

car très-communément le principal obstacle à la guérison d'une entorse n'est pas local, mais c'est quelque mal général, goutte, rhumatisme chronique, strume, ou ce qu'on appelle hystérie.

Une *articulation hystérique* est, en effet, quelquefois une rare occasion de victoire pour un rebouteur. Froide, faible, inutile par manque de pouvoir ou de volonté, excessivement sensible, sujette à tous les semblants de caprices d'une moelle épinière désordonnée et d'un cerveau trop actif, une telle jointure peut être guérie par la pure audace avec laquelle on la tire dans tous les sens. S'il n'y a en elle rien de défectueux que dans les nerfs qui la desservent, elle peut quelquefois guérir par l'influence de l'esprit. Et il n'en est seulement ainsi pour les rebouteurs, mais pas ceux qui travaillent avec le mesmérisme, et les tractions, et les huiles, et l'électricité à distance ou superficielle, peuvent quelquefois guérir les jointures hystériques; car les malades aiment à être traités par ce qui en impose; et l'audacieuse confiance de tous ces sorciers est vraiment imposante.

D'après ce qui précède, vous pouvez voir que les cas que les rebouteurs peuvent guérir sont peu nombreux. Je pense qu'il est très-probable que ceux dans lesquels ils sont nuisibles le sont davantage; mais les leçons que vous pouvez tirer de leur pratique sont claires et utiles.

Beaucoup plus de cas de jointures lésées que l'on ne croit communément être curables ainsi peuvent être traités avec succès par les mouvements violents : extension, flexion et rotation. Je me suis efforcé de vous montrer quels sont les cas que l'on peut ainsi guérir. Soyez sur vos gardes à leur sujet. Mais souvenez-vous toujours que ce qui peut être traité par la violence peut être traité plus sûrement et avec autant de succès par une douceur relative; et que, dans

certain cas, vous pouvez très-avantageusement employer le chloroforme ou l'éther. Et rappelez-vous aussi qu'aucun degré de violence, ni même des mouvements ou des exercices comme ceux que je vous ai conseillés, ne peuvent être en général sûrs dans le traitement des lésions articulaires, si ce n'est quand ils sont dirigés par un discernement éclairé des cas appropriés.

Apprenez alors à imiter ce qui est bon et à éviter ce qui est mauvais dans la pratique des rebouteurs, et si vous voulez observer plus encore la devise *Fas est ab hoste doceri*, qui n'est dans aucune profession plus sage que dans la nôtre, apprenez ensuite ce que vous pourrez de la pratique des frotteurs et des mouleurs, car ceux-ci connaissent aussi beaucoup de trucs adroits; et s'ils avaient seulement des cerveaux instruits pour guider leurs mains vigoureuses et souples, ils seraient d'excellents traiteurs de mauvaises jointures et de beaucoup d'autres gênes de la locomotion.

Depuis la publication de cette leçon, un important travail sur les rebouteurs a été publié par le docteur Wharton Hood (1), qui a appris à fond leur art et le pratique avec habileté. Il décrit entièrement les nombreuses méthodes de manipulation, et personne ne peut douter de leur valeur lorsqu'elles sont employées prudemment.

Mon expérience récente, aussi bien que le travail du docteur Hood, me fait croire que mes opinions d'autrefois sur les *cas que les rebouteurs guérissent* n'étaient pas très-inexactes; j'y ai fait depuis certaines corrections, et j'y ai ajouté quelque chose.

(1) *On Bone-Setting*, 1871.

Principalement, je voudrais insister davantage sur ce que j'ai dit du danger de garder les jointures lésées trop longtemps en repos ou trop froides. Un repos trop long est, je pense, de beaucoup la cause la plus fréquente du retard de la guérison après les lésions articulaires chez presque toutes les personnes qui ne sont pas de constitution scrofuleuse. Chez les personnes saines, les rhumatisants chroniques, les goutteux, il est nuisible au même degré; et non-seulement aux articulations malades, mais à celles qui sont gardées en repos parce que les parties voisines ont été lésées. Le repos simple les raidit et les rend sensibles à l'excès; les douches froides, les bandages et pressions élastiques ne font que les empirer, et rien n'y remédie que les mouvements forcés ou volontaires.

