'inflammation qui résultait de l'action du caustique.

Les principales substances dont on se sert pour la cautérisation, sont le nitrate de mercure, le beurre d'antimoine, la potasse caustique et le nitrate d'argent.

Un autre moyen de détruire les cancers du col de l'utérus est l'ablation partielle ou totale de cette portion de la matrice, pratiquée par la ligature ou à l'aide d'instruments tranchants. Considérant ces opérations comme dépendantes de la chirurgie opératoire, et partant hors des limites dans lesquelles nous avons toujours eu soin de nous renfermer, nous n'entreprendrons pas de décrire ce mode de traitement, nous nous contenterons seulement de faire observer que les difficultés sans nombre que présentent les divers modes opératoires proposés jusqu'à ce jour, doivent, dans le plus grand nombre de cas, faire renoncer à cette opération.

La première et la plus grande difficulté qui se présente est de pouvoir attirer le col de la matrice jusqu'à la vulve pour en retrancher les portions malades. Les érignes, de telle forme qu'elles soient disposées, ont l'inconvénient de déchirer les parties. C'est ce qui a fait naître à un médecin de nos jours, que par égard nous ne nommerons pas, l'idée la plus extravagante possible. Celle d'introduire dans l'utérus un instrument analogue au tire-tête à double croix, lequel serait susceptible de s'y développer de manière à ne pas pouvoir en sortir une fois qu'il serait ouvert ; et, par cette disposition, cet instrument donnerait une prise solide pour attirer tout en bas, et probablement s'il le fallait, hors du vagin, la matrice et ses dépendances.

Il est inutile de faire ressortir la difficulté pour ne pas

dire l'impossibilité de l'introduction d'un pareil instrument, et en admettant qu'on puisse y parvenir, il serait impossible de l'ouvrir sans produire dans l'organe utérin des déchirures plus ou moins profondes, qui, par la suite, pourraient se transformer en ulcères à caractères plus ou moins fâcheux de la nature de ceux de la maladie que l'on voudrait guérir.

Tumeur vaginale prise pour l'utérus. Mort de la femme à la suite de l'amputation de cette prétendue matrice. — Nous ne terminerons pas cet article sans rapporter un fait dont nous avons été témoin oculaire, lequel s'est passé au sein d'une société de médecine des plus marquantes de la capitale et composée des chirurgiens les plus distingués de l'époque. Un d'eux, attaché à un grand hôpital de Paris, présenta une tumeur qu'il venait d'extraire du vagin, chez une femme placée dans une des salles de son service. Il annonça que cette tumeur n'était autre chose que la matrice dont l'ablation totale avait eu lieu sans accident. Plusieurs des illustres membres de cette société reconnurent et déclarèrent qu'effectivement c'était l'utérus.

Cette pièce curieuse fut placée dans de l'esprit de vin. Elle allait être dessinée et puis fournir la base d'une observation que le nom de l'auteur aurait fait admettre sans difficulté; mais avant de donner à ce fait la publicité qu'un grand nombre des assistants désirait, le baron Dubois, qui probablement ne partageait pas complètement l'opinion de ses honorables confrères, proposa de nommer une commission de trois membres pour suivre le traitement de cette femme.

L'idée de ce grand chirurgien fut d'autant plus sage que, quelques jours après l'opération, la malade succomba par suite d'une péritonite très intense, et les commissaires ayant procédé à l'autopsie, trouvèrent la matrice dans son état normal, exempte de la plus légère altération et pourvue de tous ses accessoires. Il fut reconnu que la prétendue matrice, présentée à cette société, n'était autre chose

qu'un polype du col utérin. Si cette femme n'eût pas succombé, on n'aurait pas manqué de dire dans le monde médical que l'ablation totale de la matrice avait eu lieu sans accidents et sans laisser après elle la plus légère infirmité, ce qui est difficile à admettre dans une semblable opération, où l'organe utérin doit être isolé par une dissection minutieuse, longue et difficile, de la portion du péritoine qui l'enveloppe d'une manière exacte, et qui, comme on le sait, sépare la cavité abdominale de celle du bassin.

Est-il supposable, tout en admettant la possibilité de cette opération et mettant même de côté l'inflammation vive et aiguë, susceptible d'envahir le péritoine abdominal que la portion de cette membrane, ainsi disséquée, puisse conserver assez de force et d'énergie pour résister seule à l'action des viscères abdominaux dont la tendance naturelle les porte continuellement, en raison de leur propre densité, à descendre dans le petit bassin, et plus tard à franchir la vulve pour se précipiter plus ou moins bas entre les cuisses, ce qui finirait par constituer une éventration à caractère d'autant plus fâcheux qu'il serait presque impossible à l'art d'y remédier, à moins que l'individu ne restât constamment couché.

Quoi qu'il en soit, l'ablation en elle-même de la matrice, comme l'a dit le docteur Bégin (1), porte au plus haut degré l'empreinte de la témérité : elle a si rarement réussi; la mort, à la suite de son emploi, a été généralement si prompte, qu'elle n'est pas moins meurtrière que la maladie cruelle à laquelle on prétend l'opposer. Sur plus de vingt exemples d'extirpation bien authentiques et dus à des hommes d'une grande habileté, tels que Sauter, Langenbeck, Récamier, Delpech, Roux, Lizars, Dubled, etc., on ne compte pas un seul cas de guérison permanente; plusieurs des malades qui ont subi cette opération ont suc-

(1) *Nouveaux éléments de chirurgie*, t. I, p. 492.

combé quelques heures après, et petit est le nombre de celles qui lui ont survécu quelques jours. Aucune opération n'offre de résultats si constamment déplorables, et l'art ne perdra rien à son abandon définitif; car, lorsqu'il ne peut guérir, doit-il s'abstenir de faire souffrir sans utilité et de hâter la mort.

TROISIÈME SECTION.

TABLEAUX STATISTIQUES DES DÉPLACEMENTS ET MALADIES DE LA MATRICE.

Cette section est entièrement consacrée aux tableaux statistiques de la deuxième série.

Le chiffre des malades servant de base aux divers calculs que nous allons produire est de cent cinquante-six.

Classement des tableaux statistiques de la deuxième série.

Premier tableau statistique.

DE L'AGE DES FEMMES A L'ÉPOQUE DU DÉPLACEMENT DE LA MATRICE.

AGE.		PÉRIODES DE 5 ANS.	
16 ans.....	»		
17.....	2		
18.....	2	De 15 à 20 ans. . . .	7
19.....	1		
20.....	2		
21.....	8		
22.....	4		
23.....	1	De 20 à 25 ans. . . .	22
24.....	4		
25.....	5		
26.....	8		
27.....	8		
28.....	7	De 25 à 30 ans. . . .	38
29.....	4		
30.....	11		
31.....	11		
32.....	6		
33.....	4	De 30 à 35 ans. . . .	32
34.....	5		
35.....	6		
36.....	10		
37.....	1		
38.....	4	De 35 à 40 ans. . . .	25
39.....	4		
40.....	6		
41.....	3		
42.....	4		
43.....	»	De 40 à 45 ans. . . .	14
44.....	3		
45.....	4		
46.....	1		
47.....	2		
48.....	3	De 45 à 50 ans. . . .	9
49.....	1		
50.....	2		
51.....	3	.....	3
57.....	2	.....	2
62.....	2	.....	2
68.....	1	.....	1
73.....	1	.....	1
Chiffre des sujets.....			156

Deuxième tableau statistique.

DES TEMPÉRAMENTS DES FEMMES AFFECTÉES DE DÉPLACEMENTS DE LA MATRICE.

TEMPÉRAMENTS.	
Lymphatique	50
Nerveux	47
Nerveux sanguin	43
Nerveux lymphatique	6
Sans prédominance sensible d'un système sur les autres	4
Rachitique	3
Sanguin	2
Scrofuleux	1
Chiffre des sujets	156

Troisième tableau statistique.

CONDITIONS, ÉTATS OU PROFESSIONS DES FEMMES AFFECTÉES DE DEPLACEMENTS DE LA MATRICE.

PROFESSIONS.	
1re Classe. Sans profession. Propriétaires	58
2e *Id.* Marchandes	32
3e *Id.* Domestiques	30
4e *Id.* Fermières et jardinières	12
5e *Id.* Blanchisseuses ou repasseuses	11
6e *Id.* Ouvrières	6
7e *Id.* Actrices pour le chant	7
Chiffre des sujets	156

Quatrième tableau statistique.

DES CAUSES QUI ONT DÉTERMINÉ OU CONCOURU AU DÉPLACEMENT DE LA MATRICE.

CAUSES DE PROLAPSUS.	
Suite de couches	69
Id. de fausses couches	18
Id. d'accouchements terminés par le forceps	14
Id. de diverses maladies	18
Id. de fatigues	16
Id. d'efforts	9
Id. de chutes portant un fardeau	9
Id. de tractions sur le cordon ombilical	3
Total	156

Cinquième tableau statistique.

DE L'ANCIENNETÉ DES DÉPLACEMENTS DE LA MATRICE.

ANCIENNETÉ DES PROLAPSUS.	
1 année	51
2 —	30
3 —	9
4 —	7
5 —	1
6 —	14
7 —	1
8 —	7
10 —	11
12 —	3
13 —	2
15 —	5
18 —	2
19 —	1
20 —	6
22 —	1
24 —	1
25 —	1
32 —	1
36 —	1
43 —	1
Chiffre des prolapsus de la matrice	156

Septième tableau statistique.

DES ACCIDENTS SURVENUS AUX FEMMES AFFECTÉES DE PROLAPSUS OU MALADIES DE LA MATRICE.

ACCIDENTS.			
Tiraillements d'estomac	111		
Défaillance	98		
Sentiment de pesanteur ou de douleur au bas des reins	83		
Ecoulement involontaire des urines ou envies fréquentes d'uriner	63		
Sentiment de pesanteur dans le bas ventre.	48		
Crampes et engourdissements dans les cuisses	33		
Ecoulement par le vagin	32	muqueux...	17
		fétide et sanguinolent .	11
		de sang.....	4
Coliques	34		
Trouble général dans toutes les fonctions de l'économie et impossibilité de rester debout	28		
Gêne dans la marche	16		
Vomissements	13		
Affections nerveuses	11		
Toux d'irritation	7		
Constipation	7		

Septième et dernier tableau statistique.

DES TROIS DEGRÉS DES PROLAPSUS UTÉRINS COMPARÉS ENTRE EUX, AINSI QUE DES CAS OU L'APPLICATION DU PESSAIRE A ÉTÉ POSSIBLE.

1er DEGRÉ.								
Abaissement simple...	77							
Id. Réduit et contenu par le pessaire....	....	66						
Id. Irréductible.....	....	....	11					
2e DEGRÉ.								
Abaissement compliqué	62							
Id. Réductible et contenu par le pessaire.	....	35						
Id. Irréductible.....	....	....	27					
3e DEGRÉ.								
Abaissement complet..	17							
Id. Réductible et contenu par le pessaire.	....	13						
Id. Irréductible.....	....	....	4					
Utérus rencontrés à l'état normal.....	....	....	....	129				
Utérus malades.....	....	....	....	....	27	...	col ulcéré.	13
						...	col tuméfié ou infiltré.	8
						...	utérus malades. . .	6
Renversement complet du vagin.....	....	....	....	....	....	9		
Total des abaissements de l'utérus...	156							
Id. des abaissements contenus par le pessaire...		114						
Id. Des abaissements irréductibles.....			42					

CHAPITRE III,

FORMÉ DE DOUZE SECTIONS.

—

OBSERVATIONS DÉTAILLÉES CONCERNANT DES CAS RARES DE HERNIES, DE DÉPLACEMENTS ET MALADIES DE LA MATRICE.

Ce chapitre se compose de cent cinquante-deux observations sur des cas rares de hernies, de déplacements et de maladies de l'utérus, avec indication des traitements que nous avons prescrits et des résultats obtenus par nous sous les yeux des médecins ordinaires des malades.

Pour ne pas isoler les faits qui ont de l'analogie, nous avons cru devoir répartir nos nombreuses observations en douze sections, dont onze se rapportent aux hernies et une aux déplacements et maladies de la matrice.

Au lit du malade, les faits sont tout pour le médecin sage et éclairé. C'est pourquoi, dans l'observation d'une maladie, on ne peut apporter trop de soin et d'attention à recueillir et noter toutes les circonstances qui peuvent s'y rattacher et dont on a pu voir le commencement, distinguer et observer séparément les uns des autres les divers caractères de l'affection morbide. Il convient également d'indiquer les divers moyens qui ont concouru à calmer d'abord, et plus tard à guérir, afin que le jeune praticien puisse, d'après des faits clairement exposés, établir son diagnostic et même porter son jugement sur les évènements des maladies pour lesquelles il aura été appelé.

Les observations ont encore l'avantage de faire apprécier pour ce qu'elles valent une foule d'hypothèses, qui

souvent se contredisent, ainsi que de détruire, chez les hommes consciencieux, les erreurs qu'ils auraient pu admettre.

C'est donc un devoir sacré pour le médecin envers la société, après une longue pratique, de lui communiquer les faits rares et curieux par lui rencontrés dans sa clientèle. C'est d'après les principes que nous venons d'énoncer que sont rédigées nos observations détaillées, lesquelles ne seront pas lues sans intérêt par les praticiens s'adonnant au traitement de ces maladies.

PREMIÈRE SECTION.

TUMEURS PRISES A TORT POUR DES HERNIES.

Ire *observation*, Ire *section*.

Abcès situé du côté droit près du sternum, pris et traité pour une hernie abdominale. Sujet masculin, âgé de deux ans.

M***, enfant de deux ans du sexe masculin, éminemment lymphatique et même scrofuleux, avait, depuis cinq à six jours, une tumeur de la grosseur du pouce, située du côté gauche, en dehors du sternum, pour laquelle on réclama de moi un bandage herniaire. Après avoir examiné avec beaucoup d'attention ce jeune malade, dont la tumeur ne m'offrit aucun des caractères propres aux hernies, j'écrivis au médecin qui me l'avait adressé pour l'engager à revisiter cet enfant, afin de voir si mes doutes étaient bien fondés; voici la réponse qu'il me fit :

« Le docteur *** soumet à M. Verdier des observations » sur l'enfant de madame M***. La première fois qu'il le » vit, il crut que la tumeur qu'il portait à la région épigas- » trique était un kyste; mais, en pressant légèrement, il est » parvenu à la faire rentrer de manière à ce que l'enfant, » qui souffrait beaucoup auparavant, donnait une preuve

» certaine que ces souffrances étaient disparues en s'en-
» dormant.

» Cette tumeur, qu'il regarde comme une lésion de l'é-
» piploon, a considérablement augmenté depuis quelques
» jours. Elle détermine chez l'enfant un malaise continuel.
» Elle l'empêche de marcher et ne lui permet pas la
» station droite; en essayant de faire prendre cette posi-
» tion à l'enfant, il jette des cris qui démontrent la vive
» douleur qu'il éprouve dans la tumeur. Il ne peut
» manger.

» M.*** ne croit pas qu'une tumeur enkystée puisse dé-
» terminer ces accidents; d'ailleurs il est parvenu, la pre-
» mière fois, à la faire disparaître, et alors le toucher
» démontrait l'éraillement qui existait à la ligne blanche.
» Aujourd'hui, il éprouverait les mêmes inquiétudes que
» M. Verdier sans ces antécédents. Pour cependant que
» de nouvelles observations soient faites en commun,
» M. Verdier serait très aimable s'il voulait indiquer l'heure
» à laquelle il se trouverait demain chez le petit malade.
» Alors M.*** se ferait un plaisir de se rencontrer avec
» lui, etc. »

Le lendemain de cette lettre, nous visitâmes ensemble ce petit malade. A la première inspection, il ne fut plus possible de méconnaître la nature de la tumeur. L'enfant sortait du bain. Cette tumeur, extrêmement douloureuse, avait acquis un volume considérable; elle offrait les caractères de fluctuation. On remarquait à son sommet une rougeur très manifeste, indiquant l'endroit où l'abcès devait s'ouvrir, ce qui eut lieu douze à quinze heures après notre visite.

L'erreur du médecin, praticien d'un grand mérite, était facile à commettre à l'époque où il examina l'enfant, et si je reconnus de suite le vrai caractère de cette tumeur, c'est que précédemment j'avais eu occasion de rencontrer des cas analogues; sans cela j'aurais pu partager son erreur.

IIe *observation*, 1re *section.*

Varicocèle du cordon testiculaire pour laquelle on fit porter pendant dix ans au malade un bandage herniaire.

M. C*** portait, depuis dix ans, un bandage herniaire pour une tumeur située dans le trajet du canal sus-pubien, et qui, par suite de la compression, au lieu de disparaître, avait franchi l'anneau inguinal, puis descendue dans le scrotum en entourant le cordon testiculaire. Le malade pensa que son bandage, mal fait, était la cause de la sortie de la hernie qu'il supposait avoir. Il demanda à M. le professeur Duméril, son médecin, une personne en qui il pût placer sa confiance pour gouverner cette infirmité. Voici ce que m'écrivit ce savant médecin en m'adressant son malade :

« Monsieur,

» Veuillez, je vous prie, examiner la tumeur herniaire » que porte la personne qui vous remettra ce billet, et » qui a commencé par une varicocèle bien évidente. Vous » m'obligerez beaucoup, Monsieur, en apportant toute » votre attention à la confection du bandage qui paraît » devoir exiger une disposition particulière.

» Votre tout dévoué serviteur,

Signé : Duméril. »

J'examinai ce malade, âgé de trente-quatre ans : tempérament éminemment sanguin ; système musculaire peu développé ; embonpoint assez remarquable ; chairs molles. La tumeur qui se rencontrait dans tout le trajet du canal sus-pubien se prolongeait également le long du cordon testiculaire qu'elle enveloppait jusqu'aux testicules. Les espèces d'inégalités qui en résultaient ne pouvaient

pas être prises par un praticien exercé pour celles qu'offre ordinairement l'épiploon.

L'action soutenue du bandage herniaire avait écrasé, aplati et considérablement augmenté le volume de cette tumeur. Le taxis, soutenu pendant une demi-heure à trois quarts d'heure, le malade étant couché, en diminuait le volume, mais rien n'annonçait sa rentrée dans le ventre. Mon premier examen eut lieu le soir; le malade ayant beaucoup marché pendant toute la journée, je l'examinai le lendemain matin. La tumeur me parut alors beaucoup moins grosse que la veille et plus mollasse. On aurait même pu croire qu'une partie était rentrée dans le ventre. Mais un examen plus approfondi me la fit retrouver sous les téguments.

Pour fixer mon diagnostic, le bandage étant ôté et le malade debout, je plongeai le scrotum dans un vase rempli d'eau chaude, à la température de 28 à 30 degrés. Au bout de quelques minutes, la tumeur avait acquis dans le scrotum, ains qu'au dessus de l'anneau, un volume beaucoup plus considérable qu'elle n'avait lors de mon premier examen. A ce bain chaud, j'en fis succéder un d'eau froide, le malade étant toujours dans la même position, c'est à dire debout, et après quelques minutes, la tumeur disparut dans sa presque totalité.

Cette expérience pour moi fut décisive, mais il me fut impossible de faire partager ma conviction par le malade qui, habitué à l'usage du bandage, prétendit ne pas pouvoir s'en passer; d'ailleurs, d'après ce qu'il éprouvait, me dit-il, il savait bien que sa tumeur était herniaire, et que, dans le cas où je me refuserais à lui placer un bandage, il s'adresserait à d'autres personnes. J'écrivis à M. le docteur Duméril pour le prier d'examiner lui-même le malade et de trancher la question. Au lieu de me répondre par écrit, ce grand médecin eut la bonté de passer chez moi, et de me dire qu'exerçant la médecine et non la chirurgie, il m'avait envoyé son client pour un cas de ma pratique,

qu'il s'en rapportait entièrement à moi et que j'eusse à faire ce que je jugerais convenable.

Malgré toute l'obligeance de cette réponse, j'insistai pour que le malade fût examiné par des premiers chirurgiens de Paris, afin que, s'ils reconnaissaient un varicocèle, le bandage fut supprimé, vu que sa présence empêcherait le retour du sang veineux, et par conséquent devait chaque jour augmenter le volume de la tumeur.

MM. les professeurs Béclard et Clocquet furent choisis, et leur opinion se trouva en tout conforme à la mienne. Le bandage herniaire fut donc remplacé par un suspensoir et au bout de quelques mois le malade finit par convenir qu'il se trouvait bien de la suppression de son bandage.

IIIe *observation*, 1re *section*.

Hydrocèle enkystée du cordon testiculaire droit prise pour une hernie. Application d'un bandage qui donna lieu à l'hydrocèle de la tunique vaginale.

M. L***, âgé de trois ans, éminemment lymphatique, de faible constitution, portait depuis quelques mois une petite tumeur scrotale dans le trajet du cordon testiculaire du côté droit, pour laquelle le médecin de ses parents conseilla l'application d'un bandage herniaire. La mère de cet enfant me le présenta. En l'examinant je crus reconnaître une hydrocèle enkystée du cordon testiculaire et non une hernie. Dans cette hypothèse le bandage était contr'indiqué, car sa compression en refoulant le liquide par en bas, devait infailliblement donner lieu à une hydrocèle de la tunique vaginale. Je conseillai l'usage du suspensoir et l'application de compresses trempées dans du gros vin rouge dans lequel on aurait fait bouillir auparavant des feuilles de roses de Provins.

Malgré mes observations écrites, le médecin du petit malade persista dans son opinion, et je plaçai un bandage.

Cinq à six heures après son application, ce que j'avais prévu arriva, le scrotum augmenta considérablement de volume, et il laissait voir à travers sa paroi extrêmement amincie, la sérosité que renfermait la tunique vaginale dans laquelle nageait letesticule.

L'enfant se plaignant d'une vive douleur, sou médecin consentit momentanément à la suppression du bandage en déclarant toutefois l'intention d'y revenir plus tard.

M. Dupuytren fut consulté. Il fit remplacer le bandage par un suspensoir et prescrivit comme je l'avais fait, des applications de compresses trempées dans le gros vin, en assurant à la mère de cet enfant que jamais il n'avait existé de hernie. La sérosité fut absorbée au bout de trois à quatre mois. Aujourd'hui ce jeune homme a quinze ans. Il court et saute dans sa pension et se livre, comme ses camarades, aux exercices gymnastiques de toute nature sans que jamais il ne lui soit survenu la plus légère apparence de hernie. Quant à la tunique vaginale elle adhère aussi intimement au testicule du côté droit que le fait celle de l'autre côté au testicule gauche.

IVe *observation*, 1re *section.*

Engorgement, par suite de maladie vénérienne, des ganglions de l'aine sur lesquels il fut placé un bandage herniaire. Sujet masculin.

M. C***, âgé de soixante-huit ans, lymphatique, scrofuleux dans son bas âge, célibataire, rentier, se livrait assez fréquemment aux plaisirs de l'amour avec des femmes de mauvaise vie. De semblables liaisons devaient nécessairement finir par compromettre sa santé; c'est ce qui lui arriva. Il y a bien cinq à six mois que M. C*** s'aperçut d'une petite tumeur à l'aine au dessus du ligament sus-pubien du côté gauche. Elle était à peu près de la grosseur d'une noix et de forme oblongue, douloureuse au toucher et peu

mobile, un médecin d'une petite ville d'Auvergne que la malade habitait, crut reconnaître une hernie formée par l'épiploon et lui fit placer un bandage herniaire sous la compression duquel la tumeur augmenta considérablement et devint le siége de vives douleurs que l'on attribua à une mauvaise confection du bandage.

M. C*** fit le voyage de Paris pour se procurer un bandage mieux fait et plus propre à contenir sa prétendue hernie. Il vint chez moi le soir après avoir fait de longues courses à pied pendant toute la journée. Mon examen me porta à croire qu'il n'existait pas de hernie ; pourtant avant de l'assurer au malade, je voulus le voir une seconde fois dans son lit, le matin avant qu'il fût levé. A cette seconde visite, les recherches les plus minutieuses ne purent me faire rencontrer la plus légère trace d'une épiplocèle. La tumeur était pâteuse au toucher, bosselée dans plusieurs endroits, offrait à son centre assez de mollesse pour me faire présumer qu'il existait de la fluctuation.

Pendant toutes mes recherches le malade se plaignit de douleurs et d'élancements qu'il éprouvait rarement lorsqu'il était couché et que sa tumeur était abandonnée à elle-même.

Un semblable engorgement ne pouvait appartenir qu'aux ganglions de l'aine, et devait, à l'âge du malade et d'après ses habitudes, faire soupçonner une maladie vénérienne.

M. C*** n'ayant pas de médecin à Paris, je lui conseillai de se confier aux soins du docteur Piorry, qui, après quatre mois d'un traitement antisyphilitique convenablement dirigé, le guérit complètement, bien que plusieurs ganglions se fussent successivement engorgés et eussent mis M. Dupuytren dans l'obligation de les ouvrir avec le bistouri. Le malade s'en retourna dans sa province n'ayant plus de tumeur à l'aine gauche, et, par cela même, exempt de porter un bandage.

V^e *observation*, 1re *section*.

Engorgement de l'ovaire sur lequel il fut placé un bandage crural.

Madame P***, âgée de trente ans, d'un tempérament nerveux, sanguin, me fut adressée par le docteur Tartra, pour un abaissement de la matrice au deuxième degré, existant depuis trois ans, et survenue à la suite d'une couche laborieuse suivie de beaucoup de fatigue. Le vagin était extrêmement affaissé, ce qui donnait au méat urinaire l'apparence d'une grande tuméfaction.

Indépendamment de cette infirmité, il était survenu depuis plusieurs années, à cette dame, une petite tumeur à l'aine droite, laquelle soulevait les téguments du bas-ventre, dans le voisinage de l'arcade crurale. Son volume était très variable; beaucoup plus grosse à l'époque des règles, elle diminuait presque en totalité à leur issue, quand l'écoulement avait été très abondant. Le taxis déterminait l'enfoncement de la tumeur dans le bas-ventre, mais non sa disparition.

Ces divers caractères firent supposer l'existence d'une hernie crurale, et un bandage fut appliqué. Il détermina de vives douleurs dans la tumeur dont le volume augmenta considérablement. La malade m'ayant consulté, je fis de suite supprimer le bandage, et, pour diminuer la sensibilité des parties qu'il avait comprimées, je prescrivis une application de sangsues, suivie de cataplasmes émollients et de bains. Au bout de huit jours de traitement, la tumeur avait cessé d'être douloureuse et avait repris sa situation primitive. Je fis porter à cette dame une ceinture en élastique, à laquelle était fixée un petit coussin destiné à soutenir en comprimant légèrement cette tumeur, dont la formation était due à l'ovaire droit.

Trois ans après, madame P. vint me revoir; sa tumeur n'avait pas augmenté de volume et ne l'avait jamais fait

souffrir depuis la suppression du bandage, mais elle continuait, comme par le passé, à devenir beaucoup plus grosse à l'époque des règles.

VIe *observation*, 1re *section*.

Hydropisie enkystée formant tumeur à l'anneau ombilical, sur laquelle il fut placé un bandage herniaire. Sujet du sexe féminin.

Mademoiselle M***, âgée de seize ans, d'une assez faible constitution, fut réglée à l'âge de quatorze ans. A quinze ans, elle eut un saisissement qui supprima ses règles quelques heures après leur apparition. Une hydropisie abdominale se manifesta. M. le docteur P. Auvity réussit, au bout d'un an, à la faire disparaître. Le ventre étant revenu à son état normal, il resta à l'ombilic une tumeur de la grosseur du poing.

La mère de cette demoiselle ne voulut pas faire part à son médecin de cet accident, et présumant que c'était une hernie, elle fit faire un bandage pour la contenir. Il paraît que la personne qui fut appelée ne s'assura pas du caractère de la tumeur, car le bandage qu'elle fabriqua ne remplit nullement l'indication, et pourtant la jeune personne le porta pendant plusieurs mois, quoiqu'elle en fût très incommodée.

Le bandage ne pouvait rester fixé sur la prétendue hernie; c'est ce qui obligea enfin la mère de la malade à parler de cet accident au médecin qui avait si heureusement guéri sa fille. M. le docteur Auvity me fit appeler, persuadé que je réussirais mieux que la personne qui m'avait précédé, à contenir cette prétendue hernie.

En portant la main à l'anneau ombilical par dessous les vêtements de la malade, je présumai de suite que la tumeur était une hydrocèle enkystée. En l'examinant ensuite à nu, il me fut facile de reconnaître, à l'aide d'une bougie allumée et à travers la peau, extrêmement amincie, la

présence du liquide qu'elle contenait. Un trois quarts, plongé dans cette tumeur, donna issue à un verre de sérosité. L'opération terminée, la peau, qui était devenue flasque, fut soutenue par une compresse et un bandage de corps. Plus tard, cet appareil fut remplacé par une ceinture ventrière élastique, et, trois mois après son application, il ne resta plus aucune trace d'hydropisie.

VIIe *observation*, 1re *section*.

Hémorrhoïdes prises pour une chute du rectum. Sujet masculin portant deux entéro-épiplocèles scrotales.

M. le prince de P***, Napolitain, âgé de cinquante-quatre ans, constitution bilioso-nerveuse, ayant peu d'embonpoint, portait depuis quinze ans un bandage pour une chute de l'intestin rectum ; du moins un médecin italien avait cru reconnaître cette infirmité. Le malade admit cette opinion avec d'autant plus de facilité qu'à Naples et dans d'autres parties de l'Italie, ces maladies sont assez communes, et que d'ailleurs un de ses frères, plus âgé que lui, en était atteint depuis sa plus tendre enfance.

Deux hernies inguinales étant survenues au prince, il me fit appeler. En l'examinant, je reconnus que la prétendue invagination ou chute du rectum n'était qu'une tumeur hémorrhoïdale qui, à l'issue des garderobes se trouvait à peu près de la grosseur du poing. Cette tumeur rentrait lentement quand le prince s'asseyait sur une vessie remplie de glace concassée.

On essaya sans succès les douches froides ascendantes dans le rectum. Elles déterminèrent de fortes coliques et donnèrent lieu à l'exaspération du système nerveux. Après leur administration, le prince éprouvait, pendant plusieurs heures, un frisson nerveux avec soubresauts et contraction plus ou moins forte des muscles de la face.

La constipation ordinaire rendait les garderobes rares ;

souvent même elles n'avaient lieu qu'à huit ou dix jours de distance les unes des autres. Les efforts que nécessitait cette fonction étaient considérables et quelquefois soutenues pendant une heure à une heure et demie, bien que pour rendre l'expulsion des matières stercorales plus facile, le malade fît fréquemment usage de bains de siège et de lavements émollients.

Ce fut par suite de ces efforts, si souvent réitérés, que deux bubonocèles se formèrent. La première hernie parut à l'anneau inguinal du côté droit, il y a à peu près deux ans; et celle de l'autre côté un an après. L'anse d'intestin, engagée dans chacune de ces hernies, fut d'autant plus facile à maintenir par le bandage herniaire à pelote allongée, qu'elle n'avait jamais franchi les anneaux inguinaux.

Le prince, admettant avec peine mon opinion de l'existence d'hémorrhoïdes au lieu de chute du rectum, en référa au jugement des docteurs Dupuytren, Cloquet et Lebreton, qui lui dirent positivement que jamais il n'avait existé autre chose que des hémorrhoïdes; et même, M. Dupuytren proposa au malade de le débarrasser de cette infirmité par l'opération. Celui-ci s'y étant refusé, je plaçai un bandage à deux demi-corps pour les deux hernies, auxquels j'ajoutai une laize de toile, large de deux à trois travers de doigt, laquelle était garnie, dans un de ses points, d'une espèce de bourrelet en gomme élastique de forme ovoïde, offrant une proéminence de deux à trois centimètres. Ce bourrelet, en s'introduisant entre les fesses au dessous de l'anus, s'opposait, autant que possible, à la sortie des hémorrhoïdes.

La bande de toile était fixée postérieurement au bandage, tandis que sa partie antérieure se partageait sous le périnée en deux chefs; dont chacun, en passant à côté et en dehors du scrotum, venait se fixer antérieurement à l'extrémité de la pelote du bandage au moyen d'une boucle dont elle était armée.

L'usage de cette espèce de bandage en T, améliora de

beaucoup la position du prince, ce qui a également eu lieu chez plusieurs autres sujets, et dans des cas analogues où j'ai employé de même cet appareil.

DEUXIÈME SECTION.

HERNIES MÉCONNUES, PRISES ET TRAITÉES POUR D'AUTRES MALADIES.

VIIIe *observation*, 2e *section*.

Hernies inguinales droites et gauches méconnues. Malade traité pour une affection rhumatismale. Sujet du sexe masculin.

M. B***, âgé de soixante-six ans, d'un tempérament sanguin, ayant beaucoup d'embonpoint, homme de cabinet, directeur des poudres et salpêtres, éprouvait depuis deux ans de mauvaises digestions, suivies de coliques et de douleurs dans les aines. L'appétit était à peu près nul, et une constipation opiniâtre lui faisait éprouver d'assez grandes difficultés pour aller à la garderobe. Le médecin ordinaire du malade crut à l'existence d'une affection rhumatismale se portant sur les gros intestins; et, d'après cette manière de voir, il envoya, pendant trois campagnes de suite, M. B*** aux eaux minérales.

Au retour de la dernière campagne, l'état du malade étant à peu près le même, il vint me voir, d'après l'avis du docteur Ducamp. En l'examinant, je trouvai au dessus des ligaments sus-pubiens deux petites tumeurs, l'une à droite, et l'autre à gauche. Les cordons testiculaires variqueux tenaient les anneaux inguinaux dilatés. Je présumai devoir faire garder le lit au malade durant quelques jours, en prescrivant l'application de dix sangsues de chaque côté pour dégorger les veines des cordons testiculaires.

Deux jours après cette saignée locale, il me fut facile de

reconnaître deux entéro-épiplocèles, rentrant dans le ventre avec beaucoup de difficulté et en faisant éprouver au malade d'assez vives douleurs. Un bandage herniaire double fut placé, et huit jours après son application, tous les accidents avaient cessé. L'appétit reparut, les digestions furent meilleures, les garderobes plus faciles, et le malade reprit sa gaîté et ses occupations ordinaires. Le docteur Lherminier a vu plusieurs fois le malade depuis l'origine de son indisposition, et il m'a souvent assuré qu'il se trouvait on ne peut mieux de son bandage.

IXe *observation*, 2e *section*.

Hernie ombilicale traitée pour une phlegmasie chronique de l'estomac, guérie par l'application de notre bandage ombilical à ressort d'élastique. Sujet du sexe féminin.

Madame R***, âgée de trente-six ans, tempérament éminemment lymphatique, ayant beaucoup d'embonpoint, cicatrice ombilicale très rentrée, femme d'un ambassadeur d'Espagne, éprouvait depuis longtemps de très mauvaises digestions, malgré l'attention qu'elle apportait dans le choix des aliments dont elle faisait usage. Les repas étaient assez ordinairement suivis de vomissements de matières glaireuses et muqueuses, de bile et d'aliments. La bile fit présumer à son médecin que quelques purgatifs débarrassaient l'estomac de cette liqueur, dont l'âcreté pouvait l'irriter et donner lieu aux accidents qui troublaient si évidemment la santé de cette dame. Ce moyen n'ayant pas réussi, la malade fut traitée par les antiphlogistiques et soumise au régime le plus sévère dans la supposition de l'existence d'une phlegmasie chronique de l'estomac.

Quatre mois de ce traitement, suivi sans écart de régime, n'ayant amené aucune amélioration dans la santé de cette dame, Dupuytren, qui lui donnait des soins, voulut l'examiner nue, pour s'assurer qu'il n'existait pas de hernie ou

pincement de l'estomac par suite de l'écartement des fibres musculaires, dans un point quelconque du ventre. Il trouva la paroi abdominale ferme et résistante dans toute son étendue, et, comme je l'ai dit, la cicatrice ombilicale très rentrée. Il l'explora, fit tousser la malade, et, sans rien lui dire sur ce qu'il croyait avoir reconnu, il lui annonça sa visite pour le lendemain, accompagné d'une autre personne.

Sur l'invitation de ce célèbre praticien, je me rendis chez Mme R***, qui nous attendait couchée dans son lit. M. Dupuytren m'invita à porter mon doigt au fond de la cicatrice ombilicale de cette malade. Pui il me demanda si je n'y rencontrais rien de particulier. Avant de répondre, je voulus examiner avec la plus minutieuse attention le fond du nombril, car, d'après la question qui venait de m'être adressée, je devais supposer que ce n'était pas sans motif qu'on m'avait fait porter mon doigt dans cet endroit.

Cette cicatrice offrait un renfoncement de quatre à cinq centimètres de profondeur; dans son fond à peu près à son centre, il se rencontrait une petite tumeur ne dépassant que de quelques millimètres les parties qui l'environnaient. Elle était oblongue, de la grosseur de l'extrémité du petit doigt, molle, cédant facilement à la compression, mais plus résistante et plus développée quand la malade toussait ou se mouchait; pourtant ces caractères étaient si peu sensibles que, si je n'eusse pas été sous les yeux de M. Dupuytren, il eût été très possible que j'eusse méconnu cette hernie.

Ce cas me sembla avoir une grande analogie avec celui publié par Piplet jeune dans les mémoires de l'Académie de chirurgie, d'un pincement de l'estomac à travers la ligne blanche(1). En m'appuyant de ce fait, j'annonçai l'existence d'une hernie ombilicale, sans pouvoir affirmer si elle était

(1) *Voyez* le mémoire intitulé : *Nouvelles observations sur les hernies*, t. IV, p. 249, édition in-8° de Menars et Desenne. Paris, 1819.

formée par l'épiploon ou par l'estomac. Un sourire de M. Dupuytren, accompagné d'un mouvement de tête affirmatif, me fit voir que telle était son opinion. Aussitôt ce grand chirurgien dit à la malade avec la franchise et la noblesse si dignes d'un praticien du premier mérite : « Ma» dame, depuis quatre mois je vous traite pour une affection » chronique de l'estomac : j'étais dans l'erreur; admettons, » si vous voulez bien le permettre, que nous n'avons rien » fait, car ce n'est que d'aujourd'hui que votre état m'est » bien connu. Monsieur et moi, sans nous être communi» qués, avons la même opinion sur la cause de votre mal» aise, et nous sommes sûrs de le faire cesser. »

Je proposai à M. le professeur Dupuytren d'employer mon bandage ombilical à ressorts d'élastique, d'y ajouter au centre une pelote à ressort spirale offrant une espèce de cône dont le sommet comprimerait la petite tumeur, tandis que sa base s'appuierait sur la portion élastique du bandage. L'ensemble de cet appareil donna lieu à une compression modérée et soutenue au fond de l'ombilic, en s'isolant dans tous ses points des parties formant le pourtour de cette ouverture.

Ce moyen répondit si complètement à notre attente que douze à quinze jours après son application, les vomissements et autres accidents auxquels était sujette Mme R*** cessèrent. Sa santé redevint des plus brillantes, et, après six mois de l'usage du bandage, cet instrument fut supprimé sans inconvénient.

X^e *observation*, 2e *section*.

Épiplocèle à l'arcade crurale prise pour un ganglion lymphatique engorgé par suite de maladie vénérienne. Hernie guérie par le bandage herniaire. Sujet du sexe féminin.

Mlle de M***, âgée de trente-huit ans, éminemment nerveuse, ayant de l'embonpoint, fut soumise, il y a huit ans, à un traitement antisyphilitique à l'occasion d'un écoulement muqueux par le vagin, qui n'était que la

suite de chagrins causés par la rupture de liaisons intimes de cette personne avec un jeune homme par lequel elle fut abandonnée. Le médecin à qui cette dame raconta ces particularités lui fit prendre la liqueur de Van Swieten. Ce purgatif ne tarda pas à déterminer de violents vomissements, à la suite desquels on s'aperçut d'une petite tumeur à l'aine, qui malheureusement fut prise pour un ganglion lymphatique engorgé. L'apparition de cette tumeur fit continuer par le médecin le traitement qu'il avait commencé; mais au lieu de disparaître, elle augmenta considérablement de volume et finit par se porter du côté de la cuisse, en suivant la direction de la veine saphène, ce qui donna lieu plus tard à une tumeur allongée de trois à quatre travers de doigt, laquelle était pâteuse au toucher et irréductible. Ce fut dans cet état que je la trouvai; son existence, comme je l'ai dit, datait de huit ans.

La malade, toujours persuadée que sa tumeur était la suite d'une maladie vénérienne, me confia les faits ci-dessus rapportés. Avant de prononcer sur le caractère de cette tumeur, je voulus l'examiner à différentes époques de la journée, le matin à la sortie du lit, ou le soir après que la malade avait marché ou était restée plusieurs heures debout; mais, soit le matin, soit le soir, la tumeur conservait le même volume; les seules différences qu'elle offrait à ces deux époques de la journée, c'était qu'à la première elle était molle et pâteuse, tandis qu'à la seconde elle avait une dureté remarquable.

Ce ne fut qu'après un taxis soutenu et souvent répété, qu'au bout de sept à huit jours la tumeur s'affaissa, devint molle et perdit les deux tiers de son volume, ce qui me fortifia dans l'idée que j'avais de l'existence d'une hernie de l'épiploon compliquée d'adhérence intime de ce viscère au sac herniaire, et de ce dernier aux fibres musculaires et tissus qui l'environnaient. D'après cette supposition, je crus devoir placer de suite un bandage crural à ressort, qui, en appliquant à l'orifice externe de l'arcade crurale l'épi-

ploon et la partie du péritoine qui lui sert d'enveloppe, devint un obstacle au déplacement et à la sortie d'une portion d'intestin.

Dans les premiers temps de la compression, il survint de vives douleurs qui firent suspendre momentanément l'usage du bandage; mais après l'emploi de quelques cataplasmes émollients, j'en fis une application nouvelle, et, pour cette fois, la malade n'en fut nullement incommodée.

L'épiploon et le sac herniaire s'affaissèrent de manière à rendre insensible à l'œil leur présence à la partie moyenne de la cuisse. L'intestin, exactement maintenu dans le ventre, conserva sa position normale, et, au bout de cinq à six mois, le bandage fut supprimé.

Un voyage long, fait dans de mauvaises voitures, joint à un rhume violent, firent paraître l'intestin à l'arcade fémorale; bientôt des coliques se manifestèrent, ainsi que d'assez vives douleurs, que le repos de quelques jours et l'application de cataplasmes émollients firent cesser. Le bandage fut réappliqué, et, depuis plusieurs années, il est porté par la malade, quoique, pour la seconde fois sa hernie eût entièrement disparu.

XIe *observation*, 2e *section.*

Épiplocèle gauche prise et traitée pour un ganglion inguinal engorgé. Sujet masculin, soixante-deux ans.

M. le duc de C***, âgé de soixante-deux ans, d'une constitution éminemment nerveuse, ayant peu d'embonpoint, nous raconta qu'à l'âge de vingt-un ans, en s'amusant à faire sauter des fossés par un jeune cheval qu'il montait depuis quelque temps, l'animal tomba sur le côté avec son cavalier. Dans sa chute, M. le duc se trouva la cuisse et la jambe gauche engagées sous le ventre du cheval et fortement comprimées. Aussitôt une vive douleur se fit sentir à l'anneau inguinal gauche, et le testicule de ce côté,

ainsi que son cordon, se tuméfièrent ; alors le scrotum acquit spontanément un volume égal à celui du poing.

Cet état fut promptement suivi de vomissement, d'abord bilieux, et ensuite colorés de matières stercorales. Le célèbre Petit, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu fut immédiatement appelé, il reconnut de suite une entérocèle inguinale avec tuméfaction du testicule. Une consultation eut lieu, et la gravité des accidents fit mettre en question s'il ne conviendrait pas de pratiquer de suite l'opération de la hernie étranglée, puis la ligature et l'amputation du cordon testiculaire ; mais le malade s'étant refusé de se soumettre à cette double opération, il fut convenu que l'on s'en tiendrait à un traitement antiphlogistique.

La diète la plus sévère fut observée, plusieurs saignées, jusqu'à défaillance furent pratiquées ; la tumeur fut couverte de cataplasmes, d'abord émollients, et plus tard astringents. Après trois à quatre jours de ce traitement, la hernie rentra, les douleurs lancinantes du testicule cessèrent, et cet organe revint à peu près à son volume primitif ; l'épididyme seul resta toujours d'un tiers plus gros qu'il n'était avant l'accident. La cure de cette hernie fut si complète qu'on ne jugea pas nécessaire de faire porter à ce jeune homme pendant plus de deux à trois mois un bandage herniaire.

En 1821, à la suite de longues courses faites à cheval, M. le duc de C***, en faisant sa toilette, s'aperçut pour la première fois de l'existence d'une petite tumeur de la grosseur d'une noix, dont le siége se trouvait au pli de la cuisse gauche, un peu au dessus et en dehors de l'anneau inguinal. Le médecin consulté par le malade, lui déclara que c'était un ganglion de l'aine engorgé, susceptible de se résoudre. Il fit placer dessus pendant trois à quatre mois des emplâtres fondants ; mais la tumeur, au lieu de disparaître, comme l'avait annoncé ce médecin, augmenta de volume en se dirigeant du côté de l'anneau inguinal. De temps à autre le malade y ressentait d'assez vives douleurs, qui se terminaient par des coliques.

M. le duc, inquiet de son état, consulta le docteur Regnault. Ce médecin m'ayant fait appeler, nous visitâmes ensemble son malade le matin avant qu'il fût sorti de son lit. Au moyen du taxis soutenu pendant vingt-cinq à trente minutes, la hernie rentra lentement et sans bruit, ce qui nous porta à croire qu'elle n'était due qu'à l'épiploon. Le lendemain soir, après que le malade eut marché pendant toute la journée, nous trouvâmes la hernie beaucoup plus grosse que la veille; elle se prolongeait même jusqu'à travers l'anneau inguinal. Cette augmentation de volume de la tumeur était due à une portion d'intestin sortie du ventre en suivant l'épiploon.

Cette entéro-épiplocèle, depuis ce moment, fut exactement maintenue par le bandage herniaire, mais, tout en le portant, M. le duc ne croyait pas avoir une hernie; c'est ce qui le détermina à consulter M. le docteur Dupuytren. Ce savant chirurgien fut de notre avis, et dit au malade qu'il lui conseillait de porter le bandage pendant le reste de sa vie.

En 1832, M. le duc éprouve une affection nerveuse et rhumatismale qui nécessita l'emploi d'un grand nombre de bains chauds, et même d'une dixaine de bains de vapeur. Ces derniers provoquèrent d'abondantes transpirations, qui firent cesser les accidents nerveux; mais l'affection rhumatismale se soutint encore pendant cinq à six semaines. Pendant tout ce temps le malade garda la chambre et même le lit, et observa une diète sévère. Ce régime détermina un tel amaigrissement, que, malgré le peu d'embonpoint ordinaire de M. le duc, la peau du bas-ventre devint molle et flasque.

Par suite de la fonte du tissu cellulaire de la partie inférieure de la paroi abdominale, les anneaux inguinaux se trouvèrent très distendus; c'est probablement à cet état qu'il faut rapporter la formation sans cause connue d'une entéro-épiplocèle scrotale et volumineuse du côté droit dont s'aperçut le malade dès qu'il voulut reprendre les prome-

nades qu'il avait l'habitude de faire à pied ou à cheval. Cette nouvelle hernie fut d'autant plus difficile à maintenir réduite, que l'aponévrose qui forme le pilier interne de l'ouverture inguinale, se trouvait très amincie et très allongée, c'est pourquoi les viscères en sortant du ventre, se portaient dans une direction oblique jusque sous les ligaments suspenseurs de la verge.

Quant à la hernie du côté gauche, elle fut toujours facile à maintenir réduite, malgré qu'elle eût éprouvé un accroissement assez considérable pour offrir un volume double de celui qu'elle avait précédemment.

Je plaçai à M. le duc un bandage à deux demi-corps à pelotes allongées; celle du côté droit était plus large et plus longue que celle du côté grauche, et offrait en outre à sa partie supérieure une échancrure correspondant à la verge. Au moyen de ce bandage, pendant plus de deux ans les deux hernies furent complètement maintenues, ce qui probablement aurait eu lieu plus longtemps, et peut-être toujours, s'il ne fût survenu à M. le duc une nouvelle attaque de rhumatisme qui, semblable à celle dont nous avons parlé précédemment, ne l'eût fait soumettre une seconde fois à un traitement débilitant, lequel, comme on doit bien le penser, augmenta encore la faiblesse des téguments du bas-ventre.

A cette dernière indisposition se joignit une incontinence d'urine par suite d'atonie de la glande prostate; depuis lors la hernie du côté droit cessa de pouvoir être contenue en totalité, et, malgré le bandage, il suffisait du plus léger mouvement de la part du malade pour qu'on la vît reparaître.

Ce n'était d'abord que le sac herniaire avec une petite portion d'épiploon de la grosseur du petit doigt, qui, en se portant vers le pilier interne de l'anneau inguinal, le faisait céder; ensuite de nouvelles parties de ce viscère suivaient celle sortie précédemment, et alors, le scrotum dilaté par la hernie offrait à peu près un volume de la grosseur du

poing. Cet accident n'était jamais plus complet et plus prompt que quand il survenait des quintes de toux produites par un asthme qui depuis longtemps tourmentait le malade (1). L'usage du bandage à deux demi-corps avait constamment lieu le jour et la nuit; malgré sa présence, la hernie droite rentrait d'elle-même aussitôt que le malade était couché, pour ressortir quelques instants après son lever. J'ajoutai au bandage une poche de suspensoir à filet, qui, en soutenant le scrotum, s'opposa à sa trop grande dilatation.

M. le duc, que je voyais régulièrement une ou deux fois par semaine, ne souffrait autrement de ses hernies que par la gêne que lui causait leur volume. Il continua à jouir d'une assez bonne santé et de monter à cheval jusqu'au commencement de l'année 1838, où, dans l'espace de quelques semaines, le testicule gauche devint le siège d'une hydrocèle de la tunique vaginale. M. le docteur Roux, amené par M. le docteur Double, médecin ordinaire et ami du malade, porta un trocart dans cette tumeur, et à peu près la valeur de deux verres d'un liquide à coloration légèrement citrine s'en échappèrent.

Quelques jours après la petite opération de l'hydrocèle, il survint de l'engorgement avec douleur à l'épididyme du testicule gauche que d'intimes adhérences unissaient au scrotum, qui lui-même, à cet endroit, était épais et douloureux.

Depuis un grand nombre d'années, tous les printemps, M. le duc avait l'habitude d'aller prendre les eaux minérales dans les montagnes des Vosges, où il possédait de grandes propriétés. Il partit au commencement de juillet et fut de retour à Paris vers le milieu de septembre. A son arrivée il se plaignit d'un malaise dont il ne pouvait se

(1) A l'ouverture du corps de M. le duc de C***, on trouva le poumon gauche dans un état de fonte et d'atrophie tel qu'il était supposable que, depuis un grand nombre d'années, il avait dû cesssr ses fonctions. Quant au poumon droit, il était dans le meilleur état possible.

rendre compte; pendant son séjour aux eaux une petite plaie s'était formée d'elle-même à la partie moyenne et inférieure des bourses; elle était douloureuse, ainsi que les parties du scrotum qui l'environnaient. Cette plaie, qui, dans son origine n'avait été considérée par le malade que comme une légère excoriation, donna issue à une grande quantité de pus qui semblait fournie par des couches de tissu assez profondément situées. Les pansements furent faits avec la charpie et le cérat jusqu'à complète cicatrisation, ce qui eut lieu à peu près au bout d'un mois.

A peine huit jours s'étaient-ils écoulés depuis que la plaie était fermée, que M. le duc ressentit à la partie moyenne et inférieure des bourses, des douleurs vives et lancinantes. L'inspection du scrotum fit reconnaître une tumeur de la grosseur du pouce située au dessous des bourses à deux travers de doigt du périnée. Le docteur Roux, amené une seconde fois par le docteur Double pour combattre autant que possible les symptômes de désorganisation qui se manifestaient d'une manière si prompte et si fâcheuse pour le malade, incisa profondément cette tumeur; alors sa nature cancéreuse que nous avions tous les trois supposée avant l'opération, appréciable à la vue, ne laissa aucun doute sur la fin prochaine de M. le duc. Effectivement son affaiblissement physique et moral marcha avec tant de rapidité qu'il succomba quarante jours après l'opération à l'âge de soixante-dix-neuf ans.

Aussitôt l'opération pratiquée, je fus chargé, sous la direction de M. le docteur Double et avec l'agrément de M. Roux, de panser la plaie qui venait d'être faite, c'est ce qui me mit à même d'observer dans les derniers temps de la vie du malade, divers phénomènes que présenta la hernie droite. Le plus remarquable fut celui qui eut lieu quatre jours avant la mort de M. le duc. A mon pansement du matin je m'aperçus que la tumeur scrotale, quoique toujours très grosse, ne contenait plus d'épiploon, mais bien plusieurs anses d'intestin remplis de gaz faciles à déplacer

par la plus légère compression. Ce fait me parut tellement surprenant et extraordinaire que je le fis remarquer à M. le docteur Double qui, depuis que son honorable ami était en danger, assistait régulièrement à mes pansements et même ne le quittait presque pas de la journée.

La faiblesse de M. le duc et surtout les changements survenus à sa hernie rendaient le bandage inutile et même dangereux, c'est pourquoi j'en proposai la suppression; mais le malade, qui conserva sa raison à peu près jusqu'au dernier moment de sa vie, s'y opposa; il fallut donc se contenter de relâcher la courroie antérieure de cet instrument pour que la pelote droite ne portât pas sur la portion d'intestin herniée.

Le lendemain de la mort de M. le duc de C***, sa famille, d'après l'avis du médecin du défunt, nous chargea, le docteur Vignardonne et moi, de faire l'ouverture du cadavre. L'autopsie nous fit reconnaître l'existence d'une telle fonte et rapetissement de l'épiploon que ce viscère, qui, pendant si longtemps avait occupé à peu près constamment à lui seul la tumeur herniaire du côté droit, se trouvait éloigné par ses bords inférieurs droit et gauche, au moins de quatre à cinq travers de doigt de l'orifice interne des anneaux inguinaux. La dilatation de ces ouvertures était considérable, surtout pour celle du côté droit que traversait encore le sac herniaire pour, trois à quatre travers de doigt plus loin, s'unir par de fortes adhérences au tissu propre du cordon testiculaire. Cette même ouverture avait encore de remarquable que son orifice interne s'épanouissait dans le bas-ventre en espèce d'entonnoir, disposition d'autant plus favorable au déplacement de l'intestin que le mésentère, mou et allongé, au lieu de retenir cet organe dans la cavité abdominale, l'accompagnait, à sa sortie, jusque dans le scrotum.

La disposition de l'anneau inguinal droit, l'allongement facile du mésentère et l'absence de l'épiploon dans la hernie sont trois faits qui expliquent pourquoi, dans les derniers

jours de la vie de M. le duc, le scrotum, très aminci et très distendu, ressemblait à une vessie aux deux tiers remplie d'air.

L'observation que nous venons de donner nous semble d'autant plus curieuse et plus importante pour la pratique, qu'elle démontre, comme nous l'avons déjà dit précédemment en parlant des hernies scrotales des vieillards (1), que, dans les entéro-épiplocèles scrotales, non susceptibles d'être contenues en totalité, on ne devait pas craindre de comprimer au moyen d'un bandage herniaire à ressort, la portion d'épiploon irréductible, quand toutefois on est certain que l'ouverture, traversée par ce viscère, est large, peu susceptible de contraction, et que surtout l'intestin rentré dans le bas-ventre a pu reprendre le libre cours de ses fonctions.

L'anatomie pathologique a démontré depuis longtemps que l'organisation de l'épiploon rend cette membrane peu susceptible de contracter de vives et promptes inflammations. Dans les hernies qui nous occupent, ce viscère, aplati à l'orifice externe des ouvertures qui lui avaient livré passage en s'y engageant, ne peut que devenir un puissant obstacle à la sortie de l'intestin.

Lors de la première visite que M. le docteur Roux fit à M. le duc de C***, ce grand chirurgien fut frappé de la hernie scrotale que ce malade portait du côté droit, et même il conseilla de supprimer le bandage, puisqu'il ne pouvait la contenir ; mais à peine cet instrument ôté, la tumeur doubla de volume, et des gargouillements annoncèrent la présence de l'intestin dans la hernie, ce qui, depuis longtemps n'avait pas eu lieu ; j'assurai aux deux savants praticiens qui furent témoins de ce fait que, depuis plusieurs années, je comprimais constamment cette hernie sans qu'il en fût résulté le moindre accident pour la santé de M. le duc. Puisqu'il en est ainsi, dit au malade le chi-

(1) 2e section, chap. Ier.

rurgien en chef de l'hôtel-Dieu, « continuez à porter votre bandage tant que M. Verdier vous assurera qu'il n'y a pas d'intestin dans votre hernie, mais qu'on l'ôte de suite si la plus légère portion de cet organe venait à s'y engager. »

XIIe *observation*, 2e *Section*.

Trois tumeurs herniaires situées à la région lombaire survenues à la suite d'éraillements de la paroi abdominale, prises pour des hydrocèles enkystées, guéries au moyen de douches et bains de Barèges. Sujet du sexe féminin.

Mme A. J***, âgée de trente-six ans, lymphatique, ayant beaucoup d'embonpoint, propriétaire dans les environs de Charleville, se rendait à cette ville dans une espèce de char à bancs attelé d'un cheval fougueux qu'elle n'eut pas la force de maintenir. Cet animal ayant eu peur prit le mors aux dents, et secoua violemment pendant plus d'une demi-heure sa conductrice en courant dans des ravins et dans des terres labourées. Les harnais vinrent à se rompre, et le cheval dételé continua à parcourir la campagne.

Mme A. J***, couverte de meurtrissures et contusions, fut obligée de garder le lit pendant plus de six mois, et, quand elle voulut se lever pour essayer à marcher, elle s'aperçut de trois tumeurs qui se développèrent dans le trajet d'une ligne oblique qui serait partie de la dernière fausse côte pour venir se réunir au ligament fémoral du côté droit. La douleur que la sortie de ces tumeurs détermina, obligea la malade à se recoucher, et quelques heures de la position horizontale suffirent pour les faire disparaître; aussitôt les douleurs cessèrent.

Le médecin ordinaire de la malade crut à l'existence d'hydrocèle formée soit par l'épanchement de quelque liquide, soit par infiltration à travers des plans membraneux. Il proposa la ponction avec le trocart, ou même le bistouri; mais la malade s'y opposa et vint à Paris pour con-

sulter sur son état le docteur Pignault, médecin de sa famille, lequel me fit appeler.

A notre première inspection il nous fut facile de reconnaître la présence de l'intestin dans ces trois tumeurs, qui n'étaient réellement que des hernies dont la formation avait eu lieu par suite d'éraillements et d'écartement considérable des fibres musculaires de la région lombaire du côté droit. Cette partie était depuis longtemps le centre d'une vive irritation, et en réduisant l'intestin, on déterminait de vives douleurs aux téguments, lesquelles ne cessaient d'ordinaire que huit à dix heures après la rentrée des hernies.

Nous crûmes devoir prescrire d'abord deux applications de sangsues faites à deux jours de distance l'une de l'autre, en recommandant qu'on eût soin d'entretenir l'écoulement du sang au moyen de cataplasmes émollients. Quatre jours après la dernière application de huit sangsues, Mme A. J*** fut soumise à l'usage des douches d'eau de Barèges à la température de vingt-sept à vingt-huit degrés, portées chaque jour, pendant quinze à vingt minutes, dans le trajet des trois tumeurs herniaires. A la suite de chaque douche, la malade prenait un bain de Barèges dans lequel elle restait une heure à une heure et demie.

Ce traitement, continué pendant deux mois, réussit complètement, et Mme A. J***, avant de s'en retourner chez elle, pour s'assurer de sa guérison, fit des courses à pied de plusieurs heures et en voiture sans éprouver de douleur ni s'apercevoir du plus léger soulèvement des téguments à l'endroit où existaient autrefois les hernies pour lesquelles nous l'avions traitée.

Un an après cette heureuse cure, des rapports de famille ayant rappelé cette dame à Paris, je pus m'assurer par le toucher que la paroi abdominale de la région des lombes du côté droit offrait autant de fermeté et de résistance que celle du côté gauche.

XIIIe *observation*, 2e *section*.

Hernie du poumon rencontrée sous la clavicule du côté droit ; tumeur supposée par quelques personnes de la nature des anévrysmes, et par d'autres de celle des abcès ; guérison obtenue par la compression. Sujet du sexe féminin.

Mme I***, fabricante de portefeuilles, âgée de quarante ans, d'un tempérament nerveux sanguin, ayant peu d'embonpoint, portait depuis à peu près un an au dessous de la clavicule du côté droit une tumeur de la grosseur d'une petite noix, laquelle disparaissait d'elle-même quand la malade était restée un certain temps couchée.

La santé de Mme I*** se détruisant de jour en jour, elle consulta alternativement plusieurs médecins, qui ne s'accordèrent pas sur la nature de cette tumeur : les uns la crurent anévrysmale tandis que d'autres ne virent qu'un petit abcès qu'il fallait ouvrir. Les partisans de l'anévrysme déclarèrent à la malade qu'un coup de lancette ou de bistouri porté dans cette tumeur lui donnerait la mort ; elle consulta le docteur Piorry, qui, quoique très jeune à cette époque, avait des droits à sa confiance, ayant traité avec succès plusieurs personnes de sa connaissance. Ce médecin ne partagea aucune des deux opinions émises par les hommes de l'art consultés avant lui. Ayant des doutes sur l'existence d'une hernie du poumon, il eut la bonté de me conduire chez sa malade.

Notre visite eut lieu le matin, après le repos de la nuit, aussi nous fut-il impossible de rencontrer la tumeur, ni même la moindre trace de son existence ; pourtant le docteur Piorry l'avait vue quelques jours auparavant.

Mme I*** était souvent tourmentée par une toux fréquente et sans expectoration. Elle nous déclara que la veille les quintes se succédaient avec beaucoup de rapidité et que même elles avaient été suivies de crachement colorés par du sang.

Nous crûmes devoir faire lever la malade, et ce ne fut qu'après deux heures d'exercice que la tumeur commença à paraître en soulevant les téguments. La toux augmenta et acquit promptement une telle intensité, que nous craignîmes que les désordres qui avaient eu lieu la veille ne se renouvelassent. Les fortes quintes de toux étaient suivies d'un état de suffocation qui ne cessa que quelques heures après que la malade fut couchée. Si cette dame restait debout, elle éprouvait des nausées, rendait des eaux grasses et muqueuses d'un goût salé qui le plus souvent étaient suivies de crachats mousseux et sanguinolents, et quelquefoismême de sang pur.

Il était important, pour fixer notre diagnostic, de voir Mme I*** dans l'état qu'elle venait de nous décrire. Il fut convenu que le lendemain elle resterait levée toute la journée, ferait des courses à pied et se livrerait aux occupations les plus fatigantes de sa profession. Nos conseils furent exactement suivis, et le lendemain soir, à quatre heures nous trouvâmes cette dame tourmentée d'une toux suffocante avec palpitations. Les crachats mousseux et sanguinolents dont nous avons parlé commencèrent à paraître; alors la tumeur, qui avait acquis son plus grand développement, nous parut mollasse; elle disparaissait à peu près en totalité sous l'empire de la compression exercée par le doigt; mais aussitôt que l'on cessait de la comprimer elle revenait spontanément.

Nos recherches avaient eu lieu la malade étant debout; elle se coucha, et au bout d'une demi-heure la tumeur s'affaissa et disparut d'elle-même; alors cessèrent insensiblement les accidents que nous venons de décrire. Cette dame s'étant relevée, la tumeur reparut ainsi que les quintes de toux.

L'ensemble de tous ces faits ne nous laissa aucun doute sur l'existence d'une hernie formée par une portion du poumon droit. Le moyen le plus sûr et même le seul à employer pour en tenter la cure était sans contredit la com-

pression ; mais il fallait qu'elle fût disposée de manière à s'accommoder aux fonctions de l'appareil respiratoire d'une part, et aux occupations et habitudes de la malade de l'autre.

L'appareil que j'imaginai remplit parfaitement ces diverses indications (1), puisque quelques heures de son application suffirent pour calmer la malade qui, au bout de huit à dix jours put reprendre ses travaux et occupations de ménage, sans éprouver les accidents et le malaise par suite desquels depuis longtemps elle avait été forcée de les suspendre.

Il était curieux de savoir jusqu'à quel point on pouvait apprécier les avantages de notre appareil, c'est pourquoi, dans les premiers temps du traitement il fut enlevé pendant un jour, mais la toux avait reparu, ainsi que la tumeur et une partie des accidents primitifs. Nous replaçâmes le bandage et de nouveau tous ces accidents cessèrent.

La malade porta notre appareil constamment pendant un an, puis le supprima sans danger, la hernie étant complètement guérie.

XIVe *observation*, 2e *section*.

Entéro-épiplocèle dans le trajet du canal inguinal ; maladie prise et traitée pour un embarras gastrique. Sujet masculin.

M. le duc de B***, âgé de quarante-quatre ans, d'une constitution nerveuse, ayant de l'embonpoint, éprouva, à la suite d'une chute faite à la chasse, des coliques et un sentiment de douleur générale dans tout le bas-ventre, particulièrement du côté droit. Son médecin ordinaire prit cette indisposition pour un embarras gastrique, ce qui le porta à prescrire plusieurs purgatifs, qui n'ayant pu don-

(1) La description de cet appareil se trouve à la cinquième section du chapitre Ier.

ner lieu à l'évacuation des matières stercorales, avaient de beaucoup augmenté les douleurs et aggravé l'état du malade. M. le duc m'ayant fait appeler, je rencontrai une entéro-épiplocèle dans le trajet du canal sus-pubien du côté droit. La portion d'intestin que contenait cette hernie était extrêmement douloureuse au toucher, et semblait être pincée ou même étranglée en totalité. Au bout de douze à quinze minutes de taxis, je fus assez heureux pour faire rentrer l'intestin; la tumeur s'affaissa spontanément et les douleurs cessèrent.

Une heure après la réduction de cette hernie, je fis administrer un remède qui donna lieu à d'abondantes évacuations de matières stercorales et dès ce moment les accidents cessèrent. Je plaçai un bandage herniaire, M. le duc se leva, reprit ses habitudes et quelques jours après fut à la chasse sans avoir éprouvé le moindre dérangement dans sa santé, qui probablement aurait continué longtemps à être bonne, si quelques mois après le traitement que j'avais fait suivre à cet auguste malade, il n'avait reçu la mort de la main d'un vil assassin.

XVe *observation*, 2e *section*.

Hernie abdominale traitée comme un embarras gastrique. Malade guéri par notre bandage ombilical à ressort d'élastique. Sujet du sexe masculin.

M. P***, âgé de trente ans, nerveux, lymphatique, ayant de l'embonpoint, occupation sédentaire, graveur, éprouvait depuis plusieurs années de mauvaises digestions, avec douleurs à la région épigastrique fréquemment terminées par des vomissements. A son réveil, sa bouche était pâteuse et sa langue chargée de mucosités. Son médecin ordinaire lui prescrivit plusieurs purgatifs dont l'usage ne fit qu'aggraver son état maladif.

Mécontent du traitement qu'on lui faisait suivre, ce ma-

lade consulta M. le docteur Lebreton qui, pour l'examiner, le fit mettre nu jusqu'à la ceinture, puis lui conseilla de tousser et de se moucher fortement. Alors ce médecin crut s'apercevoir que, dans un point de la cavité abdominale, les téguments se trouvaient soulevés par une petite tumeur, qui instantanément se manifestait. Il m'adressa M. P***, en m'invitant à l'examiner avec la plus scrupuleuse attention.

Je rencontrai effectivement à deux travers de doigt, au dessus de la cicatrice ombilicale, un peu en dehors et à gauche de la ligne blanche, un éraillement assez considérable des fibres musculaires; la tumeur qui traversait cette ouverture anormale était à peu près de la grosseur d'un œuf de pigeon. Elle s'effaçait facilement sous la pression du doigt et disparaissait d'elle-même par suite de la position horizontale soutenue pendant plusieurs heures. Certains jours, cette hernie ne devenait sensible à l'œil que huit à dix heures après le lever du malade.

Je plaçai de suite mon bandage ombilical à ressort d'élastique. Aussitôt les accidents cessèrent, et au bout de quelques jours la tumeur disparut.

Deux ans après M. P*** vint me revoir. Il avait repris beaucoup d'embonpoint, sa gaîté et ses habitudes primitives, et, depuis six mois, il avait quitté son bandage. La hernie n'était plus appréciable au toucher, ainsi que l'éraillement qui avait favorisé sa formation.

XVIe *observation*, 2e *section*.

Hernie du canal sus-pubien compliquée d'un varicocèle qui l'avait fait méconnaître. Sujet masculin.

François, âgé de vingt-six ans, d'un tempérament sanguin et lymphatique, domestique, portait, depuis huit à dix ans, une tumeur dans la direction du canal sus-pubien gauche, laquelle ne l'avait jamais gêné.

Depuis quelques mois ce jeune homme servait dans un magasin de nouveautés, où il était obligé de fermer la devanture avec une vingtaine de volets en bois de chêne très grands et très lourds. Pour les faire entrer par en haut, il fallait les tenir avec les deux mains en les appuyant sur la poitrine, le corps fortement fléchi en arrière.

Le premier jour de ce travail fit éprouver à ce domestique des douleurs vagues dans le bas-ventre, qui, au bout d'un mois, devinrent si violentes, surtout du côté gauche, qu'il fut obligé de suspendre son service; présumant que quelques jours de repos suffiraient pour le rétablir, il rentra dans son magasin au bout de douze jours, et le soir même en fermant, il ne put placer que deux volets; le troisième lui échappa des mains et il perdit connaissance. Porté dans son lit, des vomissements se déclarèrent; sa tumeur, qui avait considérablement augmenté de volume, était dure, inégale et sensible au toucher.

Deux jours de diète et de repos firent cesser ces accidents, mais, avant de retourner à sa condition, le malade vint me consulter. En l'examinant attentivement, je rencontrai au dessus de l'anneau inguinal gauche, dans le trajet du canal suspubien, une tumeur mollasse et inégale, ayant trois à quatre travers de doigt d'étendue. Le taxis exécuté, le malade étant couché, la diminution de la tumeur fut sensible, tant que les doigts la comprimaient; et aussitôt qu'on l'abandonnait à elle-même, elle reprenait sa forme et son volume primitif.

Il me fut d'autant plus facile de reconnaître un énorme varicocèle du cordon testiculaire, à sa partie antérieure, situé dans le bas-ventre et le long de la portion de ce cordon occupant le scrotum, que, dans toute son étendue, ce cordon était pâteux au toucher, inégal, raboteux et beaucoup plus gros que celui du côté droit.

Comme ces varices ne pouvaient pas avoir donné lieu aux accidents qu'avait éprouvés le malade, je dus continuer mes recherches sur ce jeune homme étant debout,

dans cette position je soulevai autant qu'il me fut possible la tumeur en portant mes doigts au dessous, dans le voisinage de l'orifice externe de l'anneau, puis je fis tousser le malade avec force, ce qui détermina la sortie d'une petite portion de viscères de l'abdomen; le malade couché, il me fut facile, en exécutant les mêmes manœuvres, de rencontrer, quoique d'une manière moins prononcée, la présence d'une petite tumeur herniaire.

Tout en considérant la compression d'un bandage comme fâcheuse pour le varicocèle, je n'en dus pas moins placer cet instrument pour maintenir la hernie, la regardant comme la seule cause des accidents dont je viens de parler. Effectivement après son application, ce domestique put fermer son magasin, sans éprouver la plus légère douleur.

Ce garçon était frère du portier du couvent de Picpus. Madame la supérieure, en apprenant ce qui lui était arrivé, voulut le faire examiner par MM. les docteurs Dupuytren et Récamier, qui, à la seule vue du varicocèle, dirent au malade de supprimer son bandage, sa tumeur n'étant pas une hernie. Cet homme revint chez moi me faire des reproches d'une manière peu civile sur ma prétendue ignorance.

Pour toute réponse je lui remis une note adressée aux deux médecins qui l'avaient examiné, dans laquelle je leur faisais part de la manière dont j'avais opéré pour séparer le varicocèle d'une tumeur qui m'avait paru formée par l'épiploon hernié. Ces deux grands praticiens touchèrent le malade, reconnurent la hernie et l'indispensable nécessité du bandage herniaire sur le varicocèle.

M'étant trouvé quelques jours après avec M. Dupuytren, il me félicita d'avoir bien jugé ce cas de hernie assez obscur pour échapper à une simple inspection.

XVIIe *observation*, 2e *section*.

Entéro-épiplocèle scrotale du côté droit prise pour une tumeur graisseuse.

M. T***âgé de soixante-six ans, nerveux, ayant de l'embonpoint, ancien prêtre et précepteur du fils d'un duc, avait éprouvé, il y a vingt ans, à la suite de marches forcées en Russie, ayant émigré au commencement de la révolution de 1789, de la douleur à l'anneau inguinal droit, laquelle fut suivie de la formation d'une petite tumeur de la grosseur d'une noix. Les médecins qu'il consulta en Russie la regardèrent comme un petit kyste graisseux, et lui conseillèrent de ne pas s'en inquiéter, vu qu'elle ne pouvait en rien compromettre sa santé. Pourtant son volume augmenta et bientôt le scrotum devint beaucoup plus gros de ce côté que de l'autre.

Le malade éprouvait de temps à autre de fortes coliques qui ne cessaient d'ordinaire qu'à la suite de repos dans le lit, de diète et de lavements. Il revint à Paris à la restauration, et me fut adressé par le docteur Régnauld. A cette époque sa tumeur était scrotale et environ de la grosseur du poing, mollasse et pâteuse dans à peu près toute son étendue. Ce ne fut qu'en la soulevant fortement et cherchant à introduire mon doigt dans l'anneau, que je rencontrai une petite portion d'intestin qui se frayait un chemin au centre même de cette tumeur.

La malade garda le lit pendant trois jours, observa la diète, prit des remèdes et couvrit sa tumeur de cataplasmes émollients; ce fut à la suite de ce traitement que je parvins à réduire l'intestin; alors la tumeur s'affaissa, diminua à peu près de moitié de son volume, mais ne put disparaître en totalité à cause de fortes adhérences de l'épiploon et du sac herniaire.

Je plaçai à M. T*** un bandage qui, en comprimant

l'épiploon sur l'anneau inguinal empêcha l'intestin de ressortir. Les accidents auxquels était sujet le malade cessèrent, et deux ans après il revint me voir, ne portant plus de bandage depuis six mois. Je trouvai le sac herniaire adhérent à l'anneau, dont il fermait si exactement l'ouverture, qu'il me fut impossible d'y introduire l'extrémité de mon doigt.

XVIIIe *observation, 2e section.*

Hernie inguinale formée par l'intestin. Tumeur prise pour un bubon vénérien, et traitée sans succès par les frictions mercurielles. Sujet du sexe masculin.

M. Deb*** âgé de vingt-cinq ans, d'une constitution nerveuse, officier d'infanterie, éprouva il y a deux ans, à la suite de fatigues et longues marches une douleur à l'anneau inguinal du côté droit où s'était formée une tumeur de la grosseur d'un petit œuf. Il entra à un hôpital militaire, et le chirurgien-major crut reconnaître l'existence d'un bubon vénérien. Le malade fut soumis à un traitement antisyphilitique, avec friction d'onguent mercuriel suivies plus tard d'application d'emplâtres fondants.

Ce traitement en relâchant les téguments avait favorisé le développement considérable de la tumeur qui occupait une partie du canal sus-pubien. Dans l'état ordinaire, cette tumeur ne donnait lieu à aucune espèce de douleur, ce n'était que quand accidentellement elle augmentait de volume, que le malade éprouvait des coliques qui l'obligeaient à se coucher.

Le taxis faisait rentrer facilement l'intestin, mais, aussitôt que le malade se levait, il reparaissait. J'appliquai un bandage herniaire disposé de manière à soutenir dans toute sa direction le canal sus-pubien, et les accidents cessèrent.

XIXe *observation*, 2e *section.*

Hernie vaginale et périnéale. Tumeur prise pour un abcès que l'on fut sur le point d'ouvrir. Malade guérie par la compression. Sujet du sexe féminin.

Mme B***, âgée de trente-six ans, d'un tempérament sanguin et nerveux, eut, il y a six ans, une couche extrêmement pénible qui nécessita l'emploi du forceps. Depuis cette époque, cette dame n'avait jamais joui d'une bonne santé. La matrice était restée très basse et le vagin tuméfié et douloureux, surtout du côté du périnée.

Le malaise général continua à augmenter et se compliqua même de tiraillements d'estomac qui donnèrent lieu à de mauvaises digetions, d'un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre ainsi que sur le périnée, de fréquentes envies d'uriner et des syncopes ou défaillances quand la malade restait quelque temps debout.

Le docteur Vidal qui donnait des soins à cette dame avait remarqué depuis quelque temps une tumeur au périnée, qui ne laissa pas que de l'inquiéter en raison de sa nature, sur laquelle plusieurs médecins n'étaient pas d'accord, puisque à une consultation qui eut lieu quelques uns prétendirent que c'était un abcès qu'il fallait ouvrir. Cette opinion ne fut pas partagée par le docteur Vidal, et il me fit appeler, supposant l'existence d'une hernie.

Ma première visite eut lieu le matin et, quoique la position horizontale eût été maintenue toute la nuit, je n'en rencontrai pas moins à l'entrée de la vulve, une tumeur du volume d'un œuf qui s'étendait assez profondément dans le vagin, en longeant le périnée. Le taxis soutenu la fit disparaître presque en totalité, mais ayant fait lever la malade en maintenant mon doigt dans le vagin, je sentis la tumeur reprendre sa première forme; son volume n'était

pas sensiblement augmenté par ce changement de situation.

Mme B*** nous dit que lors de son dernier accouchement, l'instrument dont on s'était servi pour le terminer, lui avait fait éprouver en sortant, une douleur tellement vive qu'elle se trouva mal. Le sentiment de cette douleur fut celui d'une déchirure. Le vagin resta pendant longtemps après sa couche tuméfié, douloureux et très sensible au toucher.

Au bout de plusieurs mois pendant lesquels la malade fut obligée de garder le lit, elle s'aperçut, quand elle voulut se lever que le col de la matrice se présentait à l'orifice du vagin en comprimant fortement le canal de l'urètre. Cette dame nous avoua que dès cette époque la tumeur au périnée était déjà d'un certain volume.

J'avais remarqué, lors de mon premier toucher, un abaissement compliqué de l'utérus dont le corps de cet organe était plus gros qu'il ne doit l'être dans son état naturel. Le vagin tuméfié et affaissé me sembla fortement porté d'arrière en avant dans la direction de la tumeur. Dès ce moment je dus supposer que cette tumeur avait pour cause le déplacement des viscères abdominaux. Ce qui me confirma dans cette opinion, ce fut qu'après avoir réduit la tumeur, la malade étant couchée il me fut facile de soulever avec le doigt la matrice et de reporter le vagin en arrière, chose que je n'avais pu faire, la tumeur existant.

Ces divers faits ne nous laissèrent aucun doute au docteur Vidal et à moi sur la nature de la tumeur vaginale que portait Mme B*** nous la considérâmes dès ce moment comme une hernie formée par l'épiploon ; le seul moyen d'empêcher son accroissement et même de la diminuer était la compression ; mais elle n'était pas facile à exercer dans cette partie du vagin. Pourtant l'appareil que je disposai dépassa dans ses effets comme on va le voir, nos espérances. Il se composait d'une plaque de tôle d'acier en forme de cœur, maintenue et fixée sur la symphyse

pubienne par une ceinture en peau de chamois, large de trois à quatre travers de doigt, laquelle était attachée par une de ses extrémités à la plaque et de l'autre à deux courroies, semblables à celles qui terminent les bandages herniaires. Ces courroies, percées de plusieurs trous, s'unissaient à la plaque, au moyen de boutons en cuivre dont elle était armée.

La portion inférieure de ce bandage donnait attache par sa partie moyenne à un ressort d'acier trempé courbé convenablement pour agir de haut en bas sur la pelote destinée à être introduite dans le vagin, afin de comprimer sa paroi dans toute l'étendue que parcourait la hernie. Cette pelote de forme oblongue pouvait avoir, dans son plus grand diamètre, de six à sept centimètres.

Le bandage placé, Mme B*** garda le lit pendant huit jours, au bout desquels il fut ôté pendant quelques heures que la malade resta debout, et la hernie ne reparut pas : pourtant il fut convenu que cette dame porterait son bandage pendant cinq à six mois, le jour seulement; après ce temps Mme B.... put abandonner cet instrument sans que la tumeur reparût. A l'endroit où elle avait existé nous trouvâmes la portion de la paroi du vagin qui avait éprouvé les effets de la compression plus épaisses plus dure que les autres parties du canal vaginal.

La matrice que nous avions primitivement trouvée très basse s'était relevée, et la santé générale de Mme B*** se trouva aussi bonne qu'avant les accidents que j'ai décrits.

XXe *observation*, 2e *section*.

Tumeur scrotale très volumineuse contenant une grande partie des viscères abdominaux. Hernie prise pour une hydrocèle. Sujet de soixante-dix ans.

M. G***, chanoine de la cathédrale d'Amiens, âgé de soixante-dix ans, d'un tempérament éminemment nerveux,

peu d'embonpoint, habitait depuis longtemps la Russie, ayant émigré par suite de la révolution de 1789. Cet ecclésiastique s'aperçut, il y a plus de vingt-huit ans, d'une petite tumeur située à l'anneau inguinal du côté droit; n'en étant nullement gêné, il ne s'en inquiéta pas. Les premières années, elle augmenta lentement, mais depuis trois à quatre ans, elle fit d'énormes progrès, ce qui obligea le malade, par la gêne que lui causait son volume, de consulter un médecin russe, dont l'opinion fut que c'était une hydrocèle pour laquelle il proposa la ponction; mais comme c'était au moment de la restauration et que M. G*** se disposait à rentrer en France, il préféra venir à Paris se faire débarrasser de sa tumeur.

A son arrivée dans la capitale ce prêtre consulta d'abord M. Dupuytren qui crut reconnaître, ainsi que son confrère de Russie, l'existence d'une hydrocèle susceptible d'être opérée.

A l'époque où ce chirurgien vit le malade sa tumeur pendait entre les cuisses et descendait à peu près jusqu'aux genoux. Elle offrait un volume tellement considérable que, mesurée de haut en bas, c'est à dire dans son diamètre vertical, on trouva 40 centimètres et 70 de circonférence; son poids et son volume avaient obligé depuis longtemps ce prêtre à garder la chambre.

Le docteur Souberbielle, que le malade consulta ensuite, douta de l'existence d'une hydrocèle. Une consultation dont faisaient partie MM. Chaussier et le baron Larrey, eut lieu. Un des consultants pencha pour l'opinion émise par Dupuytren; un autre au contraire crut à l'existence d'un squirrhe. Le docteur Souberbielle eut assez de prudence, ne connaissant pas bien la nature de la tumeur pour ne l'attaquer à sa partie supérieure et latérale que par une légère ponction d'à peu près 5 centimètres de profondeur. Le trocart retiré il ne sortit rien par la canule. Une corde à boyau introduite pénétra de 16 à 18 centimètres de profondeur sans rencontrer d'obstacles, mais rien ne sortit.

Un nouveau coup de trocart fut porté au sommet de la tumeur et rien ne sortit encore. Alors on finit par où on eût dû commencer : l'opération de la hernie fut faite par le docteur Souberbielle; aussitôt le sac herniaire incisé, il s'échappa une grande quantité d'épiploon enveloppant plusieurs anses d'intestin qui furent promptement reportées dans la tumeur. Les lèvres de la plaie rapprochées furent maintenues en contact par plusieurs points de la suture.

La cicatrisation eut lieu par première intention sans le plus léger accident, ce qui fit qu'au bout de quinze jours, le malade se trouva dans le même état qu'avant l'opération. L'indication à remplir pour soulager ce prêtre, en lui offrant les moyens de continuer ses occupations, était de soutenir sa hernie.

Je fus appelé par M. Souberbielle, et la première question que me fit ce chirurgien sur la tumeur scrotale de M. l'abbé était de quelle nature je la supposais. Il est bon de dire que son existence n'avait jamais donné lieu au plus léger trouble dans les fonctions de l'appareil digestif, quoique le malade fût un grand mangeur. Ma réponse ne se fit pas attendre. A dix pas du malade je déclarai que sa tumeur était herniaire, et qu'en raison de son volume et de son ancienneté elle devait être une entéro-épiplocèle accompagnée de plus ou moins de sérosité, comme il s'en rencontre ordinairement dans les hernies de cette nature. Je fis remarquer, tant au médecin qu'au malade, qu'en bas de la tumeur il était facile de reconnaître le testicule qui, placé en travers, se trouvait dessiné par la paroi du scrotum qui s'appliquait exactement dessus.

