

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

personnes chez lesquelles elles surviennent, font une si grande variété de cas, qu'il faudrait un tableau d'au moins mille faits pour obtenir des conclusions d'une valeur réelle. C'est pourquoi je n'emploierai mes notes et mes souvenirs que pour pouvoir vous dire ce qui me paraît vrai sur quelques-unes des parties du sujet les plus importantes en pratique.

Nous pouvons nous occuper d'abord des bases servant à déterminer si une hernie étranglée, ou supposée telle, doit subir une opération. En général on peut dire que lorsque dans un cas de hernie il y a des signes d'étranglement, et que la réduction par les moyens ordinaires ne peut être faite, l'opération pour la réduction doit être exécutée sur le champ. Mais alors, quels sont les signes suffisants d'étranglement? et quels sont les moyens ordinaires, ou mieux, rationnels, pour la réduction sans opération?

Dans les cas moyens bien marqués, c'est-à-dire tels qu'ils ne soient ni légers ni très-graves, ni (comme quelques-uns les divisent) aigus ni chroniques, les signes d'étranglement suivants peuvent être regardés comme justifiant l'opération. La hernie, habituellement réductible, ou formée actuellement pour la première fois, ne peut être réduite par des moyens rationnels. Si elle n'est pas récemment formée, elle est plus volumineuse que d'habitude, tendue, ferme, ou même dure; sans impulsion, sans résonnance; douloureuse et sensible à la pression, spécialement à l'ouverture et au collet. Les intestins n'agissent pas, bien qu'on les sente quelquefois se contracter, et peuvent causer de grandes coliques et des douleurs spasmodiques, surtout à l'ombilic et au creux de l'estomac. Avec cette douleur il y a communément une certaine sensibilité; avec une sensation de raideur dans l'abdomen, spécialement autour du nombril et entre ce

point et le siège de la hernie. Le sujet a souvent mal au cœur, vomissant presque tous les aliments et la boisson qu'il avale, et, en outre, une quantité de sécrétion gastrique et biliaire, ou le contenu du petit intestin plus ou moins dilué. Le pouls et la respiration sont ordinairement ralentis et plutôt faibles, le patient se sent et paraît inquiet, abattu et misérable, ou, comme on dit, *anxieux*. Il ne peut dormir ni manger; et les mains et les pieds sont sujets à devenir froids, contractés et violacés.

Toutes les fois que ces symptômes sont observés, et lorsqu'ils persistent après des essais rationnels de réduction sans opération, comme ceux dont je vais vous parler, vous pouvez en conclure qu'il faut faire l'opération sans délai. A plus forte raison, si c'est possible, doit-elle être faite si ces symptômes sont plus mauvais que je ne les ai décrits. Lorsque les téguments qui recouvrent la hernie sont enflammés, épais, rouges ou emphysémateux; lorsque tout l'abdomen est gonflé, tendre et sensible; que le vomissement ressemble tout à fait aux fèces liquides de l'iléon; que le pouls est très-rapide, faible et petit, la peau froide, sombre et moite; que le patient a les sens et l'esprit obtus, ou se trouve dans une angoisse de souffrances avec nausées et hoquet; que tout ou une grande partie des éléments de ce que les anciens écrivains ont appelé *miserere*, sont réunis; alors, sans essayer aucune méthode de réduction, vous devez opérer immédiatement, bien que vous puissiez n'avoir que la plus minime espérance de bien faire et une crainte sérieuse de paraître mal faire.

Jusqu'ici on peut parler très-positivement. Dans les cas que j'ai esquissés, ces signes d'étranglement sont suffisants; et si la hernie ne peut être sûrement réduite sans opération, il faut opérer. Mais vous ne verrez pas beaucoup de cas sans

en rencontrer quelques-uns dans lesquels, bien que la hernie puisse être irréductible, les signes d'étranglement sont néanmoins très-légers, obscurs, incomplets, ou de quelque autre manière insuffisants pour que l'on soit certain de la nécessité d'opérer. Il est une règle facile à suivre pour tous les cas, c'est que, toutes les fois que vous soupçonnez qu'une hernie est étranglée, vous devez opérer. Mais si vous suivez cette règle facile, vous ferez de la très-mauvaise chirurgie; vous tuerez quelques sujets dont la vie aurait dû être sauvée; et vous rendrez très-malades pour deux semaines, ou plus, ceux qui auraient pu aller bien en autant de jours ou d'heures. Il faut que vous évitiez cette règle facile et que vous en appreniez une autre très-difficile, celle de distinguer les cas qui exigent l'opération. Il faut que vous appreniez à distinguer ceux dans lesquels il faut faire l'opération sur-le-champ, sans aucun essai préalable de réduction, de ceux dans lesquels avant l'opération on doit faire un ou plusieurs essais de réduction avec l'aide de l'éther, du chloroforme, ou d'autres moyens.