J'ai vu un cas dans lequel, après l'amputation d'un doigt et une cicatrisation parfaite, la main, ayant été gardée longtemps dans le repos, devint si sensible que le plus léger atouchement était intolérable, et que même la vibration d'un orgue d'église, lorsque le malade était dans son voisinage, était douloureuse. La main était extrêmement altérée, mais il n'y avait en elle aucune apparence de maladie.

Le travail du docteur Hood doit être lu par rapport à tous ces cas, non-seulement pour le traitement manuel qu'il enseigne, mais encore pour les signes qu'il indique comme décisifs dans le choix des cas. Il pense que le succès du reboutage est alors dû à la rupture d'adhérences; et cela peut bien être.

J'ai vu ces adhérences dans des articulations du cou-de-pied de jambes amputées après être restées longtemps dans le repos, bien que les jointures n'aient pas été évidemment enflammées; et M. Butlin (1) a relaté un cas d'ankylose

(1) *Trans. Pathol. Soc.*, t. XXV, p. 212.

du genou sur une jambe qui était restée longtemps dans l'extension pour le traitement d'une fracture du fémur. Mais même sans adhérences, une articulation longtemps en repos peut être privée de certains mouvements par le raccourcissement de toutes les parties de ses tissus ligamenteux qui ont été constamment relâchées, et il est vraisemblable qu'il est très-douloureux d'exercer des efforts sur ces tissus rétractés pour les rendre à leur longueur naturelle.

Parmi les exemples les plus fréquents de raideurs douloureuses produites par le repos de jointures saines, je citerai celles des doigts après les fractures de l'avant-bras, et spécialement après les fractures de l'extrémité inférieure du radius. Et cela me fournit l'occasion de dire que, parmi les nombreuses inventions faites pour traiter cette fracture, toutes celles qui s'opposent au mouvement facile des phalanges du pouce et des doigts sont mauvaises.

La même chose se produit aussi au tarse, qui, bien que sain lui-même, peut rester raide et douloureux après des maladies et des lésions pour lesquelles la jambe a été conservée longtemps en repos. Cela n'est pas observé, je pense, lorsque le pied a été maintenu à angle droit avec la jambe comme il devrait l'être dans toute lésion. Dans cette position il supportera, sans effort, ni douleur, le poids du corps lorsqu'on reprendra la marche.

D'autres groupes semblables de cas pourraient être cités; mais ils se rangeraient tous dans les descriptions générales de jointures devenant raides et douloureuses, ou incapables de supporter l'effort de mouvements ordinaires, pour être restées trop longtemps en repos. Et si l'on me demandait quand on peut sans crainte remuer une jointure blessée ou lui permettre de supporter un poids, je dirais, généralement, aussitôt qu'elle est fraîche pendant une partie consi-

dérable de la journée, insensible partout à la pression, et qu'elle n'est plus douloureuse lorsque ses surfaces articulaires sont pressées l'une contre l'autre. Mais on peut avoir à former des jugements particuliers lorsqu'il s'agit des scrofuleux, des hystériques et des goutteux; dans le premier cas, le repos est rarement trop long; dans le second, rarement trop court; dans le troisième, il faut tenir compte de la santé générale.

Quant aux méthodes de mouvoir les articulations ainsi raidies et douloureuses, il suffit, dans une très-grande proportion des cas, que le sujet en use résolument; endurant une certaine douleur et sans craindre qu'elle soit un signe de maladie soit présente, soit imminente. Dans les cas les plus mauvais, il faut user de mouvements violents; et je crois que les meilleurs sont ceux que décrit le docteur Hood. On peut employer l'éther ou le chloroforme, qui évitera quelquefois la violence en montrant qu'une grande partie de la rigidité n'est que musculaire. Mais je dois ajouter que dans tous les cas, excepté les plus légers, ou les *purement nerveux*, les mouvements forcés ne sont que le commencement du traitement. L'opinion populaire, que le traitement par le reboutage est complet en une fois, est erronée; un bon départ est obtenu avec *grand éclat*; mais les exercices volontaires faits avec résolution, ou les mouvements forcés répétés, sont nécessaires pour maintenir ou augmenter l'avantage obtenu du premier coup.