Cette disposition indiquait à mon avis que la hernie avait dû descendre lentement dans le scrotum en poussant en avant le testicule et en alongeant le cordon de cet organe. M. Souberbielle convint que cette particularité n'avait frappé aucun des consultants, et pourtant tout ce que je venais de dire s'accordait parfaitement avec ce qui s'était passé. C'est alors qu'il me raconta les particularités que j'ai

relatées ci-dessus, et que plus tard ce praticien publia dans la Gazette des hôpitaux civils et militaires (1).

Je ne terminerai pas cette observation sans faire remarquer que les matières stercorales qui étaient obligées de parcourir une portion des gros intestins compris dans la hernie, rentraient facilement dans le ventre par la seule contraction des tuniques intestinales. Il est inutile de dire que l'anneau inguinal était extrêmement dilaté.

Pour mettre à même M. l'abbé de marcher sans être trop incommodé par le poids et le volume de sa hernie, je disposai un appareil composé d'une ceinture de trois à quatre travers de doigt, à laquelle venait s'attacher, au moyen de plusieurs tirans se fixant à des boucles, une large poche de dimension à pouvoir embrasser la tumeur dans les trois quarts de son étendue, et la reporter de bas en haut assez d'arrière en avant pour l'écarter des cuisses. Deux bretelles non élastiques, mais garnies d'un coussin à la partie correspondant aux épaules, soutenaient l'ensemble de l'appareil.

Le malade repartit pour Amiens très satisfait, puisqu'il pouvait marcher, s'asseoir, sans être trop incommodé de sa tumeur. Deux ans après, le docteur Souberbielle eut occasion d'avoir de ses nouvelles; il continuait à jouir d'une bonne santé.

(1) 2 décembre 1837, n° 141, t. XI, p. 563.

TROISIÈME SECTION.

CAS RARES DE HERNIES INGUINALES.

XXIe *observation*, 3e *section*.

Anus anormal, ou contre nature, à trente ouvertures fistuleuses survenues à la suite de l'étranglement d'une ancienne hernie inguinale. Sujet du sexe masculin guéri par la compression.

Le sieur D***, âgé de cinquante ans, nerveux, ayant de l'embonpoint, cultivateur dans les environs de Houdan, portait depuis trois à quatre ans une hernie inguinale du côté droit. Cette tumeur avait été abandonnée à elle-même avec d'autant plus de sécurité, que plusieurs fois elle avait disparu pendant plusieurs jours; sa grosseur pouvait égaler à peu près celle d'une noix.

Les choses étaient dans cet état quand, en septembre 1821, le sieur D*** étant dans ses champs et craignant un orage, voulut placer plusieurs gerbes dans une voiture qui déjà en contenait une certaine quantité. Il fut obligé d'élever à force de bras et jusqu'au dessus de sa tête en maintenant son équilibre, le croc ou fourche dont on se sert pour cette opération; le poids de la gerbe le fit tomber à la renverse. Il se releva et en saisissant la fourche avec colère, il continua son travail; mais, après avoir chargé sept à huit gerbes, il fut de nouveau renversé, le tronc fléchi en arrière. Cette dernière chute fut suivie de vives douleurs au bas-ventre et des coliques qu'il crut causées par une suppression de transpiration, ayant sa chemise trempée sur lui. Il rentra de suite à sa ferme, se fit préparer une bouteille de vin chaud sucré qu'il avala, puis se fit bassiner son lit et se coucha.

L'attente du sieur D*** fut trompée; le vin sucré augmenta les coliques; elles devinrent tellement insupporta-

bles que quatre médecins du canton furent appelés. Ils trouvèrent la hernie descendue dans le scrotum. Elle était très douloureuse au toucher, et avait acquis un volume double de celui qu'elle avait précédemment.

Les aliments pris par ce fermier à son dernier repas, qui avait eu lieu trois heures avant son accident, ainsi que le vin sucré, furent rejetés à sept heures du soir. Des tentatives de réduction soutenues pendant plusieurs heures furent sans succès; le malade éprouva pendant toute la nuit une agitation extrême; les coliques du bas-ventre considérablement augmentées s'étendaient jusqu'à la tumeur.

Pendant six jours on renouvela, soir et matin, les tentatives de réduction et toujours sans succès. Cependant la tumeur diminua et perdit même de sa dureté, le taxis devint moins douloureux, ce qui fit croire aux quatre médecins traitants que l'anse d'intestin était réduite, malgré l'absence de garderobe, et quoique l'inquiétude générale du malade fût toujours la même.

Il fut conseillé à M. D*** par ses médecins de rester au lit, d'observer la diète et d'attendre avec patience que la nature rétablît les évacuations des matières fécales.

Le quinzième jour de l'étranglement, Il se détacha du scrotum une eschare de la grandeur d'une pièce de cinq francs, laquelle laissa à découvert, dans une étendue d'à peu près deux travers de doigt, le cordon testiculaire, et à l'instant même eurent lieu la chute de la peau et des téguments gangrénés. Il sortit par la plaie une grande quantité de pus et de matières stercorales. Cette évacuation soulagea de suite le malade.

Dix-huit à vingt jours après la formation de l'anus anormal deux garderobes eurent lieu par le rectum, ce qui fit cesser pendant vingt-quatre heures l'écoulement par la plaie, mais bientôt les coliques reparurent; elles ne tardèrent pas à déterminer des vomissements de matières stercorales qui durèrent à peu près douze à quinze heures.

Pendant tout le temps que l'évacuation eut lieu par la bouche, la plaie n'offrit que du pus légèrement coloré; mais, dès l'instant que les vomissements eurent cessé, les déjections alvines reprirent leur cours par l'anus contre nature.

Pendant cinq à six mois les choses restèrent dans cet état, c'est à dire que toutes les fois que les matières cessaient de sortir par la plaie, le malade éprouvait de fortes coliques suivies de vomissements. Insensiblement la tumeur de l'aine augmenta de volume; elle devint une espèce de réservoir dans lequel s'accumulaient les matières stercorales. Sa grosseur pouvait égaler celle d'une tête d'enfant. Bientôt et successivement de nouvelles ouvertures se formèrent à la surface de la tumeur, et aussitôt la chute des eschares, elles se trouvaient donner issue à des matières excrémentitielles plus ou moins liquides.

Le sieur D***, inquiet sur sa position qui, chaque jour devenait plus fâcheuse, vint à Paris pour consulter sur son état, quoique les médecins qui le soignaient voulussent lui persuader que tôt au tard la nature le guérirait.

Le 16 mai, quelques heures après son arrivée, ce malade m'envoya chercher. Quand je l'examinai, il y avait douze heures que le dernier pansement avait eu lieu; à la levée des compresses de l'appareil une grande quantité de matières stercorales liquides se précipitèrent par les ouvertures fistuleuses qu'offrait cette tumeur. Les jets qu'elles formaient s'élevaient à la hauteur de cinquante à soixante centimètres; leur odeur était tellement infecte que mes vêtements la conservèrent pendant plusieurs jours, bien qu'ils fussent exposés à l'air libre.

La tumeur pouvait avoir cinq à six travers de doigt d'étendue. Après la sortie des matières fécales elle était molle et aplatie, percée dans plusieurs de ses points par le grand nombre d'ouvertures dont nous avons parlé plus haut. Sur trente de ces ouvertures, vingt-neuf appartenaient à la tumeur et une au scrotum.

En comprimant cette tumeur de haut en bas et dans la direction de l'anneau inguinal, je la débarrassai à peu près de toutes les matières qui s'y trouvaient. Leur sortie fut suivie de celle d'une assez grande quantité de sang fourni en général par toutes les ouvertures fistuleuses, mais plus particulièrement encore par celles de formation plus récente, quoiqu'elles fussent de beaucoup moins grandes que les premières. Cet écoulement de sang n'ayant pas reparu plus tard, il est présumable qu'il avait été déterminé par les fatigues du voyage.

D'après l'examen le plus minutieux du malade et de sa tumeur; j'eus l'espérance d'obtenir une guérison complète par l'emploi méthodique et permanent de la compression.

Ne voulant pas pourtant assumer sur moi une si grande responsabilité, vu l'état de faiblesse de M. D*** et son grand épuisement, je l'engageai, avant de commencer à le traiter, de consulter un des grands chirurgiens de la capitale; M. Dupuytren fut appelé. Il partagea complètement mon opinion, et même ce savant praticien voulut bien voir le malade une fois par semaine pendant tout le temps qu'il resta à Paris, et il portait tant d'intérêt à cette cure qu'il refusa toute espèce d'honoraires pour ses visites.

Je plaçai un bandage herniaire à pelote allongée et concave de dimension suffisante pour embrasser la tumeur dans toute son étendue. Un coussin fortement rembourré, recouvert de taffetas imperméable gommé au caoutchouc fut placé entre cette tumeur et la pelote du bandage; il n'avait que la largeur convenable pour ne porter que sur les dernières ouvertures qui s'étaient formées, c'est à dire celles qui occupaient l'endroit le plus éloigné de l'anneau inguinal; elles se cicatrisèrent au bout de cinq à six jours.

Le premier coussin fut remplacé par un second beaucoup plus large, exerçant son action sur à peu près les deux tiers de la tumeur. Les ouvertures comprises dans toute son étendue se cicatrisèrent également; mais au bout d'un temps beaucoup plus long que celui qu'il avait

fallu pour les premières. Enfin, un troisième coussin fut appliqué de la grandeur de la pelote et portant également sur toutes les ouvertures, ne laissant de libres que celles qui se trouvaient au scrotum : toutes ces fistules se cicatrisèrent, et au bout de cinquante-six jours le malade fut en état de s'en retourner chez lui.

Pendant le traitement, l'intestin rectum fut stimulé par des lavements rendus irritants par l'addition de 62 grammes de miel mercuriel. Il fut administré de ces remèdes jusqu'à trois par jour et par suite de leur emploi, dès le dixième jour du traitement, les matières stercorales avaient repris leur cours naturel, bien que pendant six mois de suite aucune garderobe n'eût eu lieu par l'anus.

L'administration des toniques à l'intérieur, une alimentation très substantielle et assez abondante avaient rendu au malade à peu près son embonpoint primitif ainsi que ses forces et son énergie. C'est dans cet état satisfaisant qu'il nous quitta pour retourner à sa ferme reprendre ses occupations.

La fistule primitive située au scrotum, moins facile à comprimer que les autres, était à peu près cicatrisée, car, à peine si, dans vingt-quatre heures elle laissait suinter une quantité de sérosité mêlée avec un peu de pus assez considérable pour pénétrer un petit bourdonnet de charpie.

Voici la lettre que m'écrivit le sieur Dablin le 16 juillet, quelques jours après son arrivée chez lui. Nous avons cru devoir la copier textuellement :

« Je suis arrivé jeudi à sept heures du soir chez moi, » bien portant et pas du tout fatigué de la route. Nous n'a- » vons fait de pansement que le lendemain matin comme » vous nous l'aviez ordonné. Il est aussi avantageux que » le dernier que vous m'avez fait, et depuis tous les pan- » sements sont de mieux en mieux. Le trou ne rend plus » qu'un petit peu de pus. Je n'ai pas éprouvé aucune co-

» lique. J'ai commencé d'hier à me promener un petit » peu et je n'en suis pas pis.

» Je suis, Monsieur, avec la plus sincère reconnais- » sance,

» Votre, etc.

» *Signé* DABLIN. »

Trois mois après la réception de cette lettre, je fus appelé par un malade dans les environs de la ferme du sieur D***. Curieux de connaître son état présent je lui rendis visite. Il me dit qu'il montait à cheval pour se rendre à des marchés à trois et quatre lieues de son habitation, sans en être incommodé, à moins qu'il ne prît du café ou du vin pur, ou bien qu'il mangeât des aliments difficiles à digérer, tels que de la charcuterie, des haricots secs, etc., alors des coliques se manifestaient, le ventre devenait douloureux; mais un remède avec 62 grammes de miel mercuriel dissipa ces accidents en le faisant aller à la garderobe.

Je conseillai au sieur D*** de choisir ses aliments et de faire usage des pilules d'aloës s'il survenait de l'embarras dans les intestins avec suppression de garderobes, et surtout de s'abstenir de tout autre purgatif sans mon consentement. Il me le promit avec une apparence de sincérité qui ne me laissa aucune inquiétude sur son compte; mais trois mois plus tard une commère de son voisinage parvint à lui persuader que, s'il prenait la médecine de Leroy, il pourrait manger toute espèce d'aliments, faire usage de café, de liqueurs et de vin sans être incommodé. Comme malheureusement il avait toujours eu un peu de goût pour les spiritueux, il eut la faiblesse de céder à ces conseils, bien perfides pour lui, puisque sa mort eut lieu dès la seconde prise de ce médicament.

Les vomissements qu'éprouva le malade furent d'une telle violence que les adhérences de l'intestin au sac herniaire se rompirent, et de suite le ventre devint tendu et ballonné avec tous les caractères d'un épanchement de liquide dans la cavité abdominale. Ces détails m'ont été donnés par la veuve D*** un mois après la mort de son mari.

XXIIe *observation*, 3e *section*.

Épiplocèle scrotale survenue à un jeune homme âgé de vingt-deux ans, en voulant se livrer aux plaisirs de l'amour étant ivre.

M. P***, âgé de vingt-deux ans, tempérament lymphatique et chairs molles, étant depuis quelque temps abandonné à lui-même et jouissant d'une certaine aisance, fut entouré de mauvaises connaissances, et se livra à tous les désordres possibles, et particulièrement à l'abus des plaisirs de l'amour. Bientôt la santé de ce jeune homme fut altérée, ses digestions devinrent mauvaises, des douleurs vives se firent ressentir, tant au cordon testiculaire qu'aux testicules mêmes, ce qui aurait dû lui faire abandonner son mauvais genre de vie, mais au contraire le jeune P*** se livra avec encore plus de délire à ses habitudes. Il crut soutenir ses forces par l'usage des spiritueux; son attente fut trompée, car bientôt un commencement d'inflammation se déclara aux cordons testiculaires, aux testicules, ainsi qu'à la verge. Pour faire cesser cet état, ce jeune étourdi voulut se livrer au coït, et, après plusieurs heures de vaines fatigues, il tomba dans un épuisement total; ce fut alors qu'il éprouva une douleur très vive à l'anneau inguinal gauche.

Un mois après cet accident, ayant examiné ce malade, je trouvai à l'orifice externe de l'anneau sus-pubien une tumeur molle et allongée qui descendait dans le scrotum. Je fus pourtant assez heureux pour réduire en totalité cette

hernie, qui me sembla être formée par l'intestin et l'épiploon; ensuite je fis appliquer quelques sangsues dans le trajet du cordon testiculaire encore très douloureux.

Le malade garda le lit deux à trois jours, après quoi les douleurs ayant cessé et le cordon spermatique étant revenu à son état naturel, un bandage inguinal fut appliqué, et aussitôt la hernie se trouva maintenue.

Plusieurs mois après cette époque, le jeune P*** vint me revoir; sa hernie n'était plus sensible et il avait pris de l'embonpoint, par suite d'une conduite plus régulière que celle qu'il avait menée précédemment.

XXIIIe *observation*, 3e *section*.

Entéro-épiplocèle avec adhérence de l'épiploon au testicule resté à l'anneau inguinal. Hernie étranglée et opérée avec succès par Dupuytren.

M. H***, âgé de vingt-deux ans, nerveux, lymphatique, marchand de drap, avait depuis sa naissance le testicule gauche dans le ventre sans que jamais il eût franchi l'anneau inguinal pour descendre dans le scrotum; mais enveloppé par une portion d'épiploon, il formait depuis longtemps à cette ouverture une tumeur allongée de la grosseur d'un œuf de poule, laquelle soulevait les téguments dans une assez grande étendue en suivant la direction du canal inguinal.

A plusieurs époques et sans cause connue, il était survenu à la hernie de ce malade des accidents graves qui d'ordinaire cédaient au repos, aux bains et aux lavements.

D'après le conseil de son médecin, ce jeune homme porta bandage herniaire dont la pelote, extrêmement convexe, détermina de vives douleurs aux testicules, surtout après l'âge de la puberté, accident qui en fit abandonner l'usage au malade.

Un jour M. H*** en soulevant une pièce de drap et étant dans une fausse position, ressentit une vive douleur à l'aine; au bout de quelques heures le testicule se tuméfia

et bientôt des vomissements glaireux suivis de la sortie de matières stercorales ne laissèrent plus de doute sur l'étranglement de la hernie.

M. Dupuytren opéra ce malade et trouva l'épiploon tellement adhérent à la propre substance du testicule qu'il lui fallut beaucoup plus de temps pour séparer avec le bistouri l'un de l'autre ces deux organes, qu'il n'en mit à l'opération et au pansement.

Une fois l'épiploon séparé du testicule, il fut facile d'apercevoir un éraillement ou déchirure de ce viscère dans lequel une portion du canal intestinal se trouvait engagée et étranglée. Un coup de bistouri détermina la rentrée brusque de l'intestin, et les accidents cessèrent.

La cicatrisation de la plaie eut lieu assez promptement; mais aussitôt que le malade voulut se lever et marcher, il s'aperçut que la tumeur formée par le testicule se trouvait en dehors de l'anneau, ce qui le fatiguait considérablement dans la marche. Je convins avec M. Dupuytren de faire porter par M. H*** un bandage à pelote concave dont les points d'appui auraient lieu au pourtour de l'anneau inguinal afin de soutenir le testicule sans le comprimer.

En examinant ce bandage appliqué sur le malade, M. Dupuytren dit que s'il en avait porté un semblable depuis l'âge de puberté, au lieu d'un à pelote convexe, il ne lui serait pas survenu d'étranglement à sa hernie.

XXIVe *observation*, 3e *section*.

Épiplocèle congéniale avec hydrocèle de la tunique vaginale et testicule à l'anneau.

L***, enfant de sept ans, constitution éminemment lymphatique, portait depuis sa naissance une tumeur située à l'anneau inguinal gauche, laquelle fut prise par le médecin ordinaire du malade pour une simple hydrocèle. M. le pro-

fesseur Chaussier ne partageant pas son avis m'adressa cet enfant pour faire ce que je jugeais convenable.

En examinant la tumeur qui se prolongeait dans le scrotum, il me fut facile d'isoler un corps mou et pâteux, lequel reporté de bas en haut et d'avant en arrière rentra dans le ventre en attirant à lui le testicule jusqu'à l'anneau inguinal. Le volume du scrotum ne diminua qu'à peu près de moitié, vu que la tunique vaginale contenait une certaine quantité de sérosité.

N'ayant plus de doute sur l'existence d'une épiplocèle, je cherchai à contenir l'épiploon, ce qui n'était pas très facile, en raison des adhérences que cette membrane avait contractées avec le cordon testiculaire.

Cette hernie, qui était congéniale, n'avait pas de sac en raison de l'hydrocèle, le testicule se trouvait directement en contact avec l'épiploon. Je plaçai un bandage herniaire en ayant soin auparavant de faire ressortir le testicule.

L'enfant garda le lit pendant quelques jours. La hernie fut réduite à chaque fois qu'elle s'engagea sous la pelote du bandage; les adhérences s'allongèrent, le testicule descendit plus bas dans le scrotum, et l'épiploon resta dans le ventre. Au bout de six mois la hernie n'était plus sensible, l'hydrocèle considérablement diminuée et le testicule en partie recouvert par la tunique vaginale.

XXVe *observation*, 3e *section*.

Entéro-épiplocèle scrotale volumineuse et adhérente guérie par l'emploi du mercure doux porté jusqu'à la salivation.

Le sieur J***, porteur d'eau, âgé de quarante-cinq ans, d'un tempérament nerveux lymphatique, formes athlétiques, ayant beaucoup d'embonpoint, portait depuis dix ans une hernie qui avait paru à son origine dans le trajet du canal inguinal du côté droit; la tumeur devenue scrotale était parvenue progressivement au volume d'une tête

d'adulte; le malade ne pouvait plus marcher qu'en fléchissant beaucoup la colonne vertébrale en avant; il éprouvait très fréquemment des coliques accompagnées de tiraillements d'estomac et terminées par des défaillances, ce qui l'avait obligé à abandonner ses occupations.

En voulant pratiquer l'opération du taxis je rencontrai une masse mollasse et pâteuse rentrant difficilement et entraînant après elle le testicule dont le cordon adhérait avec les viscères occupant la tumeur herniaire.

Les téguments du bas-ventre étaient mous et flasques, l'anneau inguinal avait éprouvé une telle distension qu'après avoir réduit la presque totalité de la hernie, je pus introduire mes cinq doigts tout entiers dans l'ouverture qui lui avait livré passage.

En dirigeant mon doigt indicateur d'avant en arrière et de haut en bas, je rencontrai un peu en dehors un corps cylindrique à peu près de la grosseur d'un tuyau de plume; des pulsations que je sentis en le comprimant me portèrent à croire que c'était la veine et l'artère fémorales : rapportant le doigt de dehors en dedans, dans la direction de l'arcade fémorale à la crête du pubis, il arriva jusqu'au cordon testiculaire, sans rencontrer le pilier externe de l'anneau sus-pubien qui probablement avait été détruit par la hernie.

L'adhérence de l'épiploon avec le cordon testiculaire, dont j'ai parlé, était des plus intimes, ce qui me fit supposer que la hernie antérieurement avait été comprimée à l'anneau par un mauvais bandage tel que le malade en portait depuis l'origine de la maladie. Les fibres musculaires et aponévrotiques des muscles costo et lombo-abdominal étaient totalement détruits, d'où il résultait que l'anneau inguinal et l'arcade fémorale ne formaient plus qu'une seule et même ouverture.

A la première inspection de la tumeur je crus à l'existence d'une épiplocèle; mais la distension de l'anneau et le volume de la hernie me firent ensuite penser qu'une

partie d'intestin devait s'y trouver engagée; l'ayant de nouveau examinée avec la plus scrupuleuse attention, et en saisissant cette tumeur dans tous les sens je rencontrai à sa partie postérieure un corps dur qui disparaissait spontanément à la plus légère compression; sa rentrée était accompagnée d'un léger gargouillement, d'où je conclus qu'il y avait entéro-épiplocèle.

Si la hernie n'eût été formée que par l'épiploon, j'aurais essayé d'en maintenir la presque totalité par un bandage convenablement disposé, mais craignant d'envelopper dans cette masse graisseuse l'anse d'intestin qui s'y était engagée, et de provoquer par le refoulement des parties l'étranglement interne mille fois plus fâcheux que l'externe, j'abandonnai pour le moment tous les moyens contentifs.

Ce malade offrait beaucoup de ressemblance avec le marchand de bois qui fait le sujet de la troisième observation d'Arnaud(1). Je me décidai à imiter la conduite de ce praticien, mais, avant d'entreprendre cette cure, je désirai avoir l'opinion d'un grand maître, et je conduisis le malade à l'Hôtel-Dieu où je le présentai à la clinique de M. Dupuytren qui, après l'avoir examinée, approuva le traitement que je me proposais de lui faire subir.

Je prescrivis, de concert avec le docteur Pignault, médecin ordinaire du malade, une diminution de moitié dans les aliments qu'il avait l'habitude de prendre, le séjour continuel dans le lit, des lavements alternant tous les deux jours avec de légers purgatifs composés de manne, de pulpe de casse, de tamarin et de sulfate de potasse, pour boisson une tisane délayante dont l'usage fut soutenu pendant tout le temps que dura le traitement.

Quinze jours de ce régime n'avaient produit aucun changement notable dans l'état de la tumeur. Le pouls étant plein, nous pratiquâmes deux fortes saignées (le malade s'y

(1) *Voyez* le *Traité des Hernies* d'Arnaud. Paris, 1749, t. II, p. 135.

était refusé dans le commencement du traitement). J*** fut mis à l'usage du muriate de mercure doux au moyen de pilules qui en contenaient chacune un demi-grain.

Pendant les quatre premiers jours la dose fut de deux pilules le matin et autant le soir.

Le cinquième et le sixième jour, trois, matin et soir.

Le septième et le huitième, quatre, matin et soir.

Le neuvième, les gencives se tuméfièrent et devinrent douloureuses; le malade ne prit que six pilules dans la journée.

Le dixième jour le ptyalisme commença; quatre pilules seulement et un gargarisme adoucissant.

Vu l'abondance de la salivation, nous ne continuâmes l'administration du mercure que jusqu'au seizième jour, et à la dose de quatre pilules. La salivation cessa d'elle-même le vingtième jour, trente-neuf grains de calomélas furent administrés pendant ce traitement.

La tumeur n'a réellement commencé à diminuer qu'à l'époque où la salivation s'est établie, mais aussi a-t-elle disparu dans l'espace de douze jours, à l'exception de la partie adhérente. Nous devons faire remarquer ici qu'aucune compression n'a été exercée. Voilà en quoi notre observation diffère de celle du malade d'Arnaud.

Avant de placer un bandage et dans l'intention de redonner du ton aux téguments du bas-ventre et du scrotum, j'appliquai un épithème fait avec de la poudre d'oliban ou encens répandue sur de l'étoupe que j'arrosai d'eau de vie chaude. A la chute de ce topique, c'est à dire au bout de six jours, je trouvai la peau du scrotum froncée et très épaissie, le testicule était à deux travers de doigt de l'anneau inguinal. Cette ouverture se trouvait alors tellement petite qu'il me fut impossible de reconnaître la veine et l'artère fémorales comme je l'avais fait avant ce traitement. Je plaçai aussitôt et sans craindre aucun accident un bandage convenablement disposé. Au bout de quelques jours de nourriture substantielle le malade reprit ses occupations habi-

tuelles, sans éprouver aucun des accidents qui l'avaient forcé à y renoncer.

XXVIe *observation*, 3e *section*.

Entéro-épiplocèle scrotale survenue à un acteur du Théâtre-Italien, en voulant chanter un grand morceau à la suite d'épuisement causé par l'abus des plaisirs de l'amour.

M. S***, âgé de trente-quatre ans, d'un tempérament nerveux, ayant de l'embonpoint, belle basse-taille du Théâtre-Italien, en sortant de passer vingt-quatre heures avec une femme dont il était amoureux, se trouva dans un état de faiblesse et d'épuisement extrêmes. Obligé de chanter un grand morceau dans un opéra au Théâtre-Italien, il ne retrouva plus dans sa voix toute l'étendue et toute la netteté qui lui étaient ordinaires. Cet artiste, d'un beau talent, s'apercevant, à certains mouvements du parterre, de l'effet désagréable que son chant produisait, son amour-propre blessé lui fit employer des moyens presque surnaturels, et, à la vérité, il produisit un tel enthousiasme, qu'il fut applaudi avec une espèce de délire. A peine rentré dans la coulisse, cet acteur sentit une douleur vive à l'anneau inguinal droit, avec tiraillements d'estomac, des coliques suivies de vomissements et de défaillance. Le docteur Fossati, son médecin, reconnut une entéro-épiplocèle scrotale. L'application de cataplasmes émollients sur la tumeur, soutenue pendant plusieurs jours, et l'usage des bains de siége, firent cesser les douleurs ainsi que les autres accidents. Ce ne fut que six mois après cet évènement que M. S.... se décida à porter un bandage. Sa hernie rentrait quelquefois d'elle-même quand il était couché, mais ressortait violemment chaque fois qu'il chantait étant debout. Je lui plaçai un bandage à pelote allongée légèrement concave, qui contint exactement sa hernie et lui permit de continuer ses occupations théâtrales.

XXVIIe *observation*, 3e *section*.

Entéro-épiplocèle scrotale des deux côtés survenues à un calculeux à la suite d'efforts réitérés pour uriner.

Le baron de Z***, âgé de soixante-quatre ans, d'une constitution éminemment nerveuse, astronome du plus grand mérite, faisant peu d'exercice, éprouvait depuis dix ans des accidents causés par des calculs qui s'étaient développés dans la vessie. Par suite des efforts que ce malade était habituellement obligé de faire pour uriner, il lui survint, il y a à peu près six ans, deux entéro-épiplocèles qui, plus tard, devinrent scrotales et volumineuses, surtout celle du côté droit, dont la formation avait eu lieu un an avant celle du côté gauche.

Ce malade ne portait pas de bandage, vu que la compression qu'exerçait cet instrument sur les viscères herniés en les dirigeant du côté de la vessie, augmentaient considérablement ses souffrances.

M. le baron de Z*** vint à Paris pour se faire débarrasser de ses calculs vésicaux par le docteur Civiale. Ce médecin distingué, après avoir complètement réussi dans cette cure, m'adressa son malade pour le soigner de ses deux hernies. Je parvins, au bout de quelques jours, à les réduire en totalité, ce qui n'avait jamais eu lieu depuis leur apparition; puis elles furent contenues par le moyen d'un bandage à deux demi-corps à pelotes allongées et légèrement concave, sans que le malade éprouvât du côté de la vessie aucune espèce de douleur. M. le baron de Z*** repartit quelque temps après pour l'Italie, jouissant de la santé la plus parfaite.

XXVIIIe *observation*, 3e *section*.

Entéro-épiplocèles scrotales, adhérentes et volumineuses, existant depuis vingt ans des deux côtés à la fois, guéries dans l'espace de deux ans par le bandage à pelote allongée.

M. R***, âgé de soixante ans, éminemment lymphatique, ayant de l'embonpoint, portait deux tumeurs inguinales et scrotales; leur origine datait de vingt ans. Le malade, qui n'avait jamais voulu porter de bandage, finit par éprouver de fréquentes coliques, des tiraillements d'estomac suivis de défaillances et sueurs froides. Ce fut à la suite de ces divers accidents que M. R*** se décida à venir me consulter. En l'examinant, il me fut facile de reconnaître deux entéro-épiplocèles avec adhérence de l'épiploon au sac herniaire. La dilatation des anneaux inguinaux droit et gauche était à peu près de la grandeur d'une pièce de cinq francs. Le volume total du scrotum, les hernies sorties, égalait celui d'une tête d'adulte. La gêne résultant de ce volume était telle que le malade fut plusieurs fois obligé, dans ses courses, d'entrer dans une allée, de s'y coucher sur le dos, afin de pouvoir réduire autant que possible ses deux hernies. L'intestin rentrait facilement, mais il n'en était pas de même de l'épiploon et du sac herniaire qui adhéraient l'un à l'autre.

D'après la dilatation des anneaux, il était difficile de contenir la totalité de ses deux hernies. Je plaçai un bandage à deux demi-corps, à pelote longue, légèrement concave, dans l'intention d'empêcher la sortie de l'intestin, sans m'inquiéter de l'épiploon et du sac herniaire.

Deux ans après M. R*** vint me revoir. Depuis six mois il ne portait plus de bandage. Le sac herniaire, adhérant de chaque côté aux anneaux inguinaux, offrait une résistance assez forte pour empêcher la sortie de l'épiploon et de l'intestin. Il me fut même impossible d'introduire aux

anneaux inguinaux l'extrémité du doigt indicateur. N'ayant plus entendu parler de ce malade, je dois présumer que ses deux hernies n'ont jamais reparu.

XXIXe *observation*, 3e *section*.

Hernies congéniales s'étendant des anneaux inguinaux aux arcades crurales. Sujet du sexe féminin.

Mlle G. D***, âgée de onze jours, d'un tempérament éminemment lymphatique, vint au monde avec deux tumeurs herniaires, chacune de la grosseur d'une noix. Les personnes qui lui donnèrent les premiers soins s'en occupèrent peu, les regardant comme la suite de compression éprouvée par l'enfant à sa sortie; l'accouchement avait été long, pénible et laborieux, le bassin de la mère offrant certaine étroitesse dans le diamètre antéro-postérieur.

Le onzième jour de la naissance de cet enfant, M. le docteur Duméril, médecin de sa mère, en le voyant pendant qu'on faisait sa toilette, fut frappé de cet état anormal et craignit que le déplacement des viscères abdominaux ne compromît son existence, d'autant plus que, quand on le tenait dans la position verticale, il jetait des cris plaintifs qui augmentaient considérablement le volume des deux tumeurs. Ce praticien distingué m'envoya chercher pour remédier à cette difformité.

J'examinai l'enfant le soir; il avait été à peu près toute la journée porté dans les bras de sa nourrice. Les deux tumeurs que je rencontrai au bas-ventre avaient à peu près la grosseur d'un œuf; elles ne paraissaient séparées au milieu de la symphyse pubienne que par une espèce de ligne; les téguments étaient amincis, tendus et offrant une certaine transparence. Chacune des deux tumeurs, en partant de la symphyse pubienne, se portait de chaque côté jusqu'à la cuisse en occupant l'anneau inguinal et l'arcade fémorale. Il n'existait nulle trace des piliers des anneaux

inguinaux. Les ligaments sus-pubiens n'étaient pas non plus appréciables.

En comprimant ces tumeurs, elles disparaissaient facilement, faisant entendre une espèce de gargouillement propre au déplacement des gaz stercoraux contenus dans le tube intestinal, ce qui nous fit présumer que c'était l'intestin qui formait les deux hernies ; après la rentrée des viscères, les téguments se trouvaient flasques et froncés.

Dans les hernies congéniales des enfants, surtout du sexe masculin, quand elles sont sus-pubiennes, on emploie des bandages en futaine qui, soutenant les anneaux, empêchent souvent les hernies de reparaître; mais ici on pouvait regarder ces tumeurs comme formées parl'absence ou l'extrême faiblesse de différents plans de fibres musculaires du bas-ventre. Il fallait donc, par des moyens mécaniques, soutenir ces plans jusqu'à ce que la nature eût pu les fortifier ; c'est pourquoi je plaçai un bandage à ressort d'acier, qui, en embrassant le bassin, et à l'aide de pelote ou écusson, convenablement disposé, pouvait facilement soutenir les régions du bas-ventre où ces deux tumeurs s'étaient manifestées.

Ce bandage fut constamment porté jusqu'à l'âge de sept à huit ans, époque à laquelle il était impossible de reconnaître la plus légère trace de ses deux hernies (1).

(1) Cette jeune personne offrait encore une autre particularité : c'était une occlusion à peu près complète du vagin. Au lieu de son orifice ordinaire, on ne rencontrait qu'une ligne partant du périnée et venant se terminer à la symphyse pubienne. A cette extrémité de la ligne se trouvait une petite ouverture par laquelle s'échappaient les urines, dont le jet se dirigeait de bas en haut, de manière à inonder le ventre. Cette disposition contre nature cessa par suite de l'incision des téguments, opération qui fut pratiquée à l'âge de dix ans.

XXXe *observation*, 3e *section*.

Épiplocèles aux anneaux inguinaux compliqués par la présence des testicules. Absence du scrotum.

M. R***, âgé de trente-quatre ans, grand et fort, constitution nerveuse lymphatique, avait, depuis sa naissance, les deux testicules dans le bas-ventre, et jamais ils ne s'étaient présentés aux anneaux pour les franchir. La verge est bien conformée, mais il y a absence complète du scrotum. A la puberté, c'est à dire à l'âge de seize à dix-huit ans, les testicules furent violemment portés aux anneaux et entraînèrent avec eux une portion d'épiploon. Un bandage herniaire double fut placé, et les testicules rentrèrent dans le ventre où ils restèrent constamment maintenus par cet instrument.

L'état d'érection devenait pénible pour ce jeune homme, parce qu'il déterminait aux deux testicules des douleurs affreuses, qui, plusieurs fois, ne cédèrent qu'à des applications de sangsues.

Par suite de sa bonne constitution, M. R*** se trouvait très disposé aux plaisirs de l'amour; mais la crainte de ne pouvoir s'y livrer de sa vie l'affecta au point qu'il devint triste et solitaire, il regardait même son existence comme extrêmement malheureuse. Ces idées auraient pu le conduire à attenter à ses jours sans les bons principes qui avaient servi de base à son éducation.

Ce fut dans cette disposition d'esprit que M. R*** se présenta chez moi pour avoir un bandage moins gênant que celui qu'il portait. En l'examinant je rencontrai les deux testicules engagés aux anneaux inguinaux, où ils se trouvaient fortement comprimés par les piliers internes et externes de ces ouvertures.

Je fis abandonner au malade l'usage du bandage herniaire, et, pour favoriser autant que possible la sortie des

testicules, je conseillai les exercices brusques et violents tels que les armes, l'équitation, la course, la danse, etc.; et en outre de prendre chaque soir en se couchant un bain de siége émollient, puis d'appliquer pendant la nuit sur tout le bas-ventre, un cataplasme de farine de graine de lin.

Six mois de ce régime avaient tellement relâché les téguments, que les deux testicules se trouvèrent former en dehors des anneaux inguinaux, deux tumeurs de la grosseur d'un œuf. Il était impossible à ces organes d'aller plus loin, d'après l'absence du scrotum.

Dès ce moment l'érection chez le jeune homme ne lui causa plus de douleur, et il se livra à l'espoir de jouir plus tard de toutes ses facultés. Dans cette disposition d'esprit, une circonstance imprévue vint lui apprendre qu'il était aussi propre aux habitudes du mariage que tout autre individu.

Un bandage à pelote creuse fut appliqué par moi pour remplir deux indications : la première d'empêcher une trop grande portion d'épiploon d'accompagner les testicules, et la deuxième de garantir ces organes des corps étrangers qui pourraient les blesser en les heurtant violemment. M. R*** se maria quelque temps après, eut des enfants, et continua à bien se porter.

XXXIe *observation*, 3e *section*.

Atrophie de la cuisse droite déterminée par l'usage d'un bandage herniaire inguinal d'une force extraordinaire. Sujet du sexe masculin.

M. H***, âgé de soixante ans, nerveux, ayant beaucoup d'embonpoint, riche fermier, se livrant par lui-même à l'agriculture, s'aperçut, il y a quinze ans, à la suite de grandes fatigues, causées par ses occupations, d'une tumeur à l'anneau inguinal du côté droit. Il l'abandonna avec une extrême négligence à elle-même, pendant quatre

à cinq ans. Cette tumeur finit par faire de tels progrès qu'elle descendit dans le scrotum et offrit même des symptômes d'engouement.

Un médecin fut appelé. Il réduisit la hernie et pour prévenir de nouveaux accidents, conseilla l'usage du bandage herniaire. Le malade s'adressa à une espèce de serrurier, dit bandagiste, qui lui forgea un ressort d'une force double de celle des ressorts de la plus grande force que l'on place ordinairement. La hernie s'échappant malgré cette compression, la force du ressort fut augmentée au point de déterminer une plaie large et profonde sur la hanche droite, ce qui força le malade à garder le lit pendant quinze jours.

Quand la cicatrice fut assez consolidée, on revint au bandage dont l'usage soutenu pendant neuf à dix ans détermina à la hanche un enfoncement avec perte de substance assez considérable pour loger l'épaisseur du ressort du bandage. Cette dépression se rencontrait à plusieurs travers de doigt au dessous de la crête de l'os coxal du côté droit.

Depuis le commencement de l'application de ce mauvais bandage, les mouvements de la cuisse et de la jambe droites devinrent de plus en plus difficiles. Le médecin ordinaire du malade le traita pour une affection rhumatismale qu'il n'avait pas. Les accidents continuèrent à augmenter au point que M. H*** ne pouvait plus marcher qu'avec une béquille.

Un ami de ce malade à qui j'avais donné quelques soins lui conseilla de me consulter. Je trouvai une entéro-épiplocèle scrotale dont l'épiploon était irréductible par suite d'anciennes adhérences. La tumeur sous la pelote du bandage était assez ordinairement de la grosseur du poing. Derrière l'orifice interne de l'anneau se rencontrait une anse de l'intestin qui s'engageait dans la hernie et descendait dans le scrotum avec la plus grande facilité aussitôt que le bandage était ôté. La cuisse et la jambe du côté de

la hernie étaient atrophiés à un tel point qu'à l'œil nu elles paraissaient d'un tiers moins grosses que celles de l'autre côté. La peau à l'endroit des téguments de la hanche où venait s'appuyer la lame du ressort du bandage, très épaissie avait la dureté des cartilages.

Ne doutant pas que l'espèce de paralysie dont semblaient être frappés les membres abdominaux du côté droit ne fût causée par la compression du ressort du bandage sur les muscles extenseurs et fléchisseurs de la cuisse et de la jambe, je supprimai le mauvais bandage du malade et le remplaçai par un dont le ressort était beaucoup plus faible et d'une courbure plus convenable, laquelle permettait à cet instrument de prendre ses points d'appui, au moins à deux travers de doigt au dessus de l'enfoncement produit par l'usage de la mauvaise machine dont je viens de parler. La pelote ou écusson de mon bandage mieux disposée que celle de celui qui l'avait précédé, contint exactement l'intestin lequel auparavant sortait de temps à autre.

M. H***, qui se trouva beaucoup mieux de son nouveau bandage que de celui qu'il portait primitivement, revint me voir au bout de plusieurs années, marchant sans béquilles. Sa cuisse et sa jambe avaient repris de l'embonpoint, et leurs mouvements quoique moins faciles que ceux des membres de l'autre côté permettaient pourtant au malade de se livrer à toutes ses occupations.

XXXIIe *observation*, 3e *section*.

Tumeur inguinale et scrotale du côté gauche contenant la majeure partie des viscères abdominaux.

M. M***, âgé de 58 ans, lymphatique et nerveux, ayant beaucoup d'embonpoint, banquier hollandais, me fut envoyé par le docteur Souberbielle pour lui soutenir une tumeur herniaire scrotale deux fois grosse comme la tête, laquelle descendait jusqu'au genou. Le poids et le

volume de cette tumeur empêchaient le malade de sortir de son bureau, il ne pouvait même rester debout sans éprouver de fortes coliques souvent suivies de vomissements et de plusieurs autres symptômes d'engouement.

Cette hernie résultait d'une chute faite à la chasse il y a trente ans. La tumeur resta longtemps à l'anneau inguinal gauche et fut abandonnée à elle-même. Depuis cinq à six ans cette hernie avait éprouvé de l'accroissement et en franchissant l'anneau inguinal était descendue dans le scrotum. La verge fortement portée du côté droit se trouvait enfoncée dans les bourses au point que l'urine en se répandant sur la peau du scrotum avait donné lieu à la formation de nombreuses ulcérations.

Le malade rapporte l'augmentation de volume de la hernie à des efforts considérables qu'il était obligé de faire pour aller à la garderobe ayant des hémorrhoïdes. Pour travailler à son bureau, il était obligé d'écarter ses cuisses, et de placer un tabouret avec un coussin sous sa tumeur pour la soutenir. Couché elle diminuait peu de volume, excepté quand on exerçait le taxis, cette opération faisait rentrer en masse et sans pouvoir les isoler l'un de l'autre, la presque totalité de l'intestin et la moitié de l'épiploon.

Cette réduction était d'ordinaire suivie d'un malaise général, de nausées et quelquefois de vomissements de matière stercorale, indice certain d'embarras interne.

Le seul moyen qui pût faire cesser ces accidents était de provoquer la sortie de la hernie. A cet effet, le malade se levait et restait debout jusqu'à ce qu'elle eût acquis son volume ordinaire.

Je disposai, pour soutenir cette énorme tumeur, une espèce de suspensoir fixé à une ceinture ventrière portant deux bretelles. Cet appareil était construit de manière à pouvoir comprimer plus ou moins la tumeur de bas en haut, afin d'en diminuer progressivement le volume. C'est ce qui arriva effectivement au bout de plusieurs mois. Un an après l'application de mon bandage, M. M*** vint me

voir; sa tumeur avait perdu à peu près la moitié de son volume, sans qu'il éprouvât le plus léger accident. Il pouvait même se livrer à ses occupations, marcher plusieurs heures de suite et monter dans son cabriolet, ce qu'il n'avait pas fait depuis plusieurs années.

XXXIIIe *observation*, 3e *section*.

Entéro-épiplocèle congéniale avec présence du testicule à l'anneau inguinal. Hernie disparue à l'âge de quinze ans et revenue à trente ans par suite d'une chute.

M. B. D***, âgé de soixante ans, éminemment nerveux et sanguin, eut une petite hernie congéniale qui s'annonça dès les premiers instants de sa vie à l'anneau inguinal droit. Elle descendait souvent dans le scrotum en enveloppant le testicule qui rentrait le plus ordinairement avec elle dans le bas-ventre. Cette hernie composée d'épiploon et d'intestin disparut d'elle-même à l'époque de la puberté, c'est à dire à l'âge de quatorze à quinze ans, en se séparant du testicule qui depuis ce moment resta dans le scrotum.

Ce jeune homme n'avait jamais porté de bandage herniaire, probablement dans la crainte qu'il n'empêchât le testicule de sortir du ventre.

A l'âge de trente ans M. B*** fit une chute et sa hernie ressortit spontanément, traversa l'anneau et devint scrotale. Depuis cette époque elle fut exactement contenue réduite par un bandage herniaire convenablement disposé. Vingt-deux ans après il survint une maladie de la peau pour laquelle on fut obligé de faire prendre au malade une grande quantité de bains chauds tant minéraux que naturels. Le traitement de cette dernière maladie donna lieu à un tel amaigrissement que la peau du bas-ventre devint mollasse et les anneaux inguinaux considérablement dilatés, disposition qui favorisa la sortie par les anneaux inguinaux droit et gauche d'une assez grande quantité

d'épiploon, ce qui nécessita l'emploi d'un bandage à deux demi-corps, lequel contint exactement les deux hernies. Le testicule droit continua d'occuper la partie supérieure du scrotum sans éprouver de gêne de la part de la pelote de cet instrument.

XXXIVe *observation*, 3e *section*.

Entéro-épiplocèle inguinale par suite d'une attaque d'apoplexie avec paralysie. Sujet du sexe masculin.

M. Ch***, âgé de soixante-dix-huit ans, nerveux et sanguin, célèbre médecin et professeur, éprouva une attaque d'apoplexie avec paralysie de tout le côté droit. Un traitement convenablement dirigé le rétablit au bout de quelques mois, à l'exception du bras et de la main dont il ne put jamais se servir.

Quelque temps après cet accident, quand le malade voulut reprendre ses occupations habituelles et faire de l'exercice à pied, il ressentit une légère douleur à l'anneau inguinal du côté droit, laquelle fut suivie de l'apparition à cette ouverture d'une petite tumeur mollasse et pâteuse qui en occupait la partie supérieure. Couché, la tumeur disparut d'elle-même; quand le malade était levé, la plus légère compression la faisait également rentrer dans le ventre. Sa disparition était accompagnée d'un bruit produit par le déplacement des gaz stercoraux contenus dans l'anse d'intestin qui probablement tendait à s'engager dans la hernie.

Le célèbre professeur à qui était survenue cette hernie voulut bien me faire appeler pour lui disposer un bandage herniaire qui le mît à l'abri d'accidents plus graves. M. C*** vécut encore pendant deux ans, et jamais sa hernie n'a reparu. La paralysie éprouvée par ce médecin avait fait cesser l'action de contraction des muscles du bas-ventre de la région de l'anneau inguinal droit, car cet anneau, assez

resserré en apparence, se laissait dilater au point d'admettre l'extrémité des quatre doigts réunis, sans que la plus légère sensation douloureuse se manifestât pour le malade.

M. le docteur Haracque, élève particulier du médecin, sujet de cette observation, était près de lui quand j'examinai pour la première fois sa hernie.

XXXVe *observation*, 3e *section*.

Entéro-épiplocèles scrotales droite et gauche survenues à un officier de cavalerie qui roula avec son cheval dans un précipice.

M. A***, âgé de quarante ans, nerveux, sanguin, ayant de l'embonpoint, officier espagnol servant contre nous pendant la guerre d'Espagne qui eut lieu sous l'empire.

Mina, chef de partisans, avait fait partir successivement sept ordonnances pour instruire le général en chef de l'armée espagnole d'un mouvement qu'il voulait faire afin d'entourer une division de l'armée française; mais pas un seul de ses émissaires n'avait pu réussir à traverser la ligne de nos troupes, et même tous ceux qu'il avait chargés de cette mission avaient été tués par nos tirailleurs. M. A***, attaché à l'état-major de Mina, fut le huitième qui tenta le succès de cette périlleuse entreprise. Il lui fut recommandé d'aller à travers les montagnes par les chemins les moins fréquentés.

Cet officier qui connaissait les localités partit la nuit, monté sur un bon cheval. Il traversa plusieurs ravins sans accident; mais il survint un orage affreux. Le cheval qui jusqu'alors avait obéi à son maître broncha et tomba dans un précipice. Le cavalier et le pauvre animal roulèrent tous les deux à plus de quinze ou vingt mètres de profondeur. Le cheval fut tué, et, par un hasard miraculeux, M. A*** en fut quitte pour deux hernies scrotales et volu-

mineuses, dont celle du côté gauche s'enflamma spontanément et resta adhérente.

Cet officier eut assez de courage et d'énergie, malgré les douleurs qu'il ressentait, pour continuer à pied sa route, et parvint à remplir le but de sa mission, puis il garda le lit plusieurs jours et se soigna lui-même, ne voulant pas se confier à un chirurgien militaire dans la crainte que la connaissance de son état ne nuisît à son avancement.

Dix ans après cet accident, j'essayai de soumettre ce malade à mon traitement des douches obliques d'eau froide. Il n'en put prendre que cinq, étant très nerveux et éprouvant, disait-il, d'atroces douleurs à la hernie du côté gauche. Je fus obligé de me borner à la soutenir avec une pelote légèrement concave. Quant à la hernie du côté droit, elle était réductible et constamment maintenue par le bandage herniaire à pelote allongée. Ce malade me fut confié par M. Dupuytren.

XXXVIe *observation*, 3e *section*.

Hernie située sur la symphyse pubienne, survenue après opération de la taille hypogastrique; sujet du sexe masculin.

M. C. B***, conseiller à la cour des comptes, âgé de cinquante-huit ans, d'un tempérament nerveux et sanguin, venait de subir l'opération de la taille pratiquée à l'hypogastre. Le calcul vésical se trouva tellement volumineux que le docteur Souberbielle fut obligé de donner à son incision une plus grande étendue que ne le comporte ordinairement l'opération de la lithotomie ou cystidotomie par le haut appareil. Cette nécessité fut reconnue par les chirurgiens et médecins qui assistaient à cette opération, dans le nombre desquels se trouvait le professeur Chaussier.

Le malade fut bientôt rétabli : au bout de trente jours la cicatrisation se trouva assez consolidée pour lui permettre de se lever; et quinze jours après il put reprendre ses oc-

cupations habituelles, n'éprouvant plus aucun des accidents qui depuis longtemps rendaient sa vie si pénible et si douloureuse.

La sécurité de M. C*** était parfaite, lorsqu'un jour, à la suite d'exercice et de marche soutenue pendant plusieurs heures, il éprouva quelques légères coliques. En se couchant il s'aperçut d'une petite tumeur oblongue située au dessus de la cicatrice résultant de l'incision des muscles du bas-ventre. La peau qui la recouvrait paraissait mince, lisse et tendre. Il se coucha, et le lendemain matin en se levant ce fut vainement qu'il chercha cette tumeur que la position horizontale et le repos de la nuit avait fait disparaître. Mais quelques heures d'exercice dans la chambre en déterminèrent une nouvelle apparition. M. le docteur Souberbielle fut appelé. Il reconnut une petite hernie formée par l'intestin. On m'envoya de suite chercher afin de disposer un appareil qui pût contenir cette tumeur que la plus légère compression faisait facilement rentrer. Un bandage convenablement disposé en maintenant l'intestin dans le ventre fit cesser les coliques dont M. C*** s'était plaint.

M. le docteur Souberbielle, qui a pratiqué un grand nombre de fois l'opération de la taille par le haut appareil, m'assura que jamais ce genre d'opération n'avait donné lieu à un pareil accident.

XXXVIIe *observation*, 3e *section*.

Epiplocèle inguinale survenue à la suite du traitement d'un bubon vénérien par les frictions mercurielles. Sujet du sexe masculin.

M. Ch***, âgé de dix-neuf ans, éminemment lymphatique, clerc de notaire, avait un bubon au dessus de l'anneau inguinal gauche de la grosseur d'un œuf de poule pour lequel il fut soumis à un traitement antisyphilitique très débilitant, avec frictions. Le mercure fut également employé interieurement, à doses assez élevées pour provo-

quer une abondante salivation qui dura une quinzaine de jours.

Le bubon s'était ouvert, et après sa guérison le malade s'aperçut que dans le trajet du canal inguinal il existait une nouvelle tumeur de la grosseur d'une noix, laquelle ne différait de la première que par l'absence de la douleur, et que quand il était couché elle s'effaçait totalement. Son médecin, M. le docteur De la Montagne, me fit appeler, et nous reconnûmes une épiplocèle qui fur oxactement contenue par un bandage herniaire.

XXXVIIIe *observation*, 3e *section*.

Cystocèle inguinal par suite d'une chute faite à plat-ventre sur le bord d'une barque. Sujet du sexe masculin.

M. B***, courrier du cabinet autrichien, d'une constitution éminemment lymphatique, ayant beaucoup d'embonpoint, fut envoyé par son ambassadeur de Londres à Paris avec des dépêches de la plus haute importance et qu'il lui était enjoint de remettre dans le plus bref délai possible. A son arrivée à Douvres ce courrier trouva la mer tellement mauvaise que le service des paquebots était suspendu. Ce ne fut qu'à force d'argent qu'il décida le capitaine d'un assez mauvais bâtiment d'entreprendre la traversée de Douvres à Calais. Ils arrivèrent en vue de ce dernier port, dans un si grand état de détresse que plusieurs bateaux de pêcheurs essayèrent d'aller à leur secours.

Au moment où une de ces barques cherchait à s'approcher du bâtiment en danger, afin de recueillir les hommes de l'équipage, un bruit épouvantable de craquement détermina les marins anglais à se jeter à la mer. Le courrier voulut suivre leur exemple, il sauta du côté d'un bateau pêcheur et tomba à plat ventre sur l'un de ses bords. Une douleur très vive qu'il ressentit à l'aine droite lui fit perdre

connaissance. Il fut mis à terre à Calais dans cet état de mort apparente.

Les soins qui lui furent prodigués par les employés du port et les pêcheurs qui l'avaient sauvé finirent par le rappeler à la vie ; alors il apprit que le bruit qu'il avait entendu au moment où il s'était élancé à la mer, avait été suivie de la disparition du bâtiment anglais, mais que tous les hommes de l'équipage avaient été sauvés.

Ce brave courrier, esclave de son devoir, maîtrisa la forte douleur qu'il éprouvait pour remplir sa mission. Après avoir pris un bouillon avec un verre de vin de Bordeaux et s'être reposé quelques heures, il partit de Calais pour Paris à franc étrier. Aussitôt ses dépêches remises à l'ambassade d'Autriche, il se rendit dans un hôtel garni, où à peine fut-il couché qu'il reçut la visite du docteur Kapeler, médecin de la légation autrichienne, lequel rencontra à l'aine droite une tumeur grosse à peu près comme le poing. Elle était tellement sensible que la plus légère pression y déterminait d'affreuses douleurs, lesquelles se prolongeaient dans le bas-ventre et particulièrement à la région pubienne, ce qui empêcha ce praticien distingué d'étendre autant qu'il l'eût désiré ses recherches, afin de pouvoir apprécier le caractère réel de cette tumeur. Pourtant la supposant herniaire, M. Kapeler me fit inviter à voir le plutôt possible son malade et à faire tout ce que je jugerais convenable.

Ce fut le soir que je visitai ce courrier. Il me dit que depuis six heures qu'il avait vu le médecin de son ambassade, sa tumeur avait à peu près doublé de volume. Je la trouvai occupant un espace de trois à quatre travers de doigt, et longeant le bord supérieur de l'os des îles, depuis la symphyse pubienne jusqu'au dessus de l'arcade crurale. Cette arcade ainsi que l'anneau inguinal se trouvaient dans leur état naturel.

Craignant que la chute violente éprouvée par le malade n'eût donné lieu à un éraillement ou à la déchirure de

fibres musculaires de la région inguinale, je crus devoir prescrire une application de sangsues, avec recommandation d'entretenir aussi longtemps que possible l'écoulement du sang au moyen de cataplasmes émollients.

Le lendemain à ma visite du matin, je trouvai le malade dans un état beaucoup plus fâcheux que celui où je l'avais laissé la veille au soir. La tumeur inguinale considérablement augmentée s'étendait dans le bas-ventre, surtout du côté de la symphyse pubienne. Le malade m'accusa être tourmenté par de fréquentes envies d'uriner qu'il ne pouvait satisfaire. Son ventre était tendu et douloureux au point que le simple poids du drap et de la couverture de son lit le fatiguaient. Sa peau était sèche, son pouls plein et élevé. Sa figure injectée et d'un rouge très foncé, sa bouche sèche et brûlante.

L'indication à remplir était bien de chercher à vider la vessie, mais je ne crus pas devoir le faire en l'absence du docteur Kapeler, que je conseillai au malade d'envoyer chercher, en lui faisant dire que dans deux heures je repasserais avec des sondes en gomme élastique.

Quand je revins, j'appris qu'il avait été impossible de joindre le docteur Kapeler, et que chez lui on avait dit qu'il ne rentrerait qu'à six heures du soir. Il était dix heures du matin, et l'état du malade ne permettait pas d'attendre aussi longtemps sans craindre la rupture de la vessie, un épanchement dans le bas-ventre et la mort du sujet, suite inévitable d'un pareil accident. Déjà le pouls était intermittent et la raison du malade troublée au point que, dans des accès de délire furieux, il demandait un couteau pour s'ouvrir le ventre. La gravité d'un pareil état me détermina à sonder avec une sonde de gomme élastique. L'introduction de la sonde fut assez facile, mais la glande prostate dépassée par le bec de cet instrument, il ne sortit rien du réservoir des urines. Alors je portai le bec de ma sonde de gauche à droite, et au moyen de la courbure que j'avais donnée au mandrin, j'arrivai dans la

vessie et plus d'un litre de liquide qu'elle contenait en fut évacué.

Dans l'intention de donner à cet organe le temps de se contracter pour revenir sur lui-même, afin de reprendre s'il lui était possible sa position normale, je le vidai lentement en fermant par intervalle avec mon pouce l'extrémité de la sonde, ce qui fit durer à peu près vingt minutes une opération qui, dans toute autre circonstance, n'en eût demandé tout au plus que deux à trois. La tumeur commença par s'affaisser, puis finit par disparaître en totalité, alors je plaçai sur l'endroit où avait eu lieu le cystocèle plusieurs compresses graduées, maintenues par divers tours de bande dont les doloirs furent disposés de manière à former le spica de laine.

A six heures du soir je revis le malade avec le docteur Kapeler. Il n'éprouvait plus de douleur à l'aine, mais seulement un sentiment comme de meurtrissure à l'endroit où sa hernie avait eu lieu. Il avait uriné librement deux fois depuis que je l'avais sondé. Le pouls de ce malade donnait de soixante-dix à quatre-vingts pulsations, la peau fraiche mais assez moite, indiquait une grande détente, avant-coureur de transpiration qui effectivement eu lieu dans la nuit. Le lendemain matin le malade put se lever. Il prit dans la journée plusieurs potages qui furent facilement digérés. Au bout de quatre jours les compresses graduées et les tours de bandes furent remplacés par un bandage herniaire à grande pelote légèrement concave.

M. B*** resta encore huit jours à Paris, y fit des courses assez longues et fatigantes, tant à pied qu'en voiture, sans avoir éprouvé la plus légère douleur à l'endroit de sa hernie; c'est ce qui le détermina à repartir en chaise de poste pour retourner à Vienne. Plusieurs années après son départ M. le docteur Kapeler me dit qu'il se portait bien, et que jamais il ne s'était ressenti de son accident.

XXXIXe *observation*, 3e *section*.

Hernie inguinale formée par l'appendice cœcal, guérie au bout de trois ans par l'usage du bandage herniaire. Sujet masculin.

Ernest, âgé de sept ans, très nerveux, ayant peu d'embonpoint, avait, depuis l'âge de trois mois, du côté droit une grosseur qui ne le gênait que par son volume; c'est ce qui détermina ses parents à me consulter.

L'examen de cet enfant me fit reconnaître à l'anneau inguinal droit un corps dur d'à peu près trois à quatre centimètres d'étendue et ayant assez la forme d'un doigt de la main, et se prolongeait dans le scrotum.

Après avoir fait plusieurs applications émollientes afin de donner de la souplesse à la tumeur, j'essayai le taxis pour la réduire. Elle rentra facilement du scrotum à l'anneau inguinal, mais non dans le ventre. Elle soulevait les téguments de manière à produire un relief appréciable dans la direction du canal sus-pubien; aussitôt que l'on cessait de comprimer cette tumeur avec les doigts, elle redescendait d'elle-même dans le scrotum, quoique le petit malade fût couché. Cette disposition me fit présumer que la tumeur de cet enfant n'était qu'une hernie qui devait sa formation à l'appendice cœcal. Dans cette supposition, je plaçai un bandage sur la tumeur et en dehors de l'anneau inguinal, ayant soin seulement d'isoler le testicule en le portant de haut en bas et au dessous de la pelote du bandage.

Après quatre à cinq mois de compression ainsi exercée, la tumeur se trouva avoir perdu à peu près les trois quarts de son volume. L'anneau inguinal était revenu sur lui-même de manière à ne pas faire craindre une nouvelle augmentation de la hernie.

Le bandage dont il vient d'être parlé fut porté pendant trois ans; à cette époque il n'existait plus d'autre trace de

la hernie qu'un léger épaississement de la partie supérieure du cordon testiculaire, et l'anneau inguinal droit offrait autant de résistance à son orifice externe que celui de l'autre côté.

—

QUATRIÈME SECTION.

CAS RARES DE HERNIES CRURALES.

XLe *observation*, 4e *section*.

Hernies crurales survenues spontanément des deux côtés à la fois à un jeune homme de vingt-deux ans qui, étant debout, pressait avec force sur sa poitrine une jeune fille dont il voulait jouir.

M. de B***, allemand, âgé de vingt-deux ans, taille de cinq pieds huit à neuf pouces, formes athlétiques, système musculaire très développé, d'une force rare, d'une adresse étonnante dans tous les exercices gymnastiques, et particulièrement de voltige, officier de cavalerie du roi de Bavière.

Ce jeune homme, qui me fut adressé par M. le docteur Marc, médecin du roi, était amoureux d'une femme de chambre de sa mère, âgée de dix-neuf à vingt ans, d'une petite stature, constitution nerveuse et lymphatique, embonpoint médiocre.

Un soir où il se trouvait peu de domestiques à l'hôtel, vu que les parents de M. B*** étaient à la cour, où il y avait réception et bal, ce jeune homme rencontra dans le grand escalier la femme de chambre objet de ses désirs; aussitôt il la saisit avec violence, lui arracha une partie de ses vêtements, et d'un bras vigoureux l'enleva en la pressant fortement sur sa poitrine, et, malgré les morsures et égratignures qu'elle lui fit, il en triompha; mais ce moment de plaisir des sens chez ce jeune homme fut suivi

d'une douleur affreuse et spontanée qu'il ressentit dans le bas-ventre et surtout à la région des aines. Il tomba sans connaissance à la renverse en laissant échapper de ses mains la jeune fille, qui, demi-étouffée, fut reçue en travers par les marches de l'escalier.

Ce fut dans cet état que des domestiques, attirés par les cris plaintifs de la femme, les trouvèrent tous les deux. On les porta chacun dans leur chambre, où la jeune fille resta six mois sans pouvoir se lever. Quant au jeune homme, il fut plus d'une heure à revenir de son évanouissement. Un médecin appelé reconnut deux hernies crurales formées par l'intestin étranglé. Il chercha inutilement à les réduire.

La douleur que le taxis détermina fit tomber le malade dans des syncopes d'autant plus alarmantes que quelques instants avant cet accident il avait fait un repas copieux, ce qui pouvait faire craindre qu'une mort instantanée ne vint terminer cette déplorable scène; mais heureusement des nausées suivies de vomissement débarrassèrent l'estomac des aliments qu'il contenait.

L'opération de la hernie fut proposée pour les deux côtés. L'opérateur le plus en réputation dans la ville fut appelé, mais il n'osa les entreprendre à cause du voisinage des artères crurales. Il se contenta de saigner et d'entretenir l'écoulement du sang jusqu'à défaillance. Des cataplasmes émollients furent placés sur les deux tumeurs herniaires ainsi que sur tout le bas-ventre. Dans la nuit les deux hernies disparurent, et aussitôt que les anses d'intestin furent libres, les douleurs cessèrent.

Ce fait est d'autant plus curieux qu'il est presque unique dans son genre. Il m'a été rapporté par le malade qui avait fait le voyage de Paris exprès pour me consulter d'après l'avis du médecin de ses parents.

Depuis ces accidents, M. B*** ne pouvait plus monter à cheval, vu que le bandage anglais à pelote mobile dont il se servait laissait échapper ses deux hernies, et, s'il les

faisait rentrer, il éprouvait spontanément des douleurs et coliques dans le bas-ventre; pour les faire cesser, le malade était obligé de se coucher deux à trois heures et même dans plusieurs circonstances il fallut avoir recours à l'application de sangsues.

Le bandage crural que je fis pour ce jeune homme a tellement bien rempli l'indication qu'il a pu monter à cheval tous les jours pendant plusieurs semaines qu'il resta à Paris sans être incommodé de ses hernies. Il est supposable qu'elles ont fini par disparaître puisque depuis plusieurs années je n'en ai plus entendu parler, et pourtant le père devait me renvoyer son fils au bout d'un an pour le traiter par les douches obliques d'eau froide dans le cas où les hernies auraient de la tendance à reparaître.

Ne pourrait-on pas se demander pourquoi ces deux hernies ne se sont pas plutôt manifestées aux anneaux inguinaux qu'aux arcades crurales? Un peu de réflexion démontrera l'impossibilité de leur sortie par ces premières ouvertures. La tension des cordons testiculaires, leur gonflement causé par l'accumulation momentanée de différents fluides remplissaient d'une manière trop exacte les ouvertures inguinales pour qu'elles pussent admettre la plus petite portion des viscères abdominaux, qui par suite de la tension des muscles droits pyramidaux et transverses se trouvèrent refoulés sur les côtés, ils durent glisser derrière les anneaux inguinaux, pour se porter en dehors de chaque côté. Dans cette position réfléchie d'arrière en avant, ils franchirent les arcades fémorales en portant de bas en haut les ligaments suspubiens qui réagissant sur l'intestin donnèrent lieu à l'étranglement de ce viscère.

Nous présumons qu'anatomiquement parlant, il est impossible d'expliquer autrement la formation de ces deux hernies.

XLIe *observation*, *4e section.*

Entéro épiplocèle crurale adhérente et irréductible, guérie par l'emploi soutenu du bandage herniaire à pelote concave. Sujet du sexe féminin.

Madame Ch*** âgée de quarante ans, éminemment nerveuse, portait depuis plusieurs années du côté droit, une entéro-épiplocèle crurale. Cette hernie depuis longtemps irréductible devenait très douloureuse quand elle était comprimée par un bandage. Cette grande irritation se trouvait souvent suivie de symptômes d'étranglement qui ne cédaient d'ordinaire qu'au repos, à la diète la plus sévère, à des bains, à des cataplasmes émollients, et à des lavements.

Cette dame recevait les soins de M. le baron Dubois pour une indisposition d'une autre nature. Elle lui parla de sa hernie, du mauvais effet des bandages qu'elle avait portés jusqu'à ce jour. Ce grand praticien dont j'avais pendant longtemps suivi la clinique, eut la bonté de m'adresser cette malade avec la lettre ci-après :

« Monsieur,

« Je vous adresse une malade qui a une hernie difficile » à contenir ; plusieurs bandagistes ont essayé et n'ont pas » réussi. C'est à votre intelligence et à votre adresse que je » m'en rapporte. Bonjour.

Signé : Antoine Dubois. »

« *P. S.* Voyez, Monsieur, si vous voulez entreprendre, » car je conseille au malade de ne payer que quand le ban- » dage contiendra (1). »

Sans être arrêté par le post-scriptum de M. Dubois, j'examinai madame Ch*** et je reconnus effectivement une entéro-épiplocèle avec adhérence de l'épiploon. La tumeur

(1) *Voyez* le *fac simile* n° 2.

herniaire qui pouvait avoir la grosseur d'un œuf de poule, était assez dure et douloureuse; elle résistait à la compression et au taxis dirigé de bas en haut et d'arrière en avant.

Je disposai un bandage à pelote creuse d'une telle dimension qu'elle put embrasser la tumeur dans toute son étendue, et la comprimer légèrement à son sommet. Au bout de quatre à cinq jours une pelote moins concave remplaça la première, et quelque temps après une troisième pelote, légèrement convexe, maintint la hernie réduite sans avoir causé à la malade la plus légère douleur. Je fus convenablement rétribué par cette dame qui depuis longtemps ne s'était pas trouvée aussi bien de sa hernie. Quelque temps après, M. le baron Dubois eut la bonté de me dire qu'il était content de moi.

XLIIe *observation*, 4e *section*.

Epiplocèle inguinale et crurale descendue à la partie moyenne de la cuisse où l'épiploon et le sac herniaire contractèrent de fortes adhérences. Sujet du sexe masculin.

M. N***, âgé de soixante-quinze ans, nerveux sanguin, distillateur, s'aperçut à l'âge de trente-cinq ans, d'une petite tumeur qui lui était survenue à l'anneau inguinal du côté droit. Il présuma qu'elle résultait des efforts qu'il était obligé de faire pour aller à la garderobe, étant ordinairement constipé par suite d'hémorrhoïdes internes lesquelles depuis longtemps le tourmentaient. On lui conseilla de porter un bandage herniaire, ce qu'il fit sans s'inquiéter si la hernie était bien ou mal contenue.

Sous l'influence de ce bandage sa tumeur augmenta en se portant en dehors de l'anneau. Le pilier externe s'amincit et s'allongea au point qu'il était impossible au toucher d'en rencontrer la plus légère trace. L'anneau inguinal et l'arcade fémorale ne formaient plus qu'une seule et même

ouverture. D'après sa tendance à se porter du côté de la cuisse, la tumeur herniaire s'allongeait dans la direction de la veine saphène. Le sac et l'épiploon étaient adhérents et irréductibles; la tumeur continuant toujours à augmenter, le malade s'en inquiéta et il vint me consulter. A cette époque il éprouvait de fréquentes coliques, de la gêne dans la marche et enfin un sentiment d'inquiétude générale qui commençait à troubler sa raison.

J'examinai ce vieillard le soir à la suite de six heures de marche, et le matin avant son lever. La différence entre ces deux touchers fut peu notable. La tumeur était molle et pâteuse, grosse à peu près comme le poing, elle se portait de l'arcade fémorale à la partie moyenne de la cuisse. Ses adhérences étaient tellement intimes, que le taxis lui faisait perdre peu de volume. L'absence du bruit que font entendre ordinairement les gaz contenus dans l'intestin, me porta à croire que cet organe n'était pas engagé dans la tumeur herniaire et que l'épiploon était le seul viscère déplacé.

Vu l'âge avancé du malade et le caractère de sa hernie, je lui conseillai de porter un bandage à pelote allongée d'une dimension assez grande pour pouvoir embrasser toute sa tumeur, attendu que la compression ainsi disposée, l'intestin ne pouvait s'y engager. M. N*** se trouva très bien de ce moyen. Deux ans après j'eus occasion de le revoir, sa hernie était à peu près dans le même état quoiqu'il vînt de faire une maladie assez grave suivie d'un grand amaigrissement.

XLIIIe *observation*, 4e *section*.

Entéro-épiplocèle inguinale, puis crurale, par suite de l'usage d'un mauvais bandage. Sujet du sexe masculin.

H***, âgé de cinquante-trois ans, d'un tempérament nerveux lymphatique, militaire dès son plus bas âge, avait

eu à quarante-un ans, à la suite de fatigues causées par de longues marches, un engorgement considérable d'un ganglion inguinal. Un jour il fit une chute en portant un sac contenant une grande quantité de pains. Il éprouva à l'anneau inguinal une douleur très vive qui le força à entrer à l'hôpital. Le chirurgien reconnut une entéro-épiplocèle que quelques jours de repos, de diète, et une application de sangsues, firent à peu près disparaître. Un bandage fut appliqué, et le malade reprit son service. Depuis cette époque, il se procura lui-même de mauvais bandages qui, en laissant échapper sa hernie en dehors, furent la cause que le pilier externe de l'anneau inguinal s'allongea de manière à ce que cet anneau et l'arcade crurale ne semblaient plus former qu'une seule et même ouverture.

Cet homme courageux, sans se plaindre, continua son service. Alors sa hernie se dirigea du côté de la cuisse, et descendit à trois ou quatre travers de doigt au dessous de l'arcade crurale, dans la direction de la veine saphène, puis un beau jour elle s'étrangla, et donna lieu à des coliques suivies de vomissements de matières stercorales.

Pourtant les accidents cessèrent sans le secours de l'opération; mais les adhérences de l'épiploon et du sac herniaire, ainsi que la grande dilatation de l'ouverture qui livrait passage à une masse considérable d'intestins, firent passer ce militaire dans les compagnies de vétérans, où il ne put faire le plus léger service, puisque, quand il restait plusieurs heures debout, il se trouvait pris de coliques et de vomissements qui ne cessaient qu'après s'être couché et avoir fait rentrer sa hernie.

Je plaçai à cet homme un bandage à pelote allongée et légèrement concave, dont l'usage, après quelques mois, fit cesser les principaux accidents, l'intestin se trouvant exactement maintenu.

Ce militaire, qui en raison de son infirmité avait été employé à la cuisine de la caserne, put reprendre son service ordinaire sans être incommodé de sa hernie.

XLIVe *observation*, 4e *section*.

Entéro-épiplocèle crurale s'étendant à la partie moyenne de la cuisse. Hernie irréductible pour l'épiploon et le sac herniaire. Intestin maintenu réduit au moyen d'un bandage à ressort. Sujet du sexe masculin.

M. D***, âgé de quarante ans, militaire depuis dix ans, éminemment lymphatique, portait une tumeur de la grosseur d'une noix, laquelle parut d'abord à l'arcade crurale du côté droit. Le malade s'en inquiéta peu, et continua son service; mais des marches forcées et des fatigues considérables auxquelles il fut sujet pendant six ans, firent augmenter considérablement sa hernie, qui, se dirigeant du côté de la cuisse, s'y allongea dans une étendue de trois à quatre travers de doigt, des tiraillements d'estomac souvent suivis de vomissements et de défaillances, empêchèrent dans ces derniers temps ce militaire de continuer son service.

Ce soldat me fut adressé par son colonel. En l'examinant, je rencontrai à l'arcade crurale, du côté droit, une tumeur de la grosseur du poing; elle se prolongeait jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. En cherchant à la réduire, l'ayant trouvée dure, je présumai que des matières stercorales occupaient la portion d'intestin hernié. L'anse de cet organe, qui venait de rentrer sous l'influence du taxis, avait fait entendre le bruit que produisent les gaz stercoraux quand ils sont violemment déplacés.

Je cherchai vainement à réduire l'épiploon et le sac herniaire. De fortes adhérences les fixaient au tissu cellulaire qui enveloppe la veine saphène. D'après ce qui m'était arrivé dans plusieurs cas semblables, je crus pouvoir comprimer cette portion de la hernie sans craindre que plus tard l'intestin vînt à s'y engager.

L'application du bandage herniaire eut lieu, et il réussit complètement, comme je l'avais prévu, à empêcher la sortie

de l'intestin, et aussitôt les accidents cessèrent, ce qui permit au malade de reprendre son service.

XLVe *observation*, 4e *section*.

Entéro-épiplocèle à l'arcade crurale gauche. Sujet estropié et boiteux du sexe masculin.

M. de C***, âgé de vingt-six ans, éminemment lymphatique, rachitique et scrofuleux, eut, avant la puberté, différentes plaies à la cuisse gauche, ainsi que dans le voisinage de l'articulation du fémur au bassin. Par suite de ces désordres le malade resta boiteux. Du raccourcissement du membre abdominal gauche il s'ensuivit que, quand le malade était debout, l'arcade crurale de ce côté se trouvait de beaucoup au dessous de celle du côté opposé. D'après cette disposition il est facile de concevoir que les secousses que la marche imprimait à la masse des viscères abdominaux, en les portant du côté gauche, devait favoriser la formation d'une hernie crurale de ce côté.

C'est effectivement ce qui arriva à ce jeune homme, car à seize ans il s'aperçut d'une petite tumeur à l'aine gauche qu'il prit d'abord pour un ganglion engorgé. Son médecin fit cesser son erreur en lui déclarant que c'était une hernie. On essaya de différentes espèces de bandages pour la contenir; mais comme elle s'échappait constamment sous la pelote de ces divers instruments, l'usage en fut abandonné. Depuis cette époque, M. de C*** éprouvait de fortes coliques avec tiraillements d'estomac et surtout beaucoup de gêne dans sa marche, résultant du volume de la tumeur qui depuis quelque temps avait considérablement augmenté; à l'âge de vingt-six ans, ce malade me fit appeler d'après l'avis de M. Dupuytren.

Je reconnus facilement une entéro-épiplocèle avec adhérence de l'épiploon à l'arcade crurale. Le ligament suspubien était tellement lâche et distendu que je pus porter

l'extrémité de mes quatre doigts dans l'ouverture qui livrait passage à la hernie.

En raison de la faiblesse générale des téguments, je fis faire au malade, pendant un mois chaque soir, une friction avec du gros vin dans lequel on avait fait bouillir préalablement des roses de Provins. Une flanelle trempée dans ce même liquide fut appliquée continuellement le jour et la nuit. Ce traitement cessé, la hernie fut facilement contenue par un bandage à courbure très prononcée, afin de permettre à la pelote de descendre au dessous de l'arcade fémorale.

XLVIe *observation*, 4e *section*.

Hernie crurale se prolongeant dans la cavité cotyloïde par suite de la désarticulation du fémur. Artilleur de la marine.

M. P***, âgé de trente-huit ans, artilleur de la marine au port de Brest, reçut à la cuisse droite un coup de feu qui nécessita l'amputation de ce membre à l'article. La désarticulation de la tête du fémur fut faite avec le plus grand succès par le docteur Delaporte, chirurgien en chef de la marine en ce port.

Deux ans après sa guérison, ce marin s'étant rendu à Paris, me fut envoyé par le docteur Kéraudren, médecin en chef et inspecteur du service de santé de la marine, pour remédier à une hernie crurale survenue depuis peu à cet amputé.

En examinant ce militaire, je rencontrai effectivement une tumeur mollasse occupant toute l'arcade crurale du côté droit et se dirigeant même vers la cavité cotyloïde dont elle occupait déjà la majeure partie. Pourtant le taxis convenablement pratiqué reporta l'épiploon à l'arcade crurale, mais ne put en faire rentrer qu'une partie dans le bas-ventre, en raison d'adhérence dont l'existence ne datait probablement que de quelques mois.

La présence de cette tumeur gênait considérablement

le malade pour se servir d'un cuissard fort ingénieux à l'aide duquel il pouvait marcher, et d'ailleurs cette épiplocèle pouvait d'un moment à l'autre favoriser la sortie d'une plus ou moins grande portion d'intestin. Je fus assez heureux pour maintenir cette hernie par un bandage herniaire convenablement disposé, dont l'application ne gêna nullement celle du cuissard.

XLVIIe *observation*, 4e *section*.

Hernies crurales des deux côtés à la fois irréductibles depuis plus de vingt ans, contenues au bout de quinze jours de repos dans le lit par le bandage herniaire. Sujet du sexe féminin.

Madame F***, âgée de soixante ans, d'un tempérament nerveux et sanguin, étant devenue très maigre par suite de fatigue et de maladie, portait, depuis plus de vingt ans, aux arcades crurales, deux entéro-épiplocèles de la grosseur du poing. La grande dilatation des ligaments de Poupart, qui supérieurement terminent ces ouvertures, facilitaient la réduction de ces deux hernies.

La rentrée de l'intestin fut accompagnée d'un bruit de gargouillement. Après la réduction des viscères herniés, je pus introduire facilement plusieurs doigts dans les ouvertures crurales qui leur avaient livré passage.

Il me fut d'abord impossible de contenir ces deux hernies réduites avec le bandage herniaire à ressort; elles passaient sous les pelottes et rendaient l'état de la malade des plus fâcheux, par suite de la compression de l'intestin. Cette dame garda quinze jours le lit, et pendant tout ce temps j'eus soin de couvrir les deux tumeurs herniaires de compresses qui les maintinrent rapprochées le plus possible des ouvertures crurales, par le moyen de plusieurs tours de bandes.

L'appareil dont je viens de parler fut remplacé par un bandage crural dès que j'eus la certitude que tous les organes contenus dans la hernie s'étaient réinstallés dans le

bas-ventre, aux lieu et place abandonnés par eux depuis plus de vingt ans.

En outre des deux hernies que portait cette malheureuse femme, elle avait un déplacement de matrice pour lequel je lui plaçai un pessaire.

Le docteur Chantourelle et moi nous continuâmes pendant plusieurs années à donner des soins à cette malade, et nous eûmes la certitude que ses deux hernies restèrent constamment maintenues dans le bas-ventre sans donner lieu au plus léger accident.

CINQUIÈME SECTION.

CAS RARES DE HERNIES ABDOMINALES, OMBILICALES ET DE LA LIGNE BLANCHE.

XLVIIIe *observation*, 5e *section*.

Hernie abdominale par suite d'un coup de couteau reçu dans le bas-ventre. Tumeur maintenue réduite au moyen de notre bandage à ressort d'élastique. Sujet du sexe masculin.

Le sieur C***, âgé de trente-huit ans, d'un tempérament nerveux et sanguin, officier de marine, ayant navigué très longtemps sous l'équateur, était à la Havane où, il y a six mois, il reçut d'un Espagnol, avec lequel il était en discussion, un coup de couteau dans le ventre à deux travers de doigt de la cicatrice ombilicale et un peu à gauche. Le coup fut porté de bas en haut de manière que la division du péritoine n'eut lieu qu'à peu près un travers de doigt au dessus de celle des téguments, du moins la direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant de la hernie doit le faire supposer. La tumeur, de la grosseur d'une noix, n'offre à la compression qu'une faible résistance, et disparaît facilement en faisant entendre le bruit du déplacement des gaz; après la rentrée de la hernie le doigt

porté à l'ouverture qui lui avait livré passage rencontra un bourrelet inégal dû probablement à des portions d'épiploon adhérentes aux bords de la plaie.

A la suite des repas M. C*** éprouve de vives douleurs dans l'estomac, souvent suivies de défaillances. Ces accidents obligèrent cet officier d'abandonner momentanément le service maritime.

Au bout de quelques jours l'usage de mon bandage ombilical à ressort d'élastique avait fait cesser tous ces désordres, et ce marin reprit la mer, il me promit de m'écrire s'il éprouvait de nouveaux dérangements dans sa santé. M. Kéraudren, médecin en chef de la marine, qui m'avait adressé cet officier, me dit, deux ans après son départ de Paris, qu'il était toujours en activité de service.

XLIXe *observation*, 5e *section.*

Hernie par suite d'éraillement des muscles abdominaux de la région hypogastrique causée par une chute en arrière. Sujet du sexe masculin.

M. D***, valet de pied de M. le duc d'Orléans, depuis roi des Français, âgé de trente-six ans, constitution nerveuse et sanguine, tomba à la renverse en voulant monter derrière la voiture de son maître. La douleur causée par cette chute fut si grande que ce domestique perdit connaissance. Porté dans son lit, il fut de suite visité par M. le docteur Marc, médecin du duc, lequel pendant quinze jours au moins essaya, sans pouvoir réussir, d'arrêter les vomissements qui s'étaient déclarés au moment même de l'accident.

Soit que le malade changeât de position, soit qu'il essayât de prendre quelques aliments, les vomissements reparaissaient avec plus ou moins de violence.

La continuation de désordres aussi graves fit soupçonner au docteur Marc l'existence d'un éraillement de la paroi abdominale dans lequel pouvait se trouver engagée une portion de l'estomac ou de toute autre partie du tube in-

testinal. Ce médecin distingué me fit appeler pour examiner avec lui son malade. Nous le trouvâmes en proie à des douleurs vives et soutenues qui avaient lieu au plus léger mouvement qu'il faisait dans son lit. Le pouls était élevé, la peau brûlante, la figure fortement injectée, la sensibilité de toute la région épigastrique portée à un point que le poids du drap et d'une légère couverture pouvaient à peine être supporté.

Au toucher il me fut facile de reconnaître un écartement assez considérable des fibres musculaires situé entre la cicatrice ombilicale et le cartilage xyphoïde, lequel offrait une proéminence que l'on pouvait supposer résulter du pincement d'une portion des viscères abdominaux.

L'application de mon bandage ombilical à ressort élastique fut jugée indispensable, mais en raison de la sensibilité des parties sur lesquelles il devait porter, on le plaça d'abord pendant quelques heures, puis en l'ôtant pour y substituer un cataplasme émollient, après quoi on revint au bandage. Ce fut en alternant ainsi entre le bandage et le cataplasme que nous parvînmes promptement à diminuer les souffrances du malade et même à faire cesser les vomissements (1). Au bout de quatre mois d'usage non interrompu de cet appareil le malade reprit ses occupations, mais il ne put jamais monter derrière la voiture sans éprouver de vives douleurs, ce qui lui arrivait également dans la flexion du tronc en arrière.

D'après un certificat que je délivrai au sieur D*** et la recommandation du docteur Marc, M. le duc d'Orléans eut la bonté de donner à ce serviteur une place de concierge dans un de ses châteaux. Ce nouveau genre d'occupation contribua pour beaucoup à la guérison de ce malade, car l'ayant revu deux ans après il me dit ne plus éprouver de douleur; même son bandage ôté, à moins qu'il n'eût pris des aliments difficiles à digérer.

