

On peut trouver assez de raisons en faveur de cette loi dans les cas nombreux dans lesquels les signes locaux d'une hernie étranglée sont si peu marqués que le patient, ayant toute son attention prise par la misère de ses vomissements, la douleur épigastrique et autres symptômes éloignés de la hernie, ne dit rien de la hernie elle-même. Dans un nombre assez grand de mes cas, celle-ci avait été méconnue pendant un jour ou deux, et le malade avait été traité pour des spasmes, des coliques, de la dyspepsie, ou toute autre affection analogue, tandis que la hernie restée ignorée s'étranglait sans espoir.

Cette dernière règle, d'opérer bien qu'il n'y ait pas de signes locaux d'étranglement, pourrait vous mettre dans l'embarras; elle pourrait être une cause d'ennui et de discrédit parce que vous pourriez paraître pratiquer une opération inutile et faire beaucoup plus de mal que de bien. Mais c'est un danger qu'il faut affronter; c'est justement dans des cas comme celui-là que le chirurgien doit courir le risque de paraître faire mal plutôt que de perdre une occasion de faire bien.

J'ai opéré ainsi sans utilité dans trois cas. L'un était une hernie ombilicale irréductible dans laquelle il n'y avait pas d'étranglement, mais des vomissements et autres signes d'étranglement causés, je pense, par des calculs biliaires. Un autre était une simple hernie crurale, avec un étranglement interne d'une anse d'intestin située très-loin d'elle. Le troisième était une hernie inguinale avec la même complication. Tous les sujets moururent et mes opérations semblèrent des insuccès plus fâcheux qu'inutiles. Mais il faut que vous affrontiez le risque de paraître avoir tort.

Vous pouvez avoir à aller encore plus loin que dans ces cas; et si, par exemple, un patient avait deux hernies irré-

ductibles et des signes d'étranglement, il faudrait que vous opéreriez les deux. J'ai vu M. Stanley faire ainsi, et personne ne pourrait le blâmer quoique, lorsque la mort arriva, on trouva qu'elle était due à un étranglement interne, indépendant des deux hernies.

Telles sont les principales règles, autant que j'ai pu l'apprendre, d'après lesquelles vous pouvez utiliser les symptômes locaux d'une hernie supposée étranglée, considérés comme des manifestations nécessaires pour vous décider pour ou contre l'opération. On peut ajouter brièvement à ces règles que les symptômes locaux sont généralement moins graves chez les vieillards que chez les personnes jeunes; dans les vieilles hernies que dans les récentes; dans les hernies épiploïques que dans les intestinales.

J'en arrive maintenant aux indications que l'on peut tirer des symptômes à distance; et d'abord de l'inaction intestinale. Cette inaction, ou plutôt cet arrêt d'expulsion est un signe presque constant dans la hernie étranglée, mais existe dans tant d'autres cas, que sa présence seule est de peu de poids dans les motifs qui décident en faveur de l'opération. Son absence est plutôt ce qui a besoin d'étude.

Une ou plusieurs selles après l'apparition d'autres signes d'étranglement, ne sont d'aucun poids contre la nécessité d'opérer. Elles surviennent communément parce que d'habitude, après l'étranglement, la partie de l'intestin située au-dessous de l'obstacle se vide d'elle-même. Ces évacuations ne doivent compter ni d'un côté ni de l'autre dans la question touchant la réductibilité ou l'opération; et même il n'est pas absolument impossible qu'elles soient fréquentes et régulières, car l'étranglement peut ne comprendre que l'épiploon, ou qu'une partie de la circonférence d'une portion

d'intestin. Dans ces conditions les fèces peuvent passer le long du canal et être évacuées.

J'eus à voir une dame pour ce que l'on considérait comme un abcès de l'aîne. La tumeur était juste au-dessus de l'anneau crural et contenait du liquide et des gaz. Je la ponctionnai : il sortit du pus, de l'air et des fèces liquides, et je trouvai un débris de sac herniaire sphacélé et contenu dans l'abcès. Cela et l'histoire de l'affection me prouvèrent que la hernie avait, environ une semaine auparavant, descendu dans un moment où la malade avait senti une douleur brusque en faisant un effort. La hernie était si petite qu'on l'avait méconnue ; la douleur et les tranchées qu'elle causa furent attribuées à des coliques et traitées comme telles. Les intestins agirent suffisamment, et peu à peu le petit sac herniaire et la portion de paroi intestinale qu'il contenait moururent et se séparèrent. Alors survinrent les signes d'abcès au niveau de l'anneau crural, et son issue ; cela fut suivi d'une cicatrisation complète et de nombreuses années de santé.

