

nistration. Quelques inhalations anesthésiques suffirent ensuite pour amener l'insensibilité ; puis, je commençai l'opération, assisté du Dr Lambert, de mon père et de deux autres aides intelligents. Je suivis à la lettre les préceptes donnés par Guérin (dans son manuel opératoire) en m'aidant aussi des conseils de notre respecté professeur de chirurgie, le Dr Munro.

Je pratiquai d'abord une incision dans le sens de la tumeur s'étendant du commencement du scrotum jusqu'à vis-à-vis l'anneau inguinal interne, puis je divisai les fascias et le tissu adipeux sous-jacent sur la sonde cannelée. Arrivé sur le sac, que je reconnus assez facilement à sa couleur, son immobilité, etc., je débridai l'anneau externe directement en haut, comme le recommandent les meilleurs chirurgiens, mais cet anneau n'était pas le seul agent constricteur, car le collet du sac étranglait aussi considérablement la partie herniée. J'ouvris le sac sans hésiter, et voici dans quel état était le contenu. D'abord la hernie était à la fois épiploïque et intestinale. La masse épiploïque était presque de la grosseur du poing et seulement un peu congestionnée ; mais, chose remarquable, l'intestin (grêle) hernié, long d'environ trois à quatre pouces, était dans un état de gangrène complet. Il était d'une couleur noire et assez ramolli pour être réduit en pulpe sous le doigt par une pression modérée. Alors je réduisis l'épiploon et je ligaturai l'intestin, après l'avoir ouvert, aux lèvres de la plaie, afin d'obtenir un anus contre nature. L'opération dura 12 à 15 minutes et il n'y eut que très-peu d'hémorrhagie.

L'opéré resta ensuite dans un état semi-comateux depuis l'opération jusqu'au lendemain matin ; le pouls était irrégulier et devenait presque insensible par moment. Les matières fécales s'écoulaient facilement par la plaie. Sur la matinée, les fonctions de nutrition s'améliorèrent notablement, le pouls devint normal, mais l'intelligence demeura presque continuellement dans un état de torpeur que rien ne put dissiper.