(1) L'usage de ce bandage a également fait cesser des vomissements

Le *observation*, 5e *section*.

Hernie de l'estomac déterminée par un coup de lance reçu d'un cosaque à la campagne de 1814. Sujet du sexe masculin.

M. Joseph, âgé de trente ans, d'un tempérament nerveux, système musculaire peu développé, valet de chambre de M. le secrétaire-général du grand amiral sous Louis XVIII, avait reçu d'un cosaque, en 1814, aux environs de Paris, un coup de lance qui lui fit une plaie assez profonde pour que le péritoine se trouvât divisé un peu au dessous du cartilage xyphoïde, à peu près au milieu de la ligne blanche.

La cicatrisation extérieure, c'est à dire celle de la peau, eut lieu au bout de six mois. Mais, quoiqu'il n'y eût plus rien d'apparent, le malade, depuis sa sortie de l'hôpital, éprouvait les plus grands désordres dans les principales fonctions de son économie; les digestions n'avaient lieu qu'incomplètement quoiqu'il choisît les aliments reconnus pour être les plus faciles à digérer. Il était obligé d'éviter l'usage des spiritueux, car un demi-verre de vin suffisait pour provoquer des vomissements. Le défaut d'alimentation suffisante avait réduit ce malade à un grand amaigrissement. A cette époque il consulta le médecin en chef du service de santé de la marine, M. le docteur Kéraudren, lequel reconnut de suite l'existence d'une hernie abdominale, et présuma qu'elle était la seule cause de la mauvaise santé de la personne qui le consultait. Ce savant médecin voulut bien s'en rapporter à moi pour lui procurer du soulagement.

En examinant cet homme avec beaucoup d'attention je rencontrai dans le trajet de la ligne blanche, à peu près au

chez un officier de cavalerie qui était tombé à la renverse de son cheval, dans une charge de cavalerie qu'il commandait.

creux de l'estomac, une petite tumeur de la grosseur d'une noix; la peau qui la recouvrait était mince, lisse et tendue. Cette tumeur disparaissait facilement à la plus légère compression, alors le doigt s'engageait dans une ouverture circulaire de la grandeur d'une pièce de deux francs. Les bords de cette espèce d'anneau étaient très épais et offraient au toucher plusieurs inégalités ou petites granulations semblables à celles que l'on rencontre d'ordinaire dans les épiplocèles ombilicales anciennes et adhérentes. Le pourtour de cette ouverture était douloureux au toucher dans une étendue de plusieurs travers de doigt.

Je fis immédiatement à ce malade l'application de mon bandage ombilical à ressorts d'élastique. J'eus soin d'y ajuster une pelote lenticulaire d'une étendue assez grande pour que ses bords pussent prendre leur point d'appui sur des parties de l'abdomen exemptes d'altération et de douleur. Au bout de quelques jours, le malade se trouva soulagé. Un mois après il accompagna son maître dans un long voyage, sans éprouver aucune espèce d'accident, bien qu'il fit usage d'aliments de différentes natures et même de spiritueux.

LIe *observation*, 5e *section*.

Entéro-épiplocèle à l'anneau ombilical, causée par la compression constante du côté droit de la poitrine. Sujet du sexe masculin.

M. C***, âgé de trente-six ans, d'une constitution nerveuse et sanguine, tourneur en métaux, exerçait cette profession depuis l'âge de douze ans. Ne tournant que de gros objets il était obligé de se servir de très grosses gouges fixées à un manche de cinquante centimètres de long dont l'extrémité fortement appuyée sur le sternum et les côtés du côté droit avait fini par déterminer à cet endroit de la poitrine un enfoncement de deux à trois travers de doigt avec renversement complet de sternum.

L'extrémité des côtes n'avait participé à cette dépression qu'en s'écartant du sternum, au moyen de la distension de ses cartilages et ligaments articulaires; mais la clavicule avait tellement été comprimée qu'elle se trouvait arquée d'avant en arrière.

La hernie ombilicale avait commencé à paraître il y a dix ans; peu volumineuse à son origine elle n'augmenta qu'à la suite de fatigues extraordinaires. Aussi pendant longtemps le malade s'en était-il peu inquiété; mais depuis plusieurs années, l'épiploon ayant contracté des adhérences à l'anneau ombilical, la tumeur devenue grosse donna lieu à de violentes coliques souvent suivies de vomissements.

Il me fut facile, à la simple vue de reconnaître que le refoulement des viscères du côté de l'anneau ombilical avait été causé par les habitudes de la profession du malade. Je fis sur la hernie de M. C*** l'application de mon bandage herniaire ombilical à ressort d'élastique en lui recommandant de n'exercer ses travaux que pendant quelques heures de la journée, ce qu'il put faire jouissant d'une certaine aisance due à son travail. Ce tourneur vint me revoir au bout de six mois; sa santé était beaucoup meilleure, mon bandage avait fait cesser les accidents dont il s'était plaint avant son application.

LIIe *observation*, 5e *section*.

Hernie ombilicale volumineuse descendant jusque sur la cuisse et contenant la majeure partie des viscères abdominaux. Sujet du sexe féminin.

Mme R***, constitution nerveuse et lymphatique, ayant assez d'embonpoint, fabricante de drap, vint à Paris pour consulter M. le docteur Chaussier, relativement à une hernie ombilicale qui l'obligeait de garder le lit depuis plusieurs années : ce célèbre médecin m'ayant fait appeler, je rencontrai une énorme tumeur partant de la cicatrice

ombilicale et s'allongeant en se renversant sur le ventre jusque sur les cuisses. Cette masse considérable semblait formée par la majeure partie des intestins et de l'épiploon. Le malade ne pouvait se tenir debout sans éprouver des douleurs d'estomac suivies assez ordinairement de défaillances, les digestions étaient lentes et laborieuses et souvent impossibles; quand elles ne pouvaient pas avoir lieu, l'estomac se contractait et alors des vomissements se déclaraient, en suite de quoi substances alimentaires étaient rejetées.

La tumeur herniaire de cette dame existait depuis à peu près quarante ans. Elle était survenue à la suite de fatigues et d'imprudence, la malade s'étant levée trois à quatre jours après sa sixième couche. Mme R*** consulta, dans la ville où elle habitait, une sage-femme qui lui fit l'application d'un mauvais bandage à ressort circulaire à pelote offrant une saillie dont la proéminence pouvait égaler la grosseur d'un œuf, laquelle pelote en s'introduisant dans l'anneau ombilical le distendit considérablement et alors la hernie s'échappa par en bas.

Au bout de cinq ou six ans de l'usage de ce mauvais instrument la tumeur étant considérablement augmentée il fut supprimé pour être remplacé par un corset baleiné qui en la comprimant fortement la refoula de haut en bas et de droite à gauche.

En examinant avec attention la hernie de Mme R*** nous reconnûmes qu'elle était formée de plusieurs circonvolutions d'intestin séparées les uns des autres par des masses d'épiploon auxquelles s'était réunie une grande portion du mésentère.

La rentrée totale de ces viscères était impossible et d'ailleurs le refoulement en masse de ces organes eût pu devenir fâcheux pour la malade, c'est pourquoi il fut convenu entre le professeur Chaussier et moi que je ne procèderais que graduellement et avec une certaine lenteur à la réduction de cette hernie.

Le premier jour je me contentai de réduire quelques anses d'intestin, le second jour une plus grande portion fut reportée dans le ventre, et enfin, au bout de huit jours, la tumeur avait disparu en totalité. Alors je pus placer sans inconvénient une ceinture ventrière armée d'une plaque métallique légèrement concave et de dimension plus grande que l'ouverture qui livrait passage à la hernie. Le lendemain de cette application quelques aliments furent donnés et digérés avec assez de facilité.

Pendant tout le temps employé à la réduction de la hernie la malade avait été soumise à la diète la plus sévère. Huit jours après l'application de ma ceinture Mme R*** put se lever et même marcher pendant plusieurs heures sans éprouver de malaise, un mois après cette dame repartit pour Louviers par les voitures publiques, et son voyage se fit sans accident, ce qui la flatta d'autant plus que, quoiqu'elle fût venue à Paris dans une chaise de poste et couchée sur un matelas, elle avait éprouvé plusieurs vomissements.

Quatre ans après ce traitement M. le professeur Chaussier me dit que notre ancienne malade continuait de se bien porter.

LIIIe *observation*, 5e *section*.

Hernie sur-ombilicale congéniale et volumineuse avec faiblesse de la paroi abdominale, surtout à la région épigastrique. Sujet du sexe masculin.

M. de B***, âgé de onze ans, d'une faible constitution, fils de parents riches, vint au monde ayant toute la paroi abdominale très faible et l'abdomen très développé. Quelque temps après sa naissance, on s'aperçut, quand il pleurait, qu'une petite tumeur de la grosseur d'une noisette avait lieu dans le trajet de la ligne blanche, entre le cartilage xyphoïde et la cicatrice ombilicale. Pour la maintenir, on employa une bande de toile, en ayant soin de la serrer

fortement. L'enfant la porta jusqu'à l'âge de trois ans, époque à laquelle elle fut remplacée par un bandage circulaire à ressort d'acier aussi serré que possible.

Cette pression permanente, qui ne pouvait obéir aux contractions du diaphragme, refoula tellement les viscères abdominaux dans les régions ombilicales et hypogastriques que le ventre devint très gros et même d'une forme assez bizarre. La ligne blanche, trop faible pour résister à l'action mécanique des viscères, s'amincit considérablement, surtout depuis la cicatrice ombilicale jusqu'à la symphyse pubienne. Bientôt le centre de cette ligne fut occupé par une espèce de sillon formant une saillie d'un à deux travers de doigt, qui ne s'effaçait que par suite de la position horizontale; les digestions étaient pénibles, quelquefois suivies de vomissements. La respiration était laborieuse, et si cet enfant voulait courir avec ses camarades, il se trouvait aussitôt suffoqué. Une toux fréquente et sans expectoration donna plus d'une fois des inquiétudes sur l'état de la poitrine de ce sujet.

Le docteur Gasc, médecin de la famille du jeune de B***, m'ayant fait appeler, approuva l'intention que j'avais de soutenir tout le ventre depuis la symphyse pubienne jusqu'aux cartilages xyphoïdes, au moyen d'une ceinture à ressort d'élastique, en abandonnant tout système de compression locale pour la petite hernie qui avait continué à exister depuis dix ans.

Ce nouveau moyen réussit complètement; le jeune homme porta sa ceinture jusqu'à l'âge de quinze à seize ans. Sa hernie avait disparu ainsi que le sillon dont j'ai parlé. Le ventre s'était développé régulièrement, la ligne blanche avait repris de la fermeté et M. de B*** s'était fortifié au point de pouvoir se livrer avec ses camarades de collège aux exercices de gymnastique les plus fatigants. A vingt ans, j'eus occasion de le revoir; sa santé avait continué d'être excellente.

LIVe *observation*, 5e *section*.

Épiplocèle à travers un éraillement des fibres de la paroi abdominale, survenue pendant le travail de l'enfantement.

Mme B*** âgée de quarante-six ans, constitution nerveuse et lymphatique, ayant beaucoup d'embonpoint, vivant de son revenu, se maria à vingt-quatre ans, et devint mère à vingt-cinq. Son accouchement fut pénible et laborieux, en raison de l'étroitesse de son bassin.

Le travail dura trois jours, et fut accompagné de délire et de convulsion. La contorsion des membres de cette malade était telle, que quatre personnes avaient beaucoup de mal à la maintenir sur le lit de sangle où elle accoucha. Portée dans son lit ordinaire dans un état de calme parfait, cette dame se plaignit d'une vive douleur avec sentiment de meurtrissure dans un point de la région abdominale du côté droit. L'accoucheur, présumant qu'elle avait pu se donner un coup pendant ses convulsions, lui dit qu'il ne fallait pas s'en inquiéter, et que dans quelques jours probablement elle ne s'en apercevrait plus.

Mme B*** se leva pour la première fois le quinzième jour après sa couche, elle s'aperçut en s'habillant d'une petite tumeur mollasse située précisément à l'endroit où elle croyait s'être meurtrie. Sa couturière en corsets lui dit qu'elle lui disposerait ce vêtement de manière à remédier à ce petit accident.

Cette dame eut depuis deux autres couches, ainsi que deux fausses couches, dont la dernière la rendit extrêmement malade, et fut suivie d'un abaissement simple de l'utérus déterminé par un grand amaigrissement avec une extrême faiblesse qui dura plusieurs mois. Cette malade, depuis sa fausse couche, ressentait des douleurs assez vives à l'endroit de la tumeur, dont le volume, considérablement augmenté, lui devenait très désagréable et très gênant. Elle éprouvait également des tiraillements d'estomac suivis assez

ordinairement de vomissements, de douleurs vagues, d'un sentiment de pesanteur au bas des reins et dans le bas-ventre, ainsi que de fréquentes envies d'uriner.

Ce furent ces divers accidents qui déterminèrent Mme B*** à me consulter. Au toucher vaginal, je reconnus un abaissement simple de l'utérus, auquel je rapportai une grande partie des désordres dont je viens de parler. Quant à la tumeur herniaire, elle me sembla formée par l'épiploon, adhérent aux fibres musculaires entre lesquelles il s'était engagé.

Le volume de cette hernie pouvait égaler celui d'une tête d'enfant nouvellement né. Elle était située à deux travers de doigt en dehors de la cicatrice ombilicale du côté droit, mollasse et pâteuse ; on pouvait la comprimer dans toute son étendue, sans donner lieu à de fortes douleurs ; mais il s'ensuivait pour la malade une espèce de barbouillement du cœur avec envie de vomir.

Dans l'intention de soutenir la hernie et la totalité du ventre, qui, depuis la fonte du tissu cellulaire, descendait jusque sur les cuisses de la malade quand elle était assise, je plaçai à cette dame un pessaire et une ceinture ventrière élastique. La combinaison de ces deux moyens fit cesser promptement les accidents dont il a été parlé précédemment, et Mme B*** reprit promptement son embonpoint primitif. Au bout d'un an, le pessaire fut supprimé sans inconvénient, mais la malade continua encore pendant plusieurs années l'usage de la ceinture.

LVe *observation*, 5e *section*.

Épiplocèle à travers un éraillement de la paroi abdominale, causée par une chute ; hernie guérie par la compression. Sujet du sexe masculin.

M. D***, âgé de trente-quatre ans, d'un tempérament bilio-lymphatique, riche colon de l'île Saint-Maurice, se trouvant sur le pont du bâtiment qui l'amenait en France par un gros temps, fut renversé d'un violent coup de

vent. Il tomba sur le côté droit et heurta une pièce de bois servant aux manœuvres de l'équipage. Depuis cette chute, ce malade ressentit constamment des douleurs sourdes à la région lombaire, et ses digestions devinrent pénibles et laborieuses.

Ce fut deux ans après cet accident que M. le docteur Gasc, médecin militaire, et aujourd'hui membre du conseil de santé de la guerre, me fit appeler auprès de son malade. En l'examinant, je rencontrai au côté droit, entre la dernière fausse côte et le bord supérieur de l'os coxal, une tumeur oblongue, molle, pâteuse et en partie réductible, dont l'étendue dans son grand diamètre pouvait avoir trois à quatre travers de doigt, tandis que son petit diamètre n'en offrait pas plus de deux.

Je disposai pour cette hernie une plaque en cœur, laquelle fut fixée à sa partie supérieure, large d'à peu près quatre travers de doigt à une ceinture en peau de chamois, tandis que l'extrémité inférieure de cette pelote d'après sa forme, se prolongeait jusqu'à la branche horizontale du pubis où elle se trouvait maintenue et fixée au moyen d'un sous-cuisse en tirant et d'une boucle d'acier.

Cet appareil, dont la compression était médiocre, n'ayant pas de ressort circulaire, finit par soulager le malade qui dans les premiers temps ne pouvait le porter plus de trois à quatre jours de suite sans qu'il lui survînt des douleurs vives et lancinantes, ressenties d'ordinaire tant dans la tumeur que dans les portions de la paroi abdominale qui l'entouraient. Ce ne fut qu'au bout d'un an que ces accidents cessèrent et que le bandage put rester constamment appliqué.

A cette époque la tumeur avait entièrement disparu, et le bandage pouvait d'autant mieux être supprimé, que M. D*** avait acquis un certain embonpoint, qu'il était loin d'avoir à son arrivée en France; mais soit habitude, soit méfiance, ce colon continua encore pendant plusieurs années l'usage du bandage que je lui avais fait.

LVIe *observation*, 3e *section*.

Hernie ombilicale volumineuse descendant entre les cuisses et contenant une grande partie des viscères abdominaux. Tumeur maintenue réduite au moyen d'une ceinture ventrière. Sujet du sexe féminin.

Mme M***, âgée de soixante-neuf ans, nerveuse, ayant peu d'embonpoint, ancienne boulangère, avait eu quatre enfants. A sa seconde grossesse, qui eut lieu il y a trente ans, cette dame étant enceinte d'à peu près sept mois, éprouva en boulangeant une vive douleur à la cicatrice ombilicale avec le sentiment d'une déchirure, ce qui la força de discontinuer son travail.

La peau qui recouvrait le nombril était fortement soulevée, lisse et tendue; son épaisseur paraissait si peu considérable que, pendant les deux derniers mois de la grossesse de cette femme, on craignait à chaque instant qu'elle ne vînt à se rompre; pourtant l'accouchement eut lieu sans accident.

L'ombilic resta dilaté à peu près de la grandeur d'une pièce de deux francs, et, quand l'accouchée se leva, une entéro-épiplocèle ombilicale se manifesta. Pour maintenir cette hernie réduite, on appliqua un bandage à ressort d'acier avec une pelote ronde, petite et garnie de manière à former une espèce de cône. Cette disposition vicieuse de la pelote ne pouvait pas lui permettre de rester sur la hernie qui fut fortement refoulée par en bas. Dès ce moment la pelote du bandage, que j'ai dit être conique, put s'enfoncer dans l'ouverture ombilicale et finit par la dilater au point de s'y engloutir tout entière.

A chacune des deux grossesses qui suivirent celle qui donna lieu à cet accident, la hernie continua à augmenter de volume : la forme du bandage fut maintenue, à l'exception de la pelote, qu'il fallut faire beaucoup plus grande; mais comme elle était dans le même système que l'ancienne, il n'y eut rien de changé dans son mode d'agir, ce

qui fit que la hernie, aussi mal contenue qu'auparavant, continua à descendre et à grossir, de manière que, dans les derniers temps, la malade était obligée de rester continuellement couchée.

Ce fut dans ce mauvais état de santé que cette dame vint à Paris pour consulter M. Dupuytren, qui me l'adressa en m'invitant à tâcher de disposer un appareil capable de maintenir dans le ventre l'énorme quantité de viscères qui en était sortie, afin de faire cesser la majeure partie des accidents auxquels leur déplacement donnait lieu, et surtout de mettre la malade à même de pouvoir marcher l'exercice étant indispensable à l'entretien de sa santé.

J'examinai avec soin la tumeur que portait Mme M***, elle me parut plutôt une éventration qu'une hernie ombilicale, son volume pouvait égaler deux fois celui d'une tête d'adulte. Elle se prolongeait du nombril, en suivant une direction oblique, jusqu'à la cuisse gauche. Les téguments distendus formaient une espèce de sac qui renfermait intestin, mésentère et épiploon.

La malade couchée, la tumeur conservait à peu près le même volume que quand cette personne était levée. Il fallait soulever cette tumeur de bas en haut et d'avant en arrière pour en obtenir la réduction à peu près en totalité; car une très petite partie de l'épiploon se trouvait adhérente à l'ouverture qui livrait passage à la hernie.

La main s'introduisait facilement dans le ventre en suivant la rentrée des viscères, qui reprenaient d'eux-mêmes l'ordre symétrique si nécessaire à l'accomplissement de leurs diverses fonctions.

Le péritoine n'avait pas fourni de sac à la hernie, mais pourtant il était détaché de la paroi abdominale dans une assez grande étendue, ce qui lui donnait assez la forme d'une espèce de diaphragme, percé dans son centre, adhérant supérieurement à l'estomac et inférieurement à la masse des viscères formant la hernie. Sans cette disposition toute particulière, l'estomac aurait probablement été

plus ou moins entraîné par l'intestin grêle, ce qui eût encore augmenté l'état fâcheux de la malade.

L'affaissement de la membrane péritonéale sur la masse des viscères abdominaux permettait de reconnaître au toucher les circonvolutions de l'intestin; mais ce qui me frappa le plus dans mes recherches, ce fut la facilité avec laquelle je sentis les battements du cœur et les pulsations de l'aorte. Il me semblait que mes doigts se trouvaient en contact direct avec ces organes, tant était mince la paroi abdominale qui m'en séparait.

Après la réduction aussi complète que possible de la hernie, je plaçai une ceinture ventrière à laquelle était fixée une plaque concave assez grande pour que ses bords pussent s'appliquer sur la paroi abdominale dans l'étendue de deux à trois travers de doigt en dehors de l'ouverture par où sortait la hernie. Ce moyen ne réussit pas d'abord, car, après quelques heures de cette application, la malade éprouva un malaise général suivi d'envie de vomir. Sa figure devint très colorée, et son pouls s'éleva.

Il me fut facile de comprendre que ces accidents venaient de la brusque rentrée des viscères, et que, pour la réduction de cette hernie, il était convenable de l'opérer lentement, c'est à dire en observant les mêmes précautions dont j'avais tant eu lieu de me louer à l'égard d'une malade de M. le docteur Chaussier (1). L'appareil fut donc enlevé et remplacé par un bandage de corps fait avec une serviette et des compresses graduées, que j'eus soin d'augmenter progressivement de jour en jour. Peu d'aliments furent pris par la malade, qui resta constamment couchée sur le dos.

Au bout de huit jours la hernie étant rentrée, la ceinture fut réappliquée sans que son usage soutenu ait donné par la suite lieu au plus léger accident. Cette dame repartit pour la province bien portante et après avoir fait à Paris d'assez longues courses à pied sans en être incommodée.

(1) 52e observation, 5e section, chap. III.

LVIIe *Observation*, 5e *section.*

Hernie de l'estomac à travers la cicatrice ombilicale. Tumeur très développée après le repas, affaissée et même disparue aussitôt la digestion terminée. Sujet du sexe masculin.

M. D***, âgé de soixante ans, éminemment lymphatique, ayant beaucoup d'embonpoint; rentier, habitant les environs de Paris, y vint un jour pour consulter le docteur Dupuytren sur deux hernies inguinales qu'il portait depuis dix ans, sans que jamais elles eussent été contenues. Ce grand chirurgien m'adressa son malade, mais comme ses deux hernies étaient scrotales, volumineuses, adhérentes, et irréductibles, je dus me contenter de les maintenir à l'aide d'une espèce de poche de suspensoir fixée à une ceinture ventrière soutenue par des bretelles.

Trois jours après ma première visite ce malade revint me voir, et en voulant placer mon appareil je rencontrai à l'anneau ombilical une tumeur de la grosseur du poing, laquelle n'existait pas quand je pris mes mesures pour la ceinture. J'en témoignai mon étonnement à M. D***, qui me dit que cette tumeur n'était sensible qu'après qu'il avait mangé; que le premier jour où je le vis, il était à jeûn, tandis qu'avant de venir chez moi pour que je lui plaçasse mon appareil, il avait déjeuné.

En examinant avec attention cette troisième tumeur, je crus reconnaître un déplacement de la portion gauche de l'estomac dite cul de sac, qui, après avoir franchi l'anneau ombilical se courbait de haut en bas en se renversant sur le ventre; mes recherches suivies de tentatives de réduction déterminèrent des contractions de l'estomac et des vomissements qui débarrassèrent cet organe des aliments qu'il contenait. Alors la tumeur s'affaissa et disparut de manière à laisser douter qu'elle eût existé un instant plus tôt.

La peau qui recouvrait la tumeur ombilicale m'avait semblé très amincie, je la crus adhérente à la hernie, du

moins la tumeur en rentrant l'attirait à elle assez avant dans le ventre pour que le nombril se trouvât enfoncé de deux à trois travers de doigt au dessous du niveau de la paroi abdominale.

La hernie ombilicale existait depuis vingt ans; elle avait paru à la suite d'une chute de cheval où le ventre du cavalier fut fortement comprimé par la cuisse de l'animal qu'il montait. Le médecin appelé à cette époque présuma, d'après l'embonpoint du sujet, que l'ouverture ombilicale se resserrerait d'elle-même, ce qui plus tard ferait disparaître cette petite tumeur : mais il en fut tout autrement, car plus le ventre se développa, plus la tumeur augmenta de volume.

Depuis plusieurs années, le malade, quoique grand mangeur, s'était habitué à ne faire qu'un repas par vingt-quatre heures, et au fur et à mesure que les aliments arrivaient dans l'estomac, la tumeur herniaire se développait au dehors du ventre ; elle acquérait un volume plus ou moins considérable, d'après la plus ou moins grande quantité d'aliments introduits dans cet organe.

Il était ordinaire chez ce malade que les digestions s'exécutassent d'une manière lente et pénible. Il fallait même, pour qu'elles s'accomplissent, que M. D*** se couchât sur le dos et tînt avec les deux mains pendant quatre à cinq heures la tumeur herniaire soulevée, en ayant soin de la diriger d'abord de bas en haut, puis d'avant en arrière, jusqu'à ce que l'estomac fut entièrement débarrassé des aliments qu'il contenait.

Je plaçai l'appareil que j'avais disposé pour les deux hernies scrotales, et la ceinture se trouva maintenir exactement réduite la hernie ombilicale. Je conseillai au malade de manger peu pendant les premiers jours, puis de faire au moins deux repas par jour à cinq à six heures de distance l'un de l'autre, afin d'éviter l'introduction dans l'estomac d'une grande quantité d'aliments à la fois, et surtout de faire de l'exercice après le repas. M. D*** suivit mes conseils et s'en

trouva si bien qu'au bout d'un mois il faisait ses deux repas comme avant d'avoir sa hernie ombilicale, et il n'était plus obligé de se coucher pour digérer.

LVIIIe *Observation*, 5e *section*.

Éraillement de la ligne blanche, à partir du cartilage xyphoïde jusqu'à la symphise des pubis, survenu à la suite d'une couche pénible et laborieuse.

Madame M***, âgée de trente-huit ans, constitution éminemment nerveuse mais faible, ayant peu d'embonpoint, bonne nourriture, femme d'horloger. Cette dame avait eu plusieurs enfans, et à chaque grossesse, elle s'apercevait d'un amincissement progressif de la ligne blanche. Après la quatrième, elle éprouva de fréquentes coliques suivies de vomissements. Ses digestions étaient laborieuses et pénibles, une serviette passée autour des reins avec une autre pliée en plusieurs doubles et appliquée dans tout le trajet de la ligne blanche la soulageaient; pourtant elle était obligée assez fréquemment de garder le lit pendant plusieurs jours quand ses vomissements avaient lieu.

M. le docteur Nysten, qui donnait des soins à cette malade, me fit appeler. Nous reconnûmes ensemble une entéro-épiplocèle de la ligne blanche s'étendant supérieurement du creux de l'estomac à la cicatrice ombilicale, et inférieurement de cette ouverture à la symphyse pubienne. Les muscles droits se trouvaient fortement écartés.

L'indication à remplir était d'une part de les rapprocher autant que possible et de l'autre de maintenir la hernie réduite. C'est ce qui eut lieu au moyen de l'application d'une ceinture ventrière faite en élastique avec deux forts coussins fixés de chaque côté de la ceinture, à deux travers de doigt en dehors de la ligne blanche.

Cette malade qui depuis un an éprouvait les accidents que je viens de décrire, se trouva tellement soulagée qu'elle

put reprendre ses occupations habituelles. Elle porta cette ceinture pendant plusieurs années, puis ayant pris de l'embonpoint elle put, sans inconvénient, en abandonner l'usage.

LIX$_e$ *Observation*, 5$_e$ *section.*

Hernie ombilicale suivie plus tard d'une autre hernie à la partie supérieure de la ligne blanche. Sujet masculin.

M. P***, marchand mercier, âgé de quarante ans, d'une petite stature, ayant beaucoup d'embonpoint, faisant peu d'exercice, consulta M. le professeur Dupuytren pour deux tumeurs abdominales dont l'une occupait le centre de la cicatrice ombilicale, et l'autre la ligne blanche entre l'estomac et le nombril.

La hernie ombilicale existait depuis plusieurs années, et bien que son volume en fût considérablement augmenté, elle n'avait jamais fait éprouver la plus légère douleur au malade. Il était dans l'habitude de la soutenir avec un mouchoir en forme de ceinture; depuis l'apparition de la seconde tumeur qui n'a jamais été plus grosse qu'une noix. M. P*** était sans appétit et souvent éprouvait des crampes d'estomac suivies de vomissements ; d'après l'avis de M. Dupuytren, je lui plaçai mon bandage élastique avec une pelote oblongue et brisée dans son centre, afin de pouvoir se ployer dans les mouvements de flexion du tronc en avant; au moyen de cette disposition, les deux hernies furent constamment réduites.

Quatre mois après l'application de mon bandage, j'eus occasion de revoir le malade, je trouvai la petite hernie totalement disparue et la hernie ombilicale considérablement diminuée. Les accidents avaient cessé et M. P*** jouissait d'une parfaite santé.

SIXIÈME SECTION.

CAS RARES DE HERNIES RENCONTRÉES AU VAGIN ET AUTRES LIEUX, NON COMPRIS DANS LES TROISIÈME, QUATRIÈME ET CINQUIÈME SECTIONS.

LXe *Observation*, 6e *section*.

Hernie vaginale survenue à la suite d'un accouchement terminé par le forceps.

Madame S***, âgée de trente-six ans, nerveuse, ayant de l'embonpoint, portait une tumeur dans le vagin qui, quand elle restait longtemps debout, franchissait la vulve et descendait entre les cuisses ce qui gênait considérablement sa marche. Les garderobes étaient difficiles; un malaise général augmentait l'inquiétude de cette dame qui était enceinte de trois à quatre mois. Comme elle rapportait la formation de cette hernie à sa première couche terminée avec le forceps il y avait à peu près quinze ou seize mois, elle craignait que si une nouvelle application de cet instrument était nécessaire à sa seconde couche, son infirmité n'augmentât d'une manière effrayante.

En visitant la malade couchée, je rencontrai à l'entrée du vagin dans le voisinage de la commissure postérieure des grandes lèvres un corps de forme allongée, lequel se prolongeait sous la paroi vaginale dans toute l'étendue du périnée, puis arrivée dans le petit bassin, se réfléchissait sur l'intestin rectum.

Madame S*** me dit qu'à l'époque de ses règles si elle faisait un peu d'exercice à pied ou que même elle se mouchât ou toussât étant debout, la tumeur sortait de suite de vagin et descendait entre ses cuisses; dans cet état elle ne rentrait qu'après huit à dix heures de repos soutenu dans le lit. La rentrée de la hernie était accompagnée et suivie d'un sen-

timent de chaleur insupportable au vagin et parfois d'écoulement muqueux.

Cette dame étant enceinte il était impossible d'agir mécaniquement sur cette tumeur. Je conseillai de garder constamment le lit jusqu'à un mois après les couches, de porter dans le vagin, soir et matin, des injections d'eau froide, (c'était dans le mois d'octobre) et de les remplacer plus tard par d'autres faites avec une infusion de roses de Provins dans de gros vin rouge.

Trois mois après sa couche cette personne vint me revoir, elle avait exactement suivi mes conseils, et sa tumeur avait complètement disparu.

LXIe *Observation*, 6e *section*.

Hernie vaginale étranglée dans l'intérieur d'un pessaire cylindrique dit *à bondon*.

Mme F***, âgée de quarante ans, constitution lymphatique, ayant de l'embonpoint, ouvrière, se plaignait d'une tumeur qu'elle portait dans le vagin; elle en rapportait l'origine à une couche laborieuse qu'elle avait eue il y a à peu près huit ans. Quoique cette tumeur fût depuis longtemps appréciable au toucher et même à la vue, elle ne l'incommodait que depuis trois à quatre ans, en lui faisant éprouver de fréquentes envies d'uriner qu'elle ne pouvait satisfaire qu'avec de grandes difficultés.

Cette dame éprouvait en outre des tiraillements d'estomac, de mauvaises digestions, des douleurs au bas des reins avec sentiment de pesanteur sur le fondement, un écoulement muqueux très abondant par le vagin, enfin un état de malaise qui troublait les fonctions les plus importantes de son économie; son moral s'en était tellement ressenti qu'elle était devenue triste et mélancolique.

C'est dans cet état de souffrance que M. le docteur Fournier-Pescay, alors secrétaire du conseil de santé de la guerre,

me l'adressa. En touchant cette malade debout, mon doigt rencontra dans la direction de l'urètre une tumeur molle et allongée franchissant la vulve, en comprimant fortement le méat urinaire qui naturellement était assez volumineux.

Le vagin considérablement tuméfié s'était affaissé, la matrice l'avait suivi en s'abaissant de manière que son col venait s'appuyer sur le périnée dans le voisinage de l'intestin rectum. La malade se coucha, et la position horizontale favorisa la réduction de cette tumeur, qui, assez ordinairement, disparaissait d'elle-même après plusieurs heures de repos dans le lit.

L'état pâteux du viscère hernié et sa lenteur à rentrer même par l'opération du taxis, ne me laissèrent aucun doute sur l'existence d'une épiplocèle. Je plaçai un pessaire cylindrique de trois à quatre travers de doigt de longueur, et percé dans son centre. Aussitôt après l'application de cet instrument la malade se trouva tellement soulagée qu'elle crut pouvoir reprendre ses occupations habituelles. Il lui semblait, disait-elle, ne plus rien éprouver de son indisposition et d'être enfin dans son état naturel.

Cette femme au lieu de rester tranquille chez elle, comme je le lui avais conseillé, marcha toute la journée sans éprouver le moindre malaise; mais le lendemain matin elle ressentit une chaleur insupportable au vagin accompagnée de douleurs vives et lancinantes suivies d'écoulement sanguinolent. On vint me chercher, ainsi que le docteur Bégin. En examinant ensemble la malade nous reconnûmes que la hernie après avoir filé entre le canal de l'urètre et le pessaire en dépassant cet instrument s'était réfléchie en quelque sorte sur elle-même pour s'engager d'avant en arrière dans son ouverture. Ce fut en vain qu'avec le doigt nous voulûmes dégager la hernie. Toutes nos tentatives furent inutiles; nos manœuvres firent éprouver à la malade des douleurs si atroces que nous fûmes obligés de les cesser.

Le cas était des plus graves, car il existait évidemment un étranglement de l'épiploon dont les suites pouvaient

devenir sérieuses. L'indication à remplir était d'enlever le pessaire, mais, pour y parvenir, il fallait le couper dans le vagin, opération assez difficile à pratiquer. Pour l'exécuter, l'un de nous saisit le pessaire avec une forte pince à pansement et le tira le plus possible d'arrière en avant, tandis que l'autre avec des ciseaux courbes à pointe mousse essayait de le diviser. A cet effet une des lames des ciseaux fut portée entre la paroi du vagin et le pessaire dans la direction du périnée, et l'autre dans l'intérieur de cet instrument.

Aussitôt que le pessaire fut incisé à peu près du tiers de sa longueur, l'épiploon ainsi que son enveloppe sortirent et restèrent pendant entre les cuisses. La tumeur herniaire était d'un rouge livide ; la paroi du vagin qui la recouvrait semblait enflammée. Des bains de siége et quelques jours de repos firent cesser ces accidents. Nous conseillâmes à Mme F*** de faire usage à l'avenir d'une espèce de bandage en T, composé d'une bande de toile passant entre les cuisses et s'attachant antérieurement et postérieurement à une ceinture, seul moyen qui, en soutenant et comprimant la tumeur herniaire, pût s'opposer autant que possible à son augmentation.

LXIIe *observation*, 6e *section*.

Entéro-épiplocèle dans la direction de la veine saphène ; hernie sortie par l'ouverture de l'aponévrose facia lata. Sujet du sexe masculin.

M. B***, âgé de trente-six ans, nerveux, ayant peu d'embonpoint, portait depuis plusieurs années une tumeur inguinale située à la partie moyenne de la cuisse. Elle lui était survenue à la suite d'une longue maladie pendant laquelle il avait perdu une partie de son embonpoint. Cette tumeur, qui d'abord rentrait facilement par suite de la position horizontale soutenue pendant la nuit, l'inquiéta peu dans son origine ; mais ayant considérablement augmenté de volume, elle lui devint gênante, surtout dans la

marche, et provoqua même de fréquents tiraillements d'estomac suivis de vomissements. Ces accidents déterminèrent ce malade à consulter M. le docteur Dupuytren, lequel me l'adressa avec la note suivante : « J'engage » M. Verdier, chirurgien herniaire, à examiner avec atten» tion et à construire avec soin un bandage propre à con» tenir une hernie qui n'est ni inguinale ni crurale, mais » qui, étant placée à quelque distance au dessous de cette » arcade et s'étant faite par l'ouverture de l'aponévrose » fascia lata, qui reçoit la veine saphène, est, pour cela, » plus difficile à contenir. (1) »

Toutes mes tentatives de réduction furent vaines : la tumeur diminuait bien, il est vrai, des trois quarts de son volume; mais les adhérences de l'épiploon au tissu cellulaire entourant la veine saphène, s'opposaient à sa réduction complète. Je fis garder le lit pendant quinze jours au malade, il observa une légère diète; j'eus soin d'essayer soir et matin de réduire le plus que je pouvais de l'épiploon, et chaque jour, à la suite de mes manœuvres, j'avais soin de placer sur le reste de la tumeur des compresses graduées maintenues par plusieurs tours de bandes à pansement.

Le succès le plus brillant couronna mon attente, car la hernie ayant disparu en totalité, fut facilement maintenue par un bandage herniaire dont la pelote allongée se dirigeait au dessous de l'arcade fémorale un peu du côté de la cuisse. Au bout de six mois, cette hernie fut maintenue réduite par le bandage ordinaire des hernies crurales.

LXIIIe *observation*, 6e *section*.

Hernie périnéale existant depuis au moins dix ans, disparue après un mois de séjour au lit. Sujet du sexe féminin.

Mme M***, âgée de quarante-huit ans, d'un tempéra-

(1) *Voyez* le *fac simile* n° 4.

ment éminemment lymphatique, ayant beaucoup d'embonpoint. A l'âge de trente-huit ans, cette dame, en voulant porter d'un lit dans un autre une de ses parentes très malade, fit une chute sur les genoux, et, dans la crainte de laisser tomber la personne qu'elle tenait sur ses bras, car le gauche était passé sous les épaules et le droit sous la cuisse, elle fit un mouvement brusque d'élévation des bras avec flexion violente et très prononcée du tronc en arrière.

Quelque temps après cet accident, Mme M*** s'aperçut d'une petite tumeur au périnée, laquelle, depuis deux ans, avait tellement augmenté de volume, qu'elle empêchait la malade de s'asseoir. Le mari de cette dame, médecin distingué d'une ville du midi de la France, l'amena à Paris pour consulter son compatriote, le docteur Chaussier. Ce grand maître de l'art eut la bonté de m'adresser sa malade. En l'examinant avec la plus scrupuleuse attention, je rencontrai dans le voisinage de l'anus, un peu au dessous, une tumeur se dirigeant à gauche en longeant une partie du périnée, puis se réfléchissant en avant jusqu'à la partie moyenne de la grande lèvre du même côté dont je viens de parler. Le volume total de la tumeur pouvait égaler à peu près la grosseur du poing.

Vainement j'essayai par le taxis de réduire ou même de diminuer le volume de la hernie; toutes mes tentatives furent inutiles, et dans l'état d'embonpoint de la malade, il était impossible de lui appliquer un bandage capable de la soulager. En supposant l'existence d'une hernie, on pouvait la présumer sortie par le trou obturateur ou l'échancrure ischiatique. C'est pourquoi je proposai à la malade de garder pendant plusieurs mois le lit, ce qui fut approuvé par M. Chaussier. Ce conseil était d'autant plus sage, qu'au bout d'un mois la hernie avait disparu d'une manière assez spontanée; car un matin la malade en se réveillant fut tout étonnée de ne plus la rencontrer.

Six mois après j'eus occasion de revoir cette dame, qui

avait repris ses habitudes, et la hernie n'avait pas reparu. A la vérité je lui avais constamment fait porter une espèce de ceinture large de trois à quatre travers de doigt, laquelle donnait attache postérieurement à une bande de toile qui, en passant sous le périnée, venait s'attacher antérieurement à la ceinture par le moyen de deux chefs se dirigeant vers les régions inguinales droite et gauche.

Le docteur Chaussier et moi nous cherchâmes plus d'une fois, mais vainement, des traces de cette tumeur dans le vagin, l'exploration de ce canal ne nous apprit rien de ce que nous désirions savoir. Il faut donc supposer que la nature a employé, pour guérir cette hernie, de ces grands moyens qu'il n'est possible de découvrir que le scalpel à la main.

LXIVe *observation*, 6e *section.*

Hernie de l'iris étranglée à travers la cornée, survenue à la suite d'un coup sur l'œil reçu par une petite fille de neuf ans.

Mademoiselle G***, âgée de neuf ans, d'un tempérament lymphatique et très nerveux, en courant étourdiment dans l'appartement occupé par ses parents, se frappa violemment l'œil droit dans le pêne d'une porte entr'ouverte. La douleur que cet enfant éprouva fut tellement vive qu'elle tomba sans connaissance à la renverse. Après avoir repris ses sens, elle dit éprouver une grande douleur à l'œil droit. On m'envoya chercher. A mon arrivée, l'œil était fermé, et quand je voulus l'ouvrir pour m'assurer des désordres qui pouvaient exister à cet organe, les cris convulsifs de cette jeune fille, dont la figure était d'un rouge cramoisi, me forcèrent d'ajourner mes recherches.

Je prescrivis la diète la plus sévère, les bains de pied à la moutarde, et quatre sangsues sur la tempe, le plus près possible de l'œil malade que je fis couvrir d'une légère

compresse de toile, et par dessus d'un taffetas noir afin d'intercepter complètement la lumière.

Le sixième jour de l'accident, la paupière supérieure parut soulevée dans son centre par un corps étranger. Trois applications de sangsues faites à un jour d'intervalle avaient diminué l'intensité des douleurs; la jeune malade consentit enfin à me laisser soulever sa paupière, ce que je fis avec précaution. Alors je trouvai, à mon grand étonnement, la cornée divisée verticalement à sa partie inférieure, et dans l'ouverture résultant de cette solution de continuité, une portion de l'iris étranglée par le resserrement sur elles-mêmes des parties divisées de cette première membrane.

Deux jours après, la petite tumeur herniaire due à l'iris, et que j'ai dit être située en dehors de la cornée, se flétrit, se détacha en tombant en pourriture, c'est à dire dans un état complet de désorganisation.

L'enfant fut promptement rétabli de cette indisposition; mais, jusqu'à l'âge de puberté, cette jeune fille ne put pas distinguer avec l'œil droit les objets qui l'entouraient, et pourtant cet organe avait acquis le même développement que celui de l'autre côté.

A dix-huit ans, la cicatrice se trouvait occuper verticalement à peu près le tiers de la partie inférieure de la prunelle, mais les objets vus par cette jeune personne, par en bas, lui paraissaient doubles, tandis que quand elle les apercevaient par en haut ils conservaient leur forme naturelle. Ainsi, cette jeune personne s'étant livrée à l'enseignement de la musique avec assez de succès, voit les notes doubles quand elle les regarde avec la partie inférieure de sa prunelle.

—

SEPTIÈME SECTION.

HERNIES DEVENUES SCROTALES ET VOLUMINEUSES PAR SUITE DE L'USAGE DE BANDAGES A PELOTES MOBILES.

LXVe *observation*, 7e *section*.

Entéro-épiplocèle devenue scrotale et volumineuse par suite de l'application du bandage anglais à pelotes mobiles.

M. M***, âgé de trente-trois ans, tempérament lymphatique, exerçant la profession de tailleur, me fut adressé par le docteur Sanson pour lui faire un bandage capable de contenir sa hernie.

Ce malade se présenta chez moi le soir après avoir marché une partie de la journée. En l'examinant je trouvai du côté droit une tumeur scrotale dont le volume pouvait égaler celui d'une tête d'enfant nouvellement né. Cette tumeur descendait jusqu'à la moitié des cuisses. Son grand diamètre, mesuré à partir de l'anneau inguinal jusqu'à la base de la hernie, était de vingt à vingt-deux centimètres. Le testicule, qui avait constamment et dès l'origine de la sortie des viscères du ventre été poussé par eux de haut en bas, se trouvait occuper le fond du scrotum.

Le malade couché; il me fut impossible ce jour-là de réduire sa hernie. Le lendemain matin avant qu'il se fût levé, je renouvelai mes tentatives de réduction, et cette fois elles furent couronnés d'un succès complet.

La position horizontale et le repos de la nuit avaient favorisé la rentrée d'une grande partie des viscères et leur remplacement symétrique dans l'abdomen. C'est pourquoi je trouvai la tumeur beaucoup moins grosse, son état de mollesse me porta à croire qu'elle n'était plus formée

que par le sac herniaire et une portion d'épiploon adhérente.

Par le moyen d'un taxis raisonné j'essayai de refouler dans le ventre le plus que je pouvais de l'épiploon, et ensuite du sac herniaire. Au bout de dix minutes de cette manœuvre la tumeur avait disparu, mais les adhérences du sac au cordon testiculaire l'avaient entraîné dans le ventre, de manière que malgré son allongement, le testicule se trouvait ramené à l'anneau dont la grande dilatation me permit d'y entrer mes quatre doigts.

Le pilier interne de l'anneau inguinal offrait assez de résistance pour empêcher la hernie de franchir cette ouverture du côté de la verge, tandis qu'au contraire le pilier externe avaient tout à fait le caractère d'un ligament mince et lâche, cédant avec une telle facilité à la plus légère compression, que l'anneau inguinal ne semblait faire qu'une seule et même ouverture avec l'arcade fémorale, disposition facile à expliquer par les occupations journalières du malade qui, sur son établi, avait continuellement les jambes et les cuisses écartées.

D'après l'ancienneté de la hernie et la grande quantité d'intestin et d'épiploon qu'elle renfermait, sa réduction demandait certaines précautions, afin de ne pas refouler sans ordre ni méthode les viscères herniés sur d'autres portions des mêmes organes qui avaient dû les remplacer dans le bas-ventre. Je fis l'application d'un bandage à large pelote qui maintenait très exactement la hernie réduite. Je conseillai au malade de garder le lit et la chambre pendant deux à trois jours, mais M. M*** ne se trouvant nullement gêné de mon bandage voulut sortir à pied pour ses affaires. Après quelques heures de marche il éprouva un état de malaise général ainsi que des envies de vomir. Il rentra chez lui et ôta son bandage.

Cet accident, qui probablement n'eût pas eu lieu si le malade eût mieux observé ce que je lui avais primitivement prescrit, me força de le soumettre à une diète assez sévère

et à lui faire administrer des remèdes propres à débarrasser le plus promptement possible les intestins des matières qu'ils pouvaient contenir.

Le repos dans le lit fut scrupuleusement observé. Des compresses graduées maintenues avec le spica de laine furent employées dans l'intention de s'opposer à l'augmentation de la tumeur. Le lendemain, par le même moyen, je diminuai le volume de la hernie d'à peu près un quart. Chaque jour j'en réduisis une petite portion jusqu'à ce qu'enfin la totalité de la tumeur fût rentrée d'elle-même. Alors le bandage herniaire fut appliqué et contint la hernie sans que le malade éprouvât aucun dérangement dans sa santé.

Le sieur M*** me raconta que très souvent après avoir pris des aliments, sa tumeur devenait énormément grosse. Pour digérer il était obligé de se coucher et de la soulever en la comprimant légèrement avec une serviette ; du reste ses garderobes étaient faciles, les coliques assez rares, et, sans la gêne que lui causait en marchant cette tumeur, d'après son volume, ainsi que la crainte d'engouement ou même d'étranglement, il eût continué plus longtemps d'abandonner sa hernie à elle-même.

Cette hernie existait depuis vingt-quatre ans. Le malade en avait été atteint dans son enfance. A l'âge de neuf ans, il s'amusait avec de ses petits camarades à grimper plusieurs au même arbre, en s'échelonnant à certaines distances les uns des autres, et pour cet exercice, ils avaient choisi un peuplier au pied duquel se trouvaient plusieurs pièces de bois de charpente assez mal entassées les unes sur les autres pour offrir entre elles des écartements larges et profonds.

Déjà trois petits garçons étaient montés à l'arbre lorsqu'il voulut en faire autant ; mais à peine avait-il quitté de quelques pieds le sol que celui des enfants monté le premier, et qui se trouvait le plus élevé, se laissa glisser sur celui qui était au dessous de lui, l'entraîna sur le troisième et alors tous trois ensemble arrivèrent sur le petit M***

qu'ils chassèrent avec tant de violence par en bas, que, sans trop savoir comment, il se trouva enfoncé dans l'une des ouvertures que j'ai dit exister entre les pièces de bois déposées au pied du peuplier servant à leur jeu.

Le ventre de cet enfant fut fortement aplati et comprimé. La douleur qui en résulta lui fit perdre connaissance. Un homme vigoureux, témoin de cet accident, n'eut pas la présence d'esprit d'écarter les pièces de bois pour dégager ce malheureux enfant; il le saisit par dessous les bras et fut obligé d'employer toute sa force pour l'arracher de cet endroit. Le jeune M*** porté chez ses parents, garda le lit pendant plusieurs jours. Il s'aperçut de suite d'une petite tumeur située à l'aine droite, laquelle, douloureuse pendant les premiers jours, finit par devenir insensible, ce qui la fit abandonner à elle-même jusqu'à l'âge de dix-huit à vingt ans où M. M*** consulta un médecin qui lui fit porter un bandage anglais à pelote mobile, lequel ne put jamais contenir sa hernie et fut la cause du volume énorme auquel elle parvint plus tard.

LXVIe *observation*, 7e *section*.

Hernie inguinale devenue scrotale, adhérente et volumineuse par suite de l'usage du bandage anglais à pelote mobile.

M. L***, âgé de soixante-douze ans, nerveux, ayant beaucoup d'embonpoint, portait deux entéro-épiplocèles scrotales. Chaque tumeur était à peu près de la grosseur du poing. Par suite d'adhérence, le sac herniaire et l'épiploon étaient irréductibles; l'intestin seul rentrait. Ce malade me dit qu'à l'âge de cinquante-huit ans il fit une forte maladie qui détermina un amaigrissement extrême. Durant sa convalescence il éprouva de fortes constipations, et c'est à la suite d'efforts pour aller à la garderobe qu'il s'aperçut de deux petites grosseurs survenues aux aines droite et gauche; ces tumeurs disparaissaient quand il était

couché. Son médecin lui fit placer un bandage anglais à pelote mobile pour les deux côtés, et, sous l'influence de sa compression les deux tumeurs augmentèrent insensiblement et parvinrent au volume que je viens d'indiquer.

Pendant longtemps le malade n'éprouva d'autre incommodité de ces deux hernies qu'un peu de gêne dans sa marche; mais, depuis quelques années, un sentiment général d'inquiétude le tourmentait, ainsi que des coliques assez fréquentes qui ne cédaient qu'au repos dans le lit, et quelquefois à des applications émollientes sur les tumeurs. Ces accidents ne s'étaient déclarés probablement que depuis que l'intestin était venu compliquer ces hernies. Il s'en isolait facilement en rentrant dans le ventre par suite de la plus légère compression.

Les anneaux inguinaux, comme on le pense bien, se trouvaient extrêmement dilatés, leurs piliers internes et externes ayant cédé à l'action mécanique des pelotes mobiles dont fit usage si longtemps ce malade. Je remplaçai le bandage anglais par un à deux demi-corps à pelote fixe allongée et légèrement concave. M. L*** s'en trouva tellement bien, qu'un an après il revint à Paris tout exprès pour me faire part des changements heureux qui lui étaient survenus, puisque depuis qu'il portait mon bandage il ne souffrait plus de ses hernies, lesquelles avaient continué d'être exactement maintenues réduites par l'appareil que je lui avais placé.

LXVIIe *observation*, 7e *section*.

Hernie du canal suspubien devenue inguinale et volumineuse dans l'espace de six mois, sous l'influence de la compression du bandage anglais à pelote mobile.

Mme D***, âgée de quarante ans, d'un tempérament nerveux et lymphatique, vivant de son revenu, eut une maladie de la peau pour laquelle elle prit trente bains de

vapeur. A la suite de ce traitement elle s'aperçut d'une petite tumeur grosse comme une noisette, située à un travers de doigt de l'anneau inguinal droit. Un bandage anglais à pelote mobile fut placé. Bientôt la tumeur fit de grands progrès et s'engagea dans l'anneau inguinal, se portant à la partie supérieure de la grande lèvre où elle détermina une douleur assez vive pour produire un commencement de gêne dans la marche.

La hernie n'existant que depuis six mois quand je l'examinai, elle s'étendait à trois ou quatre travers de doigt dans le trajet du canal sus-pubien, puis traversait l'anneau inguinal et venait ensuite former une tumeur de la grosseur du poing à la partie supérieure de la grande lèvre de ce côté. Par le taxis je fis rentrer cette hernie en la dirigeant de bas en haut et puis de gauche à droite. Elle fut maintenue réduite par le bandage crural à pelote légèrement concave. Au bout de deux ans la hernie avait entièrement disparu, ce qui permit à cette dame d'abandonner l'usage de son bandage.

LXVIIIe *observation*, 7e *section*.

Entéro-épiplocèle inguinale du côté gauche, entérocèle également inguinale du côté droit, devenues scrotales et volumineuses par suite de l'usage du bandage anglais à pelotes mobiles.

M. G***, amiral, âgé de cinquante-huit ans, constitution nerveuse et sanguine, ayant assez d'embonpoint, éprouva, il y a dix ans, en commandant une manœuvre à bord, une douleur à l'anneau inguinal gauche, laquelle fut suivie d'une petite tumeur de la grosseur d'une noix. Le chirurgien-major du bâtiment qu'il montait lui plaça un bandage, et la tumeur disparut. Quatre ans plus tard l'amiral ayant éprouvé une maladie des voies urinaires qui lui faisait faire des efforts considérables pour uriner, s'aperçut de l'apparition d'une tumeur à l'anneau inguinal

droit semblable à celle qu'il portait du côté gauche. Un bandage fut placé pour les deux côtés, et les hernies se trouvèrent exactement contenues.

L'amiral ne s'apercevait nullement de ces hernies, lorsqu'il y a deux ans on lui conseilla de faire usage des bandages anglais à pelote mobile. Au bout de quelques mois les anneaux se trouvèrent tellement distendus que les hernies s'échappèrent et devinrent scrotales. La compression soutenue du bandage y détermina bientôt des adhérences qui en empêchèrent la réduction. L'état fâcheux de ces deux hernies détermina le malade à me consulter. Je lui fis d'abord supprimer son bandage anglais, et, après six mois de traitement, je fus assez heureux pour contenir exactement ses deux hernies réduites par le moyen du bandage herniaire à pelote allongée.

L'amiral recevait à cette époque les soins du docteur Fossati, médecin italien, qui, six mois après la fin de mon traitement, me dit que son malade se trouvait tellement bien du bandage que je lui avais placé qu'il ne pensait pas plus à ses hernies que si elles n'eussent jamais existé.

LXIXe *observation*, 7e *section*.

Épiplocèle du canal suspubien devenue plus tard une entéro-épiplocèle volumineuse scrotale et adhérente par l'usage du bandage anglais à pelotes mobiles.

M. Th***, âgé de soixante ans, nerveux, ayant beaucoup d'embonpoint, étant employé à l'armée comme inspecteur des vivres, éprouva à la suite de fatigues quelques douleurs dans l'aine qui lui firent consulter un chirurgien militaire, lequel reconnut une épiplocèle située dans le trajet du canal inguinal droit; il lui conseilla un bandage herniaire que porta le malade pendant treize ans sans que sa hernie eût fait le plus léger progrès.

Habitant Paris depuis le licenciement de l'armée qui eut

lieu par suite de la restauration, M. T*** séduit par les annonces pompeuses qu'il rencontrait dans les journaux quotidiens, abandonna son bandage pour le remplacer par un dit anglais à pelote mobile.

Bientôt, sous l'influence de ce nouvel instrument, l'anneau inguinal se dilata; l'épiploon descendit dans le scrotum, et y contracta des adhérences. La tumeur continua à se développer, et au bout de deux ans de l'application de ce dernier bandage, époque à laquelle le malade vint me consulter, elle avait acquis un volume considérable.

M. T*** éprouvait assez fréquemment de fortes coliques avec tiraillements d'estomac qui le mettaient dans l'impossibilité de rester debout. En cherchant à réduire cette volumineuse hernie, je reconnus une entéro-épiplocèle dont l'intestin seul était réductible, la dilatation de l'anneau inguinal était telle qu'après la rentrée de ce viscère dans le ventre, il était facile, malgré la portion d'épiploon qui traversait cet anneau, de porter trois à quatre doigts dans son ouverture.

Depuis plusieurs mois M. T*** gardait la chambre et même il était couché la plus grande partie du jour. Je ne lui conseillai pas moins de rester constamment au lit et de faire appliquer tous les deux jours sur sa tumeur cinq à six sangsues. Après quinze jours de ce traitement l'épiploon se trouva considérablement diminué, et dès ce moment, au moyen d'un bandage à pelote allongée, je pus maintenir l'intestin réduit.

Le malade ne portait son bandage que le jour et l'ôtait la nuit. Il avait repris toutes ses habitudes, faisait des marches assez longues dans Paris sans éprouver aucun accident.

L'usage de ce bandage soutenu pendant six mois suffit pour faire disparaître la hernie. L'épiploon et le sac herniaire qui lui était adhérent rentrèrent à l'anneau inguinal et en diminuèrent l'ouverture au point que l'extrémité du doigt ne pouvait plus s'y engager. Pendant plusieurs années

j'ai fourni des bandages à ce malade, et j'ai eu la certitude que sa hernie n'avait jamais reparu.

LXXe *observation*, 7e *section*.

Entéro-épiplocèles droite et gauche, scrotales, volumineuses et irréductibles, compliquées d'hydrocèle avec grande dilatation des anneaux inguinaux, par suite de l'usage du bandage anglais à pelotes mobiles.

M. A***, âgé de quatre-vingt-quatre ans, constitution éminemment nerveuse et lymphatique ayant beaucoup d'embonpoint, d'un caractère très irascible et très grand mangeur, faisant peu d'exercice, employé dans une administration publique, portait deux énormes hernies scrotales dont chacune était à peu près de la grosseur d'une tête d'adulte.

La première de ces hernies se manifesta à l'anneau inguinal droit sans cause connue à l'âge de quarante-quatre ans. Négligée d'abord, elle devint promptement scrotale et ensuite adhérente par l'usage d'un mauvais bandage que portait le malade et sous la pelote duquel les viscères étaient constamment sortis. La hernie du côté gauche eut lieu, également sans cause connue, à l'âge de soixante-quatre ans, vingt ans après celle du côté droit qu'elle égala promptement, tant pour son volume que pour ses autres caractères.

Depuis quelque temps M. A*** éprouvait de fréquentes indigestions et beaucoup de gêne dans la marche en raison du volume de ses deux hernies, ainsi que des tiraillements d'estomac qui ne cessaient ordinairement qu'après plusieurs heures de repos dans le lit.

Plusieurs symptômes d'engouement s'étaient manifestés à différentes époques, mais ils avaient cédé, au bout de cinq à six jours, au repos, à la diète et aux lavements émollients. Un jour ces accidents se trouvant compliqués de vomissements, le malade me fit appeler. Je reconnus facilement que l'intestin contenu dans ses deux entéro-épiplo-

cèles était rempli de matière ; mais le taxis était presque impossible à exécuter, en raison d'une énorme quantité de sérosité qui enveloppait de toutes parts les viscères herniés, à l'exception seulement de la base du scrotum où le sac herniaire et l'épiploon étaient adhérents.

Le malade avait la mauvaise habitude de porter constamment un double bandage à pelote mobile, dit bandage anglais, dont les pelotes exerçaient toute leur compression sur les anneaux qu'elles avaient considérablement dilatés depuis dix ans que M. A*** faisait usage de cet appareil.

Il résultait de la compression des pelotes mobiles sur l'anse d'intestin sorti un obstacle au passage des matières stercorales de bas en haut, et c'est peut-être à cette cause qu'il faut rapporter les fréquents engouements dont j'ai parlé précédemment.

Je supprimai le bandage anglais et le remplaçai par un suspensoir avec ceinture et bretelle, quelques heures après l'application de ce dernier appareil, une garderobe eut lieu et l'engouement cessa. Je conseillai au malade de manger moins qu'il ne le faisait ordinairement, et de tâcher de tenir son ventre libre au moyen de lavements plus ou moins stimulants. MM. les docteurs Dupuytren et Récamier furent consultés le lendemain. Ils reconnurent qu'il n'y avait rien autre chose à faire que ce que j'avais conseillé. Je perdis de vue le malade qui mourut deux ans après.

LXXIe *observation*, 7e *section*.

Entéro-épiplocèle inguinale devenue volumineuse, scrotale et irréductible par suite de l'usage du bandage anglais à pelotes mobiles. Hernie maintenue réduite par le bandage à pelote allongée.

M. B***, Anglais, âgé de quarante ans, nerveux et lymphatique, fit une chute à l'âge de vingt-cinq ans, laquelle détermina la formation d'une petite tumeur herniaire à

l'anneau inguinal droit. Un bandage anglais à pelote mobile la maintint réduite pendant quelques années ; mais, par suite de sa compression, l'anneau éprouva une dilatation considérable, ce qui permit à la hernie de filer sous la pelote et de devenir scrotale et par suite adhérente.

Les tiraillements d'estomac, défaillances et vomissements auxquels était sujet le malade, le déterminèrent, d'après l'avis de son médecin, M. le docteur Régnault, à me consulter. Ma visite eut lieu le soir, M. B*** avait marché plusieurs heures, et malgré qu'il eût constamment gardé son bandage, je rencontrai sa hernie dans le scrotum offrant un volume à peu près égal à la grosseur des deux poings. Le bandage étant ôté et le malade couché, j'essayai la réduction des viscères; elle s'opéra facilement pour l'intestin qui occupait l'anneau inguinal et la partie supérieure de la hernie. Quant à l'épiploon, il rentra plus difficilement en entraînant une grande portion du sac herniaire auquel il était adhérent. Après cette réduction presque totale, je pus introduire trois à quatre doigts dans l'anneau inguinal, tant était grande sa dilatation.

Pour arriver à maintenir cette hernie qui, d'après l'opinion du malade, n'avait jamais été contenue depuis dix ans, je lui fis garder le lit dix-huit à vingt jours, en lui permettant peu d'aliments. Le médecin ordinaire du malade que j'ai cité plus haut, m'autorisa à le purger quatre à cinq fois. Il prit des boissons délayantes en aussi grande quantité que possible, des remèdes plus ou moins purgatifs furent constamment administrés le soir et le matin. Ce traitement donna lieu à la diminution d'à peu près un tiers de volume de l'épiploon, et dès ce moment il me fut possible de contenir la hernie avec un bandage à pelote allongée légèrement concave. M. B*** fit un voyage de plusieurs mois en Angleterre; dans la traversée, il éprouva le mal de mer accompagnée de violents vomissements, sans que sa hernie cessât d'être exactement contenue par le bandage que je lui avais placé.

LXXIIe *observation*, 7e *section*.

Épiplocèle inguinale congéniale avec testicule à l'anneau, adhérence de l'épiploon à cet organe déterminée par l'usage du bandage anglais à pelotes mobiles.

M. Ad***, âgé de trente-trois ans, constitution éminemment nerveuse, sans profession, propriétaire, vint au monde avec une épiplocèle à l'anneau inguinal droit. Le testicule de ce côté n'était pas descendu dans le scrotum. On fit porter au malade, dès sa plus tendre enfance, un bandage herniaire dont l'application soutenue le jour et la nuit empêcha le testicule de sortir du ventre.

A l'époque de la puberté, ce jeune homme éprouva pendant cinq à six mois de violentes coliques compliquées de vomissements. Depuis trois ans M. Ad*** portait un bandage anglais à pelote mobile dont l'usage a souvent été interrompu à cause des douleurs que sa compresssion faisait éprouver au testicule. Cette compression avait dilaté l'anneau de manière à ce qu'une assez grande portion d'épiploon était constamment sortie. Le pilier externe se trouvait tellement aminci que l'anneau inguinal et l'arcade fémorale ne semblaient plus faire qu'une seule et même ouverture.

Le bandage anglais ôté, le testicule descendait dans le scrotum en entraînant avec lui de nouvelles portions de l'épiploon auxquelles il adhérait de manière qu'il ne pouvait rester en dehors du ventre quand on cherchait à réduire la hernie. Cette complication me fit renoncer à l'espoir de maintenir la hernie réduite sans y comprendre le testicule. C'est pourquoi je disposai un bandage à pelote creuse de dimensions convenables pour recevoir dans sa partie concave le testicule et la portion d'épiploon à laquelle il était adhérent.

Le malade se trouva tellement bien de ce moyen qu'il lui sembla que sa hernie n'existait plus. Les coliques et les

vomissements avaient cessé depuis que M. Ad*** faisait usage de ce nouveau bandage.

LXXIIIe *observation*, 7e *section*

Entéro-épiplocèle scrotale du côté droit, épiplocèle inguinale du côté gauche, avec grande dilatation des deux anneaux suspubiens, par suite de l'usage du bandage à pelotes mobiles.

M. G***, âgé de quatre-vingts ans, d'un tempérament éminemment nerveux, ayant peu d'embonpoint, a, pendant très longtemps, mené une vie très active parsuite de plusieurs missions importantes dont il fut chargé sous la république et l'empire.

Ce malade porte depuis vingt ans une hernie inguinale du côté droit qui lui est survenue à la suite d'un effort. Cette tumeur peu volumineuse dans le commencement fut abandonnée à elle-même pendant plusieurs années, et ce ne fut que quand le malade s'aperçut qu'elle cherchait à s'engager dans le scrotum qu'il fit usage d'un bandage anglais à pelote mobile lequel, au lieu de la contenir, finit par la rendre scrotale et du volume à peu près des deux poings. Dans l'état présent la tumeur est formée par l'épiploon et l'intestin; ce premier organe est adhérent et irréductible. L'anneau inguinal a été tellement dilaté par le bandage à pelote mobile que le malade est à l'abri d'un étranglement produit par les piliers de cet anneau. Cette disposition ainsi que l'adhérence dont j'ai parlé m'a fait abandonner l'espoir de contenir la hernie par le bandage herniaire à ressort, et d'ailleurs le malade n'a jamais éprouvé de coliques ni aucune espèce d'accident que l'on puisse rapporter à sa hernie.

En dehors de l'anneau inguinal gauche on rencontre une autre tumeur mollasse et pâteuse, laquelle occupe cet anneau ainsi qu'une grande partie de l'arcade fémorale, le pilier externe de la première de ces ouvertures est telle-

ment aminci et dilaté que l'arcade crurale et elle semblent au premier abord ne former qu'une seule et même ouverture.

Cette seconde hernie due à l'épiploon a été soumise, dans son origine, à l'action du bandage anglais à pelote mobile. C'est par suite de la compression de cet instrument qu'elle s'est portée en dehors de l'anneau inguinal, car, dans l'origine, elle en occupait le centre.

Un bandage herniaire à ressort convenablement disposé pourrait, il est vrai, maintenir cette hernie; mais comme la masse des intestins qui se porte de l'autre côté serait susceptible d'éprouver de la gêne, et même de l'irritation par suite, de la compression de la ceinture du bandage, j'ai cru devoir me borner à faire à ce malade l'application de mon bandage suspenseur des hernies scrotales, décrit à la cinquième section du premier chapitre.

Le malade, sujet de cette observation, me fut adressé par le docteur Civiale qui le traitait pour une maladie des voies urinaires.

LXXIVe *observation*, 7e *section*.

Entéro-épiplocèle scrotale et volumineuse, avec endurcissement d'une portion d'épiploon adhérente au cordon testiculaire, par suite de l'usage du bandage à pelote mobile.

M. M***, âgé de cinquante-huit ans, lymphatique, ayant beaucoup d'embonpoint, prenant peu d'exercice à pied, banquier à Paris, fit une chute à la chasse, il y a six ans, et s'aperçut bientôt d'une petite tumeur inguinale à la partie supérieure de l'anneau du côté gauche; un bandage anglais à pelote mobile fut placé. Il dilata tellement l'anneau que la hernie devint scrotale, volumineuse et adhérente.

Une portion d'épiploon qui avait contracté des adhérences avec le cordon testiculaire, se trouvant continuelle-

ment comprimée par la pelote du bandage, s'était endurcie et semblait ne communiquer au reste de l'épiploon libre que contenait la hernie, que par un pédicule mince et délié qui se confondait avec le tissu cellulaire du cordon testiculaire. Cette petite tumeur dure, inégale et raboteuse avait à peu près la forme du testicule, elle se trouvait située à deux travers de doigt au dessous de l'ouverture inguinale.

Le malade étant couché, je cherchai vainement sous les yeux de M. le docteur Dupuytren à réduire cette portion d'épiploon, mais ses adhérences m'empêchèrent constamment de lui faire franchir l'anneau.

Pour arriver à la réduction complète de la hernie, d'après l'avis de M. Dupuytren, je fis garder le lit pendant cinq à six semaines au malade qui pendant tout ce temps prit par jour deux bains de siége. Des cataplasmes émollients furent constamment maintenus sur le scrotum et l'anneau inguinal. Ce traitement donna lieu d'abord au ramollissement de la petite tumeur épiploïque qui plus tard, par suite du taxis soutenu pendant plusieurs heures, rentra dans le ventre, à l'exception pourtant d'une petite portion adhérente au cordon testiculaire, laquelle, amincie et allongée, n'était plus réellement appréciable qu'à son passage à l'anneau inguinal.

Le sac herniaire resta en dehors de l'anneau, et y fut maintenu avec tant de succès par un bandage à pelote allongée que la hernie ne ressortit plus. Le malade sujet de cette observation put reprendre ses occupations et ses courses en cabriolet, sans que sa santé en souffrît le moins du monde.

LXXVe *observation*, 7e *section*.

Entéro-épiplocèle scrotale et adhérente, hernie compliquée d'hydrocèle, par suite de l'usage du bandage à pelotes mobiles.

M. de C***, âgé de vingt-huit ans, éminemment lymphatique, scrofuleux jusqu'à l'âge de dix-huit ans, ayant

eu à différentes époques de sa vie des ganglions lymphatiques en suppuration et des engorgements à différentes articulations, s'aperçut, il y a six ans, à la suite d'efforts pour aller à la garderobe, étant constipé depuis plusieurs mois, d'une petite tumeur située dans le trajet du canal inguinal gauche. Son médecin, ayant reconnu l'existence d'une hernie, lui fit porter un bandage anglais à pelote mobile.

La pression de cette pelote sur l'anneau le dilata, en écartant ses deux piliers, au point que la hernie qui s'échappait continuellement, devint scrotale et volumineuse. Le malade n'en continua pas moins l'usage de son bandage, ce qui détermina l'adhérence de l'épiploon.

M. de C*** était dans la plus grande sécurité sur son infirmité, qu'il regardait avec d'autant plus d'indifférence qu'il n'en souffrait pas, et que son volume le gênait peu dans sa marche ; mais un jour, à l'issue de son dîner, il éprouva de la douleur à l'anneau et dans tout le trajet du canal inguinal ; quelques heures après, d'assez fortes coliques l'obligèrent à se mettre au lit. Cet état de souffrance se soutint toute la nuit ; le lendemain matin les coliques se trouvèrent avoir considérablement augmenté. Bientôt elles furent suivies de vomissements ; alors la diète la plus sévère fut observée ; des boissons délayantes et des lavements émollients furent administrés pendant trois jours sans avoir pu provoquer de garderobes. Ce ne fut que le sixième jour de l'étranglement que le malade m'envoya chercher.

A mon arrivée chez M. de C***, je rencontrai près de lui le docteur J. Cloquet. Ce grand chirurgien et moi nous reconnûmes une entéro-épiplocèle enveloppée d'une certaine quantité de sérosité. Il nous fut impossible, le premier jour, d'obtenir la réduction de la plus petite partie de cette tumeur, qui occupait le canal inguinal gauche, l'anneau et le scrotum dans lequel son volume pouvait égaler la grosseur du poing.

Le lendemain matin à la suite d'un bain chaud, nous pûmes, par le taxis, obtenir la rentrée de l'intestin ; aus-

sitôt qu'il fut dégagé et replacé dans le ventre, tous les accidents cessèrent; la tumeur s'affaissa et devint molle. Nous voulûmes profiter du calme du malade pour réduire le reste de la hernie, mais toutes nos tentatives furent sans succès : nous en reportions facilement à peu près les deux tiers à travers l'anneau, mais il nous était impossible de faire rentrer l'épiploon et le sac herniaire en raison des adhérences multipliées, contractées depuis longtemps par eux avec la portion du cordon testiculaire situé dans le trajet du canal suspubien ainsi que celle qui se prolongeait à travers l'anneau inguinal pour après descendre assez profondément dans le scrotum.

L'hydrocèle était encore un obstacle à la réduction complète de cette tumeur; car, quoique le liquide disparût sous l'influence de la pression exercée par les doigts, il restait sous les téguments en arrière de l'anneau et redescendait de lui-même dans le scrotum, en chassant devant lui le sac herniaire et la portion d'épiploon qui lui était adhérente aussitôt que l'on cessait d'exercer la compression. Que pouvait-on faire de mieux pour le malade dans une semblable circonstance, sinon de contenir l'intestin sans s'inquiéter de l'épiplocèle, et même de l'hydrocèle? c'est ce que je tâchai de faire avec un bandage herniaire à ressort, portant une pelote de dimension à pouvoir embrasser toute la tumeur. Ce moyen me réussit complètement, puisque l'intestin cessa d'occuper la hernie.

Un an après la première application de mon bandage, la tumeur était à peu près dans le même état, n'ayant ni augmenté ni diminué de volume. Je proposai au docteur Cloquet, dans l'intention de la diminuer, l'emploi des douches obliques d'eau froide; mais M. de C*** n'en prit que quatre, prétendant qu'elles avaient déterminé de fortes douleurs à sa hernie, avec sentiment de déchirure à la portion située dans le trajet du canal inguinal. Pourtant j'avais soin de porter la colonne d'eau au dessus et au dessous de la hernie. Il est fâcheux que le malade n'ait pas eu

plus de courage et de persévérance, car il est supposable que la douleur qu'il avait ressentie était produite par un commencement de rupture des adhérences de l'épiploon, seul obstacle à la réduction de sa hernie.

L'anneau inguinal du côté droit, dont la grande dilatation m'avait frappé, lorsque avec le docteur Cloquet j'examinai M. de C*** pour la première fois, se laissa traverser six ans après par une anse d'intestin qui descendit promptement dans le scrotum, sans autre cause connue que l'état pathologique de cet anneau. Cette nouvelle hernie rentrait d'elle-même aussitôt que le malade était couché. Elle fut facilement contenue par le bandage herniaire à deux demi-corps, que je mis en remplacement de celui du côté gauche que portait M. de C***.

Depuis plus de six ans le malade n'a pas souffert de ses hernies, quoique marié. La hernie du côté gauche est beaucoup moins grosse qu'elle n'était primitivement, et l'anneau inguinal, plus facile à reconnaître avec le doigt, puisqu'il en admet l'extrémité. Cette amélioration est due à l'absorption d'une très grande partie de la sérosité formant l'hydrocèle dont il a été parlé précédemment.

LXXVIe *observation*, 7e *section*.

Tumeur inguinale à trois ouvertures différentes, par suite de l'usage du bandage à pelotes mobiles. Sujet du sexe féminin.

Mme B***, rentière, âgée de trente-huit ans, lymphatique, ayant un certain embonpoint, portait, depuis sa plus tendre enfance, une hernie inguinale qui n'avait jamais été contenue par le bandage herniaire, vu qu'elle rentrait d'elle-même, la malade étant couchée. Cette hernie était souvent plus de douze à quinze jours sans reparaître.

Il y a deux ans Mme B*** eut une couche pénible et laborieuse après laquelle elle s'aperçut que sa hernie avait

beaucoup augmenté de volume et restait constamment sortie malgré le repos de la nuit. Le médecin de cette dame lui conseilla de porter un bandage anglais à pelote mobile qui, au lieu de contenir cette tumeur, la fit descendre dans la grande lèvre, où plus tard elle devint adhérente.

Cette malade vint à Paris pour des affaires d'intérêt qui l'obligeaient à des courses longues et fatigantes. Un soir, en rentrant plus fatiguée qu'à son ordinaire, elle fut prise de fortes coliques suivies de vomissement. Comme c'était pour la première fois qu'elle éprouvait de semblables accidents, elle en fut d'autant plus inquiète que sa hernie avait augmenté de volume et était devenue le siège de douleurs très vives.

Le lendemain matin madame B*** m'envoya chercher pour lui faire un bandage plus convenable que celui qu'elle portait à la forme duquel la malade attribuait avec raison les accidents qui lui étaient survenus. A mon arrivée je trouvai M. le docteur Marjolin, qu'un des parents de cette dame était allé chercher à son insu. Je fus très aise de pouvoir examiner cette hernie avec un praticien d'un aussi grand mérite.

L'aine droite nous offrit une tumeur irrégulière dont une partie s'engageait dans la grande lèvre de ce côté, et descendait ensuite jusqu'au périnée. Le reste de la tumeur se portait horizontalement de la symphyse pubienne à la partie moyenne de la cuisse, en recouvrant l'arcade crurale dans toute son étendue.

Ce fut en vain que nous essayâmes pendant plus d'une grande demi-heure à réduire cette hernie. Quand nous croyions en avoir fait rentrer une partie, et que nous cessions de comprimer avec nos doigts, la tumeur herniaire reprenait spontanément son volume et sa forme primitive, ce qui nous fit supposer que la hernie avait lieu par plusieurs endroits à la fois. Effectivement l'examen le plus minutieux de l'aine auquel nous nous livrâmes nous fit

reconnaître, non pas sans beaucoup de difficultés, vu l'embonpoint de la malade, que les viscères abdominaux sortaient en même temps par l'anneau inguinal, l'arcade crurale et un écartement des fibres musculaires qui séparent ces deux ouvertures.

Nous procédâmes à la réduction partielle de cette hernie, en commençant par l'anneau inguinal, lequel s'était laissé traverser par une grande portion d'épiploon que suivit plus tard l'intestin. Ce dernier viscère rentrait facilement dans le ventre; mais l'épiploon et le sac herniaire qui adhéraient l'un à l'autre, restèrent à l'orifice externe de cet anneau. La deuxième hernie fut reportée à l'arcade crurale. Elle se composait également comme la première, d'une portion d'intestin libre et d'une portion d'épiploon adhérente au sac herniaire d'une manière si intime, qu'il était assez difficile de distinguer ces organes l'un de l'autre.

La plus importante de ces trois hernies était sans contredit celle qui avait eu lieu entre les fibres musculaires de l'aponévrose qui sépare l'anneau inguinal de l'arcade crurale, due à l'épiploon; la longueur de cette dernière tumeur pouvait être de 4 à 5 centimètres; pour sa grosseur et sa forme, elle pouvait être comparée au doigt indicateur; le viscère que nous avons dit former cette hernie, tuméfié et enflammé, était étranglé par les fibres musculaires entre lesquelles sa sortie du ventre avait eu lieu.

La rentrée de cette portion d'épiploon fut lente, difficile et douloureuse pour la malade; mais aussitôt qu'elle fut accomplie, les accidents de l'étranglement cessèrent. Un lavement émollient fut administré et rétablit complètement les garderobes, qui n'avaient pas eu lieu depuis trois jours.

Le lendemain, un bandage herniaire à pelote allongée et convenablement disposé fut placé; il contint les trois hernies, et madame B*** reprit ses habitudes sans qu'il lui survînt de nouveaux accidents.

LXXVIIe *observation*, 7e *section*.

Entéro-épiplocèle scrotale, adhérente et irréductible, par suite de l'usage du bandage à pelotes mobiles.

M. C***, âgé de quarante-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, ayant de l'embonpoint, portait depuis cinq ans une entéro-épiplocèle scrotale et irréductible; ce qui lui faisait fréquemment éprouver de fortes coliques, de mauvaises digestions, et de la gêne dans sa marche; cette hernie, qui était survenue à la suite d'un effort, parut à l'anneau inguinal droit. Un bandage à pelotes mobiles la contint dans son origine; puis, au bout de quelques mois, en passant sous la pelote, elle devint scrotale. Deux ressorts supplémentaires furent ajoutés à celui du bandage anglais pour rendre sa force triple, mais la hernie ne fut pas mieux contenue et devint adhérente.

En examinant la hernie de ce malade, il me sembla que l'épiploon adhérait au sac herniaire. Le taxis, pratiqué dans l'intention de la réduire, donna lieu à de vives douleurs : ce fut pourquoi je prescrivis la diète la plus sévère, des boissons délayantes, tous les deux jours de légers purgatifs et des lavements de même nature.

Pendant tout le temps que dura le traitement, la tumeur fut constamment recouverte de cataplasmes émollients, lesquels finirent par donner de la souplesse aux adhérences, ce qui les disposa insensiblement à s'allonger.

La combinaison de ces divers moyens amena, au bout de quinze jours, la rentrée totale de la hernie, laquelle fut facilement maintenue dans le bas-ventre par le bandage à pelote allongée.

LXXVIIIe *observation*, 7e *section*.

Entéro-épiplocèle inguinale devenue scrotale après quelques années de l'usage du bandage à pelotes mobiles.

M. C***, âgé de soixante-quatre ans, d'un tempérament

nerveux et sanguin, portant deux hernies inguinales dont celle du côté droit avait eu lieu dans la plus tendre enfance à la suite de la sortie du testicule. Cette hernie n'a jamais été formée que par l'intestin. Un bandage porté jusqu'à l'âge de la puberté, c'est à dire quinze ans, la fit complètement disparaître.

Il y a deux ans, par suite de mauvaise santé, d'affections goutteuses et rhumatismales et d'amaigrissement considérable, cette hernie reparut dans le trajet du canal inguinal droit. Son volume n'a jamais dépassé celui d'une noix. La tumeur rentre d'elle-même aussitôt que le malade est couché, et, s'il est levé, la plus légère compression suffit pour en opérer la réduction.

L'entéro-épiplocèle du côté gauche s'est formée sans cause appréciable, il y a une vingtaine d'années. La tumeur parut d'abord à l'anneau inguinal, où mal contenue par un bandage anglais à pelote mobile, elle descendit plus tard dans le scrotum, et, depuis cette époque, le malade éprouva de fortes coliques dans le bas-ventre, de vives douleurs à l'anneau inguinal et aux organes compris dans la hernie, par suite de la pression constamment exercée sur eux par la pelote du bandage dont il faisait usage. Les digestions devinrent lentes, pénibles et laborieuses, état qui ne pouvait se rapporter qu'à la hernie.

Je remplaçai avec le plus grand succès le bandage anglais à pelotes mobiles que portait M. C***, par un à pelotes assez allongées pour venir prendre leur point d'appui d'avant en arrière sur la branche horizontale du pubis à un travers de doigt au dessous de son bord supérieur formant la base de l'anneau inguinal. Par ce moyen ces hernies furent constamment maintenues réduites, et au bout de huit à dix jours, les divers accidents dont j'ai parlé ayant cessé, le malade qui habite ordinairement la province, s'en retourna chez lui dans le meilleur état de santé possible.

LXXIXe *observation*, 7e *section*.

Épiplocèle scrotale, avec adhérence au cordon testiculaire et amincissement considérable du pilier interne de l'anneau inguinal, par suite de l'usage du bandage à pelote mobile.

M. B***, âgé de quarante-six ans, d'une constitution nerveuse, formes athlétiques, portait depuis sa naissance une tumeur herniaire inguinale du côté droit, l'usage de bandages assez mauvais, d'après le dire du malade ne l'avait jamais fait disparaître, mais seulement empêché son augmentation.

On conseilla à M. B***, il y a quelques années, de remplacer son bandage par un anglais à pelote mobile. Mais bientôt le malade s'aperçut que sous l'influence de ce dernier instrument sa hernie, de l'anneau inguinal qu'elle occupait depuis longtemps, était descendue dans le scrotum, où, plus tard, elle contracta des adhérences qui la rendirent irréductible.

Le docteur Gillet, médecin très distingué habitant Melun, fut consulté. Il m'adressa ce malade en m'invitant à l'examiner avec beaucoup d'attention. La tumeur herniaire que je rencontrai dans le sternum du côté gauche, avait un volume à peu près égal à celui du poing. Elle était sortie du bas-ventre par suite de la mobilité de la pelote du bandage anglais qui, en comprimant le pilier interne finit par l'allonger de manière à passer sous les ligaments suspenseurs de la verge, ce qui donnait à la tumeur herniaire l'apparence de sortir du milieu de la symphyse pubienne.

Les dispositions que je viens d'indiquer rendent difficile pour ne pas dire impossible, l'emploi d'un moyen mécanique capable de contenir une telle hernie.