Je n'ai pas mentionné dans la leçon un groupe de cas que l'on prétend être quelquefois guéris par les rebouteurs, et dans lesquels, après l'entorse ou autres lésions du rachis, la raideur et la douleur persistent longtemps, en particulier une souffrance ou une sensibilité en un point où, dit quelquefois le malade, il a senti un craquement ou un glis-

sement au moment de l'accident. J'ai vu plusieurs de ces cas, principalement chez les femmes et les jeunes filles nerveuses et sensibles à l'excès: le reboutage, ai-je entendu dire, en a guéri quelques-uns; dans d'autres plus nombreux, je sais qu'il a échoué, et ceux-ci ont guéri lentement sans influence évidente du traitement.

Pour ceux-là, et, à la vérité, pour tous les cas dont j'ai parlé, je recommande l'étude du mémoire du docteur Hood. Il peut rendre capable tout chirurgien de faire ce que j'ai conseillé: « Imiter ce qui est bon, et éviter ce qui est mauvais dans la pratique des rebouteurs. »

NOTES

NOTE VI, page 150.

Luxations des tendons.

Demarquay rapporte deux cas dans lesquels cet accident est arrivé, et en mentionne un troisième (*Bull. gén. de thérapeutique*, 1861, p. 21 et seq.). Dans l'un, un homme musclé et vigoureux, âgé de 35 ans, dans une lutte avec son cheval, tomba à terre de tout son poids sur l'un de ses pieds. Il lui fut impossible de marcher, et ressentit une douleur vive dans la partie inférieure de la jambe et dans le pied. On ne put trouver ni fracture ni luxation; mais il y avait une ecchymose considérable sur le trajet des péroniers; et à la surface externe de la malléole, on pouvait sentir un cordon tendu roulant sous le doigt; celui-ci fut facilement remplacé, le pied étant dans l'extension, dans la position normale des tendons péroniers. Une compresse languette et un bandage suffirent pour maintenir les tendons en place et en trois semaines le patient put marcher sur son membre.

Dans le second cas, une jeune femme sauta par une fenêtre et immédiatement après fut incapable de marcher et se plaignit d'une douleur vive dans le pied. Il y avait une ecchymose considérable au tiers inférieur de la jambe, s'étendant de la face postérieure du tibia au dos du pied en avant et dans l'espace situé entre le tibia et le tendon d'Achille. Les tendons péroniers étaient dans leur position normale, mais il était évident qu'ils n'étaient pas contenus dans leur gaine; et Demarquay pensa qu'ils avaient été déplacés dans la chute, mais qu'ils étaient ensuite retournés à leur place.

M. Curling (*Brit. med. Jour.*, 2 janvier 1869) a rapporté un cas bien marqué de déplacement du long péronier.

Le *Bulletin de l'Académie de médecine*, 6 janvier 1874, contient une très-intéressante note communiquée par M. Broca, au nom de M. Charles Martins, dans laquelle ce dernier décrit une luxation du tendon du tibial postérieur en avant de la face interne de la malléole et qui lui arriva à lui-même. Il reçut cette blessure en étant violemment jeté à terre pendant l'atterrissement d'un ballon dans lequel il avait fait un voyage. Le tendon fut facilement remplacé, mais le blessé ne put marcher qu'avec beaucoup de souffrance et de difficulté, et il s'en suivit une ecchymose, s'étendant jusqu'au genou, et une tuméfaction considérable. Il guérit par le repos et l'emploi attentif de compresses, etc., en trois mois. M. Martins a donné à son mémoire une plus grande valeur en y rappelant tous les exemples de déplacement de muscles qu'il put trouver. Sa liste contient, outre le tibial postérieur, le long tendon du biceps brachial, le triceps brachial, le droit du fémur, le couturier, le plantaire grêle, et les péroniers (H. Marsh) (1).

NOTE VII, p. 150.

Sur cette pièce, comme dans celle de M. Soden, car les deux sont singulièrement ressemblantes, le long tendon du biceps a glissé de sa gouttière d'environ un pouce en dedans, et il y est maintenu par une bande solide de tissu fibreux qui passe par-dessus lui et s'attache au-dessous. La pièce de M. Soden est dans le musée de King's College Hospital (n° 1341) (H. Marsh).

NOTE VIII, p. 150.

Ce qui suit est le résumé d'un cas rapporté par Hamilton (*Fract. and Dislocations*, 3^e édit. Philadelphie, 1866, p. 581).