Pour faire cette distinction, ayez soin, dans chaque cas de hernie étranglée, de ne prendre aucune mesure pour la réduire, avant d'avoir convenablement pesé les signes d'étranglement dont j'ai parlé. Pour la commodité du jugement, vous pouvez les diviser en symptômes locaux, renfermant tous les caractères de la hernie elle-même, et symptômes à distance ou généraux, en particulier l'inaction des intestins, l'état de l'abdomen, le vomissement, le pouls et la respiration, et l'état général. J'essaierai de dire comment on peut estimer chacun d'eux dans ses nombreux degrés.

1° D'abord, pour les symptômes locaux, l'irréductibilité de la hernie, son volume inaccoutumé, sa tension ou sa dureté et les autres que j'ai énumérés, quelques règles peuvent

renfermer tout ce que j'en puis dire. Il conviendra de parler de l'irréductibilité en dernier; car, bien qu'elle puisse sembler être la condition décisive pour l'opération, c'est réellement un signe fallacieux d'étranglement; et, dans certains cas, on ne peut faire d'essai pour s'assurer de son existence.

Quant aux autres symptômes locaux, leur présence, même à un degré marqué, n'est pas caractéristique de l'étranglement, et n'est pas suffisante pour indiquer la nécessité d'opérer lorsque les signes à distance n'existent pas. Car on peut trouver les symptômes locaux lorsqu'une hernie ou son sac est en état d'inflammation aiguë, sans qu'il y ait étranglement. Dans cet état, qui peut suivre une blessure, ou même naître spontanément, une hernie peut devenir rapidement plus volumineuse que jamais, ferme et très-tendue, sans impulsion, très-douloureuse et sensible, chaude et rouge, et n'être plus réductible d'emblée par aucun moyen rationnel. Le sac peut suppurer et le tégument se sphacéler, et cependant il peut n'y avoir ni étranglement, ni nécessité d'opérer. Je n'ai, il est vrai, vu qu'une fois ce sphacèle des téguments recouvrant une hernie; mais le cas n'est probablement pas sans analogue, et c'était un exemple frappant de la manière dont peuvent tromper les signes locaux d'étranglement.

Une dame très-forte, d'un certain âge, avait une grosse hernie ombilicale qui devint douloureuse, sensible et irréductible; les intestins n'agirent plus et elle eut des nausées, mais sans vomir. Il ne paraissait guère y avoir besoin urgent d'opérer, et c'était une femme chez laquelle on ne pouvait entreprendre une opération à la légère. Mais après une observation de trois jours, pendant lesquels les symptômes locaux, mais non ceux à distance, s'étaient quelque peu accrus en gravité, je trouvai qu'une large portion de la peau recouvrant la hernie s'était rapidement sphacélée. J'opérai

sur-le-champ, quoique avec peu d'espoir de bien faire, car je supposais que le contenu du sac devait être aussi mortifié, au moins en partie. Mais il n'était même pas étranglé étroitement; l'orifice du sac était trop petit pour laisser rentrer ce qu'il contenait, mais ne le serrait pas de près, et l'intestin n'était que congestionné modérément. Le sphacèle des téguments semblait dû à l'inflammation, chez une personne affaiblie, d'une partie mal nourrie; et cette même faiblesse fut cause que la malade mourut le lendemain de l'opération.

Vous pouvez trouver dès lors, et cela n'est pas rare, que les caractères locaux, habituellement présents dans une hernie étranglée, peuvent être simulés dans une hernie enflammée qui n'est pas étranglée. Et, quoique très-rarement, beaucoup de signes éloignés, — la constipation et les vomissements, la rapidité du pouls et de la respiration, etc., — peuvent exister lorsqu'une hernie est enflammée, mais non étranglée. Comment, alors, pouvez-vous en juger? Généralement ainsi : dans la hernie enflammée, sans étranglement, les signes locaux précèdent et généralement prédominent sur les signes à distance et généraux; tandis que, dans une hernie qui s'est enflammée après l'étranglement, des signes généraux et à distance prédomineront sur les symptômes locaux, et l'interrogation dira qu'ils ont précédé ceux-ci.

Ces moyens de diagnostic ne suffiront cependant pas toujours. Vous rencontrerez des cas dans lesquels vous serez incertains si la hernie est seulement enflammée et irréductible, ou étranglée et enflammée; mais dans ces cas il faut ne pas hésiter sur le parti à prendre. Si vous ne pouvez réduire facilement la hernie, il faut que vous opérerez. Le risque d'opérer une hernie qui est enflammée et non réductible facilement, est très-petit, en comparaison du ris-

que d'en laisser là une qui est enflammée et étranglée; et même si vous pouvez trouver des raisons pour attendre, il faut que ce soit avec la surveillance la plus constante, car une hernie enflammée et irréductible peut à chaque instant s'étrangler, et il en sera certainement ainsi si on ne lui vient pas en aide par le repos, ou un autre traitement approprié.