A la plus légère compression, la tumeur, à la vérité, semble rentrer en entraînant avec elle le testicule qui vient

se placer à l'orifice externe de l'anneau inguinal dont il est impossible de l'éloigner sans faire redescendre la hernie.

Le malade éprouve habituellement de la gêne dans sa marche par suite du volume de sa hernie, ainsi que de la douleur à l'anneau inguinal et de fortes coliques dans le bas-ventre. Il est supposable, d'après ces effets, que parfois l'intestin pouvait s'engager plus ou moins dans la tumeur herniaire. Le malade qui devait revenir me voir n'en a rien fait. C'est pourquoi je n'ai rien entrepris pour sa guérison.

—

HUITIÈME SECTION.

HERNIES ENGOUÉES GUÉRIES SANS L'EMPLOI DU BISTOURI.

LXXXe *observation*, 8e *section*.

Entéro-épiplocèle inguinale et scrotale guérie sans opération, après six semaines d'engouement.

M*** âgé de cinquante-trois ans, lymphatique, ayant beaucoup d'embonpoint, militaire depuis l'âge de seize ans, servant dans l'artillerie à l'époque où sa hernie s'est manifestée. A l'âge de trente-neuf ans, cet artilleur en soulevant une pièce de canon pour la changer d'affût, le pied lui ayant glissé, ressentit de suite à l'anneau inguinal droit une vive douleur suivie de coliques et de vomissements; transporté à l'hôpital on reconnut une entéro-épiplocèle volumineuse, compliquée d'engouement.

La portion d'intestin occupant le scrotum offrait un corps dur, inégal et peu susceptible d'être réduit.

L'opération fut résolue, mais l'encombrement de l'hôpital par suite d'un grand nombre de blessés qui y arrivaient de toutes parts en raison d'un combat qui avait

lieu à quelque distance de l'hôpital, firent oublier au chirurgien en chef ce militaire et sa hernie.

Comme je l'ai dit la tumeur était très volumineuse, les garderobes nulles, les vomissements fréquents, le pouls petit et misérable. Un infirmier ayant eu soin de ce soldat le mit à la diète la plus sévère, lui fit prendre plusieurs bains chauds, des lavements émollients et lui fit plusieurs applications de sangsues sur la tumeur même, en observant toutefois trois à quatre jours d'intervalle entre chacune d'elles. Ces seuls moyens employés avec la plus grande persévérance pendant six semaines, finirent par faire cesser les accidents; le ventre s'ouvrit, les garderobes se succédèrent et au bout de quelques jours d'évacuation naturelle, la rentrée totale de l'intestin ainsi que de l'épiploon eut lieu. Le sac herniaire adhérent au cordon du testicule resta constamment depuis cette époque dans le scrotum.

Ce ne fut que quatorze ans après la formation de cette hernie que ce militaire me consulta; il attribuait l'augmentation considérable de sa tumeur aux mauvais bandages dont il avait fait usage à l'armée, lesquels n'avaient jamais contenu que très imparfaitement sa hernie.

A différentes époques de sa vie ce militaire fut obligé d'entrer à l'hôpital pour des espèces d'engouement qui cédaient le plus ordinairement au repos, à la diète et à la position horizontale. Chez ce malade l'anneau était extrêmement dilaté. Le pilier externe ne pouvait plus offrir de résistance, car il se trouvait tellement aminci par la hernie qu'il n'était même pas appréciable au toucher. Le pilier interne était exempt d'altération.

En cherchant à réduire la hernie de ce militaire, il me fut impossible de séparer l'intestin de l'épiploon. Ces deux viscères réunies par d'intimes adhérences rentraient en masse, cet état anormal a dû être la suite de la compression du bandage sur l'intestin et l'épiploon sortis.

LXXXIe *observation*, 8e *section*.

Entéro-épiplocèle scrotale engouée guérie au bout de six jours sans opération. Sujet masculin.

L***, masculin, âgé de quatre-vingt-un ans, nerveux, sanguin, peu d'embonpoint, garçon de bureau au ministère de la marine, portait depuis soixante ans une hernie inguinale du côté droit, laquelle lui était survenue en levant un bureau pour le changer de place. Cette tumeur, peu grosse à son début, fut négligée pendant une vingtaine d'années. Elle devint scrotale, et donna lieu à des coliques assez violentes pour provoquer des vomissements et de mauvaises digestions, surtout quand la hernie était sortie.

Ce malade acheta un mauvais bandage qu'il matelassa à sa manière, par l'addition de différents coussins, dans l'espérance de maintenir sa hernie. Il n'avait jamais voulu consulter de médecin, observant le plus grand mystère sur cette infirmité qu'il croyait être ignorée même de sa femme.

Cet homme, très courageux malgré son âge, dans la crainte d'être mis à la retraite, faisait son service comme s'il n'avait eu que trente ans. Un jour, en montant sur une chaise pour atteindre un carton très élevé, le pied lui glissa, il tomba à la renverse, et ressentit de suite une douleur tellement vive à sa hernie qu'il se trouva mal.

M. le docteur Kéraudren, médecin en chef de la marine, fut appelé. En visitant le malade, il rencontra une entéro-épiplocèle scrotale de la grosseur des deux poings, dont la dureté et les bosselures lui firent craindre un engouement par suite de l'accumulation des matières dans l'anse d'intestin hernié.

Je reçus l'ordre du ministre de la marine, et particulièrement de M. Kéraudren, de soigner ce malade, qui, le lendemain de l'accident, m'accusa avoir passé une très

mauvaise nuit. Son moral était très affecté. Il disait que son infirmité étant connue à la marine, lui ferait avoir sa retraite. Six jours de diète, des lavements stimulants, des applications émollientes sur la tumeur, puis des compresses d'eau froide avec addition de vinaigre, suffirent pour diminuer considérablement le volume de la hernie et rétablir le cours des matières stercorales; mais pourtant je fus obligé, pendant quatre jours de suite, après avoir fait rentrer une plus ou moins grande portion de l'intestin, de comprimer la tumeur près de l'anneau à l'aide de compresses graduées maintenues par le spica de laine.

Après la réduction totale de l'intestin et de l'épiploon, le sac herniaire resta appliqué à l'orifice externe de l'anneau, où depuis longtemps il avait contracté d'intimes adhérences tant avec les bords de cette ouverture qu'avec le cordon testiculaire. Un bandage à pelote allongée et creuse fut appliqué, et, en comprimant le sac herniaire, il empêcha la hernie de reparaître.

Deux ans après ce traitement, j'eus occasion de revoir ce garçon de bureau : sa hernie n'avait jamais ressorti, mais le chagrin d'avoir été mis à la retraite détermina chez lui un extrême amaigrissement, qui, plus tard, fut suivi de la mort de cet homme, âgé de quatre-vingt-trois ans.

LXXXIIe *observation*, 8e *section*.

Engouement de l'intestin survenu à une entéro-épiplocèle scrotale et irréductible depuis douze ans. Hernie réduite en totalité le vingt-unième jour du traitement.

M. de V***, âgé de quatre-vingt-quatre ans, d'un tempérament bilio-nerveux, d'un caractère très irritable, ayant peu d'embonpoint, portait depuis quinze ans une tumeur inguinale du côté gauche, qui, abandonnée à elle-même, dans les premiers temps avait fini par devenir scrotale et très volumineuse. Ce malade n'avait jamais consulté

de médecin pour cette infirmité, bien qu'à différentes époques de sa vie il lui fût survenu des accidents assez graves.

Il arriva plusieurs fois à M. de V***, à la suite d'accès de colère ou de violents efforts pour aller à la garderobe, de trouver sa tumeur augmentée du double de son volume ordinaire. L'état de constipation qui s'ensuivait ne cédait qu'après le séjour dans le lit plus ou moins prolongé, la diète la plus sévère et l'administration de lavements émollients. Avant de les rendre, le malade avait soin de soulever sa tumeur de bas en haut, de la comprimer dans tous les sens jusqu'à ce qu'elle eût perdu de sa dureté et de son volume.

Ces manœuvres déterminaient presque toujours d'assez vives douleurs à l'anneau inguinal, lesquelles finissaient par s'étendre à toute la région hypogastrique; elles ne cessaient même totalement que plusieurs jours après l'expulsion des matières stercorales, très dures et divisées par petites boulettes de la grosseur d'une noisette.

Un accident de cette nature durait depuis quinze jours sans avoir cédé aux moyens qui avaient terminé les précédents, ce qui porta le malade à consulter sur son état. Il fit appeler successivement quatre différents médecins qui, après plusieurs tentatives infructueuses de réduction, déclarèrent que, vu l'ancienneté de la hernie, il y aurait imprudence et même danger pour la vie du sieur de V*** si on la réduisait; qu'il fallait se contenter de soutenir la tumeur avec un suspensoir, et qu'en continuant le traitement et le régime qui tant de fois avaient réussi au malade, il était supposable que dans quelques jours les accidents auraient cessé.

Je fus appelé le lendemain de cette consultation. L'inquiétude qu'elle avait laissée dans l'esprit de ce malade l'ayant empêché de reposer cinq minutes dans la nuit, sa peau était devenue sèche et brûlante, son pouls battait avec rapidité, et la crainte d'une mort prochaine commen-

çait à troubler sa raison, ce qui donnait à sa figure un caractère difficile à dépeindre.

En visitant M. de V*** je rencontrai dans le scrotum une entéro-épiplocèle du côté gauche dont le volume égalait à peu près celui des deux poings. La tumeur était dure à sa partie supérieure, mollasse et pâteuse à sa partie inférieure. Cette inégalité venait de ce que sa partie moyenne et supérieure était remplie par différentes anses d'intestin et que sa partie inférieure ne contenait que de l'épiploon.

Le malade n'avait pas eu de garderobe depuis dix-huit jours, ce qui me fit supposer l'existence d'un engouement qui, plus tard en passant à l'état inflammatoire, pourrait avoir des suites fâcheuses.

L'extrême sensibilité de la tumeur et de l'anneau inguinal résultait évidemment des tentatives de réduction faites la veille par les quatre médecins qui m'avaient précédé. Je crus imprudent d'essayer un nouveau taxis avant que d'avoir fait couvrir la tumeur de cataplasmes émollients auxquels il fut ajouté, dans la même journée, deux bains de siége également émollients, puis quatre demi-lavements de même nature.

La diète la plus sévère fut observée, à l'exception de boissons rafraîchissantes prises en assez grande quantité. L'âge du malade m'empêcha de pratiquer une saignée.

Ne voulant pas avoir à moi seul la responsabilité d'une telle indisposition dont il était impossible de prévoir l'issue, j'engageai M. de V*** à faire appeler un des premiers chirurgiens de la capitale; car, malgré l'opinion des quatre médecins ci-dessus indiqués, j'avais l'intention d'essayer de réduire la hernie.

M. le baron Dupuytren, que le malade envoya chercher, fut d'avis que la hernie fût réduite le plus tôt possible, et que l'on continuât encore quelques jours le traitement prescrit, avant de chercher à la faire rentrer. Le quatrième jour à la suite d'un taxis soutenu à peu près pendant deux heures, et dans lequel nous nous relevions alternativement.

M. Dupuytren et moi, nous fûmes assez heureux pour obtenir par nos manœuvres, la rentrée de l'intestin et de l'épiploon, ce dernier qui était adhérent au sac herniaire l'attira à l'orifice externe de l'anneau, nous présumâmes qu'en le comprimant légèrement à cet endroit il pourrait rentrer de lui-même; à cet effet plusieurs compresses graduées furent placées dessus et maintenues par le spica de laine.

M. Dupuytren pensa qu'il fallait laisser reposer le malade jusqu'au lendemain matin où, avant notre visite, on lui donna deux remèdes qui, en ouvrant le ventre, donnèrent issue à une grande quantité de matières stercorales. Une heure après la dernière évacuation en présence de M. Dupuytren, je défis l'appareil que j'avais placé la veille, et, comme nous l'avions supposé, nous trouvâmes le sac herniaire rentré en totalité. Nous crûmes devoir réappliquer le spica de laine auquel succéda le lendemain un bandage herniaire à pelote de forme allongée portant deux filets de vis qui venaient se fixer au ressort du bandage (1). Cette disposition rendait la pelote susceptible d'être portée en dedans ou en dehors afin de soutenir les portions les plus faibles de l'anneau inguinal; car, bien qu'après la rentrée de la hernie cette ouverture pût à peine admettre l'extrémité du doigt, il n'en est pas moins vrai que l'intestin rempli de matières stercorales ainsi qu'une grande quantité d'épiploon avaient pu le traverser.

M. de V*** reprit progressivement ses anciennes habitudes. Je le revis cinq mois après, il avait continué de porter son bandage le jour et la nuit, aussi en l'enlevant ne rencontrait-on aucune trace de sa hernie.

Il y avait à peu près cinq à six ans que ce malade était tourmenté par un asthme. Je lui avais conseillé de s'asseoir chaque fois qu'il lui prendrait des accès de toux suffocante, mais il n'en voulut rien faire.

(1) *Voyez* mon bandage d'essai, 5e section, chap. Ier.

M. de V*** s'abandonna un jour à un violent accès de colère qui provoqua une quinte de toux dont la durée fut à peu près de vingt-cinq à trente minutes. Il était debout appuyé sur le coin de sa cheminée. Ayant pris un bain le matin il avait malheureusement oublié de replacer son bandage; c'est pourquoi l'anneau inguinal n'étant plus soutenu céda, et sa hernie reparut comme la première fois. Au lieu de m'envoyer chercher, le malade essaya inutilement pendant six jours de la réduire lui-même.

Quand on m'appela je reconnus l'engouement et ne voulus rien entreprendre que de concert avec M. Dupuytren, que je fus chercher.

Le traitement qui nous avait si bien réussi sept à huit mois auparavant fut de nouveau employé, et au bout de dix jours la hernie réduite se trouva une seconde fois maintenue par le bandage, que M. de V*** se promit bien de ne plus abandonner.

Ce malade a vécu encore treize ans après ce dernier accident sans que sa hernie n'ait jamais reparu. Sa carrière se termina à l'âge de quatre-vingt-dix-sept ans.

LXXXIIIe *observation*, 8e *section*.

Entéro-épiplocèle scrotale volumineuse et adhérente; hernie guérie sans opération le vingt-huitième jour de l'engouement.

M. le comte Em***, pair de France, âgé de quatre-vingt-deux ans, d'un tempérament éminemment nerveux et sanguin, constitution sèche, caractère irascible et violent, portait depuis soixante-deux ans une hernie inguinale du côté droit, dont l'origine était une chute faite à la chasse à l'âge de vingt ans, laquelle détermina à l'anneau inguinal droit la formation d'une tumeur herniaire de la grosseur d'une noix.

Le repos observé pendant quelques jours joint à l'application de cataplasmes émollients, firent bien disparaître

la douleur, mais la hernie resta. Abandonnée à elle-même elle augmenta insensiblement de volume, de manière qu'au bout de huit à dix ans, l'intestin et l'épiploon avaient descendu dans le scrotum.

Ce jeune homme était un des avocats des plus distingués du parlement de Nancy. Il souffrait de sa hernie chaque fois qu'il plaidait une cause qui l'obligeait à parler longtemps debout, surtout quand il employait l'énergie dont il était capable. Il s'adressa dans sa ville à une espèce de serrurier dit bandagiste, aussi ignorant sur cette partie de la chirurgie que le sont ordinairement en province et même à Paris, la grande majorité des personnes qui exercent cette profession.

Ce serrurier fabriqua pour M. Em*** une espèce de bandage herniaire composé d'une lame de fer de quatre à cinq millimètres d'épaisseur, et de longueur à pouvoir embrasser les deux tiers du bassin. L'extrémité antérieure de ce prétendu ressort était armée d'une large pelote ou écusson matelassée dans toute son étendue avec du crin. Chaque fois que le malade s'asseyait, la pelote d'après sa dimension en portant sur la cuisse, se trouvait soulevée, ce qui permettait à la hernie de s'échapper. Cette machine ne jouissant d'aucune espèce d'élasticité devait être extrêmement serrée pour s'opposer à la sortie d'une trop grande quantité de viscères.

Dans le commencement de l'usage de ce grossier bandage, le malade s'en trouva très incommodé, mais présumant qu'il ne pouvait en être autrement il finit par s'y accoutumer. Ne voulant pas confier le soin de son infirmité à d'autres personnes, il se fit faire de suite cinq à six bandages semblables à celui qu'il portait; quand ils avaient besoin d'être regarnis il les envoyait chez un culotier.

Le fils de M. le comte Em***, âgé de trente ans, eut également une hernie inguinale pour laquelle je lui plaçai un bandage qu'il ne porta que six mois, au bout de ce temps sa hernie ayant totalement disparu. Ce succès obtenu si

promptement par mon bandage détermina le père de ce jeune homme à me consulter. Il me fit appeler d'abord dans l'intention de me donner ses bandages à recouvrir; mais son médecin, M. le docteur Cornac, désirant avoir mon opinion sur la hernie de son malade, le décida à se laisser examiner par moi.

La tumeur scrotale que je rencontrai du côté droit avait à peu près la grosseur du poing; elle était formée par l'intestin et l'épiploon. Ce dernier viscère occupait sa base en adhérant dans une grande étendue au sac herniaire qui lui-même par de semblables moyens se trouvait réuni au cordon testiculaire. Il résultait de ces doubles adhérences que les deux tiers de la hernie étaient irréductibles depuis plus de quarante ans.

Quant à l'intestin, quoique par suite de la grande dilatation de l'anneau inguinal il rentrât facilement dans le bas-ventre, il se trouvait néanmoins comme fixé à l'orifice interne de cet anneau en raison d'une disposition toute particulière de l'épiploon. Pourtant, cette fâcheuee complication n'empêchait pas la facilité et la régularité des évacuations des matières stercorales.

Le docteur Cornac et moi nous eûmes beaucoup de peine à décider M. le comte à abandonner ses mauvais bandages qui lui avaient été funestes sous plus d'un rapport, puisque leur usage avait donné lieu à une plaie sur la hanche, laquelle après sa cicatrisation, laissa une perte de substance de plusieurs travers de doigt, ainsi qu'un grand enfoncement dans l'épaisseur des téguments occupés par l'espèce de barre de fer servant de ressort de bandage.

Cette compression sur les muscles avait déterminé l'atrophie de la cuisse et de la jambe. Le mouvement des articulations de ces membres devint de jour en jour plus difficile, et enfin une espèce de paralysie s'y étant manifestée depuis plusieurs années, le malade était obligé d'avoir recours au bras d'une autre personne pour parcourir son appartement.

Le plus ordinairement M. le comte Em*** était dans un fauteuil mécanique qui, à l'aide de roulettes, le conduisait où il jugeait convenable d'aller.

M. le comte voulait-il se rendre à la Chambre des pairs, deux domestiques le portaient dans les escaliers, soit assis dans un fauteuil ou sur une espèce d'escarpolette à l'aide de bricolles en cuir portées en bandouillère.

Le bandage que je plaçai était à pelote allongée légèrement concave. Le point d'appui du ressort sur la hanche se trouvait de deux travers de doigt au dessus de l'enfoncement dont j'ai parlé.

D'après l'usage de ce nouveau bandage, l'intestin cessa de s'engager dans la hernie et il resta contenu dans le ventre, mais toujours à l'orifice interne de l'anneau, quant à l'épiploon et au sac herniaire, comme il y aurait eu de l'extravagance d'essayer de les réduire, je les laissai sous la pelote de mon bandage sans m'inquiéter de ce qu'ils pourraient devenir par la suite.

Au bout de cinq à six mois, M. le comte s'aperçut que l'usage de sa cuisse et de sa jambe lui était redevenu plus facile ; il pouvait même marcher dans sa chambre sans le secours d'un bras.

Il y avait à peu près deux ans que M. le comte Em*** portait mon bandage quand un jour, en sortant du bain, il se livra à un violent accès de colère, se trouvant debout et sans son bandage. Aussitôt une énorme quantité d'intestin franchit brusquement l'anneau inguinal ou pour mieux dire l'énorme ouverture qui l'avait remplacé, pour se précipiter dans le scrotum. Des matières stercorales s'accumulèrent en grand nombre dansla portion d'intestin hernié, à l'instant même les garderobes se supprimèrent, et dès ce moment commença l'engouement (1).

(1) Cet accident ne fût pas arrivé au malade s'il eût eu la précaution, avant que d'entrer dans son bain, de placer un bandage imperméable comme nous en faisons pour cet usage.

En examinant avec attention la tumeur scrotale, il me fut facile de reconnaître que plusieurs anses d'intestin remplies de matière stercorale dure et marronnée se trouvaient comprises dans la hernie. Le taxis soutenu pendant plus d'une heure ne put en faire rentrer la plus légère partie. Comme à l'âge du malade il était impossible de prévoir l'issue de cet accident, surtout en considérant l'ancienneté et le volume de la hernie; et quoique M. le comte ainsi que son médecin eussent toute confiance en moi, je les invitai à appeler un des grands chirurgiens de la capitale.

M. le baron Dubois fut choisi. Il vint, accompagné de son gendre, le docteur Béclard. Ces deux célèbres médecins reconnurent, comme nous l'avions fait, l'engouement et l'impossibilité de réduire l'intestin. L'emploi de la glace et du tabac en lavements et en infusion, dont Richter a prétendu s'être bien trouvé dans différents cas d'engouement (1), eut lieu dans l'ordre suivant :

Entre les intervalles des applications de glace, qui avaient lieu à trois heures de distance les unes des autres, on administrait des lavements d'infusion de tabac; puis suivait, pendant quinze à vingt minutes, l'introduction dans l'intestin rectum de la fumée de cette plante, laquelle avait lieu au moyen de l'appareil fumigatoire dont on se sert ordinairement pour les noyés.

L'application de la glace sur la tumeur herniaire avait lieu de la manière suivante : un morceau de glace concassée, d'à peu près un kilogramme, était renfermé dans une vessie, laquelle, placée ensuite sur la hernie, y restait pendant quarante à quarante-cinq minutes, et aussitôt la vessie enlevée, je pratiquais le taxis pendant une demi-heure à trois quarts d'heure.

Au bout de huit jours, n'ayant rien obtenu de ces différents moyens, ils furent abandonnés. La tumeur fut cou-

(1) *Traité des hernies* d'Auguste Gauthier Richter, traduit de l'allemand par le docteur Rougemont. Bonn. 1788.

verte de cataplasmes émollients, et chaque jour des remèdes plus ou moins stimulants ou même émollients furent administrés; mais ils n'amenèrent également aucun changement dans l'état du malade, qui, le vingt-sixième jour, se trouvait à peu près le même qu'au début de sa maladie.

La diète à laquelle M. le comte était soumis, jointe à la contrariété qu'il éprouvait de garder le lit depuis si longtemps, l'action mécanique et irritante des matières contenues dans la portion d'intestin hernié, finirent par donner lieu à l'élévation du pouls, ainsi qu'au développement de douleurs vagues dans tout le bas-ventre, et plus particulièrement encore dans le voisinage de l'anneau inguinal droit. Cette complication semblait indiquer l'opération comme le dernier moyen à employer dans l'intérêt du malade, auquel on avait administré, pendant la durée du traitement, de soixante-quinze à quatre-vingts remèdes, sans qu'aucun d'eux eût provoqué la plus légère garderobe, ni même de changement appréciable dans le volume et la dureté de la tumeur.

L'opération fut donc arrêtée pour le soir du vingt-septième jour de l'engouement. Avant qu'elle eût lieu, je proposai aux docteurs Dubois, Béclard et Cornac, de promener le malade dans sa voiture pendant deux ou trois heures, de le faire cahoter le plus possible, tant sur le pavé que dans des chemins raboteux et inégaux, espérant par ce moyen déterminer le relâchement de l'anneau inguinal et la sortie d'une nouvelle portion d'intestin, ou bien des vomissements de matières stercorales qui démontreraient que l'opération n'a été pratiquée qu'à la dernière extrémité. Cette proposition fut adoptée avec d'autant plus d'empressement que M. le baron Dubois craignait que les suites de l'opération ne fussent funestes à ce pair de France.

Je montai dans la voiture avec M. le comte et son fils. Nous rentrâmes après trois heures de secousses tellement violentes, que son fils et moi il nous semblait avoir tous les

membres disloqués. Quant au malade, depuis le premier cahot il n'avait cessé de faire entendre des cris; il se plaignait en outre d'une vive douleur à l'anneau, se prolongeant de trois à quatre travers de doigt au dessus de son orifice interne, ainsi que dans la direction du canal sus-pubien.

En examinant M. le comte dans son lit, à la suite de cette fatigante promenade, je reconnus avec satisfaction que la hernie était considérablement augmentée par suite d'une nouvelle portion d'intestin qui s'y était engagée. L'anneau me sembla plus large et ses bords moins tendus; les téguments de cette région se trouvèrent fortement soulevés par une portion d'intestin remplie de matière moins dure que celle contenue dans la portion scrotale de la hernie. Un remède fut administré : il était composé de sel de cuisine. L'irritation qu'il produisit donna lieu à la sortie d'une boule de mucosité à peu près de la grosseur d'un œuf. Un second remède émollient au lieu d'astringent, pris par le malade, fut rendu coloré par de légères portions de matière stercoreuse qui s'y trouvaient comme délayées.

Ce commencement de succès fit ajourner l'opération; on laissa M. le comte tranquille toute la nuit, et le lendemain matin un remède composé de miel mercuriale ouvrit définitivement le ventre. Les matières fécales qui sortirent étaient dures et avaient l'apparence de petites crottes de biques. Pendant trois jours un remède semblable fut administré le matin et le soir. Sous l'influence de ce traitement, la tumeur herniaire se ramollit, diminua de volume, et au bout de douze jours, la totalité de l'intestin se trouva rentrée dans le ventre.

Au fur et à mesure que la tumeur diminuait de volume, je la comprimais de bas en haut avec des compresses graduées soutenues par le spica de laine, appareil qui fut remplacé par le bandage herniaire aussitôt qu'il ne resta plus au dehors de l'anneau inguinal que l'épiploon et le sac herniaire.

M. le comte Em*** reprit ses habitudes, et, au bout de quelques semaines, sa santé se trouva aussi bonne qu'avant la maladie qu'il venait d'éprouver.

Deux ans après cet accident, un nouvel accès de colère auquel se livra M. le comte dans un moment où il n'avait pas sur lui son bandage, détermina de nouveau la sortie de l'intestin. Il était dans sa terre près de Nancy, j'ignore la manière dont il fut traité; mais son fils, qui avait voulu m'envoyer chercher, me dit que son père n'avait succombé à son engouement que le dixième jour, sans avoir éprouvé de grandes douleurs ni même d'inquiétudes, présumant que sa hernie finirait par rentrer, comme elle l'avait fait précédemment.

LXXXIVe *observation*, 8e *section.*

Entéro-épiplocèle crurale ancienne, volumineuse, adhérente et engouée, guérie le dix-septième jour du traitement. Sujet du sexe féminin.

Mademoiselle Thérèse, femme de chambre, âgée de cinquante ans, constitution éminemment nerveuse, embonpoint médiocre, portait depuis huit ans, à l'arcade crurale gauche, une épiplocèle adhérente et irréductible. Cette hernie à peu près abandonnée à elle-même finit par devenir une entéro-épiplocèle et déjà deux fois, à un an d'intervalle l'une de l'autre, il était survenu des symptômes d'engouement qui cédèrent, au bout de quelques jours, au repos dans le lit, à la diète et à des lavements émollients.

Onze à douze mois après le dernier accident dont je viens de parler, des désordres plus graves vinrent compromettre la vie de cette malade qui, un jour après avoir mangé à son déjeuner des haricots secs, fut prise, à onze heures du soir, quinze heures après son repas, de vomissements déterminés par une indigestion sous l'influence desquels la hernie augmenta considérablement de volume, et

devint tellement douloureuse que M. le docteur Hutin, médecin de la maîtresse de cette femme de chambre conseilla de m'envoyer chercher.

A mon arrivée les vomissements se soutenaient de cinq minutes en cinq minutes. Le volume de la tumeur pouvait égaler celui du poing. Elle se portait en avant par sa partie inférieure du côté du périnée suivant la direction de la grande lèvre, et à sa partie supérieure en dehors du côté de l'aine.

La dureté de cette tumeur jointe à sa sensibilité, et à ses inégalités ou bosselures, me firent présumer qu'elle contenait une portion d'intestin remplie de matières stercorales. Le taxis soutenue pendant plus d'une heure, repris à diverses fois dans les intervalles des vomissements, ne fit qu'accroitre la sensibilité de la hernie, sans en diminuer le volume.

Quand je comprimais la tumeur à sa partie supérieure, je sentais à l'inférieure un corps dur et cylindrique de la grosseur et forme du doigt qui s'allongeait dans la direction que j'ai indiquée. Vingt sangsues furent appliquées à l'endroit supposé le siège de la constriction.

Quoique l'écoulement du sang eût été entretenu une partie de la nuit, et que la malade fût restée plus de deux heures dans un bain chaud, les vomissements n'en continuèrent pas moins pendant trois jours, et à des intervalles de huit à dix minutes.

Les premiers de ces vomissements donnèrent lieu à l'expulsion des aliments que contenait l'estomac, parmi lesquels il se trouva plusieurs haricots de Soissons, dans l'état où ils avaient été avalés, c'est à dire tout entier et sans avoir été mâchés, puis des matières muqueuses, glaireuses et bilieuses répandant au loin une forte odeur stercorale.

Deux à trois fois par jour, et surtout à la sortie du bain, j'avais soin d'exercer le taxis aussi longtemps que la malade pouvait le supporter. Dans mes tentatives variées je reportai la tumeur de bas en haut, puis d'avant en arrière. Après quoi elle était recouverte de plusieurs compresses

graduées, maintenues par divers tours de bandes, ce qui formait un vrai spica de laine. Par ce moyen je m'opposai à la sortie de nouvelles parties d'intestins et je pouvais même favoriser la rentrée de la portion de cet organe engagée dans la tumeur herniaire.

Ce ne fut que le troisième jour, et à la sortie d'un bain, que sous mes doigts je sentis la tumeur légèrement s'affaisser. Ce mouvement fut accompagné d'un bruit assez remarquable causé par les déplacements des gaz stercoraux, qui parcoururent une partie du bas-ventre. Pourtant le volume de la tumeur n'avait pas sensiblement diminué, mais elle était manifestement moins dure à son centre.

Des remèdes purgatifs et émollients furent régulièrement administrés chaque jour ainsi qu'un bain chaud de deux heures. Ces premiers moyens vidèrent primitivement le gros intestin, puis donnèrent issue à des déjections que leur couleur, consistance et odeur, pouvaient faire supposer venir des intestins grêles, ce qui nous détermina, au bout de quatre jours, le docteur Hutin et moi, à faire prendre à la malade une portion d'huile de ricin et de sirop de limon. Ce purgatif donna lieu à quatre garderobes assez abondantes de matières liquide et d'odeur extrêmement fétide.

Des coliques assez vives furent ressenties dans le ventre, mais la malade n'éprouva rien dans la tumeur, qui cependant resta toujours assez volumineuse : elle ne commença réellement à s'affaisser sensiblement que trois jours après l'administation de la potion huileuse; quant aux parties libres de l'épiploon et du sac herniaire, il fallut encore deux jours pour que leur rentrée fût complète; c'est donc à peu près seize à dix-sept jours, à compter des premiers symptômes de l'engouement que la hernie se trouva guérie.

Le lendemain de la purgation, les aliments en très petite quantité furent permis afin de rétablir les fonctions naturelles de l'estomac et des diverses autres parties du tube intestinal.

Aujourd'hui Mlle Thérèse jouit d'une santé aussi bonne qu'avant cet accident, mais sa tumeur, qui est maintenue à l'orifice externe de l'arcade crurale par un bandage dont la concavité de la pelote est en rapport avec le volume de la hernie, se trouve d'un quart plus grosse qu'avant le dernier accident.

—

NEUVIÈME SECTION.

HERNIES ÉTRANGLÉES GUÉRIES SANS L'EMPLOI DU BISTOURI.

LXXXVe *observation*, 9e *section*.

Entérocèle étranglée trois fois pendant deux ans à l'anneau inguinal gauche; guérison des deux premiers étranglements, terminaison fâcheuse du troisième, traité par de violents purgatifs.

M. P***, prêtre, âgé de soixante-douze ans, d'un tempérament éminemment nerveux et sanguin, attaché à la chapelle du château sous Louis XVIII à titre de chapelain, portait depuis cinq ans une épiplocèle inguinale du côté droit, suite d'une chute qu'il fit, ayant été renversé par un cabriolet. Je lui fis porter un bandage et il continua ses occupations sans éprouver le moindre dérangement dans sa santé.

Le 14 avril 1823, ce prêtre voulut ouvrir un tiroir contenant une très grande quantité d'objets d'église; il employa toutes ses forces, croyant avoir à vaincre une grande résistance. Le tiroir céda plus facilement qu'il ne l'avait d'abord supposé, et il tomba à la renverse en l'entraînant avec lui. Au moment où cette chute eut lieu, le malade était accroupi, et il avait les jambes très écartées l'une de l'autre. De suite une vive douleur se fit sentir à l'anneau inguinal du côté gauche, où bientôt il se développa une tumeur longue de deux à trois travers de doigt.

Le lendemain je visitai cet ecclésiastique, et reconnus

de suite une entérocèle étranglée qu'il me fut impossible de réduire. Je prescrivis la diète la plus sévère, à l'exception de quelques boissons délayantes à prendre en petite quantité à la fois, le repos dans le lit, des bains chauds, des cataplasmes émollients sur la tumeur, qui n'était pas très douloureuse, et enfin des lavements. Le 15, le 16 et le 17, même régime, le malade n'éprouvant pas d'autres désagréments de son indisposition que la gêne de sa tumeur et l'absence de garderobes.

Les accidents inflammatoires ne commencèrent à se développer que le quatrième jour. Ils étaient de nature à faire concevoir de sérieuses craintes sur l'état de M. P***, d'autant plus qu'ils furent compliqués de l'élévation du pouls, de vomissements de matière bilieuse d'odeur un peu fétide. J'avais proposé plusieurs fois au malade l'application de sangsues dans le voisinage de l'anneau et même sur la tumeur herniaire. Il s'y était constamment refusé avec la plus grande opiniâtreté.

Pour pratiquer avec plus de chances de succès le taxis, je fis placer plusieurs oreillers sous le bassin du malade, afin qu'il se trouvât plus élevé que la région épigastrique. La tête fut fléchie sur la poitrine, et les jambes sur les cuisses, après quoi je saisis la base de la tumeur de la main gauche, tandis que de la main droite j'essayai de faire rentrer les portions d'intestin qui se trouvaient le plus près de l'anneau inguinal.

La douleur qu'éprouvait le malade était d'autant plus vive que j'employais une grande force pour faire rentrer l'intestin. Il grinçait des dents et poussait des cris aigus et étouffés. Je crus m'apercevoir que, d'après son état d'irritation, la contraction des muscles du bas-ventre, en comprimant la masse des viscères abdominaux, les refoulait de haut en bas, ce qui rendait mes efforts infructueux.

Je cherchai à faire cesser cette contraction en détournant l'attention du malade, auquel j'annonçai que j'allais cesser toute tentative de réduction, afin de lui donner un

peu de repos, me bornant seulement à maintenir avec mes mains la tumeur appliquée contre l'anneau. J'établis avec lui une conversation qui pût l'intéresser et, dans le moment où il me parlait avec le plus grand calme, je comprimai fortement sa hernie, et l'intestin rentra spontanément, puis une grande quantité de gaz fut rendue par le rectum, après quoi le malade se trouva soulagé.

Je plaçai de suite sur l'anneau inguinal des compresses graduées, que je maintins au moyen de plusieurs tours de bande. La nuit fut assez bonne, le sommeil, quoique un peu agité, se prolongea pendant plusieurs heures.

Le lendemain à ma visite qui eut lieu à six heures du matin, je trouvai le pouls à peu près dans son état naturel et le caractère de la figure beaucoup meilleur que la veille; pourtant de légères compressions dans le voisinage de l'ouverture qui avait livré passage à la hernie faisaient encore éprouver de la douleur au malade.

Deux remèdes furent administrés dans la matinée, ils donnèrent lieu à d'abondantes garderobes, je permis pour la journée un potage, un bouillon et même quelques pointes d'asperge. Ces aliments ayant très bien passé et les garderobes s'étant soutenues au moyen de lavements, je regardai la hernie comme totalement réduite et dès lors je remplaçai l'espèce de spica de laine que j'avais formé par un bandage herniaire à ressort.

Le malade ne souffrant plus de sa hernie en reprenant ses occupations habituelles poussa la négligence au point de ne presque plus porter son bandage. Cette insouciance pensa lui coûter la vie, car, six mois après la guérison de sa première indisposition, il survint à sa hernie gauche un accident semblable à celui dont je l'avais précédemment guéri.

Le médecin de M. l'abbé fut appelé après six jours de constipation et d'impossibilité d'aller à la garderobe, d'après l'absence de douleurs à l'anneau inguinal et au bas-ventre. On fit prendre au malade un violent vomitif; à

peine eut-il commencé d'agir que les accidents de l'étranglement devinrent si graves que l'opération de la hernie fut regardée comme indispensable. Le malade avant de s'y soumettre m'envoya chercher. Je le traitai comme je l'avais fait à son précédent accident par les antiphlogistiques et le deuxième jour de l'emploi sagement combiné de ces moyens avec le taxis souvent répété, la hernie rentra. Dès lors les accidents cessèrent.

Je recommandai à M. P*** de porter plus exactement son bandage qu'il ne l'avait fait jusqu'à ce jour. J'ignore ce qu'il en fit, mais un an après, un troisième étranglement eut lieu, et son médecin dont j'ai parlé s'opposa à ce qu'on m'envoyât chercher comme le désirait le malade. Il le purgea pendant trois jours, et le cinquième M. P*** avait cessé de vivre après avoir vomi abondamment des matières stercorales, accompagnées d'une grande quantité de sang.

LXXXVIe *observation*, 9e *section*.

Apoplexie déterminée par l'étranglement d'une hernie ombilicale. Sujet du sexe féminin.

Mme de Saint-M***, âgée de quatre-vingts ans d'une constitution nerveuse et sanguine, et en général jouissant d'une assez bonne santé, ayant eu plusieurs enfans, portait depuis quarante ans une hernie ombilicale de quatre à cinq travers de doigt d'étendue. Cette tumeur, formée primitivement par l'épiploon, après avoir contracté des adhérences, s'était éraillée de manière à admettre de temps à autre une portion d'intestin, laquelle, facile à s'enflammer, présentait souvent des symptômes d'étranglement qui cédaient le plus ordinairement au repos, à l'application de cataplasmes émollients et au taxis. La plus grande portion de cette tumeur se rencontrait au dessous de l'ombilic du côté droit. La malade en rapporte la formation à

des suites de couches, ayant négligé de soutenir son ventre.

Un jour, à l'issue de son dîner, cette dame éprouva une espèce d'attaque d'apoplexie compliquée de paralysie qui l'empêcha de parler. Son médecin ordinaire, le docteur Piorry, me fit appeler. La tumeur offrait dans toute son étendue l'épaississement du tissu cellulaire que l'on rencontre dans les hernies anciennes, surtout quand l'épiploon est adhérent. Pourtant je crus reconnaître à peu près à son centre une petite portion d'intestin, ce qui me fit comprimer la tumeur dans différents sens, dans l'espoir de dégager cet organe et de faire cesser l'étranglement dont le docteur Piorry et moi supposions l'existence. Après cette manœuvre soutenue pendant douze à quinze minutes, un léger bruit se fit entendre et je sentis sous mes doigts l'intestin fuir et rentrer, je pus même le suivre à travers une espèce d'anneau où il s'était engagé; au même moment tous les accidents cessèrent.

La malade reprit alors l'usage de ses sens ainsi que celui de la parole. Une application de sangsues faite sur la tumeur prescrite par le médecin de cette dame, jointe au repos et à la diète pendant quelques jours, suffirent pour terminer cet accident, et mon bandage à ressort d'élastique mit Mme de Saint-M*** à l'abri de nouveaux accidents.

LXXXVIIe *observation*, 9e *section*.

Deux entéro-épiplocèles étranglées aux anneaux inguinaux droit et gauche, par suite d'une chute en arrière, le malade portant une hotte remplie de légumes; hernie guérie par les antiphlogistiques.

R***, âgé de soixante-sept ans, sujet éminemment nerveux et sanguin, marchand fruitier. A l'âge de quarante ans, cet homme revenait de la halle en portant sur son dos une hotte remplie de légumes, il s'en détacha quelques uns qu'il voulut retenir, mais une grande partie de sa charge en tombant l'entraîna en arrière. A l'instant même,

ayant perdu connaissance il fut transporté dans cet état chez lui. Le médecin qui le visita reconnut deux entéro-épiplocèles inguinales, chacune de la grosseur d'un petit œuf de poule.

Des douleurs extrêmement vives furent de suite ressenties aux deux hernies, puis il survint des coliques et des envies de vomir. Malgré ces symptômes inflammatoires et la constitution du malade, on fit sur ces deux tumeurs des applications astringentes, qui, comme on doit le penser, au lieu de le soulager rendirent son état d'autant plus fâcheux que des vomissements de matières stercorales vinrent le compliquer.

Le troisième jour de l'étranglement, le docteur Barbier, chirurgien en chef du Val-de-Grâce fut appelé. Il fit plusieurs fortes saignées et remplaça les applications qui avaient amené l'augmentation des accidents par des cataplasmes émollients. Ces moyens unis aux bains de siège de même nature ainsi qu'à l'usage de lavements firent cesser au bout de dix jours les accidents inflammatoires. L'épiploon resta adhérent et scrotal du côté gauche. Il rentra du côté droit ainsi que l'intestin.

Le malade n'ayant porté que de mauvais bandanges sous lesquels ses hernies étaient continuellement sorties, éprouva à différentes époques de sa vie des espèces d'engouement que le repos, la diète et des lavements émollients faisaient ordinairement cesser.

A l'âge de soixante-sept ans, le sieur R*** était infirmier au Val-de-Grâce, et sa mauvaise santé causée par ses deux hernies était sur le point de le faire renvoyer quand il me consulta. Je rencontrai une entéro-épiplocèle scrotale du côté gauche de la grosseur à peu près des deux poings et une entérocèle également scrotale du côté droit à peu près du même volume. Le malade étant couché, il me fut facile de réduire en totalité la hernie droite, puis de porter ma main assez profondément dans l'anneau dont la dilatation était extrême.

L'entéro-épiplocèle gauche rentrait difficilement. L'anse d'intestin que contenait cette hernie était tellement peu considérable qu'après sa réduction la tumeur ne paraissait pas sensiblement diminuée. La masse d'épiploon ne pouvait rentrer en totalité, le tiers au moins restait dans le scrotum et se confondait avec le sac herniaire et le cordon testiculaire.

Un bandage double à deux demi-corps à pelote allongée légèrement convexe pour la droite, et concave pour la gauche, réussit parfaitement pour contenir l'intestin et faire cesser les coliques, constipations et défaillances auxquelles était sujet le malade. Il put continuer ses occupations et se tenir droit, ce qu'il lui était impossible de faire avant l'application du bandage à cause des tiraillements d'estomac qui depuis longtemps l'avaient forcé de fléchir considérablement la colonne vertébrale en avant.

Cet infirmier, malgré son âge, continua encore pendant plusieurs années son service à l'hôpital militaire du Val de Grace, sans souffrir de ses hernies qui continuèrent à être autant maintenues qu'il était possible de le faire.

LXXXVIIIe *observation*, 9e *section*.

Étranglement d'une entéro-épiplocèle scrotale survenu à la suite d'efforts pour uriner, la vessie se trouvant paralysée par une affection goutteuse. Malade guéri de l'étranglement de sa hernie par l'emploi des antiphlogistiques.

M. le comte F. de N***, âgé de soixante-huit ans, d'une constitution éminemment nerveuse, goutteux depuis à peu près quarante ans, eut une espèce de paralysie de la vessie causée par cette première maladie, ce qui l'obligeait à faire d'incroyables efforts pour uriner.

Il y a trente ans, une entéro-épiplocèle se manisfesta à l'anneau inguinal droit, et six ans après il en survint une semblable à l'anneau du côté opposé. Ces deux hernies par

la suite devinrent scrotales, des adhérences de l'épiploon au sac herniaire eurent lieu. La hernie droite beaucoup plus volumineuse que la gauche s'étrangla, et des vomissements de matière stercorale eurent lieu. Ils cédèrent au bout de huit jours ainsi que l'étranglement à plusieurs applications de sangsues, bains chauds, lavements et cataplasmes émollients.

Après la rentrée de l'intestin, je plaçai un bandage à deux demi-corps à grande pelote légèrement concave; la compression du côté droit s'exécuta sur l'épiploon sans qu'il arrivât le moindre accident; par ce moyen l'intestin fut maintenu dans le ventre. La hernie gauche qui rentrait en totalité fut également maintenue, et pendant plus de dix ans que sous les auspices des docteurs Pignault et Triger, je donnai des soins à ce malade, ses deux hernies ne le firent plus souffrir.

L'affection goutteuse de laquelle était tourmenté M. le comte, devenait quelquefois si générale qu'il était perclus de tous ses membres. Il succomba dans un âge fort avancé à l'opération de tumeurs hémorrhoïdales, pratiquée contre l'avis des deux médecins ordinaires du malade.

LXXXIXe *observation*, 9e *section*.

Entéro-épiplocèle étranglée à l'arcade crurale. Malade guéri le troisième jour sans le secours de l'opération. Sujet du sexe féminin.

Mme la comtesse de P***, âgée de soixante-dix-sept ans, constitution nerveuse sanguine, portait depuis longtemps une épiplocèle à l'arcade fémorale du côté droit. Cette tumeur lui était survenue à la suite d'une maladie qu'elle fit il y a à peu près vingt ans, laquelle lui avait fait perdre un embonpoint assez considérable qui n'a jamais reparu.

Cette dame, malgré son extrême maigreur, jouissait d'une assez bonne santé; sa hernie ne lui causa jamais d'inquiétude; quelques heures de repos dans le lit suffisaient

ordinairement pour la faire disparaître pour plusieurs jours. Ce n'était le plus souvent qu'à la suite de longues marches ou d'efforts pour aller à la garderobe que la tumeur ressortait.

C'est précisément ce qui arriva à Madame la comtesse, un jour à la suite d'une longue promenade; elle fut prise de fortes coliques promptement suivies d'assez violents vomissements pour faire croire qu'elle avait été empoisonnée ayant mangé des champignons à son repas; mais sa tumeur beaucoup plus grosse qu'à l'ordinaire, douloureuse au toucher, dure et inégale, fit craindre à son médecin, le docteur Goyon, que la hernie ne fût la cause principale de ces accidents. Il me fit appeler, et je reconnus de suite qu'il existait un étranglement de l'intestin, lequel céda à plusieurs applications de sangsues, de cataplasmes émollients, ainsi qu'à des bains et lavements de même nature. La portion d'intestin étranglée rentra le troisième jour sous l'influence du taxis soutenu pendant à peu près une demi-heure, mais l'épiploon continua à former en dehors de l'arcade fémorale une tumeur oblongue de la grosseur du pouce. Des tentatives de réduction essayées pendant cinq à six jours sans avoir rien obtenu, me déterminèrent à placer un bandage à pelote assez concave pour recevoir et loger l'épiploon en empêchant l'intestin de sortir.

La malade se trouva très bien de ce moyen, reprit ses habitudes, et trois ans après étant venue me voir pour avoir un nouveau bandage, elle me déclara que depuis le traitement que je lui avais fait suivre, elle n'avait jamais rien éprouvé du côté de sa hernie qui pût troubler un seul instant sa santé, quoique l'épiploon eut à peu près conservé son volume et sa situation primitifs.

XC^e *observation*, 9e *section*.

Entéro-épiplocèle ombilicale avec pincement d'une portion d'intestin, ce qui donne lieu à des symptômes d'étranglement. Malade guérie au bout de quinze jours par un traitement antiphlogistique.

Mme B***, marchande de bois, âgée de trente-deux ans, éminemment lymphatique, ayant beaucoup d'embonpoint, s'aperçut, il y a à peu près deux ans à la suite d'une grossesse, d'une petite tumeur pâteuse et mollasse qui s'était manifestée à la cicatrice ombilicale. Elle y fit d'abord peu d'attention; mais, dans l'espace de quelques mois, cette tumeur acquit un volume considérable, devint même dure au toucher et douloureuse. Enfin un jour en soulevant une buche de bois avec violence la malade ressentit à sa tumeur une assez forte douleur pour l'obliger de se coucher, aussitôt se manifestèrent des coliques qui furent promptement suivies de vomissements.

Le médecin que cette dame fit appeler reconnut une entéro-épiplocèle. Il essaya vainement de réduire l'intestin. Les accidents se soutinrent pendant quinze jours malgré plusieurs applications de sangsues qui furent faites immédiatement sur la tumeur, ainsi que de cataplasmes émollients. La diète la plus sévère fut observée pendant tout ce temps.

Six mois après cet accident Mme B*** vint me consulter. Sa hernie avait acquis la grosseur du poing; elle était molle, pâteuse et irréductible. Une ceinture ventrière garnie d'une pelote légèrement concave, mit cette malade à l'abri de nouveaux accidents. Du moins c'est ce qu'elle m'écrivit deux après, en me redemandant un nouveau bandage.

XCI^e *observation*, 9e *section*.

Étranglement interne survenu quinze jours après la rentrée d'une entéro-épiplocèle scrotale volumineuse, avec adhérence de l'intestin à l'épiploon.

M. S***, âgé de quarante-deux ans, d'un tempérament lymphatique, ayant beaucoup d'embonpoint, conducteur de diligences, fit une chute il y a dix ans en portant un sac de blé. Quelque temps après, il s'aperçut d'une petite grosseur à l'anneau inguinal du côté droit. Il ne s'en inquiéta pas, continua ses occupations sans porter de bandage; insensiblement la tumeur augmenta, descendit dans le scrotum, où bientôt un mauvais bandage que l'on fit porter au malade la comprima et lui fit contracter des adhérences qui devinrent un obstacle à sa rentrée.

De vives douleurs à l'anneau, de fréquentes coliques et un sentiment de tiraillement à l'estomac, ainsi que beaucoup de gêne dans la marche, déterminèrent le malade à venir me consulter. En l'examinant, je reconnus une entéro-épiplocèle compliquée d'adhérences de l'épiploon au sac herniaire, et de ce sac au cordon testiculaire. La grande distension du scrotum l'empêchait, ainsi que le crémastère, de se contracter : le taxis diminua bien, il est vrai, le volume de la tumeur d'à peu près les trois quarts; mais il me fut impossible, dans la réduction des parties, d'isoler l'intestin de l'épiploon et du sac herniaire, ce qui me fit craindre que la rentrée en bloc de ces divers organes dans le ventre ne donnât lieu par la suite à des désordres intérieurs plus ou moins graves. Tout en n'admettant pas que l'on doive placer un bandage herniaire quand l'intestin, reporté dans l'abdomen, ne s'isole pas du reste de la tumeur herniaire, pour céder aux instances du malade je lui plaçai son ancien bandage, et de suite les coliques cessèrent ainsi que les tiraillements d'estomac;

mais, quelque temps après, il survint des symptômes d'étranglement interne qui finirent pourtant par céder au bout de quelques jours à la diète, au repos et à plusieurs applications de sangsues.

La hernie ayant repris sa forme et son volume primitifs, il fallut abandonner pour toujours l'usage du bandage herniaire à ressort et se contenter de soutenir la tumeur au moyen d'un suspensoir à ceinture et bretelle (1). Depuis cette époque, le malade continua son état de conducteur de diligences sans qu'il lui survînt de nouveaux accidents.

XCII^e *observation*, 9e *section.*

Étranglement d'une portion d'intestin grêle à travers une épiplocèle ombilicale ancienne, volumineuse et adhérente, guérie en huit jours sans l'opération. Sujet féminin.

Madame D***, âgée de trente-six ans, nerveuse et lymphatique, ayant assez d'embonpoint, habitant une maison de campagne dans un village à dix lieues de Paris. Cette dame eut une couche assez laborieuse il y a dix ans, à la suite de laquelle parut, au centre de l'ombilic, une tumeur mollasse et pâteuse de la grosseur d'une noix.

L'accoucheur de madame D***, consulté, déclara, sans avoir examiné la malade, que c'était le nombril qui revenait sur lui-même, et qu'il ne fallait nullement s'en inquiéter. C'est ce que fit avec d'autant plus de sécurité cette personne, que pendant longtemps elle n'en fut nullement incommodée. Il y a tout au plus douze à quinze mois que la tumeur commença à augmenter de volume, sans pourtant faire éprouver la moindre douleur.

La malade ayant un jour à dîner plusieurs de ses amies fit servir différents mets où il y avait des champignons. En

(1) *Voyez* à la 5e section du chap. Ier, Bandage suspenseur des hernies scrotales, volumineuses et irréductibles.

se levant de la table cette dame fut prise de si violents vomissements qu'elle se crut empoisonnée par les champignons qu'elle venait de manger en assez grande quantité.

Le médecin que l'on fit appeler en apprenant qu'il existait une tumeur à l'ombilic laquelle était sensible et douloureuse depuis le début des accidents, proposa, sans l'avoir examinée, de l'opérer, la considérant comme une vraie hernie avec étranglement de l'intestin.

Mme D*** s'y refusa et le lendemain matin elle se fit transporter à Paris couchée dans sa voiture sur un matelas, mais quoique les chevaux ne marchassent que très lentement, les vomissements de bile et de mucosités la forcèrent de s'arrêter plusieurs fois pendant ce court voyage.

A son arrivée à Paris la malade se mit au lit et m'envoya chercher. En l'examinant je trouvai à l'ombilic une tumeur de la grosseur du poing d'une dureté à peu près égale dans toute son étendue, mais plus douloureuse au toucher à son centre que dans ses autres parties. A cet endroit on ressentait sous le doigt un mouvement à peu près semblable au battement de fortes artères. Le taxis exaspérait les douleurs et provoquait les vomissements. Il fallut donc y renoncer. Le pouls était élevé, la figure injectée, ce qui me fit proposer la saignée du bras. La malade s'y refusa ayant vu mourir une de ses parentes d'une hémorrhagie à la suite d'une semblable opération; vingt sangsues furent appliquées sur la tumeur et l'écoulement du sang fut entretenu une partie de la nuit au moyen de linges trempés dans de l'eau tiède.

Le lendemain matin, à l'issue d'un bain chaud de deux heures que j'avais prescrit la veille, je renouvelai, mais inutilement, mes tentatives de réduction, un lavement avec du miel mercurial débarrassa le gros intestin des matières qu'il contenait.

L'emploi de ces divers moyens fut continué pendant sept jours sans avoir amélioré l'état de la malade; ce ne fut qu'à la suite d'une troisième application de sangsues,

faite le huitième jour de l'étranglement que je réussis à dégager l'intestin. Sa rentrée dans le ventre fut suivie de l'affaissement de la tumeur, dont le volume diminua à peu près d'un tiers. Les douleurs cessèrent comme par enchantement, ainsi que le malaise général.

Deux heures après la réduction de cette hernie, une tasse de bouillon gras passa très bien, ainsi qu'un potage pris dans la soirée. Le sommeil qui le suivit dura huit heures sans interruption. A son réveil Mme D*** se trouva dans un état parfait de santé, à l'exception d'une extrême faiblesse, suite de la diète qu'elle faisait depuis huit jours, et du sang qu'elle avait perdu par les différentes applications de sangsues qui lui avaient été faites. Ma ceinture ventrière élastique, à laquelle j'avais ajouté une plaque concave propre à recevoir et à soutenir l'épiploon, adhérente à l'anneau ombilical, mit cette dame à l'abri d'un nouvel accident.

Cette observation est d'autant plus remarquable qu'elle démontre que, dans les étranglements de l'intestin grêle, le retour des garderobes n'est pas toujours la preuve certaine du dégagement et de la rentrée de l'intestin.

XCIII^e *observation*, 9e *section*.

Étranglement de l'intestin à l'arcade crurale avec vomissement de matières stercorales et convulsions. Hernie rentrée spontanément au moyen du taxis.

Mlle J***, cuisinière, âgée de trente-quatre ans, constitution éminemment nerveuse et lymphatique, d'un embonpoint ordinaire. Cette personne, à l'âge de trente ans, en voulant soulever un fardeau beaucoup au dessus de ses forces, ressentit une forte douleur à l'arcade crurale du côté droit. Elle crut même avoir éprouvé une déchirure à cet endroit. Y portant de suite la main, elle rencontra une petite tumeur de la grosseur d'une noix, que fit disparaître

le repos de la nuit et l'application d'un cataplasme émollient, pourtant cette tumeur reparaissait à la plus légère fatigue, mais comme sa sortie ne causait aucune douleur, on l'abandonna à elle-même pendant trois ans quoiqu'elle augmentât considérablement de volume.

La sécurité de cette personne fut troublée par un accident arrivé à une de ses amies, qui, comme elle, portait depuis longtemps une hernie sans avoir de bandage, et qui mourut à l'Hôtel-Dieu quelques heures après avoir été opérée d'une hernie étranglée. Cet évènement malheureux détermina la cuisinière J*** à venir chez moi pour se faire placer un bandage. Sa hernie était située à l'arcade crurale du côté droit, la tumeur offrait à peu près la grosseur d'un fort œuf de poule. En la comprimant, je m'assurai qu'elle ne contenait que de l'épiploon adhérent dans presque toute son étendue à l'ouverture qui lui avait livré passage.

Je plaçai un bandage crural à pelote creuse, en recommandant à cette personne de le porter le jour et la nuit; mais par avarice et pour qu'il lui durât plus longtemps, elle ne le mettait que quand elle était obligée de sortir.

Un jour que la maîtresse de cette fille la fit lever de bonne heure pour venir avec elle acheter de petits fruits à la halle, elle oublia de placer son bandage, et, en revenant avec deux paniers dans ses bras, elle fut renversée par un homme qui traînait une petite charrette à bras. Sa chute fut d'autant plus fâcheuse qu'en voulant se retenir, elle glissa et tomba la hanche droite sur l'un de ses paniers; à l'instant même l'intestin franchit l'arcade crurale et s'étrangla en donnant lieu à des douleurs tellement fortes que cette domestique ne put se rendre à pied chez ses maîtres, quoiqu'il ne fallût pas plus de dix à douze minutes pour y arriver. Couchée une demi-heure après son accident, cette malade fut prise d'affreux vomissements, d'abord de matière bilieuse et muqueuse, puis de matière stercorale.

On vint me chercher, et à mon arrivée je trouvai une

petite portion d'intestin fortement distendu et étranglé à l'arcade crurale droite. Cette anse, située au centre de la tumeur, me parut ne renfermer que des gaz stercoraux. La peau qui la recouvrait était lisse, tendue et d'un rouge lie-de-vin. Les vomissements de matière stercorale continuaient d'avoir lieu de trois à quatre minutes de distance les uns des autres. Dans leurs intervalles cette malheureuse fille jetait des cris affreux, se tordait les membres, et se serait roulée dans la chambre si deux personnes ne l'eussent retenue dans son lit. Ses yeux hagards semblaient vouloir sortir de leur orbite. Dans des moments de délire elle s'écriait : « Tuez-moi, je ne puis plus y résister. » L'étranglement marchait avec une rapidité effrayante, ce qui ne permettait pas d'employer les moyens ordinaires pour le combattre, tels que les bains, la saignée, etc. Il n'y avait qu'une réduction prompte ou l'opération qui pût sauver la malade.

Chaque fois que j'essayais de comprimer l'intestin en le refoulant du côté de l'arcade fémorale, cette manœuvre déterminait de nouveaux vomissements et d'affreuses douleurs qui faisaient grincer les dents à la malade. Alors la contraction des muscles abdominaux et du diaphragme refoulait avec violence les viscères dans le bas-ventre, ce qui était un obstacle de plus à la réduction de la hernie. Je tâchai inutilement d'entretenir une conversation avec la malade, en lui adressant plusieurs questions afin qu'elle restât la bouche ouverte, mais la plus légère tentative de compression lui faisait faire le contraire de ce que je désirais. Je dus chercher à détourner pour un moment son attention de sa hernie, afin d'essayer de réduire dans un moment où les muscles abdominaux seraient dans un état de relâchement; c'est ce qui me fit dire que la hernie ne pouvait rentrer, parce que le bassin était trop bas et qu'il fallait passer sous le siége plusieurs oreillers. Pendant que cette fille cherchait à se soulever pour aider les personnes qui lui glissaient des oreillers, je comprimai forte-

ment l'intestin; la malade jeta un cri aigu et la hernie fut réduite.

Je fis administrer un remède et placer sur l'arcade crurale des compresses graduées, maintenues par quelques tours de bandes à pansement. Le lendemain matin, le bandage herniaire remplaça cet appareil, et deux jours après la malade reprit ses occupations ordinaires. Depuis longtemps chaque année je fournis à cette personne un nouveau bandage, et sa hernie, qui est considérablement diminuée ne l'a jamais fait souffrir un seul instant depuis qu'elle porte constamment le jour et la nuit le bandage que je lui ai disposé.

XCIV^e *observation*, 9e *section*.

Entéro-épiplocèle étranglée à l'arcade crurale. Malade guérie au bout de huit jours sans le secours de l'opération.

Madame veuve N***, ancienne libraire, âgée de soixante-quinze ans, constitution nerveuse et sanguine, avait autrefois beaucoup d'embonpoint qu'elle a perdu depuis quelque temps. Cette dame fit un effort il y a vingt ans, en voulant soulever un ballot de livres, elle éprouva une vive douleur à l'arcade crurale du côté gauche; en y portant la main elle rencontra une petite tumeur de la grosseur d'une noix que le repos de la nuit fit disparaître.

Cette tumeur ressortait d'elle-même sans être accompagnée de douleurs, chaque fois que cette dame allait à la garderobe ou quand elle restait longtemps debout; mais abandonnée à elle-même pendant plusieurs années, la hernie augmenta considérablement de volume. Un jour elle devint dure, douloureuse; madame N*** inquiète m'envoya chercher. Je trouvai la tumeur de la grosseur du poing. La peau qui la recouvrait était lisse et tendue. En la comprimant je rencontrai facilement l'anse d'intestin renfermé dans la hernie. Il était inégal et raboteux par suite des ma-

tières stercorales endurcies et desséchées qui s'y étaient accumulées. Cet étranglement existait depuis quatre jours, avec une vive douleur à l'arcade, ainsi qu'à la hernie.

La peau était sèche et brûlante. La figure colorée et le pouls très élevé. La malade était d'autant plus inquiète que jamais elle n'avait vu sa hernie dans un semblable état. Toutes tentatives de réductions furent inutiles. Il était impossible de les soutenir longtemps en raison de l'augmentation de douleurs qu'elles déterminaient à la hernie, dont le poids seul des couvertures faisait jeter des cris affreux à la malade.

Je prescrivis l'application de six sangsues sur la tumeur, des bains de siége émollients et des cataplasmes de même nature, si toutefois le poids pouvait en être supporté. A ces divers moyens je fis ajouter soir et matin un lavement fait avec le sirop mercurial.

Le huitième jour de ce traitement, le ventre s'ouvrit, des matières stercorales extrêmement dures furent évacuées, et dès lors le volume de la tumeur étant diminué de moitié, j'essayai la réduction du reste de la hernie, mais inutilement. Il me sembla que quelque chose derrière l'arcade contrariait la rentrée de la portion libre d'épiploon contenue dans la tumeur.

En considérant la petite quantité de matière fournie par trois diverses garderobes, je présumai que la portion d'intestin réduite pouvait n'être pas encore entièrement débarrassée. Ce fut pourquoi je proposai au docteur Récamier, médecin ordinaire de cette dame, de la purger légèrement avec l'huile de ricin. Il y consentit, et, quelques heures après cette purgation, quatre fortes garderobes débarrassèrent complètement le bas-ventre, qui redevint souple comme avant l'étranglement. L'épiploon contenu dans la hernie rentra ainsi que le sac herniaire, à l'exception d'une petite portion de ce dernier qui me semblait adhérente à l'arcade crurale. Je plaçai un bandage à pelote creuse, et au bout de quinze jours je pus le remplacer par

un autre à pelote légèrement convexe, vu que l'arcade crurale se trouvait libre, par suite de la rentrée totale du sac herniaire.

CXV^e *observation*, 9e *section*.

Entéro-épiplocèle étranglée à l'anneau inguinal. Malade guéri le troisième jour sans le secours de l'opération.

M. D***, âgée de vingt-six ans, tempérament nerveux et lymphatique, ayant peu d'embonpoint, faible constitution, commis dans un magasin de nouveautés, fit à l'âge de trois ans une chute qui fut suivie d'une hernie à l'anneau inguinal gauche. La tumeur peu volumineuse disparaissait d'elle-même pendant cinq à six mois; ce n'était qu'à la suite de fatigues extraordinaires qu'elle ressortait, toujours accompagnée de douleurs et de symptômes plus ou moins grands d'étranglement, ce qui nécessitait l'intervention du chirurgien.

Ce jeune homme, malgré les conseils des hommes de l'art, n'avait jamais voulu s'assujettir à l'usage du bandage herniaire qui, probablement, l'eût mis à l'abri de l'étranglement de sa hernie. Le conseil qu'on lui donnait était d'autant plus sage que, dans sa famille, son père et son frère avaient, depuis longues années, chacun une hernie dont ils n'avaient jamais souffert s'étant assujettis à l'usage constant des bandages.

En aunant une pièce de toile de quatre-vingts aunes, et étant obligé de la supporter avec ses bras élevés et écartés l'un de l'autre, M. D*** sentit sa hernie ressortir. Aussitôt il lui survint de si vives douleurs qu'on fut obligé de le porter dans son lit. Un médecin fut appelé : il reconnut l'étranglement, fit administrer de suite des bains chauds, des cataplasmes émollients et des boissons délayantes.

Ces différents moyens n'arrêtèrent pas la marche des accidents, et le taxis entrepris plusieurs fois sans succès

détermina le malade à se faire transporter chez moi couché sur un matelas dans un fiacre; il était accompagné de M. le docteur Ratier et de son frère chez lesquels je le fis conduire. A peine placé dans un lit ce jeune homme éprouva un frisson nerveux des plus violents. La portion d'intestin étranglée n'était occupée et distendue que par des gaz stercoraux. Le reste de la tumeur dont le volume égalait celui d'un gros œuf appartenait à l'épiploon et au sac hernaire. La peau qui recouvrait cette hernie était lisse et tendue et d'un rouge extrêmement foncé. Des vomissements qui se déclarèrent ne m'empêchèrent pas d'essayer de réduire par un taxis méthodiquement pratiqué sous les yeux du médecin du malade. Au bout de dix minutes l'intestin rentra, les douleurs cessèrent ainsi que les vomissements et le tremblement nerveux.

Au lieu de tourmenter davantage le malade en cherchant à obtenir la rentrée de l'épiploon du sac herniaire, je me contentai de placer sur l'anneau inguinal plusieurs compresses graduées qui furent maintenues par plusieurs tours de bandes. Deux heures après la rentrée de l'intestin un remède fut administré. Il ouvrit le ventre et donna issue à une grande quantité de matière stercorale. Le malade dormit toute la nuit, ce qui ne lui était pas arrivé depuis quatre jours que sa hernie était étranglée.

Le lendemain matin l'épiploon et le sac herniaire s'étant trouvés rentrés, le bandage herniaire remplaça les compresses graduées, et M. D*** retourna à son magasin où il reprit ses occupations. Un an après il vint me revoir, sa hernie n'était plus appréciable, mais je ne lui en conseillai pas moins de continuer encore quelque temps l'usage du bandage herniaire.

DIXIÈME SECTION.

ÉTRANGLEMENTS SURVENUS A DES HERNIES INTERNES OU EXTERNES, TERMINÉS PAR LA MORT DES SUJETS QUELQUES HEURES APRÈS L'OPÉRATION.

XCVI^e *observation*, 10e *section*.

Étranglement interne de l'intestin à travers une déchirure de l'épiploon. Sujet du sexe masculin, mort quinze heures après l'opération de sa hernie.

M. Joseph, âgé de trente-huit ans, constitution nerveuse et sanguine, cocher de fiacre, avait depuis huit à dix ans une entéro-épiplocèle scrotale assez volumineuse du côté droit. Depuis sa formation la hernie de cet homme n'était qu'imparfaitement maintenue, le malade ne faisant usage que de mauvais bandages qu'il se procurait au bureau central des hospices de Paris. Un jour que Joseph s'était fatigué plus qu'à l'ordinaire, il éprouva en rentrant chez lui à huit heures du soir de fortes coliques suivies de vomissements. Le docteur Pignot, attaché au dispensaire de son arrondissement, fut appelé par ce malade, et vint me chercher le soir même. A notre arrivée nous trouvâmes dans le scrotum une portion d'épiploon libre et flottante, que le taxis faisait facilement rentrer à travers l'anneau inguinal, mais laquelle restait sous les téguments, et redescendait d'elle-même quand nous cessions de la comprimer, quoique le malade fût couché sur le dos. Interrogé par nous, cet homme nous dit qu'à l'ordinaire sa hernie était beaucoup plus grosse que nous ne la trouvions, et que souvent des matières accumulées dans l'intestin avaient donné lieu à un état d'engorgement qui cédait d'ordinaire au repos, à la diète et aux lavements.

Le ventre était dur, tendu et douloureux, particulière-

ment à deux ou trois travers de doigt au dessus de l'anneau inguinal du côté de la hernie. Nous essayâmes vainement de faire ressortir l'intestin en faisant sauter et moucher le malade; la tumeur malgré ces manœuvres n'augmenta pas de volume. Présumant alors un étranglement interne, je dis au docteur Pignot que cet homme était perdu. Dans l'intention de combattre ou de ralentir les accidents inflammatoires le malade fut saigné deux fois dans la nuit et plongé à différentes reprises dans un bain chaud.

Le lendemain matin à neuf heures nous nous rendîmes encore ensemble, le docteur Pignot et moi, chez Joseph. Nous trouvâmes dans sa chambre sept à huit médecins que des personnes charitables lui avaient envoyés. A notre entrée l'un d'eux déclamait d'une manière peu convenable contre nous, en nous accusant d'avoir, sans aucune raison, tourmenté ce malheureux, et supposé sa hernie étranglée, tandis qu'elle était libre dans le scrotum. Les vomissements, continua ce médecin, n'ont été produits que par une grande accumulation d'humeur, et deux ou trois purgatifs remettront cet homme en parfaite santé.

Le malade nous ayant reconnus derrière ce groupe de médecins, nous invita à nous approcher de lui en déclarant qu'il ne voulait pas de purgatifs, parce qu'il sentait que sa douleur était extraordinaire et qu'elle pouvait plutôt appartenir à sa hernie qu'à toute autre cause. Sans chercher à répondre aux paroles inconvenantes que nous venions d'entendre, j'exposai les raisons qui m'avaient porté, dès la veille, à annoncer un étranglement interne que l'opération seule pouvait faire cesser. Mon opinion ayant prévalu, le malade fut transporté à l'Hôtel-Dieu.

Les accidents marchèrent avec tant de rapidité, que malgré le traitement antiphlogistique qui fut continué à l'hôpital, il survint, de midi à deux heures, des vomissements de matières stercorales. A six heures du soir M. Dupuytren pratiqua l'opération de la hernie. Il avait annoncé avant de l'entreprendre qu'elle pourrait bien avoir lieu

sans succès, si, comme il était supposable, le siège de l'étranglement se trouvait à une distance trop éloignée de l'anneau pour que le débridement puisse avoir lieu. C'est ce qui malheureusement arriva. Après l'incision autant grande que possible de l'anneau inguinal à sa partie supérieure, l'opérateur porta son doigt derrière cette ouverture et sentit une résistance qu'il ne put atteindre avec son bistouri. La grande quantité de sang qui s'était écoulé pendant l'opération procura plusieurs heures de calme au malade, mais sur les deux heures du matin les accidents reparurent avec tant d'intensité que quatre heures après cet homme avait cessé de vivre.

Le lendemain, à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, M. Dupuytren procéda à l'ouverture du cadavre, et il nous fit remarquer un éraillement de l'épiploon, étranglant l'intestin dans deux endroits différents. Le péritoine, par suite de son inflammation, était recouvert d'un mucus tellement abondant qu'en passant la main dessus on en fit découler au moins deux verres.

Ce malheureux était dans une telle position par la nature de son étranglement que quand même le doigt de l'opérateur eût pu conduire le bistouri pour inciser la bride inférieure de l'épiploon, il n'en serait pas moins mort, par suite du second étranglement situé plus en dedans et à peu près à deux travers de doigt au dessus du premier, et d'ailleurs l'opérateur n'aurait pas dû en supposer l'existence, du moins telles furent les conclusions de M. Dupuytren à la leçon clinique dont cette hernie fut le sujet.

XCVII^e *observation*, 10e *section*.

Étranglement interne de l'intestin par le collet de sac herniaire. Sujet du sexe masculin, mort douze heures après l'opération de sa hernie, qui n'eut lieu que le neuvième jour de l'étranglement.

M. P***, prote dans une imprimerie, âgé de quarante-cinq ans, forte constitution, quoique plus lymphà-

tique que nerveux, avait, depuis sept à huit ans, une entéro-épiplocèle scrotale du côté gauche, survenue à la suite d'un effort. Peu incommodé de cette tumeur dont le volume était à peu près de la grosseur d'un gros œuf, cet homme ne portait pas de bandage herniaire.

Un jour, à la suite d'un repas plus copieux qu'à l'ordinaire, le malade se trouva mal à son aise. En examinant machinalement sa hernie, il s'aperçut qu'elle avait diminué des deux tiers à peu près de son volume. Il fit part de cet événement à son médecin, le docteur Sorlin, qui me fit appeler pour placer à ce malade un bandage herniaire, dans l'intention d'empêcher les portions de la hernie qui se trouvaient rentrées dans la cavité abdominale de pouvoir en ressortir.

En examinant la hernie du sieur P*** avec son médecin, nous la trouvâmes molle, pâteuse au toucher, peu descendue dans le scrotum et exempte de douleur dans toute son étendue. Par le taxis, il nous fut d'autant plus facile de reporter la tumeur herniaire à travers l'anneau inguinal qui lui avait livré passage, que cette ouverture offrait une très grande dilatation; pourtant, malgré cette favorable disposition les viscères, au lieu de rentrer dans le ventre restèrent constamment dans le canal inguinal, et aussitôt qu'il cessait d'être comprimé par nos doigts, ils redescendaient d'eux-mêmes dans le scrotum, quoique le malade fût couché sur le dos, les cuisses fléchies sur le ventre et le bassin soulevé par un oreiller.

La disparition accidentelle d'une grande partie de la hernie et la suppression des garderobes depuis six jours, ainsi que l'inquiétude générale dans laquelle se trouvait le malade, quoiqu'il ne ressentît aucune douleur dans le bas-ventre, étaient des motifs suffisants pour nous faire supposer l'existence d'un étranglement interne. D'après cette supposition nous fîmes garder le lit à M. P***, ce qu'il avait déjà fait de lui-même depuis plusieurs jours. Nous le mîmes à la diète la plus sévère, à l'exception de boissons délayan-

tes prises en petite quantité à la fois et à des intervalles très rapprochés, les uns des autres.

Les bains chauds, les lavements laxatifs et même stimulants, furent chaque jour administrés sans rien changer à l'état du malade. Son docteur et moi nous le voyions tous les matins, et chaque fois nous le trouvions à peu près dans le même état que celui où nous l'avions laissé la veille. Il ressentait bien de temps à autre de légères coliques semblables à celles qui chez lui depuis longtemps précédaient ses garderobes; mais elles cessaient sans avoir provoqué d'évacuation.

Dans l'intérêt du sieur P*** il nous est plusieurs fois arrivé de le faire mettre debout et de lui conseiller de se moucher fortement, tousser, sauter et faire plusieurs autres mouvements brusques capables de provoquer la sortie entière de la hernie; mais toutes nos tentatives à cet égard furent sans succès.

Le huitième jour de l'étranglement à notre visite du matin, le malade se plaignit pour la première fois depuis que nous lui donnions des soins, d'avoir passé une mauvaise nuit. Le bas-ventre était tendu et douloureux, surtout dans le voisinage de la hernie; des douleurs semblables à des coups de lancette se faisaient sentir derrière l'anneau inguinal gauche, endroit où nous supposions exister l'étranglement.

La portion d'épiploon que nous avons dit occuper le scrotum était comme les jours précédents libre et exempte de douleurs; pourtant sons l'influence du taxis, elle ne franchissait plus l'anneau inguinal, comme elle le faisait précédemment. La peau était brûlante et le pouls très élevé, mais intermittent. Il pouvait offrir de quatre-vingt-dix à cent pulsations. La figure très colorée était presque injectée, enfin le faciès offrit le caractère de l'inquiétude et de la douleur. Cet état fut bientôt suivi de fréquentes nausées et de vomissements de matière glaireuse et bilieuse.

L'ensemble des symptômes que nous venons d'indiquer dut nous faire craindre la fin prochaine du malade; et quoique nous n'eussions pas l'espoir que l'opération de sa hernie pût le sauver, nous n'en dûmes pas moins lui conseiller de s'y soumettre.

Cet homme fut conduit de suite par son médecin à l'hôpital de la Charité, et aussitôt son arrivée il fut opéré par M. le docteur Roux. Ce grand praticien partagea notre opinion sur l'existence d'un étranglement interne dont la situation trop élevée derrière l'anneau ne lui permettrait probablement pas de l'atteindre avec son bistouri.

L'incision fut dirigée de bas en haut jusqu'à la partie supérieure de l'anneau inguinal qui éprouva un assez grand débridement pour permettre à l'opérateur d'introduire le plus profondément possible son doigt dans le ventre afin de reconnaître l'endroit où existait l'étranglement.

Il le dirigea alternativement derrière l'anneau de bas en haut, de droite à gauche et d'avant en arrière, sans pouvoir arriver à la hauteur de l'étranglement.

Le malade qui avait perdu beaucoup de sang durant l'opération se trouva d'abord soulagé, mais ensuite la péritonite se développa avec une telle rapidité que cet homme mourut dix heures après avoir été opéré. Les vomissements de matière stercorale n'eurent lieu que dans les six dernières heures de sa vie et quatre heures après l'opération.

M. le docteur Sorlin avait assisté à l'opération et à l'ouverture du cadavre; il eut la bonté de m'écrire la lettre suivante qui terminera cette observation.

« Monsieur et honoré confrère,

» C'est toujours une consolation pour nous lorsque nous perdons un malade de savoir qu'il n'y a point eu de notre faute et que la disposition prévue s'est en partie réalisée.

» Le malheureux herniaire de la rue de Verneuil est mort d'une péritonite au plus haut degré le soir même de son

entrée à l'hospice, et la cause palpable de cette terrible fin était un étranglement *interne* de l'intestin produit par le collet du sac. Cette portion d'intestin comprise dans l'étranglement offrait un point d'ulcération qui traversait l'épaisseur de la paroi. Nous nous rappellerons pour notre instruction que le malade avait eu, à deux ou trois reprises, des nuits très agitées; que des vomissements bilieux s'étaient déclarés alors, mais qu'une diète sévère et les émollients les avaient éloignés.

» Le malade n'accusait aucune douleur la plupart du temps, et l'on ne peut admettre raisonnablement, je le pense, que les lavements laxatifs et les manœuvres opérées pour réduire la hernie aient été les causes déterminantes d'un étranglement *interne* par le collet du sac, encore moins qu'il en soit résulté cette ulcération dont la cause devait être fort ancienne.

» Votre dévoué confrère,

« *Signé* SORLIN. »

XCVIII^e *observation*, 10e *section*.

Hernie inguinale étranglée à la suite d'un repas copieux; opérée dix-huit heures après les premiers symptômes d'étranglement. Mort du malade six heures après l'opération.

M. D***, âgé de quarante ans, d'un tempérament éminemment nerveux et sanguin, peu d'embonpoint, sous-chef de division au ministère de la guerre, était tourmenté depuis longues années par des hémorrhoïdes fluentes. Chez ce malade il survint en outre, il y a deux ans, à l'anneau inguinal gauche une tumeur herniaire de la grosseur d'un petit œuf de poule, laquelle rentrait souvent d'elle-même et restait dans le ventre pendant plusieurs jours. Ce n'était d'ordinaire qu'à la suite de grands efforts pour aller à la garderobe que l'intestin reparaissait à l'orifice externe de cet anneau.

Le malade, peu incommodé de sa hernie, n'avait jamais porté de bandage. Sa sécurité était des plus grandes, lorsqu'un jour, après avoir fait un bon dîner et mangé considérablement d'écrevisses, il eut, quelques heures après son repas, des vomissements qui firent rejeter à l'estomac tous les aliments qu'il contenait. Son médecin, le docteur Nollet, vint me chercher à onze heures du soir pour lui placer un bandage, afin que le lendemain matin il pût se rendre à son bureau sans danger pour sa hernie.

En entrant dans la chambre où était couché M. D*** je présumai, au caractère de sa figure, que sa hernie était étranglée. Je le dis tout bas à son médecin, qui m'assura qu'il ne s'en était nullement plaint. En levant les couvertures du lit, nous aperçûmes une tumeur scrotale de la grosseur du poing. Les téguments du scrotum étaient lisses et tendus. Le toucher, pour exercer le taxis, douna lieu à de vives douleurs et provoqua de nouveaux vomissements. Vu l'impossibilité de réduire et l'élévation du pouls, deux saignées furent pratiquées, et le sang coula jusqu'à défaillance. Nous profitâmes de cet état pour renouveler nos tentatives de réduction, mais, comme celles qui les avaient précédées, elles furent infructueuses.

Deux applications de sangsues, des cataplasmes émollients, des bains, des frictions faites avec le laudanum, ne purent arrêter la marche rapide des accidents inflammatoires. A cinq heures du matin, après six heures de traitement, je conseillai au malade de se faire opérer le plus promptement possible, vu que dans quatre à cinq heures il ne serait peut-être plus possible de le sauver par ce moyen.

Au lieu de me remercier de mes soins, M. D*** me dit que ce n'était pas la peine de tant le tourmenter pour rien, et que sans nous il serait guéri. En me retirant, je dis à la femme de ce malade que s'il n'était pas promptement opéré il y avait danger de mort. Malgré mes conseils, ce ne fut qu'à onze heures que l'on se décida à faire appeler

le baron Boyer pour pratiquer l'opération de la hernie. Ce grand praticien s'informa de ce qui avait été fait dans la nuit. Il approuva ma conduite, et m'envoya chercher ponr assister à son opération. Avant de l'entreprendre, il me dit qu'il avait prévenu la famille du peu d'espérance que l'état du malade lui inspirait pour le succès de cette opération. Le sac herniaire, ouvert dans une étendue de deux à trois travers de doigt, laissa s'échapper dix-huit à vingt centimètres d'intestins très distendus par les gaz stercoraux qu'ils contenaient. Leur tunique, d'un rouge foncé, annonçait une vive inflammation; pourtant, malgré l'état où ils se trouvaient, reportés dans le ventre, les accidents auraient dû cesser; mais vainement l'opérateur tâcha de les faire rentrer. Ne pouvant y réussir, il supposa que l'étranglement était en arrière de l'anneau. Effectivement, en y portant le doigt, M. Boyer rencontra une bride formée par l'épiploon. L'ayant incisée, la sortie d'une nouvelle portion d'intestin beaucoup plus considérable que la première eut lieu; elle se trouva parsemée de taches livides et gangréneuses, surtout à l'endroit où la constriction avait eu lieu. D'autres désordres qu'il fut impossible d'apprécier, dont le siège se trouvait dans le ventre, rendirent impossible la réduction de l'intestin. Il resta dans la plaie, qui fut couverte de charpie.

L'hémorrhagie fut considérable, plusieurs ligatures d'artères eurent lieu; mais, malgré tous ces soins, le malade succomba six heures après avoir été opéré. La famille de M. D*** s'opposa à l'ouverture du corps, ce qui nous contraria d'autant plus qu'il était curieux de connaître la cause qui avait empêché l'intestin de rentrer dans le ventre.

M. Boyer supposa que ce devait être un second étranglement plus fâcheux que celui qu'il avait détruit, car quoique l'intestin fût gangréné dans plusieurs de ses parties, il n'etait pas sans exemple qu'on eût obtenu des guérisons dans des cas analogues.

XCIX^e *observation*, 10e *section*.

Étranglement survenu sans causes notables à une ancienne hernie crurale. Malade opérée le dixième jour de l'étranglement et morte quelques heures après.

Madame de L***, âgée de soixante-six ans, d'une constitution éminemment nerveuse, extrêmement maigre, ayant éprouvé de grands chagrins qui lui avaient fait perdre, depuis une dixaine d'années, un excessif embonpoint qu'elle avait auparavant.