Toutefois des cas semblables sont très-rares, et vous pouvez retenir comme règle générale de ne jamais opérer lorsque les évacuations sont fréquentes et régulières, à moins que tous les autres signes d'étranglement, locaux et à distance, ne soient bien marqués.

L'état de l'abdomen est aussi plus ou moins décisif dans les cas où vous pouvez être dans l'incertitude. Habituellement, s'il était sensible et douloureux à la pression, soit partout, soit dans les parties voisines de la hernie, plus encore s'il était distendu et les muscles durs, ce serait une raison de plus pour opérer, et, je puis ajouter, de craindre qu'il soit trop tard. Il est plus nécessaire encore de se rappeler que, lorsque l'abdomen n'est ni tendu ni sensible,

alors même qu'il semble naturel, il faut néanmoins opérer s'il y a d'autres signes d'étranglement, et si l'on ne peut faire rentrer la hernie, car les changements de l'abdomen ne sont pas communs près du début de l'étranglement, et les attendre serait souvent attendre trop longtemps.

Si l'on me demandait auquel des signes d'étranglement je me fierais le plus pour décider l'opération, je répondrais certainement que c'est le vomissement. Mainte et mainte fois, lorsque les autres signes étaient peu marqués, si même ils l'étaient, le vomissement a été un guide suffisant pour opérer à temps. Souvent, lorsque tout le reste était si calme qu'il semblait téméraire d'opérer, le vomissement a démontré qu'il aurait été beaucoup plus téméraire d'attendre ; et je ne puis trouver dans mes notes un seul cas dans lequel la négligence de la valeur du vomissement ne se soit montrée peu sage. Il vaut mieux que vous reteniez comme règle absolue que, lorsqu'un sujet a une hernie devenue récemment irréductible, et avec elle des vomissements qui ne peuvent être nettement assignés à une affection indépendante de la hernie, il faut que vous opérerez.

Je suis obligé de dire : *devenue récemment irréductible*, parce qu'un patient qui a une hernie ancienne irréductible peut vomir, comme ferait tout autre, sans qu'il y ait aucune raison de soupçonner un étranglement ; quoique même dans ces hernies anciennes il faut que vous soyez très-attentifs, car le vomissement pourrait bien être un des premiers signes de l'étranglement. Mais une règle sûre, c'est qu'une irréductibilité récente et des vomissements suffisent pour justifier l'opération même en l'absence d'autres signes d'étranglement. A plus forte raison doit-on penser que l'opération est nécessaire lorsque d'autres signes d'étranglement, même légers, coïncident avec ceux-là.

Et en jugeant ainsi le vomissement, ne soyez pas trop scrupuleux touchant sa manière d'être ou ses produits. Il y a en effet quelques modes particuliers de vomissement lorsque l'intestin est étranglé. Le patient vomit tout ce qu'il boit, et aussitôt après l'avoir pris; et en outre il vomit les liquides de ses propres sécrétions; et ce vomissement se fait communément (au moins dans les dernières périodes) par jets de grandes quantités de liquide, sans beaucoup d'efforts ni de violence, comme si l'estomac se remplissait lentement de ses propres sécrétions et de celles de la partie supérieure de l'intestin, et alors, sans aucune nausée, se vidait brusquement.

Lorsque vous voyez ce genre de vomissement avec une hernie devenue irréductible depuis peu, ou même avec toute tumeur qui pourrait être une hernie, vous pouvez être sûr qu'il faut opérer. Mais n'attendez pas après un mode de vomissement supposé caractéristique; ne vous laissez pas tromper par l'absence d'un liquide particulier, et qui plus est, ne vous laissez pas égarer par l'absence de tout vomissement, car j'ai noté cette absence dans un cas de hernie très-volumineuse, qui était certainement étranglée, et que j'opérai avec succès. Ne vous laissez pas non plus tromper par une diminution apparente dans la gravité ou dans la fréquence des vomissements, ou par ce fait que les vomissements ont commencé aussitôt après la descente de la hernie, car cela arrive souvent.

Toute espèce de vomissement, s'il est répété, suffit pour justifier l'opération d'une hernie devenue récemment irréductible. Permettez-moi de vous citer un cas à l'appui, et qui m'instruit on ne peut plus parce qu'il survient chez un homme dont la vie était d'une grande valeur.

Il était assez âgé et faible, mais laborieux en littérature.