Madame B., âgée de 56 ans, tomba d'une voiture et se luxa l'épaule droite. La luxation fut aussitôt réduite, mais l'articulation resta douloureuse, sensible et impotente, et la malade ne pouvait soulever le bras qu'à très-peu de distance du côté. Les mouvements passifs, toutefois, étaient indolents et libres dans toutes les directions. Sept ans après la jointure demeurait encore partiellement percluse, et en

(1) Nous devons signaler encore un travail du docteur Beach, qui à propos d'un cas de luxation du tendon du long péronier, passe en revue, probablement d'après le mémoire de M. Martins, tous les cas de luxations tendineuses (*The Boston med. et surg. Journal*, 2 mars 1876) (H. Petit).

L'examinant à cette époque, on trouva que la tête de l'humérus était restée sur le bord externe de l'apophyse coracoïde; l'épaule était anormalement proéminente en avant, et aplatie en arrière.

Quelques mois plus tard, dans un effort brusque et inconscient pour lever le bras au-dessus de sa tête, les muscles obéirent inopinément à la volonté et depuis ce temps la malade put se servir parfaitement de son bras, bien que la difformité persistât encore. Elle pensait avoir entendu une rupture lorsque le bras fit ce mouvement, mais elle ne fut suivie d'aucune douleur, cuisson ou gonflement. Hamilton pense qu'on ne peut douter que la difformité et l'impuissance décrites dans ce cas n'étaient dues, en grande partie, au déplacement du long tendon du biceps (H. Marsh).

NOTE IX, p. 151.

M. Hey, dans son travail original sur *les dérangements internes de l'articulation du genou*, dit : « La jambe est facilement fléchie ou étendue par les mains du chirurgien et sans peine pour le patient; tout au plus, cette flexion et cette extension causent-elles une gêne insignifiante. Mais le malade lui-même ne peut librement fléchir, ni parfaitement étendre la jambe dans la marche: il se plaint de conserver alors un degré de flexion léger et invariable. Bien que le malade soit obligé de maintenir ainsi la jambe raide en marchant, cependant en s'asseyant la jointure affectée peut se mouvoir comme l'autre. » (*Practical observations in Surgery*, 1810) (H. Marsh.)

NOTE X, page 152.

Ce moule, n° 29 de la série des modèles et moules de tissus malades et blessés, est ainsi décrit dans le catalogue du musée, vol. II, p. 278, n° 29.

« Moule d'un genou dans lequel on présumait que le cartilage semi-lunaire interne avait été déplacé par violence extérieure. Au niveau du siège du cartilage il y avait une dépression profonde, en croissant, des téguments (ceci est bien marqué sur le moule). Le patient tomba par terre, la jambe gauche fléchie sous lui, et depuis ce moment il ne put se tenir sur son membre. En examinant celui-ci pendant que le genou était fléchi au maximum, on entendit un craquement brusque, la dépression des téguments du côté interne du genou disparut, et la mobilité de l'articulation fut restituée. » (H. Marsh.)

VI

DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE

PREMIÈRE LEÇON.

Signes à l'aide desquels on peut reconnaître qu'il faut ou non opérer une hernie étranglée. Signes *locaux*; tous les caractères de la hernie elle-même; signes *à distance*, arrêt des matières fécales, état de l'abdomen, vomissements; signes *généraux*, pouls, respiration, état général.

Je me propose de vous faire quelques leçons sur la *hernie étranglée*, sujet d'un grand intérêt en pratique, et que le mieux pour vous serait d'apprendre pendant que vous êtes ici; car c'est seulement dans un grand hôpital que vous pouvez voir beaucoup de cas de hernie, et par l'étude de beaucoup de cas que vous pouvez vous préparer vous-mêmes à la grande variété à laquelle vous pouvez avoir affaire.

Pendant que j'étais en service actif à l'hôpital, j'opérai (à l'hôpital et dans ma pratique privée ensemble) environ une centaine de cas de hernie étranglée, et j'ai conservé des notes complètes de presque tous ceux-ci et de quelques-uns de ceux opérés par mes collègues. C'est de ces notes, et des souvenirs de plusieurs leçons cliniques, que j'ai retiré les matériaux pour l'exposition que je vais vous faire.

Il peut vous sembler qu'une centaine de cas de hernie étranglée soient suffisants pour en tirer certaines déductions statistiques; mais ils ne suffisent pas encore. Les variétés de hernie, leurs complications et les différentes conditions des