Depuis six jours cette dame souffrait de quelques douleurs vagues dans le bas-ventre. Elle consulta le docteur Sorlin et lui confia que depuis vingt ans elle portait une hernie crurale du côté gauche. Ce médecin lui ayant demandé à la toucher, elle lui dit que c'était inutile, vu qu'elle n'en souffrait pas, mais qu'elle le priait de lui faire placer un bandage herniaire. Ce docteur m'écrivit le billet suivant : « Apportez un bandage crural pour une dame extrême-» ment maigre et par conséquent d'un petit volume. La » hernie est à réduire. »

Il était dix heures du soir quand je me rendis près de cette dame. En m'approchant de son lit l'altération des traits de sa figure me fit de suite craindre que sa hernie ne fût étranglée. En l'examinant je la trouvai dure et irréductible, peu douloureuse au toucher. La malade convint que jamais elle n'avait vu aussi grosse et aussi dure sa tumeur, qui à la vérité depuis longtemps ne rentrait plus. Dans l'origine de sa formation, me dit cette dame, il suffisait du repos dans le lit pendant quelques heures pour la faire disparaître.

Cette malade, alitée depuis six jours sans avoir pu aller à la garderobe, me donna d'autant plus d'inquiétude pour son état, que je trouvai son pouls faible et intermittent. La hernie n'était que légèrement douloureuse ; elle résista à toutes mes tentatives de réduction. La croyant étranglée,

je fis part au docteur Sorlin de mes craintes en l'invitant à se rendre près de sa malade le lendemain à six heures du matin. A cette visite, nous trouvâmes la tumeur plus dure que la veille, mais également irréductible.

La nuit avait été assez calme; quoique le sommeil fût fréquemment interrompu par des douleurs sourdes partant de l'arcade crurale et se prolongeant dans le bas-ventre. Cette dame se plaignait d'un froid glacial que l'augmentation de couvertures n'avait pu faire cesser, de nausées et de fréquentes envies de vomir. Le pouls était plus misérable que la veille.

Mon opinion fut de faire opérer la hernie le plus tôt possible, c'est à dire dans la journée, de crainte que, si l'on différait plus longtemps l'emploi de ce moyen, on ne perdît la possibilité de sauver la malade. Dès ce moment, mon ministère pour placer un bandage étant inutile, je me retirai, laissant cette dame aux bons soins de son médecin ordinaire qui, à ce qu'il paraît, fut contrarié par la famille de la malade; car ce ne fut que trois jours après notre visite dont je viens de parler que le docteur Amussat fut appelé pour opérer cette hernie.

Ce chirurgien distingué, l'un des grands opérateurs de l'époque, ne cacha pas à la famille le peu d'espérance qu'il avait de sauver la malade, dans l'état de faiblesse où elle se trouvait; il regrettait bien sincèrement qu'on ne l'eût pas prévenu deux jours plus tôt. Ses craintes n'étaient que trop fondées, car Mme de L***, qui avait supporté l'opération sans se plaindre et sans paraître éprouver de grandes douleurs, succomba cinq à six heures après qu'elle fut terminée.

Ce *observation*, 10e *section*.

Étranglement survenu à une ancienne hernie crurale, dont l'opération, qui n'eut lieu que le vingt-unième jour de l'accident, fut promptement suivie de la mort de la malade.

Mme M***, âgée de cinquante-quatre ans, blanchisseuse de gros linge à Chaillot, d'une constitution lymphatique, ayant de l'embonpoint, portait, depuis plusieurs années, une hernie crurale du côté droit, laquelle s'était formée à la suite d'un effort. Soit par négligence ou défaut de moyens, cette personne n'avait jamais porté de bandage; sa hernie ne l'incommodant d'ailleurs que par son volume, elle continua à se livrer à ses fatigantes occupations avec une sécurité qui finit par lui être funeste.

Un jour cette femme tomba en arrière, entraînée par un gros paquet de linge qu'elle portait sur son dos. De suite une vive douleur se fit ressentir à sa hernie, dont le volume et la dureté étant augmentés ne laissèrent pas que de l'inquiéter. Elle se coucha, et quelques jours après ayant éprouvé des vomissements, elle consulta le docteur Canuet père, qui reconnut aussitôt une entéro-épiplocèle étranglée à l'arcade crurale. Ce médecin, présumant l'opération indispensable, vint à Paris chercher pour la pratiquer le docteur Souberbielle, que j'accompagnai avec le docteur Maigrier.

A notre arrivée auprès de la malade, nous la trouvâmes dans une inquiétude difficile à décrire; elle nous vit entrer avec effroi et refusa de nous parler, et par conséquent de se laisser opérer. Les accidents se dessinaient il est vrai avec lenteur, quoique ce fût le dixième jour de l'étranglement, ainsi que de la suppression complète des garde-robes.

L'opération fut ajournée au lendemain matin, afin de donner le temps aux enfants de cette femme de la décider à se soumettre au seul moyen qui pût lui conserver la vie.

Mais le soir même nous fûmes prévenu par son médecin qu'elle préférerait mourir plutôt que de consentir à être opérée. Cette malade succomba effectivement le vingt-unième jour de son accident, quelques heures après avoir subi l'opération de sa hernie.

Les lavements de tabac et de fumée de la même substance, tant vantées par Richter, avaient été employés pendant plusieurs jours sans avoir rien changé à l'état fâcheux de la malade.

ONZIÈME SECTION.

HERNIES TRAITÉES ET GUÉRIES PAR L'EMPLOI DES DOUCHES OBLIQUES D'EAU FROIDE.

CI^e *observation*, 11e *section*.

Épiplocèle inguinale et scrotale guérie par vingt douches d'eau froide. Jeune homme de dix-sept ans.

M. S***, jeune autrichien âgé de dix-sept ans, d'un tempérament lymphatique, pubère depuis peu d'années, portait depuis six mois une petite tumeur du volume d'une noix, laquelle se rencontrait dans le canal sus-pubien du côté gauche.

Ce jeune homme, dans son bas-âge, avait eu plusieurs engorgements des glandes lymphatiques de l'aine, ce qui fit supposer à son médecin qu'il fallait le soumettre à l'usage des amers comme seul moyen de résoudre le ganglion, que l'on supposait engorgé; mais malgré tous les soins du médecin, la tumeur resta stationnaire jusqu'à ce qu'une cause accidentelle vînt la déplacer. C'est ce qui eut lieu un jour où M. S***, en essayant des bottes étroites étant dans une fausse position, pensa tomber sur le ventre. Il se reçut sur la main gauche, et, au moment même

de cet accident, le malade ressentit une vive douleur tant à l'anneau inguinal gauche que dans le trajet de son canal. En y portant la main, il ne fut pas peu surpris de ne plus y trouver la tumeur inguinale : elle avait franchi l'anneau et était descendue dans le scrotum où elle offrait un volume triple de celui qu'elle avait primitivement.

M. le docteur Kapeler, médecin en chef de l'hôpital Saint-Antoine fut consulté. Ce praticien distingué voulut bien me faire appeler, et en examinant le jeune malade ensemble, nous reconnûmes une épiplocèle scrotale que le taxis soutenu pendant plus d'une demi-heure ne put faire rentrer dans le bas-ventre. La portion d'épiploon herniée était facilement reportée au dessus de l'anneau, mais elle ne pouvait franchir l'endroit du canal sus-pubien où primitivement elle avait paru. Nous dûmes croire que l'obstacle qui s'opposait à sa rentrée était le résultat d'adhérences plus ou moins récentes de la dernière partie de l'épiploon engagée dans le canal. Cette disposition particulière me porta à différer de quelques jours l'application d'un bandage herniaire, craignant que la compression qu'il serait appelé à exercer sur l'épiploon sorti n'augmentât les adhérences que je viens d'indiquer.

Après avoir réduit autant que possible la tumeur, j'eus soin de la couvrir d'un assez grand nombre de compresses graduées maintenues sur l'anneau par plusieurs tours de bande à pansement.

L'inquiétude du père de ce jeune homme était des plus grandes, malgré le peu d'importance de cette hernie, vu que déjà dans sa famille il était mort plusieurs personnes par suite de hernie étranglée; c'est pourquoi ce bon père nous pria, son médecin et moi, d'employer tous les moyens possibles ponr guérir son fils. Je proposai les douches d'eau froide. Le docteur Kapeler y consentit, et, à la quatrième douche, je remarquai que, par la simple contraction du crémastère et du dartos, la tumeur avait remontée du scrotum dans le canal sus-pubien.

Plus tard sous l'influence de ce traitement, la hernie, en rentrant dans le bas-ventre, disparut pour toujours ; pourtant je n'en continuai pas moins mes douches encore pendant seize jours.

Aussitôt la douche finie, et le malade enveloppé de linges chauds, j'avais soin de placer un bandage herniaire à ressort d'acier dont la pelote était assez longue pour que sa partie inférieure pût prendre son point d'appui sur la branche horizontale du pubis, à peu près deux travers de doigt au dessous de l'anneau inguinal. La longueur de cette pelote et sa direction étaient telles que ses parties latérales et supérieures soutenaient le canal sus-pubien sans le comprimer trop fortement.

Le malade, sujet de cette observation, a donc reçu sans interruption pendant vingt jours, chaque matin, une douche d'eau froide. Le traitement fini, le docteur Kapeler l'examina et ne put retrouver la plus légère trace de hernie. M. S*** eut l'imprudence de danser sans son bandage quelques jours avant la fin de son traitement, et la hernie ne reparut pas.

Dernièrement M. Kapeler, qui a continué d'être en correspondance avec la famille de ce jeune homme, nous a dit qu'il était marié et père de plusieurs enfants ; que jamais il ne s'était ressenti de sa hernie, quoiqu'il menât une vie très active et qu'il montât souvent à cheval sans bandage, en ayant abandonné l'usage cinq à six mois après la guérison de sa hernie.

CII^e *observation*, 11e *section*.

Entéro-épiplocèle scrotale irréductible avec toux d'irritation causée par le tiraillement des viscères abdominaux. Malade âgé de vingt-six ans, guéri par vingt douches d'eau froide.

M. V***, élève en médecine, âgé de vingt-six ans, constitution lymphatique, portait une entéro-épiplocèle scrotale laquelle avait donné lieu à une toux d'irritation exis-

tant depuis plusieurs années. Après que j'eus soumis ce jeune homme à mon traitement des douches d'eau froide, il eut l'obligeance de me faire passer la note ci-après sur sa hernie avec autorisation de la publier :

« Il y a huit ans une petite tumeur se manifesta derrière l'anneau inguinal du côté gauche. Elle parut à la suite d'exercices très violents, tels que courses, sauts, ainsi que constipation qui nécessitait de grands efforts pour aller à la garderobe; j'avais à cette époque seize ans. Cette tumeur n'était pas constamment sensible : elle disparaissait quelquefois pendant plusieurs jours. Elle finit pourtant par être douloureuse et m'empêcha de continuer mes courses avec mes camarades de collège, car souvent quand je restais longtemps debout sans faire de grands mouvements j'étais obligé de porter ma main au dessus de cette tumeur pour la soutenir. Un sentiment d'inquiétude générale m'ôtait ma gaîté et me rendait morose.

» A vingt ans ayant voulu soulever un fardeau, les muscles abdominaux furent violemment contractés et je sentis de suite une douleur très vive à ma hernie qui devint scrotale et volumineuse; le scrotum même fut tuméfié. Le docteur Lepetz, médecin à l'hôpital de Poitiers où je demeurais, en me visitant reconnut une entéro-épiplocèle scrotale qui disparut au bout de trois jours à la suite de la position horizontale et d'application sur la tumeur de cataplasmes émollients; on me plaça un bandage herniaire et je repris mes occupations ordinaires.

» L'insouciancé que j'apportais à ma hernie me faisait quelquefois oublier de placer mon bandage. Un jour que je ne l'avais pas mis, je fis une promenade d'à peu près une lieue, et à la suite d'une course faite avec mes camarades, ma hernie reparut dans le scrotum accompagnée de douleurs tellement violentes que je fus obligé de me coucher. Ce ne fut qu'après une demi-heure de tentative de réduction qu'elle rentra. Depuis cette époque je ne quittai plus mon bandage, mais il est probable qu'il était mal fait, car il détermina dans

une grande étendue de l'aine des excoriations qui m'obligèrent à garder le lit pendant un espace de temps assez long. Depuis cette époque ma hernie sortait souvent sous la pelote du bandage. Averti par les douleurs que sa compression déterminait, je l'ôtais pour la réappliquer après avoir fait rentrer ma hernie, opération d'autant moins difficile que l'anneau inguinal était considérablement dilaté.

» En 1826 sa dilatation était telle que les hernies ne pouvaient plus être contenues; présumant qu'un bandage mieux fait que le mien la contiendrait, je me présentai chez vous pour en avoir un approprié à mon état. Après m'avoir examiné et reconnu l'impossibilité de contenir ma hernie réduite par aucune espèce de bandage herniaire, vous me proposâtes les douches d'eau froide. Tout en n'ayant pas grande confiance dans ce moyen, je fus curieux d'en connaître le mode d'administration; vous eûtes l'obligeance de m'admettre à suivre le traitement de deux personnes affectées de hernies auxquelles vous administriez des douches. Elles en avaient déjà reçu dix et depuis plusieurs jours leur hernie ne sortait plus.

» Je compris, comme vous me l'aviez dit, que l'action tonique de l'eau froide pouvait donner du ton aux tissus sur lesquels vous la portiez, et que l'action contondante de la colonne d'eau pouvait déterminer une légère inflammation suivie d'adhérence des différents plans de tissus qui réunissent les fibres musculaires et aponévrotiques destinées à former l'anneau inguinal.

» Ma position était tellement affligeante, vu l'impossibilité où j'étais de contenir ma hernie, la toux d'irritation que j'éprouvais devenait de jour en jour plus forte et plus fatigante. Mon moral s'était d'autant plus affecté que j'avais assisté dans les hôpitaux de Paris à un grand nombre d'opérations de hernie faites par les premiers chirurgiens de l'époque, dont les malades étaient morts. J'acceptai donc vos offres obligeantes et vous priai de commencer mon traitement.

» Les six premières douches que vous portâtes dans les environs de l'anneau inguinal déterminèrent la contraction des muscles abdominaux de la région hypogastrique en général, et en particulier celle des muscles droits, le refoulement des viscères abdominaux qui eut lieu de bas en haut et d'avant en arrière, tendaient évidemment à faire rentrer les portions d'intestin et d'épiploon formant la hernie. Effectivement elles remontèrent jusqu'à l'orifice interne de l'anneau; mais la toux violente que j'éprouvais faisait ressortir ma hernie. Aux quatre douches suivantes, vous me fîtes prendre une position à peu près horizontale pour que la compression de la hernie sur l'anneau fût moins grande et qu'elle ne pût pas sortir. Dans cette nouvelle position vous promenâtes la colonne d'eau comme vous l'aviez fait précédemment dans les environs de l'anneau, ainsi que dans le trajet du canal sus-pubien. A la onzième douche je repris la position verticale, la hernie reparut et vous eûtes beaucoup de peine à la faire rentrer. Ce qui prouvait évidemment que déjà l'anneau s'était resserré. Vous me continuâtes ce traitement jusqu'à la vingtième douche, en les portant successivement sur l'anneau et le canal inguinal. La hernie ne ressortit plus.

» Le grand avantage que j'ai donc retiré des douches d'eau froide reçues pendant vingt jours sans interruption, est le rétrécissement de l'anneau inguinal, par suite duquel ma hernie se trouve exactement maintenue au moyen du bandage herniaire que vous m'avez fait. J'ai même l'espoir que son application non interrompue déterminera plus tard des adhérences plus intimes du sac herniaire avec l'anneau inguinal, qui présente aujourd'hui inférieurement et à son orifice interne un bourrelet mou et pâteux qui n'est probablement que le sac herniaire froncé, ainsi qu'une petite portion d'épiploon qui lui est adhérente. Ce bourrelet n'est jamais plus sensible que quand le bandage a été ôté pendant quelque temps.

» La toux nerveuse qui depuis si longtemps me fatiguait

excessivement est à peu près cessée, ce qui prouve qu'elle n'était produite que par le tiraillement des viscères abdominaux.

Puisse ma reconnaissance, Monsieur, égaler l'importance du service que vous m'avez rendu!

Signé V***.

CIII^e *observation*, 11e *section*.

Jeune fille de douze ans, élève à la classe de danse de l'Académie royale de musique, guérie d'un bubonocèle par l'emploi de vingt douches d'eau froide.

L***, jeune fille âgée de douze ans, éminemment nerveuse, ayant peu d'embonpoint, élève à une classe de danse du Conservatoire et figurante à l'Académie royale de musique. A la suite d'exercices fatigants, cette jeune personne se plaignit de coliques affreuses et d'une petite tumeur qui lui était survenue à l'aine droite, laquelle, souvent douloureuse, rentrait la nuit et ressortait aussitôt que quelque mouvement brusque avait lieu. La malade restait-elle longtemps debout pour faire des battements ou autre exercice de danse, les coliques reparaissaient accompagnées d'une toux sans expectoration.

Ayant examiné cette jeune personne, je rencontrai un bubonocèle à l'arcade crurale droite. Cette arcade communiquait à l'anneau inguinal, de manière que ces deux ouvertures semblaient n'en faire qu'une seule. Il est probable que cette disposition résultait de l'extrême amincissement du pilier externe de cet anneau.

La hernie dont l'origine remontait à trois mois mettait cette jeune fille dans l'impossibilité de continuer la danse. Alors son avenir se trouvait totalement détruit par son infirmité. La tumeur herniaire sortait d'arrière en avant. Le peu d'épaisseur de la paroi abdominale démontre évidemment que le tissu cellulaire y était peu abondant.

Je proposai mon traitement des douches d'eau froide, mais la fortune des parents de cette jeune fille ne leur permettait pas de faire cette dépense. Ayant fait part de ce fait à M. Audeoud, alors directeur des bains de Tivoli, comme déjà dans son établissement j'avais obtenu par ce procédé de grands succès, dans des cas analogues, il eut la bonté de me dire qu'il voulait participer à la cure que je désirais entreprendre, en m'offrant les douches sans nulle rétribution.

La hernie, de la grosseur d'un petit œuf de poule, disparut d'elle-même à la huitième douche. Depuis cette époque les coliques et la toux d'irritation cessèrent comme par enchantement. La malade reçut vingt douches dont une chaque jour et sans interruption. Pendant tout ce temps, je lui fis continuer ses exercices de danse, afin que la hernie réduite par mon procédé ne ressortît pas aussitôt que cette jeune fille serait retournée à la classe du Conservatoire. Au bout d'un an, elle ne portait plus de bandage et la hernie avait tellement disparu qu'il était impossible d'en trouver la plus légère trace. Aujourd'hui cette personne, âgée de plus de vingt ans, est un sujet distingué de l'Opéra pour la danse, et jouit d'une excellente santé.

CIV^e *observation*, 11e *section*.

Épiplocèle inguinale guérie par vingt douches d'eau froide. Sujet du sexe masculin, âgé de quarante-cinq ans, dont la hernie était survenue à la suite de soixante-douze bains chauds pris à la température de 36 degrés.

Le sieur H***, âgé de quarante-cinq ans, d'un tempérament éminemment nerveux et sanguin, peu d'embonpoint, avocat à Toulouse, vint à Paris pour consulter sur une tumeur inguinale qui lui était survenue récemment au côté gauche. Il s'adressa à M. le baron Dubois qui me l'envoya accompagné du docteur Gosse. La tumeur que portait ce malade était de la grosseur d'un œuf de poule, elle avait franchi l'anneau sans pourtant être descendue

dans le scrotum. Pâteuse au toucher, elle rentrait à peu près en totalité au moyen du taxis sous les téguments, dans la direction du canal suspubien mais non dans le ventre; des brides faciles à apprécier par le toucher formaient des adhérences entre l'épiploon et l'anneau; elles étaient la suite de la compression exercée par un bandage sur la tumeur.

D'après ces caractères, il était facile de reconnaître l'existence d'une épiplocèle adhérente à l'anneau et au cordon testiculaire, car la hernie réduite, le testicule se trouvait remonté à peu près à l'orifice externe de l'anneau inguinal. Pourtant avant de prononcer, je désirai visiter le malade au lit, le matin au moment de son réveil. Alors la tumeur se trouvait à peu près rentrée par suite de la position horizontale soutenue pendant la nuit. Un pédicule de la grosseur d'une amande moyenne dont il sera parlé plus tard, occupait le scrotum; il semblait s'isoler de la tumeur principale.

M. H*** se plaignait de coliques, il éprouvait de la gêne dans la marche et un sentiment d'inquiétude général suivi d'un commencement d'aliénation mentale; car il nous dit avec beaucoup de sang-froid, au docteur Gosse et moi, que si nous ne parvenions pas à faire disparaître sa hernie il était décidé à se brûler la cervelle.

Pour connaître l'origine de cette hernie, il faut remonter à l'époque d'une maladie grave qu'éprouva le malade : voici les renseignements qu'il nous donna :

A l'âge de vingt-trois ans il était attaché comme commissaire des vivres à l'armée d'Italie; sa position et son grade le mettaient continuellement en rapport avec les officiers d'état-major. Plusieurs fois on avait voulu l'emmener dans des maisons de plaisir, mais il s'y était constamment refusé ayant l'idée que le commerce des femmes devait lui être funeste.

Un jour, à la suite d'un repas de corps, étant dans un état voisin de l'ivresse, il fut conduit par ses amis dans une

maison de femmes publiques. Il y coucha sans avoir la conscience de ce qui se passa dans la nuit, mais en se réveillant le lendemain il trouva à son grand étonnement une femme à ses côtés. Furieux du mauvais tour qu'on lui avait joué, il rentra chez lui, et vingt-quatre heures après cet évènement, une douleur insupportable se manifesta au milieu de la voûte palatine. Bientôt d'autres symptômes plus alarmants firent reconnaître une maladie vénérienne, dont les premiers ravages furent la chute d'une eschare gangréneuse et la perforation de cette voûte. Ce malade vint à Paris pour se faire soigner par M. le baron Dubois qui ne put terminer sa guérison radicale qu'après deux ans de traitement.

Depuis cette époque, M. H*** obligé de porter un obturateur, se promit bien de n'avoir jamais aucun rapport avec un sexe dont il avait tant à se plaindre. Il crut pouvoir imposer silence à ses passions en se livrant à de fâcheuses habitudes. Sa santé s'étant altérée, son médecin lui dit que s'il ne changeait de conduite, il arriverait à un état de marasme qui, insensiblement, se terminerait par la mort.

Le malade remplaça ses manœuvres par l'emploi d'un régime extrêmement débilitant, auquel il ajouta l'usage immodéré de bains chauds à la température de trente-six degrés. C'est après en avoir pris soixante-douze, dont un par jour sans interruption, qu'il s'aperçut de l'apparition de sa hernie.

Que fallait-il faire d'après de pareils antécédents, chercher à rendre aux muscles du bas-ventre ainsi qu'à la paroi abdominale de cette région, la tonicité que les mauvaises manœuvres de M. H*** et les bains chauds leur avaient ôtées. C'est pour obtenir de semblables résultats que je soumis ce malade à l'action des douches d'eau froide. Bientôt le succès le plus complet dépassa mon attente, M. le docteur Foullioy, chirurgien en chef de la marine au

port de Brest, assista à la première douche en se proposant bien de revoir le malade à la fin du traitement.

J'ai dit précédemment que M. H*** était extrêmement irritable : aussi les trois à quatre premières douches donnèrent lieu à un tremblement nerveux qui dura à peu près une demi-heure. Je n'en continuai pas moins mon traitement, et bientôt j'eus la satisfaction de voir la hernie disparaître, ce qui eut lieu dès la sixième séance. J'avais soin, aussitôt la douche finie, de placer un bandage herniaire, plutôt dans l'intention de soutenir les téguments que d'exercer une grande compression.

Le traitement de M. H*** dura vingt jours, pendant lesquels le malade reçut une douche chaque matin. Quand il fut terminé, M. le docteur Foullioy rechercha vainement la hernie puisqu'elle n'existait plus. Ce chirurgien eut même beaucoup de difficulté à introduire l'extrémité de son doigt à l'orifice externe de l'anneau inguinal, sur le bord duquel on rencontrait un corps mollasse et allongé à peu près de la longueur de deux à trois travers de doigt. Ce corps n'était autre chose que l'espèce de pédicule dont j'ai déjà parlé, et malgré toutes nos tentatives, il nous fut impossible, au docteur Foullioy et à moi, de lui faire traverser l'anneau inguinal; aussitôt que nous cessions de le comprimer, il retombait dans le scrotum. Nous fûmes portés à croire qu'il était formé par un développement graisseux ou par une petite portion d'épiploon flétrie adhérente au tissu cellulaire du cordon testiculaire. Il était tellement mince et grêle que le doigt avait beaucoup de mal à le suivre à l'anneau.

CV^e *observation*, 11e *section*.

Épiplocèle inguinale survenue à la suite de mauvaises habitudes. Jeune homme de dix-sept ans, guéri par les douches d'eau froide.

M. C***, âgé de dix-sept ans, éminemment lymphatique, ayant de l'embonpoint, avait contracté depuis peu de

temps, dans la pension où il était, de mauvaises habitudes qui altérèrent sensiblement ses facultés physiques et morales. Il était faible et indolent et presque toujours le dernier de sa classe, tandis qu'autrefois il se faisait remarquer par son intelligence, son aptitude au travail et la bonté de ses compositions. Ce changement brusque donna des soupçons; on le surveilla, et bientôt la cause de son dépérissement fut connue; toutes les remontrances de ses parents ne purent rien changer à sa conduite.

D'après son épuisement, ce jeune homme était presque toujours vaincu dans les exercices gymnastiques qui avaient lieu à la pension où il était, par d'autres élèves beaucoup plus jeunes que lui; son amour-propre en fut blessé. Un jour, employant toutes ses forces pour résister avec avantage dans une lutte corps à corps, il ressentit à l'aine droite une vive douleur suivie de vomissements.

Le médecin de la pension reconnut une hernie inguinale, et il me fit appeler. Je rencontrai effectivement une tumeur à peu près de la grosseur d'un petit œuf de poule. Elle était située en dehors de l'anneau inguinal droit. Le taxis la faisait facilement rentrer; la position horizontale et le repos de la nuit suffisaient également pour la faire disparaître; mais aussitôt que ce jeune homme se livrait à la marche ou à tout autre exercice de corps, elle ressortait sans douleur. La trouvant molle et pâteuse au toucher, je présumai cette hernie uniquement formée par l'épiploon.

Le père du jeune C*** me pria de faire tout ce qui dépendrait de moi pour guérir son fils, ne me cachant pas toutefois la cause qui avait produit cette infirmité. J'exagérai auprès du malade les accidents qui pourraient résulter de sa conduite, et lui déclarai que, s'il ne renonçait pas à ses habitudes, le traitement que j'allais lui faire subir n'atteindrait pas le but proposé.

J'administrai à ce jeune homme vingt douches obliques d'eau froide. A la troisième, la hernie rentra pour ne plus reparaître. A la fin du traitement, son appétit revenu rendit

promptement aux chairs leur fermeté ordinaire. Le malade retrouva également sa gaîté et son amour du travail. La bonté de ses compositions lui valut même un prix au collège Bourbon, ce qui prouve que le traitement qu'il avait suivi pour sa hernie lui avait été également salutaire pour sa santé générale.

CVI^e *observation*, 11e *section*.

Entéro-épiplocèle scrotale et volumineuse ; hernie disparue après l'administration de six douches froides. Sujet âgé de vingt ans.

M. D***, âgé de vingt ans, constitution lymphatique, assez fort pour son âge, garçon marchand de vin, portait une entéro-épiplocèle du côté gauche survenue à la suite d'un mouvement brusque qu'il fit en gerbant une feuillette de vin.

A son origine, cette tumeur était à peu près de la grosseur d'un petit œuf de poule ; elle rentrait facilement. Je conseillai l'usage du bandage herniaire, mais le père du malade s'y opposa jusqu'à ce que son fils eût satisfait à la conscription, dans l'espoir de le faire exempter ; c'est ce qui arriva effectivement, et, aussitôt que ce jeune homme fut réformé, son père vint me prier de le débarrasser, s'il était possible de son infirmité.

La hernie avait considérablement augmenté de volume depuis son origine. Je la trouvai scrotale et de la grosseur du poing ; elle donnait souvent lieu à de fortes coliques. Plusieurs fois M. D*** fut obligé, dans ses courses, d'entrer dans la première allée venue, de se coucher sur le dos afin de faire rentrer sa hernie. Je soumis ce malade aux douches obliques d'eau froide. Il n'en prit que six ; ses moyens ne lui permettant pas de continuer le traitement.

Je déclarai au fils D*** que les six douches qu'il avait pris seraient en pure perte pour lui. Je fus trompé dans mon attente puisqu'au bout d'un mois il vint me voir pour m'an-

noncer que sa hernie avait totalement disparu. Je voulus m'en convaincre par moi-même, et après avoir enlevé le bandage à grande pelote que j'avais placé à l'issue des douches, je ne fus pas peu surpris de trouver le sac herniaire rentré dans le ventre et formant à l'orifice interne de l'anneau inguinal une espèce de tampon qui en fermait à peu près l'entrée. Cet anneau était tellement resserré que son orifice externe pouvait à peine admettre l'extrémité du doigt indicateur, tandis qu'un mois auparavant dans cette même ouverture j'y introduisais sans difficulté l'extrémité de ma main. Six mois après M. D*** put supprimer son bandage sans danger, vu que sa hernie était totalement guérie.

Trois à quatre ans plus tard j'eus occasion de me convaincre que cette cure était radicale, puisque depuis que l'administration des douches avait eu lieu rien n'avait reparu, quoique ce jeune homme fût garçon de cave dans un magasin de vins à la Râpée et par conséquent continuellement exposé à de violents efforts.

Ce malade me fut adressé par le docteur Goyon, son médecin ordinaire.

CVII^e *observation*, 11e *section*.

Bubonocèle inguinal et scrotal que portait depuis deux ans un jeune homme. Hernie guérie par vingt-six douches d'eau froide.

M. F***, âgé de dix-sept ans, d'une assez bonne constitution, lymphatique et sanguin, très développé pour son âge, ayant même assez d'embonpoint, me fut adressé en 1826 par M. le docteur Guersent père, pour lui placer un bandage propre à contenir la hernie scrotale que portait depuis deux ans ce jeune homme, laquelle avait offert assez récemment des symptômes d'étranglement; cette hernie résultait d'un violent effort fait en soulevant un fardeau.

L'anneau sus-pubien du côté droit m'offrit une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, se prolongeant

à travers cette ouverture jusqu'à la partie supérieure du scrotum. Le malade me dit que quand il avait marché longtemps, la tumeur descendait beaucoup plus bas en suivant la direction du cordon testiculaire. Au moyen du taxis on reportait facilement dans le ventre la portion d'intestin herniaire. Ce fut pourquoi j'appliquai un bandage qui contint exactement ce visc ère réduit.

Je proposai au père de M. F*** de soumettre son fils à mon traitement des douches d'eau froide, persuadé qu'en raison de son âgê et de sa bonne constitution, il serait promptement débarrassé de sa hernie.

Ce jeune homme, livré à de grandes études, aspirant à remporter un prix au concours général, négligea de porter son bandage, ou bien il le plaçait sur la hernie sortie, ce qui donna lieu à un malaise général, ainsi qu'à de fortes coliques qui ne cessaient d'ordinaire que plusieurs heures après que le malade était couché.

Au bout de deux mois M. F*** me fut ramené par son père pour lui apprendre à bien placer son bandage. Ayant de nouveau parlé des douches, le père du malade me dit que M. le docteur Guersent prétendait avoir des raisons particulières à son fils pour ne pas consentir à ce qu'il fût soumis à ce genre de traitement. Je demandai un rendez-vous avec ce savant praticien, lequel me fit part qu'un an avant de m'adresser son malade il l'avait soigné pour des palpitations dont la présence pouvait faire craindre certaine disposition à une maladie organique du cœur. Ces accidents n'avaient cédé qu'à l'emploi soutenu pendant quelque temps de la digitale pourprée.

Ce qui empêcha ce médecin éclairé de consentir d'abord à l'administration des douches froides pour son malade, ce fut la crainte de voir se reproduire des accidents de la nature de ceux dont l'année précédente il avait si heureusement triomphé, par le refoulement du sang des vaisseaux capillaires dans ceux d'un ordre supérieur, puis de ces derniers au cœur. Mais après notre conférence, M. Guer-

sent ayant la bonté de s'en rapporter à ma sagesse et à mon expérience, conseilla au père du jeune homme de faire commencer, dès le lendemain à son fils, le traitement que je proposais.

La première douche fut portée sur la partie interne de la cuisse, de manière à ce que l'eau froide se réfléchît sur le scrotum. Insensiblement en suivant la rentrée de la hernie, je remontai la colonne d'eau, mais jamais, pendant tout le temps du traitement, elle ne dépassa l'anneau sus-pubien. A la sixième douche la hernie avait totalement disparu. L'anneau même se trouva assez resserré pour ne pas permettre d'y introduire le bout du doigt; alors M. Guersent crut qu'on pouvait terminer là le traitement. Ne partageant pas cette opinion, je conseillai au malade de continuer, dans la crainte que sa hernie ne reparût.

Mes inquiétudes n'étaient que trop fondées, car trois jours après M. F*** m'annonça la nouvelle apparition de sa hernie, laquelle avait eu lieu sans qu'il se fût livré à aucune espèce d'exercice fatigant. Il fallut donc recommencer le traitement tout entier, aussi cette fois vingt douches furent administrées sans interruption. Le lendemain de la dernière, ce jeune homme se rendit à la chasse, c'était la première fois de sa vie qu'il se livrait à cet exercice, et il fit à peu près dans cette journée dix à douze lieues de chemin, puis dansa toute la nuit.

Quoique M. F*** ne fût pas habitué à cet exercice fatigant, et qu'il s'y fût livré sans avoir sur lui le bandage que je lui avais bien recommandé de ne quitter que quand je le jugerais convenable, la hernie ne reparut pas. Le bandage fut porté pendant six mois le jour seulement, et ensuite abandonné pour toujours.

En 1829, M. F*** étant conscrit vint me trouver pour que je lui donnasse un certificat attestant l'existence de sa hernie, présumant qu'au moyen de cet écrit il pourrait facilement se faire réformer; mais, malgré l'examen le

plus minutieux de l'anneau inguinal et de sa région, il me fut impossible de retrouver la plus légère trace de la hernie que, trois ans plus tôt, j'avais guérie par les douches d'eau froide. C'est pourquoi je dis à ce jeune homme que, dans l'état où il était, si je l'examinais pour la première fois, j'assurerais que jamais il n'y avait eu de hernie à l'anneau inguinal droit, car il était plus étroit que celui du côté opposé. Je conseillai à M. F*** de ne pas chercher à faire valoir ce moyen de réforme, car ses prétentions n'étaient pas admissibles. M. le docteur Guersent partagea complètement mon opinion.

CVIII^e *observation*, 11e *section*.

Entéro-épiplocèle scrotale, volumineuse et irréductible depuis vingt ans. Hernie diminuée des trois quarts de son volume par le repos, la diète, de légers purgatifs et les douches d'eau froide. Sujet de soixante-deux ans.

M. L. R***, âgé de soixante-deux ans, constitution nerveuse et sanguine, beaucoup d'embonpoint, entrepreneur de voitures publiques aux environs de Paris, portait depuis longtemps une hernie inguinale du côté gauche, suite d'un effort en soulevant une voiture avec son dos. Cette tumeur, petite lors de sa formation, fut très négligée par le malade qui fit usage de mauvais bandages, sous l'influence desquels sa hernie augmenta considérablement de volume, devint scrotale, adhérente et irréductible. Depuis vingt ans cette hernie n'avait jamais pu être réduite. Son volume, à l'époque où M. L. R*** me consulta, était à peu près de la grosseur de la tête d'un adulte.

Par suite du grand développemen du scrotum, la verge, chez ce malade, se trouvait rentrée dans la tumeur, de manière que les urines se répandaient en nappe à sa surface en altérant dans différents points sa paroi. Dans cette entéro-épiplocèle, l'épiploon, considérablement développé, occupait à lui seul les trois quarts de la tumeur; il était irréductible ainsi que le sac herniaire. L'anse d'in-

testin, qui s'engageait dans cette hernie aussitôt que le malade se mettait debout, était libre et réductible; sa sortie du ventre donnait lieu à de fréquentes coliques. L'accumulation des matières stercorales dans cette portion d'intestin avait plusieurs fois été suivie d'engouement. Les digestions étaient mauvaises, et la santé générale du malade dans un tel état de souffrance qu'il ne pouvait plus surveiller par lui-même le service de ses voitures.

Inquiet sur son état qu'il voyait s'aggraver chaque jour, M. L. R*** consulta un chirurgien en réputation de la capitale qui voulut lui placer plusieurs moxas. Ce genre de traitement ne lui convenant pas, il me fit appeler, et, de concert avec le docteur Houlay, son médecin ordinaire, nous le soumîmes au traitement suivant : repos le plus parfait dans le lit, diète sévère, purgatifs doux administrés deux fois par semaine. Dans l'intervalle, application de sangsues sur la tumeur, suivie de cataplasmes émollients, deux remèdes par jour, l'un le matin et l'autre le soir. Il résulta de l'ensemble de ces divers moyens, employés pendant vingt-huit à trente jours sans interruption, la diminution à peu près de moitié du volume de la hernie.

Le scrotum si fortement distendu avant le traitement se trouvait lâche et pendant. Dans l'intention de le faire se contracter des douches d'eau froide furent administrées à raison d'une chaque matin pendant un mois. Le malade les recevait le corps légèrement incliné et placé dans une baignoire disposée exprès. La douche finie, M. L. R*** se couchait pendant une heure, et, au bout de ce temps, quand il s'habillait il trouvait son scrotum froncé et encore très froid.

Le traitement terminé, le volume de la hernie se trouva être tout au plus de la grosseur du poing. L'épiploon ainsi que le sac herniaire en adhérant l'un à l'autre s'appliquait fortement à l'orifice externe de l'anneau inguinal qui leur avait livré passage. L'intestin rentré dans le ventre ne participait plus à la formation de cette hernie.

Par suite de la grande diminution de la tumeur, le scrotum offrait des rides multipliées et profondes. La verge qui avant le traitement était rentrée et fortement portée à droite, faisait saillie d'un à deux travers de doigt au dessus des bourses, dont elle occupait à peu près le centre.

Le défaut d'exercice et la suppression d'aliments avaient un peu maigri le malade; sa santé générale s'en trouvait mieux, ce qui lui permit de reprendre ses habitudes et les voyages fatigants que nécessait la surveillance de son entreprise de voitures publiques.

Comme l'anneau inguinal était encore très dilaté, je crus suffisant pour soutenir l'épiploon et le sac herniaire restés dans la tumeur scrotale, de faire porter à ce malade un suspensoir avec ceinture et bretelle (1).

CIX^e *observation*, 11e *section*.

Entéro-épiplocèle inguinale et scrotale survenue à la suite d'épuisement causé par l'abus des plaisirs de l'amour. Hernie guérie par les douches d'eau froide. Sujet de vingt-sept ans.

M. D*** âgé de vingt-sept ans, nerveux et très lymphatique, scrofuleux dans le bas-âge, me fut adressé par les docteurs Janin et Vallée (du Mans). Ce jeune homme eut une enfance très pénible, étant continuellement tourmenté par l'engorgement de ganglions lymphatiques, dont plusieurs s'ouvrirent en laissant après eux de larges cicatrices au cou et à d'autres parties du corps. La santé de ce malade ne s'est fortifiée que depuis l'âge de puberté.

A vingt-un ans M. D***, maître d'une fortune assez considérable, entra dans les gardes du corps de Louis XVIII, à l'époque de la restauration; étant riche et peu intéressé, il fut recherché par les plus libertins de ses camarades. Pendant plusieurs années, il se livra avec eux à l'usage des spiritueux et au commerce immodéré des femmes ga-

(1) *Voyez* la description de cet appareil, 5e section, chap. Ier.

lantes, et finit par éprouver une faiblesse si grande que bien que son imagination le portât sans cesse à l'amour, son épuisement rendait ses désirs impuissants. Bientôt sa santé fut tellement altérée, qu'il arriva à un état de marasme et de consomption. C'est à cette époque que lui survint, sans cause appréciable, une entéro-épiplocèle inguinale du côté gauche.

La tumeur parut d'abord à l'anneau, offrant à peu près la grosseur d'une noix; son augmentation eut lieu avec une telle rapidité, qu'au bout de six mois, parvenue à la grosseur du poing, elle occupait le scrotum.

Le 4 août 1826, après avoir examiné ce malade et m'être assuré que la hernie était réductible, je le soumis à l'usage des douches d'eau froide. La première détermina une affection nerveuse tellement forte que le malade ne put en recevoir que la moitié; la deuxième donna lieu à moins de sensibilité, et enfin celles qui la suivirent ne causèrent plus qu'un léger frisson nerveux.

L'entéro-épiplocèle disparut entièrement à la sixième douche; sous l'influence de ce traitement l'appétit revint au malade, et il put manger différentes substances alimentaires qui quelques mois auparavant étaient promptement rejetées par son estomac. Bientôt la santé générale de M. D*** fut tellement fortifiée qu'il retrouva les moyens d'accomplir la plus importante fonction de l'économie d'un homme de son âge.

Le malade, sujet de cette observation, porta le bandage herniaire pendant quelques mois, puis il l'abandonna sans que sa hernie eût reparu quoique montant presque tous les jours à cheval.

En décembre 1829, trois ans après cette guérison, M. D*** fit un voyage à pied en Suisse où il fatigua beaucoup, et de là il passa en Italie où il séjourna pendant les plus grandes chaleurs. Rentré à Paris il se plaignit de douleurs dans le voisinage de l'arcade crurale du côté gauche. Je l'examinai en présence du docteur Loiseau son médecin

ordinaire, et je trouvai le pli de la cuisse occupé par un petit corps de la grosseur et forme d'une amande.

Malgré la ressemblance de cette tumeur avec un ganglion de l'aine médiocrement engorgé, je crus reconnaître une hernie formée par une petite portion d'épiploon. Cette opinion ne fut pas partagée par plusieurs médecins que consulta le malade; mais, au moyen d'un taxis soutenu pendant plus d'une heure, je parvins à faire rentrer cette épiplocèle dans le ventre. Pendant cette opération, que j'exécutai avec la main droite, je tenais mon doigt indicateur de la main gauche à l'orifice externe de l'anneau inguinal pour m'assurer que la formation de la hernie lui était étrangère.

L'orifice externe de cet anneau était tellement resserré qu'à peine pouvait-il admettre l'extrémité d'un de mes doigts, son pilier externe était tendu et très résistant; d'après cette disposition, il était impossible que la hernie inguinale, traitée trois ans auparavant par les douches d'eau froide, puisse se reproduire une seconde fois par cette ouverture, elle avait passé probablement sous le ligament sus-pubien pour sortir ensuite par l'arcade fémorale.

Pour guérir cette nouvelle hernie je proposai l'emploi du moyen qui nous avait si complètement réussi pour la hernie inguinale; mais le malade, obligé de faire un voyage qu'il ne pouvait différer, ne put prendre que quatre douches. Je lui plaçai un bandage crural, et au bout de quelques mois sa hernie avait totalement disparu.

CX^e *observation*, 11e *section*.

Entéro-épiplocèle ancienne et volumineuse, se portant de l'arcade crurale à la partie moyenne de la cuisse. Hernie guérie chez une jeune fille de vingt ans par les douches d'eau froide.

Mlle M***, âgée de vingt ans, constitution éminemment lymphatique, extrême embonpoint pour son âge, m'avait consulté il y avait six ans. A cette époque j'avais rencontré à l'arcade fémorale du côté droit une petite her-

nie commençante, pour laquelle je plaçai un bandage herniaire. Je conseillai à la mère de cette jeune personne de le lui faire porter constamment jour et nuit, pendant à peu près six mois. Je l'invitai en outre à me ramener sa fille au bout de ce temps.

Un mois après, cette demoiselle fut envoyée en Auvergne chez de ses parents où elle resta six ans. Le soi-disant médecin du village qu'elle habitait déclara le bandage inutile, vu que jamais la hernie ne se guérirait, et il le fit supprimer. Depuis cette époque, la tumeur abandonnée à elle-même augmenta considérablement de volume.

A vingt ans de retour à Paris, Mlle M*** se plaignit à sa mère d'une tumeur grosse et douloureuse qu'elle portait à la cuisse, et qui la fatiguait au point de rendre sa marche difficile et souvent pénible. Je l'examinai avec le docteur Goyon son médecin ordinaire. Nous rencontrâmes à l'arcade fémorale à partir du ligament suspubien une tumeur volumineuse allongée, résistante et dure au toucher, sortant par cette arcade, puis se prolongeant jusqu'à la partie moyenne de la cuisse à peu près de trois à quatre travers de doigt au dessous de son pli. Le taxis n'en faisait rentrer dans le canal crural qu'une très petite partie, et pour exécuter cette opération avec succès il fallait comprimer la tumeur de bas en haut, de dehors en dedans et d'avant en arrière. Le bruit que faisait entendre le déplacement des gaz stercoraux, lorsque l'intestin rentrait, nous persuada que l'épiploon et le sac herniaire étaient seuls adhérents. Après la réduction de l'intestin, la tumeur, sans avoir sensiblement diminué de volume, était molle et pâteuse.

Ces différents caractères nous firent reconnaître une entéro-épiplocèle qui entourait la veine saphène, tant à sa sortie de l'arcade crurale qu'assez profondément dans la cuisse.

Pour essayer de contenir l'intestin réduit, nous fîmes garder le lit pendant un mois à cette jeune personne, et elle porta pendant tout ce temps un bandage herniaire très fort, disposé de manière à exercer une pression

constante sur tout le trajet de la tumeur occupant la cuisse. Au moyen de cette compression, nous espérions atrophier l'épiploon et lui faire contracter des adhérences dans toute l'étendue du sac herniaire, de manière à remplir exactement l'espèce de canal formé par ce dernier.

L'extrême embonpoint de cette jeune personne ainsi que la contraction des muscles de la cuisse étaient des causes permanentes du déplacement de la pelote du bandage, aussi la compression ne nous réussit-elle pas comme nous l'avions d'abord supposé; car, chaque fois que la malade se mettait sur son séant, l'intestin s'échappait comme avant que nous eussions commencé ce traitement : c'est ce qui nous la fit abandonner.

Ce fut alors que je proposai d'essayer des douches d'eau froide. Les cinq et six premières furent portées sur le bas-ventre, de manière à faire contracter les muscles abdominaux de cette région, et par conséquent refouler de bas en haut la masse des viscères que renferme cette cavité. (On conçoit que le déplacement de ces organes ne pouvait avoir lieu sans que l'anse d'intestin hernié s'écartât de l'arcade crurale, ainsi que la portion libre de l'épiploon.) Ensuite je ramenai la colonne d'eau à la partie moyenne de la cuisse au dessous de la tumeur, qui, dès la troisième douche, avait diminué sensiblement dans toute son étendue; après trois autres douches, les règles étant survenues, il fallut suspendre pendant huit jours ce traitement.

Il est convenable d'observer que chez cette jeune fille l'écoulement des menstrues était toujours précédé de fortes coliques qui duraient de vingt-quatre à trente heures, tandis que cette fois, sous l'influence des douches froides, elles parurent spontanément sans que la malade s'en doutât, car déjà depuis quatre à cinq minutes la douche était commencée quand j'aperçus quelques gouttes de sang à la serviette placée entre les cuisses de cette jeune personne.

Deux jours après la cessation des règles nous reprîmes l'usage des douches pendant quatorze jours sans interrup-

tion, et, à la fin de ce traitement, l'intestin fut facilement contenu dans le ventre par l'emploi du bandage crural.

Deux ans après, mademoiselle M*** se maria, et devint mère au bout de quinze mois de ménage. Depuis sa couche, à la suite de laquelle elle garda le lit pendant à peu près quinze jours, la hernie n'a pas reparu.

CXI^e *observation*, 11e *section*.

Entéro-épiplocèle compliquée d'hydrocèle. Malade traité avec succès par les douches d'eau froide. Jeune écolier de quatorze ans.

M. M***, âgé de quatorze ans, constitution lymphatique, portait à peu près depuis sa naissance une hydrocèle de la tunique vaginale du côté droit. Souvent le scrotum était occupé par un corps mou et pâteux, lequel disparaissait de lui-même par suite de la position horizontale. Ce jeune écolier ayant fait une chute en jouant avec ses camarades, il y a à peu près six mois, éprouva une vive douleur à l'annean inguinal droit, laquelle l'obligea de se coucher. Examiné par le médecin de sa pension, qui crut reconnaître une entéro-épiplocèle, ce jeune malade revint chez ses parents, et fut soigné par M. le docteur Cloquet. On m'appela pour placer un bandage, mais il ne put contenir la hernie, à cause de l'hydrocèle, qui, en soulevant la pelote, favorisait la sortie des viscères abdominaux, lesquels d'ailleurs ne rentraient jamais complètement dans le ventre : ils restaient sous les téguments dans le trajet du canal suspubien. Souvent la compression du bandage sur cette hernie déterminait de vives douleurs suivies quelquefois de défaillance. La hernie et l'hydrocèle offraient une tumeur dont le volume se trouvait égaler celui du poing d'un homme ordinaire.

C'est dans cet état de complication que j'administrai à cet écolier vingt douches obliques d'eau froide. Sous l'influence de ce traitement, la hernie disparut complètement,

et l'hydrocèle diminua au moins de moitié, ce qui donna lieu de croire que plus tard la collection d'eau eût été totalement absorbée si l'on eût continué plus longtemps ce genre de traitement.

CXII^e *observation*, 11e *section*.

Épiplocèle du canal sus-pubien droit avec engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine. Hernie guérie par vingt douches d'eau froide. Sujet du sexe masculin, âgé de vingt-trois ans.

En avril 1828, M. le professeur Breschet m'adressa M. Sabatier, élève en médecine, pour une hernie qu'il portait depuis huit à dix mois. Ce jeune homme, âgé de vingt-trois ans, d'une constitution éminemment lymphatique, avait depuis longues années les ganglions inguinaux très engorgés, surtout du côté droit, où se rencontrait dans le trajet du canal sus-pubien, une petite tumeur oblongue, longue de deux à trois travers de doigt, et offrant à peu près le volume d'une noix. Je parlai au malade de mon mode de traitement des hernies par les douches obliques d'eau froide en l'invitant de soumettre la note ci-après au docteur Breschet. Voici ce que j'écrivais à ce grand praticien et anatomiste des plus distingués de notre époque :

« Il est évident que la faiblesse des fibres musculaires du bas-ventre, et surtout d'après la constitution du sieur S***, a dû être une disposition favorable à sa hernie dans le trajet du canal sus-pubien.

» Les piliers internes et externes sont exempts d'altération. Le malade rapporte la formation de sa hernie à de grands vomissements qui furent provoqués par l'administration de purgatifs violents.

» En admettant comme congéniale la faiblesse des fibres musculaires que nous venons de désigner, il est constant que les lames de tissu cellulaire qui soutenaient les plans des muscles grand et petit obliques, n'ont pas eu assez

d'énergie pour résister à l'action mécanique des viscères abdominaux.

» Dans cet état de choses, la première indication à remplir est bien comme l'a conseillé M. le docteur Breschet, un bandage herniaire convenablement appliqué. Mais, vu l'âge du malade et surtout sa mauvaise constitution, nous pensons qu'il pourrait retirer de grands avantages de l'administration des douches d'eau froide. Il est vrai de dire que chez plusieurs malades le bandage a souvent fait disparaître à lui seul les hernies. M. S*** en porte un depuis longtemps, et sa tumeur n'en est pas moins restée la même.

» On a également employé, dans plusieurs cas, avec succès la position horizontale soutenue plus ou moins longtemps. Je ne crois pas que ce moyen soit convenable pour le malade qui nous occupe. Si la hernie était scrotale il est de toute vérité que par cette position elle se trouverait rentrée dans le bas-ventre et pourrait perdre l'habitude de franchir l'anneau, ou bien il se pourrait encore que le sac herniaire en se fronçant à cette ouverture y contractât des adhérences capables de devenir, par la suite, un obstacle à la sortie des viscères du bas-ventre; mais, chez M. S***, la distension du péritoine étant peu considérable, il est à craindre que les choses ne se passent pas de même. Je n'entrerai pas dans de plus grands détails anatomiques, le but de la présente note n'étant que pour fixer l'attention de M. le professeur Breschet et d'avoir son avis sur le moyen que je propose, afin de me conduire en tout conformément à la décision de ce célèbre praticien. »

M. le docteur Breschet n'ayant pas trouvé d'inconvénient au traitement que je proposais, vingt douches froides furent administrées. La hernie diminua, et l'inquiétude que sa présence causait au malade cessa. M. S***, qui aujourd'hui exerce la médecine en province, vint me revoir six ans après ce traitement et m'assura que sa hernie n'avait jamais reparu. Effectivement en l'examinant il me fut im-

possible d'en reconnaître aucune trace, et je vis avec satisfaction que les ganglions inguinaux n'étaient presque pas plus développés chez ce malade que chez tout autre individu de son âge et de sa constitution.

CXIII^e *observation*, 11e *section*.

Entérocèle survenue à la suite de fatigues. Hernie guérie par vingt douches d'eau froide. Sujet du sexe masculin, âgé de quarante-trois ans.

M. B***, tenant le restaurant d'un grand hôtel garni, d'une constitution nerveuse et sanguine, quoiqu'il eût beaucoup d'embonpoint, s'aperçut un jour, après avoir bouché et frappé quinze cents bouteilles de vin, d'une douleur avec picotement à l'anneau inguinal droit : en y portant la main, il y rencontra une tumeur de la grosseur d'un œuf, laquelle disparut, quand il fut couché. Mais le lendemain, voulant aller faire des emplettes à la halle, sa hernie ressortit en lui faisant éprouver de la gêne dans sa marche avec un sentiment de méfiance et d'inquiétude, dont il ne pouvait se défendre. Se croyant obligé d'abandonner ses grandes occupations, puisque la plus légère course le fatiguait, il vint me voir, de la part du docteur Piorry, afin de le soulager. Indépendamment du bandage herniaire que je fis porter à ce malade, je le soumis à mon traitement des douches froides, et, dès la sixième, sa hernie avait totalement disparu. Je n'en fis pas moins continuer l'administration jusqu'à vingt. A la fin du traitement qui avait été commencé deux mois après la formation de la hernie, il était difficile d'en reconnaître la plus légère trace.

M. B*** reprit ses occupations, et, au bout de quelques mois, abandonna pour toujours l'usage du bandage herniaire que je lui avais placé. Ce fut en 1828 que cette cure eut lieu, et, depuis cette époque, quoique chez ce malade le ventre soit devenu très gros, sa hernie n'a jamais reparu.

Le docteur Bégin a suivi ce malade pendant tout le temps qu'a duré son traitement.

CXIV^e *observation*, 11e *section*.

Épiplocèle inguinale survenue depuis trois mois, sans cause connue. Hernie guérie par les douches d'eau froide. Sujet masculin, âgé de trente ans.

M. C***, âgé de trente ans, d'une constitution lymphatique, quoique grand et fort, sous-chef dans une administration, me consulta en mars 1828 pour une tumeur qu'il portait depuis trois mois à l'anneau inguinal droit. Elle était à peu près de la grosseur d'un petit œuf de poule. Le malade ne pouvait en rapporter la formation à aucune cause appréciable ; lorsqu'il s'en aperçut, pour la première fois, son volume était à peu près celui d'une amande ordinaire. Ce n'était que depuis quinze jours que la hernie avait fait d'assez grands progrès pour que M. C***, qui d'abord l'avait plus que négligée, s'en occupât sérieusement. Elle était mollasse et pâteuse, rentrait difficilement à la manière des épiplocèles. Quoique le bandage herniaire la maintînt facilement, je soumis ce malade à mon traitement de douches d'eau froide. Dès la cinquième, la hernie disparut, et, depuis cette époque, l'anneau et les téguments qui la recouvrent à sa partie supérieure ont repris la tonicité de leur état normal.

En janvier 1829, M. C*** vint me revoir ; depuis le mois de septembre il ne portait plus de bandage. L'examen le plus minutieux, auquel je procédai, de l'anneau inguinal et du canal suspubien, ne put me faire reconnaître la moindre trace de la hernie existant l'année d'avant. Plusieurs fois j'ai eu occasion de rencontrer dans la société M. C***, et il m'a toujours assuré ne s'être jamais ressenti de sa hernie, depuis que je l'avais soigné.

DOUZIÈME SECTION,

CONSACRÉE AUX DÉPLACEMENTS ET MALADIES DE LA MATRICE.

CXV^e *observation*, 12e *section*.

Abaissement et précipitation de la matrice par suite de tractions sur le cordon ombilical, le placenta étant adhérent. Femme guérie par l'usage du pessaire.

Mademoiselle L. T***, âgée de vingt-huit ans, d'un tempérament lymphatique et sanguin, eut le malheur de devenir enceinte, et pour cacher le plus longtemps possible son état, elle se fit faire un corset garni de baleines ainsi que de lames d'acier; cet appareil contraria le développement de l'utérus de bas en haut dans les six premiers mois de la grossesse, mais plus tard il fallut l'abandonner.

L'époque des couches étant arrivée, cette demoiselle se confia à une élève sage-femme pour l'assister en ce moment pénible.

L'accouchement s'opéra sans accident; il y avait deux heures que l'enfant était sorti, et rien n'annonçait que le placenta voulût en faire autant. L'élève sage-femme, inquiète de cet état, n'étant pas assez instruite pour en soupçonner la cause, se mit à tirer de toutes ses forces sur le cordon ombilical, et elle arracha le délivre en attirant fortement la matrice à l'orifice du vagin, de manière qu'une portion du col de cet organe dépassait les grandes lèvres. La malade jeta un cri perçant et s'évanouit; elle nous a dit qu'il lui avait semblé en ce moment-là qu'on lui arrachait les entrailles.

La perte abondante qui suivit cette manœuvre, les faiblesses et défaillances qu'éprouvait la nouvelle accouchée, la petitesse de son pouls, ses fréquentes intermittences jointes à la décoloration et à l'altération de la figure, firent

craindre pour sa vie. Le trouble dans lequel se trouvait l'élève sage-femme, dont l'ignorance d'ailleurs ne lui permettait pas d'agir convenablement dans un cas aussi fâcheux, détermina une amie de la malade à faire appeler un célèbre accoucheur, notre ami le docteur Maygrier. A son arrivée, il refoula le plus qu'il lui était possible la matrice dans le vagin et l'irrita afin de la faire se contracter.

Des compresses trempées dans l'oxycrat furent appliquées à la partie moyenne des cuisses. La perte cessa et les suites des couches se passèrent sans accident ; pourtant l'extrême faiblesse de cette personne la força de garder le lit pendant un mois. Quand elle voulut se lever et marcher, elle éprouva tout le malaise et les désordres qui accompagnent le premier degré d'abaissement de la matrice. Depuis sa couche son ventre était resté gros, tendu et douloureux.

Mademoiselle L. T*** se présenta un an après son accouchement à la consultation gratuite de l'Hôtel-de-Ville, n'accusant que des douleurs de ventre, sans dire qu'elle avait eu un enfant. Après l'avoir touchée, c'est à dire palpé le ventre, on lui dit qu'elle avait un commencement d'hydropisie abdominale.

Pendant deux mois cette malade suivit exactement le traitement qu'on lui avait prescrit, sans en éprouver le moindre avantage, ce qui la détermina à me consulter. En l'examinant je crus reconnaître sur son ventre, surtout dans le voisinage des aines, des traces d'accouchement. J'introduisis mon doigt dans le vagin, dont la paroi extrêmement affaissée accompagnait la matrice dans son déplacement. Ayant soulevé cet organe, la malade se trouva soulagée. Alors je plaçai un pessaire rond de plus de huit à neuf centimètres de diamètre.

Le lendemain même de l'application de cet instrument, Mlle L*** me dit se trouver beaucoup mieux qu'avant de m'avoir consulté, et que déjà une partie des accidents dont elle s'était plainte avaient cessé.

L'usage du pessaire soutenu pendant cinq à six mois,

auquel furent ajoutées des injections faites avec l'eau artificielle de Barège, un régime doux, l'habitation à la campagne, une alimentation composée de laitage et de végétaux, suffirent pour rétablir complètement la santé de cette jeune personne. J'eus occasion de la rencontrer huit ans après ce traitement; elle avait acquis beaucoup d'embonpoint, et me dit ne s'être jamais ressenti de la maladie pour laquelle je l'avais soignée.

CXVI^e *observation*, 12e *section*.

Abaissement simple ou utéro-vaginal survenu à une jeune fille de dix-neuf ans, chez laquelle l'orifice vaginal était à peu près fermé par la membrane de l'hymen. Malade guérie par le pessaire.

M***, domestique, âgée de dix-neuf ans, lymphatique, grosse Bourguignonne aux hanches larges et arrondies, les os coxaux prodigieusement développés. Cette jeune fille éprouvait des douleurs au bas des reins dans le voisinage des articulations sacro-iliaque, de la pesanteur sur le fondement provoquant des envies d'aller à la garderobe qu'elle ne pouvait satisfaire, des pesanteurs dans le bas-ventre avec tiraillements d'estomac, vomissements de matière glaireuse, défaillances, écoulement involontaire des urines et un état général de malaise qui la mettait dans l'impossibilité de continuer ses occupations.

Cette fille arrivée depuis peu à Paris était entrée en service dans une maison où elle avait trois pièces à frotter. Peu habituée à ce travail un jour elle glissa, perdit l'équilibre, tomba à la renverse les jambes écartées. Les docteurs Maygrier et Souberbielle qu'elle consulta me l'adressèrent présumant bien que les accidents dont elle s'était plainte à eux résultaient d'un déplacement de la matrice causé par la chute qu'elle avait faite.

En cherchant à porter mon doigt dans le vagin pour reconnaître la situation de la matrice je fus arrêté par une

membrane qui en fermait à peu près l'entrée, car l'ouverture appréciable qui existait au dessous du méat urinaire ne dépassait pas la grandeur d'une pièce de cinquante centimes. Cette membrane mince jouissant d'une grande élasticité en s'allongeant, elle se laissait facilement porter par le doigt dans le canal vaginal, mais pourtant pas assez profondément pour qu'il pût arriver au col de l'utérus.

Après quelques explications données à la malade et à sa sœur, mariée depuis plusieurs années, sur la nécessité de détruire l'obstacle qui s'opposait à mon toucher et à l'emploi des moyens que je présumais capables de faire cesser son indisposition, j'annonçai même que la déchirure que j'allais faire, quoique assez légère, pourrait pourtant donner lieu pendant quelques jours à la perte d'une petite quantité de sang. C'est effectivement ce qui eut lieu au moment où je déchirai la membrane de l'hymen, un spasme nerveux qui survint m'obligea de suspendre pendant à peu près une demi-heure mes recherches; mais, aussitôt que cette personne fut remise de son émotion, je les repris et je rencontrai le col de la matrice fortement appuyé sur le périnée dans le voisinage de l'intestin rectum. Il était gros et tuméfié, peu douloureux. Le corps de la matrice se laissait facilement soulever par le doigt porté derrière son col. Cette manœuvre ayant soulagé la malade, j'introduisis, non pas sans difficulté comme on peut bien le croire, et sans déterminer de vives douleurs, un pessaire rond en tissu recouvert de gomme élastique du diamètre à peu près de six centimètres. Cette introduction détermina un écoulement de sang assez considérable qui dura plus de vingt-quatre heures.

Huit jours après cette petite opération, Marie revint me voir; elle avait repris ses occupations, même celle de frotter, sans éprouver le plus léger trouble dans sa santé; ses règles avaient paru deux jours après l'application du pessaire, et elles se trouvaient avoir avancé de huit à dix jours de leur époque ordinaire.

Au bout de trois mois m'étant aperçu que la matrice avait repris sa place, que la paroi du vagin était ferme et par conséquent peu disposée à se laisser distendre pour s'affaisser comme elle avait fait primitivement, je supprimai le pessaire en conseillant à Marie de continuer les injections d'eau froide que précédemment je lui avais prescrites, afin de conserver au vagin, ainsi qu'aux ligaments de la matrice, la tonicité convenable au maintien de cet organe dans sa situation normale. La santé de cette jeune fille ne tarda pas à revenir aussi bonne qu'elle était avant son accident.

CXVII^e *observation*, 12e *section*.

Abaissement simple ou utéro-vaginal par suite d'une couche laborieuse. Pessaire porté pendant trois ans. Prolapsus guéri par des injections vaginales et des bains d'eau de Barèges artificielle.

Madame L***, âgée de vingt-deux ans, d'une constitution éminemment nerveuse et sanguine, sujet d'une petite stature, embonpoint médiocre; enfance très pénible jusqu'à l'âge de puberté par suite de disposition aux scrofules.

Cette dame fut mariée à seize ans, et mère à dix-neuf. Sa couche, très laborieuse, ne put se terminer qu'à l'aide du forceps. Ce fut le docteur Evrat, célèbre accoucheur de la capitale, qui assista cette dame dans sa couche. La sortie du placenta fut suivie de pertes assez abondantes, soutenues pendant plusieurs jours. Elles donnèrent lieu à une extrême faiblesse, suivie d'une longue et pénible convalescence.

La malade resta couchée dans son lit ou sur une chaise longue pendant cinq ou six mois. Elle ne put, même au bout de ce temps, rester debout qu'à la suite de l'application d'un pessaire, car chez elle la matrice tendait à se précipiter hors du vagin.

On commença d'abord par le pessaire en ivoire, à tige

et à bilboquet, fixé par des bandelettes en toile. Le froissement de la tige de cet instrument dans les mouvements habituels du corps, détermina une irritation vive aux organes de la génération et une affection nerveuse qui le firent remplacer par le pessaire rond en tissu gommé.

A l'aide de ce dernier instrument, qui avait tous les avantages du premier sans en avoir les inconvénients, cette dame put reprendre ses habitudes, et sa santé se fortifia. L'opinion du docteur Evrat fut que cette jeune femme ne pourrait jamais se passer de pessaire.

L'enfant de madame L*** portait une petite tumeur dans le scrotum pour laquelle je fus consulté (1). La confiance que, par ma conduite dans cette petite affaire, j'inspirai à sa mère, la détermina à me consulter sur son infirmité. La contrariété qu'éprouvait cette dame de porter un pessaire, en raison de son âge et du déplaisir qu'elle supposait qu'en pouvait éprouver son mari, était tellement grande, qu'elle me dit : faudrait-il me couper un bras pour me débarrasser de cet instrument, je vous dirais : coupez !

Les habitudes du mariage n'avaient jamais lieu chez cette personne sans être suivies de douleurs vives au col de la matrice, de chaleur et d'écoulement muqueux et sanguinolent.

Au toucher, le vagin me sembla infiltré dans presque toute son étendue. Pourtant cette dame n'avait pas habituellement d'écoulement vaginal. Le col de l'utérus se rencontrait dans l'excavation du petit bassin fortement appuyé sur le périnée près de l'intestin rectum. Il était gros et tuméfié. La malade restait-elle debout sans pessaire, elle éprouvait aussitôt des tiraillements d'estomac, des douleurs au bas des reins, un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre, des envies fréquentes d'uriner, et enfin une faiblesse générale suivie de défaillance.

(1) 3e observation, 1re section, chap. III.

La jeunesse de madame L***, la fermeté de ses chairs, l'absence d'écoulement muqueux par le vagin, malgré son extrême infiltration, me donnèrent l'espoir d'arriver plus tard à supprimer le pessaire. Pour cela il fallait donner du ton à la paroi vaginale et aux ligaments larges et ronds de l'utérus. A cet effet, je fis prendre à cette dame, pendant trois mois consécutifs, chaque matin un bain de Barège à la température de 27 à 28 degrés, avec injection dans le vagin également en eau de Barège, mais un peu moins forte, et à une température moins élevée que celle du bain. La durée de la douche était à peu près de douze à quinze minutes.

Pendant les deux premiers mois du traitement le pessaire fut conservé dans le vagin ; mais après ce temps m'étant aperçu qu'il était devenu libre et flottant, je présumai que ne servant plus à rien il était possible de le supprimer sans danger. Dans le dernier mois du traitement, la malade avait repris de l'embonpoint, de la gaîté, et surtout beaucoup d'appétit. Je l'avais, il est vrai, provoqué par l'emploi de quelques toniques à l'intérieur.

Madame L*** put se livrer aux habitudes du mariage sans éprouver les douleurs vives qu'elle ressentait autrefois à l'issue de la cohabitation. Cette dame devint enceinte deux ans après la fin du traitement que je lui avais fait suivre. Sa couche fut des plus heureuses, car elle ne garda la chambre que quinze jours, puis reprit ses occupations et habitudes ordinaires sans éprouver aucun des accidents qui avaient suivi son premier accouchement.

Au bout de dix ans madame L*** fit une fausse couche, laquelle donna lieu à une phlegmasie de l'utérus qui dura un mois. Dans les premiers temps un liquide purulent, sanguinolent et fétide, s'échappait de l'utérus dont le volume resta à peu près le même jusqu'à la première menstruation qui suivit cette fausse couche. Les bains de siège émollients que j'avais été obligé de faire prendre en grand

nombre, avait relâché la paroi du vagin et favorisé l'abaissement de la matrice. Plus tard, des injections d'eau de Barège redonnèrent du ton au vagin, et dès lors l'utérus reprit sa place et ses rapports primitifs.

Plusieurs maladies graves que fit depuis madame L***, même le choléra dont elle fut atteinte, ne la mirent pas dans la nécessité d'avoir recours au pessaire; il suffit, chaque fois que des causes accidentelles avaient donné lieu à l'abaissement de la matrice, de quelques injections d'eau de Barège pour le faire promptement cesser.

CXVIII^e *observation*, 12e *section*.

Abaissement compliqué ou utéro-sacro-vaginal et hernie sous-ombilical de la ligne blanche, causée par un violent accès de fureur avec convulsions nerveuses.

Madame de St. J***, âgée de trente-huit ans, grande et forte, à cheveux noirs, au teint bilieux et mélancolique, d'une constitution éminemment nerveuse, ayant très peu d'embonpoint, fut mariée fort jeune à un homme beaucoup plus âgé qu'elle, et dont les goûts et le caractère se trouvaient tout à fait en opposition avec les siens. Il résulta de cette union si mal assortie un très mauvais ménage, et plusieurs liaisons condamnables de la part de la femme.

M. de St. J***, d'un caractère jaloux et soupçonneux, surveillait depuis longues années sa femme, avec l'intention de se venger de sa conduite. Il la surprit un jour dans sa chambre couchée avec un de ses amants. A l'arrivée de son époux la dame sauta à bas du lit et voulut se sauver, mais celui-ci, armé d'un pistolet, lui barra le chemin en la menaçant de la tuer. Une lutte des plus opiniâtres s'engagea entre les deux époux : l'avantage resta à la femme, puisqu'elle s'empara de l'arme qui devait lui donner la mort. A peine l'avait-elle dans ses mains que le coup partit. Son mari effrayé tomba sans connaissance à la renverse.

Dans sa chute il se blessa à la tête et de suite sa figure fut couverte de sang, ce qui fit croire à cette malheureuse femme qu'elle venait de tuer le père de ses enfants. A cette idée affreuse, sa fureur se tourna tellement contre elle-même qu'elle se roula sur le parquet de sa chambre en se frappant, se tordant les membres, s'arrachant les cheveux et poussant d'affreux cris.

Le corps et les membres de cette dame furent d'autant plus froissés et meurtris qu'elle resta dans cet état de phrénésie délirante au moins une heure sans être secourue: tous les domestiques étaient dans une autre pièce occupés après leur maître dont la fureur était à son comble.

Madame de St. J*** fut pourtant ramassée et portée dans son lit où elle fut visitée par son médecin qui, en examinant les nombreuses contusions couvrant son corps, rencontra, au-dessous de l'anneau ombilical et dans le trajet de la ligne blanche, une hernie offrant les premiers symptômes de l'étranglement. Quand au bout de quelques jours et après que les accidents de la hernie furent cessés, la malade voulut se lever, elle éprouva le malaise qui accompagne un abaissement de l'utérus : le col de cet organe, dirigé d'arrière en avant, se trouvait placé presque à l'entrée du vagin. Appelé par le médecin de cette dame, je plaçai un pessaire et une ceinture ventrière en élastique avec une large pelote correspondant à l'endroit de la ligne blanche où s'était manifestée la hernie, laquelle sortait facilement quand la malade restait quelques heures debout sans porter cet appareil.

La santé de madame de St. J*** se rétablit complètement, et cinq à six mois de l'usage du bandage et du pessaire suffirent pour guérir les deux infirmités pour lesquelles ils avaient été employés. J'ai eu occasion de revoir cette dame au bout de deux ans; elle me dit ne s'être jamais ressentie de sa hernie ni de son déplacement de matrice.

CXIX^e *observation*, 12e *section*.

Abaissement compliqué ou utéro-sacro-vaginal, et hernie vaginale.

Mme G***, âgée de cinquante-six ans, constitution nerveuse sanguine, ayant eu autrefois beaucoup d'embonpoint, étant embarquée avec son mari amiral, il y a quinze ans, eut une fausse couche de quatre à cinq mois, par suite du mal de mer qui ne la quitta pas pendant tout le temps qu'elle fut à bord. Cette dame, ne voulant pas recevoir les soins du chirurgien en chef de l'escadre, fut assez mal gouvernée. Depuis cette époque, la matrice resta très basse, et le vagin s'affaissa.

Une maladie longue et pénible que fit l'amiral et à laquelle il succomba, à la suite de deux ans de traitement, affecta sa femme, au point de déterminer chez elle un grand et brusque amaigrissement. La mort de son mari fut même suivie d'une maladie nerveuse avec convulsions et contorsion des membres. A cette époque, des purgatifs violents furent administrés à la malade chez laquelle ils donnèrent lieu à d'affreux vomissements que l'on eut beaucoup de mal à faire cesser.

A la suite d'un effort que madame G*** fit il y a deux ans, en voulant soulever son mari pour le changer de lit, elle s'aperçut d'une grosseur sous le méat urinaire, laquelle remplissait en grande partie l'orifice vaginal ; mais elle ne s'en inquiéta pas, n'en éprouvant aucune gêne. Les derniers vomissements dont je viens de parler augmentèrent tellement l'abaissement de la matrice, que, quand cette dame restait quelque temps debout, la tumeur s'allongeait et dépassait de deux à trois travers de doigt les organes de la génération. Alors des tiraillements d'estomac avaient lieu; ils étaient souvent suivis d'un tel ma-

laise que la malade tombait dans un état d'anéantissement complet.

Ce fut par suite de ces accidents que Mme G*** vint me consulter. En la touchant debout le soir, après qu'elle eut marché une partie de la journée, il me fut facile de rencontrer une tumeur mollasse de la grosseur du pouce, laquelle descendait entre les cuisses, et paraissant être en contact avec le méat urinaire. Cette tumeur avait pour enveloppe une portion de la paroi vaginale considérablement distendue. En passant le doigt dessous la tumeur et le portant dans le vagin, je rencontrai, à peu près à l'entrée de ce canal, le col de la matrice se dirigeant d'arrière en avant; passant ensuite le doigt derrière ce col et soulevant la matrice, il me fut facile, d'après la grande dilatation du vagin, de la reporter à la place qu'elle occupait primitivement. Cette manœuvre s'exécuta sans faire éprouver la moindre douleur à la malade, le col de l'utérus étant sain. L'écoulement muqueux assez abondant fourni par la membrane interne du vagin, y entretenait une constante humidité qui favorisait de plus en plus le relâchement des parois de ce canal; aussi paraissait-il comme infiltré dans sa presque totalité.

Le lendemain matin je touchai de nouveau madame G***, avant qu'elle fût levée. Le corps que j'avais vu la veille, dépassant les organes de la génération, était rentré de lui-même par suite de la position horizontale; mais mon doigt introduit dans le vagin et porté dans la direction du canal de l'urètre, rencontra une tumeur qui occupait toute l'étendue de ce canal; elle était molle et pâteuse. Le taxis soutenu et dirigé de manière à reporter d'avant en arrière et de bas en haut la portion de viscère engagée dans cette hernie, la diminua de moitié, ce qui me fit proposer l'application d'un pessaire; mais la malade m'ayant dit qu'elle recevait les soins de M. le docteur Lebreton, je lui conseillai de s'en rapporter à ce praticien éclairé pour le traitement que réclamait sa position, et depuis cette époque,

n'ayant pas eu occasion de revoir cette dame, j'ignore ce qui a été fait pour maintenir ce prolapsus et la hernie dont il est accompagné.

CXXe *observation*, 12e *section.*

Pessaire placé par erreur dans le rectum au lieu du vagin. Femme maigre, âgée de soixante ans.

Mme F***, âgée de soixante ans, d'un tempérament éminemment nerveux, très maigre, surtout depuis son temps critique. Cette dame actrice jouant le vaudeville ne pouvait chanter debout sans éprouver de vives douleurs au bas des reins avec sentiment de pesanteur et de compression insupportable sur l'intestin rectum. Mais le repos de la nui faisait cesser ce malaise.

La malade, attachée au théâtre français de Moscou, fut obligée, en 1812, de s'en revenir avec l'armée française quand elle abandonna cette ville pour rentrer en France. La fatigue que cette comédienne éprouva dans cette malheureuse retraite, quoiqu'à Wilna un officier général voulût bien la prendre dans sa voiture, ne fit qu'aggraver son fâcheux état. Arrivée à Paris elle consulta un chirurgien qui ayant reconnu un abaissement de l'utérus, lui plaça un pessaire rond de sept centimètres de diamètre; mais il paraît qu'il avait peu l'habitude de ce genre d'opération, car il se trompa d'ouverture.

Aussitôt l'application de ce pessaire, cette dame éprouva des coliques ainsi que des envies d'aller à la garderobe qu'elle ne pouvait satisfaire. Elle se présenta chez moi et me pria de lui ôter cet instrument qui depuis vingt-quatre heures la faisait tant souffrir, en raison probablement de ses dimensions trop fortes, sauf à le remplacer par un autre mieux approprié.

Mon doigt porté dans le vagin ne rencontra pas de pessaire, ce canal était vide dans toute son étendue; mais

l'ayant dirigé vers le sacrum dans le voisinage de l'intestin rectum, je sentis à mon grand étonnement sous la paroi vaginale un corps dur et lenticulaire. Il me fallut donc retirer mon doigt d'une ouverture pour le porter dans l'autre. La grande dilatation du sphincter me permit, quoiqu'avec certaines difficultés, de m'emparer du pessaire et d'en faire l'extraction; car, quoique libre au dessus de ces bourrelets musculeux, il fut assez difficile de le saisir. Je plaçai un pessaire de cinq centimètres dans le vagin et la malade fut soulagée.

Six ans après cette dame fit un voyage en Pologne et désira faire changer son pessaire comme j'avais l'habitude de le faire tous les mois, elle s'adressa à l'un des chirurgeins les plus en réputation à Varsovie, lequel après l'avoir tourmentée pendant deux ou trois heures et même l'avoir fait saigner assez abondamment, ne put en venir à bout; il lui déclara qu'il fallait le couper dans le vagin parce que le col de la matrice s'y trouvait étranglé. Mme F***, sur le point de rentrer en France, ne voulut pas consentir à cette petite opération.

Cette dame, de retour à Paris dix mois après, vint me trouver, et dans moins d'une minute de temps je la débarrassai de son pessaire sur lequel je remarquai un très grand nombre de coups d'ongle résultant probablement de tentatives infructueuses du chirurgien Russe ou Polonais.

Ce fait me porte à croire que la chirurgie herniaire est moins avancée en Pologne qu'en France, car jamais un praticien de notre pays n'aurait voulu, dans un cas si simple, proposer de porter dans le vagin des instruments qui auraient pu donner lieu à de graves accidents.

Quant à l'application du pessaire dans le rectum, il est supposable que le chirurgien de Paris qui avait commis cette erreur, avait eu l'intention d'introduire cet instrument dans le vagin, mais qu'un mouvement brusque de la malade avait favorisé son entrée dans l'intestin rectum. Cette erreur aurait facilement été reconnue si

le chirurgien eût porté son doigt dans le vagin, comme nous avons recommandé précédemment de le faire après l'introduction du pessaire, pour s'assurer s'il est bien de dimension et de forme à pouvoir remplir convenablement l'indication.

CXXI^e *observation*, 12e *section*.

Abaissement compliqué ou utéro-sacro-vaginal et écoulement par le vagin survenu à la suite d'un accouchement et d'affections morales. Malade guérie par le pessaire.

Madame H***, âgée de trente-six ans, d'un tempérament sanguin, ayant beaucoup d'embonpoint, mariée à quinze ans. Elle eut deux couches très rapprochées l'une de l'autre, dont la dernière eut lieu à dix-sept ans; elle fut pénible et suivie d'une longue convalescence.

Pendant tout le temps que fut mariée cette dame, qui devint veuve à vingt-deux ans, elle ne pouvait avoir de rapports avec son mari sans éprouver pendant plusieurs jours de vives douleurs au col de la matrice avec écoulement muqueux et parfois sanguinolents.

Depuis la mort de son époux madame H*** fut constamment tourmentée d'un écoulement par le vagin qu'elle attribuait à ses chagrins. La paroi de ce canal continuellement humectée s'infiltra, et son relâchement permit à la matrice de continuer à descendre dans le vagin; aussi le prolapsus passa promptement du premier au deuxième degré. Dès lors la santé de cette dame se trouva de plus en plus dérangée.

Quand la malade me consulta, elle me dit éprouver des douleurs vagues dans le ventre, des tiraillements d'estomac avec défaillances, un sentiment de pesanteur dans le bas ventre, de douleur au bas des reins, de fréquentes envies d'uriner plus rapprochées les unes des autres dans les temps bas et humides ou à l'époque des règles, que du-

rant les autres époques de l'année, et enfin un état général de malaise dans toute son économie.

Depuis sa dernière couche, le ventre de madame H*** était constamment resté mou, et la paroi abdominale relâchée au point de descendre jusque sur les cuisses lorsque cette dame était assise.

Dans un pareil état quelle était l'indication à remplir? Soutenir tout le bas ventre sans le comprimer. C'est pour obtenir de semblables résultats que je plaçai ma ceinture à ressorts d'élastique. Ce moyen, joint à l'usage d'un pessaire rond en tissu gommé, fit merveille, puisque quelques jours après cette double application les accidents dont il a été parlé avaient entièrement cessé.

Le pessaire put être abandonné au bout d'un an, mais l'usage de la ceinture fut continué, et même la malade prétendit ne plus pouvoir s'en passer, tant elle se trouvait à son aise depuis qu'elle en faisait usage.

CXXII^e *observation*, 12e *section*.

Abaissement simple ou utéro-vaginal et hernie ombilicale déterminée par une chute faite sur les genoux en soutenant un fardeau. Malade guérie par mon bandage ombilical à ressort d'élastique et un pessaire.

Mademoiselle L***, âgée de trente ans, constitution éminemment nerveuse et lympathique, ayant assez d'embonpoint. Cette personne donnait des soins à sa mère atteinte d'une maladie grave à laquelle elle succomba au bout de quelques mois. Un jour l'ayant prise dans ses bras pour la changer de lit, cette demoiselle fit un faux pas et tomba sur les genoux; aussitôt un mouvement involontaire lui fit soulever ses bras et fléchir le tronc en arrière afin de ne pas entraîner sa mère dans sa chute. A l'instant même de cet accident mademoiselle L*** ressentit de vives douleurs à l'anneau ombilical et au bas des reins, lesquelles furent suivies de coliques, tiraillements d'estomac, d'envies

fréquentes d'uriner et d'un malaise général qui l'obligea de se coucher.

Appelé le lendemain de cet accident, je reconnus facilement un abaissement simple de l'utérus pour lequel je plaçai un pessaire. Mademoiselle L*** avait eu un enfant cinq ans auparavant sa chute, et depuis cette époque la matrice était restée assez grosse, de manière que son volume se trouvait à peu près de celui d'une bille de billard. Le col de cet organe était court et légèrement dilaté, mais dans un état de parfaite santé. Les douleurs qu'éprouvait cette personne se rapportaient plutôt au vagin dans sa partie supérieure qu'à l'organe utérin; d'ailleurs la position horizontale les avait presque fait cesser. Il n'en était pas de même de la hernie ombilicale formée par une portion d'intestin qui s'y trouvait étranglée.

Une application de sangsues suivie de cataplasmes émollients firent cesser, au bout de vingt-quatre heures, tous les symptômes d'étranglement. Après la rentrée de l'intestin, je plaçai mon bandage ombilical à ressort d'élastique que je supprimai sans inconvénient, ainsi que le pessaire, un mois après, vu qu'à cette époque la cicatrice ombilicale se trouvait tellement resserrée qu'il était impossible de reconnaître la trace de la hernie dont j'ai parlé: quant à la matrice, elle avait repris sa position première. Six mois après mademoiselle L*** vint me revoir en me déclarant qu'elle n'avait pas éprouvé, depuis la suppression du pessaire et du bandage, le moindre dérangement dans sa santé.

Cette malade me fut adressée par le docteur Brayer.

CXXIII^e *observation*, 12e *section*.

Abaissement simple ou urètro-vaginal par suite de couches. Malade traitée à tort pour une maladie de l'utérus, guérie par l'usage du pessaire et d'une ceinture élastique.