2° Comme seconde règle : s'il y a des signes d'étranglement à distance, les signes locaux exigent l'opération prompte au même degré que leur gravité, ou même à un degré supérieur; car un étranglement grave est souvent associé à des symptômes locaux légers.

Mais, pour juger comme il faut d'après les symptômes locaux, il faut peser soigneusement chacun d'eux considéré comme indication de la nécessité d'opérer, ou d'adopter d'autres méthodes de réduction.

Relativement aux chances de réduire une hernie sans opération, c'est un mauvais présage lorsqu'elle est devenue rapidement beaucoup plus volumineuse qu'elle n'était auparavant. Une grande majorité de malades donnent ce signe comme le début de leurs troubles. Quelquefois ils disent que, en faisant un grand effort, ils ont senti la descente devenir plus grosse que jamais; qu'ils ont senti une certaine douleur ou un accroissement plus grand que d'habitude dans la hernie, et qu'ils n'ont pu la réduire comme ils le faisaient ordinairement. Plus souvent l'augmentation du volume est survenue sans cause apparente; elle s'est faite tandis que le patient était assis, ou dans son lit, ou se promenait tranquillement; mais, plus fréquemment peut-être elle a semblé en rapport avec de la diarrhée, ou des coliques, ou des douleurs spasmodiques, ou avec une sorte de mouvement tumultueux des intestins, pendant quelques heures ou un jour ou deux avant la descente. Dans quelques cas aussi le

volume inaccoutumé de la hernie se produit tout d'un coup ; dans d'autres, par accroissement progressif. Dans certains cas elle devient très-rapidement douloureuse, et ceux-ci sont plutôt moins propres à la réduction que ceux dans lesquels la douleur survient plus lentement.

Je ne puis vous donner aucune explication suffisante de ces descentes inaccoutumées de hernies ni de l'apparition de l'étranglement ; mais elles doivent vous apprendre à ne pas être trompés par cette notion qu'il faut un événement inaccoutumé et alarmant pour causer l'étranglement d'une vieille hernie. Je pense que l'on peut retenir comme règle certaine en pratique que plus une hernie récente dépasse son volume ordinaire, moins il y a de probabilités pour la réduire sans opération ; et je crois que plus le volume de la hernie continue lentement à s'accroître, plus cette probabilité diminue, car beaucoup de celles qui sont devenues brusquement très-volumineuses et qui n'ont pas ensuite augmenté, peuvent être réduites sans opération, si l'on met le patient sous l'influence de l'éther ou du chloroforme aussitôt après la descente.

De même, lorsqu'il existe des signes généraux d'étranglement, plus une hernie est dure et tendue, moins il y a de chances de réduction sans opération. La dureté peut être due à de nombreuses conditions ; mais qu'elle soit due à l'une ou l'autre, c'est un signe fâcheux. Il en est surtout ainsi s'il s'agit d'une petite hernie. Dans les grosses hernies, la dureté peut être principalement sentie au col et à l'ouverture du sac, ou près d'eux, surtout dans les hernies inguinales, et il faut avoir soin de ne pas vous laisser tromper par un sac qui est mou et flasque dans tous ses points excepté à son ouverture ; car il peut y avoir une anse étranglée en ce point bien que le reste ne contienne que de l'épiploon mou

ou du liquide en quantité insuffisante pour le distendre. Et qui plus est, une mollesse complète de la hernie ou la laxité de l'anneau externe ne doivent pas l'emporter sur des signes généraux bien marqués d'étranglement ; car l'anse d'intestin à l'orifice du sac peut être trop petite pour donner une sensation de dureté, ou bien encore toute la hernie peut être épiplôïque.

D'autre part, s'il existe des signes généraux d'étranglement, plus une hernie est douloureuse et sensible, moins, d'une manière générale, il y a de chances de réduction sans opération. Mais il faut remarquer ici que cette règle concerne moins les hernies récentes que les anciennes. Une hernie récente peut être horriblement douloureuse, apparemment à cause de la tension du tissu fibreux distendu autour de l'orifice du sac, et cependant elle peut être communément réduite avec l'aide du chloroforme ; mais une vieille hernie très-douloureuse, ou qui l'est devenue lentement, peut exiger une opération prompte. Et il est encore plus nécessaire d'opérer lorsque, en même temps que certains des signes à distance, il y a d'autres signes locaux, comme une inflammation des parties qui recouvrent le sac, de la suppuration, de l'emphyseme, etc. Ils commandent l'opération, sans aucun essai préalable de réduction.

Troisième règle : Si les signes éloignés d'étranglement sont bien marqués, et si la hernie ne peut être autrement réduite, vous devez opérer, bien qu'il puisse n'y avoir aucun signe local évident. Ou, même hors de cela, si les signes généraux de la hernie étranglée existent — vomissements, constipation, etc. — et s'il y a en quelque endroit une tumeur qui pourrait être une hernie, bien qu'il ne semble pas probable que ce soit une hernie étranglée, il faut pratiquer l'opération au siège de cette tumeur.