Pendant trois jours après la descente d'une hernie, qui n'avait pu être réduite comme d'habitude, il n'y eut pas un seul signe d'étranglement, excepté cette irréductibilité, de la constipation et des vomissements de temps en temps. Il n'y eut de douleur ni dans la hernie ni au voisinage; aucune sensation ni apparence de malaise; aucune dureté ni tension du sac, et les vomissements n'eurent lieu que de temps en temps et souvent à plusieurs heures d'intervalle. Mais, au bout de trois jours, il survint brusquement des douleurs dans l'abdomen avec refroidissement, syncopes et un état misérable. J'opérai dans les deux heures; mais il était trop tard; la péritonite avait déjà commencé, et l'opération fut sans utilité, ou plutôt mauvaise qu'inutile. Il mourut vingt heures après.

Les cas analogues à celui-ci sont fréquents: alors que tout semble aller très-bien, survient une invasion de symptômes indomptables. La hernie n'est pas atteinte d'inflammation aiguë; le patient n'est pas très-inquiet; il se flatte lui-même qu'il va mieux, et l'opinion semblable de ses amis est encore plus forte; tous sont opposés à l'opération, et vous-même pouvez à peine vous déterminer à vous y résoudre. Mais il ne faut pas hésiter. J'ai perdu la chance de sauver la vie de cet homme, parce que j'ai estimé au-dessous de sa valeur l'importance, comme indication opératoire, de vomissements survenant par intervalles. Si vous perdez des chances comme celle-là, vous serez encore plus blâmables, car vous aurez eu beaucoup plus d'avertissements que je n'en ai jamais reçus.

Je dois vous prévenir enfin de ne pas vous laisser tromper par la cessation des vomissements dans la période extrême d'une hernie étranglée. Cela arrive quelquefois; mais c'est un signe de mal plutôt que de bien, si l'amélioration générale

ne coïncide pas avec la cessation des vomissements. Ainsi, par exemple, on peut arrêter les nausées par les narcotiques; mais ce n'est pas là, je le répète, un signe d'amélioration générale capable de justifier l'expectation.

Dans les premières périodes de l'étranglement, s'il n'est pas très-aigu, la respiration et le pouls sont peu affectés. Le pouls est ordinairement accéléré, et peut être d'abord plein et ferme. Je l'ai observé entre 80 et 90 dans une grande majorité des cas ordinaires que j'ai recueillis; et les respirations sont généralement, je pense, en rapport exact avec eux. Lorsque les autres signes d'étranglement deviennent plus marqués, ceux-là, d'après moi, coïncident toujours avec eux. Le pouls devient habituellement plus rapide, plus faible, plus petit, si ce n'est à la vérité après le bain chaud, lorsque sa force et son volume ont grandement augmenté; la respiration, je pense, règle son pas sur celui du pouls.

Ainsi ces signes s'ajoutent aux autres pour plaider en faveur de l'opération. Je n'ai dans mes notes ni dans mes souvenirs de cas dans lesquels le pouls et la respiration aient été assez en désaccord avec les autres signes d'étranglement pour justifier ou pour repousser l'opération. Mais vous pouvez tenir pour sûre la règle suivante : que si, lorsque vous observez un cas dans lequel il est douteux qu'il y ait étranglement, le pouls et la respiration augmentent de fréquence, vous pouvez penser qu'il y a un accroissement proportionné dans les raisons pour opérer.

Enfin, au point de vue de l'aspect et de l'état général du patient, on ne peut dire que peu de chose de bien défini. Vous lisez qu'une expression est anxieuse et qu'elle est dite caractéristique, comme sont beaucoup d'autres choses fallacieuses. Je l'appellerais plutôt expression de détresse ou de souffrance; mais quel que soit le nom que vous lui don-

niez, ayez soin de ne pas croire qu'il faut que vous la voyiez avant de décider qu'on a raison d'opérer une hernie étranglée. Plus un patient paraît mal, plus il paraît ridé, usé et vieux, plus ses sensations sont mauvaises, moins il est probable que sa hernie étranglée sera réduite sans opération. Mais la réciproque n'est pas vraie. J'ai opéré très-justement, comme le résultat l'a démontré, des patients qui n'avaient paru ni ne s'étaient sentis mal ou anxieux, dans toute l'acception du mot. J'ai vu encore un patient, bien et tranquille en apparence, chez lequel une hernie crurale, après sept jours d'étranglement, contenait une anse intestinale complètement gangrénée.