Madame M***, âgée de trente-deux ans, constitution

sanguine et lymphatique, rachitique dans le bas âge. Cette dame avait eu une couche il y a un an, à la suite de laquelle il lui fut impossible de se livrer à ses occupations d'ouvrière en robes, qui nécessitaient d'assez longues courses que sa santé ne lui permettait pas d'entreprendre. Quand elle était debout ou marchait quelques minutes, elle éprouvait d'affreux tiraillements d'estomac, des douleurs au bas des reins et de fréquentes envies d'uriner. Si cette personne se livrait aux habitudes du mariage, elle était pendant trois ou quatre jours tourmentée par un écoulement muqueux et sanguinolent, avec sentiment de chaleur et de cuisson, tant au col de la matrice que dans le vagin.

Un jeune médecin, qui fut consulté, supposa l'existence d'une maladie du col de l'utérus; c'est pourquoi il soumit la malade, qui garda le lit pendant plus de six mois, au traitement suivant : introduire tous les matins dans le vagin une mèche de charpie enduite de cérat opiacé, prendre tous les deux jours un bain de siège émollient d'une heure à une heure et demie de durée. Ce dernier moyen augmenta considérablement le relâchement du vagin et des ligaments suspenseurs de l'utérus.

Madame M***, inquiète sur son état, me fit appeler. A mon premier toucher, il me fut facile de reconnaître que le col de la matrice était sain, quoiqu'il fût légèrement boursouflé. Je trouvai la paroi du vagin infiltrée dans sa presque totalité et dans un état de mollesse tel, qu'en soulevant le corps de l'utérus elle cédait avec une extrême facilité. Je plaçai un pessaire, et fit prendre à cette dame soir et matin des injections toniques qui bientôt firent cesser l'infiltration du vagin, et permirent à la malade, au bout d'une huitaine de jours, de reprendre ses occupations et de faire des courses de plusieurs heures sans éprouver aucun des accidents dont elle s'était plainte précédemment. Comme le ventre de madame M*** avait été très distendu par sa grossesse et que la paroi abdominale était restée très faible depuis sa couche, j'ajoutai à l'usage

du pessaire une ceinture ventrière élastique, afin de soutenir le poids des intestins, de protéger les fonctions de l'appareil digestif, et d'empêcher surtout la masse des viscères abdominaux de porter directement sur le fond de la matrice. Au bout de six mois la malade avait repris son embonpoint ordinaire, et le pessaire étant devenu libre dans le vagin, fut supprimé sans inconvénient.

CXXIV^e^ *observation*, 12e *section*.

Abaissement complet ou utéro-vulvo-vaginal, avec déchirure du périnée, de l'anus et de l'intestin rectum, par suite de l'application du forceps, le bassin étant vicié.

Madame H***, âgée de quarante-deux ans, nerveuse, faible constitution, amaigrissement extrême, rachitique dans le bas âge, ayant eu plusieurs tumeurs blanches à l'âge de puberté. Cette dame fut mariée à vingt-un ans, et à cette époque elle avait la fraîcheur et l'embonpoint d'une jeune personne bien portante. Elle devint enceinte, et fut mère un an après. Son bassin était assez mal conformé. La symphyse pubienne ainsi que les deux branches des os des îles se trouvaient aplatis d'une manière assez sensible, ce qui, en diminuant le diamètre antéro-postérieur, devait empêcher la tête de l'enfant de s'engager dans le petit bassin. Cette disposition vicieuse obligea l'accoucheur de cette dame d'appliquer le forceps sur la tête de l'enfant au détroit supérieur. Cette opération sauva la vie à l'enfant, mais fut des plus funestes pour la mère; car le périnée se trouva déchiré, ainsi que le sphincter de l'anus et même une portion assez considérable de l'intestin rectum.

Cet accident fut suivi d'une infirmité affreuse et dégoûtante, puisque depuis cette époque les matières stercorales s'échappèrent par le vagin. Dès lors la matrice ne se trouvant plus soutenue ni par la cloison recto-vaginale ni par le périnée, s'abaissa d'abord, et ensuite finit par descendre entre les cuisses.

La malade ne pouvait rester debout sans éprouver d'affreux tiraillements d'estomac suivis de syncopes et de défaillance. L'état d'amaigrissement où était parvenue progressivement cette dame depuis vingt ans qu'elle était accouchée, donna lieu à des gerçures et excoriations de la peau qui recouvraient les tubérosités des os coxaux.

Pour soulager autant que possible madame H***, qui me fut adressée par le docteur Féburier, je lui fis porter une ceinture ventrière en élastique, à laquelle se trouvaient placés deux coussins légèrement déprimés dans leur centre, afin que le contact de mon appareil ne s'opposât pas à la cicatrisation des petites plaies dont je viens de parler. De la partie inférieure et postérieure de la ceinture partait une bande de toile qui passait entre les cuisses de la malade; puis après avoir dépassé le périnée se partageait en deux chefs, pour ensuite venir se fixer antérieurement et par le moyen de boucles aux deux côtés de cette ceinture, à peu près à la hauteur des arcades crurales.

Cette disposition empêcha la matrice de se porter entre les cuisses, comme elle le faisait précédemment, et maintint le tampon de linge que la malade était dans l'habitude d'introduire dans le vagin pour empêcher l'écoulement involontaire des matières stercorales, qui étaient toujours plus ou moins liquides.

L'usage soutenu de cet appareil fit cesser la majeure partie des désordres qu'éprouvait depuis longtemps madame H***, et rendit son état beaucoup plus supportable, car elle put fréquenter la société, à laquelle depuis longtemps son infirmité l'avait forcée à renoncer.

CXXV^e *observation*, 12e *section*.

Abaissement simple ou utéro-vaginal dont la compression du col sur l'intestin rectum ulcéré dans son intérieur donnait lieu à de si fortes douleurs que la malade se trouvait forcée de se coucher sur le ventre pour dormir.

Madame D***, âgée de trente-quatre ans, constitution

éminemment nerveuse et d'un caractère très exalté, artiste peintre, éprouva, à la suite d'une couche, un abaissement simple de la matrice. Cette infirmité donnait lieu à quelques tiraillements d'estomac et à des envies fréquentes d'uriner quand cette dame restait longtemps debout. Mais depuis un mois, six semaines, il survint des douleurs atroces dans l'intestin rectum, lesquelles furent supposées résulter de la compression du col de la matrice sur cet intestin, ce qui était d'autant plus probable que, quand la malade se couchait sur le ventre, les douleurs étaient peu vives; mais cette position avait le grave inconvénient de rendre la respiration difficile et laborieuse.

Consulté par madame D***, le toucher vaginal me fit de suite reconnaître que le col de l'utérus, qui était légèrement tuméfié, venait s'appuyer sur le périnée dans le voisinage de l'intestin rectum; mais la compression qu'il pouvait exercer sur cet intestin ne me parut pas assez forte pour donner lieu aux accidents dont se plaignait la malade. Mon doigt, porté par l'anus dans cet intestin, y rencontra une ulcération profonde longue de quatre à cinq centimètres, laquelle me parut devoir être causée par une affection syphilitique. Ayant fait part de mes soupçons à madame D***, elle m'avoua qu'elle avait eu la faiblesse de consentir une seule fois au caprice d'un amant qu'elle aimait à l'adoration, et que ce n'est que depuis cette époque, il y a à peu près six semaines ou deux mois, qu'elle éprouva des douleurs, qui sont quelquefois tellement vives, que si elle n'espérait pas qu'on pût la guérir elle se jetterait à la rivière. M. le baron Larrey avait proposé la cautérisation de cet ulcère, mais la malade s'y était constamment refusée.

L'emploi régulier et méthodique des sudorifiques et l'introduction de mèches de charpie enduites d'onguent mercuriel, et par su des injections d'eau de Barèges dans le rectum, suffirent pour terminer dans trois mois cette maladie et permettre l'application d'un pessaire que

madame D*** ne fut obligée de porter que six mois; car, au bout de ce temps, l'abaissement de la matrice avait cessé.

CXXVI^e *observation*, 12e *section*.

Abaissement compliqué ou utéro-sacro-vaginal survenu à la suite d'une cholérine avec écoulement muqueux et sanguinolent par le vagin. Malade guérie par l'usage du pessaire.

Madame C***, âgée de soixante ans, d'une constitution nerveuse et sanguine, femme de ménage extrêmement maigre. Cette personne fut autrefois fort à son aise, et prenant peu d'exercice, elle avait beaucoup d'embonpoint.

A quarante ans, la malade ayant ses règles, fut prise par des Cosaques qui voulurent la tuer; elle ne dut son salut qu'à une patrouille de gardes nationaux qui l'arrachèrent de leurs mains. Le saisissement éprouvé par cette femme donna lieu à la suppression de l'écoulement menstruel.

En 1832, elle eut le choléra ainsi que son mari; mais, plus heureuse que lui puisqu'il en mourut, elle fut transportée dans un hôpital d'où elle sortit guérie. A l'issue du choléra, il se manifesta chez cette malade une perte utérine qui dura à peu près quinze jours, laquelle rétablit le cours périodique des règles supprimées depuis dix-sept ans.

Il y a dix-huit mois, madame C*** entra une seconde fois à l'hôpital pour une espèce de cholérine dont elle fut plusieurs mois à se rétablir. Sa convalescence lui fit perdre l'embonpoint que, malgré sa misère et la fatigue de ses occupations, elle avait conservé. Un écoulement muqueux et quelquefois sanguinolent par le vagin ne cessa d'avoir lieu depuis cette dernière maladie.

La paroi vaginale s'infiltra, et son grand relâchement favorisa le déplacement de la matrice. Ce premier degré de prolapsus fut suivi de coliques, de tiraillements d'estomac, de douleur et pesanteur dans le bas ventre et au

bas des reins, ainsi que de fréquentes envies d'uriner, et enfin d'un état général de malaise et d'inquiétude dont il était impossible à la malade de se rendre compte.

La matrice dont l'abaissement primitif avait eu lieu de haut en bas, prit plus tard une direction oblique d'arrière en avant. Le pessaire, convenablement appliqué, la reporta dans le petit bassin et fit cesser la majeure partie des indispositions dont nous venons de parler. Cet heureux résultat permit à madame C*** de reprendre ses occupations de femme de ménage; mais, deux ou trois mois après, cette malheureuse femme fut atteinte d'une gastro-entérite qui, au bout de quinze jours, termina sa déplorable vie.

CXXVII^e *observation*, 12e *section*.

Abaissement compliqué ou utéro-sacro-vaginal qui ne put être guéri par le pessaire qu'après en avoir appliqué successivement et à plusieurs jours d'intervalle trois de grandeurs différentes.

Mme D***, âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament nerveux et lymphatique, épicière, fut mariée à seize ans, époque de sa vie à laquelle elle se trouvait si peu formée que, depuis son mariage, elle grandit de huit à dix centimètres. Cette dame eut quatre couches dont la première fut terminée par le forceps.

Il y a sept à huit mois, Mme D*** était enceinte d'à peu près six mois, lorsqu'elle fit une chute en descendant l'escalier de la tour du château de Ham où elle était allée porter quelques articles de son commerce aux derniers ministres de Charles X qui s'y trouvaient renfermés. A la suite de cet accident il survint une fausse couche d'un enfant mort depuis quelques jours.

La malade très courageuse voulut, le quatrième jour après cet accident, se lever et reprendre ses occupations habituelles dont la nature la tenait constamment debout

et souvent obligée de lever les bras en fléchissant le tronc en arrière. Ce fut de ce moment que Mme D*** commença à éprouver les premiers symptômes du prolapsus utérin, tels que coliques, tiraillements d'estomac, défaillances et envies fréquentes d'uriner, etc.

L'accoucheur de cette dame pour remédier au déplacement dont nous avons parlé, et faire cesser les accidents qui l'avaient suivi, plaça un pessaire trop petit lequel s'échappait du vagin soit que la malade se mouchât, soit qu'elle fît le plus léger effort pour aller à la garderobe, et alors la matrice ne trouvant aucun obstacle à l'augmentation de son déplacement, finit par se diriger d'arrière en avant de manière à ce que son col en longeant le canal de l'urèthre vint se placer sous le méat urinaire à l'entrée du vagin.

Mme D***, obligée de cesser ses occupations et justement alarmée de son état, vint à Paris pour savoir s'il était possible de guérir son infirmité.

En examinant cette malade je crus pouvoir maintenir la matrice relevée au moyen du pessaire rond quoiqu'il existât chez elle une grande déchirure du périnée produite par le forceps, qui, comme on le sait, termina le premier accouchement de cette dame.

Je prescrivis un bain chaud à prendre par la malade le soir en se couchant, et le lendemain elle garda le lit toute la journée. Le soir je fis l'application d'un pessaire rond de huit centimètres de diamètre. Le lendemain matin ayant trouvé la matrice relevée et l'affaissement du vagin moins considérable que la veille, je remplaçai le premier pessaire par un d'un centimètre plus grand, et trois jours après ce second pessaire céda la place à un autre de dix centimètres; ne craignant plus d'après cette dimension que ce dernier instrument ressortît du vagin, je permis à Mme D*** de se lever. Elle resta huit jours à Paris où elle fut obligée de faire de grandes marches à pied et en voiture sans que le pessaire se déplaçât.

CXXVIII^e *observation*, 12e *section*.

Abaissement simple ou utéro-vaginal survenu à la suite d'une couche et d'un écoulement blennorrhagique. Malade guérie au bout de six mois par l'usage du pessaire.

Madame S***, âgée de trente-deux ans, d'un tempérament nerveux et sanguin, ayant peu d'embonpoint, blanchisseuse en linge fin.

Cette femme à la suite d'une couche s'était levée le troisième jour pour reprendre ses occupations qui la forçaient à rester presque toute la journée debout, ce qui détermina un abaissement de la matrice, par suite duquel depuis dix-huit mois cette malade éprouvait des tiraillements d'estomac, un sentiment de pesanteur au bas des reins, et de fréquentes envies d'uriner. Ces différents accidents étaient quelquefois compliqués de défaillances et de toux d'irritation qui ne cessaient d'ordinaire qu'après plusieurs heures de repos dans le lit.

Madame S*** depuis sa couche avait éprouvé un écoulement considérable par le vagin, résultant d'une maladie vénérienne, pour laquelle pendant plusieurs mois elle fut soumise à un traitement débilitant et relâchant; durant son indisposition la malade prit une grande quantité de bains chauds, ce qui augmenta de beaucoup le relâchement du vagin et le déplacement de la matrice.

Je plaçai à cette dame un pessaire rond en tissu gommé au caoutchouc; je lui prescrivis des injections froides et quelques bains de Barèges, au bout d'un mois de ce traitement les accidents cessèrent, et cette personne reprit ses occupations primitives sans en être plus gênée qu'avant sa couche. Six mois plus tard le pessaire fut abandonné comme étant devenu inutile.

CXXIX^e *observation*, 12e *section*.

Abaissement compliqué ou utéro-sacro-vaginal ayant donné lieu chez une choriste de l'Opéra à la perte de la voix. Malade guérie par l'usage soutenu du pessaire.

Madame G***, âgée de vingt-huit ans, constitution éminemment nerveuse et lymphatique, offrant plusieurs traces d'affection scrofuleuse dans le bas-âge. Cette dame, choriste à l'Opéra, eut, il y a plusieurs années, une couche très laborieuse suivie d'une perte de sang assez abondante pour l'obliger à garder le lit pendant à peu près deux mois. Elle n'avait été assistée à sa couche que par une sage-femme peu expérimentée qui, en cherchant à la délivrer, exerça sur le cordon ombilical des tractions assez violentes pour attirer la matrice à l'orifice du vagin.

A peine madame G*** se trouva-t-elle mieux que, consultant plutôt son courage que ses forces, elle reprit son emploi au théâtre, et ses leçons de chant et de piano en ville. La fatigue que cette dame en éprouva, jointe à des chagrins domestiques, l'empêchèrent de se rétablir complètement.

Les digestions chez cette personne étaient habituellement mauvaises. Il suffisait de la plus légère contrariété, après son repas, pour aussitôt déterminer des contractions de l'estomac suivies du rejet des aliments qui venaient d'y être introduits. La malade ressentait alors au dessous du cartilage xyphoïde des élancements et un sentiment de chaleur excessive qu'elle comparait à une brûlure causée par l'application d'un fer rouge. Il ne se passait pas un jour sans qu'il ne survînt des spasmes nerveux quelquefois suivis de défaillance et d'évanouissement plus ou moins long.

Le chant donnait lieu à de vives douleurs dans toute la partie dorsale, et plus particulièrement encore entre les deux épaules. Ces douleurs persistaient-elles plusieurs

jours, il survenait une toux fréquente sans expectoration. Chaque fois que Mme G*** était obligée de rester debout en scène pendant des espaces de temps assez longs, il lui survenait, au voisinage des articulations sacro-iliaques, des douleurs qu'elle rapportait à celles que les femmes en couches éprouvent, lorsque la tête de l'enfant s'engage dans l'excavation du petit bassin; un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre, des envies fréquentes d'uriner, des tiraillements d'estomac suivis de défaillances, une sueur froide avec altération remarquable des traits de la face. Cette sueur qui durait de vingt à trente minutes était beaucoup plus abondante, et se prolongeait plus longtemps au creux de l'estomac et entre les épaules, que dans les autres parties du corps. Pendant tout ce temps, la malade restait étendue sur un matelas dans un état complet d'épuisement.

Par suite de sa mouvante santé, la voix de cette choriste finit par éprouver une si grande altération qu'elle ne pouvait plus donner qu'avec des efforts incroyables certaines notes très faciles pour elle, avant son indisposition (1). Le sommeil était troublé par des rèves pénibles et fâcheux que la malade avait la faiblesse de regarder comme des indices

(1) Le docteur Piorry, aujourd'hui professeur à la Faculté de médecine, a consigné dans son article *Voix* * une note d'un intérêt si majeur sur l'altération du chant éprouvée par notre malade, que nous croyons devoir la reproduire ici :

« Je ne puis m'empêcher de signaler la sympathie étroite qui réunit » les poumons et le larynx, l'estomac et ce même larynx; l'uterus et l'or» gane de la voix. Je pourrais même citer relativement à cette dernière » influence le cas d'une jeune dame qui, ayant naturellement une très » belle voix, éprouva, à la suite d'une longue maladie, un abaisse» ment sensible dans l'étendue du chant et une altération fâcheuse dans » le timbre du son vocal. M. Verdier, chirurgien herniaire, lui ayant » placé un pessaire pour un prolapsus utérin dont elle était atteinte, la » voix se rétablit instantanément dans toute son étendue et sa régularité » premières. »

* *Grand Dictionnaire des Sciences médicales* publié par Panckoucke, t. LVIII, p. 307, in-8°. Paris, 1822.

certains de son avenir. Cette idée ne contribua pas peu à troubler sa raison et à augmenter sa mélancolie.

Chez cette dame la menstruation éprouvait de grandes variations ; à certains mois quelques gouttes de sang décomposé mêlé avec des mucosités, étaient les seuls indices de ses règles, tandis que, dans d'autres, elles coulaient avec tant d'abondance que, plus d'une fois, elles firent craindre pour la vie de la malade, avec d'autant plus de raison que, pendant ces espèces de pertes, le pouls devenait petit, obscur et intermittent, la figure se décolorait, et les traits s'altéraient d'une manière effrayante.

La série de ces désordres et la cause qui les avait produits indiquaient évidemment ou un déplacement de la matrice ou une maladie de cet organe. Qui croirait que sur quatre médecins attachés à cette époque à l'Académie royale de médecine, pas un seul n'eut l'idée de s'assurer par le toucher de l'état de l'utérus. Dans le rapport qu'ils firent à l'administration de ce théâtre, ils accusèrent une phthisie pulmonaire dont l'intensité ne laissait pas plus d'un à deux mois de probabilité d'existence à cette personne. Ce rapport connu de madame G*** l'avait mise dans un état difficile à décrire. Son désespoir était extrême quand elle vint me consulter.

Pour m'assurer de l'état de la matrice chez cette malade, je crus devoir la toucher debout et couchée. Dans la première position, mon doigt à peine introduit dans le vagin rencontra le col de l'utérus dirigé d'arrière en avant. Le corps de cet organe s'appuyait sur le périnée, et son fond placé dans l'excavation du petit bassin comprimait fortement l'intestin rectum, surtout lorsqu'il contenait des matières.

Mon doigt passé sous le corps de la matrice lui imprima un mouvement d'avant en arrière et de bas en haut. Soutenant ainsi cet organe, je dis à cette dame d'essayer à solfier. Sa voix donna avec pureté les notes que depuis longtemps il lui avait été impossible de faire entendre. La

malade couchée sur le dos, les cuisses écartées, le refoulement de bas en haut de la matrice fut moins facile en raison de l'infiltration et de la grande distension du vagin. Pourtant madame G*** accusa, à la suite de cette seconde manœuvre, éprouver à peu près autant de bien être qu'après la première.

Je plaçai de suite un pessaire rond élastique de sept centimètres de diamètre. J'ordonnai, deux fois par jour, le soir et le matin, des injections tièdes faites avec du gros vin rouge de Roussillon dans lequel on avait fait bouillir des roses de Provins; et pour combattre la mauvaise constitution de la malade, le sirop antiscorbutique, et plus tard du vin de quinquina, connu sous le nom de vin de Séguin; les bains généraux d'abord tièdes, puis froids, pris dans la rivière; des purgatifs laxatifs, des applications de sangsues aux organes de la génération quand les règles avaient de la difficulté à paraître, et au creux de l'estomac chaque fois que la respiration était difficile et que la toux d'irritation avait lieu. Des bains de pied avec la moutarde ou le gros sel de cuisine et le vinaigre pour débarrasser la tête quand le sang s'y portait, de l'exercice à l'air libre en ayant soin de ne pas le porter jusqu'à la fatigue, et des distractions capables d'occuper agréablement l'esprit, etc.

Madame G***, contre mon avis, rentra à l'Opéra au bout de vingt et quelques jours de ce traitement. Sa voix avait, à la vérité, repris une grande partie de son éclat, pourtant il y avait plus de courage que de raison de sa part à reprendre son service, car la plus légère contrariété qu'éprouvait cette malade provoquait une névrose plus ou moins douloureuse, plus ou moins longue, dont presque toujours l'accès s'annonçait par l'élévation du pouls, des soubresauts dans les bras, les cuisses et les jambes, un tremblement général de toutes les parties du corps, la coloration de la face qui insensiblement finissait par être d'un rouge livide, la contraction violente des lèvres, le craquement des dents par suite d'un mouvement

uniforme et horizontal des mâchoires en sens inverse l'une de l'autre.

Les yeux devenaient hagards, et l'on eût dit à les voir qu'ils voulaient sortir de leur orbite; les prunelles se trouvaient la plupart du temps cachées en totalité sous les paupières supérieures, de manière que la partie blanche du globe de l'œil était seule apparente. Souvent dans l'accès la malade faisait entendre des éclats de rire bruyants et convulsifs, ainsi que des cris aigus ou des sons déchirants qui semblaient partir de la poitrine, ainsi que des paroles sans suite et difficilement articulées. Alors la respiration devenait laborieuse. Elle semblait même quelquefois suspendue par intervalles. Le renversement de la tête en arrière et la flexion du tronc dans la même direction avaient lieu souvent au point que le corps de cette dame formait une espèce de cerceau.

L'accès était simple ou compliqué. Dans ce dernier cas il se divisait en deux ou trois périodes dont chacune pouvait durer à peu près une demi-heure. Pendant l'intervalle qui les séparait la malade paraissait jouir du calme le plus parfait; le pouls était petit et intermittent, les paupières abaissées, la coloration de la face dont nous avons parlé se trouvait remplacée par la paleur de la mort, la parole redevenait il est vrai libre et facile quoique un peu lente, mais les phrases sans suite se trouvaient totalement étrangères aux questions que l'on adressait à cette dame.

Les accès n'étaient jamais plus longs et plus violents qu'à l'époque des règles. Pendant tout le temps que durait la crise les forces musculaires se trouvaient tellement augmentées que plus d'une fois la malade, d'une petite stature et d'une force ordinaire, culbuta les personnes qui cherchaient au début des accès à la maintenir.

Si, dès le commencement, on faisait coucher la malade et qu'une personne s'assît sur ses cuisses en maintenant ses bras allongés le long de son corps, tandis qu'une autre s'occupât de soutenir la tête de manière à l'empêcher de

se fléchir en arrière, l'accès était de peu de durée, mais quand madame G*** se trouvait abandonnée à elle-même il se prolongeait davantage.

Deux ou trois soupirs profonds suivis de cris d'effroi, l'élévation brusque du pouls et la coloration subite de la face étaient les indices d'une nouvelle crise moins forte quand elle devait être la dernière, mais d'une plus grande intensité si une troisième devait la suivre; d'abondants sanglots étaient toujours l'indice de la terminaison de l'accès, lequel se trouvait suivi d'anéantissement général des facultés physiques et morales. Alors la malade s'endormait d'un profond sommeil qui durait quelquefois huit à dix heures; à son réveil, sa figure avait repris son aspect gracieux et sa coloration ordinaire. Le seul souvenir que madame G*** eût de son accident était une espèce de lassitude semblable à celle résultant de contusions ou coups de bâton reçus sur les bras, les cuisses et les jambes. La durée de ce malaise était toujours en raison de la force de la crise qui l'avait précédé.

L'usage soutenu, pendant à peu près deux ans, du pessaire ainsi que la continuation du traitement indiqué plus haut, finirent par faire cesser les affections nerveuses qui viennent d'être décrites, et la malade recouvra insensiblement son embonpoint primitif.

Je ne terminerai pas cette observation sans noter un fait curieux, c'est que cette dame, qui avait continué pendant son traitement ses habitudes de mariage, devint enceinte en portant le pessaire, ce qui la flatta d'autant plus que depuis sa malheureuse couche et la mort de son enfant qui l'avait suivie de près, elle désirait ardemment en avoir un second. A la fin du troisième mois de sa grossesse le pessaire fut supprimé pour toujours.

Cette deuxième couche se passa sans accident; le placenta adhérent ou enchatonné fut expulsé au bout de sept à huit heures par les seules contractions de la matrice. Le lit fut gardé quinze jours après la couche et la chambre un

mois. Une troisième grossesse eut lieu, quatre à cinq ans après, et se termina également sans accident (1); mais, comme aux deux couches précédentes, la sortie du placenta se fit attendre plusieurs heures.

Le pessaire fut supprimé en 1818. Depuis cette époque madame G*** a continué de jouir d'une excellente santé. Sa fraicheur et son embonpoint se sont soutenus de manière qu'aujourd'hui, sur la scène de l'Opéra, elle paraît beaucoup plus jeune qu'elle ne l'est réellement. Les docteurs Guersent père, Piorry et Janin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu du Mans, ont eu occasion de voir plusieurs fois cette dame pendant le cours de sa maladie.

CXXX^e *observation*, 12e *section*.

Abaissement complet ou utéro-vulvo-vaginal avec renversement du vagin contenue au moyen d'une pomme portée dans le canal vaginal.

Madame V***, âgée de soixante ans, lymphatique, femme de ménage, éprouva à quarante-cinq ans, époque de son

(1) Ces deux conceptions ne semblent-elles pas prouver que la stérilité de Madame G***, pendant trois ans, provenait de l'abaissement de la matrice et de la situation dans le vagin du col de cet organe, puisque sous l'influence du pessaire cette dame devint enceinte. Nous sommes d'autant plus disposé à croire ce raisonnement fondé, que chez une autre de nos malades à laquelle nous avions également placé un pessaire, une grossesse désirée depuis plus de six ans eut lieu au bout de trois à quatre mois de l'usage de l'instrument qui maintenait la matrice relevée.

D'après de semblables faits, on pourrait penser que l'abaissement de l'utérus serait plus souvent qu'on ne le suppose une cause de la stérilité de la femme, susceptible d'être détruite par un moyen bien simple, l'usage d'un pessaire dont l'ouverture ou orifice fût de dimension convenable pour recevoir le col de l'utérus, sans le comprimer, le maintenir élevé à une certaine hauteur dans le vagin et dirigé vers l'orifice de ce canal, situation dans laquelle on doit supposer qu'il lui est plus facile d'être fécondé et de concourir à l'accomplissement des premiers effets de la génération.

Je livre ces considérations aux méditations des physiologistes et des familles qu'elles sont susceptibles d'intéresser.

temps critique, par le vagin, un écoulement muqueux très abondant. Ce canal, continuellement humecté, se relâcha de plus en plus, ce qui, joint aux occupations de cette femme, qui la tenaient debout la majeure partie de la journée, ne laissa pas que de contribuer pour beaucoup à son infirmité.

Par suite de ces fatigues, la femme V*** ressentit plusieurs fois au bas des reins de vives douleurs accompagnées et suivies d'un sentiment de pesanteur dans le bas ventre, de tiraillements d'estomac et perte involontaire des urines.

Souvent le soir en se couchant, la malade sentait un corps gros et dur au dessous du méat urinaire, lequel semblait vouloir s'échapper et sortir du vagin ; les moyens de cette pauvre femme ne lui permettaient pas de consulter un médecin, et par un amour propre mal entendu elle ne voulait pas se présenter aux consultations gratuites.

Pour rendre moins gênante son infirmité, cette femme, assez intelligente, disposa une espèce de bandage en T, dont bientôt elle reconnut l'inutilité, sa tumeur ayant acquis un volume tellement considérable qu'elle fut obligée d'abandonner ses occupations.

Cette malheureuse créature finit par n'avoir d'autre ressource pour exister que de vendre dans les rues quelques fruits qu'elle portait sur un éventaire, et de parcourir les amphithéâtres d'accouchement où son infirmité la faisait recevoir avec intérêt; elle se présenta à celui du docteur Maygrier dans le temps où j'étais chargé de la pratique de son cours d'accouchement (1).

(1) Un cours d'accouchement se composant de deux parties bien distinctes, connues sous les noms de *théorie* et *pratique*, la théorie n'est autre chose que les leçons du professeur, tandis que la pratique a pour but de mettre, par le moyen du toucher, l'élève à même de pouvoir apprécier l'époque de la grossesse et les divers désordres susceptibles d'avoir lieu à la paroi du vagin ou à la matrice, puis de lui démontrer sur le fantôme et sur la femme à terme la manière de terminer toute espèce d'accouchement.

En cherchant à porter mon doigt à l'orifice du vagin, je rencontrai une tumeur de la grosseur du poing, de forme conoïde, qui fermait l'entrée de ce canal, et dont la base de cette espèce de cône renversé se confondait avec les grandes lèvres d'une manière si exacte, que la tumeur à cet endroit semblait n'être qu'un vrai prolongement de la peau du ventre. L'extrémité inférieure, au sommet du cône, que nous avons dit exister, descendait entre les cuisses, et était terminée par le museau de tanche légèrement boursouflé. Le corps de l'utérus avait la forme et le volume que cet organe offre ordinairement chez les femmes de l'âge de la malade qui ont eu plusieurs enfants. La membrane muqueuse du vagin renversé avait l'aspect de la peau du reste du ventre.

La femme couchée sur un matelas, je voulus, tant pour mon instruction que pour celle des élèves du cours, m'assurer jusqu'à quel point la matrice pouvait être réduite. Mes premières tentatives furent infructueuses. L'organe utérin ne pouvait rentrer dans le vagin, puisque ce canal, ainsi que le petit bassin, se trouvait occupé par d'assez grandes parties de viscères abdominaux, et peut-être même une portion de la vessie; ce qui me confirma dans cette opinion, c'est que mes tentatives de réduction donnèrent lieu au bruit que font entendre ordinairement les gaz stercoraux dans les réductions d'intestins et à des envies d'uriner.

Le malaise général et les douleurs intestinales que la malade dit éprouver dans le bas ventre, me firent comprendre qu'il fallait commencer par vider la vessie de l'urine qu'elle pouvait contenir. A cet effet, je portai dans le canal de l'urètre une sonde de gomme élastique plus courbe que celle dont on sert ordinairement pour les femmes. Elle n'arriva dans la vessie qu'en lui faisant éprouver un mouvement qui porta sa courbure d'avant en arrière et de haut en bas. Cette manœuvre fut aussitôt suivie de la sortie d'une assez grande quantité d'urine,

quoique la malade prétendît avoir uriné deux heures avant d'être sondée.

Je fis placer sous le bassin de cette femme plusieurs oreillers, de manière à ce qu'il se trouvât assez au-dessus du ventre pour que le plan incliné qui résultait de cette position pût favoriser la rentrée des viscères dans sa cavité. Dans un endroit plus convenable qu'un amphithéâtre, j'aurais fait prendre un remède afin de provoquer l'évacuation des matières que pouvait contenir l'intestin rectum.

Ces diverses dispositions terminées, je recommençai mes tentatives de réductions, et j'eus la satisfaction, au bout de huit à dix minutes, de les voir couronnées d'un succès complet. La matrice replacée dans le vagin, il fallait chercher, à l'aide de quelques moyens mécaniques, de l'empêcher d'en sortir, ce qui semblait d'autant plus difficile à faire que cette femme nous dit qu'au cours d'accouchement du professeur Capuron, on lui avait placé sans succès des pessaires de diverses formes, et, tout récemment encore un en ivoire à bilboquet et à tige se fixant avec des bandelettes de toile. Le séjour de cet instrument dans le vagin, durant vingt-quatre à trente heures, détermina d'abord dans le bas ventre des douleurs sourdes, puis des vomissements et de fréquentes envies d'uriner.

M'étant aperçu, par le toucher, que le col de la matrice après la rentrée de cet organe dans le vagin offrait, une certaine longueur, je présumai que si je pouvais porter dans l'excavation du petit bassin, et derrière ce col, un corps rond d'un certain volume, j'empêcherais vraisemblablement la matrice de sortir du canal vaginal, et partant de franchir la vulve.

Cette femme, comme je l'ai dit plus haut, vendait des fruits à l'éventaire. Elle avait déposé, dans un coin de l'amphithéâtre, une vingtaine de pommes qui lui restaient. Il me vint à l'idée d'en introduire une dans le vagin. Je la choisis de la grosseur d'une bille ordinaire de billard; je

la portai derrière le col de l'utérus que je soulevai, afin de faciliter mon opération; puis je fis lever la femme, et, au grand étonnement de tous les élèves du cours, la matrice resta maintenue dans le vagin, malgré diverses attitudes que je fis prendre à la malade.

Au bout de quinze jours, la première pomme que j'avais mise dans le vagin fut remplacée par une nouvelle qui, plus tard, à son tour, céda la place à un pessaire en tissu gommé au caoutchouc, disposé d'après les proportions de la pomme que j'avais employée avec tant de succès.

Ce pessaire était percé dans son centre d'une ouverture assez large pour permettre au doigt indicateur de s'y introduire, afin de le retirer avec facilité, disposition d'autant plus importante que, pour extraire chacune des deux pommes dont j'ai parlé, il me fallut avoir recours à deux cuillers que j'introduisis pour les saisir, à la manière du forceps qui irait chercher la tête d'un enfant détronquée.

La matrice maintenue réduite par le moyen que je viens d'indiquer, les viscères qui l'avaient suivie dans son abaissement, se trouvèrent libres et flottants dans le bas-ventre. C'est pourquoi, plus tard, ils se frayèrent un passage, par l'arcade crurale gauche, où, maintenus par le bandage herniaire, ils s'engagèrent à l'arcade crurale de l'autre côté, de manière que cette malheureuse femme offrait deux entéro-épiplocèles crurales, chacune de la grosseur du poing.

Un bandage à deux demi-corps convenablement disposé maintint ces deux hernies, et, à l'aide de ce moyen et du pessaire, cette femme très courageuse continua ses occupations. Cette malheureuse vint me revoir au bout de sept ans. Elle avait toujours conservé son même pessaire. Il était en partie détruit et adhérent à la paroi du vagin. Sa présence depuis quelque temps, en raison de sa putréfaction, avait donné lieu à un écoulement sanguinolent et fétide. Le pessaire ôté, la matrice ne descendit plus, et

quelques injections d'eau naturelle firent cesser l'écoulement.

Pendant deux ans, je revis de temps à autre cette femme. Ses deux hernies furent toujours exactement maintenues par le bandage à deux demi-corps que je lui avais placé. Quant à la matrice, elle n'avait jamais ressorti du vagin, malgré l'absence du pessaire.

CXXXI^e *observation*, 12e *section*.

Application d'un pessaire pour un prolapsus utérin, suivie d'hémorrhagie vaginale qui pensa causer la mort d'une fille âgée de vingt-sept ans.

Victoire, âgée de vingt-sept ans, grande fille à teint brun, sourcils et cheveux noirs, constitution nerveuse et sanguine, domestique, se plaignait, depuis deux ans, d'un malaise général survenu à la suite d'une suppression de règles causée par un saisissement. Cette malade éprouvait de fréquentes palpitations, ainsi que des douleurs vagues dans tout le bas-ventre. Son caractère gai autrefois était devenu sombre et mélancolique; elle cherchait les lieux retirés pour pleurer à son aise ; souvent des syncopes nerveuses la jetaient dans une extrême faiblesse. Cette fille éprouvait habituellement comme le sentiment d'un poids qui lui pesait dans le bas-ventre, au bas des reins, et particulièrement sur le fondement. Ces derniers accidents n'étaient jamais plus prononcés qu'à l'époque de ses règles qui à peine tachaient son linge. Son appétit était à peu près nul; elle ne mangeait que par caprice, et souvent des aliments indigestes; ce mauvais régime finit par déterminer chez cette personne un grand amaigrissement.

Le médecin ordinaire de cette malade la purgea plusieurs fois, et la soumit à un régime doux. Elle porta même une ceinture ventrière en élastique. L'emploi de tous ces moyens n'ayant nullement amélioré son état, elle fit le voyage de Paris, et consulta M. le docteur Marchand,

médecin du château des Tuileries, qui, après l'avoir touchée, me l'envoya pour remédier à un abaissement de la matrice que l'on pouvait supposer être pour beaucoup dans le dérangement de la santé de cette personne.

Mon doigt, introduit dans le vagin, rencontra le col de l'utérus dirigé d'avant en arrière, et venant s'appuyer sur le périnée, dans le voisinage de l'intestin rectum. La paroi du vagin mollasse et infiltrée semblait dans un état complet d'affaissement, cédant avec une extrême facilité, quand le doigt soulevait le corps de la matrice de bas en haut. Cette manœuvre, à la vérité, quoique exécutée avec précaution, faisait éprouver à la malade un malaise qu'elle ne pouvait décrire.

L'entrée du vagin assez resserré ne permettait que l'introduction d'un pessaire de cinq à six centimètres de diamètre, tandis que l'excavation du petit bassin en eût facilement admis un de plus de huit centimètres.

Le 7 juillet 1833 je plaçai un pessaire à huit heures du matin. Après son introduction, touchant la malade je le trouvai libre et flottant dans le petit bassin. Je l'avais prévenue de ne pas s'inquiéter si elle perdait un peu de sang. Cette fille s'étant levée après que je fus parti, s'occupa pendant à peu près deux heures des soins de son ménage sans rien éprouver d'extraordinaire, à l'exception d'un sentiment de chaleur dans le vagin; mais en voulant faire son lit et soulever avec précipitation ses matelas, elle se sentit inondée de sang qui s'échappa en assez grande quantité pour avoir traversé ses vêtements; couchée de suite, le sang continua à couler abondamment, ce qui l'alarma; elle m'envoya chercher.

A midi je la trouvai dans un état assez fâcheux dont je ne pouvais trop me rendre compte. Le pouls était petit, la face décolorée, le sang qui s'échappait du vagin était très noir et par conséquent veineux. Tout me portait à croire qu'il venait plutôt du vagin que de la matrice, puisqu'à mon toucher, le matin avant l'application du pessaire,

j'avais trouvé cet organe petit et à peu près dans l'état normal.

Je portai dans le vagin des injections d'eau froide avec addition de vinaigre. Elles furent continuées jusqu'à ce que le liquide ressortît sans être coloré. Les cuisses et le bas-ventre découverts et exposés à l'air frais venant par une croisée située au nord, furent couverts de serviettes trempées dans l'eau et le vinaigre. La perte sembla s'arrêter, le pouls se releva, un commencement de coloration se manifesta et la figure reprit son expression habituelle. Je me retirai en recommandant de continuer les injections de demi heure en demi-heure, ainsi que l'application des serviettes trempées dans l'oxicrat.

A six heures du soir, on vint m'annoncer que depuis une heure la perte avait reparu avec tant de force, que trois matelas, deux draps ployés en plusieurs doubles et un grand nombre de serviettes avaient été traversés par le sang. D'après ce récit, craignant pour la vie de cette femme, je partis de suite pour la secourir.

Il était présumable que le sang était fourni par un vaisseau variqueux du vagin ou par la rupture d'une tumeur sanguine développée dans le voisinage du fond de la matrice non appréciable au toucher. Craignant, dans l'un ou dans l'autre cas, que la présence du pessaire ne fût un obstacle à la formation d'un caillot de sang capable d'arrêter l'hémorrhagie, je me décidai à l'ôter.

Ne me dissimulant pas toute l'importance de cette manœuvre, et présumant bien qu'elle serait suivie de la sortie d'une grande quantité de sang, je dus à l'avance prendre mes précautions. Je fis piler de la glace et disposai avec de la charpie et un morceau de bande à pansement une espèce de tampon de forme légèrement conique, et en rapport, pour sa grosseur, avec le diamètre vaginal. La longueur de ce tampon était telle qu'enfoncé jusque dans l'excavation du petit bassin, il put dépasser au moins de deux travers de doigt les organes de la génération. Deux

serviettes pliées en compresses et une espèce de bandage en T formaient l'ensemble de cet appareil.

L'état de la malade, comme on doit le penser, était peu rassurant; toute l'habitude de son corps offrait le froid glacial de la mort. La faiblesse du pouls était si grande que plusieurs de ses pulsations n'étaient pas appréciables. Son affaiblissement avait eu lieu graduellement, sans syncope, faiblesse, ni délire. La figure était décolorée, les lèvres livides, les yeux à moitié fermés, la parole lente; enfin un anéantissement semblable à celui qui précède, dans les maladies lentes, la cessation de la vie, complétait ce pénible tableau.

Mon doigt porté dans le vagin rencontra, avant d'arriver au pessaire, une espèce de caillot de sang qui se laissa facilement diviser. L'excavation du petit bassin me parut considérable, comparativement à ce que je l'avais rencontré le matin. Saisissant le pessaire en portant mon doigt dans son orifice, je l'amenai au dehors du vagin. Sa sortie fut précédée de celle du caillot dont j'ai parlé : il était large comme la main; sa forme et sa consistance avaient de l'analogie avec un placenta d'une femme dont l'enfant est mort depuis plusieurs jours; sa couleur était lie de vin foncé; il exhalait une odeur tellement fétide qu'involontairement quand il franchit la vulve je détournai la tête, ce que firent également les personnes qui étaient auprès de moi.

J'introduisis de suite dans le canal vaginal et dans l'excavation du petit bassin une aussi grande quantité de glace qu'ils purent en contenir. Je portai ensuite mon tampon à l'entrée du vagin; et sur son extrémité, dépassant les organes de la génération, furent placées les deux serviettes ployées en compresses maintenues par le bandage en T autant serré qu'il me fut possible.

Je fis prévenir le docteur Marchand de l'état de sa malade et j'annonçai aux personnes qui la soignaient que si

le moyen que je venais d'employer n'arrêtait pas la perte, cette malheureuse femme était perdue.

A dix heures du soir la perte avait cessé. Le docteur Marchand s'étant rendu auprès de Victoire ne crut pas devoir toucher à l'appareil de crainte que le sang ne reparût. Le lendemain à six heures du matin, je trouvai la malade aussi bien que possible; j'ôtai avec précaution le tampon que j'avais placé la veille, et le remplaçai par un semblable trempé dans de l'eau et du vinaigre.

Depuis cette époque le sang ne reparut plus : l'extrême faiblesse de la fille V*** l'obligea de garder le lit pendant cinq à six semaines. Ses règles reparurent le deuxième mois. Elles furent assez abondantes, mais, à leur suite, la malade éprouva une partie du malaise pour lequel le pessaire avait été placé; elle me pria d'essayer une seconde fois l'emploi de ce moyen. Je m'en donnai bien de garde quoique l'excavation du petit bassin me parût beaucoup plus grande que je ne l'avais trouvée lorsque je fis l'application de cet instrument. Le vagin offrait dans son fond une cicatrice que je crus être le résultat de la déchirure des membranes par où avait eu lieu la sortie du caillot de sang décomposé et la perte qui pensa causer la mort de cette personne.

CXXXII^e *observation*, 12e *section*.

Pessaire à tige en tissu gommé dont le séjour pendant six ans dans le vagin d'une femme de cinquante-huit ans, détermina un écoulement fétide et sanguinolent.

Madame L*** âgée de cinquante-huit ans, d'une constitution lymphatique, fermière dans les environs de Paris, se présenta chez moi pour me prier de la débarrasser d'un pessaire qu'elle portait depuis six ans et dont la présence avait donné lieu depuis plusieurs mois à un écoulement fétide parfois sanguinolent.

Cette fermière, qui avait eu six enfants, était habituée à se livrer par elle-même à la surveillance de nombreux domestiques. Elle n'avait jamais gardé le lit plus de trois à quatre jours après chaque couche. Depuis la dernière, qui avait eu lieu à quarante-cinq ans, elle éprouva presque constamment des symptômes du prolapsus utérin du premier degré.

La cessation totale des règles n'eut lieu qu'à cinquante ans. La matrice étant restée grosse se dirigea d'arrière en avant. Cette nouvelle situation de l'utérus augmenta le malaise éprouvé précédemment par la malade qui alors fut examinée par la sage-femme de son village, laquelle lui plaça un pessaire en tissu gommé à tige creuse maintenu par des rubans. Plus tard cette tige vint à se rompre et le pessaire continua à rester dans le canal vaginal, sans que madame L*** s'en occupât le moins du monde. Mais d'après l'apparition de l'écoulement dont nous avons parlé, elle envoya chercher sa sage-femme pour lui ôter son pessaire qu'elle supposait à juste titre être la cause de la chaleur insupportable qu'elle éprouvait dans le vagin, et d'un écoulement douloureux et désagréable par sa couleur et son odeur infecte.

Toutes les tentatives de cette sage-femme, qui eurent lieu pendant cinq ou six jours, pour débarrasser la malade de son pessaire, furent sans succès, ce qui alors la détermina à venir à Paris pour me consulter. Le toucher dans le vagin me fit reconnaître, il est vrai, un corps étranger sur lequel la paroi vaginale s'appliquait si exactement qu'il me fut impossible de les isoler l'un de l'autre. Il ne restait plus de la tige du pessaire qu'une portion de douze à quinze millimètres saillants dans le canal vaginal.

Pour rendre l'opération que je me proposais d'entreprendre, moins douloureuse pour la malade et plus facile pour moi, je lui fis prendre un bain de siège de deux heures fait avec des herbes émollientes. A la sortie du bain, en

présence de mon estimable ami le docteur Dubreuil (1), j'introduisis le doigt indicateur de la main droite dans le vagin. Arrivé au fragment de la tige du pessaire, je le suivis en soulevant légèrement avec le dessus de mon doigt la paroi vaginale, puis l'avançant avec précaution entre le pessaire et elle au fur et à mesure que je la décollais.

Cette manœuvre pratiquée la femme debout réussit complètement. J'avais essayé d'abord à l'exécuter la femme couchée; mais le défaut de point d'appui faisait fuir les parties sous la compression de mon doigt, tandis que, dans la position verticale les portions des viscères abdominaux qui avaient suivi l'abaissement de l'utérus par leur propre densité, empêchaient cet organe de remonter.

Le pessaire que je venais d'extraire du vagin était de forme oblongue. Sa partie extérieure se trouvait couverte de dépôt calcaire l'unissant à la paroi du vagin. C'est la présence du pessaire et le défaut de soins de propreté qui avaient déterminé l'inflammation de la muqueuse vaginale et l'écoulement qui cessa de lui-même au bout de cinq à six jours.

Le toucher pratiqué de nouveau après l'enlèvement du pessaire, me fit reconnaitre un grand nombre de petites aspérités sensibles et douloureuses dont le développement avait eu lieu sur la membrane muqueuse vaginale. Quelques injections émollientes calmèrent la chaleur dont s'était plainte la malade.

Trois mois après cette opération, quand cette fermière revint me voir, elle se trouvait dans l'état le plus satisfaisant. Le toucher me fit reconnaître de la souplesse dans le vagin sans infiltration; les petites aspérités dont j'ai parlé avaient complètement disparu. La matrice étant restée dans le petit bassin, à l'endroit où l'avait maintenue le

(1) Ce médecin distingué était à cette époque professeur d'anatomie à l'hôpital d'instruction de la marine au port de Toulon; depuis il passa à la Faculté de médecine de Montpellier, dont il fut nommé doyen quelques années après.

pessaire pendant tout le temps qu'il avait été appliqué, me fit regarder comme inutile la continuation de l'emploi de cet instrument. N'ayant plus entendu parler de cette malade depuis cette époque, il est supposable que son prolapsus ne s'est pas reproduit.

CXXXIII^e *observation*, 12e *section*.

Pessaire de caoutchouc en nature dont l'application sur une femme de soixante-trois ans fut suivie d'un écoulement vaginal fétide et sanguinolent.

Madame D***, âgée de soixante-trois ans, d'un tempérament nerveux sanguin, cuisinière. Cette personne avait joui jusqu'à l'âge de cinquante-six ans d'une assez grande aisance. La perte de sa fortune lui causa un si grand chagrin, qu'elle eut une maladie de poitrine dont la convalescence fut longue et pénible. L'amaigrissement qui survint pendant cette maladie favorisa le relâchement des ligaments utérins, et un prolapsus au premier degré se manifesta. Cette infirmité fut accompagnée de mauvaises digestions, tiraillements d'estomac, quelquefois terminés par des défaillances, d'un sentiment de pesanteur dans le bas ventre, ainsi que d'envies fréquentes d'uriner.

Le médecin que consulta la malade lui conseilla de se faire placer par madame R***, sage-femme, un pessaire en caoutchouc en nature. La présence de cet instrument dans le vagin donna lieu, au bout de huit à dix jours, à un écoulement vaginal d'une odeur tellement désagréable, que, malgré les plus grands soins de propreté, les personnes qui s'approchaient de cette cuisinière semblaient fortement contrariées de l'odeur qu'elle répandait.

Je remplaçai ce pessaire par un en tissu gommé, et j'eus la satisfaction de voir que, quelques jours après son application, l'écoulement fétide dont j'ai parlé cessa.

Le pessaire en caoutchouc en nature que j'avais sup-

primé à madame D***, conserva pendant plus d'un mois son odeur, quoique je l'eusse laissé sur un balcon, exposé à la pluie et au soleil.

CXXXIVe *observation*, 12e *section*.

Abaissement complet ou utéro-vulvo-vaginal, avec renversement considérable du vagin, formant depuis plus de vingt ans une tumeur entre les cuisses. Utérus maintenu réduit au moyen d'un pessaire.

Madame G***, âgée de quatre-vingts ans, d'un tempérament nerveux et sanguin. Depuis plusieurs années cette dame était tombée en enfance, et tout en ayant de la fortune elle vivait dans un état de malpropreté dégoûtant. Par avarice, elle était habituellement sans chemise et couverte de vieux haillons gras et d'odeur infecte; une vieille femme, à peu près aussi malpropre qu'elle, était la seule personne de qui elle voulût recevoir les soins les plus indispensables.

Les enfants de madame G*** lui firent plusieurs fois des représentations sur sa manière de vivre, qui ne pouvait qu'être contraire à sa santé, et lui proposèrent même de la prendre avec eux. Ces propositions, quoique très sages, excitaient la colère de cette dame, et ne purent rien changer à sa manière de vivre. Elle fut interdite et placée, à titre de pensionnaire, dans la maison de santé du docteur Perdreau.

Les premiers soins hygiéniques que réclamait l'état de cette personne étaient de la débarrasser de ses vêtements à peu près pourris par l'urine dont ils se trouvaient continuellement pénétrés, puis de la faire mettre dans un bain, chose qui ne lui était pas arrivée depuis au moins dix ans. Aussi fallut-il l'intervention de M. Perdreau pour que cette femme voulût bien s'y soumettre. Ce fut pendant les préparatifs que nécessitait une telle opération que ce médecin remarqua entre les cuisses de sa nouvelle pen-

sionnaire une énorme tumeur de la grosseur à peu près d'une tête d'enfant nouvellement né. En l'examinant, il reconnut qu'elle sortait du vagin, et devait sa formation au déplacement et abaissement complet de la matrice avec renversement de la paroi vaginale.

M. Perdreau m'ayant fait appeler pour remédier autant que possible à cet état, en questionnant la malade nous apprîmes que les commencements de cette infirmité remontaient au moins à quarante ans, époque à laquelle cette dame accoucha pour la quatrième fois. Cette dernière couche fut de beaucoup plus laborieuse que les trois qui l'avaient précédée; pourtant ce n'est que depuis à peu près vingt ans que madame G*** s'est aperçue que quelque chose sortait du vagin et lui descendait entre les cuisses. Malgré l'incommodité qu'elle en éprouvait, elle ne voulut jamais consulter un médecin.

Ces divers renseignements nous confirmèrent dans l'opinion que nous avions d'un déplacement de matrice avec renversement du vagin. La malade étant couchée sur le dos, les jambes fléchies sur ses cuisses et ses genoux écartés l'un de l'autre, nous essayâmes en vain de réduire la tumeur; elle ne pouvait pas rentrer dans le canal vaginal par suite de la dureté et de l'épaississement de la paroi interne du vagin, ce qui lui donnait assez bien l'apparence de la peau du bas ventre dont elle semblait la continuation.

L'indication thérapeutique et chirurgicale à remplir était sans contredit de reporter la matrice dans le canal vaginal, puis de tâcher de l'y maintenir au moyen d'un pessaire approprié. Mais de grandes difficultés s'opposaient, du moins pour le moment, au succès de toute espèce de manœuvre susceptibles de produire de pareils résultats: d'une part l'ancienneté du prolapsus, et de l'autre l'épaississement et la sécheresse de la membrane muqueuse du vagin, et plus encore peut-être l'indocilité de la malade.

Pour vaincre autant que possible les deux premières difficultés dont nous venons de parler, nous convînmes, le

docteur Perdreau et moi, de faire prendre à madame G*** chaque jour un bain de siège émollient, de lui faire garder constamment le lit et d'envelopper jour et nuit la tumeur de bouillie et de farine de graines de lin souvent humectée avec une infusion d'eau de guimauve.

Trois semaines de ce traitement suffirent pour qu'au moyen du taxis soutenu pendant une demi-heure à trois quarts d'heure je pusse réduire la matrice et la maintenir dans l'excavation du petit bassin par un pessaire rond qui, quoique la malade fût debout, marchât et fît même des efforts comme pour aller à la garderobe, resta dans le canal vaginal au point où je l'avais placé.

Comme il était probable que les viscères abdominaux avaient suivi l'abaissement de la matrice, d'après l'ancienneté de leur déplacement, il eût été imprudent de vouloir les reporter spontanément et de vive force dans le bas ventre; nous pensâmes qu'il fallait au contraire commencer par les mettre à même de se rétablir sans trouble ni confusion dans leur ancien domicile pour y continuer, sans se nuire les uns aux autres, réciproquement l'ensemble de leurs fonctions. Ce fut pour atteindre ce but que nous prescrivîmes à madame G*** la diète, les lavements et le repos dans le lit.

La malade que l'on ne pouvait pas surveiller continuellement, ôta dans la nuit son pessaire, disant qu'il lui donnait des coliques, puis se leva et tourmenta la personne qui la gardait pour avoir à manger.

L'impossibilité de faire entendre raison à cette dame pour la guérir de son infirmité, nous fit abandonner le traitement que nous avions si heureusement commencé. Il fallut nous borner à soutenir la tumeur qui redescendit entre ses cuisses, au moyen d'une simple bande en toile ou d'une serviette.

Cette observation est d'autant plus curieuse et importante pour la pratique, qu'elle démontre la possibilité de réduire et de contenir un prolapsus complet de l'utérus

avec renversement du vagin, malgré l'épaississement de sa paroi existant depuis un grand nombre d'années, par l'emploi du pessaire ordinaire, en admettant toutefois une conformation régulière du bassin et l'intégrité du périnée.

CXXXV^e *observation*, 12e *section*.

Abaissement compliqué ou utéro-sacro-vaginal et inflammation du col de la matrice avec écoulement fétide et sanguinolent par le vagin, suite d'une fausse couche de trois mois.

Madame de B***, Espagnole, âgée de vingt-six ans, tempérament éminemment nerveux et sanguin, forte constitution, était enceinte à peu près de trois mois quand elle apprit que son mari qui venait de passer en Espagne, à titre d'officier, dans les troupes qui combattaient pour l'indépendance espagnole sous les Cortez, venait d'être fait prisonnier par l'armée française commandée par Mgr le duc d'Angoulême. Pour arracher son mari à une mort certaine, cette dame fut obligée de faire beaucoup de courses en voiture, et même d'aller à Rambouillet où était la cour. La fatigue qu'elle éprouva; jointe aux inquiétudes qui la tourmentaient, déterminèrent une perte suivie au bout de douze à quinze heures d'une fausse couche. Cette femme courageuse oublia son état pour ne penser qu'à la position critique de son mari, et ne discontinua qu'un seul jour ses démarches.

Depuis cette époque, des pertes considérables eurent lieu, plus particulièrement avant qu'après les règles. Mais pour bien dire, il ne se passait pas un jour sans qu'il s'échappât de la matrice une plus ou moins grande quantité de sang. La phlegmasie de l'utérus existait depuis six mois, quand le docteur Martinez, médecin espagnol me fit appeler.

Mon doigt introduit dans le vagin rencontra, à peu de

distance de son orifice, le col de l'utérus, dirigé de droite à gauche et légèrement d'arrière en avant; il offrait peu de longueur, vu que la malade avait eu deux enfants avant sa fausse couche. Sa lèvre antérieure, extrêmement tuméfiée était sensible au toucher. La lèvre postérieure offrait deux cicatrices se confondant ensemble. Elle était également douloureuse quand on la comprimait. Le corps de l'utérus me sembla beaucoup plus gros que dans son état normal, ce qui résultait sans doute de l'épaississement de sa paroi, par suite de l'inflammation soutenue des tissus de cet organe, lequel, logé dans l'excavation du petit bassin, présentait assez bien la forme et le volume d'une boule de la grosseur du poing. La paroi vaginale considérablement infiltrée et affaissée accompagnait l'utérus dans son abaissement.

Il s'écoulait continuellement des organes de la génération du pus fétide et sanguinolent. La malade comparait les douleurs qu'elle éprouvait au col de la matrice à celles qui résulteraient d'un grand nombre d'aiguilles la traversant en tous sens.

Le déplacement de la matrice n'était donc réellement que la suite inévitable de l'affection pathologique sous l'empire de laquelle cet organe se trouvait, et dès lors le traitement devait avoir pour but de combattre les accidents inflammatoires de l'utérus, afin que, ramené à son état normal il pût, comme par le passé, se retrouver dans des conditions favorables à l'accomplissement de ses fonctions.

L'action mécanique des viscères abdominaux, qui avait lieu sur le fond de la matrice, fut rendue à peu près nulle par l'usage de notre ceinture ventrière élastique (1). A l'aide de cet appareil la malade retrouva la possibilité de faire de l'exercice à pied sans éprouver des pesanteurs dans

(1) *Voyez* la description de cet appareil à la 5e section du chap. Ier.

le bas ventre avec lassitude et malaise général qui auparavant la forçaient à garder le lit.

Trois mois nous suffirent pour triompher de la maladie de l'utérus. Le succès fut dû à un régime doux, à plusieurs applications de sangsues qui eurent lieu tant sur le col de la matrice qu'à la vulve et à des bains de Barèges avec injection de cette eau minérale dans le vagin.

Quatre à cinq mois après la cessation complète du traitement que nous venons d'indiquer, madame B*** bien portante repartit pour aller rejoindre son mari en Espagne. Les règles chez cette dame avaient reparu depuis plusieurs mois aux époques accoutumées, et comme avant la maladie qui avait dérangé le cours de cet écoulement indispensable à la santé de la femme adulte.

CXXXVI^e *observation*, 12e *section*.

Abaissement simple ou utéro-vaginal survenu à une jeune personne de dix-huit ans à la suite de vomissements déterminés par la prise d'une forte dose d'émétique.

Madame B***, âgée de vingt-six ans, d'un tempérament nerveux et sanguin, riche fermière, fut depuis huit ans tourmentée par des phlegmasies chroniques de l'estomac résultant d'une forte dose d'émétique qu'on lui fit prendre à l'âge de dix-huit ans. Depuis cette époque la malade fut soumise pendant douze à quinze mois au régime le plus sévère, son estomac ne pouvant digérer que du laitage et en assez petite quantité à la fois. Par suite de ce régime, cette jeune personne qui avait beaucoup de fraîcheur et d'embonpoint devint extrêmement maigre. Sa menstruation était irrégulière et accompagnée de fortes coliques et d'affection nerveuse. A cette époque elle éprouvait des tiraillements d'estomac suivis de défaillances, un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre avec besoin d'uriner, des douleurs au bas des reins et envies fréquentes

d'aller à la garderobe qu'elle ne pouvait satisfaire. Ces différents symptômes auraient dû faire soupçonner un déplacement de la matrice par abaissement; mais on n'y fit nulle attention. Le mariage fut conseillé par plusieurs médecins comme pouvant rétablir la santé de cette malade. Mais l'attente de ces praticiens fut trompée, car malgré deux couches qui eurent lieu à un an l'une de l'autre, la santé de cette dame s'altéra de plus en plus. Une troisième grossesse s'annonça il y a à peu près dix mois; mais, à quatre mois, sans cause connue, une fausse couche la termina.

Depuis ce temps il survint à différentes époques des écoulements sanguinolents et fétides qui n'annoncèrent que trop la phlegmasie chronique du col de l'utérus. Un pessaire fut placé; comme on doit bien le supposer, il augmenta les accidents.

Cette dame vint à Paris tout exprès pour me consulter; en la touchant, je trouvai le col de la matrice infiltré et douloureux; il s'appuyait sur le périnée dans l'excavation du petit bassin, en se dirigeant à gauche, c'est à dire du côté de l'intestin rectum.

Je fis cesser l'engorgement inflammatoire de ce col par trois sangsues que je plaçai dessus au moyen du spéculum utéri, et huit jours après un pessaire en tissu gommé pût être porté sans donner lieu à l'irritation du col de l'utérus, comme l'avait fait celui primitivement placé. Six mois après l'application de cet instrument, madame B*** vint me revoir. Sa santé était beaucoup meilleure qu'à son premier voyage. Elle avait même repris un peu d'embonpoint. Je conseillai à la malade de rester quelques jours sans son pessaire pour voir s'il serait possible de le supprimer; mais dès le lendemain, elle me pria de le lui replacer, ne pouvant marcher ou même rester debout sans l'avoir.

CXXXVII^e *observation*, 12e *section*.

Abaissement simple ou utéro-vaginal causé par un corset garni de baleines et de lames d'acier que portait, pendant les huit premiers mois de sa grossesse, une jeune fille de vingt-deux ans qui voulait cacher son état à sa maîtresse.

Marie, âgée de vingt-deux ans, constitution éminemment lympathique, scrofuleuse dans le bas âge, se trouva en service chez une dame qui avait une table d'hôte. Cette fille eut la faiblesse de céder aux instances d'un des habitués de la maison. Étant devenue enceinte par suite de cette liaison, elle voulut cacher le plus possible sa position. Une femme officieuse lui fit un corset, avec des baleines et des ressorts d'acier, pour empêcher son ventre de se développer. Cette malheureuse créature continua l'usage de cette espèce d'étui jusqu'au commencement du huitième mois, où sa grossesse ayant été reconnue, sa maîresse la congédia. Alors Marie se retira à la campagne chez une sage-femme, et deux heures après son accouchement elle se leva pour aller chez ses parents, où elle se plaignit d'une perte affreuse pour laquelle il lui fallut garder le lit pendant trois à quatre semaines. Aussitôt que ses forces le lui permirent, cette fille revint à Paris et entra en service chez un vieux garçon, et malgré que dans cette condition il y eût peu d'ouvrage à faire, elle n'en éprouvait pas moins, quand elle était obligée de rester quelque temps debout, des tiraillements d'estomac souvent suivis de défaillances, accidents qui, malgré elle, finirent par l'empêcher de pouvoir continuer ses occupations.

Ce fut à cette époque que son maître, attaché au ministère de la marine, parla de l'état de sa domestique à M. le docteur Kéraudren, inspecteur-général du service de santé de ce ministère, lequel me fit appeler pour examiner devant lui cette malade. Au toucher et à la vue, je reconnus

facilement un prolapsus et une maladie vénérienne que cette personne prétendit avoir gagnée en devenant enceinte.

Les organes de la génération étaient tuméfiés et ulcérés, ainsi que le vagin d'où il s'échappait un écoulement fétide et sanguinolent. Le col de la matrice, gros, dur et douloureux, se rencontrait à un travers de doigt de l'orifice du vagin.

Avant de penser à l'application du pessaire il fallait guérir cette malade. Je me chargeai de surveiller l'exécution du traitement qui fut prescrit par le savant médecin en chef de la marine, et au bout de trois mois il fut possible de placer sans danger un pessaire qui, en soutenant la matrice, fit cesser les accidents auxquels son déplacement avait donné lieu.

CXXXVIII^e *observation*, 12e *section*.

Abaissement simple ou utéro-vaginal avec perte de la voix survenu à une choriste d'un des grands théâtres de la capitale, âgée de vingt-deux ans, par suite d'une vive inflammation du col de l'utérus.

Mademoiselle R***, âgée de vingt-deux ans, tempérament nerveux et sanguin, d'un caractère très exalté; d'une petite stature et rachitique jusqu'à l'âge de puberté. Malgré sa faiblesse apparente, cette jeune personne possédait une très belle voix de contre-alto, ce qui lui fit quitter la maison paternelle pour entrer comme choriste dans un des grands théâtres de la capitale, où elle forma promptement une liaison de cœur, et par suite devint enceinte.

Pour cacher autant que possible son état à ses parents qui la recevaient encore de temps à autre, elle fit usage, jusqu'à la fin du septième mois de sa grossesse, d'un corset baleiné. Ses couches eurent lieu chez une sage-femme; elle voulut, le quatrième jour, voir sa mère, présumant qu'en raison de son état et de son repentir elle lui pardonnerait. Mais il en fut tout autrement; car, dans un trans-

port de la plus violente colère, elle en fut maudite et repoussée avec indignation.

Cette malheureuse scène donna lieu chez la malade à une affection nerveuse avec délire furieux. Les lochies se supprimèrent, et bientôt une phlegmasie de l'utérus se déclara. Elle fut combattue dès son origine par le docteur Chapelain, qui à l'aide des antiphlogistiques fit cesser une partie des accidents; pourtant la matrice resta grosse et abaissée. Son col s'appuyait sur le périnée. Il était encore boursouflé et douloureux quand je touchai la malade, quoiqu'il se fût écoulé quatre à cinq mois depuis sa couche.

L'abaissement de la matrice avait fait perdre la voix à cette cantatrice. Ce beau contre-alto ne faisait plus entendre que des sons grêles, et même plusieurs notes ne pouvaient pas être données.

Comme cette personne n'avait pas d'autre moyen d'existence que sa place de choriste, et que l'administration du théâtre où elle était attachée l'avait fait prévenir que si elle ne voulait pas la perdre il fallait qu'elle rentrât sous un cours délai, le médecin de la malade m'envoya chercher pour essayer, au moyen d'un pessaire, de mettre cette jeune personne en état de pouvoir continuer son emploi.

L'état douloureux du col de la matrice était bien certainement une contr'indication de l'application d'un pessaire, et je ne cachai pas au médecin et à la malade qu'il serait possible que la présence de cet instrument augmentât la phlegmasie de cette partie de l'utérus. Mes craintes n'étaient que trop fondées, car le pessaire ne put être supporté par mademoiselle R*** plus de quatre à cinq jours. Ce moyen mécanique lui avait à la vérité fait recouvrer sa voix, mais l'inflammation du col suivie d'un écoulement sanguinolent ne pouvait plus permettre de laisser plus longtemps en place cet instrument. Aussitôt qu'il fut ôté, plusieurs applications de sangsues furent faites sur le

col même de l'utérus, et des bains de siège émollients furent administrés pendant à peu près quinze jours.

Au bout de ce temps, la douleur ayant cessé au col utérin, des bains et douches d'eau de Barège redonnèrent du ton à la paroi vaginal, et de nouveau le pessaire fut appliqué sans déterminer pour cette fois le plus léger accident. La malade avait repris ses habitudes de théâtre, et six mois après elle put les continuer sans pessaire.

CXXXIX^e *observation*, 12e *section*.

Déchirure de la matrice survenue pendant un accouchement laborieux. Malade guérie par le pessaire.

Madame C***, âgée de vingt-huit ans, d'une constitution éminemment nerveuse, ayant peu d'embonpoint, riche meunière, mariée depuis huit ans, avait eu trois enfants. Les deux premières couches furent assez heureuses; pourtant le bassin, tout en étant régulier, était plutôt petit que grand.

Cette dame devint enceinte pour la troisième fois, il y a à peu près seize mois. Dans les derniers temps de la gestation, son ventre était énorme, ce qui lui fit craindre d'accoucher de deux enfants. Après trois jours de travail, les eaux amniotiques s'étant écoulées dès le premier, elle mit au monde un enfant dont la tête était tellement volumineuse, qu'au moment où elle s'engagea au dessous de la symphyse pubienne, elle crut sentir quelque chose se rompre dans son bas-ventre. La douleur fut tellement vive que la malade s'évanouit, ce qui ne lui était jamais arrivé à ses autres couches, étant naturellement assez courageuse. Cet évènement troubla la nouvelle accouchée et lui donna un frisson nerveux.

Les lochies en rouge ne coulèrent que les deux premiers jours et en très petite quantité, sans qu'aucun cail-

lot de sang ne fût rendu, et pourtant cette dame était d'une extrême faiblesse.

Il survint, le troisième jour, une légère fièvre qui dura vingt-quatre heures, après laquelle la peau resta sèche et brûlante. Un écoulement muqueux plus ou moins abondant, offrant parfois quelques stries sanguines, continua à couler depuis cette époque. Cet écoulement, joint au défaut d'alimentation, avait réduit la malade à un tel état d'amaigrissement que la peau se trouvait tendue sur les os au point qu'ils semblaient près à la traverser.

Une toux d'irritation, semblable à celle des phtisiques, était venue compliquer cet état fâcheux. Madame C***, d'un caractère assez gai, était devenue triste et mélancolique. A chaque personne de sa famille qui venait la voir, d'abondantes larmes inondaient son visage.

Trois médecins du pays furent appelés près de cette dame, et, après l'avoir touchée, ils ne craignirent pas d'annoncer au mari que sa femme avait une fonte putride de la matrice tellement avancée, que déjà une grande partie de cet organe était détruit.

M. Dupuytren fut demandé. Ne pouvant, à cette époque, s'absenter de Paris, il envoya un interne de l'Hôtel-Dieu, lequel, ne rencontrant pas une matrice bien appréciable, se rallia à l'avis des trois médecins dont nous avons parlé, et dit au mari, en soupant, en présence d'une domestique, « que sa femme était perdue et n'avait plus que » quelques mois à vivre; que sa maladie trop avancée ne » laissait aucune chance de guérison, que, par conséquent, » le traitement à lui faire suivre ne devait avoir pour but » que de prolonger sa vie de quelques mois et de dimi- » nuer, autant que possible, ses souffrances. »

La domestique appelée dans la chambre de sa maîtresse s'y rendit toute en larmes. Questionnée par elle sur la cause de sa douleur, elle eut la faiblesse de lui raconter ce qu'elle venait d'entendre. Depuis cette fatale confidence l'état de la malade empira, son sommeil qui n'était que de

quelques heures se trouvait agité par des rêves qui lui représentaient sa mort prochaine. Alors, dans un état de stupeur et de désespoir, elle appelait son mari, ses enfants, pour leur dire un éternel adieu.

Madame C*** était dans cette disposition d'esprit, lorsqu'elle me fit appeler. En la touchant avec mon doigt introduit dans le vagin, je trouvai ce canal rempli de mucosités légèrement fétides. Sa paroi offrait une extrême tuméfaction; un corps inégal et un peu douloureux se rencontrait au fond du vagin, c'est à dire dans l'excavation du petit bassin, la forme de ce corps était telle qu'il me fut impossible de reconnaître d'abord ses caractères, sans porter le doigt indicateur de la main gauche, le plus profondément possible, dans l'intestin rectum. A l'aide de cette manœuvre, je pus soulever ce corps, et alors le doigt de la main droite que j'avais conservé introduit dans le vagin apprécia facilement l'état pathologique de l'utérus.

Le col et une partie du corps de cet organe formaient deux lambeaux adhérents à droite et à gauche à la paroi vaginale. La déchirure du col de la matrice s'était prolongée à peu près au tiers du corps de cet organe. Ces désordres étaient survenus, quand la tête de l'enfant avait cherché à sortir de l'utérus. Cette disposition des parties mal appréciée par les personnes qui avaient touché la malade avant moi, avait fait croire à l'existence d'un ulcère qui, après avoir détruit le col utérin, s'était étendu au propre corps de cet organe.

Mes recherches terminées et ma conviction bien établie, je déclarai à la malade, en présence de son mari et d'autres personnes de sa famille, que la matrice avait été déchirée, mais que pourtant elle se trouvait dans un état sain; que l'impossibilité où était madame C*** de se tenir debout venait du défaut de résistance de la paroi vaginale, ainsi que de l'enveloppe et des ligaments fournis à la matrice par le péritoine.

Je promis à cette dame qu'elle se rétablirait prompte-

ment, au moyen d'un pessaire dont l'usage lui permettrait plus tard de faire de l'exercice à pied, aussitôt qu'un régime alimentaire tonique et fortifiant lui aurait redonné de la force. Le ton d'assurance avec lequel je parlai fit que la malade me pria de lui placer de suite cet instrument, et, aussitôt cette petite opération terminée, ses inquiétudes cessèrent, et elle s'endormit en nous parlant. Son sommeil fut paisible et dura huit heures sans interruption, ce qui était d'autant plus étonnant que, depuis plusieurs mois, elle n'avait pas plus d'une ou deux heures de sommeil par nuit.

A son réveil, madame C*** avait le teint plus frais que la veille; l'ensemble de sa figure exprimait la satisfaction et le contentement. Elle me dit même en ouvrant les yeux : « Votre pessaire m'a guérie, car j'ai reposé comme dans mon meilleur état de santé. » Vu l'intelligence de la malade, je crus devoir la désabuser en lui démontrant que le pessaire n'agissait que mécaniquement, et que par conséquent elle n'en éprouverait de bons effets qu'étant debout. On l'habilla, et, à l'aide du bras de son mari et du mien, elle parcourut à pied une avenue de cinq à six cents pas d'étendue, en nous disant : « Oui, je sens bien qu'il ne me manque plus que des forces, car je n'éprouve aucune espèce de souffrance. »

Des injections appropriées, un régime légèrement tonique, de l'exercice modéré et de la distraction, mirent, au bout de trois mois, madame C*** à même de faire jusqu'à une lieue à pied sans en être incommodée. A cette époque, cette dame vint à Paris pour me remercier des soins que je lui avais donnés. Je lui conseillai de profiter de son séjour pour consulter M. Dupuytren. Elle s'y refusa, en me disant « que j'avais toute sa confiance, et qu'elle ne voulait prendre d'autre avis que de moi. » J'insistai, désirant lui faire prendre des toniques plus énergiques que ceux que j'avais primitivement ordonnés, et d'ailleurs, sentant la nécessité de lui faire porter longtemps le pessaire, j'étais

bien aise d'être appuyé par l'opinion de ce grand praticien. Voici la consultation que nous arrêtâmes ensemble :

Les soussignés, après avoir examiné et écouté avec attention madame C***, sont d'avis : 1° qu'il existe chez cette dame un abaissement de la matrice avec disposition à l'antéversion et déchirure d'une partie de cet organe; 2° qu'il existe chez elle une grande faiblesse de la paroi de l'abdomen, suite d'accouchements réitérés; 3° qu'il existe enfin chez cette dame une affection nerveuse qui reconnaît pour cause la constitution de la malade, et pour cause déterminante les affections ci-dessus énoncées. Conséquemment les soussignés sont d'avis : 1° que madame C*** porte pendant cinq années au moins un pessaire rond en gomme élastique; 2° qu'elle porte constamment aussi une ceinture ventrale et élastique; 3° qu'elle soit vêtue de flanelle portée sur la peau de la tête aux pieds; 4° qu'elle prenne tous les jours, soir et matin, un bain d'eau froide sulfureuse de quatre à cinq minutes de durée; qu'à son issue elle se fasse pratiquer pendant une demi-heure des frictions sur tout le corps avec une brosse de blaireau; 5° qu'elle fasse usage tous les jours, le matin à midi et le soir une heure avant le repos, chaque fois d'une cuillerée à bouche ordinaire de sirop amer de gentiane, préparé au vin de Madère sec et non à l'eau-de-vie; 6° surtout que madame C*** prenne autant de distraction que sa position le lui permettra; qu'elle fréquente la société si elle le peut; 7° enfin qu'elle ne laisse pas passer un seul beau jour, ou même un seul jour sec, bien que froid, sans monter pendant deux ou trois heures à cheval sur une selle en fauteuil, en pleine campagne, en évitant toutefois de sortir lorsqu'il existera un froid humide.

D'ailleurs les soussignés attestent qu'il n'existe aucun indice d'un engorgement squirreux ou d'une altération cancéreuse, soit actuelle ou à craindre pour l'avenir, au col non plus qu'au corps de l'utérus.

Signé : DUPUYTREN, VERDIER.

La malade ayant exactement suivi cette consultation, vit de jour en jour sa santé se fortifier, et un an après j'eus occasion de la revoir avec le docteur Dubreuil, aujourd'hui professeur à la faculté de médecine de Montpellier; nous ôtâmes le pessaire, et reconnûmes que la matrice était toujours dans un état sain. Nous voulûmes essayer pendant quelques heures de faire marcher cette dame sans cet instrument, mais au bout de quelques minutes elle pensa se trouver mal et éprouva des bâillements qui ne cessèrent qu'après que le pessaire eut été remis en place.

Huit ans après cette époque, je revis madame C***; elle continuait encore l'usage du pessaire. A plusieurs reprises cette dame avait essayé de se passer de cet instrument, mais le malaise et les accidents qu'elle éprouvait aussitôt qu'elle ne l'avait plus, lui firent prendre la détermination de le porter toute sa vie.

CXL^e *observation*, 12e *section*.

Abaissement compliqué ou utéro-sacro-vaginal et inflammation du col de la matrice ainsi que de l'ovaire droit, par suite d'injections dans le vagin d'eau et de vinaigre au moment des règles.

Madame M***, âgée de vingt ans, d'une constitution nerveuse et sanguine, d'un caractère violent et très exalté, mariée à quinze ans, fut mère à seize. A cette époque, le bassin de cette jeune dame n'avait pas encore acquis tout son développement : pourtant il était régulier dans ses dimensions. L'enfant qu'elle mit au monde étant très gros, la tête à sa sortie déchira le périnée dans une assez grande étendue. Depuis cette couche la malade éprouve souvent d'assez vives irritations, dont le siège variable se rencontre à l'utérus, à la poitrine ou même au cerveau.

Par suite de la grande mobilité du système nerveux de madame M***, le sang se trouve porté avec violence d'un

organe à l'autre, ce qui donne lieu chez elle à de fréquentes phlegmasies.

A l'âge de vingt ans, cette dame devait se rendre à un bal. Ses règles s'annoncèrent quelques heures avant son départ. Contrariée de cet événement qui pouvait la priver de danser, elle fit sa toilette, et porta dans le vagin plusieurs injections d'eau et de vinaigre, ayant entendu dire à son accoucheur que dans le cas de pertes utérines ce moyen réussissait presque toujours. Effectivement ses règles s'arrêtèrent; mais la suppression de l'écoulement des menstrues, qui devait satisfaire ses plaisirs, devint pour elle un long sujet de peines et de douleurs. Bientôt la danse la fatigua, une chaleur excessive se fit ressentir dans l'intérieur du vagin, des picottements insupportables eurent lieu à la matrice et même aux ovaires. Celui du côté droit se tuméfia et devint douloureux; il augmenta ensuite de volume au point de former au dessus d ligament fémoral une tumeur oblongue de la grosseur d'un petit œuf.

Depuis cette époque madame M*** fut assez mal réglée; sa menstruation était toujours précédée de fortes coliques, d'un écoulement muqueux et sanguinolent qui se prolongeait souvent plusieurs jours après la cessation des règles. Pendant tout le temps de leur durée l'ovaire droit était plus gros et plus douloureux que dans leur intervalle.

Cet état existait depuis plusieurs années lorsque je fus consulté par madame M***, je la trouvai extrêmement maigre et faible; elle se plaignait de pesanteur dans le bas-ventre, des tiraillements douloureux au bas des reins qui se rapportaient particulièrement aux articulations sacro-iliaques, de difficultés pour aller à la garderobe, d'envies fréquentes d'uriner. Cet état se compliquait de coliques avec tiraillements d'estomac qui donnaient lieu à d'assez mauvaises digestions, pendant lesquelles de fréquents bâillements la fatiguaient et l'impatientaient quelquefois au point de la faire se mettre en colère. A ces désordres se joi-

gnait une toux d'irritation sans expectoration. L'ébranlement du système nerveux était quelquefois porté à un tel point que plusieurs symptômes d'aliénation mentale pouvaient faire craindre la folie.

Le toucher me fit reconnaître un bourrelet dur et épais qui rétrécissait l'orifice du vagin. Ce bourrelet raboteux et inégal ne pouvait être dilaté sans donner lieu à de vives douleurs. L'intérieur du canal vaginal offrait une chaleur brûlante et pourtant sa paroi était molle et infiltrée. Le col de la matrice occupait l'excavation du petit bassin dans une direction d'avant en arrière en s'appuyant sur le périnée, tout près de l'intestin rectum. Il était tuméfié et douloureux, long d'à peu près deux travers de doigt.

La lèvre antérieure offrait un volume double de la postérieure. Toutes les deux éprouvaient un même degré de sensibilité. Le museau de tanche se trouvait resserré par la tuméfaction de la lèvre antérieure à un tel point qu'il était impossible d'y introduire l'extrémité du doigt. Le corps de l'utérus très développé s'appuyait sur la symphyse pubienne, il comprimait assez fortement la vessie et une partie du canal de l'urèthre. En soulevant avec mon doigt la totalité de la matrice je donnai lieu à une assez vive douleur qui s'étendit dans toute la région hypogastrique, et plus particulièrement dans le voisinage de l'ovaire droit.

Je n'étais pas le médecin de cette dame qui déjà avait été traitée pendant cinq à six mois pour cette maladie; on lui avait appliqué plusieurs fois des sangsues sur la tumeur, ainsi que des cataplasmes émollients suivis d'emplâtres fondants. Son médecin fit administrer intérieurement la belladone; mais ce remède, au lieu d'agir comme narcotique, détermina de graves accidents, et on fut obligé d'en abandonner promptement l'emploi. Quant à moi, voici ce que je crus devoir prescrire à la malade : 1° de se coucher tous les jours le plus

tard à onze heures du soir(1); 2° de faire des promenades pendant que le soleil serait sur l'horizon et non la nuit où l'air froid et humide ne peut convenir à la santé; 3° de ne faire usage, pour sa nourriture, que d'aliments faciles à digérer, et que surtout le meilleur repas ait lieu le matin de onze heures à midi; 4° d'éviter autant que possible de manger le soir au moment de se coucher afin que le sommeil ne soit pas troublé par la digestion; 5° de cesser pour le présent les habitudes du mariage; 6° à l'approche des règles, à l'époque des coliques qui d'ordinaire les précèdent de quelques jours, de faire usage, le soir et le matin, d'un bain de siège dans l'eau duquel on aurait fait bouillir de la morelle, de la mauve et du pavot; 7° dans l'intervalle des règles de faire usage tous les deux jours de bains de Barèges avec addition de gélatine, ou bien de bains d'amidon; 8° d'éviter avec soin les affections morales, l'impatience, la colère; 9° de chercher tous les moyens de distraction agréable, fréquenter quelquefois la société et les spectacles, dans ces derniers se placer aux loges découvertes où l'air circule librement plutôt que dans celles fermées des deux côtés.

Madame M*** se conforma exactement pendant quatre mois à ce nouveau système de vie, à l'exception pourtant des promenades nocturnes; mais il est vrai de dire qu'elle sortait à dix heures du soir, rentrait se coucher à minuit, et

(1) Pour l'intelligence de cette consultation il est indispensable de faire connaître certaine habitude de madame M***. Elle perdit sa mère dans son bas-âge : fille unique d'un père riche qui l'idolâtrait tout en lui faisant donner une bonne éducation, il exigea de la maîtresse de pension où il la plaça qu'elle ne fût contrariée en rien dans ses volontés.

Le caractère de cette jeune personne devint extrêmement original; malgré les instances réitérées de son mari et l'avis verbal et écrit de plusieurs médecins, on ne put jamais obtenir d'elle qu'elle sortît dans le courant de la journée, même par les plus beaux temps de l'été. Ce n'était qu'à onze heures du soir que, seule et mal vêtue, cette dame courait les rues, les quais et les boulevarts, jusqu'à trois ou quatre heures du matin. En rentrant chez elle, et avant de se coucher, madame M*** faisait un copieux repas, puis restait au lit jusqu'à midi ou une heure.

ne prenait, avant de se mettre au lit, qu'une tasse de thé ou de tilleul.

L'état de cette dame était considérablement amélioré, elle avait même repris de l'embonpoint et de la fraîcheur; la tumeur formée par l'ovaire avait à peu près disparu; l'écoulement des menstrues avait lieu sans être précédé de coliques comme autrefois; le sang qui s'échappait de la matrice était très coloré.

L'état du vagin ainsi que celui de l'utérus pouvaient m'autoriser à essayer l'usage d'un pessaire. Mais pourtant d'après une légère tuméfaction que je remarquai à la lèvre postérieure du col de la matrice, je crus devoir faire précéder l'application de cet instrument de trois sangsues que je plaçai directement sur le col même de la matrice au moyen du spéculum.

Le pessaire fut porté pendant six mois sans avoir donné lieu au plus léger accident. Mais la malade d'un caractère faible et inconstant changeait ordinairement de médecins trois à quatre fois par an. Je dus donc éprouver le sort de ceux qui m'avaient précédé. Madame M*** s'adressa à un jeune médecin qui lui fit supprimer son pessaire, afin de reprendre plus facilement ses habitudes du mariage, étant persuadé, lui dit-il, qu'une grossesse terminée par une couche heureuse la rétablirait complètement.

Depuis cette époque je cessai toutes mes relations avec cette dame, et deux ans après j'appris sa mort sans qu'il me fût possible de me procurer le plus léger renseignement sur la maladie qui l'avait précédée.

CXLI^e *observation*, 12e *section*.

Abaissement compliqué ou utéro-sacro-vaginal et inflammation du col de la matrice, par suite d'injections dans le vagin d'eau saturée d'alun. Malade guérie par le pessaire.

Madame B***, Anglaise, âgée de trente ans, constitution nerveuse et sanguine, fit, il y a six ans, un voyage de

long cours. Elle éprouva le mal de mer avec de fréquents vomissements pendant plusieurs mois qu'elle fut embarquée, ce qui détermina chez elle un amaigrissement extrême et un abaissement simple de l'utérus. Cet organe, abandonné à lui-même, passa promptement au deuxième degré de déplacement, c'est à dire à l'abaissement compliqué.

Cette dame gardait le lit depuis quelques jours, quand elle fit appeler le docteur Régnault, auquel elle se plaignit de tiraillements d'estomac et de vomissements. Levée, la malade éprouvait de vives douleurs au bas des reins avec élancements au col de la matrice. Il existait une chaleur extrême dans le vagin, d'où il s'échappait un écoulement sanguinolent et même fétide. Ce médecin, ne s'occupant pas de chirurgie, me fit appeler pour m'assurer, par le toucher, de l'état de la matrice de madame.

Je rencontrai le col de l'utérus à l'entrée du vagin, sous le méat urinaire, qui, ainsi que lui, était dur, inégal et douloureux. Toute la paroi vaginale se trouvait également comme crispée et sans humidité, ce qui me fit supposer que l'écoulement venait de l'utérus. La malade ne pouvait se lever, dans son lit, sur son siège sans se trouver mal; debout, il lui semblait que tout ce qu'elle avait dans le ventre allait en sortir.

L'état d'irritation du col de la matrice et du vagin réclamait l'emploi de bains de siège émollients et même narcotiques; mais comment les administrer sans soutenir la matrice par un moyen mécanique qui, en donnant un point d'appui aux viscères abdominaux, pût faire cesser la syncope dont nous venons de parler? Quoiqu'il fût à craindre que le simple contact d'un pessaire en gomme élastique n'augmentât l'irritation du col de la matrice, je crus devoir en proposer l'usage en ayant soin toutefois de recouvrir cet instrument d'une grande quantité de cérat opiacé.

Après l'application du pessaire, la malade prit trois

bains de siège chauds de chacun une heure. On avait fait bouillir dans l'eau de ces bains une assez grande quantité de morelle, de mauve et de pavots. A notre seconde visite, qui eut lieu qurante-huit heures après la première, nous trouvâmes madame B*** dans un état beaucoup plus satisfaisant que nous n'avions lieu de l'espérer. Les douleurs avaient cessé au col de l'utérus, et cette dame était restée levée plusieurs heures et même avait marché dans sa chambre sans éprouver le malaise et la faiblesse dont elle s'était plainte avant que le pessaire fût placé.

Curieux de savoir comment le col de la matrice s'était trouvé dans son contact avec un corps étranger, je retirai le pessaire, et mon étonnement fut grand en trouvant l'utérus, ainsi que la paroi vaginale et le méat urinaire, à peu près dans leur état naturel.

Il était difficile de s'expliquer un changement aussi prompt; c'est pourquoi je demandai à la malade si, avant que nous lui eussions donné des soins, elle n'avait pas porté dans le vagin des injections astringentes. Elle nous avoua que pendant quinze jours, d'après la prescription d'un médecin anglais, elle s'injectait le matin et le soir, pendant huit à dix minutes, avec de l'eau saturée d'alun, et que la chaleur, les élancements au col de la matrice, ainsi que l'écoulement dont elle s'était plainte, ne lui étaient survenus que quelques jours après avoir commencé ce traitement; mais son médecin anglais, au lieu de suspendre l'usage de ces injections incendiaires, lui en prescrivit trois par jour.

La crainte de s'exposer à de plus graves accidents détermina madame B*** à consulter M. le docteur Régnault. Le traitement plus rationnel que lui prescrivit ce médecin, et l'application du pessaire soutenu pendant six mois, rétablit sa santé au point que, quand elle retourna en Angleterre, son embonpoint était beaucoup plus grand qu'avant son indisposition.

CXLII^e *observation*, 12e *section*.

Abaissement complet ou utéro-vulvo-vaginal, avec déchirure du périnée, par suite de l'application du forceps.

Mme B***, âgée de vingt-deux ans, d'une constitution sanguine et nerveuse, se maria à l'âge de vingt ans, et fut mère dix-huit mois après. Son accouchement fut laborieux et terminé avec le forceps, qui, à sa sortie, en entraînant la tête de l'enfant, déchira le périnée dans toute son étendue. La douleur fut tellement vive que l'accouchée jeta un cri perçant et s'évanouit; une perte se déclara et diminua un peu après la sortie du placenta, mais pourtant continua encore plusieurs jours après son expulsion.

L'écoulement des urines en irritant la plaie du périnée y détermina une vive inflammation. La malade se trouvant mieux au bout d'un mois voulut se lever. Mais à peine fut-elle debout qu'elle tomba sans connaissance; cet évanouissement fut causé par la sortie brusque de la matrice qui descendit spontanément entre les cuisses. Un médecin appelé réduisit l'utérus, et déclara l'existence de la lésion du périnée que l'accoucheur de cette dame lui avait cachée.

Six mois après l'accouchement on s'adressa à moi pour placer un pessaire à la malade. Je rencontrai le vagin et le col de l'utérus dans un état peu convenable à l'application de cet instrument, car ces deux organes étaient le siège d'une vive inflammation. Le col de la matrice était en outre infiltré, mollasse dans certains endroits, squirrheux dans d'autres. Son orifice très dilaté laissait échapper un liquide muqueux, sanguinolent et fétide. La plus légère compression exercée sur lui avec le doigt donnait lieu à de vives douleurs.

Madame B*** avait la peau sèche et brûlante, le pouls petit et intermittent, de la toux sans expectoration avec de fortes quintes. Ces accidents précédaient chaque jour

d'une demi-heure à trois quarts d'heure un accès de fièvre, s'annonçant d'ordinaire par un léger frisson qui avait lieu régulièrement tous le soirs de six à huit heures. L'accès ne se terminait que sur les minuit à deux heures du matin par une transpiration assez abondante, surtout au creux de l'estomac.

Comme on doit bien le penser, l'état de cette malade était des plus affligeants et faisait prévoir sa fin prochaine. Les digestions étaient lentes et pénibles, souvent même un léger potage était rejeté une demi-heure à trois quarts d'heure après avoir été pris. Ce fut aux bons soins de son médecin et à la force de sa constitution que madame B*** dut la prolongation de son existence encore six mois après ma visite.

CXLIII^e *observation*, 12e *section*.

Pessaire placé à une jeune femme douze jours après son accouchement, qui donna lieu à la suppression des lochies et aux premiers symptômes de la métrite.

Madame M***, âgée de vingt-quatre ans, d'une assez bonne constitution, pourtant un peu lymphatique, riche meûnière dans les environs de Paris, se maria à vingt-trois ans, et fut mère à vingt-quatre. Son accouchement fut un peu laborieux; le placenta adhérait en plusieurs de ses points avec la matrice et se trouvait même comme enchatonné; quelques heures s'étant passées après l'accouchement sans qu'il sortît, l'accoucheur exerça de fortes tractions sur le cordon ombilical, qui en attirant la matrice jusqu'à l'orifice du vagin causa une douleur tellement vive que l'accouchée s'écria qu'on lui arrachait l'ame.

Au bout de dix jours de son accouchement madame M*** se plaignit de douleurs au bas des reins, de coliques et de gêne par la présence d'un corps étranger quand elle voulait uriner. Son accoucheur ayant reconnu que c'était la matrice qui se présentait à la vulve lui plaça un pessaire.

La présence de cet instrument causa une telle irritation au col de la matrice que bientôt les lochies se supprimèrent, et aussitôt une chaleur extrême se manifesta dans tout le bas-ventre.

La malade m'ayant fait appeler, je partis pour la voir avec le docteur Dubreuil, dont nous avons déjà parlé. Nous trouvâmes cette dame la peau sèche et brûlante, le ventre tendu, douloureux et sous l'empire d'un commencement de métrite.

En présence de son accoucheur je supprimai le pessaire. Un bain de siège composé d'herbes émollientes fut pris par la malade qui y resta à peu près deux heures. Rentrée dans son lit le ventre fut couvert d'abord de flanelle chaude, et deux heures après de cataplasmes émollients. C'était le soir à huit heures que nous fîmes commencer l'emploi de ces différents moyens.

Le lendemain matin à six heures, nous revîmes la malade; sa peau était humide, son pouls développé, la tension du ventre moins grande que la veille, les lochies avaient reparu, et les douleurs de l'utérus étaient considérablement diminuées. La nuit avait été assez calme, et même quelques heures de sommeil avaient eu lieu.

Nous fîmes continuer les cataplasmes émollients; le ventre fut tenu libre par des remèdes également émollients, et au bout d'un mois cette dame reprit ses occupations de ménage. La matrice était restée basse, c'est pourquoi nous fîmes porter à la nouvelle accouchée une ceinture ventrière élastique, qui, en soutenant la masse des viscères abdominaux, les empêcha de porter aussi directement sur le fond de la matrice qu'ils le faisaient auparavant.

Ce moyen permit en outre aux divers ligaments de l'utérus de reprendre de la force et de l'énergie. Six mois après sa couche, madame M*** vint me prier de la toucher, et je rencontrai l'utérus dans sa position normale. La ceinture fut supprimée, et la santé de cette dame se trouva dès lors aussi bonne qu'elle avait été avant son accident.

CXLIVe *observation*, 12e *section.*

Abaissement compliqué ou utéro-sacro-vaginal. Femme âgée de quarante-huit ans, chez laquelle le pessaire détermina une hémorrhagie vaginale.

Madame L***, âgée de quarante-huit ans, éminemment nerveuse et sanguine, ayant eu beaucoup de chagrins depuis une vingtaine d'années, avait un abaissement de l'utérus par suite d'une fausse couche qui eut lieu il y a vingt-deux ans. On s'inquiéta peu de ce petit accident. Quelques années après, une maladie vénérienne avec ulcération détermina de fortes adhérences du col utérin avec le vagin, surtout à sa partie postérieure.

Il y a six ans que madame L*** fit un effort, lequel donna lieu à une hernie ombilicale. Ces deux infirmités concoururent à détruire sa santé. Elle éprouvait de fréquentes douleurs tant à sa hernie ombilicale qu'au bas des reins, lesquelles donnaient lieu à des syncopes nerveuses suivies d'un abattement général. Par suite de ces désordres il survint par le vagin un écoulement muqueux et sanguinolent.

Cette dame, qui était à son temps critique, ne pouvait plus continuer ses occupations de sous-maîtresse de pension, puisqu'il lui était impossible de rester dix minutes debout : c'est ce qui la détermina à me consulter.

Au toucher, je reconnus que la lèvre postérieure de l'utérus était, comme je l'ai dit, fixée au vagin dans l'excavation du petit bassin. Il me fut facile d'apprécier une large bride ressemblant à un pli du vagin qui embrassait une portion du col de la matrice, et se continuait sur une partie du corps de cet organe. Malgré cette bride, le col de la matrice se présentait souvent à l'orifice du vagin et semblait vouloir franchir la vulve.

Un pessaire ne pouvant être placé sans causer la rupture accidentelle d'une partie des moyens d'union du vagin à la

matrice, je prévins la malade qu'il serait possible que la présence de cet instrument déterminât pendant quelques jours un écoulement plus ou moins abondant de sang de la matrice ou du vagin; que dans le cas où une hémorrhagie utérine se déclarerait avec un sentiment de chaleur, il faudrait de suite supprimer le pessaire; mais que si le sang était fourni par des veines variqueuses que j'avais cru rencontrer en assez grand nombre dans le canal vaginal, il fallait en continuer l'usage. Je plaçai donc cet instrument ainsi qu'une ceinture ventrière en élastique, avec une pelote destinée à soutenir la hernie ombilicale.

La malade, se trouvant bien au bout de quelques jours, se mit en route pour faire un voyage de cinquante lieues. Les secousses de la voiture la fatiguèrent considérablement et donnèrent lieu à un grand écoulement de sang par le vagin. Arrivée au Mans, cette dame fit appeler le docteur Janin, qui crut devoir laisser le pessaire et prescrire quelques jours de repos, au bout desquels tous les accidents avaient cessé.

Cette abondante hémorrhagie, composée d'un sang veineux extrêmement foncé, débarrassa la malade d'une espèce de poids qu'elle éprouvait dans le bas ventre. Revenue à Paris au bout de trois mois, je la touchai et reconnus que la large bride du vagin avait été déchirée; le col de la matrice, par suite de cette rupture, s'était engagé dans l'ouverture du pessaire.

Les accidents qu'éprouvait madame L*** avant l'application de cet instrument avaient totalement cessé, ce qui lui avait permis de reprendre ses occupations. J'essayai d'ôter le pessaire pendant vingt-quatre heures; mais au bout de six heures la malade m'envoya chercher pour le lui replacer, vu qu'elle n'avait pu rester levée sans éprouver des défaillances suivies d'anéantissement.

Le pessaire a été porté pendant quinze ou dix-huit mois sans interruption, puis abandonné sans qu'il en soit ré-

sulté le plus léger inconvénient pour la santé de madame L***.

CXLV^e *observation*, 12e *section*.

Abaissement composé ou utéro-sacro-vaginal et adhérence du col de la matrice à la paroi du vagin.

Madame G***, propriétaire, âgée de cinquante ans, nerveuse, ayant beaucoup d'embonpoint, fit une fausse couche à l'âge de trente ans, laquelle fut suivie de l'abaissement de l'utérus, dont le col fut pendant plusieurs mois le siège d'une vive phlegmasie avec écoulement sanguinolent si abondant, que plus d'une fois la vie de la malade se trouva en danger. La convalescence qui suivit cette maladie fut d'autant plus longue que l'épuisement de la malade fut extrême. Pourtant plus tard sa bonne constitution triompha; elle se rétablit, mais l'utérus resta abaissé.

A quarante-huit ans, madame G***, étant à son temps critique, commença à éprouver des désordres dans sa santé qu'on attribua au déplacement de l'utérus. L'état de cette dame s'étant aggravé de plus en plus à cinquante ans, elle me fit appeler dans l'intention que je lui plaçasse un pessaire; mais l'application de cet instrument fut impossible, vu qu'il existait à deux travers de doigt de l'orifice du vagin un développement anormal d'une partie de sa paroi, qui, après avoir enveloppé la lèvre postérieure du museau de tanche allait s'unir au col de l'utérus par des brides lâches et faciles à distendre. Ces moyens accidentels d'union étaient de nature à n'être détruits que par le bistouri. Il importait d'autant plus de rompre ces brides qu'elles maintenaient la matrice couchée dans le canal vaginal, de manière que le corps de cet organe, en occupant le petit bassin, s'appuyait fortement sur l'intestin rectum.

Je cherchai inutilement à soulever le col de la matrice afin de la reporter d'abord d'avant en arrière et ensuite de

bas en haut. Tout ce que je pus faire fut de passer mon doigt derrière le col ; au moyen de cette manœuvre je m'assurai que l'adhérence du vagin se bornait à sa lèvre postérieure, et que le reste de l'utérus était libre.

La malade ayant eu plusieurs enfants, le vagin était tellement dilaté, qu'en écartant légèrement les nymphes on voyait le col utérin, ce qui offrait la plus grande facilité à tenter la section de la bride dont j'ai parlé ; mais la malade se refusa à cette petite opération, quoique M. le professeur Dupuytren l'eût assurée qu'il n'y avait pas pour elle le moindre danger à courir et qu'il lui garantissait le succès le plus complet.

Dans l'intention de soutenir les viscères abdominaux et de les empêcher de porter aussi directement qu'ils le faisaient, d'après la saillie du ventre de cette dame sur la cloison membraneuse qui sépare la cavité abdominale de celle du bassin, je plaçai une ceinture ventrière qui fit cesser une partie des accidents dont se plaignait depuis longtemps la malade ; mais cet appareil était loin de remplacer le pessaire dont l'application eût été facile après la division des brides vaginales.

CXLVI^e *observation*, 12e *section*.

Inflammation de l'utérus avec écoulement sanguinolent rencontrée chez une demoiselle de trente-quatre ans, dont l'orifice vaginal était à peu près fermé par la membrane de l'hymen.

Mademoiselle J***, dame de compagnie de la baronne de C***, âgée de trente-quatre ans, peu d'embonpoint, éminemment nerveuse, ayant beaucoup d'exaltation dans ses idées par suite d'une passion malheureuse, au moment où, après plusieurs années de tourments et d'obstacles de toute espèce, cette personne allait être unie à son amant, un fatal accident termina brusquement une existence qui lui était si chère.

A différentes époques de sa vie, mademoiselle J*** a éprouvé des affections hystériques, lesquelles lui firent contracter de mauvaises habitudes, ce qui fit disparaître son embonpoint. Elle prit elle-même, et sans consulter personne, un vomitif qui la fatigua considérablement. Depuis cette époque, cette personne éprouva un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre, des envies fréquentes d'uriner, des douleurs au bas des reins, de fréquentes syncopes, de la chaleur avec élancement au col de la matrice, suivis d'écoulement fétides et sanguinolents, surtout à l'époque des règles.

Pour reconnaître l'état de la matrice, il fallait procéder au toucher. Cette demoiselle y consentit; mais il me fut impossible d'arriver jusqu'au col de l'utérus, mon doigt se trouvant arrêté à l'entrée du vagin par un cercle dur qui me fut impossible de dilater, malgré le cérat et le beurre que j'y portai. L'incision par le bistouri de ce cercle ou bourrelet formé par la membrane de l'hymen, étant le seul moyen à employer, je le proposai au docteur Marc qui m'avait fait appeler pour cette maladie. Il y consentit, mais cette demoiselle s'y refusa en disant qu'elle avait promis de mourir dans l'état où elle était venue au monde.

Cette même personne portait depuis deux ans, à l'arcade fémorale du côté droit, une tumeur de la grosseur d'une noix, survenue il y a plusieurs années par suite d'un effort. C'était une entérocèle qui n'avait jamais été contenue réduite par l'usage d'un bandage herniaire.

Ainsi négligée et abandonnée à elle-même cette hernie s'étrangla, accident pour lequel le docteur Marc, médecin du roi, voulut bien me faire appeler. A mon arrivée la malade éprouvait de fortes coliques qui furent promptement suivies de vomissements. La tumeur dure et très douloureuse offrait à peu près un volume double de celui qu'elle avait ordinairement, la peau qui la recouvrait était mince, lisse et tendue.

De concert avec le médecin dont il vient d'être parlé nous prescrivîmes le repos dans le lit, la diète la plus sévère, l'application de sangsues sur la tumeur, des bains chauds, des cataplasmes émollients souvent renouvelés, et par jour deux lavements irritants. L'ensemble de ces moyens et le taxis répété soir et matin, aussitôt après la sortie du bain, déterminèrent le quatrième jour la rentrée de la hernie, laquelle fut exactement maintenue par un bandage herniaire crural qui permit à la malade de reprendre ses occupations et ses habitudes premières.

Mademoiselle J*** resta plusieurs mois à Paris, et à son départ, elle nous dit être tellement habituée à son bandage qu'elle ne pouvait plus s'en passer, quoique l'ayant ôté quelquefois pendant plusieurs heures sans que la hernie reparût, mais que les souffrances qu'elle avait éprouvées à l'époque de son étranglement, avaient été trop fortes pour que, par sa négligence, elle voulût s'exposer une seconde fois à un accident semblable.

CXLVII^e *observation*, 12e *section*.

Précipitation de l'utérus dans le vagin survenue chez une jeune fille âgée de seize ans, au moment où, en perdant sa virginité, elle devint enceinte.

Mélanie, âgée de seize ans, constitution nerveuse, petite stature, peu d'embonpoint, réglée depuis un an, était en service chez un libraire espagnol, qui en étant devenu amoureux, finit par la séduire. Mais son triomphe eut des suites capables de le faire repentir de sa conduite. Cette malheureuse enfant entra dans des convulsions nerveuses, si violentes que sa raison par moment se trouvait égarée. Dans son délire, elle accablait son maître de reproches. Ne sachant plus qu'en faire, il vint le lendemain matin me prier d'aller la voir, en m'avouant ce qui s'était passé la veille entre elle et lui.

Je trouvai la malade au lit couchée sur le dos, car elle ne pouvait prendre une autre position sans éprouver d'affreuses douleurs, pouls petit, serré, figure injectée, yeux gros et tuméfiés, parfois remplis de larmes, bouche brûlante, langue sèche, bas-ventre tendu et tellement douloureux que le poids seul du drap ne pouvait être supporté. Cherchant à introduire mon doigt dans le vagin, je fus arrêté par le col de la matrice qui en occupait l'orifice; gros, dur et douloureux il comprimait le canal de l'urètre et le méat urinaire assez fortement pour ne laisser s'échapper que goutte à goutte les urines, ce qui fatiguait et incommodait considérablement la malade.

Je supposai de suite que la précipitation de l'utérus et l'état de son col devaient être le résultat de la conception. Ce qui me donna cette idée, c'est que déjà j'avais eu occasion de rencontrer un cas à peu près analogue (1).

(1) Un jour, montant la garde au poste du Pont-au-Change, je fus envoyé par mon capitaine chez un marchand de vin de la place du Châtelet, où, disait-on, un jeune homme venait d'assassiner une jeune fille. A mon entrée dans le cabinet où ces deux individus avaient déjeûné, je trouvai deux enfants : la fille pouvait avoir de quatorze à quinze ans, le jeune homme de seize à dix-sept. Tous deux appartenaient à la dernière classe de la société : l'un chiffonnier, et l'autre revendeuse dans les rues et portant devant elle un éventaire.

Le pauvre garçon, tout en larmes, me confessa ce qui venait d'avoir lieu entre lui et sa compagne, du consentement de tous les deux, ce que celle-ci confirma plus tard. D'après cet aveu, l'état de la jeune fille ne m'inquiéta nullement, quoique son pouls se trouvât tellement faible qu'à peine pouvait-on l'apprécier. Sa figure contractée offrait certaine coloration; mon doigt, porté dans le vagin, rencontra, à son orifice, le col de la matrice gros et dur. Je cherchai vainement par mes attouchements à l'irriter, pendant que la figure et le creux de l'estomac furent aspergés d'eau froide; mais la syncope n'en continua pas moins.

La jeune fille fut portée au corps-de-garde et couchée sur le lit de l'officier; je lui fis frapper dans les mains, et frictionnai la région du cœur : ces diverses manœuvres ne purent réussir à relever le pouls, et malgré nous la léthargie se soutint pendant à peu près cinq à six heures. Sa fin fut annoncée par d'abondantes larmes, et quand cette jeune fille voulut se relever, elle se plaignit d'une pesanteur incommode dans le bas-ventre et

Des bains de siège émollients, la diète, des potions calmantes, et aussitôt que la sensibilité du ventre put le permettre, des flanelles trempées dans de l'eau de guimauve; puis, plus tard, des cataplasmes de farine de graine de lin firent cesser, au bout de quelques jours, tous les accidents que je viens de décrire. Mon doigt de nouveau porté dans le vagin trouva la matrice remontée et son col à son état normal, mais les premiers symptômes de la grossesse commencèrent à se déclarer, et neuf mois après la malheureuse Mélanie fut mère.

CXLVIII^e *observation*, 12e *section*.

Abaissement compliqué ou utéro-sacro-vaginal avec inflammation du col de la matrice et du vagin. Femme de quarante-deux ans, soulagée par l'usage du pessaire.

Madame H***, âgée de quarante-deux ans, ouvrière en linge, d'une constitution éminemment nerveuse, ayant peu d'embonpoint, avait eu le malheur de devenir enceinte il y a à peu près vingt ans. Elle se confia à une sage-femme peu expérimentée qui, au lieu de laisser la nature se charger de l'accouchement, crut le hâter en rompant les membranes amniotiques et allant chercher les pieds de l'enfant dont la tête se présentait au col de la matrice.

Cette inconvenante manœuvre fut suivie de l'application du forceps qui déchira en plusieurs endroits la paroi du vagin, ainsi que le périnée. Après la sortie de l'enfant de fortes tractions eurent lieu sur le cordon ombilical pour attirer au dehors le placenta, ce qui entraîna le col de l'u-

de lassitude dans tous les membres, comme si on les avait fortement contournés.

Avant son départ du corps-de-garde, cette pauvre enfant me promit de venir dans quelque temps me voir, ce qu'elle fit cinq mois après. Au toucher vaginal il me fut facile de reconnaître la grossesse de cette malheureuse petite fille, qui m'assura avec beaucoup de franchise n'avoir jamais eu rien de commun avec des hommes depuis son aventure chez le marchand de vin.

térus jusqu'à l'orificevaginal. Depuis cette couche la malade n'a jamais joui d'une bonne santé; elle était sujette à de vives inflammations des intestins et de l'estomac. Les digestions étaient ordinairement lentes et pénibles, souvent troublées et même interrompues par des vomissements qui débarrassaient l'estomac d'une partie et même quelquefois de la totalité des aliments qu'il contenait.

Cet état s'aggrava à l'époque où les règles voulurent cesser, car alors le col de la matrice devint le siège d'une irritation permanente; il se tuméfia et comprima tellement l'intestin rectum dans l'excavation du petit bassin que cette dame ne pouvait rester debout ni marcher sans éprouver des défaillances. Ce fut pour remédier à ces désordres que le docteur Roche, médecin ordinaire de cette malade, voulut bien me faire appeler.

Mon toucher vaginal me fit reconnaître l'abaissement de la matrice et la phlegmasie dont je viens de parler. La plus légère compression de mon doigt sur le col de cet organe ou sur la paroi du vagin déterminait de vives douleurs suivies d'une sortie assez abondante de mucosités sanguinolentes ayant une odeur extrêmement fétide

Une espèce de perte utérine avait lieu de temps à autre et provoquait des affections nerveuses d'autant plus fâcheuses pour la malade, que seule dans sa chambre souvent elle se roulait de son lit et par terre. Le moral de cette personne, en outre de sa maladie, était affecté par une infinité de chagrins particuliers.

Les moyens pécuniaires de cette femme, très bornés, se réduisaient à une modique rente viagère de trois cents francs, ce qui ne permettait pas de lui faire suivre un traitement convenable à son état. A la suite de plusieurs application de sangsues faites sur le col de la matrice, je parvins à faire cesser les pertes et à diminuer la sensibilité et l'engorgement de ce col. Mais quand la malade voulut se lever elle éprouva les mêmes défaillances que j'ai signalées plus haut.

Après en avoir conféré avec le docteur Roche, je plaçai un pessaire dont la présence augmenta, dans les premiers temps, la chaleur et l'irritation du col utérin. Des bains de siège émollients calmèrent ces premiers accidents, et au bout de huit jours le pessaire fut supporté avec d'autant plus de contentement de la part de la malade, qu'il lui permit de faire les courses nécessaires à son genre d'occupation.

CXLIX^e^ *observation*, 12e *section*.

Abaissement compliqué ou utéro-sacro-vaginal; engorgement squirrheux du col de la matrice compliqué d'écoulement vaginal sanguinolent et de toux d'irritation. Femme de trente ans guérie par le pessaire.

Madame L***, âgée de trente ans, constitution éminemment nerveuse et sanguine, d'un caractère très irascible, marchande grainetière dans les environs de Paris, me fut présentée par le docteur Voisin qui s'intéressait à cette malade comme filleule de sa belle-mère, chez laquelle elle avait été élevée. En examinant cette dame, je rencontrai une hernie crurale du côté droit, puis mon doigt porté dans le vagin me fit reconnaître un abaissement compliqué de la matrice avec engorgement squirrheux de son col. Le corps de cet organe s'appuyait sur le périnée, et le fond occupait l'excavation du petit bassin, près de l'intestin rectum; le col de la matrice fortement porté en avant était infiltré dans certains endroits, dur et squirrheux dans d'autres; sa sensibilité était extrême, et, par son orifice très dilaté, il s'échappait un liquide brûlant, sanguinolent et fétide. Cet écoulement avait ulcéré le vagin dans différents endroits; la chaleur de cette espèce de putrilage était telle que mon doigt, en comprimant le col, en fit sortir quelques gouttes qui me firent éprouver les mêmes sensations que celle d'eau bouillante (1). Le reste de l'organe utérin était à peu près dans son état naturel.

(1) Quelques heures après avoir touché cette dame j'éprouvai un sen-

La menstruation très irrégulière se trouvait précédée, à chaque époque, de fortes coliques avec chaleur au vagin et picotements douloureux au col de l'utérus.

Depuis l'origine de cette maladie, il existait au sein droit une petite tumeur formé par l'engorgement d'une glande mammaire peu douloureuse et mobile dans les intervalles des règles, et plus grosse avec développement de sensibilité et immobilité pendant tout le temps que durait la menstruation. Cet engorgement était tellement sympathique de la maladie de l'utérus qu'il cessa de lui-même après la guérison de cet organe.

L'état général de la malade était des plus affligeants. Elle ne pouvait plus se livrer aux occupations de son commerce, d'après l'impossibilité où elle était de rester debout, sans être tourmentée par des tiraillements d'estomac, d'insupportables bâillements, avec nausées et vomissements, de toux d'irritation, de douleurs au bas des reins, d'envies fréquentes d'uriner, accompagnées d'un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre.

La peau était sèche et brûlante. Le système nerveux tellement irritable, que la plus légère contrariété produisait une exaspération difficile à décrire. Ces crises étaient le plus souvent précédées d'un frisson nerveux et suivies d'un état général d'épuisement. Cette dame, naturellement bonne, était devenue d'un caractère difficile à vivre, ce qui causait la désolation de son mari et de ses enfants. Son appétit très capricieux lui faisait souvent désirer les aliments les moins convenables à son état, aussi avait-elle de fréquentes indigestions. Les habitudes du mariage dé-

timent de cuisson à mon doigt. Ne connaissant pas la malade, j'eus quelque crainte sur le caractère de cet écoulement, surtout d'après les ulcérations qui existaient au vagin, ce qui me fit cautériser le point douloureux de mon doigt avec le nitrate d'argent. Plus tard, je reconnus que mes inquiétudes n'étaient pas fondées, puisque l'écoulement perdit bientôt sa chaleur et son âcreté pour plus tard cesser avec la maladie de la matrice.

terminaient des élancements au col de l'utérus, que la malade comparait à des aiguilles avec lesquelles on aurait violemment traversé cet organe, et alors une perte plus ou moins abondante avait lieu pendant deux ou trois jours.

La première indication à remplir était de faire cesser la phlegmasie et l'ulcération du col de l'utérus et du vagin, ce qui eut lieu par suite d'application de sangsues aux organes de la génération, au vagin, ou même sur le col utérin; il n'en fut jamais placé plus de deux ou trois à la fois dans ce dernier endroit. Des bains de siège émollients, des applications de cérat opiacé sur le col de la matrice et des cataplasmes émollients introduits dans le vagin, complétèrent le traitement.

Six mois suffirent pour faire cesser les accidents que j'ai décrits, et ramener la matrice à son état normal. Je n'avais donc plus à m'occuper de cet organe sous ses rapports pathologiques, mais bien sous ceux de son déplacement; c'est ce qui me détermina à placer un pessaire rond en tissu gommé au caoutchouc, de dimensions convenables, dont l'usage soutenu pendant six années, ainsi que l'emploi de plusieurs bains de Barèges avec injection de cette même préparation dans le vagin, firent cesser le prolapsus, et alors la santé de cette dame se rétablit, son estomac ayant repris ses fonctions. La glande du sein avait considérablement diminué et cessé d'être douloureuse; les règles revinrent périodiquement, sans être précédées, comme autrefois, de coliques.

Cet état se soutient depuis plus de quinz anse, et, au moment où je publie ces faits, cette dame se trouve à l'époque de son temps critique, et la manière dont il s'annonce doit faire présumer que cette révolution dans son économie s'opèrera sans troubles et d'une manière insensible. Le docteur Piorry a donné quelques soins à madame L*** durant le temps où je la traitais, et il a été à même de vérifier les faits énoncés dans la présente observation.

CL^e *observation*, 12e *section*.

Maladie de matrice ayant déterminé des affections sympathiques de l'estomac, des intestins, du poumon et du cerveau, ainsi qu'une léthargie de plusieurs heures, avec décoloration de la face, perte du pouls et refroidissement de toute l'habitude du corps. Jeune femme de vingt-trois ans, guérie au bout de quinze mois de traitement.

Madame A***, âgée de vingt-trois ans, constitution éminemment nerveuse et lymphatique, ayant de l'embonpoint, fibres molles, système musculaire peu développé, cheveux blonds, peau blanche, teint peu coloré. Cette dame, qui fut mariée à seize ans, avait la matrice très basse, disposition commune à sa sœur et à sa mère (cette dernière portait depuis plus de vingt ans un pessaire), par suite de cette situation de l'organe utérin. Les habitudes du mariage étaient souvent suivies d'un sentiment d'impatience, de chaleur et même de douleur au col de la matrice.

Cette jeune dame, d'un physique agréable et pourvue de tous les agréments de la jeunesse, était très recherchée dans la société : aussi les festins, parties de campagne, spectacles, bals, etc., se multipliaient tellement, que rarement se couchait-elle avant deux ou trois heures du matin. Ce genre de vie, soutenu pendant cinq à six ans, joint à l'abaissement congénial de la matrice, finit par déterminer une vive inflammation au col de cet organe. Dès ce moment les habitudes du mariage devinrent beaucoup plus douloureuses, quoique auparavant elles fussent souvent suivies pendant plusieurs jours d'écoulement sanguinolent. Ces divers désordres existaient depuis plusieurs années quand la malade me consulta.

L'altération des traits de la figure de madame A*** à la première vue me fit deviner sa maladie, et sans lui avoir fait de questions je lui détaillai les principaux désordres qu'elle devait éprouver dans sa santé, ce qui lui inspira

une telle confiance qu'elle me proposa d'elle-même de la toucher. Cette dame avait consulté plusieurs fois avant moi les docteurs Dupuytren, Alibert et Récamier; mais ces célèbres médecins ne voulurent rien prescrire sans au préalable s'être assuré par le toucher de l'état de l'utérus, opération à laquelle la malade s'était constamment refusée : c'est pourquoi rien n'avait été fait contre cette maladie jusqu'à l'époque où je commençai mon traitement. La gravité de l'affection morbide de la matrice de madame A*** me fit désirer avoir l'opinion de M. Dupuytren. Ce grand chirurgien dit à cette dame, peut-être avec trop de franchise, « que si on n'arrêtait promptement les progrès de l'affection pathologique dont elle était atteinte, il ne lui restait tout au plus que cinq ou six mois à vivre. »

La malade se plaignait habituellement de pesanteur dans le bas-ventre, de douleurs au bas des reins, surtout dans le voisinage des articulations sacro-iliaques, de tiraillements d'estomac suivis de digestions lentes et pénibles, quoique sa nourriture se composât d'aliments d'une facile digestion et pris en petite quantité à la fois; de constipation d'autant plus opiniâtre, qu'il existait déjà un commencement d'hémorrhoïdes; d'envies fréquentes d'uriner; d'écoulement par la vulve d'un liquide muqueux et sanguinolent fourni par le vagin et par le col de la matrice, et exhalant une odeur désagréable, surtout à l'approche et à l'issue des règles; de crampes et de douleurs accompagnées d'un sentiment d'impatience et de lassitude dans les cuisses ainsi qu'aux articulations des membres abdominaux. Madame A***, naturellement d'un caractère gai et enjoué, était devenue mélancolique, distraite et rêveuse, capricieuse et inconstante dans ses goûts. Par suite de ces désordres la menstruation était très irrégulière, nulle pendant plusieurs mois, tandis que dans d'autres circonstances elle avait lieu jusqu'à deux et trois fois dans l'espace de trente jours : alors l'écoulement des règles ne durait que deux à trois jours. L'absence complète des menstrues donnait lieu à des dou-

leurs tellement atroces et insupportables, qu'il fallait veiller jour et nuit auprès de la malade, de crainte qu'elle ne se précipitât par une croisée, intention qu'elle avait plus d'une fois manifestée.

En portant mon doit dans le vagin je trouvai sa paroi dure et résistante dans certains endroits, mollasse et infiltrée dans d'autres. Le col de la matrice occupait l'excavation du petit bassin. Il était gros, tuméfié, infiltré et légèrement dirigé d'arrière en avant. Sa partie postérieure s'appuyait sur la portion profonde du périnée. Son orifice très dilaté pouvait admettre l'extrémité du doigt. Mais cette introduction fut extrêmement douloureuse pour la malade et provoqua l'écoulement d'un liquide muqueux et sanguinolent tellement abondant qu'il coula le long de mon doigt, de mon bras et traversa la manche de mon habit.

Le corps de l'utérus était considérablement développé. Sa forme et son volume avaient assez d'analogie avec une boule de billard. Sa portion antérieure s'appuyait fortement sur l'extrémité de la vessie et le commencement du canal de l'urètre. Cette compression finit par déterminer un grand développement du méat urinaire ce qui gênait l'écoulement des urines. Quant à la portion postérieure de l'organe utérin, elle longeait le sacrum et se portait un peu à gauche en s'appuyant sur l'intestin rectum dont la paroi douloureuse au toucher paraissait épaisse, dure et rabotteuse. L'écoulement dont j'ai parlé fut présumé produit par une affection vénérienne, du moins M. Dupuytren l'avait ainsi pensé, et pour le combattre, dans sa consultation écrite il recommanda l'usage des préparations mercurielles. Pour moi, cet écoulement n'était que la conséquence naturelle de l'inflammation des membranes muqueuses utérines et vaginales. Ce qui prouve que j'avais bien jugé cette blenorrhagie, c'est qu'elle cessa d'elle-même avec la maladie de l'utérus.

Ce fut au mois d'août 1823 que je commençai à donner mes soins à madame A***. Je fis d'abord suspendre les ha-

bitudes du mariage et prescrivis un régime alimentaire assez nutritif pour soutenir les forces de la malade, excepté pourtant à l'époque des fortes crises que j'indiquerai plus tard, où la diète la plus sévère fut observée.

La maladie avait entièrement changé le caractère de cette dame, naturellement bonne, sensible, aimante et d'un commerce des plus agréables. D'après l'irritabilité de son système nerveux elle était devenue tellement difficile à vivre, que, pour la plus légère contrariété, elle entrait en fureur. Alors sa figure prenait la teinte d'un rouge très foncé et s'injectait au point que la peau des joues devenait lisse et tendue comme si elle était sur le point de se rompre. Les yeux qui d'ordinaire chez cette personne étaient langoureux et tendres, devenaient hagards et saillants comme s'ils voulaient sortir de leur orbite. La paleur de la mort succédait rapidement à la vive coloration du visage dont je viens de parler. Une syncope avec anéantissement complet qui durait plus ou moins long-temps, terminait cette crise, ce qui, quelquefois, n'avait lieu qu'au bout d'une demi-heure ou trois quarts d'heure. Alors le pouls se relevait, et au fur et à mesure que la malade revenait à elle de grosses larmes inondaient son visage qui, pendant plusieurs heures, après l'accident conservait encore les traces d'une vive altération. Il n'était pas rare, après la crise dont je viens de parler, de voir Mme A*** moucher ou cracher du sang; alors la peau qui d'ordinaire était sèche et brûlante, devenait moite; et au bout de quelques heures de sommeil, une transpiration assez abondante se manifestait plus particulièrement au creux de l'estomac et sous les aisselles qu'aux autres parties du corps.

Le pouls d'ordinaire intermittent et fébrile pendant le jour, devenait très faible le soir, alors le malaise général se trouvait beaucoup augmenté et quelquefois même il survenait pendant vingt à vingt-cinq minutes un léger frisson suivi d'élévation du pouls et d'augmentation de chaleur dans toute l'habitude du corps.

Vu l'âge de la malade je fis appliquer tous les soirs pendant quarante-cinq jours consécutifs deux ou trois sangsues, soit aux grandes lèvres ou à l'entrée du canal vaginal en recommandant de laisser saigner les piqûres deux à trois heures. Quand l'agitation de la journée faisait craindre peu de sommeil pour la nuit, j'administrais des potions calmantes.

Tant qu'il exista des chaleurs avec élancements au col de la matrice, je fis prendre soir et matin des bains de siège émollients faits avec les racines de guimauve, feuilles de mauve et de morelle; pour boisson je prescrivis l'infusion de violette, de coquelicot, de tilleul, d'eau gommée. L'ensemble de ces moyens fit cesser en apparence la maladie. Les digestions étaient devenues meilleures, l'embonpoint commençait à reparaître; mais, au bout de trois mois, il survint, sans cause connue, une vive inflammation de l'estomac et des intestins. Les aliments et même les boissons, quoique pris en petite quantité étaient rejetées à la suite d'affreux vomissements. Les bords de la langue devinrent d'un rouge vif. Le ventre tendu et douloureux et la figure fortement injectée prit bientôt la teinte d'un rouge foncé.

Présumant que de semblables désordres ne pouvaient être produits que par un effet sympathique de la matrice sur l'appareil digestif, je fis placer vingt sangsues aux organes de la génération. A peine avaient-elles commencé à prendre que les douleurs causées par la gastro-entérite diminuèrent; à la chute de ces annélides elles cessèrent totalement. Un bain chaud à l'amidon fut administré le lendemain, ce qui rétablit la liberté du ventre, et dès lors la convalescence continua encore pendant plusieurs mois de la manière la plus satisfaisante. La malade se trouvait tellement bien, qu'un jour elle se rendit au théâtre de l'Odéon où elle fut obligée d'attendre sous le péristyle quinze à vingt minutes. L'air était froid et humide; aussi cette dame, rentrée chez elle, éprouva de l'irritation à la gorge et de la gêne dans la respiration, laquelle le

lendemain devint très laborieuse et plus tard suffocante. Cette phlegmasie s'était étendue à peu près dans la totalité du poumon gauche, du moins ses fonctions n'étaient plus appréciables ni à l'oreille nue, ni au stéthoscope appliqué tant sous le sein gauche qu'à la partie dorsale du même côté.

Une vingtaine de sangsues placées aux organes de la génération, précédés d'un bain de pied à la moutarde, firent cesser au bout de quelques heures les désordres dont il vient d'être parlé, et l'appareil respiratoire reprit sans troubles ses fonctions.

Cinq à six mois s'écoulèrent encore dans un état presque complet de santé. Les règles paraissaient régulièrement; elles étaient peu abondantes, il est vrai, mais cet écoulement n'était plus précédé comme autrefois de fortes coliques, ce qui pouvait faire regarder la maladie comme à peu près terminée, d'autant plus que le col utérin était souple, sans douleur au toucher, et que l'écoulement dont j'ai parlé avait totalement cessé.

Un malheureux accès de colère, causé par une forte contrariété, ayant eu lieu à une époque où les règles venaient de paraître, les supprima, et de suite une fièvre se déclara avec syncope nerveuse et délire. Une douzaine de sangsues appliquées au cou et aux tempes ne firent que suspendre pendant deux jours les accidents cérébraux qui reparurent ensuite avec plus d'intensité. Une nouvelle application de sangsues eut lieu aux malléoles; le sang qui s'écoula par les piqûres débarrassa pour quelque temps la tête, mais ne termina pas la maladie; car quelques jours après elle reparut, et la troisième crise fut beaucoup plus forte que les deux qui l'avaient précédée.

Le pouls intermittent, tantôt était dur et tantôt inappréciable ; de fréquentes syncopes plongeaient la malade dans une espèce de sommeil léthargique qui n'était interrompu que par des soubresauts nerveux résultant probablement de la difficulté de respirer. La bouche était sèche

et brûlante, et la langue tuméfiée remplissait la cavité buccale; elle semblait même vouloir se coller au palais. La difficulté de faire avaler des liquides m'obligea à me servir d'une éponge et d'un pinceau de charpie pour humecter les lèvres et la langue.

La parole était lente, à peu près inintelligible, tant par défaut d'articulation que par suite d'un délire comateux. Les paupières se trouvaient à peu près fermées, la face rouge et injectée offrait de notables altérations.

Cet état se soutint pendant deux jours et deux nuits que je passai auprès de cette malade. Les moyens thérapeutiques que j'avais employés avaient empêché les accidents de s'aggraver, mais ne les avaient pas détruits. Une troisième application de sangsues eut lieu aux organes de la génération. Aussitôt le délire cessa, la bouche et la langue s'humectèrent, du bouillon coupé et même de légers potages furent avalés et digérés avec facilité; pourtant la convalescence marchait lentement. La faiblesse était extrême et la nourriture, quoique très abondante, ne rétablissait pas les forces de la malade.

A la première époque où devaient avoir lieu les règles, depuis l'accident dont il vient d'être parlé, il survint une léthargie de plusieurs heures avec les caractères apparents de la mort. J'avais vu la malade deux fois dans la journée; j'y retournai pour la troisième fois à onze heures du soir. En entrant dans la chambre à coucher, je demandai à la mère de cette dame comment se trouvait sa fille; elle me répondit qu'elle ne souffrait plus, puisque depuis trois à quatre heures elle avait cessé de vivre, ce que je ne pus croire, bien que son corps fût froid et glacé dans toute son étendue.

Les pupilles de la malade se trouvaient considérablement dilatées et larmoyantes, ses lèvres violettes et légèrement contractées, le pouls et les battements du cœur inappréciable. Un miroir passé devant la bouche n'offrit aucune trace d'humidité. Je dis aux dames qui m'entouraient que leur

amie n'était pas morte, et que si elles voulaient me seconder il était présumable que nous la rappellerions à la vie.

Cet accident eut lieu en novembre, quinze mois à peu près depuis que j'avais commencé le traitement de cette maladie. La prétendue morte fut placée sur un matelas devant un grand feu; cinq à six dames frictionnèrent avec des serviettes chauffées les membres abdominaux et thoraciques, tandis qu'avec une brosse de blaireau je frictionnai également la région du cœur. Mais mal secondé par des personnes qui n'avaient pas comme moi l'espérance de rappeler cette dame à la vie, elles me prièrent même, au bout d'une heure, de leur permettre de ne pas tourmenter plus longtemps les restes inanimés d'une personne qui leur avait été chère.

Je donnai l'ordre de faire chauffer une grande quantité d'eau; j'enveloppai la malade dans une couverture de laine et la laissai devant le feu; alors je dis très bas à sa mère que j'avais encore l'espoir de sauver sa fille au moyen de médicaments que j'allais moi-même prendre chez le pharmacien. Je ne fus entendu d'aucune des personnes qui se trouvaient dans la chambre, à l'exception de la malade, ce qui est d'autant plus étonnant qu'elle n'avait rien entendu avant ni après, puisqu'aussitôt les frictions cessées elle retomba dans sa léthargie avec la certitude que la croyant morte je l'abandonnais.

Ce fait prouve d'une manière incontestable l'avantage des frictions; car, si nous les eussions continuées peut-être dix minutes de plus, elles eussent infailliblement été couronnées du plus grand succès.

Rentré au bout d'une demi-heure, je fis bassiner le lit de la malade où elle fut immédiatement placée. Plusieurs bouteilles remplies d'eau chaude, à une température autant élevée que possible, furent placées à l'entour de son corps, particulièrement sous l'aisselle droite et sous la plante des pieds. Je frottai le bas des jambes, à la hauteur des malléoles, avec de l'alcali volatil, puis je les entor-

tillai de flanelle sur laquelle j'avais répandu de l'huile essentielle de moutarde.

Une demi-heure après cette dernière application, la malade dit d'une voix très faible d'ôter ce qui lui brûlait les pieds; alors j'enlevai les flanelles que je remplaçai par des cataplasmes émollients. Je supprimai également toutes mes bouteilles d'eau chaude, à l'exception de celles qui étaient sous la plante des pieds, et aussitôt que le pouls fut un peu élevé et que les battements du cœur devinrent libres, vingt sangsues furent appliquées aux organes de la génération, ce qui termina complètement ce grave accident, qui fut le dernier de cette longue maladie, pendant le cours de laquelle j'avais plusieurs fois appelé en consultation le docteur Bégin. Cette dame reprit promptement son embonpoint et sa santé primitifs.

Deux ans après cette guérison, de fortes affections morales vinrent de nouveau déranger la santé de madame A***, au point qu'elle crut au retour de son ancienne maladie. Vainement je l'assurai du contraire; il fallut toute l'autorité de l'opinion de M. le professeur Fouquier, qui, comme moi, reconnut que l'utérus ne participait en rien à cette nouvelle affection, appartenant tout entière à d'autres organes; indépendamment de cette autorité médicale, l'avis du professeur Boisseau fut demandé; il se trouva en tout semblable à celui de son honorable confrère.

Cette indisposition fut effectivement terminée au bout de cinq à six semaines, et pendant dix ans que j'ai donné des soins à cette dame, il ne lui survint aucun accident grave. Quelquefois, à l'époque des règles, je fus obligé de faire l'application de deux ou trois sangsues sur le col même de l'utérus, et souvent par les piqûres qui eurent lieu j'obtins l'écoulement d'une grande quantité de sang et le rétablissement des fonctions de cet organe.

Un jour où après avoir placé trois sangsues sur le col de la matrice, je dis à cette dame, qui en désirait un plus

grand nombre, de se mettre douze à quinze minutes après leur chute sur de l'eau chaude; mais, pour perdre davantage de sang, elle y resta trois heures, ayant soin, de temps à autre, de faire réchauffer l'eau. La grande quantité de sang perdue par ce moyen détermina une telle faiblesse, que la malade fut obligée de garder le lit pendant quinze à vingt jours. La matrice, depuis cette époque, resta grosse et abaissée sans faire éprouver d'autre malaise qu'un léger sentiment de pesanteur sur le fondement.

Un fait rare et curieux qui prouve combien la guérison de la matrice de madame A*** fut complète, c'est que cette dame qui n'avait jamais eu d'enfant, et qui n'était pas susceptible de jamais en avoir, d'après l'opinion de tous les médecins, qu'à différentes époques de sa vie elle avait consultés depuis sa maladie, devint enceinte seize ans après sa guérison.

A l'âge de trente-huit ans, madame A*** éprouva un revers de fortune de nature à compromettre son avenir. A la même époque eut lieu chez elle un retard de deux mois dans l'apparition de ses règles. Quelques personnes consultées crurent, d'après l'âge de la malade et les affections morales sous l'empire desquelles elle se trouvait, que le retard dont elle se plaignait, n'était autre chose que le commencement de son temps critique.

Madame A***, peu satisfaite de l'opinion des médecins dont il vient d'être parlé, se ressouvint de moi et me fit appeler.

J'avais perdu de vue cette dame depuis à peu près six ans, et quand je cessai de la voir, le col de la matrice était encore gros et dur, par conséquent peu propre à se dilater, effet indispensable à la conception de la femme, mais un évènement imprévu vint plus tard changer ces dispositions.

Trois ans après cette époque, madame A*** perdit sa mère. La douleur qu'elle éprouva de cette séparation donna lieu chez elle à une perte utérine abondante qui dura sept

à huit jours, et à la suite de laquelle cette dame se trouva dans une extrême faiblesse. Il est présumable que ce dernier accident a dû rétablir la circulation dans tout l'organe utérin et rendre aux divers tissus qui le constituent leur souplesse et leur élasticité primitives.

A mon toucher je trouvai la matrice dans le meilleur état de santé possible. Son col souple et allongé ne conservait plus aucune des traces des désordres dont il avait été affecté dix-sept ans auparavant. Le corps de la matrice se trouvait arrondi comme il arrive le plus ordinairement de le rencontrer chez la femme dans les premiers mois de grossesse.

En considérant d'une part l'état du col et du corps de l'utérus, et de l'autre l'absence des règles sans dérangement appréciable dans la santé de madame A***, j'annonçai qu'il y avait grossesse. Deux mois après cette visite les vomissements qui survinrent et surtout les mouvements de l'enfant ne laissèrent aucun doute sur ce fait.

Cette dame n'ayant confiance qu'en moi, me pria de vouloir bien me charger de son accouchement. La grossesse marcha d'une manière régulière ainsi que l'accouchement qui pourtant eut lieu de sept mois à sept mois et demi. La tête de l'enfant, quoique très petite, eut beaucoup de mal à franchir la vulve dont la dilatation se fit difficilement, et je devais craindre la déchirure d'une portion plus ou moins grande du périnée; mais, en le soutenant à chaque douleur, je fus assez heureux pour conserver l'intégrité de la commissure des grandes lèvres. L'enfant et la mère, depuis cette époque, jouissent tous les deux d'une parfaite santé.

CLI^e *observation*, 12e *section.*

Abaissement compliqué ou utéro-vaginal survenu à la suite de plusieurs couches, cautérisation du col de la matrice suivie de la mort de la malade âgée de quarante-un ans.

Madame H***, âgée de quarante-un ans, constitution nerveuse, femme d'artisan; cette personne qui avait eu six enfants, était dans l'habitude de se lever le troisième jour de son accouchement. Depuis la dernière couche de cette femme eut lieu un abaissement simple de la matrice. Ce prolapsus incommoda d'abord la malade, mais plus tard elle finit par s'accoutumer à cette infirmité, bien que chaque fois qu'elle se livrait aux habitudes du mariage, des douleurs plus ou moins vives se fissent sentir, tant au col de la matrice qu'au bas ventre. Depuis deux ans, assez ordinairement à la suite du coït, il survenait par le vagin un écoulement plus ou moins sanguinolent lequel durait habituellement six à huit jours.

Il y a dix-huit mois que chez madame H*** les règles ont cessé d'être régulières. Quelquefois deux à trois gouttes de sang qui tachaient la chemise étaient les seuls indices de la menstruation, tandis qu'à d'autres époques il survenait d'aboudantes pertes avec sentiment de douleurs vives et lancinantes au col de l'utérus. Ces accidents déterminèrent la malade à faire appeler un chirurgien qui crut devoir cautériser cinq à six fois de suite le col de la matrice avec le nitrate d'argent. Ce traitement au lieu de la soulager exaspéra la maladie au point que madame H*** ne pouvait plus rester debout ni même dans un fauteuil.

La malade gardait le lit depuis six mois quand elle m'envoya chercher. A cette époque son épuisement était extrême. De légers potages n'étaient digérés qu'avec beaucoup de difficulté. Au toucher, je trouvai le col de l'utérus en partie détruit. Ses lambeaux adhéraient, dans différents endroits, au vagin qui, ainsi que lui, était un foyer de sup-

puration dont l'odeur fétide se sentait dans toute la chambre. Je ne pus qu'annoncer la fin prochaine de cette malade dont l'agonie me sembla déjà être commencée. Elle succomba six jours après ma visite. Le docteur Lisfranc, qui l'avait vue quelques jours avant moi, l'avait également regardée comme perdue.

CLII^e *et dernière observation*, 12e *section*.

Dégénérescence cancéreuse de la matrice avec écoulement putride et sanguinolent présumé de nature syphilitique. Mort de la malade âgée de quarante ans, après avoir été soumise pendant dix-huit mois à trois traitements antivénériens.

Madame L***, âgée de quarante ans, d'un tempérament nerveux et sanguin, femme galante depuis l'âge de douze ans, ayant eu de seize à vingt-quatre ans six grossesses dont les terminaisons furent heureuses; plus tard, à l'âge de trente-sept ans, elle fit une fausse couche d'à peu près quatre mois. Le placenta, qui resta plusieurs jours dans la matrice, n'en fut arraché que par morceaux et dans un état complet de putréfaction. Alors il survint par le vagin un écoulement sanguinolent et fétide qui dura à peu près deux mois. Cette femme, à peine rétablie de cet accident, recommença son libertinage, et pour ne plus faire d'enfant elle avait soin d'introduire dans le vagin une petite éponge qu'elle ôtait en faisant sa toilette.

Une fois l'éponge fut oubliée pendant cinq à six jours, et, en voulant l'ôter, madame L*** s'aperçut par la résistance qu'elle éprouva qu'une partie de cette éponge était engagée dans le col de la matrice. Elle voulut l'arracher de vive force, mais l'éponge, presque pourrie, se rompit et les trois quarts restèrent dans la matrice. Il survint bientôt un écoulement par le vagin, d'abord muqueux, ensuite fétide et sanguinolent. Un médecin fut consulté, et, sans avoir touché la malade, connaissant sa vie débauchée, la soumit à un traitement antisyphilitique, composé de bains chauds,

de liqueur de Wan-Swieten, prise intérieurement à doses assez fortes, et de frictions d'onguent mercuriel sur la partie interne des cuisses. L'écoulement cessa. La malade, qui n'avait pas discontinué pendant son traitement de voir des hommes, prit de violents emménagogues pour rappeler les règles, dont le retard l'inquiétait. L'administration de ces remèdes produisit une irritation des plus vives à la matrice, qui fut suivie d'un nouvel écoulement de même nature que le premier. Le médecin de madame L*** fit recommencer le traitement antisyphilitique, sans s'inquiéter plus que la première fois de l'état de l'utérus. L'écoulement cessa pendant à peu près un mois, mais il reparut sans cause connue, et un troisième traitement semblable aux deux premiers eut lieu, de manière que dans l'espace de dix-huit mois furent administrés ces trois traitements, dont un seul eût suffi pour détruire la santé la plus forte. Madame L*** arriva promptement à un état de consomption des plus alarmants. C'est à cette époque de sa maladie qu'elle me consulta. Je trouvai le col de l'utérus dans un état complet de désorganisation; la seule compression de mon doigt en détacha plusieurs parties. Le propre corps de l'organe utérin participait tellement à cette désorganisation, que souvent il s'échappait du vagin, avec le liquide fétide et sanguinolent, des portions plus ou moins considérables de la propre substance de l'utérus. Présumant que cette malade n'avait plus que quelque temps à vivre, je la remis au printemps prochain pour lui faire un traitement propre à rétablir sa santé. C'était au mois d'octobre, et, comme je l'avais prévu, elle mourut cinq ou six semaines après m'avoir consulté.

La particularité la plus remarquable de cette fonte putride de la matrice est que la malade n'éprouva jamais d'élancements ni de douleurs, comme il arrive le plus ordinairement dans ces fâcheuses affections, et pourtant cette femme, libertine à l'excès, a continué jusqu'à l'avant-veille de sa mort à se livrer aux plaisirs de l'amour.

CHAPITRE IV.

—

Ce chapitre se compose de la description de divers appareils inventés par l'auteur de ce Mémoire, pour des cas particuliers de maladies chirurgicales, ainsi que de celle d'un mannequin ou fantôme propre aux manœuvres des accouchements.

—

DE L'ONANISME.

L'onanisme chez les enfants des deux sexes n'est que trop souvent la cause de leur mort. L'habitude de la masturbation dispose ces jeunes sujets aux maladies du cerveau, de la moelle épinière, aux inflammations chroniques des organes de la poitrine et des viscères digestifs, à la phthisie pulmonaire, aux hémorrhagies, au scrofule avec ulcération, au rachitisme et au marasme.

Chez les enfants nouvellement nés, et même dans les premières années de la vie, la masturbation peut se produire d'elle-même dans un grand nombre de cas, par l'irritation des parties génitales, résultant de la malpropreté des enfants confiés à des femmes peu soigneuses.

Dans un âge plus avancé, avant même l'époque de la puberté, la masturbation est le plus souvent enseignée par l'exemple. C'est ce qui a lieu si souvent dans les pensions.

Si l'habitude de se toucher continue après la puberté et se prolonge dans l'adolescence, la masturbation devient irrésistible, et inspire au sujet un éloignement insurmontable et dont il ne peut se rendre compte pour des plaisirs plus naturels.

Peu d'individus échappent aux funestes résultats de ces pernicieuses habitudes. L'enfant ou l'adulte qui s'y livre devient d'abord triste et mélancolique; plus tard il perd l'appétit, ses digestions sont pénibles et laborieuses; sa santé s'altère, les chairs se ramollissent, et la fraîcheur de la jeunesse disparaît de son visage pour être remplacée par une teinte jaune et livide; la figure se couvre de gros boutons d'un rouge vif, qui, en s'ouvrant, laissent échapper un liquide plus ou moins sanguinolent; les yeux, en perdant de leur éclat, s'entourent d'un cercle rougeâtre, et plus tard de petits ulcères s'établissent sous les paupières, particulièrement aux angles internes et externes; le ventre devient gros et dur, et une diarrhée plus ou moins abondante se déclare. Quelquefois elle est accompagnée d'assez violentes coliques.

Le sujet, dans l'état que nous venons de décrire, fuit les jeux de son âge, il cherche la solitude, et dès qu'il se croit seul il se masturbe. C'est particulièrement la nuit, où, profitant du défaut de surveillance de ses maîtres ou de ses parents, que l'enfant cherche à satisfaire ses coupables désirs.

Les remontrances, les menaces et même les punitions sont insuffisantes pour faire abandonner les habitudes de la masturbation, si surtout elles existent depuis un certain temps. Nous avons donné des soins à une jeune fille de seize ans, qui avait assez de raison et d'empire sur elle pour ne pas se toucher pendant la journée, mais aussitôt endormie, malgré une camisole qui l'empêchait de porter ses mains à ses organes sexuels, elle s'agitait dans son lit jusqu'à ce que, par le frottement de ses cuisses l'une sur l'autre ou de son drap et de sa couverture, elle eût satisfait ses désirs.

Pour faire perdre à un jeune sujet des habitudes qui, comme nous l'avons dit, seraient plus tard la cause de sa mort prématurée, il faut le mettre dans l'impossibilité de se toucher, ce qui a lieu par l'isolement des organes de la génération.

Peu satisfait des appareils inventés jusqu'à ce jour contre cette maladie, j'ai cherché à en disposer un qui permît au sujet destiné à le porter de continuer les exercices du corps si variés dans les jeux de l'enfance, et de la plus haute importance pour le développement de ses organes. Si les enfants de la campagne s'abandonnent à la masturbation moins fréquemment que ceux des villes, et si en général leur constitution se trouve plus forte et plus robuste; c'est que chez les premiers, dans l'enfance, tout est donné à l'éducation physique, tandis que chez les seconds on la sacrifie souvent avec trop de légèreté à l'éducation morale.

APPAREIL POUR LES ENFANTS DES DEUX SEXES QUI ONT CONTRACTÉ DE MAUVAISES HABITUDES.

Le bandage que nous avons imaginé contre l'onanisme se compose d'une espèce de cuvette en argent, bosselée de manière à loger et recouvrir les organes de la génération, sans que, dans toutes les attitudes possibles, il puisse éprouver le moindre frottement. Pour fixer d'une manière solide et invariable cette cuvette, nous lui adaptons une lame de ressort de pendule, large de deux travers de doigt, et d'une longueur suffisante pour former une espèce de ceinture à peu près elliptique. Ce ressort se trouve fixé par son extrémité gauche à la partie également gauche, moyenne et supérieure de l'écusson en argent par deux gros filets armés d'écrous. Le filet le plus éloigné de la partie bosselée de l'écusson traverse un trou pratiqué au ressort, tandis que celui qui avoisine cette partie de l'instrument s'engage dans une espèce de mortaise ayant deux à trois centimètres d'étendue et offrant une légère courbure. Il résulte de cette disposition que la ceinture du bandage peut former un angle plus ou moins prononcé avec l'écusson, ce qui permet d'accommoder l'appareil d'une manière fixe et invariable à la conformation du bassin de l'individu destiné à le porter.

L'extrémité droite du ressort se termine par une courroie percée de différents trous destinés à compléter la ceinture en venant s'attacher à un tenon soudé et rivé à la partie droite et supérieure de l'écusson. Ce même tenon donne aussi attache à deux courroies qui terminent les sous-cuisses fixés à la partie recourbée et inférieure de l'écusson. Un trou ovale, percé à l'extrémité du tenon qui reçoit les trois courroies dont nous venons de parler, admet un petit cadenas dont on conserve la clef, afin que l'enfant ne puisse se débarrasser du bangage qui contrarie ses goûts. Pour l'écoulement des urines : chez les jeunes filles, on pratique à la partie inférieure de la platine d'argent une espèce de mortaise transversale par laquelle s'échappe ce liquide, tandis que pour les garçons cette mortaise est remplacée par une petite douille servant de conduit au jet d'urine qu'elle dirige d'arrière en avant.

La garniture de l'écusson est faite d'un morceau de gomme élastique, ou bien d'un bourrelet de laine recouvert de peau de mouton, puis, par dessus, de taffetas gommé. Le ressort du bandage est garni d'un coussin de peau de mouton chamoisé, rembourré de laine. Quant aux sous-cuisses, ils sont en tirant doublé en peau, pareille à celle du coussin.

Cet appareil très simple nous a complètement réussi chez un grand nombre de sujets de l'un et de l'autre sexe. Il convient pour tous les individus du sexe féminin quel que soit l'âge du sujet; mais pour ceux du sexe masculin, après l'âge de dix à douze ans, on est contrarié par le développement des organes de la génération et particulièrement par celui de la verge dont le contact contre la cuvette d'argent la solliciterait continuellement à entrer en érection; c'est pourquoi, dans la presque totalité des cas, il faut renoncer à notre appareil pour les jeunes gens, après la puberté.

Pour établir notre bandage contre l'onanisme, il faut que nous ayons à notre disposition le sujet auquel il est

destiné, afin de pouvoir bosseler nous-même la platine en plomb dans laquelle doit être coulé le plâtre devant servir à l'ouvrier planeur pour former la platine d'argent. Cette partie de l'instrument, avant d'être totalement terminée, a besoin d'être présentée plusieurs fois sur l'enfant, pour lequel elle est destinée.

APPAREIL PROPRE A CORRIGER LE DÉVELOPPEMENT IRRÉGULIER DE LA POITRINE.

Un élève en médecine donnait des soins à une famille où un petit garçon vint au monde ayant le sternum très élevé et même renversé de droite à gauche. On crut d'abord que cette disposition fâcheuse et contre nature cesserait d'elle-même dans un âge plus avancé.

Durant les douze premières années de sa vie, cet enfant jouit d'une bonne santé. Il était même très avancé dans ses études; mais, à l'époque de la puberté, il perdit l'appétit, devint triste et mélancolique; s'il voulait courir avec ses camarades, il perdait aussitôt haleine, et sa respiration devenait difficile et laborieuse.

Les parents du jeune B***, justement alarmés de son état, me firent appeler pour le visiter. La chemise du malade descendue jusqu'à la ceinture, je fus frappé de la conformation bizarre et vicieuse de la poitrine de ce jeune homme; le bord droit du sternum très soulevé semblait se renverser sur lui-même, ce qui donnait à la poitrine à peu près la forme et l'aspect d'une pyramide, dont le sommet se fût incliné sur l'un de ses côtés. Il résultait de cette disposition un enfoncement très prononcé des côtes du côté gauche, tandis que celles du côté droit se trouvaient très élevées.

La disposition irrégulière des deux côtés de la poitrine explique assez bien pourquoi les fonctions du poumon gauche s'exécutaient avec moins de liberté et d'une manière moins régulière que celles de l'autre poumon.

L'indication à remplir était sans contredit l'abaissement du sternum et de l'extrémité des côtes droites, ce qui ne pouvait avoir lieu que par une compression élastique, constante et soutenue : c'est ce que nous obtînmes au moyen d'un appareil à peu près semblable à celui que précédemment nous avions imaginé pour une hernie du poumon située sous la clavicule droite (1), dont la pelote fut beaucoup plus large et plus longue que celle dont nous nous étions servi dans le traitement de cette hernie. Nous commençâmes par placer notre pelote sur le bord du sternum, et, quand cet os eut éprouvé un certain degré d'abaissement, elle se trouva porter sur les extrémités des côtes droites, qui, sans cette disposition, seraient restées plus élevées que le sternum.

Trois mois après l'application de notre appareil, la santé du jeune B*** était devenue assez bonne pour qu'il pût reprendre ses études. Mais, quoique les côtes droites se fussent courbées d'avant en arrière et que celles situées à gauche offrissent plus d'élévation, il n'en est pas moins vrai que l'appareil compressif ôté pendant vingt-quatre heures, les accidents primitifs reparurent, le sternum même s'étant relevé. Nous dûmes donc replacer de suite notre bandage qui fut porté jour et nuit pendant un an, puis son usage fut abandonné pour toujours.

A cette époque, la poitrine du jeune B*** se trouva avoir une conformation des plus régulières. Nous le revîmes cinq à six ans après ce traitement. Il avait acquis une taille et une force supérieures à celles de ses camarades du même âge que lui.

URINAL POUR FEMME AFFECTÉE D'INCONTINENCE D'URINE.

L'incontinence d'urine chez la femme adulte est presque toujours déterminée par des causes violentes et acciden-

(1) *Voyez* la 5e section du chap. Ier.

telles, telles que l'accouchement d'un enfant dont la tête est volumineuse, l'application du forceps par des mains peu habiles, et certaines ulcérations de mauvais caractère. Dans le premier cas, le canal de l'urèthre peut se trouver tiraillé au point de produire l'incontinence d'urine, laquelle, il est vrai, se guérit d'elle-même au bout de quelques mois, tandis que, dans le second cas, la maladresse de l'accoucheur a pu déterminer une fistule vésico-vaginale ou bien une urétro-vaginale ; quant au troisième cas, l'ulcération rongeante, en détruisant les divers tissus de la vessie, suffit pour la produire. La femme qui a eu le malheur d'éprouver une perforation de la vessie conservera cette infirmité toute sa vie. C'est donc pour ce dernier cas que nous avons construit notre bandage.

L'appareil pour les incontinences d'urine, de notre invention, se compose d'une ceinture avec bretelles et d'une poche ou sac.

La ceinture est faite d'une bande de toile longue de quatre-vingt à cent dix centimètres et large de trois à quatre travers de doigt, dont la face interne destinée à être en contact avec la paroi du bas ventre est recouverte en peau de mouton chamoisée, et la face externe se trouve garnie d'une bande de maroquin. A la partie supérieure de cette ceinture sont fixés quatre boutons destinés à donner attache aux bretelles. Tandis que sa partie inférieure est garnie de trois boucles dont deux sont placées en avant à six à huit travers de doigt l'une de l'autre, afin de pouvoir, de chacun des deux côtés et à peu près à la hauteur des arcades crurales, donner attache à la poche dont il sera parlé plus tard, la troisième boule de beaucoup plus grande que les deux autres est fixée à la partie moyenne et postérieure de cette même ceinture, à peu près à la hauteur de la dernière vertèbre lombaire. Cette boucle donne attache au large tirant destiné à maintenir l'urinal par en bas. La ceinture se fixe circulairement par le moyen d'une boucle et d'un tirant, ou de bouton et boutonnière.

Le sac ou poche destinée à recevoir les urines est formé d'un grand morceau ovale de taffetas gommé au caoutchouc, lequel est cousu et plissé sur une espèce de triangle métallique, allongé et courbé de manière à passer en dehors des grandes lèvres, puis à pouvoir venir s'appuyer le plus exactement possible sur le périnée en dehors de la commissure postérieure de l'orifice du vagin.

Ce triangle métallique est formé d'une tige de zinc à peu près de la grosseur du petit doigt, recouverte dans toute son étendue d'un morceau ou espèce de bandelette de gomme élastique en nature, ou d'un coussin de peau de mouton chamoisée, rembourré de laine et recouvert de taffetas gommé.

Les deux branches de cette espèce de triangle vont en s'écartant par en haut l'une de l'autre d'à peu près huit à dix centimètres; leur extrémité supérieure et latérale donnent attache de chaque côté à un tirant long de dix à douze centimètres qui, en marchant de bas en haut et de dedans en dehors, vient se fixer au bas de la ceinture par le moyen des boucles dont il a été parlé plus haut. L'extrémité de cet ovale métallique passe sous le périnée jusqu'à un travers de doigt en arrière de la commissure des grandes lèvres. Cette partie de l'instrument donne attache à un large tirant qui, en longeant le sacrum, vient se fixer à la boucle qu'offre la partie moyenne et postérieure de la ceinture.

Dans l'intérieur du sac de taffetas gommé est placée une éponge, qui, en se gonflant, doit absorber le liquide au fur et à mesure que le vagin le laisse s'échapper. Le sac se ferme à sa partie supérieure au moyen de deux cordons et d'une coulisse : sans cette précaution les urines pourraient s'échapper par en haut chaque fois que la malade fléchirait le corps en avant (1).

(1) On trouve le dessin de notre urinal à la planche 11 de l'atlas du *Traité des bandages et appareils* du docteur Gerdy. Les changements que nous lui avons fait subir depuis cette époque consistent au remplacement

APPAREIL POUR RAMENER LA TÊTE DANS LE CAS DE DÉVIATION LATÉRALE ACCIDENTELLE.

Madame B***, âgé de cinquante ans, créole et propriétaire à la Havane. Cette dame avait épousé un colonel français beaucoup plus jeune qu'elle et qui, après s'être expatrié à l'époque de la restauration, en 1814, revint plus tard en France avec son épouse.

Cette créole, grande, forte et éminemment nerveuse, ne tarda pas à s'apercevoir de la folie qu'elle avait faite en se mariant avec un homme dont les goûts et l'âge ne sympathisaient nullement avec les siens. Il survint pour elle une infinité de désagréments, suite inévitable d'une union aussi mal assortie.

Le caractère violent de madame B***, habituée à voir tout fléchir devant elle, s'exaspéra au point de lui faire éprouver des accès de fureurs avec contorsion de membres thoraciques et abdominaux. Durant l'accès le tronc se fléchissait en arrière ainsi que la tête, quand, toutefois, cette dernière n'exécutait pas un mouvement de rotation qui portait le menton sur l'une des deux épaules.

Cette dame, qui avait déjà éprouvé plusieurs crises semblables, était habituée à voir sa tête reprendre sa situation primitive cinq à six heures après l'accès; mais un jour une forte contrariété ayant déterminé un accès beaucoup plus violent que la malade n'en avait encore éprouvé, puisque sa fureur était telle, que quatre personnes pouvaient à peine la maintenir, la tête se porta violemment à droite, et malgré tout ce que l'on fit pour la ramener elle y resta fixée.

Dans cet état de contorsion du cou qui avait obéi au mouvement brusque de la tête, la malade ne pouvait avaler de substances alimentaires dures et d'un certain vo-

de la bandelette élastique placée en avant à la partie supérieure de l'ovale métallique par deux tirants fixés à ses angles.

lume, telles que les viandes, à moins qu'elles ne fussent extrêmement mâchées.

M. le baron Alibert fut appelé, et vainement il essaya pendant deux années de suite à donner assez de souplesse aux muscles pour que la tête pût être ramenée à sa situation normale. On proposa la section de plusieurs filaments musculaires; mais M. le baron Dupuytren, l'un des consultants, s'y opposa. Il pensa que préalablement il fallait employer des moyens mécaniques sagement combinés : son avis fut adopté et, d'après sa proposition, la malade me fut adressée.

En examinant madame B***, je compris de suite que pour distendre et allonger les muscles du côté droit, et en même temps faire céder ou rompre les adhérences qu'ils avaient dû contracter avec les différents tissus leur servant d'enveloppe, il fallait lentement et sans violence attirer le menton sur l'épaule gauche afin de produire un allongement semblable des muscles du côté droit à celui de ceux de l'autre côté.

L'appareil qui m'a si complètement réussi, pour cette difformité, était formé d'un plastron en tôle d'acier et d'une espèce de bandeau serretête et de tiges de métal. Le plastron de tôle, reposant sur la partie postérieure et dorsale, avait assez la forme de l'armure que portent les soldats des régiments de cuirassiers. Il se déprimait par en haut à sa partie moyenne correspondant aux vertèbres cervicales, s'allongeait en se courbant sur les deux côtés de manière à embrasser les épaules. Ces parties se terminaient par des espèces de demi-épaulettes faites en étoffe solide, lesquelles se trouvaient prolongées par un large ruban ou tirant destiné à se rendre à des boucles que portait une ceinture large de quatre travers de doigt, servant à fixer par en bas l'espèce de plastron dont je viens de parler.

De la partie gauche du plastron partait une branche métallique ou espèce de tuteur offrant deux parties bien distinctes, dont la première était formée par une lame ou

bande de cuivre ayant trois centimètres de largeur sur vingt-quatre de longueur. Cette première branche se trouvait recourbée à sa partie supérieure afin de s'accommoder à la conformation de l'épaule sur laquelle elle passait. La deuxième branche, qui n'est réellement que le prolongement de la première, est formée d'une lame d'acier légèrement recourbée, large de deux centimètres et longue de vingt-trois. L'extrémité inférieure de cette branche se fixait à celle en cuivre, au moyen de mortaises ou entailles faites à son bord inférieur, plus d'un filet de vis la traversant dans son centre, terminé par un écrou en cuivre qu'il suffit de serrer avec une clef carrée pour donner à la tige autant de solidité que si elle n'était formée que d'une seule et même lame. Au moyen de cette disposition, il était facile de changer la direction du levier qui, aussitôt que la tête dut se trouver droite, devait se porter en arrière pour attirer la tête sur l'épaule gauche.

A l'extrémité supérieure de la branche, formant levier, on rencontre une tige taraudée longue de cinq centimètres, armée, à l'un de ses bouts, d'une virole en cuivre à tête goudronnée; et à l'autre, par une petite platine en cuivre donnant attache à deux forts tirants longs de trente-six centimètres. Au moyen de cette espèce de vis de rappel, la malade pouvait elle-même avec la main augmenter ou diminuer la tension des liens destinés à ramener la tête.

La troisième pièce de cet appareil n'est autre chose qu'une espèce de bandeau ou serretête, composé de deux lames de ferblanc courbées de manière à embrasser la tête de chaque côté et cousues sur une forte bande de toile, en laissant en avant et en arrière des intervalles de trois travers de doigt pour le premier, et d'un seulement pour le second. A la partie latérale de ce serretête du côté droit se trouvent deux boucles destinées à donner attache aux liens qui doivent attirer la tête du côté gauche; cette espèce de coiffure, recouverte en taffetas noir dans toute son étendue, portait à sa partie supérieure quatre cordons qui,

noués en se croisant sur le haut de la tête, complètent cette partie de l'appareil et l'empêchent de descendre jusque sur les yeux; à la partie moyenne de ce bandeau, à peu près à la hauteur de l'oreille droite, se trouve fixée une large boucle qui reçoit les deux bouts de tirants faisant fonction de liens attachés fortement par leur autre extrémité à la platine en cuivre que gouverne la vis portée par le levier dont il a été précédemment parlé.

Comme l'action de tiraillement de gauche à droite doit nécessairement cesser aussitôt que la tête se trouve droite, c'est à dire que le menton répond à la partie du sternum qui sépare les deux clavicules, il convient de changer le mode d'agir du levier, sans quoi la tête abandonnée à elle-même, à cette époque du traitement, retournerait infailliblement à droite. C'est, comme il a été dit plus haut, au moyen des entailles pratiquées à l'extrémité de la seconde branche du levier, qu'on lui donne une action d'avant en arrière, susceptible d'attirer la tête jusque sur l'épaule gauche. Aussitôt cet effet obtenu, il faut enlever l'appareil, en abandonnant entièrement la tête à l'action des muscles antagonistes droit et gauche qui la gouvernent.

Si, dans le premier temps de la liberté de la tête, elle fléchissait en avant, au point que le menton vînt s'appuyer sur la poitrine, il faudrait faire garder le lit à la malade pendant quelques jours, en l'invitant à y rester le plus possible couchée sur le dos et la tête plus basse que la poitrine. A cet effet, un oreiller devrait être passé sous les épaules.

L'appareil que nous venons de décrire n'a été porté que le jour, il était remplacé la nuit par une bande à pansements qui, après avoir fait plusieurs circulaires sur la tête, venait se fixer sous le bras gauche, et madame B*** fut guérie de sa difformité au bout de quinze mois de traitement.

J'ai une seconde fois employé avec le même succès cet appareil sur une autre dame offrant une difformité sem-

blable à celle de madame B***, résultant, comme chez elle, d'un violent accès de colère.

APPAREIL SUSCEPTIBLE DE FAVORISER LA FORMATION DU CAL DANS LE CAS DE FRACTURE DE LA TÊTE DE L'HUMÉRUS.

M. D***, âgé de vingt-six ans, d'une constitution lymphatique et nerveuse, eut un duel au pistolet. La balle de son adversaire l'atteignit à l'épaule et fractura l'humérus à sa partie supérieure, c'est à dire près de son col. Aussitôt cet accident, ce jeune homme fit appeler les docteurs Piorry et Lisfranc pour lui donner les soins que réclamait sa situation. Mais, malgré ce que purent faire ces deux praticiens distingués, la présence de la balle dans le fond de la plaie d'où elle n'avait pu être retirée donna lieu à une abondante suppuration fournie par la fonte des tissus cellulaires environnants.

Cinquante et quelques jours s'étaient écoulés depuis la blessure, et la fracture ne se consolidait pas, car le cal ne pouvait se former dans un foyer si abondant de suppuration, et pourtant, pour donner issue au pus, une contre-ouverture avait été pratiquée au dessus de la clavicule; à chaque pansement, en comprimant avec la main la poitrine à sa partie supérieure, et à droite dans la direction de la clavicule, on faisait sortir à peu près un demi-verre d'un liquide épais et légèrement fétide, même quantité de pus étant fournie par la plaie principale, dès que la main comprimait le dessous de l'épaule.

Les forces du malade finirent par être totalement épuisées par une si abondante suppuration et sa vie fut même en danger. Ce fut à cette époque de la maladie que les docteurs Piorry et Lisfranc me firent voir le malade en m'invitant à construire un appareil qui pût, sans faire éprouver une grande gêne, exercer une compression permanente, tant sous l'épaule que sur la partie supérieure de la poitrine.

Pour répondre à la confiance de ces deux docteurs, je disposai un appareil facile à glisser sous l'épaule du malade sans lui produire de secousse, car, dans son état, il eût été dangereux de le changer de position.

Mon appareil se compose 1° d'une gouttière en tôle d'acier; 2° d'un ressort d'acier trempé; 3° d'une pelote de compression; 4° d'un coussin, de boucles et de lanières en tirant.

La gouttière en tôle d'acier offre trente-quatre centimètres de longueur sur seize de largeur par en bas, et neuf seulement par en haut. Son bord externe, marche droit dans toute son étendue, tandis que son bord interne est échancré dans à peu près les deux tiers de sa longueur. D'après cette disposition, la partie inférieure de la gouttière vient s'engager sous l'aisselle pour passer entre le bras et le corps; puis, en embrassant le bras y fixe l'appareil au moyen de deux tirants et de deux boucles marchant horizontalement de manière à former une espèce de bracelet.

Les parties moyennes et supérieures de la gouttière qui doivent longer l'épaule et même la dépasser de deux travers de doigt, donnent attache en dehors à une bandelette d'acier large de trois centimètres, laquelle courbée en angle droit marche d'arrière en avant en passant par dessus l'épaule malade. Cette bandelette qui a huit centimètres de longueur est armée, à son extrémité, d'un gros filet de vis avec écrou, long de deux centimètres. Ce filet reçoit le ressort de compression et une petite bandelette d'acier de dix centimètres formant le complément de la branche du levier qui sert à ramener l'appareil de haut en bas, afin de lui donner de la fixité et rendre l'action du ressort de compression plus ou moins forte, un premier écrou fixe le ressort de compression, et après avoir été serré, porte la petite branche du levier qui se trouvait ensuite fixé par un second écrou.

Le ressort de compression formant la deuxième partie de l'appareil est fait d'une lame d'acier longue de vingt-

quatre centimètres et large de deux. A sa partie moyenne. La lame du ressort offre une partie droite, puis se contourne de haut en bas et d'avant en arrière. Les deux extrémités de ce ressort offrent des formes bien différentes l'une de l'autre. A l'extrémité antérieure où celle du point d'appui se termine par une mortaise longue de six centimètres assez large pour se laisser traverser par le filet de vis destiné à la fixer. Cette ouverture a pour but de favoriser l'allongement ou le raccourcissement du ressort de compression, ce qui augmentait ou diminuait sa force compressive. L'extrémité antérieure du ressort ou celle que l'on pourrait appeler de compression se terminait en T, et la mortaise que l'on y rencontrait pareille en longueur et en largeur à la première que nous avons décrite, marchait en travers. Cette dernière ouverture est traversée par un filet de vis fixé à la pelote de compression, et, au moyen de sa situation transversale elle donnait la facilité d'exercer à volonté la compression soit en avant du côté du sternum, soit en dehors plus ou moins près de l'articulation scapulo-humérale.

La pelote de compression ou troisième pièce de l'appareil est tout bonnement un ovale en tôle d'acier, long de dix centimètres et large de six. A son centre est rivé un filet de vis semblable à celui qui fixe le ressort de compression à la branche de levier appartenant à la partie supérieure de la gouttière. Les trois écrous de ces deux filets de vis sont carrés et de même dimension, de sorte qu'ils se manœuvrent au moyen de la même clef. La garniture de la pelote doit offrir une certaine dureté; c'est pourquoi on peut la faire d'un morceau de liège recouvert d'une couche de laine et par dessus de peau de mouton chamoisée, puis une enveloppe de taffetas gommé. Pour absorber la suppuration on mettra entre la pelote et la peau du malade une ou plusieurs compresses de vieux linge.

Le coussin, dernière pièce de l'appareil, doit se placer à la partie supérieure de la gouttière pour soutenir et

comprimer par le poids seul du corps du malade, les divers tissus de la région de l'épaule et du dos envahie par la suppuration. Ce coussin qui doit être assez doux sera rembourré de laine ou de crin recouvert de peau de mouton chamoisée, et par dessus de taffetas gommé. La garniture générale de la gouttière de tôle sera également, ainsi qu'un bourrelet ou coussin, placé sous l'aisselle, matelassée de laine, recouverte de peau de mouton chamoisée et de taffetas gommé. De la partie supérieure de la gouttière doit partir un large bord de fil ou de tirant qui viendra s'attacher à la boucle fixée à l'espèce de levier que porte la partie supérieure de la gouttière.

Le lendemain de l'application de notre appareil, le docteur Lisfranc fut frappé, à son pansement, de la petite quantité de pus qu'il trouva, et chaque jour la quantité de ce liquide diminua. Insensiblement les forces du malade revinrent, le cal se forma, et cinq ou six semaines après cette application ce jeune homme put sans danger partir pour Rouen qu'habitait sa famille.

BANDAGE OU APPAREIL COMPRESSIF DE L'ARTÈRE ILIAQUE EXTERNE.

La cure de l'anévrysme inguinal par la compression de l'iliaque avait été tentée depuis longtemps sans succès par plusieurs chirurgiens distingués, et ce moyen se trouvait totalement abandonné par les praticiens, lorsque le nommé Berger se présenta à l'Hôtel-Dieu pour se faire guérir d'un anévrysme inguinal.

M. Dupuytren, chirurgien en chef de cet hôpital, eut la bonté de me faire appeler pour essayer avec lui la compression dans le bas ventre de l'iliaque externe. Nos tentatives eurent peu de succès, et plus tard le malade sortit guéri par suite de la ligature de l'artère iliaque qu'exécuta le grand chirurgien auquel le malade s'était confié. Il convient d'exposer ici ce que dit Dupuytren, dans ses leçons

orales de clinique chirurgicale, à l'occasion des tentatives de compression qui eurent lieu pendant plusieurs semaines sur son malade (1). » Une machine fut faite à cet effet; » mais elle ne put être employée plus de quinze ou vingt » minutes, surtout étant jointe à l'application de la glace. » Les douleurs que la compression produisait se faisaient » sentir encore quelques minutes après qu'elle avait été » levée. Il arrivait même alors qu'elle se faisait sentir » avec plus d'intensité; ces douleurs évidemment dues à » la compression des nerfs cruraux cessaient entièrement » au bout de cinq à six minutes. Plusieurs corrections fu- » rent faites à cette machine; mais comme elle avait tou- » jours l'inconvénient de ne pas faire corps avec le bas- » sin, de n'en pas suivre les mouvements, et que le corps » tout entier du malade glissait vers le pied du lit en exé- » cutant en avant un mouvement qui le dégageait d'entre » les deux points de compression de la machine, ce qui » faisait qu'elle ne pouvait être efficace.

» Cette compression intermittente fut néanmoins exé- » cutée jusqu'au 18 septembre, et elle était devenue si » douloureuse qu'on fut obligé de l'abandonner.

» Le point d'appui de cette machine, pris d'une part » sur le sacrum et de l'autre à la fin de l'artère iliaque ex- » terne, qui se trouvait comprimée à l'aide d'une pelote » qu'une vis de pression mettaient en mouvement.

» Cependant à cette époque la tumeur était diminuée » d'une manière sensible. Je permis au malade de se lever » pendant quelques jours. Il éprouva alors, dans l'arti- » culation du genou, du côté de l'anévrysme, un senti- » ment de gêne et de raideur qui fut dissipé au bout de » quarante-huit heures.

» Ces difficultés ne me firent pas renoncer à l'espoir

(1) *Voyez* l'observation du nommé Berger (François), opéré d'un anévrysme crural, guéri par la ligature de l'artère iliaque externe, précédée de tentative de compression. *Leçons orales de clinique chirurgicale de M. le baron Dupuytren*, t. IV, p. 550, in-8°, Paris, 1831, 1833.

» d'obtenir la guérison par la compression. Une nouvelle » machine plus simple que la première, analogue au ban- » dage de Camper, et construite d'après les mêmes prin- » cipes, par M. Verdier, habile chirurgien herniaire, fut » employée sur Berger. Elle consistait en une bande d'acier » élastique formant les cinq sixièmes d'un ovale; l'extré- » mité droite, élargie et aplatie, prenait un point d'appui » sur la hanche du même côté. L'extrémité gauche, plus » étroite et contournée du haut en bas, d'avant en arrière » et de droite à gauche, offrait, à six pouces de sa termi- » naison, une pelote qui répondait exactement au point » où l'artère iliaque externe passe sur le corps du pubis. » Ce bandage avait son élasticité pour tout moyen d'ac- » tion : on en fit l'application le 20 septembre.

» Il fut aisé de voir qu'il avait, sur la première ma- » chine, l'avantage de suivre tous les mouvements du » corps, avantage qui donnait à la compression une exac- » titude et une fixité qui auraient atteint certainement » le but proposé si le malade eût été plus courageux et » moins impatient. »

Ce que j'avais été à même d'observer à l'Hôtel-Dieu, sur Berger, avait fixé mes idées sur le moyen le plus convenable à exercer la compression de l'artère iliaque pour, plus tard, espérer la cure des anévrysmes de la même nature que celui de ce malade.

Comme on doit bien le penser, je désirais ardemment trouver une occasion qui pût me mettre à même de faire de nouvelles tentatives de compression, lorsque M. le docteur Kéraudren, médecin en chef de la marine, me fit appeler pour le sieur Choult, suisse de ce ministère.

Ce malade, âgé de trente-quatre ans, d'une constitution éminemment lympathique et scrofuleuse, avait eu la cuisse droite amputée précédemment, par le baron Boyer, pour un anévrysme poplité développé au jarret gauche. A l'époque de l'opération, l'habile chirurgien de la Charité découvrit dans le pli de l'aine du même côté, à peu près à

un pouce du ligament de Fallope, une seconde tumeur anévrysmale appartenant à l'artère crurale. Cette dernière tumeur prit d'abord peu de développement; mais, un an après la cicatrisation du moignon, elle se trouva avoir acquis un volume tellement considérable que, quand je vis le malade pour la première fois, elle pouvait avoir de dix à douze centimètres de diamètre sur à peu près cinq d'élévation. Les pulsations qu'on y remarquait étaient tellement fortes, qu'elles soulevaient les vêtements du malade de manière à être aperçues par les personnes placées à une distance assez éloignée de lui.

L'indication à remplir pour combattre cette maladie était bien évidemment de tâcher de comprimer l'iliaque externe à sa sortie du bassin; mais, comme il n'existait dans l'arsenal chirurgical aucun appareil propre à atteindre ce but, il fallait en imaginer un plus parfait que celui que j'avais disposé précédemment pour le sieur Berger, dont il a été parlé plus haut.

M. le docteur Kéraudren, ayant eu connaissance de l'opération si heureusement pratiquée récemment à l'Hôtel-Dieu par M. Dupuytren, l'invita à venir voir avec lui, au ministère, le sieur Choult. Il fut convenu que je disposerais un bandage propre à exercer sur l'artère iliaque externe, à son passage sur la branche horizontale du pubis, une compression permanente, agissant de haut en bas et d'avant en arrière

Mon appareil se compose d'un ressort d'acier large de trois travers de doigt, soumis à un degré de trempe qui, en lui laissant une grande élasticité, l'empêche de se déformer. Il embrasse les onze douzièmes de la circonférence du bassin, en offrant une courbure à peu près elliptique; sa partie gauche est contournée antérieurement de manière à s'éloigner d'un travers de doigt de l'aine; puis elle donne attache à une autre pièce contournée d'avant en arrière et de haut en bas, laquelle pièce est destinée à porter la pelote qui doit exercer la compression. Cette pelote est soumise à

l'action d'un filet de vis de huit centimètres de long, susceptible de pouvoir augmenter ou diminuer à volonté la compression. L'extrémité droite du ressort est terminée antérieurement par une espèce de crosse armée de deux boutons de cuivre, donnant attache au sous-cuisse qui passe sous le membre sain. La pelote, en prenant son point d'appui sur le corps du pubis, porte en dedans le ligament fémoral.

Cet appareil est recouvert dans toute son étendue de peau de chamois.

Le rapport fait à l'Académie Royale de Médecine par les docteurs Cloquet et Lisfranc démontre si évidemment les avantages de mon bandage que je crois devoir le reproduire ici dans son entier.

« MESSIEURS,

» L'Académie nous a chargés, M. Jules Cloquet et moi, » de lui rendre compte d'un travail ayant pour titre : *Note* » *sur un appareil destiné à comprimer l'artère iliaque* » *externe, dans le cas d'anévrysme inguinal*, par M. VERDIER, chirurgien-herniaire de la marine royale, des hôpitaux militaires de France et des troupes sédentaires de la garnison de Paris.

» Parmi les méthodes imaginées pour combattre les anévrysmes, la compression établie au dessus de la tumeur » est, sans contredit, l'une des plus simples et des moins » dangereuses ; les succès qu'elle a obtenus, surtout dans » ces derniers temps, doivent peut-être engager les praticiens à la mettre plus souvent en usage. Nous n'avons » pas besoin de dire quels sont les lieux sur lesquels elle » peut être exercée, à l'aide de quels moyens elle a été » faite ; nous ferons seulement remarquer que les règles » sur lesquelles cette méthode repose, devront être plus » ou moins strictement observées, suivant que l'on tentera

» la cure palliative ou la cure radicale, suivant encore que » le moyen dont nous nous occupons ne sera destiné qu'à » favoriser la réussite de la ligature de l'artère.

» M. Verdier a communiqué à l'Académie, dans sa » séance du 16 janvier 1823, un appareil très ingénieux » qu'il a employé sur le nommé Choult, suisse de S. E. le » Ministre de la marine. Cet individu portait un anévrysme » poplité et un inguinal; la jambe se sphacéla : on fit » l'amputation de la cuisse. Un an après cette opération, » plusieurs saignées furent pratiquées au malade, soumis, » pendant un mois, au repos le plus absolu. On couvrit » la tumeur de glace, d'après les conseils de MM. Boyer, » Dupuytren et Kéraudren; ensuite l'on mit en usage le » compresseur de M. Verdier. Sous l'influence de cet ap- » pareil, qui eut cependant l'inconvénient de déterminer » beaucoup de douleurs, de priver pendant quelques nuits » le malade de sommeil, les pulsations cessèrent, et la tu- » meur diminua. Quelque temps après l'on enleva le com- » presseur; les battements devinrent à peine apprécia- » bles : on le réappliqua, et tout sembla de nouveau pro- » mettre une guérison certaine; d'ailleurs Choult pouvait » vaquer à ses occupations. Mais M. Verdier ayant fait » deux jours abstraction de son bandage, après quatre » ans de son emploi, les pulsations de la tumeur reparu- » rent avec assez de force; alors on réappliqua l'appa- » reil qui produisit encore les effets avantageux que nous » avons ci-dessus indiqués.

» Le malade succomba le 6 décembre 1822. L'autopsie » fut faite par M. Verdier en présence d'un grand nombre » d'hommes de l'art (1), qui tous attribuèrent la mort à » un anévrysme de la courbure aortique. On trouva les ar- » tères iliaques du côté malade moins grandes que celles du

(1) Le procès-verbal de l'ouverture que je fis du cadavre de Choult est signé, comme y ayant assisté, des docteurs Kéraudren, Dupuytren, Lisfranc, Heller, Piorry, Rayer, Cornuel et Bégin.

» côté opposé. L'anévrysme inguinal était un pouce au » dessus de la branche horizontale du pubis; son volume » avait diminué des deux tiers.

» Vos commissaires estiment que le bandage de M. Ver- » dier peut borner et diminuer les progrès des anévrysmes » situés au-dessus du ligament de Faloppe, et que proba- » blement l'on rencontrera des cas dans lesquels cet ap- » pareil pourra obtenir des cures radicales (1).

» *Signé :* J. Cloquet et Lisfranc. »

FANTOME OU MANNEQUIN PROPRE A EXERCER LES JEUNES MÉDECINS ET LES SAGES-FEMMES AUX MANOEUVRES DES ACCOUCHEMENTS.

Lors de l'accouchement à terme, la sortie du produit de la conception peut être retardé ou même rendu impossible chez la femme, malgré la régularité des diverses parties de son bassin. La difficulté, dans ce cas, vient de la position de l'enfant au détroit abdominal.

L'accouchement par les seuls moyens de la nature ne peut avoir lieu que par la tête, par les pieds, par les genoux et par les fesses. Si le fœtus présente d'autres parties de son corps, il faut que l'accoucheur le ramène à l'une de ces positions, ce qui ne peut avoir lieu qu'au moyen de manœuvres plus ou moins compliquées, plus ou moins longues et parfois très pénibles pour la femme sur laquelle on les exerce.

La théorie seule ne suffit pas au médecin qui se destine aux accouchements; il lui faut une grande habileté dans l'exécution des divers mouvements susceptibles d'être exécutés sur l'enfant encore retenu dans l'intérieur de la matrice. L'adresse dont il a besoin pour faire éprouver le

(1) Pour de plus grands détails, on peut consulter la brochure que j'ai publiée dans le temps, intitulée : *Mémoire sur un appareil compressif de l'artère iliaque externe dans le cas d'anévrysme inguinal.* In-8°, avec planches. Paris, 1823.

moins possible de douleurs à la femme en couches, ne peut s'acquérir qu'en s'exerçant souvent sur un mannequin ou fantôme convenablement disposé.

Attaché pendant plusieurs années au cours d'accouchement du professeur Maygrier, et chargé par lui de toute la partie pratique de son cours, je crus devoir chercher à construire un mannequin qui se rapprochât autant que possible de la nature, surtout pour la forme du bassin, l'étendue de ses diamètres, l'élasticité du périnée, de la vulve et de la paroi abdominale antérieure (1).

Ai-je atteint le but de perfection que je me proposais dans la construction de mon fantôme? Je crois trouver l'affirmative à cette demande dans le rapport ci-après de l'illustre Chaussier et du docteur Thillaye (2).

Rapport fait à la Société de la Faculté de Médecine de Paris, par M. le professeur Chaussier et M. Thillaye fils, sur un mannequin propre à la manœuvre des accouchements, présenté par M. VERDIER, *chirurgien-herniaire de la marine royale et des hôpitaux militaires de France.*

» Lors de l'accouchement à terme, si l'enfant se présentait toujours de la meilleure manière, c'est à dire si la tête, à la suite de la saillie formée par les eaux, s'engageait constamment la première et de la façon la plus avantageuse dans l'excavation du bassin, il est hors de doute que, sauf un très petit nombre de cas particuliers, les con-

(1) J'ai offert aux regards du public, à l'exposition des produits de l'industrie de 1839, un mannequin fait d'après ces principes, commandé par le ministre de la marine pour l'hôpital d'instruction du port de Toulon. Cet appareil, qui a été remarqué par un grand nombre de praticiens, m'a valu des éloges de plusieurs d'entre eux, et une mention honorable de la part du jury.

(2) On trouve ce rapport, avec une lithographie représentant mon fantôme, dans le *Journal universel des sciences médicales*, tom. XX, p. 125.

tractions de l'utérus suffiraient pour déterminer la sortie du fœtus. Or, bien que la disposition la plus commune de toutes soit celle qui établit entre l'enfant et le canal qu'il doit traverser le rapport le plus favorable, il est cependant vrai que souvent elle est modifiée et quelquefois même remplacée par d'autres positions qui rendraient l'accouchement plus long, plus douloureux, et parfois impossible, si l'art ne venait au secours de la nature. On peut donc avancer qu'une portion du manuel de l'accouchement consiste : d'abord à reconnaître, par l'application de la main ou du doigt, sur une partie du fœtus, quelle est sa situation dans le sein de sa mère, et ensuite à lui faire prendre, lorsqu'il est mal placé, l'une des positions qui permettent la terminaison spontanée de l'accouchement.

» La solution de ce problème dépendant de l'exactitude avec laquelle on interprète les indications que fournit le toucher, on a imaginé, pour rendre cette opération familière aux élèves, de les y exercer sur des fantômes ou mannequins disposés de façon à représenter, autant qu'il est possible de le faire, la diversité des positions que peut prendre le fœtus. Au reste, ces appareils sont d'une utilité plus réelle encore lorsqu'il s'agit d'apprendre à exécuter les mouvements nécessaires pour changer la mauvaise position dans laquelle se présente quelquefois un enfant. Ces réflexions suffisent sans doute pour justifier la coutume adoptée dans les écoles, de faire précéder, par des manœuvres simulées sur un fantôme, les exercices beaucoup plus importants auxquels doivent ensuite se livrer ceux qui se destinent à la pratique des accouchements. Nous n'insisterons pas non plus sur les règles auxquelles doivent s'assujettir ceux qui construisent ces sortes de fantômes ; elles se réduisent à conserver, entre le bassin et le fœtus artificiel, les proportions les plus convenables, et à tacher de rendre sensible, autant qu'on le peut, la série des phénomènes que présente l'accouchement. Or, le man-

nequin présenté par M. Verdier nous a paru remplir toutes ces indications; c'est d'ailleurs ce dont il sera facile de juger en lisant la description exacte, mais abrégée, qu'il a faite de son appareil.

» Ce fantôme, qui a pour base un bassin de femme bien conformé, est en dedans garni d'une peau grise, et en dehors d'une peau rose ou de couleur de chair; des piqûres faites dans le bassin en indiquent la forme avec précision, et dessinent les trous sacrés, les échancrures ischiatiques et les trous ovalaires. Un périnée et une vulve élastiques, formés l'un et l'autre de ressorts spiraux de fil de cuivre recouverts de peau, se distendent pour laisser passer le fœtus, sans néanmoins cesser de le comprimer; après l'opération, ces parties reprennent leur disposition primitive. Une sorte de tablier en peau représente la paroi antérieure de l'abdomen, et empêche de voir quelle est la position du fœtus. Ce tablier est lui-même formé d'un réseau de ressorts d'élastiques, dont la direction et l'entrecroisement imitent la disposition des muscles de l'abdomen; la souplesse de cette paroi permet à la main appliquée sur le ventre de suivre les mouvements qu'imprime à l'enfant l'autre main introduite dans l'utérus.

» Ce mannequin est disposé de manière à pouvoir se fixer sur le premier meuble que l'on rencontre, et c'est ce que l'on exécute facilement au moyen d'un cadre en fer et de courroies qui, d'une part, se fixent sur les cuisses, et, de l'autre, passent dans les boucles placées sur les parties latérales du fantôme.

» L'enfant est représenté par un squelette de fœtus à terme, recouvert d'une peau de chamois; afin de faire reconnaître à la personne qui manœuvre quelle est la position de la tête, on a rendu sensibles, au moyen de coutures, les sutures des os du crâne et les fontanelles.

» Pour simuler la section du cordon ombilical, il suffit de défaire un nœud placé à trois travers de doigt du corps de l'enfant, qui se trouve alors isolé du placenta. M. Verdier,

pour donner de l'arrière-faix une idée plus exacte qu'on ne le fait dans les fantômes ordinaires, a cherché à l'imiter, au moyen d'une houpe de pluche de soie, sur laquelle se renverse un taffetas gommé qui représente les enveloppes du fœtus.

» Cette description du mannequin que vous avez renvoyé à l'examen de vos commissaires, suffit pour vous convaincre qu'il ne le cède à aucun de ceux dont on se sert habituellement, et qu'il leur est même supérieur sous plusieurs rapports. Sans prétendre donner à ces appareils plus d'importance que l'on ne doit raisonnablement le faire, nous vous proposons d'accorder des éloges à M. Verdier, aux efforts duquel vous avez déjà plusieurs fois applaudi, ce chirurgien appartient à cette classe peu nombreuse d'hommes instruits qui, exclusivement livrés à une des parties de la chirurgie, rendent aux praticiens des services continuels par la facilité avec laquelle ils saisissent les indications qu'on leur présente à remplir. »

Signé : CHAUSSIER et THILLAYE.

FIN.

VOCABULAIRE

DES NOMS ANCIENS ET MODERNES

USITÉS

DANS LE LANGAGE MÉDICAL ET CHIRURGICAL DES HERNIES,

DÉPLACEMENTS ET MALADIES DE LA MATRICE.

—

BUBONOCÈLE, s. m., hernie à l'anneau inguinal.
BUBONOREXIE, s. f., hernie de l'intestin à l'anneau et sans sac.
CÉRATOCÈLE, s. f., hernie à travers la cornée.
COLPOCÈLE, s. f., hernie dans le vagin.
CYSTO-BUBONOCÈLE, s. m., hernie de la vessie à travers l'anneau inguinal.
CYSTOCÈLE, s. m., hernie de la vessie.
CYSTOCÈLE BILIAIRE, s. m., hernie de la vésicule biliaire.
CYSTOCÉLIE, s. f., hernie de la vessie. (Alibert.)
CYSTOMÉROCÈLE, s. f., hernie de la vessie par l'arcade crurale.
DESCENTE, s. f., terme vulgaire synonyme de hernie.
DIAPHRAGMATOCÈLE, s. f., hernie du diaphragme.
EFFORTS, s. m., nom donné aux hernies par les anciens.
ELYTROCÈLE, s. m., synonyme de colpocèle.
ÉLYTROPTOSE, s. f., renversement du vagin. (Callisen.)
EMPYOCÈLE, s. m., pus dans la hernie scrotale.
EMPYOMPHALE, s. m., pus dans la hernie ombilicale.
ENCÉPHALOCÈLE, s. f., hernie du cerveau.
ENGOUEMENT, s. m., accumulation et séjour des matières stercorales dans une portion d'intestin.
ENTÉRANGIEMPHRAXIE, s. f., hernie, engouement, obstruction par étranglement.
ENTÉRO-BUBONOCÈLE, s. m., saillie de l'intestin dans la région inguinale.
ENTÉROCÈLE, s. f., hernie de l'intestin.
ENTÉROCÉLIE, s. f., hernie de l'intestin. (Alibert.)
ENTÉROCÉLIE-ANOMALE, s. f., entérocèle-anomale ou ventrale. (Alibert.)
ENTÉROCÉLIE-DORSALE, s. f., pour entérocèle à la région dorsale. (Alibert.)

ENTÉROCÉLIE-FÉMORALE, s. f., hernie fémorale ou crurale. (Alibert.)

ENTÉROCÉLIE-HYPOGASTRIQUE, s. f., pour entérocèle à la région hypogastrique. (Alibert.)

ENTÉROCÉLIE-ISCHIATIQUE, s. f., pour entérocèle à l'échancrure ischiatique. (Alibert.)

ENTÉROCÉLIE-OMBILICALE, s. f., hernie de l'intestin à l'ombilic. (Alibert.)

ENTÉROCÉLIE-PÉRINÉALE, s. f., entérocèle au périnée. (Alibert.)

ENTÉROCÉLIE-SOUS-PUBIENNE OVALAIRE, s. f., entérocèle du trou ovalaire. (Alibert.)

ENTÉROCÉLIE-SUS-PUBIENNE, s. f., hernie inguinale ou bubonocèle. (Alibert.)

ENTÉROCÉLIE-VAGINALE, s. f., entérocèle au vagin. (Alibert.)

ENTÉRO-CYSTOCÈLE, s. f., hernie de l'intestin et de la vessie.

ENTÉRO-ÉPIPLOCÈLE, s. f., hernie de l'intestin et de l'épiploon.

ENTÉRO-ÉPIPLOMPHALE, s. f., hernie de l'intestin et de l'épiploon à l'ombilic.

ENTÉRO-ÉPIPLO-SCHÉOCÈLE, s. f., hernie de l'intestin et de l'épiploon dans le scrotum.

ENTÉRO-GASTROCÈLE, s. f., hernie ventrale ou éventration.

ENTÉRO-HYDROCÈLE, s. f., hernie de l'intestin et de l'hydrocèle.

ENTÉRO-HYDROMPHALE, s. f., hernie de l'intestin avec sérosité à l'ombilic.

ENTÉRO-ISCHIOCÈLE, s. f., hernie ischiatique formée par l'intestin.

ENTÉRO-MÉROCÈLE, s. f., hernie de l'intestin à l'arcade crurale.

ENTÉROMPHALE, s. f., hernie de l'intestin à l'ombilic.

ENTÉRO-PÉRISTOLE, s. f., étranglement des intestins.

ENTÉRO-SARCOCÈLE, s. f., hernie de l'intestin avec cancer du testicule.

ENTÉRO-SCHEOCÈLE, s. f., hernie scrotale formée par l'intestin.

ÉPIGASTROCÈLE, s. f., hernie épigastrique formée par l'estomac ou autre viscère.

EPIPLOCÈLE, s. f., hernie de l'épiploon.

ÉPIPLO-ENTÉROCÈLE, s. f., hernie de l'épiploon et de l'intestin.

EPIPLOÏQUE, s. f. (*Voyez* EPIPLOCÈLE.)

EPIPLO-ISCHIOCÈLE, s. f., hernie de l'épiploon par l'échancrure ischiatique.

EPIPLO-MÉROCÈLE, s. f., hernie de l'épiploon à travers l'arcade crurale.

EPIPLOMPHALE, s. f., hernie de l'épiploon à travers l'ombilic.

EPIPLO-SARCOCÈLE, s. f., hernie de l'épiploon dans le scrotum.

EPIPLO-SARCOMPHALE, s. f., hernie de l'épiploon endurci et hypertrophié à l'ombilic.

EPISIOCÈLE, s. f., hernie dans les grandes lèvres.

ETRANGLEMENT, s. m., état d'une partie d'intestin qui par suite d'une forte constriction passe de l'inflammation aiguë à la gangrène.

EXOMÈTRE, s. f., renversement de la matrice.

EXOMPHALE ou EXOMBILICATION, s. f., hernie à l'ombilic.

GASTROCÈLE ou GASTROCÉLIE, s. f., hernie de l'estomac à la partie supérieure de la ligne blanche.

GESTATION, s. f., temps durant lequel l'embryon doit séjourner dans la matrice.

GLOSSOCÈLE, s. f., hernie de la langue.

HÉMALOCÈLE, s. f., tumeur formée par le sang. On en distingue trois espèces ; scrotale, vaginale et testiculaire.

HÉMATOMPHALE ou HÉMATOMPHALOCÈLE, s. f., hernie ombilicale dont le sac contient de la sérosité sanguinolente.

HÉPATOCÈLE, s. f., hernie formée par le foie.

HÉPATOMPHALE, s. f., hernie du foie à l'ombilic.

HERNIE, s. f., tumeur formée par la sortie des viscères des cavités qui les renferment.

HERNIÉ, adj., nom donné aux organes contenus dans les hernies.

HERNIE CHARNUE, s. f., désignation du sarcocèle. (*Voy.* ce mot.)

HERNIE HUMORALE, s. f., inflammation du testicule avec écoulement par la verge.

HERNIEUX, adj., mot peu usité des anciens pour désigner les sujets atteints de hernie.

HILON, s. m., hernie de l'iris à travers la cornée.

HYDRENTÉROCÈLE, s. f., hernie de l'intestin avec sérosité dans le sac lui servant d'enveloppe.

HYDRENTÉROMPHALE, s. f., hernie ombilicale, entérocèle compliquée de sérosité dans le sac herniaire.

HYDROCÈLE, s. f., tumeur formée par de la sérosité.

HYDRO-CIRSOCÈLE, s. f., hydrocèle et varice.

HYDRO-ENTÉROCÈLE, s. f. (*Voir* HYDRENTÉROCÈLE).

HYDRO-ENTÉRO-ÉPIPLOCÈLE ou HYDRO-ÉPIPLO-ENTÉROCÈLE, s. f., hernie d'intestin, d'épiploon et de sérosité.

HYDRO-ENTÉROMPHALE, s. f. (*Voir* HYDRENTÉROMPHALE).

HYDRO-ÉPIPLOCÈLE, s. f., hernie de l'épiploon avec sérosité.

HYDRO-EPIPLOMPHALE, s. f., hernie située à l'ombilic formée d'épiploon et de sérosité.

HYDROMPHALE, s. f., hernie ombilicale avec sérosité ou même compliquée d'hydropisie ascite.

HYDRO-PHYSOCÈLE, s. f., hernie qui renferme de la sérosité et des gaz.

HYDROPHYSOMÈTRE, s. f., hydropisie de la matrice avec gaz.

HYDRO-PNEUMATOCÈLE, s. f. (*Voir* HYDRO-PHYSOCÈLE).

HYDROGASTROCÈLE, s. f., hernie à la région hypogastrique et à travers la ligne blanche.

HYSTÉROCÈLE, s. f., hernie ou tumeur formée par la matrice.

HYSTÉRO-CYSTOCÈLE, s. f., hernie de la matrice et de la vessie.

HYSTÉROLOXIE, s. f., obliquité de la matrice.

HYSTÉROPTOSE, s. f., chute ou renversement de la matrice.

ISCHIATOCÈLE, s. f., hernie à l'échancrure de l'ischion.

KYSTOCÈLE, s. m. (*Voir* CYSTOCÈLE).

LAPAROCÈLE, s. f., hernie lombaire.

MATRICE, s. f., organe creux qui sert à loger le fœtus pendant tout le temps de la gestation.

MÉROCÈLE, s. f., hernie fémorale ou crurale.

MÉSOSCÉLOCÈLE, s. f., hernie périnéale.

MÉTRITE, s. f., inflammation de la matrice.

MÉTROCAMPSIE, s. f., inflexion de la matrice.

MÉTROCÈLE, s. f., hernie formée par la matrice.

NÉPHROCÈLE, s. f., hernie du rein.

OMBILICALE, adj. (*Voir* EXOMPHALE).

OMENTITE, s. f., inflammation de l'épiploon.

OMPHALOCÈLE, s. f. (*Voir* EXOMPHALE).

OPODÉOCÈLE, s. f., hernie au trou suspubien. (Sagar.)

OPHTHALMOCÈLE, s. f., hernie de l'œil.

OSCHÉOCÈLE, s. f., hernie scrotale.

OSTÉOCÈLE, s. f., ossification partielle des sacs herniaires anciens.

OVARIOCÈLE, s. f., hernie formée par l'ovaire.

PARENCÉPHALOCÈLE, s. f., hernie du cervelet.

PAROMPHALOCÈLE, s. f., hernie près de l'ombilic par éventration.

PARORCHIDO-ENTÉROCÈLE, s. f., hernie de l'intestin et du testicule.

PÉRINÉOCÈLE, s. f., hernie du périnée.

PHARYNGOCÈLE, s. f., hernie ou prolapsus du pharynx.

PHYSOCÈLE ou PNEUMATOCÈLE, s. f., tumeur scrotale formée par des substances gazeuses.

PAROCÈLE, s. f., hernie dont les enveloppes sont épaissies et calleuses.

PNEUMATOCÈLE, s. f., hernie formée par le poumon à travers les parois thoraciques.

PNEUMATOMPHALE, s. f., tumeur formée à l'ombilic par une hernie intestinale que des gaz distendent.

PROCTOCÈLE, s. f., hernie du scrotum, soit par sa chute soit par son renversement.

PROLAPSUS UTÉRIN, s. m., relâchement des ligaments de la matrice avec abaissement de cet organe.

PROSTATOCÈLE, s. f., hernie de la prostate, soit par engorgement soit par tuméfaction.

RECTOCÈLE, s. m., hernie du rectum.

RUPTURE, s. f., nom populaire des hernies qui se trouvent dans les anciens traités de chirurgie.

SARCOCÈLE, s. f., hernie charnue des anciens non admise par les modernes.

SARCO-ÉPIPLOCÈLE, s. f., épiplocèle avec engorgement.

SARCO-ÉPIPLOMPHALE, s. m., hernie ombilicale d'épiploon affectée d'engorgement chronique.

SCIRRHOCÈLE, s. f., hernie et squirrhe du testicule.

SPERMATOCÈLE, s. f., engorgement du testicule supposé produit par le sperme.

SPLÉNOCÈLE, s. f., hernie de la rate.

STÉATOCÈLE, s. f., tumeur scrotale formée par une matière semblable à du suif.

THYROCÈLE, s. f., hernie de la membrane muqueuse du larynx.

UROCÈLE, s. f., infiltration d'urine dans les bourses.

UTÉRO-SACRO-VAGINAL, s. m., abaissement compliqué ou deuxième degré du prolapsus utérin. (Verdier.)

UTÉRO-VAGINAL, s. m., abaissement simple ou premier degré du prolapsus utérin. (Verdier.)

UTÉRO-VULVO-VAGINAL, s. m., abaissement complet ou troisième degré du prolapsus utérin. (Verdier.)

UTÉRUS, s. m., nom latin de la matrice.

FIN DU VOCABULAIRE.

TABLE ANALYTIQUE

DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CET OUVRAGE.

—

Fac-similé de huit lettres concernant les hernies, écrites à M. Verdier par feu MM. les docteurs Béclard, baron Antoine Dubois, baron Dupuytren, Boisseau, Marc, médecin du roi, et Tartra.

Dédicace. xiii

Introduction. xv

Liste par ordre alphabétique de Messieurs les docteurs en médecine et en chirurgie cités dans les observations détaillées. xxvii

CHAPITRE PREMIER.

DES HERNIES CONSIDÉRÉES SOUS LEURS RAPPORTS DE FORMATION, D'ACCIDENT ET DE TRAITEMENT CURATIF OU PALLIATIF DONT ELLES SONT SUSCEPTIBLES.

PREMIERE SECTION DU CHAP. Ier. — *Anatomie*. 2

§ I. De l'abdomen, situation et organisation. . . . . *ibid.*

§ II. Du péritoine et de ses dépendances, situation et organisation, 4. — épiploon, *ibid.* — Mésentère, 5.

§ III. Du canal intestinal considéré dans son ensemble et dans les diverses parties qui le constituent, *ibid.* — Estomac, 6. — Duodénum, 8. — Jéjunum et iléon, *ibid.* — Cœcum, *ibid.* — Colon, 9. — Rectum, 10.

§ IV. Du cordon ombilical; situation et organisation, *ibid.*

§ V. Du cordon spermatique ou testiculaire; situation et organisation, 11.

§ VI. Du testicule et de ses enveloppes ou dépendances, *ibid.* — 1° Scrotum, *ibid.* — 2° Dartos, 12. — 3° Crémastère, *ibid.* — 4° Tunique fibreuse, *ibid.* — 5° Tunique vaginale, *ibid.* — 6° Tunique albuginée, 13. Gouvernail du testicule, *ibid.*

§ VII. Du bassin considéré comme prolongement de la cavité abdominale; situation et organisation, 14. — Son inclinaison à l'horizon, 16.

§ VIII. De la vessie; situation et organisation, *ibid.*

DEUXIÈME SECTION DU CHAP. Ier. — *Concernant les hernies ou tumeurs formées par le déplacement ou la sortie des viscères des cavités où ils sont contenus ; les accidents déterminés par leur présence aux diverses époques de la vie, des sujets des deux sexes qui en sont affectés, et les moyens thérapeutiques qu'il convient de leur opposer, soit pour les guérir, soit pour empêcher leur plus grand développement.*

§ IX. Des hernies d'après les anciens et d'après les modernes, 17. — Ce que l'on entend par cavités splanchniques, 18. — État des cavités splanchniques après la sortie des organes qu'elles ont l'habitude de loger, 21.

§ X. Des hernies d'après les régions où elles sont susceptibles de se produire, 23. — Ouvertures naturelles de la paroi abdominale, 24. — Anneau et canal inguinal ; situation et organisation, *ibid.* — Hernies inguinales du sexe masculin, 25. — Hernies inguinales du sexe féminin, 28. — Arcade crurale ; situation et organisation, 29. — Hernies crurales des deux sexes, 30. — Anneau ombilical ; situation et organisation, *ibid.* — Hernies ombilicales des deux sexes, 31. — Ligne blanche ; situation et organisation, 32. — Hernies de la ligne blanche des deux sexes, 33.

§ XI. Des hernies ventrales par suites d'éraillement, de déchirure ou de division par instruments tranchants, de la paroi abdominale, *ibid.*

§ XII. Des hernies congéniales ou survenues quelque temps après la naissance, 35. — Différence qui existe entre les hernies congéniales et celles qui n'ont lieu qu'après la naissance de l'enfant, 37. — Hernies inguinales des nouveaux nés, 38. — Hernies ombilicales des nouveaux nés, 39. — Hernies de la ligne blanche des nouveaux nés, 41.

§ XIII. Traitement qu'il convient d'employer contre les hernies des enfants en bas âge, 42.

§ XIV. Lieux où se sont rencontrées les douze cent vingt-six hernies notées dans notre statistique, 48. — Causes présumées de la plus grande fréquence des hernies inguinales et crurales des adultes, du côté droit que du côté gauche, 50. — Pourquoi certaines parties de l'abdomen sont-elles plus souvent le siège des hernies que d'autres? 51. — Époque de la vie où les hernies ont le plus souvent lieu, 54.

§ XV. Division des hernies en neuf classes, 55. — 1re classe, hernies internes, 56. — 2e classe, externes, *ibid.* — 3e classe, simples, *ibid.* — 4e classe, composées, *ibid.* — 5e classe, compliquées, *ibid.* — 6e classe, libres et réductibles, 57. — 7e classe, irréductibles, *ibid.* — 8e classe, engouées, *ibid.* — 9e classe, étranglées, *ibid.*

§ XVI. Des principales causes susceptibles de concourir d'une manière lente ou spontanée à la formation des hernies, 59. — Tempéraments, 64. — Professions, 65.

§ XVII. Des hernies d'après les organes qui les composent, 68. — Signes généraux des hernies, 69. — Causes susceptibles de donner lieu à l'augmentation des tumeurs herniaires, 70. — Caractères propres à faire reconnaître la nature et l'état des organes que renferment les tumeurs herniaires, 71. — Hernie de l'intestin, *ibid.* — Hernie de l'épiploon, 72. — Hernie de l'intestin et de l'épiploon, 73. — Hernie de la matrice, 74. — Hernie de la vessie, *ibid.*

§ XVIII. De la complication des hernies par diverses affections pathologiques propres à les faire méconnaître, 76. — Lipôme ou tumeur graisseuse, 77. — Stéatocèle, variété du lipôme, 79. — Kystes, *ibid.* — Hydrocèle, 80. — Hydrocèle diffuse des enfants nouvellement nés, *ibid.* — Hydrocèle de la tunique vaginale, 81. — Hydrocèle enkystée du cordon testiculaire, 83. — Physocèle ou pneumatocèle, 84. — Hématocèle scrotale, *ibid.* — Sarcocèle ou cancer du testicule, *ibid.* — Spermatocèle, 85. — Varicocèle ou cirsocèle, 86.

§ XIX. Ce qu'il importe de connaître pour se rendre compte de la formation des hernies abdominales, 88. — Formation lente des hernies sans cause connue, 89. — Mécanisme particulier aux hernies à formation plus ou moins lente, 90. — Formation spontanée des hernies, 91. — Mécanisme particulier aux hernies à formation spontanée, *ibid.* — Effet de la compression soutenue des tissus aponévrotiques et musculaires par la tumeur herniaire non réduite, 92.

§ XX. Des changements qu'éprouvent dans leurs formes les tumeurs herniaires par suite de l'altération des organes qu'elles renferment, 93. — Altération propre à l'intestin, 94. — Altération propre à l'épiploon, *ibid.* — Altération propre au mésentère, 96. — Formation du sac herniaire par le péritoine, 97. — Sac herniaire à plusieurs collets ou rétrécissements, 100. — Maladie du sac herniaire, 102.

§ XXI. Du traitement des hernies réductibles, 104. — Position qu'il convient de faire prendre au malade sur lequel on se propose d'exercer le taxis, 108. — Position du chirurgien par rapport au malade, 109. — Réduction de l'intestin, 112. — Réduction de l'épiploon, *ibid.* — Réduction du sac herniaire, 113. — Ce que devient le sac herniaire après sa rentrée dans le ventre, *ibid.*

§ XXII. Des causes qui peuvent contrarier ou empêcher la réduction partielle ou totale de la tumeur herniaire, 115. — Adhérences des organes herniés entre eux ou avec le sac qui les renferme, 117. — 1° Adhérence filamenteuse, *ibid.* — 2° Adhérence immédiate, *ibid.* — 3° Adhérence couenneuse, *ibid.* — 4° Adhérence celluleuse, 118. — Adhérences dues à la formation de membranes anormales, *ibid.* — Difficulté de reconnaître au toucher la nature des adhérences, *ibid.* — La hernie scrotale peut être irréductible par suite de son volume, 119.

§ XXIII. Du bandage herniaire à ressort d'acier considéré dans ses rapports de forme et d'application, 121. — Bandage à ressort propre aux

hernies inguinales, *ibid.* — Forme que doit avoir la pelote du bandage inguinal, 124. — Le bandage à ressort d'acier des hernies inguinales et crurales doit être considéré comme un levier du troisième genre, 125. — Le bandage pour la hernie crurale diffère de celui de la hernie inguinale par la forme de sa pelote, la courbure et la longueur de son ressort, 126. — Garniture qu'il convient de donner au ressort du bandage à lame d'acier, 128. — Ce que le chirurgien doit observer dans l'application du bandage herniaire à ressort, 129.

§ XXIV. Des causes qui peuvent nuire à l'application solide du bandage herniaire à ressort d'acier plus ou moins circulaire, 132.—Maigreur extrême, 133. — Embonpoint considérable, *ibid.*

§ XXV. Des bandages et ceintures destinés aux hernies ombilicales, de la ligne blanche et des autres parties de l'abdomen, 134. — Bandage ombilical à ressort d'élastique en cuivre, 137. — Ceintures abdominales à ressort d'élastique, 138. — Rapport de la Faculté de médecine de Paris fait au ministre de l'intérieur sur mes ceintures abdominales à ressort d'élastique, 139. — Ceinture ventrière non élastique, 140.

§ XXVI. De la cure des hernies par l'usage du bandage herniaire, 143. — Comment le malade doit s'y prendre pour réduire lui-même sa hernie et placer son bandage, 144. — Cas où il convient de comprimer avec le bandage à ressort, l'épiploon et le sac herniaire pour s'opposer à la sortie de l'intestin, 148. — Avantage que l'on retire de la situation horizontale, du régime et de la compression, dans le traitement des hernies volumineuses et adhérentes, 149. — Proportion dans laquelle a lieu la guérison des hernies par l'usage du bandage herniaire à ressort, chez les enfants, chez les adultes et chez les vieillards, 150.

§ XXVII. Hernie sous-claviculaire du poumon, 152.

§ XXVIII. Hernie étranglée de l'iris à travers la cornée, 153. — Traitement, *ibid.*

§ XXIX. De l'engouement ou accumulation de matières stercorales dans une portion d'intestin herniée, 154.—Traitement, 156.—Application de la glace sur la tumeur herniaire, 157. — Refroidissement artificiel, *ibid.* — Lavements et fumigations de tabac, 159.

§ XXX. De l'étranglement de l'intestin, 160. — Marche de l'étranglement, 163. — Traitement de l'étranglement, 166.—Saignée au bras, 167. — Application de sangsues sur la tumeur herniaire, *ibid.* — Bons effets des lavements purgatifs administrés après la rentrée de l'intestin, 170.

§ XXXI. De la gangrène, 174.— Marche de la gangrène dans la hernie étranglée, 175. — Formation de l'anus artificiel par suite de la gangrène de l'intestin étendue à la peau correspondante à la tumeur herniaire, *ibid.*

§ XXXII. Conseils aux personnes affectées de hernies, 176. — Ce que doit faire la personne qui porte un bandage avant de l'abandonner, la

hernie présumée guérie, 178. — Régime que doivent suivre les vieillards affectés de hernies, 179.

§ XXXIII. Des divers traitements plus ou moins barbares et plus ou moins absurdes employés par les anciens pour la cure des hernies, 184. — Castration, 185. — Application de caustiques, 186. — Pommade d'Arnaud; sa composition, 187. — Cataplasmes astringents, 188.

§ XXXIV. Des opérations chirurgicales et traitements proposés par des chirurgiens modernes pour obtenir la cure radicale des hernies, 190. — Procédé opératoire du docteur Jamesson, *ibid.* — Procédé opératoire du docteur Belmas, *ibid.* — Procédé opératoire du docteur Gerdy, 191. — Sachets astringents de M. Beaumont, de Lyon, 192. — Inflammation des téguments par la compression d'un bandage herniaire à ressort très fort, 194. — Méthode dite américaine, *ibid.* — Bandage à pelotes médicamenteuses, 197. — Traitement des Albanais, 198.

§ XXXV. État de la chirurgie herniaire en France au XIXe siècle, 200. — Lettre à M. le Préfet du département de la Seine sur l'organisation à donner à la chirurgie herniaire des hôpitaux de la capitale, 203. — Réponse de M. le comte de Rambuteau, préfet du département de la Seine, à M. Verdier, 205.

TROISIÈME SECTION DU CHAP. Ier. — *Du traitement des hernies par les douches d'eau froide.*

§ XXXVI. Traitement curatif des hernies récentes et accidentelles des jeunes sujets et des adultes, par l'emploi des douches obliques d'eau froide, 207. — Mode d'administration de la douche, 211. — Hernie du canal et de l'anneau inguinal, 212. — Hernie de l'arcade [illegible], *ibid.* — Hernie de l'anneau ombilical, de la ligne blanche et des autres parties du ventre, *ibid.* — Obliquité qu'il convient de donner au jet de la douche, 213.

§ XXXVII. Effet de la douche sur les parties du corps qu'elle vient frapper, *ibid.* — Percussion, 214. — Réfrigération, *ibid.* — Toilette du malade pour recevoir la douche, 216. — Toilette du malade après la douche, 218.

§ XXXVIII. Époque de l'année qu'il convient de choisir pour le traitement des hernies par les douches d'eau froide, *ibid.* — Bons effets des douches d'eau froide employées contre les varicocèles et les hydrocèles, 221. — Sujets qu'il ne conviendrait pas de soumettre à l'action réfrigérante de l'eau froide, *ibid.*

QUATRIÈME SECTION DU CHAP. Ier. — *Tableaux statistiques de la 1re série concernant les hernies.* 223

1er Tableau. Age des sujets des deux sexes à l'époque de la formation

des hernies, 225. — 2e tableau. Hernies d'après les organes qui les composent, 227. — 3e tableau. Hernies d'après les lieux où elles se sont rencontrées, 228. — 4e tableau. Hernies des deux sexes réparties en neuf classes, 229. — 5e tableau. Tempérament des sujets affectés de hernies, 230. — 6e tableau. Professions et conditions des sujets affectés de hernies, 231. — 7e tableau. Causes de la formation des douze cent vingt-six hernies que nous avons observées, 232. — 8e tableau. Ancienneté des hernies que nous avons observées, 233. — 9e tableau. Accidents éprouvés par les sujets affectés de hernies, 234. — 10e tableau. Sujets à une, à deux et à trois hernies, 235. — 11e tableau. Hernies situées dans le trajet du canal inguinal; sujets du sexe masculin, 236. — 12e tableau. Hernies situées à l'anneau inguinal; sujets du sexe masculin, 237. — 13e tableau. Hernies situées à l'anneau inguinal; sujets du sexe féminin, 238. — 14e tableau. Hernies scrotales, 239. — 15e tableau. Hernies situées à l'arcade crurale; sujets du sexe masculin, 240. — 16e tableau. Hernies situées à l'arcade crurale; sujets du sexe féminin, 241. — 17e tableau. Hernies situées à l'anneau ombilical; sujets des deux sexes, 242. — 18e tableau. Hernies situées à la ligne blanche; sujets des deux sexes, 243. — 19e tableau. Hernies ventrales par des ouvertures anormales; sujets des deux sexes, 244. — 20e tableau. Hernies congéniales et de la première année de la vie; enfants des deux sexes, 245. — 21e tableau. Hernies inguinales des enfants nouvellement nés, 246. — 22e tableau. Testicules restés dans le ventre après la naissance, rencontrés plus tard dans des tumeurs herniaires, 247. — 23e tableau. État comparatif des divers organes réductibles ou adhérents contenus dans les douze cent vingt-six tumeurs qui figurent dans la statistique des hernies, 248.

CINQUIEME SECTION DU CHAP. Ier. — *Examen critique des bandages herniaires anciens et modernes.* 249

§ XXXIX. *Première série. Bandages des anciens*, 251. — Bandages de Blégny, *ibid.*— Bandage à ressort de pendule de Blackey, 253. — Bandage à pelote en bois de Morin, *ibid.* — Bandage d'essai du docteur Tenon, 254. — Bandage exomphale de Suret, 255. — Bandage exomphale de Juville, 257. — Bandage à pelote mécanique de Oudet, 260.

§ XL. *Deuxième série. Bandage d'invention moderne*, 263. — Bandage omniforme de Quinet, 264. — Bandage anglais à pelotes mobiles et à côtés opposés, 266. — Bandage renixigrade du docteur Jalade Lafond, 270. — Bandage à pelote médicamenteuse du même chirurgien, 271. — Rapport de M. le baron Larrey, fait au ministre de la guerre, sur le bandage à pelote en caoutchouc remplie d'air, 273.

§ XLI. Bandage à ressort d'acier trempé dont nous avons adopté l'usage, 276. — Largeur que doit avoir la lame d'acier du bandage inguinal, 277. — Longueur du ressort du bandage inguinal, 278. — Bandage inguinal

double ou à deux demi-corps, 280.—Ressort du bandage de la hernie crurale, 281. — Bandage d'essai pour les hernies inguinales et crurales, 282. — Bandage compressif de la hernie du poumon sous la clavicule, 285. — Bandage suspenseur des hernies scrotales irréductibles, *ibid.*

§ XLII. Bandage de notre invention pour diverses hernies abdominales, 287. — Bandage ombilical à ressort d'élastique, *ibid.* — Ceinture abdominale à élastique en cuivre, 289. — Ceinture ventrière non élastique, 292.

CHAPITRE II.

DES DÉPLACEMENTS ET MALADIES DE LA MATRICE CONSIDÉRÉS SOUS LEURS RAPPORTS DE FORMATION, D'ACCIDENT ET DE TRAITEMENT CURATIF OU PALLIATIF.

PREMIERE SECTION DU CHAP. II. — *Anatomie.* . . 293

§ I. De la matrice considérée sous ses rapports de situation, d'organisation et de fonction, 294. — Ovaires; situation et organisation, 297.

§ II. Du vagin; situation et organisation, 298.

§ III. De la vulve; situation et organisation, 299.

§ IV. Du méat urinaire; situation et organisation, 301.

DEUXIEME SECTION DU CHAP. II. — *Déplacements et maladies de la matrice.* . . . . . *Ibid.*

§ V. Influence de l'utérus sur la santé de la femme aux différentes époques de sa vie, 302.

§ VI. Des déplacements de la matrice, 304. — Hystérocèle, *ibid.* — Hystéroloxie, *ibid.* — Hystéroptose, 307. — Noms nouveaux proposés pour les trois degrés de prolapsus utérin, 308. — Abaissement simple; premier degré du prolapsus, *ibid.* — Abaissement compliqué; deuxième degré du prolapsus, 309. — Abaissement complet; troisième degré du prolapsus, *ibid.*

§ VII. Causes générales et particulières des déplacements de la matrice, 312. — Influence des tempéraments sur la formation des prolapsus, 316. — Profession des femmes affectées de prolapsus, 317. — Abaissement de la matrice déterminé par les effets de la conception, 318.

§ VIII. Du toucher par le vagin comme moyen de constater l'état de déplacement de la matrice, *ibid.* — Toucher vaginal de la femme debout, 319. — Toucher de la femme couchée, 321.

§ IX. Des principaux accidents qui accompagnent les déplacements de

l'utérus, 325. — Pour l'abaissement simple, 328. — Pour l'abaissement compliqué, 329. — Pour l'abaissement complet, *ibid.*

§ X. Du pessaire comme moyen mécanique à employer dans le traitement du prolapsus utérin, 332. — Erreur de quelques écrivains modernes sur les inconvénients du pessaire, 333. — Pessaires médicamenteux des anciens, 335. — Pessaire en liège recouvert de cire, 337. — Pessaires de bois, d'ivoire, d'or et d'argent, 338. — Pessaire en tissu gommé au caoutchouc, *ibid.* — Pessaire rond, 339. — Pessaire à cuvette ovale, à huit de chiffre, conique ou cylindrique, à bondon, élytroïde, 340. — Pessaire à boule en tissu gommé, 341. — Pessaire à bilboquet, 342. — Pessaire à tige courbe et élastique, 343. — Pessaire de caoutchouc en nature, *ibid.*

§ XI. De l'application du pessaire, 344. — Position à faire prendre à la malade, 345. — Application du pessaire rond, *ibid.* — Position de la femme et du chirurgien pour l'extraction du pessaire, 349. — La déchirure du périnée rend indispensable l'usage du pessaire à bilboquet et à tige, 351.

§ XII. Bandage utéro-abdominal proposé par un médecin de New-York pour remplacer le pessaire, 353.

§ XIII. Moyens hygiéniques et thérapeutiques qu'il convient d'ajouter aux pessaires dans le traitement du prolapsus utérin, 357. — Bains et injections d'eau de Barèges, *ibid.* — Douche d'eau froide portée sur les aines et les fosses iliaques, 358.

§ XIV. Maladies de la matrice, 360. — Insuffisance du spéculum-uteri pour apprécier les maladies de la matrice, 361. — Du spéculum uteri, *ibid.* — Spéculum du docteur Récamier modifié par Dupuytren, 362. — Spéculum du sieur Charrière, coutelier, 363. — Application du spéculum, 364.

§ XV. Des causes principales du changement de forme et de situation de la matrice, 365. — Etat morbide du col de l'utérus, *ibid.* — Tuméfaction squirrheuse du col de l'utérus, 366. — Ramollissement du col de la matrice, 367. — Spasme nerveux suivi de léthargie avec refroidissement du corps, 368. — Rupture de la matrice, 369.

§ XVI. Traitement qu'il convient d'employer contre les phlegmasies, transformations et dégénérescences des tissus de la matrice, 370. — Sangsues appliquées au col de la matrice, 372. — Injections à employer contre l'écoulement muqueux du vagin, 373. — Cautérisation. Moyen dont on a souvent abusé, *ibid.* — Tumeur vaginale prise pour l'utérus, 377.

TROISIEME SECTION DU CHAP. II. — *Tableaux statistiques de la deuxième série, concernant les déplacements et maladies de la matrice.* 379

1er Tableau. Age des femmes à l'époque du déplacement de la matrice, 380. — 2e tableau. Tempérament, 381. — 3e tableau. Conditions, états ou

professions, 382. — 4e tableau. Causes des déplacements de l'utérus, *ibid.* — 5e tableau Ancienneté des déplacements de la matrice, 383. — 6e tableau (au lieu du septième porté par erreur en tête de la page). Accidents survenus aux femmes affectées de prolapsus ou maladies de la matrice, 384. — 7e tableau. Des trois degrés du prolapsus comparés entre eux, ainsi que des cas où l'application du pessaire a été possible, 385.

CHAPITRE III.

OBSERVATIONS DÉTAILLÉES CONCERNANT DES CAS RARES DE HERNIES, DE DÉPLACEMENTS ET MALADIES DE LA MATRICE.

PREMIERE SECTION DU CHAP. III. — *Tumeurs prises à tort pour des hernies.*

Ire observation. Abcès du côté droit, près du sternum, pris et traité pour une hernie abdominale, 387. — IIe observation. Varicocèle du cordon testiculaire pour lequel il fut porté pendant dix ans un bandage herniaire, 389. — IIIe observation. Hydrocèle enkystée du cordon testiculaire prise pour une hernie; application d'un bandage qui donna lieu à l'hydrocèle de la tunique vaginale, 391. — IVe observation. Engorgement par suite de maladie vénérienne des ganglions de l'aine, sur lesquels il fut placé un bandage, 392. — Ve observation. Engorgement de l'ovaire sur lequel il fut placé un bandage crural, 394. — VIe observation. Hydropisie enkystée formant tumeur à l'anneau ombilical sur laquelle il fut placé un bandage, 395. — VIIe observation. Hémorrhoïde prise pour une chute du rectum, 396.

DEUXIEME SECTION DU CHAP. III. — *Hernies méconnues et traitées pour d'autres maladies.*

Ire VIIIe observation. Hernies inguinales des deux côtés méconnues; malade traité pour une affection rhumatismale guérie par l'usage du bandage herniaire, 398. — IXe observation. Hernie ombilicale traitée pour une phlegmasie chronique de l'estomac. Malade guéri par l'usage de notre bandage ombilical, 399. — Xe observation. Epiplocèle à l'arcade crurale prise et traitée pour un ganglion lymphatique engorgé. Malade guéri par l'usage du bandage herniaire, 401. — XIe observation. Epiplocèle prise et traitée pour un ganglion inguinal engorgé. Malade guéri par l'usage d'un bandage, 403. — XIIe observation. Trois tumeurs herniaires à la région lombaire survenues à la suite d'éraillements de la paroi abdominale prises pour des hydrocèles enkystées, guéries par des douches et des

bains d'eau de Barèges, 411.—XIIIe observation. Hernie du poumon sous la clavicule droite ; tumeur supposée de nature anévrysmale. Malade guéri par la compression, 413. — XIVe observation. Entéro-épiplocèle inguinale prise et traitée pour un embarras gastrique. Malade guéri par l'usage du bandage herniaire, 415. — XVe observation. Hernie abdominale prise et traitée comme un embarras gastrique. Malade guéri par l'usage de notre bandage ombilical à ressort d'élastique, 416. — XVIe observation. Hernie du canal sus-pubien avec un varicocèle qui l'avait fait méconnaître, 417. — XVIIe observation. Entéro-épiplocèle scrotale prise pour une tumeur graisseuse, 420. — XVIIIe observation. Hernie inguinale prise pour un bubon vénérien et traitée par les frictions mercurielles, 421. — XIXe observation. Hernie vaginale prise pour un abcès, 422. — XXe observation. Hernie scrotale très volumineuse prise pour une hydrocèle, 424.

TROISIEME SECTION DU CHAP. III. — *Cas rares de hernies inguinales.*

— XXIe observation. Anus contre nature à trente ouvertures fistuleuses par suite d'étranglement d'une ancienne hernie inguinale ; sujet guéri au moyen de la compression, 428. — XXIIe observation. Épiplocèle scrotale survenue à un jeune homme en voulant se livrer à l'amour étant ivre, 434.— XXIIIe observation. Entéro-épiplocèle avec adhérence au testicule et à l'anneau inguinal. Hernie étranglée opérée avec succès, 435.—XXIVe observation. Épiplocèle congéniale avec hydrocèle de la tunique vaginale et testicule à l'anneau inguinal, 436. — XXVe observation. Entéro-épipocèle scrotale volumineuse et adhérente guérie par l'emploi du mercure doux, 437. — XXVIe observation. Entéro-épiplocèle scrotale survenue à un acteur en voulant chanter un grand morceau à la suite d'abus des plaisirs de l'amour, 441. — XXVIIe observation. Entéro-épiplocèle scrotale des deux côtés à la fois survenues à la suite d'efforts pour uriner, 442.— XXVIIIe observation. Entéro-épiplocèles volumineuses et adhérentes des deux côtés à la fois existant depuis vingt ans, guéries par le bandage à pelote allongée, 443. — XXIXe observation. Hernies congéniales s'étendant des anneaux inguinaux aux arcades crurales, 444.—XXXe observation. Épiplocèles aux anneaux inguinaux compliquées de la présence du testicule avec absence complète du scrotum, 446. — XXXIe observation. Atrophie de la cuisse déterminée par l'usage d'un bandage inguinal d'une force extraordinaire, 447. — XXXIIe observation. Tumeur inguinale et scrotale contenant la majeure partie des viscères abdominaux, 449. — XXXIIIe observation. Entéro-épiplocèle congéniale avec testicule à l'anneau inguinal. Hernie disparue à l'âge de quinze ans, revenue à trente ans à la suite d'une chute, 451. — XXXIVe observation. Entéro-épiplocèle inguinale par suite de paralysie, 452. — XXXVe observation. Entéro-épiplocèles scrotales droite et gauche survenues à un officier de cavalerie en roulant

avec son cheval dans un précipice, 453. — XXXVIe observation. Hernie sur la symphyse pubienne par suite de l'opération de la taille hypogastrique, 454. — XXXVIIe observation. Épiplocèle inguinale survenue à la suite de suppuration d'un bubon vénérien, 455. — XXXVIIIe observation. Cystocèle inguinal par suite d'une chute faite à plat ventre sur le bord d'une barque, 456. — XXXIXe observation. Hernie inguinale formée par l'appendice cœcal, 460.

QUATRIÈME SECTION DU CHAP. III. — *Cas rares de hernies crurales.*

XLe observation. Hernies crurales survenues spontanément des deux côtés à la fois à un jeune homme qui debout pressait avec force sur sa poitrine une jeune fille dont il voulait jouir, 461. — XLIe observation. Entéro-épiplocèle crurale adhérente, guérie par un bandage à pelote concave, 464. — XLIIe observation. Épiplocèle descendue de l'arcade crurale à la partie moyenne de la cuisse, 465. — XLIIIe observation. Entéro-épiplocèle inguinale, puis crurale, par suite de l'usage d'un mauvais bandage, 466. — XLIVe observation. Entéro-épiplocèle crurale descendante à la partie moyenne de la cuisse, 468. — XLVe observation. Entéro-épiplocèle crurale. Sujet estropié et boiteux, 469. — XLVIe observation. Hernie crurale se portant à la cavité cotyloïde par suite de la désarticulation de la tête du fémur, 470. — XLVIIe observation. Hernies crurales des deux côtés à la fois contenues par le bandage herniaire, après vingt ans d'existence, 471.

CINQUIÈME SECTION DU CHAP. III. — *Cas rares de hernies abdominales, ombilicales et de la ligne blanche.*

XLVIIIe observation. Hernie abdominale par suite d'un coup de couteau reçu dans le bas-ventre, 472. — XLIXe observation. Hernie par suite d'éraillement des muscles de la région hypogastrique causée par une chute en arrière, 473. — L^e observation. Hernie de l'estomac par suite d'un coup de lance de Cosaque, 475. — LIe observation. Entéro-épiplocèle à l'anneau ombilical, suite de la compression soutenue d'un côté de la poitrine, 476. — LIIe observation. Hernie ombilicale descendant sur les cuisses et contenant la majeure partie des viscères abdominaux, 477. — LIIIe observation. Hernie sur-ombilicale congéniale avec faiblesse de la paroi abdominale de la région épigastrique, 479. — LIVe observation. Épiplocèle à travers un éraillement de la paroi abdominale survenue pendant le travail de l'enfantement, 481. — LVe observation. Épiplocèle à travers un éraillement de la paroi abdominale, suite de chute sur une pièce de bois, 482. — LVIe observation. Hernie ombilicale volu-

mineuse contenant une grande partie des viscères abdominaux, maintenue réduite par notre ceinture ventrière, 484. — LVIIe observation. Hernie de l'estomac à travers l'anneau ombilical, apparente après le repas, et disparue aussitôt la digestion terminée, 487. — LVIIIe observation. Eraillement de la ligne blanche, à partir du cartilage xyphoïde à la symphyse pubienne, 489. — LIXe observation. Hernie ombilicale suivie plus tard d'une hernie de la ligne blanche, 490.

SIXIEME SECTION DU CHAP. III. — *Cas rares de hernies rencontrées au vagin et autres lieux, non compris dans les troisième, quatrième et cinquième sections.*

LXe observation. Hernie vaginale survenue à la suite d'un accouchement terminé par le forceps, 491. — LXIe observation. Hernie vaginale étranglée dans l'ouverture d'un pessaire cylindrique, 492. — LXIIe observation. Hernie accompagnant la veine saphène et sortie par l'ouverture de l'aponévrose fascia lata, 494. — LXIIIe observation. Hernie périnéale guérie par un mois de séjour dans le lit, 495.—LXIVe observation. Hernie étranglée de l'iris à travers la cornée, 497.

SEPTIEME SECTION DU CHAP. III. — *Hernies devenues scrotales et volumineuses par suite de l'usage du bandage à pelotes mobiles.*

LXVe observation. Hernie inguinale devenue scrotale sous l'influence du bandage anglais à pelotes mobiles, 499. — LXVIe observation. Hernie inguinale devenue scrotale, adhérente et volumineuse, par suite de l'usage du bandage à pelotes mobiles, 502. — LXVIIe observation. Hernie du canal sus-pubien devenue inguinale et volumineuse dans l'espace de six mois de l'usage du bandage à pelotes mobiles, 503. — LXVIIIe observation. Hernies inguinales des deux côtés devenues scrotales par suite de l'usage du bandage à pelotes mobiles, 504. — LXIXe observation. Epiplocèle du canal suspubien devenue, sous l'influence du bandage à pelotes mobiles, une entéro-épiplocèle scrotale volumineuse et adhérente, 505. — LXXe observation. Entéro-épiplocèles scrotales droites et gauches avec hydrocèle par suite de l'usage du bandage à pelotes mobiles, 507. — LXXIe observation. Entéro-épiplocèle inguinale devenue scrotale et irréductible par suite de l'usage du bandage à pelotes mobiles, hernie contenue avec un bandage à pelote allongée, 508. — LXXIIe observation. Épiplocèle inguinale avec adhérence au testicule déterminée par le bandage à pelote mobile, 510. — LXXIIIe observation. Grande dilatation des anneaux inguinaux droit et gauche causée par l'usage du bandage à pelotes mobiles, 511. — LXXIVe observation. Entéro-épiplocèle scrotale avec endurcissement d'une portion

d'épiploon avec adhérence au cordon testiculaire résultant de l'usage du bandage à pelotes mobiles, 512. — LXXVe observation. Hernie scrotale avec hydrocèle par suite de l'usage du bandage à pelotes mobiles, 513. — LXXVIe observation. Usage du bandage à pelotes mobiles qui donna lieu à la dilatation de l'anneau inguinal, de l'arcade crurale, et à l'écartement des fibres de l'aponévrose qui sépare ces deux ouvertures, ce qui constitua trois hernies du même côté, 516. — LXXVIIe observation. Entéro-épiplocèle scrotale irréductible par suite de l'usage du bandage à pelotes mobiles, 519. — LXXVIIIe observation. Hernie inguinale devenue scrotale par suite de la dilatation de cet anneau, opérée par le bandage à pelotes mobiles, *ibid.* — LXXIXe observation. Epiplocèle scrotale avec adhérence au cordon testiculaire; dilatation et amincissement considérables du pilier externe de l'anneau inguinal par suite de l'usage du bandage à pelotes mobiles, 521.

HUITIEME SECTION DU CHAP. III. — *Hernies engouées guéries sans l'emploi du bistouri.*

LXXXe observation. Hernie scrotale guérie au bout de six semaines d'engouement, 522. — LXXXIe observation. Entéro-épiplocèle scrotale engouée guérie au bout de six jours de traitement, 524. — LXXXIIe observation. Engouement de l'intestin survenu à une entéro-épiplocèle scrotale irréductible depuis douze ans. Hernie réduite le vingt-unième jour de traitement, 525. — LXXXIIIe observation. Entéro-épiplocèle scrotale volumineuse et adhérente. Hernie guérie le vingt-huitième jour de l'engouement. 529. — LXXXIVe observation. Hernie crurale adhérente et engouée guérie après le dix-septième jour de traitement, 536.

NEUVIÈME SECTION DU CHAP. III. — *Hernies étranglées guéries sans l'emploi du bistouri.*

LXXXVe observation. Entérocèle étranglée à l'anneau inguinal guérie deux fois sans l'opération, 539. — LXXXVIe observation. Apoplexie résultant de l'étranglement d'une hernie ombilicale guérie par le taxis, 542. — LXXXVIIe observation. Deux entéro-épiplocèles étranglées aux anneaux inguinaux droit et gauche suite d'une chute en arrière, guéries sans l'opération, 543. — LXXXVIIIe observation. Entéro-épiplocèle scrotale étranglée par suite d'efforts pour uriner, la vessie étant paralysée; sujet goutteux. Hernie guérie sans l'opération, 545. — LXXXIXe observation. Entéro-épiplocèle crurale. Malade guéri le troisième jour de l'étranglement, 546. — XC^e^ observation. Hernie ombilicale avec pincement d'une portion du tube intestinal. Malade guéri au bout de quinze jour sans l'opération, 548. — XCI^e^ observation. Etranglement interne

matrice survenu quinze jours après la rentrée d'une entéro-épiplocèle avec adhérence de l'intestin à l'épiploon, 549.—XCII^e observation. Etranglement de l'intestin. Hernie ombilicale volumineuse et adhérente guérie au bout de huit jours sans l'opération, 550. — XCIII^e observation. Etranglement de l'intestin à l'arcade crurale guéri par le taxis, 552. — XCIV^e observation. Hernie étranglée à l'arcade crurale. Femme de soixante-quinze ans guérie le huitième jour, 555. — XCV^e observation. Hernie étranglée à l'anneau inguinal, guérie le troisième jour, 557.

DIXIEME SECTION DU CHAP. III. — *Etranglements survenus à des hernies internes ou externes terminés par la mort des malades quelques heures après l'opération.*

XCVI^e observation. Etranglement interne à travers une déchirure de l'épiploon. Malade âgé de trente-huit ans. Mort quinze heures après l'opération, 559. — XCVII^e observation. Étranglement interne de l'intestin par le collet du sac herniaire. Sujet du sexe masculin, mort douze heures après l'opération de sa hernie, 561. — XCVIII^e observation. Hernie inguinale et scrotale opérée dix-huit heures après son étranglement. Mort du malade au bout de six heures, 565. — XCIX^e observation. Ancienne hernie crurale opérée le dixième jour de son étranglement. Mort de la malade quelques heures après, 568. — C^e observation. Ancienne hernie crurale opérée le vingt-unième jour. Mort de la malade quelques heures après, 570.

ONZIEME SECTION DU CHAP. III. — *Hernies traitées et guéries par l'emploi des douches obliques d'eau froide.*

CI^e observation. Épiplocèle inguinale guérie par vingt douches. Jeune homme de dix-sept ans, 571. — CII^e observation. Entéro-épiplocèle scrotale irréductible, avec toux d'irritation. Sujet du sexe masculin âgé de vingt-six ans, guéri par vingt douches, 573. — CIII^e observation. Jeune fille de douze ans guérie d'un bubonocèle par vingt douches, 577. — CIV^e observation. Épiplocèle inguinale guérie par vingt douches. Sujet du sexe masculin, âgé de quarante-cinq ans, 578. — CV^e observation. Épiplocèle inguinale par suite de mauvaises habitudes. Jeune homme de dix-sept ans, guéri par vingt douches, 581. — CVI^e observation. Entéro-épiplocèle scrotale guérie par six douches. Sujet âgé de vingt ans, 583. — CVII^e observation. Bubonocèle inguinal et scrotal que portait depuis deux ans un jeune homme âgé de dix-sept ans, guéri par vingt-six douches, 584. — CVIII^e observation. Hernie scrotale volumineuse et irréductible, diminuée des deux tiers de son volume par les douches d'eau froide. Sujet âgé de soixante-deux ans, 587. — CIX^e observation. Hernie inguinale et scrotale survenue par suite d'épuisement avec les femmes. Sujet de vingt-sept ans guéri par vingt douches, 589. —

CX^e observation. Entéro-épiplocèle se portant de l'arcade crurale à la partie moyenne de la cuisse. Hernie guérie chez une jeune fille de vingt ans par les douches, 591. — CXI^e observation. Entéro-épiplocèle compliquée d'hydrocèle chez un écolier de quatorze ans, traitée avec succès par les douches, 594. — CXII^e observation. Épiplocèle du canal sus-pubien avec engorgement des ganglions de l'aine. Hernie guérie par vingt douches, 595. — CXIII^e observation. Entérocèle survenue à la suite de fatigues. Sujet masculin, âgé de quarante-trois ans, guérie par vingt douches, 597. — CXIV^e observation. Épiplocèle inguinale survenue sans cause connue. Hernie traitée avec succès par les douches, 598.

DOUZIEME SECTION DU CHAP. III. — *Consacrée aux déplacements et maladies de la matrice.*

CXV^e observation. Abaissement et précipitation de la matrice par suite de tractions sur le cordon ombilical, le placenta étant adhérent. Malade guérie par l'usage du pessaire, 599. — CXVI^e observation. Abaissement simple de la matrice survenu à une jeune fille de dix-neuf ans, chez laquelle l'orifice vaginal était presque totalement fermé par la membrane de l'hymen. Malade guérie par le pessaire, 601. — CXVII^e observation. Abaissement simple de la matrice par suite d'une couche laborieuse. Pessaire porté pendant trois ans. Prolapsus guéri par des injections vaginales et des bains d'eau de Barèges artificielle, 603. — CXVIII^e observation. Abaissement compliqué de la matrice et hernie de la ligne blanche causée par un violent accès de fureur, avec convulsions nerveuses, 606. — CXIX^e observation. Abaissement compliqué de la matrice avec hernie vaginale, 608. — CXX^e observation. Pessaire placé par erreur dans le rectum au lieu du vagin. Femme maigre âgée de soixante ans, 610. — CXXI^e observation. Abaissement compliqué de la matrice et écoulement par le vagin par suite d'un accouchement et d'affections morales. Malade guérie par l'usage du pessaire, 612. — CXXII^e observation. Abaissement simple de la matrice et hernie ombilicale par suite d'une chute faite sur les genoux en soutenant un fardeau. Malade guérie par le bandage ombilical à ressort d'élastique et un pessaire, 613. — CXXIII^e observation. Abaissement simple de la matrice par suite de couches. Malade traitée à tort pour une maladie de l'utérus, guérie par l'usage du pessaire et d'une ceinture élastique, 614. — CXXIV^e observation. Abaissement complet de l'utérus avec déchirure du périnée, de l'anus et de l'intestin rectum, par suite de l'application du forceps, le bassin étant vicié, 616. — CXXV^e observation. Abaissement simple de la matrice dont la compression du col sur l'intestin rectum ulcéré dans son intérieur donnait lieu à de si fortes douleurs que la malade se trouvait forcée de se coucher sur le ventre pour dormir, 617. — CXXVI^e observation. Abaissement compliqué de la matrice survenu à la suite d'une cholérine compliquée d'écoulement muqueux et sanguinolent par le vagin. Malade guérie par l'usage du pessaire, 619. — CXXVII^e

observation. Abaissement compliqué de la matrice qui ne put être maintenue par le pessaire qu'après en avoir appliqué successivement et à plusieurs jours d'intervalle trois de grandeurs différentes, 620. — CXXVIII^e observation. Abaissement simple de la matrice survenu à la suite d'une couche et d'un écoulement blennorrhagique. Malade guérie au bout de six mois par le pessaire, 622. — CXXIX^e observation. Abaissement compliqué de la matrice ayant donné lieu chez une choriste de l'Opéra à la perte de la voix. Malade guérie par l'usage du pessaire, 623. — CXXX^e observation. Abaissement complet de la matrice avec renversement du vagin, contenue au moyen d'une pomme portée dans le canal vaginal, 629. — CXXXI^e observation. Application d'un pessaire pour un prolapsus utérin suivi d'hémorrhagie vaginale qui pensa causer la mort d'une fille âgée de vingt-sept ans, 634. — CXXXII^e observation. Pessaire à tige en tissu gommé dont le séjour dans le vagin pendant six ans, chez une femme de cinquante-huit ans, donna lieu à un écoulement fétide et sanguinolent, 638. — CXXXIII^e observation. Pessaire en caoutchouc en nature dont l'application sur une femme de soixante-trois ans fut suivie d'un écoulement vaginal fétide et sanguinolent, 641. — CXXXIV^e observation. Abaissement complet de la matrice avec renversement du vagin, formant depuis plus de vingt ans une tumeur entre les cuisses. Matrice maintenue réduite au moyen d'un pessaire, 642. — CXXXV^e observation. Abaissement compliqué et inflammation du col de la matrice avec écoulement vaginal fétide et sanguinolent, suite d'une fausse couche de trois mois, 645. — CXXXVI^e observation. Abaissement simple de la matrice survenu à une jeune personne de dix-huit ans à la suite de vomissements déterminés par une forte dose d'émétique, 647. — CXXXVII^e observation. Abaissement simple de la matrice par suite de l'usage d'un corset balainé et garni de lames d'acier porté par une jeune fille pendant les huit premiers mois de sa grossesse, 649. — CXXXVIII^e observation. Abaissement simple de la matrice avec perte de la voix survenu à une choriste d'un grand théâtre de la capitale, âgée de vingt-deux ans, par suite de couches et d'inflammation du col de l'utérus, 650. — CXXXIX^e observation. Déchirure de la matrice survenue pendant un accouchement laborieux. Malade guérie par le pessaire, 652. — CXL^e observation. Abaissement compliqué avec inflammation du col de la matrice et de l'ovaire droit, par suite d'injection d'eau et de vinaigre portés dans le vagin au moment des règles, 657. — CXLI^e observation. Abaissement compliqué avec inflammation du col de la matrice, par suite d'injections dans le vagin d'eau saturée d'alun. Malade guérie par le pessaire, 661. — CXLII^e observation. Abaissement complet de la matrice avec déchirure du périnée, par suite de l'application du forceps, 664. — CXLIII^e observation. Pessaire placé à une jeune femme douze jours après son accouchement, ayant déterminé la suppression des lochies et les premiers symptômes d'une métrite, 665. — CXLIV^e observation. Abaissement compliqué de la matrice. Femme âgée de quarante-huit ans, chez laquelle le pessaire détermina la rupture de vaisseaux variqueux du

vagin, 667. — CXLV^e observation. Abaissement composé et adhérence du corps de la matrice à la paroi du vagin, 669. — CXLVI^e observation. Inflammation de l'utérus avec écoulement sanguinolent. Demoiselle de trente-quatre ans, dont l'orifice vaginal était à peu près fermé par la membrane de l'hymen, 670. — CXLVII^e observation. Précipitation de l'utérus dans le vagin survenue à une jeune fille âgée de seize ans en perdant sa virginité et devenant enceinte, 672.—CXLVIII^e observation. Abaissement compliqué avec inflammation du col de la matrice et du vagin. Malade soulagée par le pessaire, 674. — CXLIX^e observation. Abaissement compliqué et engorgement squirrheux du col de la matrice avec écoulement vaginal et toux d'irritation. Malade guérie par le pessaire, 676.—CL^e observation. Maladie de matrice ayant déterminé des affections sympathiques de l'estomac, des intestins, du poumon et du cerveau, ainsi que léthargie syncopale de plusieurs heures, avec décoloration de la face, perte du pouls et refroidissement de toute l'habitude du corps. Jeune femme qui devint mère dix-sept ans après sa guérison, 679. — CLI^e observation. Abaissement compliqué; cautérisation du col de la matrice suivie de la mort de la malade, 690. — CLII^e observation. Dégénérescence cancéreuse de la matrice avec écoulement putride et sanguinolent présumé syphilitique. Mort de la malade après trois traitements antivénériens, 691.

CHAPITRE IV.

CE CHAPITRE SE COMPOSE DE LA DESCRIPTION DE DIVERS APPAREILS INVENTÉS PAR L'AUTEUR DE CE MÉMOIRE POUR DES CAS PARTICULIERS DE MALADIES CHIRURGICALES, AINSI QUE D'UN MANNEQUIN OU FANTOME PROPRE AUX MANOEUVRES DES ACCOUCHEMENTS.

De l'onanisme, 693. — Appareil pour les enfants des deux sexes qui ont de mauvaises habitudes, 695. — Appareil propre à corriger le développement irrégulier de la poitrine, 697. — Urinal pour femme affectée d'incontinence d'urine, 698. — Appareil pour ramener la tête dans le cas de déviation latérale accidentelle, 701. — Appareil pour favoriser la formation du cal dans le cas de fracture de la tête de l'humérus, 705.—Bandage ou appareil compressif de l'artère iliaque externe, 708. — Rapport fait à l'Académie royale de médecine sur cet appareil, 712. — Fantôme ou mannequin propre à exercer les jeunes médecins et les sages-femmes aux manœuvres des accouchements, 714. — Rapport fait à la Société de la Faculté de médecine sur ce fantôme, 715.—Vocabulaire des noms anciens et modernes usités dans le langage médical et chirurgical des hernies, déplacements et maladies de la matrice, 719.

FIN DE LA TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES.

ERRATA.

—

CHAPITRE PREMIER.

Pages 3, *ligne* 15, *au lieu de* : uant, *lisez* : quant.
33 — 2, syphoïde, *lisez* : xyphoïde.
37 — 11, inguinales, *lisez* : congéniales.
47 — 34, sous-clavicule, *lisez* : sous la clavicule.
55 — 19, Division des hernies, *lisez* : § XV. Division des hernies.
67 — 15 *de la note*, terme, *lisez* : temps.
84 — 9, au gonflement, *lisez* : un gonflement.
88 — 30, § XV., *lisez* : § XIX.
154 — 27, bout intérieur, *lisez* : bout inférieur.
160 — 11, donc, *lisez* : dont.
168 — 12, l'étendre, *lisez* : s'étendre.
181 — 28, est survenue, *lisez* : il survienne.
198 — 32, raitement, *lisez* : traitement.
200 — 7, espérer près, *lisez* : espérer trouver près.
207 — 30, plus sûre, *lisez* : plus sûr.
208 — 15, construction, *lisez* : contraction.
209 — 17, la soumettre, *lisez* : le soumettre.
ibid. — 22, uyau, *lisez* : tuyau.
ibid. — 23, du bas, *lisez* : du bras.
211 — 22, sera, *lisez* : devra.
220 — 20, l'obligeance, *lisez* : l'obligation.
256 — 24, cordetelles, *lisez* : cordelettes.

CHAPITRE DEUXIÈME.

303 — 34, 21 de vingt-un à vingt-cinq, *lisez* : 22 de vingt-un à vingt-cinq.
ibid. — 36, trente-sept, *lisez* : trente-six.
316 — 11, les cavités, *lisez* : sa cavité.
ibid. Note (1), Voyez le quatrième tableau, *lisez* : le deuxième.
ibid. Note (2), cinquième tableau, *lisez* : troisième.
326, *ligne* 2, donner lieu, *lisez* : déterminer.
333, *Note* (1), Voyez le deuxième tableau, *lisez* : le septième.
343, *ligne* 52, commis cet oubli, *lisez* : a commis.
345 — 30, sur le périnée, *lisez* : sur le pénil.
353, *Note* (1), 152me observation, *lisez* : 151me.
384, *ligne* 1, septième tableau, *lisez* : sixième tableau.

CHAPITRE TROISIÈME.

Pages.		Lignes.	
405	—	20,	M. le duc éprouve, *lisez :* éprouva.
435	—	26,	porta bandage, *lisez :* porta un bandage.
474	—	14,	à ressort élastique, *lisez :* d'élastique.
478	—	9,	ensuite de quoi substances, *lisez* : les substances.
491	—	28,	de suite de vagin, *lisez :* du vagin.
563	—	28,	sons l'influence, *lisez :* sous l'influence.
570	—	24,	Maigrier, *lisez* : Maygrier.
575	—	8,	que les hernies, *lisez :* la hernie.
610	—	12,	de la nui, *lisez :* de la nuit.
613	—	29,	lui fit soulever, *lisez :* lever.
618	—	34,	par su, *lisez :* par suite.
646	—	19,	la traversant, *lisez* : le traversant.
658	—	17,	au dessus d, *lisez* : au dessus du.
662	—	16,	de madame, *lisez :* chez cette dame.
ibid.	—	30,	la syncope, *lisez :* les accidents.
675	—	24,	de son lit et par terre, *lisez :* de son lit par terre.

CHAPITRE QUATRIÈME.

710	—	9,	contournée du, *lisez :* contournée de.
711	—	1,	un pouce, *lisez :* trois centimètres.

